

بررسی مقایسه‌ای زمینه‌ها و آثار خشونت علیه زنان در خانواده

در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل (۱۳۸۰)

افسانه بختیاری*؛ دکتر نادیا امیدبخش**

چکیده:

سابقه و هدف: خشونت خانوادگی شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان با بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است؛ لذا این تحقیق با هدف تعیین علل و آثار خشونت و نیز تعیین مشخصات فردی- خانوادگی قربانیان انجام شده است. نتایج این تحقیق می‌تواند در شناسایی اینگونه زنان و فراوانی این مشکل و نیز انتخاب راه کارهای حمایتی مناسب مفید واقع شود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت توصیفی تحلیلی طی مدت یک سال (از فروردین تا اسفند ۱۳۸۰) روی زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل انجام شده است. از میان آن‌ها، زنانی که مورد خشونت همسر قرار گرفته بودند، به عنوان گروه مورد (۱۸۳) و سایر زنانی که متأهل بودند و سابقه خشونت در خانواده را نداشتند، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند (۳۲۵). ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بوده که به روش مصاحبه و معاینه تکمیل گردید.

یافته‌ها: فراوانی خشونت خانگی در میان مراجعین ۳۶٪ بود. یافته‌ها نشان دادند نوع جراحی ایجاد شده غالباً فیزیکی بوده است، اما ۱۳٪ قربانیان اعمال فشار و خشونت جنسی را در روابط جنسی عنوان نمودند. همچنین ۷۱٪ زنان از علایم سایکوسوماتیک متعدد اظهار تألم نمودند. شایع‌ترین محل‌های جراحی سر و گردن (۲۲/۳٪) و بعد از آن اندام‌ها (۲۱/۶٪) بود. بیشتر جراحات (۵۴٪) تنها از نوع ضرب بود، اما ۴۱٪ بیماران در مجموع (به طور انحصاری یا در ترکیب با ضرب) دچار جرح شده بودند. ارزیابی فراوانی انواع ضرب‌ها و جرح‌ها نشان داد که گرچه شایع‌ترین نوع ضرب، کبودی (۴۲/۴٪) و شایع‌ترین نوع جرح، حارصه یا خراشیدگی (۷۸/۷٪) بود، اما به ۲۴٪ زنان آسیب جدی و شدید وارد شده بود. مهم‌ترین ابزار آسیب اجسام سخت (۸۹/۶٪) بودند. بیشترین علت خشونت علیه زنان (به بیان قربانیان) اعتیاد (۳۱/۱٪) و مشکلات رفتاری (۲۹٪) بود. آزمون‌های آماری ارتباط معناداری را بین مشخصات فردی- اجتماعی و نیز بین مشخصات خانوادگی دو گروه مورد و شاهد نشان داد.

بحث: یافته‌ها نشان داد که شیوع خشونت علیه زنان در این مطالعه در مقایسه با سایر آمارها نسبتاً بالاست و تظاهرات جسمی و روانی شدیدی دارد. این مطالعه آشکار کرد که اغلب خشونت‌ها در گروه سنی ۴۰-۲۰ سال، زوجین با مدت ازدواج کمتر از ۱۰ سال و تعداد فرزندان کمتر رخ می‌دهد. کارکنان بهداشتی- درمانی شامل پزشکان، ماماها، پرستاران باید بتوانند زنان در معرض خطر را شناسایی نمایند و با تقویت مهارت‌های خود، حمایت‌های مناسبی از اینگونه زنان به عمل آورند.

کلیدواژه‌ها: خشونت علیه زنان، خشونت خانگی، عوامل خطر ساز.

* کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل.

** پزشک مرکز پزشکی قانونی بابل.

* عهده‌دار مکاتبات: بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، گروه مامایی. تلفن محل کار: ۲۲۲۹۹۳۶ - ۲۲۲۳۸۴۱ - ۰۱۱۱.

