

خشونت فیزیکی در قربانیان همسر آزاری شهر رشت

دکتر مرتضی رهبر طارم‌سری (M.D)^۱ - *دکتر علیرضا بادی (M.D)^۱ - دکتر رقیه زبده ایمن‌آبادی (M.D)^۲ - سینا خواجه جهرمی (M.D, Stu)^۳ -
علیرضا امیرمعافی (M.D, Stu)^۲ - محمد مهدی یعقوبی (M.D, Stu)^۳

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان رازی

پست الکترونیک: badsar@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۴

چکیده

مقدمه: خشونت علیه زنان در خانواده متداول‌ترین شکل خشونت است که غالباً توسط نزدیک‌ترین افراد خانواده خصوصاً شوهر بوقوع می‌پیوندد که ویژگی‌های آن در جوامع مختلف متفاوت است. همچنین، این معضل یکی از مهم‌ترین و جدی‌ترین مسائل سلامت عمومی در هر جامعه‌ای است که به‌طور فزاینده رو به افزایش است.

هدف: بررسی ویژگی‌های فردی و خانوادگی در قربانیان همسر آزاری در شهر رشت

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی - مقطعی تمام زنانی که بدلیل صدمه و خشونت فیزیکی بدست همسر خود، از ابتدای دی ۸۶ تا پایان اسفند ۸۷ به سازمان پزشکی قانونی رشت مراجعه کرده بودند بررسی شد و متغیرهای پژوهش همچون سن زوج‌ها، میزان تحصیلات و شغل آن‌ها، علل بروز خشونت و الگوی آسیب در فرمی دموگرافی ثبت شد. سرانجام داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش شانزدهم) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین سنی این زنان و همسرانشان به ترتیب $31/5 \pm 8/4$ و $26/3 \pm 8/8$ سال بود. بیشتر زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم و خانه‌دار بودند ولی بیشتر همسرانشان دارای دیپلم دبیرستان و شغل کارگری بودند که البته درصد قابل توجهی از آن‌ها اعتیاد به مواد مخدر نیز نداشتند. $80/3\%$ خانواده‌ها در مناطق شهری زندگی می‌کردند. بیشترین وقوع همسر آزاری در سال اول بعد از ازدواج رخ داده بود. $1/1$ موز به عنوان شایع‌ترین علامت در زنان مراجعه کننده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت با نتایج تحقیقات مشابه و این نکته که آزار جسمی زنان کماکان وجود دارد نیاز به صرف هزینه و زمان برای پیشگیری توجیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: خشونت/زنان/همسر آزاری

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و یکم شماره ۸۳، صفحات: ۲۶-۲۱

مقدمه

صورت پنهان یا آشکار را داشته باشد همسر آزاری نامیده می‌شود. اعمال خشونت‌آمیز می‌تواند در برگیرنده‌ی انواع مختلف آزارهای کلامی، روانی، عاطفی، اقتصادی، جسمی، جنسی و حتی مرگ باشند (۶).

بر اساس نتایج مطالعات، خشونت خانگی یکی از علل مرگ و ابتلا در کشورهای مختلف است و شیوع آن در دنیا تفاوت دارد (۶). مثلاً در آمریکا ۸ تا ۱۲ میلیون زن سالانه در معرض خشونت قرار می‌گیرند و $1/8$ میلیون زن توسط شوهران خود مضروب می‌شوند (۳).

در ایران آمار دقیقی از خشونت خانگی گزارش نشده و در مطالعات مختلف نتایج یکسانی به چشم نمی‌خورد بختیاری در مطالعه‌ای در شهر زابل فراوانی خشونت خانگی را 36% بیان می‌کند (۲) صالحی در شهرکرد شیوع همسر آزاری در زنان باردار را $67/5\%$ اعلام کرد (۳) و در مطالعه در تاج رابری در

با وجود تمام پیشرفت‌های بشر، کماکان خشونت علیه زنان یک معضل اجتماعی در همه کشورهاست (۱) در این میان خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان است (۲). و 40 تا 50% زنان در مرحله‌ای از زندگی خود مورد خشونت خانگی قرار می‌گیرند که سلامت روحی و جسمی آنان را هم تهدید می‌کند (۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال 2006 شیوع همسر آزاری در طول زندگی در کشورهای مختلف از 15 تا 75% متغیر بوده است (۴).

