

## بررسی عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی

### قانونی شهر تهران

\* جمیله محتشمی<sup>۱</sup>، فریده یغمایی<sup>۲</sup>، آسیه جعفری<sup>۳</sup>، حمید علوی مجد<sup>۴</sup>، آرمین دخت احمدی<sup>۵</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** یکی از انواع خشونت زنان، آزار از طرف همسر خود می باشد. هدف از این مطالعه، تعیین عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران بود.

**مواد و روش ها:** این مطالعه یک نوع پژوهش توصیفی-همبستگی بود. نمونه ها را ۲۰۰ نفر از زنان تحت خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران، تشکیل دادند که با روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، پرسشنامه "خودکارآمدی عمومی" (General Self-efficacy Scale)، ابزار سنجش "نگرش به مقابله با خشونت خانگی" (Attitude to Coping with Domestic Violence)، ابزار "هنجار ذهنی مقابله با خشونت خانگی" (Subjective Norms to Domestic Violence)، ابزار "مقابله با خشونت خانگی" (Coping with Domestic Violence) بود. جهت بررسی روایی ابزارها از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد. جهت تعیین پایایی از شیوه همسانی درونی استفاده شد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶). داده ها با استفاده SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** یافته های این پژوهش نشان داد که بین میزان تحصیلات و نگرش نسبت به مقابله با خشونت خانگی ( $P=0/001$ ) و همچنین بین وضعیت تاهل و هنجارهای ذهنی نسبت به مقابله با خشونت خانگی همبستگی معنی دار وجود دارد ( $P=0/012$ ). بعلاوه، بین میزان خودکارآمدی و نگرش نسبت به مقابله با خشونت خانگی و بین نگرش و خشونت اقتصادی همبستگی منفی بود (به ترتیب  $r=0/098$  و  $r=-0/095$ ). یافته ها مبین آن بود که بین نگرش و خشونت جنسی و نگرش و خشونت روانی، همبستگی معنی دار وجود ندارد ( $r=-0/006$  و  $r=-0/068$ ).

**نتیجه گیری:** عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان شامل خصوصیات جمعیت شناسی (سن، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل)، خودکارآمدی، هنجارهای ذهنی، نگرش به مقابله با خشونت خانگی و انواع خشونت خانگی می باشد. پیشنهاد می شود از عوامل فوق در توانمند سازی زنان جهت مقابله با خشونت خانگی استفاده شود.

**کلید واژه ها:** خشونت خانگی، مقابله، زنان، خودکار آمدی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۵

۱- استادیار، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: j\_mohtashami@sbmu.ac.ir

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران.

۳- دکترای تخصصی پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران.

## مقدمه

خشونت خانگی، وارد کردن صدمه فیزیکی به شریک زندگی، یک پدیده شایع در میان زنان است و هر ساله حدود ۱/۸ تا ۴ میلیون زن مورد حمله و صدمات ناشی از آن توسط همسر خود قرار می گیرند. تقریباً یک سوم تمام زنان خشونت خانگی را از طرف شریک محرم خود تجربه می کنند (۱). اگر آزار روانی و سایر تهاجمات نیز به این ارقام اضافه شود، میزان بالاتری از زنان درگیر می شوند. بیش از ۹۵ درصد این آزارها توسط یک مرد به یک زن است. ۲۲ تا ۲۵ درصد زنانی که به بخش های اورژانس بیمارستان ها مراجعه می کنند، صدمات ناشی از خشونت های خانگی را نشان می دهند (۲).

تخمین زده می شود که ۳۴ تا ۴۶ درصد زنان بیمار، قربانی آزار از طرف همسر هستند (۳). نتایج مطالعه فروزان نشان داد که سهم قربانیان همسر آزاری از کل مراجعین به مراکز پزشکی قانونی تهران حدود ۱۸ درصد است. باتوجه به میانگین مراجعه کنندگان طی سال های ۱۳۷۹-۱۳۸۰ به مراکز پزشکی قانونی تهران، انتظار می رود ۵۰۲۷۰ نفر از کل مراجعین به مراکز پزشکی قانونی تهران، زنان قربانی همسر آزاری باشند. از آنجا که شیوع خشونت خانگی در پس تعاریف محدود و ناکافی از سوی و اکراه و بی میلی زنان برای فاش کردن آن از سوی دیگر پنهان شده است، اندازه و میزان هزینه های واقعی آن مشخص نیست (۴).

اطلاعات حاصل از پژوهش ها، رابطه ی بین سلامت روانی و تهاجم در بین قربانیان و نجات یافتگان را مشخص کرده است (۵و۱). مروری بر مطالعات، عوارض روانشناختی تهاجم نظیر اضطراب، رفتارهای خودکشی، سو مصرف موادمخدر، افسردگی، اختلال تنش پس از سانحه، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب منتشر را گزارش کرده است. زنان آزار دیده، اغلب دچار افسردگی مقاوم به درمان همراه با اضطراب شده اند (۵و۱). پژوهش در مورد زنان تحت آزار، تاثیر تهاجم را بر سلامت جسمی قربانی نشان داده است. این زنان شیوع بالاتری از علائم جسمی شامل سردردها، درد مزمن، مشکلات خواب و استفاده بیشتری از خدمات بهداشتی و درمانی دارند (۵). زنانی که مورد

خشونت همسران واقع می شوند، واکنش های بلندمدتی بروز می دهند که شامل ترس، اضطراب، خستگی، خواب و اشتباهی نامرتب و دردهای جسمانی می باشد. این زنان ممکن است عدم استقلال و اعتماد بنفس داشته و تصمیم گیری به تنهایی برایشان مشکل باشد (۶). عقاید و نگرش زنان نسبت به مقابله با خشونت خانگی می تواند باعث نشان دادن عکس العمل مناسب در موقعیت های بحرانی و کم کردن خطر جدی شود (۷). رسولی می نویسد: الگو های روانشناسی اجتماعی، چارچوبی روشن برای نشان دادن ارتباط میان باورها، نگرش ها و رفتارها می باشند. یکی از این الگو ها، نظریه رفتار منطقی است. مهمترین هدف این نظریه، درک عوامل مرتبط با رفتار فرد می باشد. این نظریه سعی دارد تا ارتباطات موجود میان نگرش، هنجارهای ذهنی، تمایل و رفتار را توضیح دهد و شامل عواملی مانند نگرش، تمایل و قصد و رفتار است (۸).