Email: a.bakhtiari@mubabol.ac.ir

مقدمه:

نیز اغماض ناپذیر می‌باشد (۸ و ۷). ما در این تحقیق بر آنیم که ضمن بررسی آثار و علل خشونت علیه زنان به شناسایی مشخصات قربانیان خشونت خانگی بپردازیم. شاید این تحقیق بایی باشد برای پرداختن به موضوعات دیگر در این زمینه و نیز جلب توجه مسئولین و افراد جامعه برای پرداختن جدی به این معضل اجتماعی.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. نمونه این پژوهش را کلیه خانم‌های متأهل مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل تشکیل داده‌اند. نمونه‌ها به تدریج طی یکسال وارد مطالعه شده‌اند؛ بدین ترتیب که از میان مراجعین، زنانی که مورد خشونت همسران خود قرار گرفته بودند و با طرح شکایت در مراجع قضایی و انتظامی به این مرکز ارجاع شده بودند، به‌عنوان گروه مورد (۱۸۳) و سایر زنانی که متأهل بودند و سابقه خشونت در خانواده را نداشتند و به علل دیگر غیر از خشونت مراجعه نموده بودند، به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند (۳۲۵). جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه حضوری و معاینه فیزیکی انجام شد. ابتدا پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات فردی- اجتماعی و خانوادگی زنان در هر دو گروه به روش مصاحبه حضوری تکمیل گردید. سپس در گروه مورد جهت بررسی آثار ضرب و جرح معاینه فیزیکی انجام شد. در صورت لزوم برای اثبات بعضی از جراحات از پاراکلینیک (مانند رادیوگرافی) یا مشاوره با سایر پزشکان استفاده شد. در صورت شدیدبودن جراحیات،

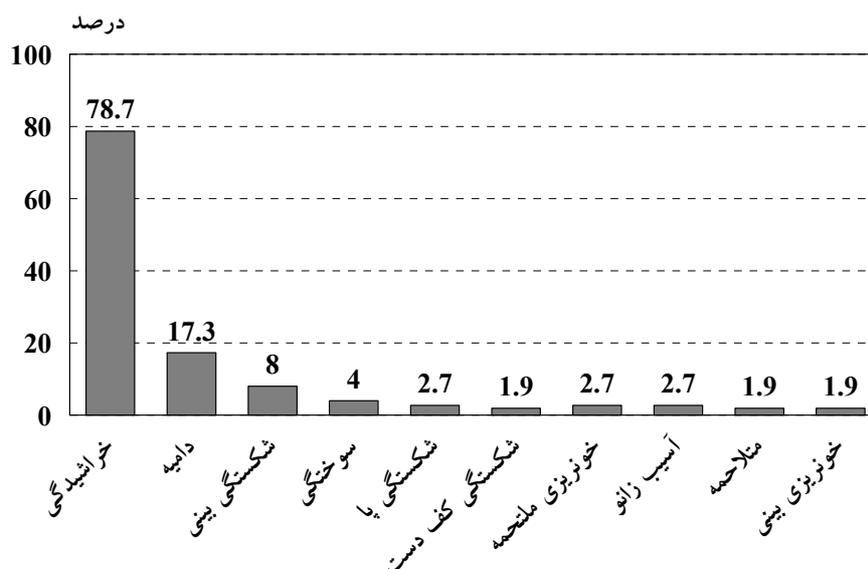
خشونت علیه زن در خانواده متداول‌ترین شکل خشونت علیه زنان است که غالباً توسط نزدیک‌ترین افراد خانواده مانند شوهر به وقوع می‌پیوندد (۱). متأسفانه به دلیل خصوصی بودن حریم خانه در جوامع گوناگون، آمار دقیق و معتبری از فراوانی و درصد این نوع خشونت در جهان و نیز در کشور ما وجود ندارد. تخمین زده می‌شود که این مسأله در بیش از نیمی از خانواده‌ها وجود دارد و از هر ۴ زن یک نفر در معرض خشونت است (۳ و ۲). شیوع آن در نقاط مختلف دنیا از ۴۱-۲۱٪ متفاوت است (۵-۴). در بنگلادش تقریباً ۵۰٪، در کانادا در سال ۱۹۸۷، ۶۲٪، و در گینه جدید پاپائو در فاصله سال‌های ۸۲-۱۹۷۲، ۷۳٪ از تمامی قتل‌ها در زنان توسط همسران آن‌ها صورت گرفته است. در آمریکا (۱۹۹۴) ۱/۴٪ از اقدام به خودکشی‌ها در زنان سفیدپوست و ۱/۲٪ از این اقدام‌ها در زنان آفریقایی تبار را بر اثر خشونت خانگی دانسته‌اند (۶). خشونت دارای عواقب جسمانی غیرکشنده‌ای شامل: جراحت (از بریدگی تا شکستگی و آسیب اندام‌های داخلی بدن)، حاملگی ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی (HIV/ایدز)، سقط جنین غیرعمدی، PID، دردهای مزمن لگن، سردرد، آسم، سندروم روده تحریک‌پذیر، رفتارهایی نظیر استعمال دخانیات، اعتیاد و الکلیسم و نیز عواقب مرگباری شامل خودکشی، دیگركشی، ضربه مغزی و مرگ‌ومیر مادر می‌باشد. عواقب روانی آن مانند افسردگی، ترس، اضطراب، مشکلات تغذیه‌ای، اختلالات جنسی، آسیب‌های وسواس و آسیب استرس پس از حادثه