خشونت خانگی یا خشونت توسط شریک نزدیک (Intimate Partner Violence) در واقع خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که علیه زنان صورت می‌گیرد.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) هرگونه عمل خشونت‌آمیز شوهر علیه زن که منجر به صدمه عاطفی روانی، جسمی یا جنسی در وی شده یا احتمال تأثیر بر سلامت او به

خانواده بسیار مهم تلقی می‌شود. مهم‌ترین راه پیشگیری نیز آموزش مهارت زندگی بخصوص تأکید بر ارتباط و آموزش است. خشونت خانگی باید نظر مسئولان بهداشتی را به خود معطوف سازد ولی متأسفانه بسیاری از پزشکان و پرستاران به این موضوع چندان علاقه‌ای ندارند (۳). شاید با بررسی‌های فراوانی و شیوع و همچنین علل چنین پدیده‌ای در هر جامعه بتوان اهمیت این موضوع را برای سیستم بهداشتی به تصویر کشید لذا این مطالعه با هدف تعیین فراوانی خشونت فیزیکی علیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهرستان رشت طی سال‌های ۱۳۸۶ تا پایان سال ۱۳۸۷ و همچنین تعیین ماهیت و نوع آسیب‌های ناشی از آن، انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی و جمعیت مورد مطالعه تمام زنانی بودند (۳۲۰ نفر) که بدلیل صدمه و خشونت فیزیکی بدست همسر، از ابتدای دی ۸۶ تا پایان اسفند ۸۷ به سازمان پزشکی قانونی رشت مراجعه کرده بودند. برای کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه در خصوص محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و پس از تکمیل رضایت نامه کتبی و شخصی به روش آسان وارد مطالعه شدند. متغیرهای فرعی پژوهش شامل سن زوجها، میزان تحصیلات و شغل، درآمد خانوار، محل زندگی، مدت زندگی زناشویی، تعداد فرزندان، سابقه همسرآزاری، اعتیاد همسر و متغیرهای اصلی شامل علل بروز خشونت به صورت کیفی اسمی (با حالات مشکل اخلاقی، اقتصادی، زناشویی، ناسازگاری زوجها، دخالت خانواده و اطرافیان شوهر، تعدد زوجها) و الگوی آسیب به صورت کیفی اسمی (با حالات نوع آسیب ایجاد شده، عامل ایجاد آسیب، محل ایجاد آسیب) بود. جهت گردآوری داده‌های مربوط به متغیرهای فوق، فرم دموگرافیک تهیه شد که شامل ۲۳ پرسش بود که بخشی از آن از پرونده آسیب دیدگان استخراج شد ولی داده‌های مربوط به سایر متغیرها که در پرونده موجود نبود با همکاری افراد و توسط خودشان تکمیل شد. همچنین، سوال آخر فرم که مربوط به نوع و محل آسیب و عامل ایجاد کننده آن بودند با معاینه پزشک جمع‌آوری شد.

غرب تهران نیز شیوع همسرآزاری در زنان باردار ۵۹/۷٪ گزارش شده است (۶).

این موضوع علاوه بر جنبه‌های مهمی که در حقوق زنان دارد تاثیر مهمی بر خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی دارد که هویت انسانی و جامعه‌پذیری فرد در آن شکل می‌گیرد. بدون شک تمام آسیب‌های اجتماعی به نحوی با خانواده ارتباط دارند. کودکانی که مادر آنها توسط پدرشان مورد آزار قرار می‌گیرد در معرض خطر بالاتری برای انتقال رفتار خشونت‌آمیز به نسل‌های بعدی هستند و این موضوع سبب می‌شود که نسل آزاری در طول نسل منتقل شود (۸).