یافته های مطالعه Libuku و همکاران بر روی زنان تحت خشونت خانگی نشان داد که ۶۰ درصد نمونه ها عقیده داشتند باید خشونت را تحمل کرد. از جمله دلایل آن ها، وجود فرزندان و مسئولیت خانواده (۸۲/۵ درصد)، مسائل مالی (۸۰ درصد)، مصرف الکل توسط همسر و مقصر ندانستن آن ها برای سو رفتار و هنجارهای مذهبی و فرهنگی بود. همچنین ۷۰ درصد (۱۲۹ نفر) از نمونه ها اعتقاد داشتند هنگام مواجهه با خشونت خانگی به اقوام خود پناه می برند و ۶۰ درصد (۱۱۰ نفر) اظهار کردند که به یک کارکنان بهداشتی و درمانی مراجعه می کنند (۷).

Sabina & Tindale در مطالعه خود ۳ نوع راهبرد تطابقی در زنان تحت خشونت را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که منابع تطابقی نظیر سلامت کلی، اشتغال و حمایت اجتماعی در چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله ای تاثیر دارد. ۹۰ درصد نمونه ها حداقل یکی از راهبردهای تطابقی مشکل مدار را امتحان کرده بودند و ۱۹ درصد آن ها به دنبال هیچ کمکی نبودند (۹). عارفی مطالعه ای بر روی زنانی که در فاصله زمانی فروردین ۸۰ تا پایان اسفند ۱۳۸۰ به دلیل خشونت خانگی به کلانتری های ۱۷ و ۱۱ شهر ارومیه مراجعه کردند، انجام داد. یافته ها نشان داد که زنان بین سنین ۱۷ تا ۳۲ سال

"with Domestic Violence", ابزار "مقابله با خشونت خانگی" (Coping with Domestic Violence) بود. پرسشنامه خودکارآمدی شامل ۱۷ عبارت بود که بر اساس لیکرت ۵ قسمتی از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم، نظرات زنان تحت خشونت خانگی را در مورد خودکارآمدی خود سوال می کرد. حداقل امتیاز ۴۰ و حداکثر ۸۰ بود. ابزار "نگرش به مقابله با خشونت خانگی" شامل ۱۸ عبارت لیکرت ۵ قسمتی از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم بود که حداکثر امتیاز ۷۲ و حداقل ۴۴ بود. ابزار "هنجارهای ذهنی به مقابله با خشونت خانگی" با ۲۶ عبارت لیکرت ۵ قسمتی از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم با حداکثر امتیاز ۵۹ و حداقل ۱۰۵ بود که هنجارهای ذهنی (خانواده، دوستان، والدین و برادر و خواهر) را در مورد مقابله با این پدیده بررسی کرد. ابزار مقابله با خشونت خانگی دارای ۲۴ عبارت لیکرت ۵ قسمتی همیشه تا هیچ وقت (حداقل امتیاز ۵۶ و حداکثر امتیاز ۱۲۰) طراحی گردید. همچنین نوع و دفعات خشونت جسمی (۱۲ عبارت) و میزان آسیب وارد شده (۶ عبارت)، نوع و دفعات خشونت روانی (۱۶ عبارت)، خشونت اقتصادی (۶ عبارت) و خشونت جنسی (۷ عبارت) در طی یک ماه گذشته از نمونه های مورد پژوهش سوال شد.

جهت بررسی روایی ابزارها از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد. ابزار کلی در اختیار ۱۵ نفر عضو هیئت علمی گروه روانپرستاری، مامایی و متخصص طراحی و روانسنجی ابزار، قرار گرفت تا بر پایه شاخص روایی محتوای والتس و باسل میزان "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" هر عبارت را مشخص نمایند. عباراتی که میزان مربوط بودن آن ها با توجه به شاخص از ۷۵ درصد بیشتر بود، باقی مانده و سایر عبارات حذف گردید. جهت تعیین پایایی از شیوه همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای ابزار های خودکارآمدی ۰/۷۹، نگرش ۰/۸۷، هنجارهای ذهنی ۰/۷۵ و کل ابزار ۰/۸۶ محاسبه گردید.

ملاک های ورود به مطالعه شامل زنان سنین ۲۰-۴۰ سال که حداقل برای مدت یک سال تجربه خشونت خانگی را داشته و از نظر جسمی و روانی سالم (بر اساس اظهارات خود فرد)

بیشترین خشونت را تجربه می کنند (۵۶ درصد) و ۶۰ درصد زنانی که مورد خشونت مردان قرار می گیرند، دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۵ درصد بیسواد هستند. نتایج حاکی از آن بود که بیشترین میزان خشونت از نوع جسمی و فیزیکی (۵۰ درصد) و سپس خشونت روانی و مالی (به ترتیب ۲۵/۷ و ۲۳/۲ درصد) می باشد. درصد بالای علت خشونت به اعتیاد مربوط می شود و در رتبه بعدی علت خشونت به مسائل مالی-ارثی بر می گردد (۱۰).

با توجه به اهمیت مقابله در برخورد با خشونت خانگی، نقش پرستار در ارائه مراقبت های مربوط به این پدیده و همچنین عدم وجود شواهد دال بر بررسی الگوی رفتار منطقی در ارتباط با خشونت خانگی در زنان شهر تهران، در این پژوهش عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران، مورد بررسی قرار گرفت. به عبارت دیگر، از نظریه رفتار منطقی برای نشان دادن ارتباطات موجود میان ویژگی های جمعیت شناسی و ویژگی های فردی، خودکارآمدی، نگرش، هنجارهای ذهنی و مقابله با خشونت خانگی در زنان، استفاده شد.

## مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. نمونه ها را ۲۰۰ نفر از زنان تحت خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران، تشکیل دادند که با روش نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پس از توضیح پژوهش و اهداف آن و کسب رضایت، پرسشنامه ها تکمیل گردید.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، "مقیاس خودکارآمدی عمومی" - "General Self-efficacy Scale", ابزار سنجش "نگرش به مقابله با خشونت خانگی" "Attitude to Coping with Domestic Violence", ابزار "هنجار ذهنی به مقابله با خشونت خانگی" "Subjective Norms to Coping"

یافته ها نشان داد از بین ۱۷ عبارت مربوط به خودکارآمدی در زنان، بیشترین درصد (۴۰/۱ درصد) کاملاً موافقم را به عبارت "اگر نتوانم کاری را باراول انجام دهم، برای انجام آن تلاش می کنم" اختصاص دادند و از بین ۱۸ عبارت مربوط به نگرش نسبت به خشونت خانگی در زنان، بیشترین درصد (۳۹ درصد) کاملاً موافقم را به عبارت "کتک زدن زن زمینه را برای طلاق مهیا می کند" اختصاص دادند. همچنین از بین ۲۶ عبارت مربوط به هنجارهای ذهنی نسبت به خشونت خانگی در زنان (از نظر خانواده، دوستان، والدین و برادر و خواهرها و خود فرد) بیشترین درصد (۲۲/۵ درصد) کاملاً موافقم به عبارت "باید استقلال مالی داشته باشم" در مورد خانواده، در مورد دوستان، (۲۶/۷ درصد)، در مورد فامیل (۲۳/۵ درصد) و در مورد خود فرد (۵۰/۳ درصد) اختصاص دادند. جدول ۱ روش های مورد استفاده زنان را جهت مقابله با خشونت خانگی نشان می دهد. یافته ها حاکی از آن بود که از بین ۲۴ عبارت مربوط به مقابله با خشونت خانگی در زنان، بیشترین درصد همیشه به گزینه "گریه کردن" اختصاص داشت.

