

## فراوانی خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان

فاطمه بالالی میبیدی<sup>۱</sup>، مهدی حسنی<sup>۲</sup>

### Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman

Fatemeh Balali Meybodi\*, Mehdi Hassani<sup>a</sup>

#### Abstract

**Objectives:** Domestic violence is the most common form of violence with the highest rate of frequency, lowest rate of report to the police, and highest psychological, social and economic complications; and its reduction is a general health priority. The present study was performed to determine the frequency of domestic violence, and its related variables in the city of Kerman. **Method:** In this cross-sectional study, 20 clusters each consisting 20 households were selected through cluster sampling and by using postal codes from among families in the city of (located in south east of Iran) Kerman. 400 married women were examined ultimately. Data were collected using a researcher-made questionnaire with a Cronbach's Alpha of 92%. Data obtained from the questionnaire were completed using an interview and analyzed using chi-square test. **Results:** Altogether, 46% of women had been exposed to various types of domestic violence by their partners, including psychological violence (78.6%), physical violence (55.6%), sexual violence (28.6%) and economic violence (34.7%). Domestic violence showed direct relationship with husband educational level ( $p=0.001$ ) and the wife ( $p=0.004$ ), husband's job ( $p=0.01$ ), living in rural areas until the age of 20 ( $p=0.002$  for males and  $p=0.023$  for females), addiction of husband ( $p=0.001$ ) and wife ( $p=0.003$ ), and living with other family members ( $p=0.001$ ). From the point of view of violence-stricken women, the most prevalent causes of violence were a poor economic state (25.4%) and husbands' job (8.9%). **Conclusion:** Considering the results for the prevalence of domestic violence and its related factors, reinforcing skills such as stress management, anger control and creative thinking, methods of dealing with challenges and difficulties of married life through training couples is highly recommended, in order to reduce the rate of violence and establishing a calm familial environment.

**Key words:** women; domestic violence; partner abuse

[Received: 5 March 2008; Accepted: 15 September 2008]

#### چکیده

**هدف:** خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی و کاهش آن از اولویت‌های بهداشت همگانی است. هدف این پژوهش، بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در شهر کرمان و متغیرهای مرتبط با آن بود. **روش:** در این مطالعه مقطعی، با استفاده از کدپستی و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای، تعداد ۲۰ خوشه ۲۰ خانواری از میان خانوارهای شهر کرمان انتخاب و در نهایت تعداد ۴۰۰ زن شوهردار بررسی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای با آلفای کرونباخ ۹۲٪ بود. داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه به کمک مصاحبه تکمیل و با آزمون‌های دو تحلیل شدند. **یافته‌ها:** ۴۶٪ زنان انواع متفاوت خشونت شامل خشونت روانی (۷۸/۶٪)، جسمی (۵۵/۶٪)، جنسی (۲۸/۶٪) و اقتصادی (۳۴/۷٪) را تحمل کرده بودند. خشونت خانگی با میزان تحصیلات مرد ( $p=0.001$ ) و زن ( $p=0.004$ )، شغل مرد ( $p=0.01$ )، زندگی در روستا تا سن ۲۰ سالگی (در مردان  $p=0.002$  و در زنان  $p=0.023$ )، اعتیاد مرد ( $p=0.001$ ) و زن ( $p=0.003$ ) و زندگی دیگر افراد با خانواده ( $p=0.001$ ) رابطه مستقیم داشت. بیشترین علت خشونت از دید زنان خشونت‌دیده، وضعیت اقتصادی نامناسب (۲۵/۴٪) و شغل همسر (۸/۹٪) بیان شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در مورد شیوع خشونت خانگی و عوامل مهم مرتبط با آن، پیشنهاد می‌شود با تقویت مهارت‌هایی مانند مقابله با استرس، کنترل خشم و تفکر خلاق، روش‌های کنار آمدن با چالش‌ها و مشکلات زندگی مشترک به زوج‌ها آموزش داده شود تا در نتیجه آن از خشونت کاسته شده، در محیط خانواده آرامش برقرار شود.

**کلیدواژه‌ها:** خشونت علیه زنان؛ خشونت خانگی؛ همسر آزاری

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۹/۲۵]

<sup>۱</sup> کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، چهار راه شفا، مرکز بهداشت استان، معاونت بهداشتی واحد ارتباطات و آموزش سلامت. دورنگار: ۰۳۴۱-۲۱۱۴۲۳۱ (نویسنده مسئول). E-mail: f.balali@yahoo.com. <sup>۲</sup> کارشناس مدیریت صنعتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

\* Corresponding author: BS. in General Health, Kerman University of Medical Sciences. Kerman Province Health Centre, Shafa Crossroad, Jomhori-islami Blvd., Kerman, Iran, IR. Fax: +98341-2114231. E-mail: f.balali@yahoo.com; <sup>a</sup> BS. in Industrial Management, Kerman University of Medical Sciences.