در ایران خشونت نسبت به زنان غالباً از سال‌های نخست ازدواج آغاز می‌شود به نحوی که در بررسی متون، اسفندآباد از قول سام گیس در سال ۱۳۷۵ اظهار داشت که از هر ۱۰۰ زن آزار دیده که به پزشکی قانونی مراجعه کرده‌بودند، ۸۱ مورد پیش از پایان اولین سال ازدواج بوده است (۵).

عوامل متعددی بر اساس نظریه‌های مختلف در این مورد اعلام شده است. نظریه‌هایی چون کارکردگرایی، نظریه‌ی ساختار اجتماعی (تنش، تضاد)، نظریه‌ی فمینیستی، نظریه‌ی منابع، نظریه‌ی سیستمی، نظریه‌ی زیست محیطی و نظریه‌ی ناکامی - پرخاشگری مواردی را بیان کرده‌اند (۹).

عواملی که در مجموع می‌توان به آنها اشاره کرد به اختصار در زیر اشاره می‌شود. خشونت علیه زنان در همه‌ی مناطق جغرافیایی و همه‌ی سطوح اقتصادی و رفاهی دیده می‌شود. ولی به نظر می‌رسد که شیوع و شدت آن با موقعیت‌های پایین اجتماعی - اقتصادی مرتبط باشد (۷ و ۵). نداشتن توافق اخلاقی، بی‌علاقگی، خودخواهی، اعتیاد، نداشتن اعتقادات مذهبی، اختلاف سنی و ناتوانی جنسی از عوامل دیگر اشاره شده در مطالعات مختلف است (۱۰).

نکته‌ی دیگر این که خشونت علیه زنان غالباً پنهان از انظار عمومی است. در واقع زنان ایرانی تمایلی به بحث و گفتگو درباره‌ی خشونت خانگی و گزارش آن ندارند (۵). البته دلایلی چون خجالت، ترس و مقصر دانستن خود، صدمه ناشی از خشونت و کتک خوردن از شوهر، نیز سبب می‌شود که زنان این موضوع را مطرح نکنند (۸).

باین‌شرح، پیشگیری از خشونت خانگی برای تداوم و سلامت

که محل شایع این آسیب‌ها عمدتاً در سر و گردن (۷۵/۶٪) و اندام‌ها (۴۵/۶٪) بوده است (جدول ۲).

جدول ۱: فراوانی نسبی علت همسرآزاری مردان از نظر زنان

منفی تعداد(٪)	مثبت تعداد(٪)	نظر افراد علل ذکر شده در پرسشنامه
(۱۶/۶)۵۰	(۸۴/۴)۲۷۰	مشکلات اخلاقی
(۴۹/۴)۱۵۸	(۵۰/۶)۱۶۲	مشکلات اقتصادی
(۷۶/۶)۲۴۵	(۲۴/۴)۷۵	مشکلات جنسی
(۸۱/۶)۲۶۱	(۱۸/۴)۵۹	اختلاف فرهنگی و طبقاتی
(۵۷/۸)۱۸۵	(۴۲/۲)۱۳۵	دخالت خانواده و اطرافیان شوهر
(۴۸/۴)۱۵۵	(۵۱/۶)۱۶۵	پیروی از الگوهای مردسالارانه
(۶۶/۲)۲۱۲	(۳۳/۸)۱۰۸	بیکاری
(۶۶/۶)۲۱۳	(۳۳/۴)۱۰۷	اعتیاد شوهر
(۵۰)۱۶۰	(۵۰)۱۶۰	خود محوری
(۹۳/۸)۳۰۰	(۶/۲)۲۰	تعدد زوج
(۹۵/۳)۳۰۵	(۴/۷)۱۵	غیره