را عنوان نمودند. علاوه بر آن ۷۱٪ زنان از نشانه‌های سایکوسوماتیک مانند سرگیجه، درد استخوانی، ازدست دادن وزن، اختلال خواب و طپش قلب اظهار تألم داشتند. بیشترین نواحی آسیب دیده به ترتیب سر و گردن (۲۲/۳٪) و اندامها (۲۱/۶٪) بود. آسیب تنه به تنهایی ۳/۳٪ بود. ۴۷/۵٪ زنان همزمان در بیش از یک ناحیه دچار آسیب شده بودند. همچنین اگرچه بیشتر آسیب‌ها تنها از نوع ضرب بود (۵۴٪)، ۴۱٪ بیماران در مجموع (به‌طور انحصاری یا در ترکیب با ضرب) دچار جرح شده بودند. ارزیابی انواع آسیب‌ها در ضرب و جرح نشان داد که گرچه شایع‌ترین نوع ضرب، کبودی (۴۲/۴٪) و شایع‌ترین نوع جرح حارصه (خراشیدگی) (۷۸/۷٪) بود، اما ۲۴٪ زنان دچار آسیب‌های جدی و شدیدتر شامل انواع شکستگی‌های استخوانی و سوختگی‌های درجه ۲ و ۳ شده بودند که بعضاً تهدیدکننده حیات فرد بوده است (نمودار ۱).

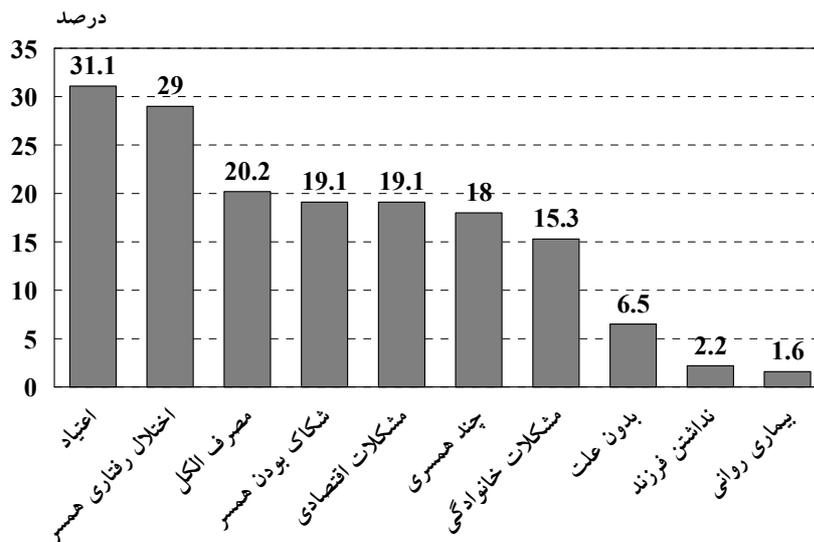
تاریخ مراجعه بعدی جهت معاینه مجدد و بررسی طول درمان تعیین می‌گردید. از آزمون آماری T-test، X^2 و Mann-whitney جهت تجزیه و تحلیل نتایج استفاده شد.

