

فراوانی نسبی سوء رفتار با زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر اهواز و عوامل مرتبط با آن

نسرین الهی^{1*}، فاطمه الحانی²

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان یک مسأله بهداشتی عمومی است که پیامد شناسایی و تشخیص آن، رابطه مستقیم با سلامت جامعه دارد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی نسبی سوء رفتار با زنان و عوامل مرتبط آن در شهر اهواز می باشد.

روش بررسی: برای انجام این مطالعه مقطعی، براساس $P=65/7$ ، $\alpha=0/05$ ؛ تعداد 368 زن متأهل 15 الی 55 سال با روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه دموگرافیک و چک لیست مقیاس سوء رفتار با زنان اشتراوس و مقیاس اصلاح شده تاکتیک های تعارض استفاده و جهت پایایی و روایی از اعتماد محتوی و آزمون همزمان و پایایی ارزیاب ها استفاده شد ($r=0/87$). اطلاعات جمع آوری و تکمیل شده با استفاده از آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد 63 درصد نمونه ها خشونت را تجربه کرده بودند انواع خشونت شامل سوء رفتار فیزیکی 43/4 درصد، روانی 58/8 درصد، جنسی 34/2 درصد و اقتصادی 12/2 درصد را تحمل کرده بودند. خشونت خانگی با فاکتورهای شغل زن $P=0/03$ ، وضعیت اقتصادی $P=0/03$ ، سطح سواد، سن ازدواج زن و اعتیاد به مواد مخدر ($P<0/001$)، میزان درآمد $P<0/05$ ، سن ازدواج همسر $P=0/03$ ، تعداد فرزندان $P=0/006$ تفاوت سن ازدواج رابطه آماری معنادار داشت. بین برخی از عوامل مانند جنسیت فرزند، طول مدت ازدواج و مصرف سیگار با سوء رفتار اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پیشنهاد می شود با اجرای برنامه ریزی های آموزشی در سطح ملی به خصوص برای زوجین جوان در خصوص کنترل خشم، مقابله با مشکلات زندگی و کنترل استرس زمینه پیشگیری از خشونت و آرامش خانواده فراهم شود.

کلید واژگان: سوء رفتار، خشونت، زنان همسر دار، خشونت خانگی، خصوصیات فردی، پیش گیری.

۱- مربی گروه پرستاری.

۲- دانشیار گروه پرستاری.

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نویسنده مسؤول:

نسرین الهی؛ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن: 00986113738331

Email: n-elahi@ajums.ac.ir

مقدمه

اعمال خشونت علیه انسان‌ها در تمام تاریخ با شدت وضعف وجود داشته است. اما زنان و دختران در مقابل این عمل آسیب پذیرتر می‌باشند، زیرا نسبت به مردان از نظر روحی حساس‌تر و از نظر جسمانی ضعیف‌تر هستند (۱). طبق تعریف سازمان ملل متحد در قطعنامه مربوط به حذف خشونت علیه زنان در اجلاس عمومی سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان را این گونه تعریف شده است: "خشونت علیه زنان عبارت است از هر گونه رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب یا احتمال آسیب جسمی، جنسی یا روانی مضر همراه با رنج زنان گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی و به صورت آشکار و پنهانی انجام شود" (۲) خشونت خانوادگی به خصوص خشونت علیه زنان پدیده جدیدی نیست اما توجه به آن به عنوان مسأله‌ای اجتماعی به دوران جدید بر می‌گردد. آمار و اطلاعات استخراج شده از مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که خشونت علیه زنان مسأله‌ای جهانی است و در اغلب جوامع قابل مشاهده است (۳). به همین دلیل در سال ۱۹۹۵ این مسأله در زمره یکی از دوازده مسأله بحرانی کشورها معرفی شد، که نیازمند توجه خاص دولت‌ها و جوامع بین‌المللی است (۴).

تاریخچه سوء رفتار با زنان طولانی مدت است. باستان شناسان اجساد مومیایی شده‌ای از زنان متعلق به ۲۰۰ سال پیش را پیدا کرده‌اند که شکستگی‌های جمجمه ناشی از سوء رفتار داشته‌اند (۱). خشونت خانگی، الگوی سیستماتیک از رفتارهای سوء استفاده گرایانه‌ای است که می‌تواند در هر دوره زمانی رخ دهد. این کار به منظور تسلط، کنترل و تجاوز صورت می‌گیرد که شامل خشونت روانی - عاطفی، فیزیکی و جنسی است (۳). خشونت روانی - عاطفی شامل تحقیر کردن، کنترل بر رفتارهای قربانی، ممانعت از آگاهی یافتن از مسائل روزمره، جداسازی فرد از اجتماع، ممنوعیت ارتباط با فامیل و ... می‌باشد. خشونت فیزیکی استفاده از

زور فیزیکی جهت آسیب رساندن، ناتوان ساختن یا مرگ می‌باشد و خشونت جنسی شامل استفاده از نیروهای فیزیکی جهت انجام هر گونه عمل جنسی بر خلاف میل فرد، سعی در برقراری رابطه جنسی با افراد ناتوان می‌باشد (۸-۵).