بررسی فراوانی انواع آسیب‌های وارده بر زنانی که به دنبال همسر آزاری به پزشک قانونی رشت ارجاع داده شده بودند نشان داد که سیاه‌شدگی (اکی‌موز) فراوان‌ترین نوع آسیب ضربی (۷۵/۹٪) و خراشیدگی (ابریشن) بیش‌ترین نوع آسیب جراحی (۳۴/۴٪) مطرح بوده است (جدول ۲)

جدول ۲: فراوانی انواع و عضو آسیب دیده در زنان قربانی همسرآزاری

تعداد(درصد)	انواع و عضو آسیب دیده
(۷۵/۹)۲۴۳	آسیب ضربی
(۴۶/۲)۱۴۸	اکیموز
(۵۱/۲)۱۶۴	اریتم
(۴/۶)۱۵	تورم
	دور رفتگی
(۳۴/۴)۱۱۰	آسیب جراحی
(۵/۶)۱۸	خراشیدگی
(۲/۸)۹	پارگی
(۳/۴)۱۱	بریدگی
	شکستگی
(۷۵/۶)۲۴۲	عضو آسیب دیده
(۴۵/۶)۱۴۶	سرو گردن
(۲۶/۵)۸۵	اندام
(۱۰/۶)۳۴	خلف تنه
(۰/۳)۱	سینه
	شکم

سپس، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش شانزدهم) و با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد. و در نهایت به صورت فراوانی مطلق، نسبی، میانگین، انحراف معیار و درصد گزارش شدند. ضمناً، گردآوری داده‌ها با رعایت امانت‌داری و صداقت انجام شد و نتایج عیناً گزارش شد. طبق بیانیه هلسینکی تمام اطلاعات استخراج شده از پرونده‌های بالینی محرمانه تلقی شده و تنها به صورت کلی ارائه شدند.

نتایج

در مجموع ۳۲۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی آنها $31/5 \pm 8/4$ ساله و دامنه سنی آنان از ۱۶ تا ۵۴ سالگی بود. از لحاظ میزان تحصیلات اکثر قریب به اتفاق این زنان دیپلم و زیر دیپلم (۸۳/۸٪) و از لحاظ شغلی نیز اکثر آن‌ها خانه‌دار بودند (۷۲/۵٪).

میانگین سنی همسران این زنان نیز $36/3 \pm 8/8$ بود و دامنه سنی‌شان از ۲۰ سال تا ۵۷ سالگی بود و به طور متوسط $4/8 \pm 4/4$ سال از این زنان بزرگ‌تر بوده‌اند. اکثر آنها تحصیلات در حد دیپلم (۵۳/۴٪) و شغل کارگر ساده (۴۱/۹٪) داشتند. البته در این میان ۱۱ نفر نیز وجود داشتند که دارای شغل مدیریت شرکت بودند.

$33/8$ ٪ از این خانواده‌ها درآمد ماهیانه زیر ۲۰۰ هزار تومان و فقط $6/9$ ٪ درآمد بالای ۶۰۰ هزار تومان داشتند. $80/3$ ٪ از این خانواده‌ها ساکن شهر بوده و $94/7$ ٪ ازدواج دائم داشتند.

به طور متوسط این زوج‌ها $9/8 \pm 7/7$ سال از ازدواجشان می‌گذشت ولی بیشترین وقوع همسر آزاری در سال اول ازدواج بود. در $80/6$ ٪ تعداد فرزندان زیر ۳ فرزند می‌باشد و میانگین تعداد فرزند ۲ فرزند بود. ۹۹ نفر از مردان (۳۰/۹٪) اعتیاد به مواد مخدر داشته و ۱۹۲ نفر (۶۰٪) نیز هیچگونه اعتیادی به مواد مخدر و الکل نداشتند.

۲۶۷ نفر از این زنان (۸۳/۴٪) پیش از آن نیز سابقه آزار و اذیت توسط همسر را داشتند. $84/4$ ٪ از این زنان مشکل اخلاقی و $51/6$ ٪، پیروی از الگوهای مرد سالارانه همسر خود را عامل اصلی آزار و اذیت بیان می‌دانستند (جدول ۱).