یافته‌ها:

یافته‌ها نشان دادند که ۲۶/۳٪ از کل مراجعین به پزشکی قانونی را زنان تشکیل می‌دادند که ۸/۳٪ آن‌ها به دلیل مامایی و بیماری‌های زنان مراجعه نموده بودند. شیوع خشونت علیه زنان در خانواده در مطالعه ما ۳۶٪ بود که در مقایسه با آمارهای موجود در کشورهای در حال توسعه (۲۱٪-۴۱٪) شیوع بالایی است که البته به‌نظر می‌رسد در مطالعات مبتنی بر جمعیت از این مقدار هم بالاتر باشد. نتایج تحقیق در مورد آثار ضرب و جرح نشان داد که گرچه نوع آسیب وارده در اغلب موارد جسمی بود، اما ۱۳٪ از زنان نیز (در مجموع) اعمال فشار و خشونت جنسی



نمودار ۱ - فراوانی نسبی انواع جرح در زنان قربانی خشونت خانوادگی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل (۱۳۸۰).

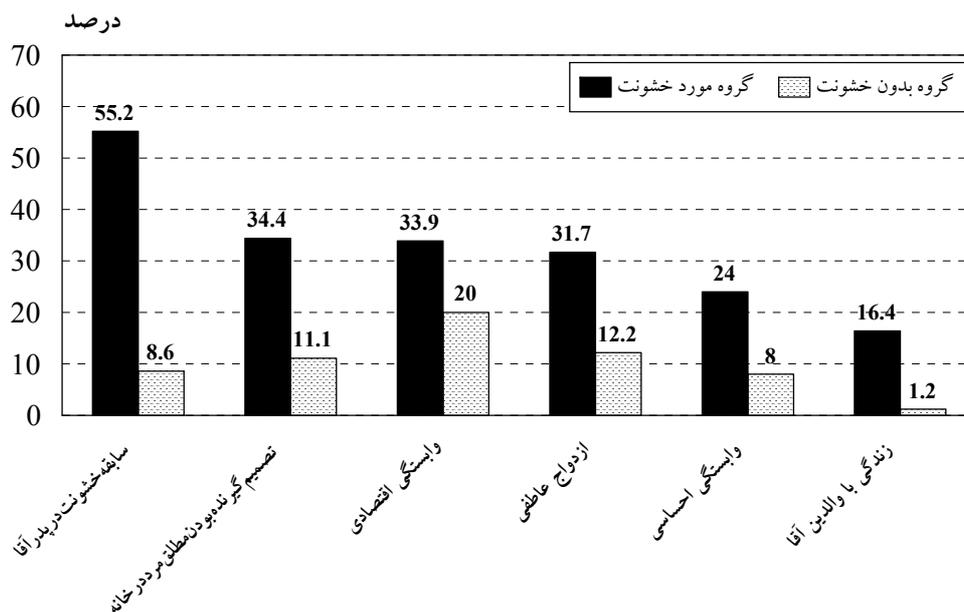


نمودار ۲- فراوانی نسبی علل ایجاد جراحت از دیدگاه زنان قربانی خشونت خانوادگی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل (۱۳۸۰)

کمتر از گروه شاهد بود؛ یعنی اغلب آن‌ها در دهه سوم و چهارم زندگی (۳۹-۲۰ سال) بودند (بامیانگین سنی ۳۱/۰۷ در مقابل ۳۸/۳ سال در زنان و ۳۴/۵ در مقابل ۴۱/۲ در مردان). میزان بروز خشونت خانگی با افزایش مدت ازدواج کاهش یافت؛ به طوری که بیشترین درصد بروز خشونت در زوجین با مدت ازدواج ۱۰-۲ سال بوده است (۴۱/۵٪). از نظر میزان تحصیلات تقریباً زنان گروه شاهد (۴۸/۶٪) بی سواد بودند، در مقایسه با ۱۴/۲٪ در گروه مورد. این اختلاف در مورد همسران زنان نیز مشهود بود. همچنین درصد بیشتری از زنان گروه مورد مشاغل درآمدزا داشتند (۲۰/۱٪ در گروه مورد در مقایسه با ۱۱/۱٪ در گروه شاهد)، در حالی که میزان مشاغل ثابت و درآمدزا در همسران آن‌ها به مراتب کمتر از گروه شاهد بوده است. بیشتر خانواده‌ها در گروه مورد ساکن شهر بودند. تمامی مشخصات فردی-اجتماعی مذکور در دو گروه اختلاف معناداری داشتند

۲/۷٪ قربانیان نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشتند. ۱۱٪ به دلیل شدت آسیب وارده به معاینه مجدد نیاز پیدا کردند. طول مدت درمان در اغلب زنان ۲-۳ هفته بود.