باشند، در نظر گرفته شد. پس از گرفتن مجوز از پزشکی قانونی کشور، نمونه گیری بر اساس سهمیه بندی از مناطق ۵ گانه پزشکی قانونی شهر تهران (مرکز شرق، صادقیه، جنوب، پارک شهر و ونک) انجام شد. سهمیه انتخاب شده از هر مرکز پزشکی قانونی بر اساس آمار ارایه شده توسط مسئول پذیرش آن مرکز از مراجعین در ماه های گذشته بود. پژوهشگر در این مراکز حاضر و با معرفی خود و توضیح اهداف مطالعه، با گرفتن رضایت شفاهی، شروع به تکمیل پرسشنامه ها نمود. داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، آنالیز واریانس یکطرفه و همبستگی) تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته ها

نتایج بیانگر آن است که بیشترین فراوانی (۳۶ درصد) نمونه ها در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و کمترین فراوانی (۳/۴ درصد) مربوط به گروه سنی ۶۵ سال یا کمتر بوده است. میانگین و انحراف معیار سن واحدهای مورد پژوهش  $32.57 \pm 13.05$  سال بود. همچنین بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۷۲/۷ درصد) خانه دار و کمترین (۲/۱ درصد) سایر مشاغل بودند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۴۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و کمترین آن ها (۱/۱ درصد) بیسواد بودند. اکثریت آن ها (۹۶/۸ درصد) متاهل بوده و ۴۳/۸ درصد کمتر از ۵ سال از ازدواج آن ها می گذشت. درآمد ماهیانه خانواده ۲۹/۹ درصد واحدهای مورد پژوهش بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان می باشد. اکثریت همسران واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی بین ۳۰ تا ۴۵ سال قرار داشتند و ۳۵/۳ درصد دارای تحصیلات دبیرستانی بودند. شغل همسران اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۱/۸ درصد) آزاد بود. ۱۱/۸ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش به یک نوع بیماری جسمی و ۳۲/۱ درصد به یک نوع بیماری اعصاب مبتلا بودند. ۵۸/۸ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش سیگار و ۲۹/۹ درصد الکل مصرف می کردند. ۴۱/۲ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش از مواد مخدر استفاده می کردند.

**جدول ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مقابله با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی

قانونی شهر تهران

عبارت	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هیچوقت	جمع	داده های از دست رفته	جمع کل
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد	درصد
۱ کمک گرفتن از : دوستان	۱۱	۵/۹	۱۰	۵/۳	۳۱	۱۶/۶	۲۸	۲۸
۲ والدین	۵۶	۲۹/۹	۳۲	۱۷/۱	۲۴	۱۲/۸	۲۱	۲۱
۳ بزرگان فامیل	۶	۳/۲	۱۷	۹/۱	۲۴	۱۲/۸	۱۹	۱۹
۴ افراد روحانی	۳	۱/۶	۱۰	۵/۳	۹	۴/۸	۱۴	۱۴
۵ همسایگان	۴	۲/۱	۷	۳/۷	۱۹	۱۰/۲	۲۱	۲۱
۶ افراد تیم بهداشتی	۵	۲/۷	۱	۰/۵	۹	۴/۸	۷	۷
۷ پلیس	۸	۴/۳	۸	۴/۳	۳۳	۱۷/۶	۴۴	۴۴
۸ مراجعه به مراکز مشاوره	۱۳	۷	۱۵	۸	۳۸	۲۰/۳	۳۲	۳۲
۹ ورزش و پیاده روی	۲۵	۱۳/۴	۱۹	۱۰/۲	۳۴	۱۸/۲	۲۵	۲۵
۱۰ گریه کردن	۱۱۴	۶۱	۳۱	۱۶/۶	۱۸	۹/۶	۱۸	۱۸
۱۱ استفاده از داروهای آرامبخش	۱۵	۸	۸	۴/۳	۱۹	۱۰/۲	۲۱	۲۱
۱۲ استفاده از الکل و مواد مخدر	۱۰	۵/۳	۵	۲/۷	۲۷	۱۴/۴	۲۷	۲۷
۱۳ مراجعه به پزشک قانونی	۶	۳/۷	۶	۳/۲	۲۴	۱۲/۸	۲۴	۲۴
۱۴ مراجعه به دادگاه خانواده و تقاضای طلاق	۶	۳/۲	۵	۲/۷	۱۸	۹/۶	۱۸	۱۸
۱۵ مراجعه به پناهگاه های حمایت از زنان و کودکان	۳	۱/۶	۳	۱/۶	۵	۲/۷	۷	۷
۱۶ قهر کردم	۳۲	۱۷/۱	۲۷	۱۴/۴	۴۳	۲۳	۳۰	۳۰
۱۷ تمکین نکردم	۷	۳/۷	۶	۳/۲	۲۴	۱۲/۸	۲۴	۲۴
۱۸ همسر را ترک کردم	۱۳	۷	۱۰	۵/۳	۲۸	۱۵	۲۸	۲۸
۱۹ اقدام متقابل به خشونت کردم	۶	۳/۲	۱۲	۶/۴	۲۷	۱۴/۴	۲۷	۲۷
۲۰ تا حالا کاری نکردم به دلیل:	۷۷	۴۱/۲	۲۶	۱۳/۹	۱۴	۷/۵	۱۲	۱۲
۲۱ ترس از صدمه جسمی بیشتر وجود محدودیت های فرهنگی و خانوادگی	۵۷	۳۰/۵	۳۱	۱۶/۶	۱۹	۱۰/۲	۱۹	۱۹
۲۲ ترس از تنهایی	۴۲	۲۲/۵	۲۵	۱۳/۴	۲۱	۱۱/۲	۱۶	۱۶
۲۳ چون جایی نداشتم بروم	۳۵	۱۸/۷	۱۸	۹/۶	۲۶	۱۳/۹	۱۳	۱۳
۲۴ نداشتن مهارت شغلی یا منبع درآمد	۳۷	۱۹/۸	۱۵	۸	۱۱	۵/۹	۱۱	۱۱

یافته ها مبین این بود که نوع و دفعات خشونت روانی در یک ماه گذشته در زنان "بیرون انداختن از منزل" حداقل یک بار در عرض ماه گذشته ۱۵/۵ درصد و بیش از ده بار در ماه گذشته "فریاد زدن، بی احترامی و فحاشی" ۶۵/۸ درصد و "بی اعتنائی" ۵۸/۳ درصد گزارش شد. همچنین نوع و دفعات خشونت اقتصادی در عرض یک ماه گذشته در زنان، بیشترین گزینه "عدم پرداخت خرجی و در تنگنا گذاشتن" بیش از ده بار در عرض ماه گذشته، ۴۵/۵ درصد بوده است.