همچنین، ۲۹۸ نفر (۹۳/۱٪) به دنبال آزار با اجسام سخت و ۵۲ نفر (۱۶/۲٪) به دنبال آزار با اجسام نرم دچار آسیب شده بودند

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس مطالعات به نظر می‌رسد که خشونت علیه زنان به عنوان یکی از علل مرگ و میر در تمام جوامع وجود دارد ولی میزان شیوع آن در جهان متفاوت است (۷) با این وجود بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر تفاوت چشمگیری با نتایج دیگر مطالعات در ایران به چشم نمی‌خورد. میانگین سنی زنانی که مورد آزار و اذیت همسران خود قرار گرفته و به مرکز پزشکی قانونی رشت ارجاع شده بودند $31/5 \pm 8/4$ سال بود ولی میانگین سنی این افراد در مطالعه ملکشاهی در استان چهارمحال بختیاری و آقاخانی در تهران حدود ۲۸ سال بود (۱۱و۱). میانگین سنی همسران زنان مورد آزار در مطالعه صالحی $26 \pm 6/3$ سال ولی در مطالعه ما $36/3 \pm 8/8$ سال بود که فاصله سنی بسیار زیادی را نشان می‌دهد (۳). نهایتاً اختلاف سنی زنان با همسرانشان بر اساس مطالعه نازپرور در تهران ۳ تا ۶ بود که مطالعه ما نیز متوسط اختلاف سنی زن و مرد را حدود ۴/۸ سال نشان داد که البته در همان محدوده قرار دارد (۱۲).

۵۱/۶٪ زنان این مطالعه دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند ولی در مطالعه آقاخانی ۸۷/۲٪ این زنان تحصیلات دیپلم یا پایین‌تر از آن داشتند. در مطالعه مشابهی در خرم‌آباد توسط ملکشاهی، تحصیلات ۵۱٪ زنان زیر دیپلم بود (۱۱و۱). در مطالعه ما ۵۳/۴٪ مردان همسر آزار تحصیلات زیر دیپلم داشتند در حالی که در مطالعه قهاری به ترتیب ۳۰/۳٪ و ۳۲/۳۷٪ دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، در مطالعه صالحی ۷۰٪ تحصیلات رده ابتدایی و راهنمایی و در مطالعه اسفندآباد ۴۰/۵٪ دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم و ۲۶٪ در سطح زیر دیپلم بودند. در غالب مطالعات همان‌گونه که مشاهده می‌نماید سطح تحصیلات مردان همسرآزار پایین‌تر از دیپلم بوده است. در واقع سطح سواد مردان را می‌توان عاملی برای ایجاد همسرآزاری دانست. همچنین در جامعه گیلانی سطح سواد پایین زوجین بستری جهت همسرآزاری فراهم می‌آورد چرا که تقریباً بیش از نیمی از هر دو جنس فاقد تحصیلات دانشگاهی بودند.

در مطالعه آقاخانی ۴۶٪ زنان تهرانی مورد آزار و اذیت شوهران، خانه‌دار بودند (۱). در مطالعه صالحی و قهاری نیز به ترتیب ۸۶/۶ و ۹۰/۹٪ زنان خانه‌دار بودند و بر اساس

نتایج این مطالعه ۷۲/۵٪ آنها را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دادند. در رشت ۴۱/۹٪ در صد از مردان کارگر ساده بودند و ۳۸/۸٪ در آمد ماهانه متوسط زیر ۲۰۰ هزار تومان داشتند ولی بر اساس پژوهش صالحی در شهرکرد ۳۰/۷٪ مردان بی‌کار یا بدون شغل مشخص بودند و درآمد ماهیانه حدود ۸۹ هزار تومان داشتند. شاید این تفاوت فاحش متناسب با ساختار شهری و میانگین سطح درآمد افراد در این دو شهر باشد.