۹۲٪ قربانیان سابقه قبلی ضرب و جرح از سوی همسر را داشتند، در حالی که تنها ۲۴٪ آن‌ها سابقه قبلی مراجعه به پزشکی قانونی را داشتند. بیشترین ابزار مورد استفاده جهت ایجاد ضرب و جرح اجسام سخت (۸۹/۶٪) بود که البته در ۳۲/۸٪ موارد همزمان از دو ابزار جهت ضرب و جرح استفاده شده بود (بیشتر اجسام سخت + اجسام تیز). بررسی علت خشونت علیه زنان از دید زنان پاسخگو نشان داد که شایع‌ترین علت، اعتیاد (۳۱/۱٪) و بعد از آن اختلالات رفتاری مرد (۲۹٪) بوده است (نمودار ۲). مقایسه مشخصات فردی-اجتماعی زنان قربانی با گروه شاهد نشان داد که میانگین سنی زنان و مردان در گروه مورد به مراتب



نمودار ۳- فراوانی نسبی متغیرهای خانوادگی زنان در دو گروه با و بدون خشونت خانوادگی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل (۱۳۸۰).

بحث:

نتایج مطالعه حاضر در مورد آثار خشونت خانوادگی نشان داد که فراوانی خشونت و شدت آسیب جسمی وارده در این مطالعه بالا بود. در واقع از میان ۴۱٪ جرح، ۲۴٪ مربوط به آسیب‌های شدید جسمی مانند انواع شکستگی‌ها و سوختگی‌ها بود. همچنین ۹۰٪ زنان همزمان بیش از سه ضایعه ضرب و جرح داشتند. مطالعه انجام شده در کره نیز نشان داد که ۳۸٪ زنان مورد خشونت همسران خود واقع شده‌اند که ۱۲٪ آن‌ها بسیار جدی بوده است. همچنین مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۷ در دو استان هندوستان انجام شد نشان داد که ۴۱٪ زنان حداقل یک‌بار توسط همسرانشان مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند که در ۱۷٪ منجر به آسیب‌های بسیار شدید جسمی شده بود. مطالعات انجام شده در سایر کشورهای در حال توسعه نیز

($P=0.000$). مقایسه مشخصات خانوادگی نشان داد گرچه اکثریت زوجین در هر دو گروه زندگی مستقلی (با همسر و فرزندان خود) داشتند، اما درصد بیشتری از زنان قربانی با والدین همسران خود زندگی می‌کردند. بررسی سابقه خشونت در خانواده‌های زوجین در دو گروه نشان داد که سابقه خشونت در خانواده‌های همسران زنان قربانی به مراتب بیش از گروه شاهد بوده است. همچنین از نظر وابستگی شدید مالی به اطرافیان (۳۳/۹٪ در گروه مورد در مقابل ۲۰٪ در گروه شاهد)، وابستگی شدید احساسی به اطرافیان (۲۴٪ در مقابل ۸٪)، ازدواج عاطفی (۳۱/۷٪ در مقابل ۱۲/۲٪) و تصمیم‌گیرنده بودن مطلق مرد در خانه (۳۴/۴٪ در مقابل ۱۱/۱٪) اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت ($P=0.00$) (نمودار ۳).

مقادیر کمتر خشونت همراه بوده است. همچنین سن پایین ازدواج به‌ویژه در مردان (میانگین ۱۸ سال) احتمالاً به دلیل فقدان مهارت‌های کافی برای ایفای نقش همسر به احتمال بیشتری با همسر آزاری همراه است (۱۳-۱۵). در مورد وضعیت اجتماعی-اقتصادی زنان، مطالعه ما نشان داد که زنان قربانی نسبت به گروه شاهد تحصیلات بیشتری داشتند و نیز درصد بیشتری از آن‌ها شاغل بودند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که یک رابطه منفی مداوم بین سواد زن و شوهر و خشونت خانگی وجود دارد. زمانی که هر دو فرد سواد بالاتر از دیپلم دارند، سطح خشونت خانگی به‌طور قابل توجهی کمتر است (۱۷-۱۶). البته در مطالعه‌ای که توسط قره باغی (۱۳۸۰) انجام شد نیز تعداد زنان بی‌سواد در میان زنان کتک‌خورده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی کمتر از گروه شاهد بود (۱۰). علت این تفاوت ممکن است اقدام بیشتر قربانیان با تحصیلات بیشتر به پی‌گیری و طرح شکایت باشد.

همچنین بر اساس تحقیقی که در ایران انجام شد، زن‌آزاری در تهرانی‌ها بیش از شهرستانی‌های مقیم تهران بوده است (۹). مطالعات موجود در این زمینه همگی حاکی از بروز بیشتر خشونت در جوامع بزرگ‌تر می‌باشد. دلیل این امر شاید وابستگی بیشتر زنان به مردان در جوامع کوچک‌تر و چشم پوشی آن‌ها از مشکلات موجود باشد. بررسی متغیرهای خانوادگی در این مطالعه ارتباط معناداری را بین دو گروه نشان داد. نتایج مطالعات متعدد نیز نشان می‌دهد که پشتیبانی والدین و فامیل زن ارتباط معکوسی با میزان خشونت دارد؛ به‌طوری‌که در مواردی که زوجین در خانه

به‌طور مشابه نرخ‌های بالایی از خشونت را گزارش کرده‌اند. در یک مطالعه جمعیتی و بهداشتی در سال ۱۹۹۵ در کلمبیا ۲۱٪ زنان حداقل یک‌بار مورد ضرب و شتم قرار گرفتند (۹). به‌رحال مهم‌ترین علت بالابودن شدت آسیب جسمی در مطالعه ما آن است که این مطالعه در زانی انجام شد که به دلیل شکایت از همسر به مرکز پزشکی قانونی آمده بودند، در حالی‌که اغلب مطالعات در این زمینه مبتنی بر جمعیت بوده است؛ لذا درصد زیادی از زنان در هنگام انجام مطالعه آسیب جسمی خاصی از خشونت نداشتند. نکته قابل توجه دیگر در این مطالعه آن بود که ۹۲٪ زنان علی‌رغم سابقه قبلی ضرب و جرح از سوی همسر هیچ مراجعه قبلی به پزشکی قانونی نداشتند که علت عمده آن حفظ حریم خانواده بوده است. در مورد علت خشونت، همانند نتایج مطالعه ما، سایر مطالعات نیز نشان دادند که زن‌آزاری در خانواده‌هایی که اعتیاد به الکل وجود دارد، بیشتر دیده می‌شود. فرهنگ، مسائل روانی و عوامل شخصیتی نیز از جمله مواردی هستند که در گسترش پدیده مذکور مؤثرند. همچنین زنانی که همسران معتاد، زندانی یا سابقه سوء کیفر دارند، بیشتر کتک می‌خورند و مردانی که شاهد کتک‌خوردن مادرانشان در خانواده پدری بودند و شوهران بی‌تفاوت به مسائل مذهبی، بیشتر کتک می‌زدند (۱۲-۱۰). در مورد مشخصات فردی-اجتماعی دو گروه مطالعات متعددی نشان داده است که خطر خشونت علیه زنان با افزایش سن زن کاهش می‌یابد. سن بالای ازدواج در زوجین به دلیل کنترل بیشتر روی منابع مالی با

تصور را ایجاد می‌کند که مرد باید حاکم خانه باشد و به دنبال این تصور هر حرکتی از سوی زن با خشونت مواجه می‌شود.

بنابر یافته‌های این پژوهش خانواده‌های ذیل پرخطر محسوب می‌شوند:

خانواده‌های جوان (سن و مدت کمتر ازدواج)، زنان باسواد و دارای مشاغل در آمدزا و همسران با مشاغل غیرثابت، خانواده‌های ساکن شهر، زنانی که با والدین همسر زندگی می‌کنند، همسران معتاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، مردانی با سابقه خشونت در پدران آنها، خانواده‌هایی با وابستگی شدید مالی و احساسی به اطرافیان، ازدواج‌های عاطفی. شناسایی افراد پرخطر و حمایت‌های مناسب از آنها توسط سیستم بهداشتی، قوانین حقوقی و انتظامی می‌تواند از این معضل رو به رشد اجتماعی پیشگیری نماید.

والدین زن مقیم باشند، میزان خشونت ۵۰٪ کمتر از موارد دیگر است. زنانی که به صورت دسته‌جمعی با خانواده همسر زندگی می‌کردند، بیشتر کتک می‌خورند (۱۸ و ۱۱). در مطالعه قره باغی (۱۳۸۰) مردانی که علیه زنان دست به خشونت می‌زنند و به ایراد ضرب و جرح می‌پردازند، غالباً متعلق به خانواده‌هایی هستند که در آن خانواده‌ها خشونت وجود داشته است. اصولاً این افراد شخصیتی پرخاشگر دارند و تعداد زیادی از آنها بیماری‌های روانی و معمولاً از نوع افسردگی دارند (۱۰). همچنین عدم ثبات وضعیت اقتصادی و ناپایداری در تصمیم‌گیری‌ها نیز می‌توانند منجر به بروز بحران در خانواده شوند. ارتباط این متغیرها با افزایش بروز خشونت در سایر مطالعات نیز نشان داده شده است (۲۰-۱۸). به علاوه اعتقاد به سلطه مرد در خانواده در بعضی جوامع مثل جامعه ما این

References:

1. Junson B, Junson C. The domestiv violence: In: Murry J, Apgar B, editors. Women's health care handbook. 2 nd ed. 2000, PP. 92-101.
2. Scobie J, McGuire. The silent enemy: Domestic violence in pregnancy. Brit J Midwifery 1999; 7(4):259-62.
3. Price S, Baird K. Domestic violence in pregnancy the practicing. Midwife 1999; 4 (7):12-14.
4. Jones RF, Horan DL. The American college of obstetricians and gynecologists: a decade of responding to violence against women. Int J Ob Gy 1999; 58:43-50.
5. Fraser J. Clarly is sixteen. Practic Midwife 2001 July/ August; 4(7): 20-21.
- ۶- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان. گزارش کارگاه خشونت علیه زنان و روش‌های پیشگیری و حمایت از قربانیان آن. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. آبان ۱۳۷۹.

- ۷- فرهادیان ط. سوء رفتار در خانواده، سوء رفتار نسبت به زنان، کودکان و سالمندان. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی اراک. مهر ۱۳۸۰. ص ۵۶.
- ۸- موحدی ع؛ احدی ف. قربانیان خاموش. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی اراک. مهر ۱۳۸۰. ص ۲۵.
- ۹- رفیعی فر ش. خشونت علیه زنان معضلی رو به رشد. اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. مرداد ۱۳۷۸.
- ۱۰- قره باغی ر. خشونت علیه زنان. مجله درد. سال دوم، شماره دهم، بهمن ۱۳۸۰: ۶۳-۶۲.
- ۱۱- متولی امامی م و همکاران. بررسی توزیع فراوانی انواع همسرآزاری در شهر کرج. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی اراک. مهر ۱۳۸۰. ص ۳۰.
- ۱۲- میزا بابایی ع. بررسی رابطه وضعیت اقتصادی- اجتماعی با همسر آزاری در زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی استان مرکزی در سالهای ۷۹-۱۳۷۸. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشکده مامایی اراک. مهر ۱۳۸۰. صفحه ۳۳.
- ۱۳- پوررضا اق. بررسی توزیع فراوانی انواع همسرآزاری در شهر اصفهان ۷۹-۱۳۷۸. انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۸۰.
14. Stenson K. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001. 17:210.
15. Shepherd Jp, et al. Trends in community violence in England and wales (1995-1998): accident and emergency department perspective. *Emerg Med J* 2001 Mar; 18(2): 105-109.
16. Ellsberg M. Research domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Study Fam Plann* 2001 Mar; 32 (1): 1-16.
17. WHO. Violence against women information pack: a priority health issue. 1997 July; {www document}. Available at: URL [http:// www.who.int/frh-whd/Vaw/info](http://www.who.int/frh-whd/Vaw/info) pack.
18. Smikle CB. Physical and sexual abuse in a middle-class obstetric population. *South Med J* 1990; 18(3): 983-988.
19. Bassuk El. Post-traumatic stress disorder in extremely poor women: implications for health care clinicians. *JAM Med Women's ASSOC.* 2001; 56(2): 790-798.
- ۲۰- پوررضا اق. بررسی آگاهی و نگرش مردم جنوب تهران نسبت به خشونت خانگی و خشونت علیه زنان. انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران. اردیبهشت ۱۳۸۱.