نتایج این پژوهش مشخص نمود که نوع و دفعات خشونت جسمی در زنان "کبودی و کوفتگی" حداقل یک بار در عرض ماه گذشته (از زمان تکمیل پرسشنامه)، ۲۳/۶ درصد و بیش از ۱۰ بار در طی ماه گذشته، ۱۸/۷ درصد بود. همچنین میزان و دفعات آسیب وارده در عرض یک ماه گذشته در زنان گزینه "ضربه به قدری شدید بود که تا چند روز پس از آن هنوز احساس درد داشتم" یک بار در عرض ماه گذشته ۲۱/۴ و بیش از ده بار ۲۰/۳ درصد گزارش شد.

دارند. بعلاوه، نتایج نشان داد ۵۰/۳ درصد زنان به میزان کم با خشونت خانگی مقابله می کردند.

همچنین نتایج مبین آن بود که میزان خشونت فیزیکی در زنان کم بوده است و ۴۲/۸ درصد زنان میزان متوسطی از خشونت روانی را تجربه کرده بودند. همچنین ۴۳/۹ درصد زنان، خشونت اقتصادی به میزان کم و ۱۵ درصد آن ها خشونت اقتصادی به میزان زیاد را داشتند. ۱۰/۷ درصد زنان میزان زیادی خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. جدول ۲ همبستگی بین نگرش و خودکارآمدی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی، خشونت روانی و خشونت فیزیکی را نشان می دهد.

**جدول ۲: همبستگی بین نگرش و خودکارآمدی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی، خشونت روانی و خشونت فیزیکی**

نگرش	r	P value
خودکارآمدی	-۰/۰۹۸	۰/۱۸۱
خشونت اقتصادی	-۰/۰۹۵	۰/۱۹۵
خشونت جنسی	۰/۰۰۶	۰/۹۴۰
خشونت روانی	-۰/۰۶۸	۰/۳۵۳

دار آماری وجود ندارد. همچنین بین درآمد خانواده و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی نسبت به مقابله با خشونت خانگی، همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت.

همچنین بین میزان تحصیلات و نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی نسبت به مقابله با خشونت خانگی، همبستگی معنی دار آماری وجود داشت و زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند، از نگرش بهتری نسبت به مقابله با خشونت خانگی برخوردار بودند ( $P=۰/۰۰۱$ ) و اعتقاد داشتند که باید با این پدیده مقابله کرد. طبق یافته ها بین مصرف سیگار و نگرش زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت، ولی بین مصرف مواد مخدر و الکل و نگرش زنان رابطه معنی دار آماری وجود داشت.

بین درآمد خانواده و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی نسبت به مقابله با خشونت خانگی، رابطه معنی دار آماری وجود نداشت.

از یافته های دیگر این مطالعه نوع و دفعات خشونت جنسی در یکماه گذشته در زنان بود که بیشترین گزینه "درخواست و انجام رابطه جنسی بدون رضایت" بیش از ده بار، ۲۴/۱ درصد بوده است. همچنین ۷۲/۷ درصد زنان از میزان متوسط خودکارآمدی برخوردار بودند. ۸۰/۲ درصد زنان از نگرش ضعیفی نسبت به مقابله با خشونت خانگی برخوردار بودند. این افراد اعتقاد داشتند نمی توان با خشونت خانگی مقابله کرد. نتایج نشان داد که در تصمیم گیری جهت مقابله با خشونت خانگی، ۹۴/۱ درصد زنان، والدین، خواهر و برادرها و خانواده آن ها، تاثیر

نتایج نشان داد که بین میزان تحصیلات و شغل با هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد.

بعلاوه، بین وضعیت تاهل و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی رابطه معنی دار آماری وجود دارد و افراد مطلقه و بیوه نسبت به افراد متاهل، هنجارهای ذهنی پایین تری نسبت به خشونت خانگی داشتند ( $P=۰/۰۱۲$ ). نتیجه بررسی رابطه بین توافق در ازدواج و علت ختم ازدواج قبلی و هنجارهای ذهنی نسبت به مقابله با خشونت خانگی نشان داد که بین توافق در ازدواج و هنجارهای ذهنی، همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد، ولی بین علت ختم ازدواج قبلی (مرگ همسر و یا طلاق) و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی همبستگی معنی دار آماری وجود دارد ( $P=۰/۰۳۰$ ). بررسی رابطه بین مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل و هنجارهای ذهنی نشان داد که بین موارد فوق و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی رابطه معنی

**بحث**

در این پژوهش عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان داد که بیشتر نمونه ها (۳۶ درصد) در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال قرار داشتند و اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۳/۸ درصد) کمتر از ۵ سال از ازدواج آن ها می گذشت. یافته های حاصل از مطالعه عارفی نشان داد که زنان بین سنین ۱۷ تا ۳۲ بیشترین خشونت را تجربه می کنند و ۶۰ درصد زنانی که مورد خشونت مردان خود قرار می گیرند، دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۵ درصد بیسواد هستند (۱۰). در مطالعه طاهرخانی و همکاران یافته ها نشان داد محدوده سنی زنان شرکت کننده ۵۸-۱۷ سال، سن زمان ازدواج آن ها ۴۰-۱۳ سال، طول مدت ازدواج ۴۱-۱ سال بوده است. ۵۸/۹ درصد زنان و ۴۷/۳ درصد از همسران تحصیلات متوسطه و ۱۸/۷ درصد زنان از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. ۹۱/۵ درصد زنان خانه دار بودند (۱۱).