## مقدمه

غالباً توسط نزدیک‌ترین فرد خانواده (مانند شوهر) به وقوع می‌پیوندد (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ جانسون<sup>۱</sup> و جانسون، ۲۰۰۰). 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 (اسکویی<sup>۲</sup> و مک‌گایر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ پریس<sup>۴</sup> و بایرد<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ اسمیت<sup>۶</sup> و نایس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲) و تقریباً یک‌سوم زنان جهان دست‌کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند (نایاک<sup>۸</sup>، برین<sup>۹</sup>، مارتین<sup>۱۰</sup> و ابراهام<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). طبق گزارش سازمان ملل متحد (۱۹۹۵) در بلژیک ۲۵٪، ایالات متحده آمریکا ۲۸٪، نروژ ۲۵٪، زنان ۱۷٪، کره ۳۸٪، کلمبیا ۲۰٪ و در گینه‌نو ۶۷-۵۸٪ زنان از سوی شوهرانشان مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند. بر پایه این گزارش، فوت بیش از نیمی از مقتولان زن آمریکا در کانادا و بنگلادش ناشی از خشونت همسرانشان بوده است. شیوع بدرفتاری نسبت به همسر در انگلستان ۶۰-۳۹٪ (ریچاردسون<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، در نیجریه ۸۱٪ (ادوجینرین<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۳) و در آفریقای جنوبی ۶۹٪ (کیم<sup>۱۴</sup> و موتسی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲) برآورد شده است. در شیلی نیز از هر چهار زن، یک زن خشونت جسمانی و از هر سه زن، یک زن خشونت عاطفی را تجربه کرده است (مک‌ویترتر<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۹).

در ایران یک بررسی گسترده که در ۲۸ مرکز استان کشور انجام شد، نشان داد در ۶۶٪ خانواده‌های مورد بررسی، زنان دست‌کم یک بار از ابتدای زندگی مشترک، خشونت را تجربه کرده‌اند. در ۳۰٪ خانوارها خشونت فیزیکی جدی و حاد و در ۱۰٪ خانوارها خشونت‌های منجر به صدمات موقت یا دائم گزارش شده است (مرکز مشارکت زنان و معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، ۱۳۸۰). شیوع همسرآزاری در شهر کرج ۲۷٪ (امامی و همکاران، ۱۳۸۰)، تهران ۳۵/۷٪ (احمدی، علی محمدیان، گلستان، باقری‌یزدی و شجاعی‌زاده، ۱۳۸۵)، بابل ۳۶٪ (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲) و تنکابن ۸۳/۳٪ (قهاری و

سازمان ملل در قطعنامه مربوط به حذف خشونت علیه زنان در اجلاس عمومی سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان را این‌گونه تعریف کرده است: «هر رفتار خشن و وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، جنسی، روانی و رنج زنان شود. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی و به صورت آشکار یا پنهانی انجام شود» (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن تنها به سبب جنسیت خود از سوی جنس مخالف مورد آزار و اذیت قرار گرفته، حشش پایمال می‌شود. چنان‌چه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و میان زن و شوهر روی دهد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود (پوررضا و موسوی، ۱۳۸۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

بر پایه نظرات مختلف و دیدگاه صاحب‌نظران، خشونت جسمی شامل هرگونه آزار و اذیت جسمانی نظیر هل‌دادن، کتک‌زدن با دست یا وسایلی مثل کمر بند، شلاق و سایر اعمالی است که به شکستگی و سوختگی می‌انجامد. خشونت جنسی شامل هرگونه عمل خارج از عرف و غیرمعمول در برقراری ارتباط جنسی مانند بی‌اعتنایی، رابطه جنسی توأم با خشونت و اجبار در برقراری ارتباط جنسی، خشونت روانی شامل ایجاد رعب و وحشت، بهانه‌گیری و بددهنی، تهدید کردن، محرومیت و ایجاد محدودیت و سوءظن و خشونت اقتصادی شامل برآورده نکردن نیازهای اقتصادی، در اختیار گرفتن درآمد فرد مقابل و هرگونه رفتار تخریب‌گرایانه است (قهاری، عاطف و حید و یوسفی، ۱۳۸۴).

بدرفتاری با زن افزون بر مشکلات جسمی، موجب پیامدهای روان‌شناختی پایدار مانند افسردگی، اقدام به خودکشی و بروز استرس پس از حادثه می‌شود (رفیعی‌فر و پارسی‌نیا، ۱۳۸۰). خشونت علیه زنان بر اولویت‌های بهداشتی مهم مانند سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیش‌گیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز تأثیر منفی دارد (کردوانی، ۱۳۷۹).

خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است که در بیشتر موارد

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1- Junson     | 2- Scobie      |
| 3- McGuire    | 4- Price       |
| 5- Baird      | 6- Schmidt     |
| 7- Nice       | 8- Nayak       |
| 9- Byrne      | 10- Martin     |
| 11- Abraham   | 12- Richardson |
| 13- Odujinrin | 14- Kim        |
| 15- Motsei    | 16- Mcwhirter  |

همکاران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. یک مطالعه در کرمان نشان داد ۲۷٪ زنان از طرف همسران خود مورد آزار قرار می‌گیرند. در این بررسی نادیده گرفته شدن توانایی‌های زنان توسط همسرانشان، رایج‌ترین خشونت عاطفی گزارش شده بود (۳۶/۷٪). حدود ۲۵٪ از زنان نیز نوعی از خشونت جنسی را طی سال قبل تجربه کرده بودند (گروسی، نخعی و زنگی‌آبادی، ۲۰۰۸). در اصفهان نیز یک بررسی نشان داد ۶۲-۳۴٪ خشونت‌ها، خشونت کلامی و روانی هستند (ملک‌افضلی، مهدی‌زاده، زمانی و فرزادگان، ۱۳۸۳).

با در نظر گرفتن آمارهای یادشده، مشاهده می‌شود شیوع خشونت خانگی در نقاط مختلف جهان و حتی در نقاط مختلف یک محدوده جغرافیایی کوچک، تفاوت چشم‌گیری با یکدیگر دارد. هدف این پژوهش، بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در شهر کرمان و تعیین متغیرهای مرتبط با آن بود، تا بر پایه نتایج آن به شناخت وضعیت موجود و برنامه‌ریزی برای کاهش این مشکل اجتماعی کمک شود.

## روش

جامعه آماری این پژوهش، خانواده‌های ساکن شهر کرمان بودند. از جامعه یادشده ۴۰۰ زن همسر دار (۲۰ خوشه ۲۰ خانواری) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی، بر پایه کدپستی انتخاب شدند. سپس سرخوشه‌ها به روش تصادفی ساده تعیین و نشانی آن‌ها مشخص شد. زنان مطلقه، بیوه، و دارای همسر موقت از بررسی کنار گذاشته شدند. پرسش‌گران با مراجعه به منازل در ساعات مختلف روز (برای شرکت گروه‌های مختلف جامعه در پژوهش) و توضیح درباره هدف‌های پژوهش و تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات گردآوری‌شده، رضایت شرکت‌کنندگان را به دست می‌آوردند.

ابزار این بررسی پرسش‌نامه‌ای بود که توسط پرسشگر ساخته شد. پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل می‌شد: ۱- بخش مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی زمینه‌ای شامل سن، تحصیلات، شغل و... مشتمل بر ۱۶ گویه (نه پرسش باز و هفت پرسش بسته سه گزینه‌ای بلی، خیر، نمی‌دانم). ۲- بخش مربوط به بروز خشونت خانگی به صورت بلی/خیر، و در صورت بروز، مشخص کردن نوع (شامل جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی و اجتماعی) و شدت آن. بخش مربوط به

شدت خشونت خانگی مشتمل بر ۲۵ پرسش بود که به صورت مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای [بسیار شدید (۱)، شدید (۲)، متوسط (۳) و خفیف (۴)] پاسخ داده می‌شد. در انتهای پرسش‌نامه نیز علل بروز خشونت خانگی پرسیده می‌شد.

داده‌های پرسش‌نامه‌ای با مصاحبه تکمیل می‌شد. پرسشگری توسط تیم‌های دونفره متشکل از کارشناسان زن آموزش‌دیده که دست کم یکی از آن‌ها کارشناس بهداشت روان بود، در محل سکونت خانوارها انجام می‌شد.

اعتبار محتوایی<sup>۱</sup> پرسش‌نامه پس از بررسی متون مختلف، توسط اساتید روانپزشکی و روانشناسی و متخصصان پزشکی اجتماعی تأیید شد و برای تعیین ثبات درونی<sup>۲</sup> از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، که با استفاده از یک پیش‌آزمون روی ۲۶ نفر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و قدرت آزمون ۰/۸۰ به عنوان پیش‌فرض در نظر گرفته شدند. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS 11.5<sup>۳</sup> و آزمون خی‌دو<sup>۴</sup> تحلیل شدند.

## یافته‌ها

با ۴۲۶ زن همسر دار مصاحبه شد. میزان پاسخ‌دهی<sup>۵</sup> ۱۰۰٪ بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۹/۵±۱۲/۱ سال و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۰-۴۴ ساله بود (۱۶٪). ۱۶/۷٪ آن‌ها تحصیلات دانشگاهی، ۳۹/۲٪ دیپلم و ۴۱/۱٪ تحصیلات زیردیپلم داشتند. ۹/۹٪ آن‌ها شاغل و ۷۹/۸٪ خانه‌دار بودند. میانگین سن ازدواج آن‌ها ۱۹/۸±۳/۸ سال بود و ۹۳/۹٪ آن‌ها تنها یک‌بار ازدواج کرده بودند. ۴/۵٪ در سن زیر ۱۵ سال، ۴۷/۲٪ در سن ۱۵-۱۹ سال، ۳۶/۶٪ در سن ۲۰-۲۴ سال و ۱۱/۷٪ در سن بالای ۲۵ سال اولین ازدواج را تجربه کرده بودند. میانگین سال‌های زندگی مشترک ۱۳/۷±۲۰ سال و میانگین تعداد فرزندان ۲/۹۸±۲ بود: ۶/۶٪ زنان اصلاً فرزندی نداشتند، ۱۷/۱٪ دارای یک فرزند، ۲۳/۷٪ دارای دو فرزند، ۱۸/۵٪ دارای سه فرزند و ۱۵/۳٪ دارای چهار فرزند بودند. ۱۸/۸٪ نیز بیش از چهار فرزند داشتند. ۱۸/۹٪ زنان تنها دارای فرزند دختر، ۲۲/۴٪ تنها دارای فرزند پسر و ۵۸/۷٪ دارای فرزند دختر و پسر بودند.

1- content validity                      2- internal consistency  
3- Statistical Package for the Social Sciences  
4- chi-square                                5- response rate

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

نوع خشونت	شدت خشونت				
	بسیار شدید فراوانی (%)	شدید فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	خفیف فراوانی (%)	مجموع فراوانی (%)
جسمی	۲۰ (۱۸/۳)	۳۵ (۳۲/۰)	۴۴ (۴۰/۴)	۱۰ (۹/۲)	۱۰۹ (۲۵/۶)
	۱۰ (۱۲/۵)	۳۰ (۳۷/۵)	۲۹ (۳۶/۳)	۱۱ (۱۳/۸)	۸۰ (۱۸/۸)
	۴ (۸/۳)	۱۵ (۳۱/۳)	۱۳ (۲۷/۱)	۱۶ (۳۳/۳)	۴۸ (۱۱/۳)
	۵ (۱۳/۲)	۴ (۱۰/۵)	۱۰ (۲۶/۳)	۱۹ (۵۰/۰)	۳۸ (۸/۹)
	۲ (۶/۹)	۲ (۶/۹)	۵ (۱۷/۲)	۲۰ (۶۹/۰)	۲۹ (۶/۸)
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
جنسی	۱ (۴/۰)	۰ (۰)	۳ (۱۲/۰)	۲۱ (۸۴/۰)	۲۵ (۵/۹)
	۱ (۲/۷)	۱۱ (۲۹/۷)	۳ (۸/۱)	۲۲ (۵۹/۵)	۳۷ (۸/۷)
	۳ (۵/۳)	۷ (۱۲/۵)	۴ (۷/۲)	۴۲ (۷۵/۰)	۵۶ (۱۳/۱)
	۱ (۲/۷)	۷ (۱۸/۹)	۹ (۲۴/۳)	۲۰ (۵۴/۱)	۳۷ (۸/۷)
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اقتصادی	۴ (۵/۹)	۱۲ (۱۷/۶)	۵ (۷/۳)	۴۷ (۶۹/۱)
۲ (۳/۲)		۷ (۱۰/۹)	۶ (۷/۸)	۵۰ (۷۸/۱)	۶۴ (۱۱/۷)
۲ (۴/۳)		۱۱ (۲۳/۴)	۷ (۱۴/۹)	۲۷ (۵۷/۴)	۴۷ (۱۱/۰)
۱ (۲/۹)		۹ (۲۶/۵)	۷ (۲۰/۶)	۱۷ (۵۰/۰)	۳۴ (۸/۰)
۲ (۳/۴۱)		۵ (۱۶/۴)	۷ (۱۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)	۵۵ (۱۲/۹)
۴ (۸/۷)		۱۰ (۲۱/۷)	۴ (۸/۷)	۲۸ (۶۰/۹)	۴۶ (۱۰/۸)
روانی	۱۰ (۲۰/۸)	۹ (۱۸/۸)	۱ (۲/۱)	۲۸ (۵۸/۳)	۴۸ (۱۱/۳)
	۴ (۱۲/۱)	۱۰ (۳۰/۳)	۷ (۲۱/۲)	۱۲ (۳۶/۴)	۳۳ (۷/۷)
	۲ (۶/۱)	۸ (۲۴/۲)	۸ (۲۴/۲)	۱۵ (۴۵/۵)	۳۳ (۷/۷)
	۱۰ (۶/۵)	۹۰ (۵۸/۴)	۴۴ (۲۸/۶)	۱۰ (۶/۵)	۱۵۴ (۳۶/۱)
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	سوءظن				

سوءظن داشتن نسبت به همسر (۳۶/۱)٪، هل دادن (۲۵/۶)٪، سخت گیری در مخارج منزل (۱۶)٪ و اجبار در برقراری رابطه جنسی (۱۳/۱)٪ بود (جدول ۱).  
شایع ترین علت بروز خشونت از دید زنان خشونت دیده، وضعیت اقتصادی نامناسب بود (جدول ۲).

میزان شیوع خشونت علیه زنان توسط همسر ۴۶٪ به دست آمد. شایع ترین نوع خشونت، روانی (۷۸/۶)٪ بود و خشونت های جسمی (۵۵/۶)٪، اقتصادی (۳۴/۷)٪ و جنسی (۲۸/۶)٪ در مراتب بعدی قرار داشتند. شاخص ترین شکل بروز خشونت روانی، جسمانی، اقتصادی و جنسی به ترتیب

جدول ۲- توزیع فراوانی علت بروز خشونت از دید زنان خشونت دیده شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

علت	فراوانی (%)
وضعیت اقتصادی نامناسب	۱۰۸ (۲۵/۴)
نامناسب بودن شغل همسر	۳۸ (۸/۹)
دخالت سایرین	۳۳ (۷/۷)
اعتیاد همسر	۳۱ (۷/۳)
بیماری جسمی در همسر	۲۵ (۵/۹)
وجود اختلاف طبقاتی	۱۸ (۴/۲)
داشتن سوءظن	۱۵ (۳/۵)
بیماری روانی همسر	۱۴ (۳/۳)
اعتیاد زن	۹ (۲/۱)
بیماری جسمی در زن	۹ (۲/۱)
نداشتن فرزند	۹ (۲/۱)
بی کاری همسر	۶ (۱/۴)
داشتن فرزند از یک جنس	۵ (۱/۲)
نارضایتی در ارتباط جنسی	۵ (۱/۲)
بیماری روانی در زن	۳ (۰/۷)

فراوانی اعمال خشونت علیه زنان برحسب ویژگی های جمعیت شناختی و زمینه ای زنان و همسران آنها به طور جداگانه و به کمک آزمون خی دو تحلیل شد. نتایج نشان دادند که فراوانی خشونت در مردان تنها با متغیرهای سطح تحصیلات ( $p < 0/001$ )، اعتیاد ( $p < 0/001$ )، شغل ( $p < 0/01$ ) و زندگی خانواده با دیگر افراد ( $p < 0/01$ ) ارتباط داشت؛ بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات از درصد خشونت کاسته می شد و مردان دارای مشاغل آزاد، مردانی که تا ۲۰ سالگی در روستا زندگی کرده بودند و مردان معتاد، بیشتر در مورد همسرانشان خشونت نشان می دادند. در زنان سطح تحصیلات ( $p < 0/01$ )، زندگی تا ۲۰ سالگی در روستا ( $p < 0/05$ ) و اعتیاد ( $p < 0/01$ ) با خشونت ارتباط داشت. به بیان دیگر زنان دارای تحصیلات پایین تر، زنانی که تا سن ۲۰ سالگی در روستا بودند و زنان معتاد بیشتر مورد خشونت قرار می گرفتند و درصد خشونت در خانوارهایی که با افرادی به غیر از خانواده هسته ای زندگی می کردند، بیشتر بود (جدول ۳).

جدول ۳- فراوانی خشونت در جمعیت مورد بررسی بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی در شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

df	$\chi^2$	زنان		df	$\chi^2$	مردان		متغیرهای جمعیت شناختی
		خشونت ندیده	خشونت دیده			عدم اعمال خشونت	اعمال خشونت	
-	-	۱۶ (۵۷/۱)	۱۲ (۴۲/۹)	-	-	۱۴ (۵۶)	۱۱ (۴۴)	بدون فرزند
۱	۱۱/۳۱**	۲۱۴ (۴۶/۹)	۱۸۴ (۴۶/۲)	۲	۲۲/۴۷***	۲۰۲ (۵۲/۲)	۱۸۵ (۴۷/۸)	دارای فرزند
		۸۷ (۴۶/۳)	۱۰۱ (۵۳/۷)			۸۰ (۴۴)	۱۰۲ (۵۶)	سطح سواد
		۹۴ (۵۶/۳)	۷۳ (۴۳/۷)			۷۰ (۵۲/۶)	۶۳ (۴۷/۴)	زیردیپلم
		۴۹ (۶۹)	۲۲ (۳۱)			۷۹ (۷۲/۵)	۳۰ (۲۷/۵)	دیپلم (تحصیلات)
		۱۷۹ (۵۱/۷)	۱۶۷ (۴۸/۳)	۲	۱۳/۹۱***	۲ (۶۶/۷)	۱ (۳۳/۳)	بالای دیپلم
		۳۳ (۶۴/۷)	۱۸ (۳۵/۳)			۱۳۰ (۵۹/۴)	۸۹ (۴۶)	شغل
		۱۸ (۶۲/۱)	۱۱ (۳۷/۹)			۹۸ (۴۸)	۱۰۶ (۵۲)	بی کار
۱	۵/۲*	۱۶۸ (۵۷/۵)	۱۲۴ (۴۲/۵)	۱	۹/۴	۱۷۲ (۵۹/۱)	۱۱۹ (۴۰/۹)	کارمند
		۶۰ (۴۵/۵)	۷۲ (۵۴/۵)			۹۸ (۴۸)	۷۷ (۵۷)	آزاد
۱	۸/۷۳**	۸ (۲۷/۶)	۲۱ (۷۲/۴)	۱	۲۱/۲۸***	۳۰ (۳۲/۳)	۶۳ (۶۶/۷)	محل زندگی
		۲۲۲ (۵۵/۹)	۱۷۵ (۴۴/۱)			۱۸۷ (۵۸/۴)	۱۳۳ (۴۱/۶)	شهر
		۶ (۴۶/۲)	۷ (۵۳/۸)			۱ (۱۶/۷)	۵ (۸۳/۳)	روستا
		۶۴ (۵۹/۳)	۴۴ (۴۰/۷)			۴۱ (۶۵/۱)	۲۲ (۳۴/۹)	محل زندگی تا ۲۰ سالگی
		۵۵ (۴۸/۲)	۵۹ (۵۱/۸)			۵۷ (۵۰/۹)	۵۵ (۴۹/۱)	اعتیاد
		۵۳ (۵۲/۵)	۴۸ (۴۷/۵)			۶۳ (۵۰/۴)	۶۲ (۴۹/۶)	دارد
		۲۳ (۴۷/۹)	۲۵ (۵۲/۱)			۲۹ (۵۱/۸)	۲۷ (۴۸/۲)	ندارد
		۱۱ (۴۷/۸)	۱۲ (۵۲/۲)			۱۲ (۴۴/۸)	۱۶ (۵۵/۲)	سن
		۵ (۸۳/۳)	۱ (۱۶/۷)			۱۳ (۵۹/۱)	۹ (۴۰/۹)	زیر ۲۰ سال
								۲۱-۳۰ سال
								۳۱-۴۰ سال
								۴۱-۵۰ سال
								۵۱-۶۰ سال
								۶۱-۷۰ سال
								بالای ۷۰ سال

\* $p < 0/05$ ; \*\* $p < 0/01$ ; \*\*\* $p < 0/001$

## بحث

۵۵/۶٪ خشونت‌های اعمال‌شده، از این نوع بوده است. خشونت جسمی افزون بر صدمات جسمی، می‌تواند صدمات روانی عمیقی را نیز در پی داشته باشد که تأثیر آن به مراتب از صدمات جسمی بیشتر است (قهاری و همکاران، ۱۳۸۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

از دیگر موارد بررسی‌شده در این پژوهش، خشونت اقتصادی بود که به شکل سخت‌گیری در مخارج منزل، جلوگیری از اشتغال زن، نداشتن تأمین مالی و در اختیار گرفتن درآمد زن مورد بررسی قرار گرفت و فراوانی ۳۴/۷٪ برای آن به دست آمد. به نظر می‌رسد علت خشونت اقتصادی در جوامع رو به رشد، وجود تبعیض‌های اجتماعی-اقتصادی میان زنان و مردان، نگرش‌های نادرست جامعه در این زمینه و نادیده گرفتن حقوق زنان باشد که این امور مانع از اشتغال و توانمند شدن زنان در زمینه‌های اقتصادی شده، وابستگی زنان از نظر اقتصادی به مردان را در پی دارد که همین امر زمینه‌ساز شکل‌گیری خشونت اقتصادی از سوی مردان می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

نتایج این پژوهش نشان داد ۲۸/۶٪ از موارد خشونت، مربوط به خشونت جنسی است. از این رو توجه بیشتر به این نوع خشونت و برنامه‌ریزی برای کاهش آن را ضروری می‌سازد. آموزش‌های جنسی و از میان برداشتن تبعیض علیه زنان و در نهایت تغییر نگرش افراد جامعه به‌ویژه مردان درباره برابری جنسی می‌تواند در کاهش این نوع خشونت مؤثر باشد (عارفی، ۱۳۸۲؛ ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳؛ قهاری و همکاران، ۱۳۸۴).

یکی از متغیرهای مرتبط با خشونت، اعتیاد مردان بود ( $p < 0/001$ ). این یافته با توجه به ماهیت اعتیاد، از نظر تأثیر زیانباری که بر جنبه‌های رفتاری، اقتصادی، روانی و اخلاقی دارد، دور از انتظار نبود.

ارتباط میان شغل آزاد و درآمد غیر ثابت با خشونت بیشتر (۵۵/۲٪) در بررسی حاضر را می‌توان به بی‌ثباتی اقتصادی و فشارهای روانی ناشی از آن نسبت داد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هنگامی که شوهر نتواند به اندازه دیگر افراد درآمد داشته باشد، برای ازدست‌ندادن وجهه خود، اقدام به خشونت می‌کند (صابریان و همکاران، ۱۳۸۳).

یافته دیگر این پژوهش مبنی بر ارتباط منفی میان میزان تحصیلات بالا و خشونت علیه زن با یافته‌های قهاری و

بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای گوناگون نشان می‌دهند که ۲۵-۵۰٪ زنان مورد بدرفتاری جسمی همسران خود قرار گرفته‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲؛ اینانلو، حق‌دوست، مشایخی و حقانی، ۱۳۷۹). در ایران نیز در بررسی‌های گوناگون شیوع همسرآزاری ۸۳-۲۷٪ گزارش شده است (امامی و همکاران، ۱۳۸۰؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۵؛ گروسی و همکاران، ۲۰۰۸، بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ قهاری و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ۴۶٪ زنان مورد بررسی دست‌کم یک نوع از خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. بنابراین در شهر کرمان نیز خشونت علیه زنان مانند سایر نقاط کشور و جهان، از شیوع بالایی برخوردار است و اقدامات اساسی و زیربنایی در جنبه‌های مختلف اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

در این پژوهش خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت (۷۸/۶٪) بود که این یافته با یافته‌های سایر بررسی‌های انجام‌شده در ایران هم‌خوانی دارد (نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ قهاری، پناغی، عاطف‌وحید، زارعی‌دوست و محمدی، ۱۳۸۵؛ ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳؛ صابریان، آتش‌نفس و بهنام، ۱۳۸۳). شاخص‌ترین نوع خشونت روانی، سوءظن داشتن مرد به همسرش بود که خود می‌تواند سبب بروز مشکلات زیادی مانند ازهم‌پاشیدگی و قتل در خانواده شود (عارفی، ۱۳۸۲)؛ این یافته نیز با یافته‌های دیگر بررسی‌ها هم‌سویی دارد (نجفی‌دولت‌آبادی، علوی‌مجدد، خاتمی‌زنوریان و مجبی‌نوبندگان، ۱۳۸۵؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده، اما خشونت روانی افزایش یافته است (ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳). البته جدانمودن انواع خشونت از یکدیگر مشکل است، زیرا معمولاً انواع خشونت هم‌زمان رخ می‌دهند؛ برای نمونه خشونت‌های جسمی و جنسی به آسیب روانی می‌انجامد. در این زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل اختلاف، حل مسأله و مدیریت خشم به زنان و مردان متأهل و مجرد می‌تواند در کنترل خشونت علیه زنان سودمند باشد (قهاری و همکاران، ۱۳۸۴).

شیوع خشونت جسمی در جوامع گوناگون، متفاوت است. بر پایه یافته این پژوهش، در شهر کرمان خشونت جسمی، پس از خشونت روانی به فراوانی اعمال می‌شود، به طوری که

## سپاسگزاری

این پژوهش با کمک معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. بدین وسیله از همکاری ارزشمند جناب آقایان دکتر محمدرضا افلاطونیان، دکتر علی خالویی و مهندس علی بهرام‌نژاد و هم‌چنین از پرسش‌گران صادق و بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش، که بدون همکاری آنان اجرای این پژوهش ممکن نبود، قدردانی می‌شود.

## منابع

- احمدی، بتول؛ علی محمدیان، معصومه؛ گلستان، بنفشه؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ شجاعی زاده، داوود (۱۳۸۵). تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، سال چهارم، شماره ۲، ۴۴-۳۵.
- امامی متولی، محمد؛ علیان، فاطمه؛ احراری، خدیجه؛ یعقوبی، علی اصغر؛ علی زاده، شعبانعلی؛ یزدی، محبوبه (۱۳۸۰). *بررسی توزیع فراوانی همسرآزاری در شهر کرج ۷۴-۷۸*. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده دانشگاه علوم پزشکی اراک، ص ۳۰.
- اینانلو، مهنوش؛ حق‌دوست اسکویی، فاطمه؛ مشایخی، فریده؛ حقانی، حمید (۱۳۷۹). مشخصات زوجین و ارتباط با نوع و شدت همسرآزاری در زنان. *فصلنامه پرستاری ماهی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۲۶، ۶۷-۵۷.
- بختیاری، افسانه؛ امیدبخش، نادیا (۱۳۸۲). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل، *مجله پزشکی قانونی*، سال نهم، شماره ۳۱، ۳۰-۱.
- پوررضا، ابوالقاسم؛ موسوی، پدram (۱۳۸۲). *خشونت علیه زنان*. تهران: نشر ایران.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰). *خشونت علیه زنان*. ترجمه: شهرام رفیعی فر، سعید پارسی‌نیا. تهران: نشر تندیس.
- صابریان، معصومه؛ آتش‌نفس، الهه؛ بهنام، بهناز (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، سال ششم، شماره ۲، ۱۲۱-۱۱۵.
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲). بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه. *مطالعات زنان*، سال اول، شماره ۲، ۱۱۹-۱۰۱.
- قره‌باغی، رضا (۱۳۸۰). خشونت علیه زنان. *مجله ۵۵*، سال دوم، شماره ۱۰، ۶۳-۶۲.
- قهاری، شهربانو؛ پناغی، لیلی؛ عاطف‌وحید، محمد کاظم؛ زارعی دوست، الهام؛ محمدی، علیرضا (۱۳۸۵). سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، سال هشتم، شماره ۴، ۶۳-۵۸.
- قهاری، شهربانو؛ عاطف‌وحید، محمد کاظم؛ یوسفی، حمید (۱۳۸۴). بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن در سال ۱۳۸۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال پانزدهم، شماره ۵۰، ۸۹-۸۳.

همکاران (۱۳۸۴)، عارفی (۱۳۸۲)، بختیاری و امیدبخش (۱۳۸۲)، قره‌باغی (۱۳۸۰)، ملک‌افضلی و همکاران (۱۳۸۳)، نریمانی و آقامحمدیان (۱۳۸۴) هماهنگ است. به نظر می‌رسد دلیل این امر، آگاهی و توانمندی بیشتر زوج‌های تحصیل‌کرده در به‌کارگیری مهارت‌های زندگی، مانند کنترل خشم و مهارت حل مسئله است.