خشونت در خانواده پیامدهای مخربی دارد، به طوری که در آمریکا قریب به هشت میلیون و هشت هزار کودک در آمریکا سالیانه شاهد خشونت بین والدین خود هستند. پسرانی که شاهد سوء رفتار با مادرانشان هستند ده برابر افراد عادی در بزرگسالی، همسران خود را مورد آزار قرار می‌دهند (۸). دخترانی که در این گونه خانواده‌ها پرورش می‌یابند در زندگی آینده، بیشتر پذیرای خشونت از جانب همسر خود هستند (۹).

خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است که در بیشترین موارد غالباً توسط نزدیک‌ترین فرد خانواده (مانند شوهر) به وقوع می‌پیوندد (۱۰). شیوع آن در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و برآورد می‌شود که در بیش از نیمی از خانواده‌ها وجود داشته باشد. بر پایه برخی گزارش‌ها، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است و تقریباً یک سوم زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند (۱۱). در پاکستان کراملیان ۲۰۰۹ نشان داد ۵۱ درصد از زنان خشونت دیده دچار مشکلات جسمی از جمله سردرد عصبی، درد معده، سوختگی و بیماری‌های مقاربتی هستند (۱۲). مشکلات زنان تحت خشونت در جنوب افریقا سردرد، درخواست برای داروهای روانپزشکی، اختلال خواب، خستگی، ضرب و شتم، احساس اضطراب بود. افسردگی شایع‌ترین تشخیص بود (۱۳). فروتن (۱۳۸۴) اعلام کرد: زنان متقاضی طلاق ۶۲/۵ درصد سوء رفتار فیزیکی، ۴۸/۵ درصد سوء رفتار جنسی از سوی همسران را تجربه

نموده‌اند (۱۴) و ممتاز پور (۱۳۸۶) شیوع خشونت در زنان را ۶۱/۷ درصد گزارش کرد (۱۵).
واتر (۲۰۰۴) اظهار داشت ۱۳-۴۹ درصد زنان همسر دار در کشورهای آفریقایی مورد خشونت هستند (۱۶). همچنین ویلسون و همکاران در آمریکا (۲۰۰۸) ادعا کردند که ۴۵/۸ درصد زنان حداقل یک نوع خشونت را تجربه کرده‌اند (۱۷). هاسگاو و یوسویا (۲۰۰۵) در بررسی هیجده ایالت در امریکا گزارش شد که از هر ۴ زن یک زن و از هر ۷ مرد یک نفر قربانی سوء رفتار می‌شود (۱۸). مایدا (۲۰۰۴) نیز در ترکیه مدعی شد ۴۴/۴ درصد زنان تحت مطالعه‌اش در دوره‌ای از زندگی از جانب همسر تحت خشونت بوده‌اند (۱۹). در ایران یک بررسی گسترده که در ۲۸ مرکز استان کشور انجام شد، نشان داد در ۶۶ درصد خانواده‌های مورد بررسی، زنان دست کم یک بار از ابتدای زندگی مشترک، خشونت را تجربه کرده‌اند. در ۳۰ درصد خانوارها خشونت فیزیکی جدی و حاد و در ۱۰ درصد خانوارها خشونت‌های منجر به صدمات موقت یا دایم گزارش شده است (۲۰).

شیوع همسر آزاری در شهر کرج ۲۷ درصد (۲۱)، تهران ۳۵/۷ درصد (۲۲)، بابل ۳۶ درصد (۲۳)، تنکابن ۸۳/۳ (۲۴) و کرمان ۴۶ درصد (۲۵) گزارش شده است.

هزینه‌های صرف شده جهت رفع عوارض ناشی از خشونت ارقام چشمگیری را به خود اختصاص داده است. گیبسون ۲۰۰۸ اظهار داشت هزینه‌های درمانی - پزشکی زنان خشونت دیده از ۴۰۸ میلیون تا ۱/۵ بلیون دلار سالیانه متغیر بوده است (۲۷). از دیگر اثرات نامطلوب خشونت می‌توان به آوارگی و بی‌خانمانی زنان اشاره کرد. ۴۴ درصد شهرداران آمریکا اشاره کردند خشونت اولین علت بی‌خانمانی زنان همسر دار می‌باشد (۲۸). فروزان ۱۳۸۵ در مورد هزینه‌های مستقیم علیه خشونت زنان مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی تهران اظهار داشت کل هزینه پزشکی - درمانی ۲۸۰/۱۳۳/۴۰۷ ریال برآورد می‌گردد. هزینه‌های قانونی نیروی انتظامی برای استفاده‌کنندگان جمعاً