در مطالعه حاضر اکثر نمونه ها در ۵ سال اول ازدواج درگیر خشونت خانگی می شدند. می توان گفت که به علت شناخت ناکافی از یکدیگر، بیشترین درگیری در سال های اول زندگی روی می دهد. بنا به اظهار برخی از زنان، آنان کم کم به این وضعیت عادت کرده و به علت داشتن فرزند و اجتناب از درگیری های بیشتر، خشونت همسر را تحمل می کردند و گزارش نمی دادند. از طرفی بنظر می رسد زنان تحصیل کرده از حق و حقوق قانونی و اجتماعی خود بیشتر مطلع بودند.

در رابطه با تعیین ویژگی های جمعیت شناسی همسران زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران، یافته ها نشان داد ۳۲/۱ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش به یک نوع بیماری اعصاب مبتلا می باشند. ۲۹/۹ درصد همسران واحدهای مورد پژوهش الکل و ۴۱/۲ درصد آن ها از مواد مخدر استفاده می کنند. بین مصرف مواد مخدر توسط همسر و نگرش نسبت به خشونت خانگی و بین مصرف الکل توسط همسر و نگرش نسبت به خشونت خانگی رابطه معنی دار وجود داشت. در مطالعه طاهرخانی و همکاران یافته ها نشان داد ۲۷/۱

درصد از همسران سیگار، ۳/۳ درصد الکل و ۱/۸ درصد مواد مخدر مصرف می کردند. در مطالعه بهنام و همکاران همبستگی معنی داری بین سطح تحصیلات همسر با میزان خشونت خانگی وجود داشت (۱۲).

خودکارآمدی زنان نشان داد که بیشترین درصد (۴۰/۱ درصد) کاملاً موافقم را به عبارت "اگر نتوانم کاری را با رابا اول انجام دهم، برای انجام آن تلاش می کنم" اختصاص دادند. در گزارش نتایج ارزیابی انستیتو بهداشت و توسعه ارتباطات مطرح شده است که توانمند کردن زنان تحت خشونت خانگی آن ها را قادر می سازد تا در مورد سلامت و حس خوب بودن خود، دسترسی به خدمات حمایتی و افزایش دانش در مورد حیطه های مختلف از جمله نقش جنسی خود، تصمیم گیری کنند (۱۳).

نتایج مطالعه در مورد نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به خشونت خانگی در زنان نشان می دهد که از بین ۱۸ عبارت مربوط به نگرش نسبت به خشونت خانگی در زنان، بیشترین درصد (۳۹ درصد) کاملاً موافقم را به عبارت "کتک زدن زن زمینه را برای طلاق مهیا می کند"، اختصاص دادند. Meyering در مطالعه خود دریافت که نگرش افراد در پاسخ به تهاجم و توانایی زنان در ابراز خشونت و طلب کمک کردن تاثیر می گذارد. همچنین نحوه نگرش زنان می تواند در تصمیم گیری آن ها برای مداخله، پاسخگو کردن جامعه و اجرای قوانین و مقررات، تاثیر داشته باشد (۱۴). در مطالعه Mulroney، ۹۲ درصد افراد عقیده داشتند که خشونت خانگی یک مسئله جدی است. از هر ۲۰ نفر یک نفر معتقد بود که اعمال زور برای برقراری رابطه جنسی، پرتاب کردن وسایل، سیلی زدن و مشت زدن یک کشمکش طبیعی است نه خشونت خانگی. ۱۲ درصد زنان نیز با این عقیده موافق بودند که "مردان باید روابط خود را کنترل کنند و مسئول خانه باشند" (۱۵).

از بین ۲۶ عبارت مربوط به هنجارهای ذهنی نسبت به خشونت خانگی در زنان، بیشترین درصد کاملاً موافقم به عبارت "باید استقلال مالی داشته باشم" در مورد خانواده (۲۲/۵ درصد)، در مورد دوستان (۲۶/۷ درصد)، در مورد فامیل (۲۳/۵ درصد) و

تهاجم، امکان وجود انتخاب های متعدد و احترام برای استقلال افراد باشد (۱۷).

نوع و دفعات خشونت جسمی در زنان "کبودی و کوفتگی" حداقل یک بار در عرض ماه گذشته ۲۳/۶ درصد و بیش از ۱۰ بار در طی ماه گذشته ۱۸/۷ درصد بوده است. در پژوهش نجفی دولت آباد یافته ها نشان داد که در اکثریت واحدهای مورد پژوهش نوع صدمه ایجاد شده کبودی و خونمردگی بوده است. همچنین شدت صدمات ایجاد شده در بیشترین موارد متوسط تشخیص داده شد (۱۸).

میزان و دفعات آسیب وارده در عرض یک ماه گذشته در زنان گزینه "ضربه به قدری شدید بود که تا چند روز پس از آن هنوز احساس درد داشتم" یک بار در عرض ماه گذشته ۲۱/۴ و بیش از ده بار ۲۰/۳ درصد گزارش شد. یافته های حاصل از مطالعه عارفی نشان داد که بیشترین میزان خشونت از نوع جسمی و فیزیکی است (۵۰ درصد) و سپس خشونت روانی و مالی به ترتیب ۲۵/۷ و ۲۳/۲ درصد را نشان می دهد (۱۰). دولتیان و قراچه در مطالعه خود شیوع سوء رفتار توسط همسر در بارداری را ۴۸/۶ درصد به دست آوردند که از این میان ۱۴/۲ درصد سوء رفتار فیزیکی، ۱۸/۶ درصد سوء رفتار جنسی و ۴۸/۴ درصد سوء رفتار عاطفی بود (۱۹).

نوع و دفعات خشونت روانی در عرض یک ماه گذشته در زنان "بیرون انداختن از منزل" حداقل یک بار در عرض ماه گذشته ۱۵/۵ درصد و بیش از ده بار در ماه گذشته "فریاد زدن، بی احترامی و فحاشی" ۶۵/۸ درصد و "بی اعتنائی" ۵۸/۳ درصد گزارش شد. نوع و دفعات خشونت اقتصادی در عرض یک ماه گذشته در زنان، بیشترین گزینه "عدم پرداخت خرجی و در تنگنا گذاشتن" بیش از ده بار در عرض ماه گذشته ۴۵/۵ درصد بوده است. نوع و دفعات خشونت جنسی در یک ماه گذشته در زنان، بیشترین گزینه "درخواست و انجام رابطه جنسی بدون رضایت" بیش از ده بار ۲۴/۱ درصد بوده است.

Bacchus و همکاران در مطالعه کیفی خود، از ۱۶ زن مورد مطالعه ۱۰ نفر تجربه خشونت را در حاملگی فعلی و ۶ نفر تجربه خشونت را در ۱۲ ماه قبل ولی نه در حاملگی اخیر داشتند.

در مورد خود فرد (۵۰/۳ درصد) اختصاص دادند. هنجارهای ذهنی، تاثیر عوامل اجتماعی بر فرد جهت انجام یا عدم انجام رفتاری خاص می باشد (۸). در گزارش نتایج ارزیابی انستیتو بهداشت و توسعه ارتباطات (۱۳) آورده شده است که هنجارهای ذهنی در مورد خشونت خانگی تغییر جهت مثبتی داشته است. این تغییر جهت در ادراک زنان تحت خشونت خانگی در مورد هنجارهای اجتماعی مربوط به خشونت خانگی باعث کاهش فشار منفی اجتماعی شده است.

بیشترین درصد نمونه ها در مورد مقابله با خشونت خانگی به گزینه "گریه کردن" (۶۱ درصد) و سپس "کمک گرفتن از والدین" (۲۹/۹ درصد) گزینه همیشه را انتخاب کرده بودند. بیشترین درصد انتخاب واژه هیچوقت، به گزینه "استفاده از الکل و مواد مخدر" (۸۱/۳ درصد) و سپس گزینه "کمک گرفتن از افراد گروه بهداشتی" (۷۱/۱ درصد) اختصاص داشت. در این میان دلیل انجام ندادن کاری را ۴۱/۲ درصد به علت "ترس از صدمه جسمی بیشتر" و سپس ۳۰/۵ درصد "وجود محدودیت های فرهنگی و خانوادگی"، ذکر نمودند. رسولی معتقد است که تطابق فرآیندی روانشناختی است که به منظور اداره کردن مشکلات به کار می رود (۸). در مطالعه Sabina & Tindale نتایج نشان داد که منابع تطابقی نظیر سلامت کلی، اشتغال و حمایت اجتماعی در چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله ای تاثیر دارد. ۹۰ درصد نمونه ها حداقل یکی از راهبردهای تطابقی مشکل مدار را امتحان کرده بودند و ۱۹ درصد آن ها به دنبال هیچ کمکی نبودند (۹). در مطالعه Lo Fo Wong و همکاران وضعیت زنان در مقابله با سوء رفتار سه حالت داشت: دسته ای در حال عبور و تغییر و تحول بودند و اعتقاد داشتند که وضع بهتر می شود. دسته دوم در همان حال باقی مانده و به علت ترس و ناتوانی برای مقابله یا بهبود وضعیت خود اقدامی نمی کردند و دسته سوم درباره تغییر اظهار بی علاقگی کرده و بی توجه بودند (۱۶). Ghang و همکاران در مطالعه خود در مورد مداخلات مراقبین بهداشتی و درمانی برای تهاجم از طرف شریک جنسی از دید زنان تحت خشونت، دریافته اند که خصوصیات مداخلات باید شامل عدم افشا یا شناسایی قربانیان

نتایج نشان داد که تجربه زنان حامله از خشونت خانگی مشابه سایر زنان تحت خشونت است. تهاجم اغلب از بی ثباتی هیجانی سوء رفتار کننده و نیاز به حفظ قدرت و کنترل ناشی می شود. نتایج در ۴ دسته کلی تهاجم فیزیکی، تهاجم جنسی، تاثیر الکل و داروها و سوء رفتار روانی تقسیم بندی شده است (۲۰).

۷۲/۷ درصد زنان از میزان متوسط خودکارآمدی برخوردار بودند و ۸۰/۲ درصد زنان از نگرش ضعیفی نسبت به خشونت خانگی برخوردار بودند. ۵۰/۳ درصد زنان به میزان کم با خشونت خانگی مقابله می کردند. در مطالعه Libuku & Wilkinson یافته ها نشان داد که ۶۰ درصد نمونه ها عقیده داشتند باید خشونت را تحمل کرد. از جمله دلایل آن ها، وجود فرزندان و مسئولیت خانواده (۸۲/۵ درصد)، مسائل مالی (۸۰ درصد)، مصرف الکل توسط همسر و مقصر ندانستن آن ها برای سوء رفتار و وجود هنجارهای مذهبی و فرهنگی بود. همچنین ۷۰ درصد (۱۲۹ نفر) از نمونه ها مطرح کردند هنگام مواجهه با خشونت خانگی به اقوام خود پناه می برند و ۶۰ درصد (۱۱۰ نفر) اظهار کردند که به یکی از کارکنان بهداشتی مراجعه می کنند (۸).

میزان خشونت فیزیکی در زنان کم بوده است. در مطالعه Sabina & Tindale پاسخ دهندگان برای مدت یکسال یا کمتر تا بیش از ۱۵ سال تحت خشونت بودند. ۲۹ درصد نمونه ها تجربه یکبار خشونت در سال گذشته را گزارش کردند (۹).

در مطالعه Lo Fo Wong و همکاران به منظور بررسی نوع و شدت آزار، از ابزار آزار ترکیبی که ۲۹ عنوان در ۴ حیطه آزار ترکیبی شدید، آزار عاطفی، آزار جسمی و اذیت و آزار دارد، استفاده شد. نتایج نشان داد که ۳۳ نفر از نمونه ها در ۳ یا ۴ ابزار آزار ترکیبی، امتیاز مثبت داشته اند. ۴۲/۸ درصد زنان میزان متوسطی از خشونت روانی را تجربه کرده بودند. ۴۳/۹ درصد زنان، خشونت اقتصادی به میزان کم و ۱۵ درصد آن ها خشونت اقتصادی به میزان زیاد را گزارش نمودند. ۱۰/۷ درصد زنان میزان زیادی خشونت جنسی را تجربه کرده بودند (۱۶). در مطالعه ظاهرخانی و همکاران (۱۱) یافته ها نشان داد میزان خشونت خانگی ۸۸/۳ درصد، خشونت جسمی ۲۵/۴، خشونت

عاطفی ۸۷/۳ درصد و خشونت جنسی ۳۹/۱ درصد بود. بهنام و همکاران (۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که ۹۲/۴ درصد زنان خشونت خیلی خفیف، ۶/۹ درصد خفیف و ۰/۷ درصد خشونت متوسط را در دوران بارداری از طرف شوهران خود تجربه کردند. در مطالعه حاضر، بین میزان خودکارآمدی و نگرش نسبت به مقابله با خشونت خانگی همبستگی معنی دار وجود نداشت. در مطالعه Libuku & Wilkinson (۸) خودکارآمدی به عنوان عقیده ای که شخص می تواند به طور موفق عملی را برای کسب یک نتیجه مطلوب انجام دهد تعریف شده است. نقصان خودکارآمدی یا کاهش اعتماد بنفس مانعی برای انجام اقدام علیه خشونت است. یافته ها حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و مقابله با خشونت خانگی همبستگی معنی داری وجود ندارد. نتایج مطالعه Johanson نشان داد که خودکارآمدی درک شده پایین یک شاخص برای پیش بینی تنش پس از سانحه در قربانیان صدمات فیزیکی بوده است که بر روی حمایت اجتماعی درک شده تاثیرگذار است (۲۱). در مطالعه ای کیفی بر روی ۳۶ زن هلندی که توسط Lo Fo Wong و همکاران انجام شد، مشخص شد یک رویکرد ارتباطی که همدلی و توانمندی را ایجاد می کند در ابراز آزار توسط زنان مهم می باشد. بیش از نیمی از زنان تحت مطالعه برای تغییر اعلام آمادگی کردند. حرف زدن درباره آزار یک مرحله مهم در فرآیند تغییر در زنان تحت خشونت است. بعلاوه، بین نگرش و خشونت اقتصادی و بین نگرش و خشونت جنسی همبستگی معنی دار وجود نداشت. همچنین بین نگرش و خشونت فیزیکی همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت (۱۶). در گزارش نتایج ارزیابی انستیتو بهداشت و توسعه ارتباطات (۱۳) مطرح شده است که افزایش دانش در مورد شدت و تعریف خشونت خانگی، وضعیت قانون در این مورد و سازمان هایی که از آنان حمایت می کنند، سبب تغییر و نگرش زنان در مورد خشونت خانگی شده است. یافته های این پژوهش نشان داد که بین میزان تحصیلات و نگرش نسبت به خشونت خانگی همبستگی معنی دار آماری وجود دارد.

نتایج نشان داد که تجربه زنان حامله از خشونت خانگی مشابه سایر زنان تحت خشونت است. تهاجم اغلب از بی ثباتی هیجانی سوء رفتار کننده و نیاز به حفظ قدرت و کنترل ناشی می شود. نتایج در ۴ دسته کلی تهاجم فیزیکی، تهاجم جنسی، تاثیر الکل و داروها و سوء رفتار روانی تقسیم بندی شده است (۲۰).

۷۲/۷ درصد زنان از میزان متوسط خودکارآمدی برخوردار بودند و ۸۰/۲ درصد زنان از نگرش ضعیفی نسبت به خشونت خانگی برخوردار بودند. ۵۰/۳ درصد زنان به میزان کم با خشونت خانگی مقابله می کردند. در مطالعه Libuku & Wilkinson یافته ها نشان داد که ۶۰ درصد نمونه ها عقیده داشتند باید خشونت را تحمل کرد. از جمله دلایل آن ها، وجود فرزندان و مسئولیت خانواده (۸۲/۵ درصد)، مسائل مالی (۸۰ درصد)، مصرف الکل توسط همسر و مقصر ندانستن آن ها برای سوء رفتار و وجود هنجارهای مذهبی و فرهنگی بود. همچنین ۷۰ درصد (۱۲۹ نفر) از نمونه ها مطرح کردند هنگام مواجهه با خشونت خانگی به اقوام خود پناه می برند و ۶۰ درصد (۱۱۰ نفر) اظهار کردند که به یکی از کارکنان بهداشتی مراجعه می کنند (۸).

میزان خشونت فیزیکی در زنان کم بوده است. در مطالعه Sabina & Tindale پاسخ دهندگان برای مدت یکسال یا کمتر تا بیش از ۱۵ سال تحت خشونت بودند. ۲۹ درصد نمونه ها تجربه یکبار خشونت در سال گذشته را گزارش کردند (۹).

در مطالعه Lo Fo Wong و همکاران به منظور بررسی نوع و شدت آزار، از ابزار آزار ترکیبی که ۲۹ عنوان در ۴ حیطه آزار ترکیبی شدید، آزار عاطفی، آزار جسمی و اذیت و آزار دارد، استفاده شد. نتایج نشان داد که ۳۳ نفر از نمونه ها در ۳ یا ۴ ابزار آزار ترکیبی، امتیاز مثبت داشته اند. ۴۲/۸ درصد زنان میزان متوسطی از خشونت روانی را تجربه کرده بودند. ۴۳/۹ درصد زنان، خشونت اقتصادی به میزان کم و ۱۵ درصد آن ها خشونت اقتصادی به میزان زیاد را گزارش نمودند. ۱۰/۷ درصد زنان میزان زیادی خشونت جنسی را تجربه کرده بودند (۱۶). در مطالعه ظاهرخانی و همکاران (۱۱) یافته ها نشان داد میزان خشونت خانگی ۸۸/۳ درصد، خشونت جسمی ۲۵/۴، خشونت

شناسی، خودکارآمدی در مورد مقابله با خشونت خانگی، هنجارهای ذهنی، نگرش نسبت به مقابله با خشونت خانگی و انواع خشونت خانگی می باشد. پیشنهاد می شود در پیشگیری سطح اول آموزش هایی در خصوص پرورش شخصیتی سالم و قوی در افراد جامعه به ویژه دختران ارایه گردد. همچنین شیوه های انتخاب همسر و راه و رسم همسرداری نیز در برنامه های آموزشی برای کلیه افراد جامعه منظور گردد. در این میان پرستاران به ویژه روان پرستاران نقش ویژه ای در ارایه برنامه های آموزشی دارند.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل طرح پژوهشی شماره ۶۱۶۲-۸۶-۰۱-۸۸ مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است. پژوهشگران بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامائی، همچنین از سرکارخانم دکتر آسیه جعفری متخصص پزشکی قانونی و خانم راحله خناس کارشناس پرستاری به خاطر زحمات فراوان در گردآوری داده ها و راهنمایی های ارزنده شان و از زنان شرکت کننده در پژوهش و کلیه افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، اعلام می دارند.

در مطالعه Kim-Goh & Baello (۲۲) مشخص شد که جنسیت، میزان تحصیلات و فرهنگ پذیری از شاخص های مهم تعیین نگرش نسبت به خشونت خانگی هستند. دولتیان و قراچه (۱۹) در مطالعه خود تفاوت معناداری بین سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، مدت ازدواج، تعداد بارداری، شغل همسر، درآمد خانواده، بارداری ناخواسته، اعتیاد همسر و دفعات مراقبت پره ناتال بین قربانیان سوء رفتار و بدون تجربه سوء رفتار به دست آوردند.