۳در مطالعه ما ۸۰٪ خانواده‌ها ساکن شهر بودند. این در حالی است که در شهرکرد ۵۱/۸٪ از این خانواده‌ها شهرنشین بوده‌اند. البته این موضوع را نیز می‌توان با ساختار زندگی استان گیلان که روستاهای فراوان و کم جمعیت و برعکس شهرهای کم و بسیار پر تراکم دارد، توجیه کرد در واقع تراکم بالای جمعیتی در شهرهای استان گیلان می‌تواند عامل این تفاوت باشد.

از جمله فاکتورهای دیگر بررسی شده میزان مصرف مواد مخدر بود که براساس نتایج، ۳۰/۹٪ مردان همسر آزار، اعتیاد به مواد مخدر، ۵۰٪ اعتیاد به الکل و حدود ۲۵٪ اعتیاد به هر دو داشتند. مطالعه آقاخانی نیز نتایج تقریباً مشابهی داشت به نحوی که ۴۰/۱٪ و ۴۲/۴٪ از همسر آزاران به ترتیب از مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می‌کردند (۱) ولی در مطالعه صالحی فقط ۹/۹٪ مردان اعتیاد داشتند. البته در مطالعه اسفندآباد نیز همچون مطالعه صالحی نتایج در این مورد تفاوت دارد به نحوی که فقط ۱۶/۵٪، مصرف مشروب الکلی و ۹/۷۵٪ اعتیاد به مواد مخدر داشته‌اند.

در مطالعه ما، شایع‌ترین آسیب ضربی، اکیموز با ۷۵/۹٪ و شایع‌ترین جرح، خراشیدگی با ۳۴/۴٪ بود. ۳/۶٪ نیز دچار شکستگی شده بودند. بختیاری در مطالعه خود اذعان می‌نماید که شایع‌ترین نوع ضرب کبودی (۴۲/۴٪) و شایع‌ترین نوع جرح، خراشیدگی (۷۸/۷٪) بود (۲). از نتایج چنین برمی‌آید که در آسیب‌های ضربی و جرحی بین مطالعات همسانی وجود دارد و همگی حکایت از آن دارند که اقدام سریع پزشکی و اورژانس در بیشتر موارد لازم نیست.

بر پایه نتایج این مطالعه، در ۸۴/۴٪ مشکل اخلاقی عامل اذیت و آزار عنوان شد. در مطالعه عزیزیان نیز مسائل اخلاقی و تربیتی با ۳۹٪ شایع‌ترین علت اذیت و آزار بود. این موضوع

در انتها می بایست خاطر نشان شود که این معضل به صورت یک مشکل جهانی نیازمند صرف هزینه و زمان است تا با برطرف کردن علل آن در افراد از عواقب فردی و اجتماعی آن جلوگیری شود و در این خصوص می بایست نقش آموزش، رفع مشکلات اقتصادی و بیکاری و روشن کردن دقیق حقوق زنان در خانواده و جامعه را در نظر داشت. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی گیلان می باشد.

بیان کننده این نکته می باشد که اختلالات رفتاری در همسران کسانی که مورد آزار جسمی قرار گرفته به نحو چشم گیر بر بروز رفتار آنان تأثیر داشته و شاید با آموزش های درست این افراد و حتی کودکان ذکور در دوران خردسالی و کودکی بتوان از بروز این رفتار نابهنجار جلوگیری نمود. در مطالعه احمدی نیز اظهار شده که از منظر صاحب نظران، نمایش تصاویر خشونت آمیز در رسانه ها می تواند باعث یادگیری رفتارهای نادرست و ترویج آن در جامعه شود.