ریال برآورده شده است (۲۹).
با عنایت به آمار اعلام شده از سوی محققین ایرانی و مقایسه آن با نتایج بررسی‌های سایر محققین 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، و از سوی دیگر وجود اقوام و طوائف مختلف در شهر اهواز، مطالعه‌ای با هدف تعیین فراوانی خشونت در زنان همسر دار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی - بهداشتی و تعیین عوامل مرتبط با آن انجام گرفت. نتایج حاصل از این بررسی می‌تواند در زمینه‌های مختلف از جمله برنامه‌ریزی‌هایی جهت ارتقاء سلامت خانواده، حمایت از زنان به عنوان قشر آسیب پذیر و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی به کار گرفته شود.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که در شش ماه دوم سال ۱۳۸۷ شروع و تا تابستان ۱۳۸۹ خاتمه یافت. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی سوء رفتار در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز درمانی - بهداشتی شهر اهواز می‌باشد. نمونه پژوهش پس از انجام مطالعه مقدماتی براساس فراوانی به دست آمد $P=(\alpha=0/05/65/7)$. تعداد ۳۶۸ نفر زن متأهل ۱۵-۵۵ سال به عنوان حجم نمونه تعیین شد. معیار ورود به مطالعه، داشتن همسر و گذشت یکسال از تاریخ ازدواج زوجین بود. پژوهشگر پس از انتخاب نمونه پژوهش براساس معیار ورود به مطالعه، مراجعه به آنان و پس از توضیح درباره هدف‌های پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده، رضایت شرکت‌کنندگان را در فرم مخصوص ثبت می‌کرد. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه و چک لیست بود. پرسشنامه شامل ویژگی‌های

در این مطالعه با ۳۶۸ زن متأهل مصاحبه شد. میانگین سنی نمونه‌ها ۱۲/۳±۳۶/۸ سال و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۶-۴۰ ساله در کل نمونه‌ها بود. میانگین سنی در گروه دارای تجربه خشونت ۲۸/۹۶±۵/۳ سال و در گروه بدون تجربه خشونت ۲۹/۴۹±۴/۲ سال بود. همچنین میانگین سنی همسران آنان ۳۸/۳±۷/۱ سال در گروه دارای تجربه خشونت و در گروه بدون تجربه خشونت ۳۱/۵±۵/۵ سال گزارش شده است. ۱۲/۴ درصد از آنان تحصیلات دانشگاهی، ۴۹/۶ درصد دیپلم و ۳۸ درصد زیردیپلم داشتند. ۱۰/۸ درصد شاغل و ۸۹ درصد خانه‌دار بودند. میانگین سن ازدواج در آنان ۵/۴±۲۱/۲ سال بود و ۹۸/۶ درصد سابقه طلاق نداشتند. ۱۰/۸ درصد در سن ۱۹-۱۵ سال، ۳۶/۹ درصد در سن ۲۴-۲۰ و ۵۲/۳ درصد در سن بالای ۲۵ سال ازدواج را تجربه کرده بودند. میانگین مدت زندگی مشترک ازدواج در آنان ۱۲/۳±۲۰ سال بود. میانگین تعداد فرزندان ۲±۲/۹ بود. ۹/۸ درصد از آنان فرزند نداشتند. ۲۳/۴ درصد دو فرزند و ۲۹/۶ درصد سه فرزند و ۳۷/۲ درصد بیش از چهار فرزند داشتند. ۱۶/۸ درصد دارای فرزند دختر، ۱۲/۹ درصد دارای فرزند پسر و ۷۰/۳ درصد دارای فرزند دختر و پسر بودند.

ب- فراوانی نسبی سوء رفتار به طور کلی و با توجه به

حیطه‌های آن در زنان متأهل

نتایج به دست آمده نشان داد که ۶۳/۲ درصد از زنان شرکت‌کننده در این مطالعه دارای تجربه سوء رفتار بودند (جدول ۱).

موارد سوء رفتار عبارتند از خشونت فیزیکی ۴۳/۴ درصد، خشونت روانی ۵۸/۸ درصد، خشونت جنسی (از سوی همسران خود) ۳۴/۲ درصد و خشونت تهدیدکننده زندگی ۱۲/۲ گزارش شد (جدول ۲). سوء رفتار روانی شایع‌ترین نوع خشونت می‌باشد.

موارد سوء رفتار فیزیکی شامل هل دادن، ضربه (سبلی، مشت، لگد)، تهدید با اسلحه گرم و یا سرد، کتک‌زدن (چوب، کمر بند و ...)، سوزاندن، شکستن عضو؛ سوء رفتار

فردی زن (سن، میزان تحصیلات، شغل، سن ازدواج، طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان) و ویژگی‌های همسر (علاوه بر موارد مذکور رضایت از جنسیت فرزند، استعمال سیگار و الکل، میزان درآمد و اعتیاد به مواد مخدر) مشتمل بر ۱۶ گویه (نه پرسش باز و هفت پرسش بسته سه گزینه‌ای بلی، خیر و نمی‌دانم) بود. چک لیست بررسی خشونت، مقیاس سوء رفتار با زنان استراوس (strives) بود که سه حیطه سوء رفتار فیزیکی، روانی و خشونت شدید را بررسی می‌کند و شهنی ۱۳۸۲ با استفاده از اسپرمن پروان و آلفای کرونباخ پایایی آن را تأیید کرده بود. جهت سنجش خشونت جنسی سه گزینه از مقیاس اصلاح شده تاکتیک-های تعارض (Conflict Tactics Scale) که در مقالات معتبر دنیا بکار گرفته شده جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد (۱۶-۱۸-۲۶)، جهت تأیید اعتماد علمی از اعتماد محتوی و آزمون همزمان استفاده شد. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون روایی (۷۸ درصد) به دست آمد. با توجه به اینکه در شهر اهواز دو مرکز بهداشتی - درمانی شرق و غرب وجود دارد که هر منطقه شامل درمانگاه‌های متعدد می‌باشد از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد (خوشه‌ای - تصادفی). نمونه‌های پژوهش به دو گروه با و بدون تجربه سوء رفتار تقسیم شدند. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و به کمک آمار توصیفی (درصد، فراوانی به منظور تعیین فراوانی میزان سوء رفتار جسمی، روانی، جنسی و اقتصادی) و استنباطی (آزمون t، برای مقایسه میانگین متغیرهای بین دو گروه با تجربه سوء رفتار و بدون تجربه سوء رفتار و کای دو جهت معناداری متغیرهای اسمی) با ضریب اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در سه بخش ارائه می‌شود:

الف - مشخصات فردی

($P=0/03$)، تفاوت سن بیش از ۱۰ سال با همسر ($P<0/003$)، سن ازدواج همسر [کمتر از ۲۰ سال و بیش از ۴۰ سال] ($P=0/001$) و میزان درآمد ماهیانه ($P=0/001$) با تجربه سوءرفتار با زن ارتباط معنادار آماری وجود داشت. جهت بررسی رابطه متغیرهای اسمی با سوء رفتار از آزمون آماری کای دو استفاده شد نتایج به دست آمده نشان داد که بین متغیر شاغل بودن زن ($P<0/001$)، سطح تحصیلات زن ($P=0/004$) [اکثر زنان با تحصیلات بالای دیپلم در گروه بدون تجربه خشونت قرار داشتند]، اعتیاد همسر به مواد مخدر و الکل ($P<0/003$) با تجربه سوءرفتار با زن ارتباط معنادار آماری وجود داشت. همچنین با متغیر رضایت از جنسیت فرزندان از سوی همسر ($P<0/2$)، استعمال سیگار توسط همسر ($P=0/6$ ، $P=0/3$) با استفاده از آزمون کای دو با تجربه خشونت توسط زن ارتباط معنادار آماری وجود نداشت.

روانی شامل ایجاد رعب و وحشت، تهدید به طلاق، محرومیت از دیدن والدین و اقوام و ...، برقراری ارتباط تلفنی و کلامی، سوءرفتار جنسی شامل بی‌اعتنایی و بی-تفاوتی، اجبار در ارتباط جنسی، ارتباط جنسی غیر متعارف و اجبار در کارهای خلاف (جدول ۳). شایع‌ترین موارد سوء رفتار جسمی، هل دادن و ضربه به ترتیب ۶۵/۵ و ۷۶/۷ درصد بود. محرومیت ارتباط با دوستان و سوء ظن بیشترین درصد ۶۵/۸ و ۷۴/۵ درصد از موارد سوءرفتار روانی، سخت‌گیری در صرف هزینه ۴۷/۷ درصد شایع‌ترین رفتار سوء اقتصادی و بی‌تفاوتی ۳۵/۱ بیشترین درصد سوءرفتار جنسی می‌باشد.

ج - ارتباط عوامل مرتبط با سوء رفتار

فراوانی رفتارهای سوء علیه زنان بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی در زنان و همسران آنان بررسی و به کمک آزمون t تحلیل شد. نتایج به دست آمده حاکی از آنست که متغیرهای سن ازدواج زن ($P<0/001$)، تعداد فرزندان

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی سوء رفتار در واحدهای مورد پژوهش

تجربه سوء رفتار	فراوانی	درصد
دارد	۲۳۵	۶۳/۸
ندارد	۱۳۳	۳۶/۲
جمع	۳۶۸	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع سوء رفتار در واحدهای مورد پژوهش

سوء رفتار	فراوانی	تعداد	درصد
جسمی	دارد	۱۶۵	۴۳/۴
	ندارد	۲۰۳	۵۵/۱
روانی	دارد	۲۱۷	۵۸/۸
	ندارد	۱۵۱	۴۱/۰
اقتصادی	دارد	۱۲۶	۳۴/۲
	ندارد	۲۴۲	۶۵/۷
جنسی	دارد	۴۴	۱۲/۲
	ندارد	۳۲۴	۸۸/۰

جدول 3: توزیع فراوانی انواع سوء رفتار در زنان متأهل دارای تجربه سوء رفتار توسط همسر

سوء رفتار	فراوانی (درصد)
جسمی: هل دادن	۶۵/۵
ضربه	۷۶/۷
کتک زدن	۲۳/۳
شکستن عضو	۶۲/۹
تهدید با اسلحه سرد	۳۷/۹
تهدید با اسلحه گرم	-
سوزاندن	۲۱/۸
روانی: ایجاد ترس	۱۱/۸
سوء ظن	۷۴/۵
تهدید به طلاق	۱۳/۹
محرومیت از ارتباط با خانواده	۴۲/۹
محرومیت از ارتباط با دوستان	۶۵/۸
اقتصادی: منع از اشتغال	۱۶/۷
عدم تأمین مالی	۱۷/۷
سخت گیری در صرف هزینه	۴۷/۷
گرفتن درآمد همسر	۱۹/۶
جنسی: بی تفاوتی	۳۵/۱
اجبار در ارتباط جنسی	۹/۴
ارتباط جنسی غیر متعارف	-
اجبار در ارتباط خلاف	-

جدول 4: توزیع میانگین، انحراف معیار و سطح معناداری متغیرهای مرتبط با سوء رفتار

متغیر	تجربه سوء رفتار	میانگین	انحراف معیار	P
سن ازدواج زن	دارد	۱۸/۶	۲/۳۲	P<۰/۰۰۱
	ندارد	۲۲/۲	۲/۵۴	
تعداد فرزند	دارد	۲/۳	۱/۵۲	P=۰/۰۳
	ندارد	۱/۲	۱/۱۴	
طول مدت ازدواج	دارد	۶/۸	۷/۴۳	P=۰/۳
	ندارد	۸/۱	۷/۳۲	
تفاوت سن با همسر	دارد	۶/۲	۳/۶۴	P<0/003
	ندارد	۴/۳	۳/۳۵	
سن ازدواج همسر	دارد	۲۸/۳	۵/۴۰	P=0/001
	ندارد	۲۵/۲	۵/۹۱	
سن ازدواج همسر	دارد	۹۳/۵	۳/۷	P=0/004
	ندارد	۲۷/۹	۵/۹	
میزان درآمد ماهیانه	دارد	۸۹/۶	۲/۳۲	P=0/001
	ندارد	۳۰۵/۳۵	۴/۷	
	ندارد	۳/۳۵	۴/۳	

بحث

۴۵ سال را در برخی استان‌های هند ۱۹-۴۵ درصد گزارش نمود (۳۴).

در رابطه با فرضیه دوم پژوهش، نتایج حاصل از این بررسی نشان داد عواملی مانند شاغل بودن، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، سن ازدواج، رضایت از جنسیت فرزند، تفاوت سنی به هنگام ازدواج و تعداد فرزندان از عوامل مرتبط با تجربه سوءرفتار در زنان مورد مطالعه در این پژوهش می‌باشند. نتایج به دست آمده نشان داد متغیرهای شاغل بودن زن، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و سن ازدواج با بروز سوء رفتار علیه زن ارتباط معنادار آماری دارد. مطالعات مذکور نیز در راستای نتایج مطالعه حاضر است. بوستوک ۲۰۰۹ در یک مطالعه کیفی اظهار کرد که وضعیت اقتصادی و زنان جوان بیشتر در معرض خشونت قرار دارند (۳۵) خانی و همکاران نیز ۱۳۸۹ اظهار داشت شوهرائی که در مقایسه با زنان خود از منابع قدرتی همچون درآمد، تحصیلات، اشتغال و غیره بی‌بهره بوده یا در سطح پایین‌تری از زنان خود قرار دارند، از خشونت همچون ابزاری برای کسب قدرت استفاده می‌کنند (۳۶). لاتفی و همکاران ۲۰۰۸ اظهار داشتند: بیکاری و داشتن خانواده پر جمعیت و همچنین سن ازدواج از عوامل مستعدکننده خشونت به شمار می‌روند (۳۷). براساس نتایج مطالعه بلالی ۱۳۸۸ بیشترین علت خشونت از دید زنان خشونت دیده، وضعیت اقتصادی نامناسب و شغل همسر می‌باشد (۲۵) در مطالعه دیگر کونینگ ۲۰۰۳ نیز بیان کرد، در اوگاندا تعداد ۶ فرزند و بیشتر به طور معناداری با خشونت مرتبط می‌باشد (۳۸). خانواده‌های کم درآمد (کمتر از ۱۰ هزار دلار) در روابط فیما بین بیشتر خشونت را تکرار می‌کنند (۳۹-۴۰). با توجه به نتایج تحقیقات مذکور می‌توان اذعان داشت که نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر با نتایج مطالعات داخلی و خارجی همسو می‌باشد.

بررسی‌های انجام شده در خصوص سوءرفتار با زنان نشان می‌دهد که برای بیان این مشکل از واژه‌های گوناگون مانند خشونت، همسرآزاری و سوءرفتار استفاده شده است که همگی بیانگر رفتارهای غیرمتعارف با زنان می‌باشد (۲۹، ۲۱، ۳۰). نتایج بررسی‌های انجام شده بیانگر طیف وسیع شیوع خشونت علیه زنان در کشورهای مختلف می‌باشد. به طور مثال شیوع در مصر (۵۸/۱ درصد)، ترکیه (۳۵/۶ درصد) و چین (۱۶/۶ درصد)، جامائیکا (۶۷/۶ درصد)، ژاپن (۳۴/۴ درصد)، آمریکا (۴۳/۸ درصد) (۲۸، ۲۰، ۱۹، ۱۳) گزارش شده است. در ایران نیز مطالعات بسیاری در این زمینه انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که شیوع خشونت علیه زنان بین ۲۷-۸۳ درصد متغیر می‌باشد (۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰-۲۸). در این مطالعه فراوانی نسبی شیوع سوءرفتار در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز براساس یافته‌های به دست آمده ۶۳/۲ درصد بود. همچنین صادقی و همکاران ۱۳۸۳ در گزارش تحقیق خود اظهار داشتند که ۸۸/۹ درصد از زنان تحت مطالعه از سوی همسر خود سوءرفتار را تجربه کرده‌اند (۳۱). همانگونه که مشاهده می‌شود شیوع سوءرفتار در برخی جوامع مورد مطالعه بیشتر و در برخی دیگر کمتر می‌باشد. این تفاوت می‌تواند به دلیل حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی متفاوت در جوامع مختلف باشد (۳۲-۳۳). در بررسی جنبه‌های مختلف سوءرفتار تحقیقات بسیاری صورت گرفته که برخی از آنان با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد، مانند مطالعه واتز ۲۰۰۴ که خشونت جنسی در میان زنان زیمبابوه و اتیوپی را ۲۶-۵۶ درصد گزارش کرده بود (۱۶). کرامر ۲۰۰۴ نیز در آمریکا شیوع خشونت فیزیکی و روانی را در میان زنان مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌ها ۵۰-۷۵ درصد گزارش نمود (۳۳) این تفاوت آماری می‌تواند به دلیل تفاوت جامعه و مکان تحقیق در این دو مطالعه باشد. ابی ۲۰۰۸ نیز شیوع سوءرفتار جنسی در زنان ۱۶-

سازانش، در راه نیل به آرمان‌های الهی و انسانی و اعتلای بیش از پیش خویش گام بردارد.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت گستردگی خشونت علیه زنان به عنوان یک چالش جهانی است. لذا تصویب قوانین جامع در جهت مقابله با خشونت خانگی، بهبود وضعیت اقتصادی - اجتماعی و رواج آموزش‌های همگانی از طریق رسانه‌ها، وجود مراکز پزشکی - روانشناختی می‌تواند در کاهش بروز عواقب ناشی از خشونت کارساز باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود با ارائه آموزش‌های مناسب به نوجوانان و جوانان در مراکز آموزشی به صورت نهادینه با این معضل اجتماعی مقابله شود. این امر می‌تواند در کاهش اثرات روانی - اجتماعی، و تحمیل هزینه‌های ناشی از عوارض جسمی - روانی مؤثر باشد.

قدردانی

از تمام مسؤولان و پرسنل مراکز بهداشتی - درمانی شهر اهواز که در انجام این طرح با ما همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم. همچنین از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با اعتماد و صبوری در تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری کردند، بسیار متشکریم.

در مطالعه حاضر مشاهده شد که مصرف سیگار و الکل با سوءرفتار از طرف مردان نسبت به همسران خود ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. ولی اعتیاد همسر به مواد مخدر از متغیرهای مرتبط با سوءرفتار با زن می‌باشد. در بررسی مطالعاتی که در این زمینه در ایران و سایر کشورها انجام شده است نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. البته این یافته با توجه به اثرات زیانباری که اعتیاد بر جنبه‌های رفتاری، اقتصادی و روانی و خلقی دارد، دور از انتظار نیست. لاتفی و همکاران ۲۰۰۸ اظهار داشتند زنانی که خود و همسرانشان از الکل و مواد مخدر استفاده می‌کنند ۲۵ درصد بیش از زنانی که تنها همسر سوءمصرف دارد خشونت را تجربه می‌کنند (۳۷). و بلالی ۱۳۸۸ اعتیاد را از عوامل مؤثر بر بروز خشونت ذکر کرد (۲۵). بنابراین می‌توان براساس نتایج حاصل از این مطالعه و بررسی‌های انجام شده از مطالعاتی که در این راستا در سایر کشورها انجام گرفته است چنین استنباط کرد علیرغم تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی و تکنولوژی وجود سوءرفتار علیه زنان به رغم تفاوت آماری از نظر شیوع و یا عوامل مرتبط با آن در جوامع بشری انکارناپذیر است. جامعه‌ای که به سلامت خود و نقش نسل‌های آینده می‌اندیشد باید با رفع علل و عوامل مرتبط که می‌تواند زمینه‌ساز خشونت و سوءرفتار در بین اعضای خانواده باشد، مقابله نموده و با حفظ سلامت آینده

منابع

- 1-Tavakol KH, Karimi M. Abuse in the family, to children, women, elderly. Tehran: Aftabeh khoban; 2005. P. 140-3. [In Persian]
- 2-World Health Organization. Violence against women. Trans by ShahramFar Rafiee S. Nia Community. Tehran: Tandis; 2001. p. 4. [In Persian]
- 3-Azadeh A M, Deghanfar M. Domestic violence on women in Tehran: the role of gender socialization, resources available for women and family relationships. *Woman in Development And Politics Women's Studies*, 4 (1 and 2) spring & summer. 2001:159-179 [persian]
- 4- Usta J , Antoun J, Ambuel B, Khawaja M, Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Anales of Family Medicine*. 10(3);2012:213-220
- 5-Fanslow J, Robinson E. Violence against women in Newzland: . prevalence and health consequences. *J NewZealand Med Assoc* 2004;117(1206):1173.
- 6-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(1):83-94.

- 7-Humphreys C. A health inequalities perspective on violence against women . *Health & Social Care in the Community*. 2007;15(2):120-7.
- 8-Simmons CA, Farrar M, Frazer K, Thompson MJ. From the voices of women: facilitating survivor access to IPV services. *Violence against Women*. 2011;17(10):1226-43.
- 9-Cohen MM, Mclean H. The Association Between Length of Stay in Canada and Intimate Partner Violence Among Immigrant Women. *Am J Public Health*. 2006 ; 96(4):654-9
- 10-Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 2001;11(3):244-58.
- 11-Hasegawa M, Bessho Y, Hosoya T, Deguchi Y.. [Prevalence of intimate partner violence and related factors in a local city in Japan]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2005;52(5):411-21.. [Article in Japanese]
- 12-Karmaliani R, Irfan F, Bann CM, McClure EM, Moss N, Pasha O,et al. Domestic Violence Prior to and during pregnancy among Pakistani women.-*Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;87(11):1104-201.
- 13-Joyner K, Mash R. Recognizing intimate partner violence in primary care: Western cape, South Africa. *PLoS One* 2012;7(1):e29540.
- 14-Forotan K, Jadid milani M, Ghavam M. Prevalence of sexual abuse in divorce applicants referred to the Judicial Complex in 84-83 families. *Proceedings of 2nd congress on problems of family and sexual*; 2005 Nov; Tehran: Iran. P. 98. [Persian]
- 15-Momtazpour M. Frequency of violence against women and the wife having the relevant factors in women referred to health centers-Isfahan [dissertation]. Isfahan Univ. of medial Sciences; 1385. P. 122-8[Persian]
- 16-Watts C, Mayhew S. Reproductive health services and intimate partner violence: shaping a pragmatic response in Sub-Saharan Africa . *Int Fam Plan Perspect* 2004;30(4):207-13.
- 17-Silverman J. G, Raj A , . Mucci A, Hathaway J E. Dating Violence Against Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior, Pregnancy, and Suicidality.*JAMA*. 2001; 286(5):572-579.
- 18-Breiding M. J , Black M . C, Ryan G. W, Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories, 2005.*Am J Prev Med*.2008; 34(2):112-118
- 19-Mayda AS, Akkus D. Domestic violence against 116 Turkish housewives: a field study. *Women health* 2004;40 (3):95-108.
- 20-Center for Women and Social Affairs Ministry. Assessment of domestic violence against women in the centers of the country's 28 provinces. Tehran: Ministry of Social Affairs; 2001. [In Persian]
- 21-Emami motevali H, Oliyan F, Ahrari Kh, Yaghobi A, Alizade SH, Yazdi M.Frequency of wife abuse in the city of Karaj, 1999-2000. *Proceedings of National Conference on Family Health*; 2001. Arak; Iran. P.30 [Persian]
- 22-Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri A, Shojaiezade D. Effects of domestic violence on the mental health of Tehran married women.*J Health and Med Res Institutes* 2006;4(5):67-72. [Persian]
- 23-Bakhtiari A, Omidbakhsh N. [Assessment of causes and effects of violence against women in the family in cases referred to legal medical center]. *Sci J Forensic Med* 2003;9(31):127-31. [In Persian]
- 24-Ghahari Sh, Atefvahid MK, Yousefi H. The prevalence of spouse abuse among married students of islamic azad university of tonekabon in 2003.*J Mazandaran Univ Med Sci* 2006;16(50):83-9. [Persian]
- 25-Balali Meybodi F, Hassani M. [Prevalence of Violence against Women by their Partners in Kerman]. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2009;15(3):300-7. [Persian]
- 26-Gibbison GA. Attitude towards intimate partner violence against women and risky sexual choices of Jamaican males. *West Indian Med J* 2007;56(1):66-71.
- 27-Jain S, Buka S. L, Subramanian S. V, Beth E. Neighborhood Predictors of Dating Violence Victimization and Perpetration in Young Adulthood: A Multilevel Study. *Am J Public Health*: September 2010, 100(9): 1737-1744.
- 28-Niromand Z.K, Hasanzad M, Najafi D .H, Alavi M .H, Katoni Z.A.Determine the type and extent of physical injuries resulting from assaults on women referred to the forensic medicine department of Tehran in 1382, *Pajhohande* 2005;10(1):55-58.
- 29-Naved RT, Azim S, Bhuiya A, Persson LA. Physical violence by husband: magnitude, disclosure and help-seeking behavior of women in Bangladesh. *Social Science Medicine*. 2006 Jun;62(12):2917-29. 30-Esfandabad Sh, Emamipour S. Spouse abuse and their factors on women married. *Rehabilitation J* 2006;5(3):34-9.
- 31-Sadeghi Sh ,et al. Methods of sexual violence against women in families referred to the forensic medical and public consultation-2004 Kermanshah. *Proceedings of 2nd National Congress on family and sexual problems*; 2005 Nov; Tehran, Iran. P:24-25.
- 32-Nazparvar B. [Violence against women and its roots Research on Women]. *Res women J* 2002;1(3):45-66. [Persian]

- 33-Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues* 2004;14(1):19-29.
- 34-Eby KK, Campbell JC, Sullivan CM, Davidson WS 2nd.. Health effect of experience of sexual violence for women with abuse partner. *Health Care Women Int* 2008;15(2):1239-42.
- 35-Bostock J, Plumpton M, Pratt R. Domestic violence against women: Understanding social processes and women's experiences. *J Commun Appl Soc Psychol* 2009;19 (2):95-110.
- 36-Khani S, Adhami j, Hatami A, Bani Amerian J. [A study on the domestic violence among families of Dehgolan city, with emphasis on violence against women]. *THE SOCIOLOGY OF THE YOUTH STUDIES QUARTERLY* 2011; 1(3):67-90. [In Persian]
- 37-Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An examination of the association of abuse (physical, sexual or emotional) and female sexual dysfunction (FSD): results from the Boston Area Community health (BACH) survey. *Fertil Steril* 2008;90(4):957-64.
- 38-Koenig MA, Lutalo T, Zhao F, Nalugoda F, Wabwire-Mangen F, Kiwanuka N, et al Domestic Violence in rural Uganda: evidence from a community–abuse study. *Bulletin of the world health organization* 2003;81(1)32-8.
- 39-Swan SC, Gambone LJ, Caldwell JE, Sullivan TP, Snow DL. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. *Violence Vic* 2008;23(3):301-14.
- 40-Ford-Gilboe M, Wuest J, Varcoe C, Davies L, Merritt-Gray M, Campbell J, et al. Modeling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner. *Soc Sci Med* 2009;68(6):1021–9.

Frequency of Intimate Partner Abuse Referred To Ahvaz Health Center and Related Factors

Nasrin Elahi^{1*}, Alhani Fatemeh²

1-Lecturer of Nursing.
2- Associate Professor of Nursing.

1-Department of Nursing, Faculty of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

*Corresponding author:
Alhani Fatemeh; Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Tel: +989123495476
Email: alhani_f@modares.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Intimate partner violence against women is a serious public health issue with recognizable direct health community consequences. This study indicated frequency of intimate partner abuse referred to Ahvaz health center and related factors with it.

Subjects and Methods: After a preliminary study based on the frequency ($P = 65/7\%$, $\alpha = 0/05$), 368 married women 15 to 55 year were selected with multi-stage sampling method. The data were collected by Demographic questionnaire, Strauss-scale about abuse of women and conflict tactics scale was modified. For Reliability used content confidence. The validity is evaluated by current test ($r = 78\%$). The data obtained from scales were completed using an interview and analyzed using chi-square test.

Result: Altogether, 63/2% of women had been exposed to various types of domestic violence by their partner, including psychology violence (58/8%), physical violence (43/4%), sexual violence (12/2%) and economic violence (34/2%). Statistically, there was a significant difference between abuse and the following factors: abuse and the following factors: women's job's ($P = 0/03$), economic condition ($P = 0/03$), educational level, married age and addiction ($P < 0/001$), monthly income ($P < 0/05$), married of husband's age ($P = 0/03$), number of children ($P = 0/006$). However there was not statistically a significant difference between abuse and use child gender, length of married, and smoking.

Conclusion: Regarding widespread prevalence of violence against women and related factors, it is recommended to implement national education program to control stress and help younger women to cope with problems in life.

Keyword: violence, domestic, abuse women, related factors, prevention Ahvaz, intimate partner individual factors, frequency.

► Please cite this paper as:

Elahi N, Fatemeh A. Frequency of Intimate Partner Abuse Referred To Ahvaz Health Center and Related Factors. *Jundishapur Sci Med J* 2012;11(5):477-487

Received: Oct 27, 2010

Revised: Apr 22, 2012

Accepted: Apr 23, 2012

مجله علمی پزشکی جندی شاپور، دوره 11، شماره 5، 1391