نتایج هم‌چنین نشان داد زنان و مردانی که تا سن ۲۰ سالگی در روستا زندگی کرده بودند، خشونت بیشتری نشان می‌دادند که این یافته نیز با یافته‌های دیگر بررسی‌ها هم‌سو است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵؛ بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ قره‌باغی، ۱۳۸۰).

از دیگر یافته‌های این بررسی این بود که حضور دیگر افراد در کنار همسر و فرزندان در خانواده، با خشونت علیه زنان ارتباط دارد. به نظر می‌رسد دخالت‌های این افراد، به‌ویژه اگر محل زندگی مشترک باشد، زمینه‌ساز مشکلات خانوادگی و ایجاد خشونت خواهد بود. افزون بر این معمولاً مشکلات اقتصادی دلیل این نوع زندگی اشتراکی است و بنابراین سهم این متغیر نیز باید در این رابطه مشخص شود (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ صابریان و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج بسیاری از بررسی‌ها (قهاری و همکاران، ۱۳۸۴؛ صابریان و همکاران، ۱۳۸۳) نشان داده‌اند که خطر خشونت علیه زنان، با افزایش سن زن، کاهش می‌یابد. هم‌چنین سن پایین ازدواج به‌ویژه در مردان (میانگین ۱۸ سال)، احتمالاً به دلیل نداشتن مهارت‌های کافی برای ایفای نقش همسری، با همسرآزاری همراه است (قهاری و همکاران، ۱۳۸۴؛ بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۰)؛ اما در این بررسی میان خشونت و متغیرهای شمار فرزندان و جنسیت آن‌ها، سن زن و شوهر و شاغل و درآمدزا بودن زن ارتباطی دیده نشد.

در مجموع به نظر می‌رسد خشونت علیه زن یک چالش مهم اجتماعی است و بالابردن آگاهی جامعه، آموزش پیش از ازدواج همسران در زمینه فرهنگ زناشویی و احترام به حقوق دیگران، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و شناسایی و ارجاع افراد دارای اختلال روانپزشکی به این مراکز، تلاش در راستای بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه و کاهش تبعیض‌های جنسیتی می‌تواند در کاهش آن مؤثر باشد.

- among PHC nurses in rural south Africa. *Journal of Social Science and Medicine*, 54, 1243-1254.
- Mcwhirter, P. (1999). Domestic violence and women mental health in Chile. *American Psychologist*, 54, 37-40.
- Nayak, M. B., Byrne, C. A., Martin, M. K., & Abraham, A. G. (2003). Attitude toward violence against woman. *Sex Roles*, 49, 333-342.
- Odujinrin, O. (1993). Wife battering in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 41, 159-164.
- Price, S., & Baird, K. (1999). Domestic violence in pregnancy. *Midwife*, 4, 12-14.
- Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324, 274.
- Schmidt, B. F., & Nice A. (2002). Challenging gender-based violence. *Sexual Health Exchange*. 2002, 3.
- Scobie, J., & McGuire, M. (1999). The silent enemy: Domestic violence in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 7, 259-262.
- WHO (2002). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: Department of Gender and Women's Health, Family and Community Health.
- کردوانی، امیرحسین (۱۳۷۹). واکنش کودکان و نوجوانان در برابر خشونت خانگی و لزوم حمایت از آنان. *مجله پزشکی قانونی*، سال ششم، شماره ۱۹، ۶۸-۷۴.
- مرکز مشارکت زنان و معاونت اجتماعی وزارت کشور (۱۳۸۰). تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان در مراکز ۲۸ استان کشور. تهران: معاونت اجتماعی وزارت کشور.
- ملک‌افضلی، حسین؛ مهدی‌زاده، مرتضی؛ زمانی، احمدرضا؛ فرج‌زادگان، زیبا (۱۳۸۳). بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، سال چهاردهم، شماره ۲، ۶۷-۶۳.
- نجفی‌دولت‌آبادی، شهلا؛ علوی‌مجدد، حمید؛ خاتمی‌زنوریان، آریتا؛ محبی‌نوبندگان، زینت (۱۳۸۵). دلایل بروز خشونت علیه زنان و دختران تهرانی مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهر تهران سال ۱۳۸۲. *فصلنامه دنا*، سال اول، شماره ۳، ۳۴-۲۷.
- نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۱۳-۱۰۷.
- Garrusi, B., Nakhaee, N., & Zangiabadi, M. (2008). Domestic violence: Frequency and women's perception in Iran (I.R.). *Journal of Applied Sciences*, 8, 340-345.
- Junson, B., & Junson, C. (2000). The domestic violence. In: J. Murry & B. Apgar (Eds.), *Women's health care handbook* (2nd. ed., pp. 92-101).
- Kim, J., & Motsei, M. (2002). Women enjoy punishment: Attitudes and experiences of gender based violence