یافته های این پژوهش نشان داد که بین وضعیت تاهل و هنجارهای ذهنی زنان خانواده، دوستان، والدین و برادر و خواهر افراد مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی همبستگی معنی دار آماری وجود دارد و افراد مطلقه و بیوه نسبت به افراد متاهل، نمره هنجارهای ذهنی خانواده، دوستان، والدین و برادر و خواهر (پایین تری نسبت به خشونت خانگی داشتند. نتایج نشان داد بین توافق در ازدواج و هنجارهای ذهنی همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد ولی بین علت ختم ازدواج قبلی (مرگ همسر و یا طلاق) و هنجارهای ذهنی زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی همبستگی معنی دار آماری وجود دارد.

### نتیجه گیری نهایی

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که عوامل مرتبط با مقابله با خشونت خانگی در زنان شامل خصوصیات جمعیت

### منابع

- 1- Augenbrau M. et al. Domestic violence reported by women attending a sexually transmitted disease clinic. American Sexually Transmitted Diseases Association. 2001; 28(3):143-147.
- 2- Keltner N L. et al. Psychiatric Nursing. 3<sup>rd</sup> Edition, St. Louis, Mosby Co.1999.
- 3- Keltner NL. et al. Psychiatric Nursing. 5<sup>th</sup> Edition, St Louis. Mosby Co. 2007.
- 4- Frooman A. et al. [Direct costs assault against women in Forensic Medicine. Payesh. 2006; 5(3):201-206 (Persian).
- 5- May B A, Katz A. Are abused women mentally ill? Psychosocial Nursing. 2003; 41(2): 21-29.
- 6- Amir Moradi F. [Survey of women's medical and psychological with domestic violence who refer to Forensic Medicine Centers of Tehran,1996]. Faculty of Tehran University, Medical Sciences. (Persian).

- 7- Libuku E, Wilkinson W. Exposure to domestic violence during pregnancy: Perceptions and coping mechanisms of vulnerable group. *Health South Australia*. 2008; 13(2):3-11.
- 8- Rassouli M. [Structural Equation Modeling for Spiritual Coping in Institutionalized Adolescents, 2008]. (PhD thesis), Shahid Beheshti Medical Sciences University (Persian).
- 9- Sabina C, Tindale R S. Abuse characteristics and coping resources as predictors of problem-focused coping strategies among battered women. *Violence Against Women*. 2008; 14(4):437-456.
- 10- Arefi M. Description of Domestic Violence Against Women in Urmia City. *Journal of Women Social Psychological Studies*, Al Zahra University. 2003;1(2):101-119 (Persian).
- 11-Taherkhani H. et al. [Survey of domestic violence against women and its relation with marital characteristics]. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 2009;15(2):123-129 (Persian).
- 12- Bonham H. et al. [Survey of severity and frequency of domestic violence in pregnancy]. *Galabad Medical Sciences University Quarterly*. 2008; 14(2):70-76 (Persian).
- 13- Evaluation Results Integrated Summery Report, Soul City 4, July2001 Institute for Health and Development Communication.
- 14- Meyering SB. Australian domestic & family violence, clearing house, [www.adfvc.unsw.edu.au](http://www.adfvc.unsw.edu.au). 2011.
- 15- Mulroney J. Australian statistics an domestic violence. Australian Domestic & Family Violence. Clearinghouse, [www.adfvc.unsw.edu.au](http://www.adfvc.unsw.edu.au). 2003.
- 16- Lo Fo, Wong V, et al. Talking matter: Abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Education and Counseling*. 2008; 70:386-394.
- 17- Chang JC. et al. Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health*. 2005; 15(1):21-30.
- 18- Najafi Dolatabad SH. [Survey Assault Injuries and its causes in Women who refer to Forensic Medicine Centers of Tehran, 2003]. (Master thesis), School of Nursing and Midwifery, Shahid Behashti University of Medical Sciences, 2003, Tehran. (Persian).
- 19- Dolatian M, Gharacheh M. [Correlation between husband's abuse and pregnancy in pregnant women who refer to Gachsaran Hospitals, 2009]. (MSc thesis). School of Nursing and Midwifery, Shahid Behashti University of Medical Sciences, 2009, Tehran (Persian).
- 20- Bacchus L, et al. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*. 2006; 12 (6): 588-604.
- 21- Johanson VA. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(7):583-93.
- 22- Kim-Goh M, Baello J. Attitudes toward domestic violence in Korean and Vietnamese immigrant communities: Implications for human services. *Journal Family Violence*. 2008; 23 (7):647-654.

## Related factors to coping with domestic violence in women who refer to Forensic Medicine Centers in Tehran

\*Mohtashami J<sup>1</sup>, Yaghmaei F<sup>2</sup>, Jafari A<sup>3</sup>, Alavi Majd H<sup>4</sup>, Ahmadi A<sup>5</sup>

### Abstract

**Introduction:** One kind of women's' assault is spouse violence. The aim of this study was to determine the factors related to coping with domestic violence in women who refer to Forensic Medicine Centers in Tehran.

**Materials and Methods:** This was a correlational descriptive study. Samples included 200 women with domestic violence who refer to Forensic Medicine Centers who were selected by purposive sampling. Data collection instruments included a demographic questionnaire, "General Self-efficacy Scale", "Attitude to Coping with Domestic Violence", "Subjective Norms to Domestic Violence" and "Coping of Domestic Violence". Validity of the instruments were determined by content and face validity. To measure reliability, internal consistencies (Cronbach's  $\alpha=0.86$ ) was used. Data were analyzed by SPSS/17.

**Findings:** The results showed that there was a significant relationship between education status and women's attitude toward domestic violence ( $P=0.001$ ) and marital status and women's subjective norms ( $P=0.012$ ). Also there was a negative correlation between women's attitude toward domestic violence and self efficacy and also between attitude toward domestic violence and economical assault ( $r=-0.098$  and  $r=-0.095$ ). Results showed no correlation between women's' attitude toward domestic violence with sexual and psychological assault ( $r=-0.006$ ,  $r=-0.068$ ).

**Conclusion:** Some of the causes of coping with domestic violence were such as demographic characteristics (age, job, education, marital status,...), self-efficacy, subjective norms, attitude towards coping with domestic violence and kinds of domestic violence. It is suggested that these factors can be used to help empower women for coping with domestic violence

**Keywords:** Domestic violence, Coping, Women, Self efficacy.

**Received:** 17 Oct 2013

**Accepted:** 19 Feb 2014

1- Assistant Professor, Psychiatric Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

**E-mail:** j\_mohtashami@sbmu.ac.ir

2- Associate Professor, Department of Nursing, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3- MD in Forensic Medicine, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Biostatistics, Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- MSc, Clinical Psychologist, Iranian Legal Medicine Organization, Tehran, Iran.