منابع

1. Aghakhani K, Aghabigloye A, Chehreye A. Study of Physical Partner Violence Against Women Referred to Tehran Forensic Medicine Center in 2000 autumn. The Journal of Iran University of Medical Sciences 2002; 9(31):485-490. [Text in Persian]
2. Bakhtiari A, Omidbakhah N. Study of Causes & Effects of Violence Against Women Referred to Babol Forensic Medicine Center. Forensic Medicine Journal 2003; 9(31):127-131. [Text in Persian]
3. Salehi S, Hoseinali M. Study of Prevalence and Kind of Home Violence in Pregnant Women Admitted to Shahrekord Medical Care Center in 2003. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2006; 8(2):72-77. [Text in Persian]
4. Claudia Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of Intimate Partner Violence: Findings from The WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. The Lancet 2006; 368(9543):1260-1269.
5. Shamsesfandabad H, Emamipur S. Study of Partner Violence Scale & Factors Affected It. Women Research Journal 2003; 1(5):59-82. [Text in Persian]
6. Dortajrabi S, Shekarabi R, Baniasad M, et al. Prevalence of Partner Violence in Pregnant Women Referred to West of Tehran Medical Care Centers. Journal of Faculty of Nursing & Midwifery Iran University 2010; 23(65):61-72. [Text in Persian]
7. Ahmadi B, Naseri S, Mohammadian A. Viewpoint of The Men & Women In Tehran About Home Violence Against Women. In Iran, A Qualitative Study. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2008; 6(2):67-81. [Text in Persian]
8. Azizian R, Sarukhani B, Mahmudi M. Study of Violence Factors Against Women Referred to Tehran Forensic Medicine Center in 2001. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2004; 2(2):37-48. [Text in Persian]
9. Narimani M, Aghamohamadian H. Study of Man Violence Scale Against Women & Related Variables In Families Lived In Ardabil. The Journal of Fundamental of Mental Health 2005; 7(27,28):107-113. [Text in Persian]
10. Hoff LA. Battered Women: Intervention and Prevention, A Psychosociocultural Perspective. J Am Acad Nurse Pract 1993; 5(1): 34-39.
11. Malekshahi F, Farhadi A. Study of Partner Violence Scale & Factors Affected It in Married Women Admitted To Khoramabad Medical Care Center In 2001. The Journal of Fundamental of Mental Health 2004; Vizhename Interneti(1):103-112. [Text in Persian]
12. Nazparvar B. Physical Partner Violence. Thesis of Tehran University of Medical Sciences 1997. [Text in Persian]

Evaluation of Physical Intimate Partner Violence in Respective Victims in Rasht

Rahbar Taramsari M.(M.D)¹- *Badsar A.R.(M.D)¹- Zobde Imanabadi R.(M.D)²- Khajeh Jahromi S.(M.D, Stu)³-
Amir Maafi A.(M.D, Stu)³- Yaghubi M.M.(M.D, Stu)³

*Corresponding Address: Razi Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN
Email: badsar@gums.ac.ir

Received: 21/Apr/2011 Accepted: 25/Dec/2011

Abstract

Introduction: Physical violence against women in the family is the most common form of physical violence usually committed by family members especially by husbands. It is also one of the most important concerns for general health in any society which progressed rapidly.

Objective: In this study, we aim to find out the features of individual violence and her partner.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study which surveyed physical violence against women by their partners in the years 2008 till 2009 who were referred to forensic medicine center of Rasht. We collected the demographic features of the women and their partners and other data such as addiction, cause of physical violence, economic status, using a questionnaire. Then, data were analyzed by SPSS (ver.16) software.

Result: The mean ages of women and their partners were 31.5 ± 8.4 and 36.3 ± 8.8 , respectively. Most of the women had precollege education and were housewives but most of their partners had diploma of high school and were simple worker and actually not addict. In total, 80.3% of these families lived in urban areas. Most physical violence against the wives occurred in the first years of marriage. Echinosis was the most frequent sign of women when referred.

Conclusion: Although some differences were found among other reports in Iran, these show that the phenomenon of physical violence does actually exist and requires more money and time to prevent it.

Key words: Spouse Abuse/ Violence/ Women

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 83, Pages: 21-26

1. Razi Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

2. Legal Medicine of Guilan, Rasht, IRAN

3. Student Research Committee, Vice- Chancellorship for Research, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN