

بررسی میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین

سکینه طاهر خانی* - ماندانا میرمحمد علی** - دکتر انوشیروان کاظم نژاد*** - دکتر محمد اربابی**** -
مهرنوش عامل ولی زاده*****

*کارشناس ارشد مامایی

**کارشناس ارشد مامایی، مربی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

***دکترای تخصصی آمار زیستی، استاد دانشگاه تربیت مدرس

****روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

*****کارشناس ارشد مامایی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی یکی از علل شایع صدمه جسمی و ترومای روانی به زنان است، علاوه بر آن می تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت نسل آینده نیز تأثیر بگذارد و افرادی با مشخصات فردی، خانوادگی و اجتماعی - اقتصادی خاص ممکن است در معرض خطر برای بروز این مشکل باشند، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که تعداد ۸۱۱ نفر از زنان مراجعه کننده به روش طبقه‌ای - تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید؛ برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها: میزان خشونت خانگی $88/3\%$ ($90/5\% - 86/1\%$ CI) بود [خشونت جسمی $25/4\%$ ($28/3\% - 22/4\%$ CI) ، خشونت عاطفی $87/3\%$ ($89/5\% - 85/1\%$ CI) و خشونت جنسی $39/1\%$ ($42/4\% - 35/8\%$ CI)]، بین خشونت و برخی از عوامل شامل سن زمان ازدواج زن 24 سال و کمتر [$p < 0/001$]، (سن زمان ازدواج همسر کمتر از 30 سال [$p = 0/023$]، تحصیلات همسر متوسطه و کمتر [$p = 0/016$]، مصرف سیگار توسط همسر ($p = 0/002$)، بیماری روانی زن و همسر ($p = 0/016$)، مصرف دارو در زن ($p = 0/02$) و همسر ($p = 0/004$) و سابقه سقط ($p = 0/012$) ارتباط وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی در این پژوهش و وجود ارتباط بین برخی از عوامل با خشونت و از آنجایی که مداخله برای کاهش خشونت از نتایج نامطلوب آن بر سلامت زنان می‌کاهد، غربالگری روتین زنان به خصوص زنان در معرض خطر از لحاظ مواجهه با خشونت خانگی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، خشونت علیه زنان، مشخصات زوجین.

تأیید مقاله: ۱۳۸۸/۶/۱۱

وصول مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۱۹

نویسنده پاسخگو: sakinehtaherkhani@yahoo.com

مقدمه

که عمری به قدمت تاریخ بشریت دارد (۱). برآورد جهانی نشان می‌دهد که خشونت یکی از دلایل جدی ناتوانی و مرگ زنان محسوب می‌شود (۲) در اعلامیه رفع خشونت علیه زنان (۱۹۹۳) این پدیده به عنوان مانعی جهت نیل به برابری، توسعه و صلح معرفی شده است. بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانوادگی بیش از بیماری‌هایی

تبعیض و خشونت علیه زنان در تمامی جوامع بشری علی‌رغم تفاوت در میان مذهب و دیگر تفاوت‌های فکری، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی وجود داشته و پدیده‌ای است جهانی، فراتاریخی و فرافرهنگی

به «چرخه‌ی خشونت» معروف است و در حقیقت خشونت خانگی ریشه تمام خشونت‌های اجتماعی است (۱۲). واقعیت این است که خشونت ممکن است اثرات طولانی مدت بر وجود و رفتار قربانی بگذارد؛ سلامت جسمی - روانی و قدرت سازگاری او را کاهش دهد، روابط خانوادگی و اجتماعی او را از حال عادی خارج نماید و گستره بسیار وسیعی از هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را در برگیرد (۱۳).

با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و پیامدهای آن و از آنجا که کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی (از جمله ماماها) برای بسیاری از زنان تحت خشونت مهم‌ترین و اغلب تنها نقطه تماس با خدمات اجتماعی محسوب می‌شوند که قادر به ارائه خدمات پزشکی، حمایت روانی، مشاوره و ارجاع به مراجع قانونی می‌باشند (۱۲) و با عنایت به این که تحقیقات کمی در این زمینه انجام شده است؛ مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با مشخصات زوجین در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که روی ۸۱۱ نفر از زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران انجام شد. زنانی وارد مطالعه می شدند که ایرانی بوده، ازدواج دادیم داشته باشند، حداقل در طول یک سال گذشته با همسر خود زندگی کرده باشند، در طول سال گذشته دچار استرس عاطفی (مانند فوت بستگان درجه اول) نشده باشند، وقت کافی جهت انجام مصاحبه داشته و رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کرده باشند.

نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای - تصادفی انجام شد، از آنجا که عوامل متعددی همچون وضعیت اجتماعی اقتصادی می‌تواند در شیوع خشونت خانگی مؤثر باشد برای اینکه نمونه به دست آمده نماینده جامعه مورد پژوهش (زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران) باشد تهران به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و تعداد نمونه مورد نیاز به طور مساوی از این چهار منطقه به دست آمد؛ به این صورت که در هر منطقه لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش به دست آمد، در اولین منطقه مورد بررسی (غرب تهران) تعدادی درمانگاه از طریق قرعه کشی انتخاب شدند و در سه منطقه دیگر با توجه به تعداد مراکز تحت پوشش آنها و با استفاده از نسبت تناسب، تعداد درمانگاه‌های مورد نظر مشخص شد و از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند سپس سهمیه آن منطقه به طور مساوی بین درمانگاه‌های انتخاب شده تقسیم شد و در هر درمانگاه تا تکمیل سهمیه مورد نظر، افرادی که به آن درمانگاه مراجعه می‌کردند در صورتیکه دارای خصوصیات واحدهای مورد پژوهش بودند با آنها مصاحبه به عمل می‌آمد.

نظیر سرطان سینه و رحم و تصادفات سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود (۳).

خشونت پدیده‌ای است بسیار پیچیده که می‌تواند در زمینه خانواده اشکال مختلفی به خود گیرد از قبیل خشونت علیه کودکان، خشونت علیه مردان، خشونت علیه زنان و خشونت علیه افراد مسن اما یکی از انواع متداول خشونت خانوادگی، خشونت بین همسران و به ویژه خشونت علیه زنان می‌باشد (۴) طبق شواهد دیوان عدالت ایالات متحده، زنان یازده بار بیشتر از مردان قربانی خشونت خانوادگی می‌شوند (۵)، در واقع خشونت علیه زن در خانواده متداول‌ترین شکل خشونت علیه زنان است که غالباً توسط نزدیک‌ترین افراد خانواده مانند همسر به وقوع می‌پیوندد (۶). زنان جوان‌تر، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، اعتیاد شریک جنسی، ویژگی‌های شخصیتی شریک جنسی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالاتر زن نسبت به شریک جنسی اش و اقلیت‌ها از عوامل مؤثر در میان زنان در معرض خشونت می‌باشند (۷)؛ شمس اسفندآباد و امامی پور در پژوهش خود با عنوان «بررسی میزان همسر آزاری و عوامل مؤثر بر آن» نشان دادند که بین خشونت و نابسامانی وضعیت اقتصادی و فقر رابطه وجود دارد به عقیده آنها فقر تولید تنش می‌کند و این تنش به وجود آمده می‌تواند موجب خشونت خانگی شود (۸).

صالحی و مهر علیان در بررسی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد دریافتند سطح خشونت در افرادی که طول مدت ازدواج آنها کمتر از پنج سال اولین حاملگی، سطح اقتصادی پایین و همسران بیکار و معتاد داشتند از نظر آماری قابل توجه بود ($p < 0.05$)، در مطالعه سیف ربیعی و همکاران نیز همسر آزاری در ۵۷٪ افراد سیگاری، ۷۳٪ افراد الکلی و ۱۰٪ معتادان به مواد مخدر گزارش گردید به طور یقین رابطه مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار بر شخصیت افراد یک رابطه دو جانبه و متقابل است از یک طرف سوءمصرف این مواد بر شخصیت فرد معتاد تأثیر گذاشته و از سوی دیگر افراد با انواع ویژگی‌های شخصیتی نظیر شخصیت‌های وابسته بیشتر گرایش به سوءمصرف این مواد پیدا می‌کنند و تأثیر متقابل این عوامل، زمینه ساز همسرآزاری در این گروه است (۱۰).

خشونت، پیامدهای نامطلوب بلندمدت برای بازماندگان آن به جا می‌گذارد که حتی پس از اتمام دوره خشونت نیز ادامه می‌یابد؛ وضعیت نامطلوب سلامت، کیفیت پایین زندگی و استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی - مراقبتی از عوارض خشونت می‌باشد (۱۱) خشونت علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از ضربه‌های جسمی به بهداشت روان و اعتماد به نفس زنان نیز لطمه می‌زند. همچنین یادگیری خشونت توسط فرزندان، به کارگیری آن در زندگی آینده، فرار از خانه و مدرسه، افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری، انزواطلبی، لکنت زبان و اعتیاد به مواد مخدر از دیگر تأثیرات مخرب خشونت بر سلامت نسل آینده می‌باشد (۳). از سوی دیگر کودکان با تأثیرپذیری از تجربیات زندگی خانوادگی خود می‌توانند خشونت را در جامعه انتقال دهند، این پدیده

بین دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر در تحلیل نتایج بررسی شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد و P-Value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد محدوده سنی زنان شرکت کننده ۱۷-۵۸ سال با میانگین و انحراف معیار $29/5 \pm 6/7$ ، محدوده سن زمان ازدواج آنها ۱۳-۴۰ سال با میانگین و انحراف معیار $20/3 \pm 3/6$ و مدت زمان گذشته از ازدواج ۱-۴۱ سال با میانگین و انحراف معیار $9/2 \pm 6/9$ بود؛ میانگین و انحراف معیار سن همسران و سن همسران در زمان ازدواج به ترتیب $34/7 \pm 7/4$ و $25/5 \pm 4/2$ بود. $58/9\%$ از زنان و $47/3\%$ از همسران تحصیلات متوسطه داشتند، $15/7\%$ از زنان و $19/2\%$ از همسران از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. $91/5\%$ از زنان خانه دار و تنها 1% از همسران بیکار بودند. در ارتباط با وضعیت اسکان $86/1\%$ از خانواده‌ها به صورت مستقل زندگی می‌کردند، $58/2\%$ از زنان وضعیت اقتصادی خانواده خود را تا حدی مطلوب، $36/5\%$ مطلوب و تنها $5/3\%$ وضعیت اقتصادی خانواده را نامطلوب گزارش کردند.

در ارتباط با تعداد فرزندان، اکثریت واحدهای مورد پژوهش ($49/6\%$) دارای یک فرزند بودند، 44% یک فرزند دختر داشتند و $43/3\%$ فرزند پسر نداشتند. $2/3\%$ از زنان و $4/4\%$ از همسران سابقه ازدواج قبلی داشتند که از این تعداد $68/4\%$ از زنان و $44/4\%$ از همسران از ازدواج قبلی خود فرزند داشتند و $69/2\%$ از زنان و $62/5\%$ از همسران با فرزند ازدواج قبلی خود زندگی می‌کردند. 58% از زنان شرکت کننده و $56/8\%$ از همسران قومیت فارس داشتند. $9/4\%$ از افراد مراجعه کننده باردار بودند که $51/3\%$ در سه ماه دوم بارداری به سر می‌بردند و $17/6\%$ از زنان سابقه سقط داشتند. $81/4\%$ از زنان و $84/1\%$ از همسران بیماری جسمی نداشتند؛ بنا به اظهار نظر واحدهای مورد پژوهش $13/1\%$ از زنان و $4/7\%$ از همسران بیماری روانی (اضطراب، افسردگی، وسواس و انواع نامشخص) داشتند، $55/4\%$ از زنان و $29/5\%$ از همسران به نوعی دارو مصرف می‌کردند (داروهای مسکن، داروهای تأثیرگذار بر روان، انواع نامشخص و داروهایی که به مقاصد درمانی مصرف می‌شدند). نتایج نشان داد $27/1\%$ از همسران واحدهای مورد پژوهش سیگار، $3/3\%$ الکل و $1/8\%$ مواد مخدر استعمال می‌کردند.

شیوع خشونت خانگی در این مطالعه $88/3\%$ ($90/5\%$ - $86/1\%$ CI¹)، و شیوع خشونت جسمی $25/4\%$ ($28/3\%$ - $22/4\%$ CI¹)، 95% CI¹، خشونت عاطفی $87/3\%$ ($89/5\%$ - $85/1\%$ CI¹)، 95% CI¹، و خشونت جنسی $39/1\%$ ($42/4\%$ - $35/8\%$ CI¹)، 95% CI¹ بود. شایع‌ترین و نادرترین موارد خشونت عاطفی اعمال شده به ترتیب شامل جر و بحث ($66/1\%$)، فریاد زدن ($55/7\%$)، عیب‌جویی ($52/2\%$) و

شیوع گزارش شده در مقالات مختلف و اطلاعات سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که حدود 25% از زنان در معرض خشونت جنسی قرار می‌گیرند، با توجه به اینکه یکی از اهداف این تحقیق بررسی خشونت جنسی در کنار دیگر انواع خشونت‌ها می‌باشد، با اطمینان 95% ، $p = 0/25$ و خطای $0/03$ تعداد نمونه 801 نفر تعیین شد؛ به دلیل آن که در آن مقطع زمانی امکان دسترسی به نمونه‌های واجد شرایط بیشتر بود تعداد کل نمونه‌ها 811 نفر شد و نهایتاً بررسی‌های آماری روی 811 نفر صورت گرفت (از منطقه شمال 201 نفر، منطقه جنوب 205 نفر، منطقه شرق 202 نفر و منطقه غرب 203 نفر در پژوهش شرکت کردند).

روش گردآوری داده‌ها مصاحبه منظم و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه با توجه به اهداف در دو بخش عمده تدوین گردید؛ بخش اول مشخصات دموگرافیک زن و همسر او و بخش دوم سؤالات مربوط به ارزیابی خشونت خانگی در طی سال گذشته - خشونت عاطفی 53 سؤال، خشونت جسمی 18 سؤال و خشونت جنسی 10 سؤال - بود که توسط مقیاس لیکرت پنج قسمتی (هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) مورد سنجش قرار گرفت؛ اعتبار علمی ابزار به روش روایی محتوا و پایایی آن با روش بررسی ضریب آلفا کرونباخ تأیید شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر) استفاده شد. برای تعیین میزان خشونت خانگی نسبت تعداد زنان خشونت دیده یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی یا جنسی یا عاطفی داده بودند به کل جمعیت مورد مطالعه یعنی 811 نفر محاسبه گردید، همچنین برای تعیین میزان هر کدام از انواع خشونت‌ها نسبت تعداد زنان خشونت دیده همان نوع (یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری همان نوع از خشونت را داده بودند) به کل جمعیت مورد مطالعه یعنی 811 نفر محاسبه گردید؛ بنابراین افرادی که از پرسشنامه غربالگری خشونت نمره صفر را کسب کرده بودند (یعنی به هیچکدام از سؤالات پاسخ مثبت نداده بودند) خشونت ندیده و افرادی که از پرسشنامه غربالگری خشونت نمره‌ی بالاتر از صفر را کسب کرده بودند (یعنی حداقل به یک سؤال پاسخ مثبت داده بودند) خشونت دیده تلقی می‌شدند.

جهت بررسی ارتباط خشونت خانگی با مشخصات زوجین، افراد به دو گروه خشونت دیده یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی یا جنسی یا عاطفی داده بودند - اخذ نمره بالاتر از صفر از پرسشنامه غربالگری خشونت - و خشونت ندیده یعنی افرادی که به هیچ کدام از انواع سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی و جنسی و عاطفی پاسخ مثبت نداده بودند و در نتیجه هیچ نوع خشونتی را تجربه نکرده بودند - اخذ نمره صفر از پرسشنامه غربالگری خشونت - تقسیم شده و سپس مشخصات زوجین

1- Confidence Interval (CI)

بحث

در برنامه مردم سالم (۲۰۱۰) خشونت خانگی به عنوان یک اپیدمی جهانی شناخته شده است و روش‌های سازماندهی شده برای غربالگری، درمان و پیشگیری از خشونت پیشنهاد شده است (۱۴). اگر چه نمی‌توان سوءرفتار را به طور مسلم و قطعی پیش‌بینی نمود ولی با شناسایی عوامل خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌توان اولین گام را در جهت مداخلات همه جانبه برداشت زیرا شناخت درباره علت و چگونگی وقوع خشونت بر اقداماتی که برای جلوگیری از آن صورت می‌گیرد، تأثیر می‌گذارد و لذا اقدام اساسی، شناخت عوامل زمینه ساز مرتبط با بدرفتاری است (۱۵).

شیوع خشونت در مطالعه حاضر $88/3\%$ (CI $90/5\% - 86/1\%$)، 95% و شیوع خشونت جسمی $25/4\%$ (CI $22/4\% - 28/3\%$)، 95% خشونت عاطفی $87/3\%$ (CI $85/1\% - 89/5\%$)، 95% و خشونت جنسی $39/1\%$ (CI $35/8\% - 42/4\%$)، 95% بود. در آمریکا Hourly و همکاران شیوع خشونت را 36% و شیوع نوع جسمی، جنسی و عاطفی را به ترتیب 22% ، 9% و 32% تخمین زدند (۱۶). در ژاپن Weingourt و همکاران شیوع خشونت را 67% و شیوع انواع عاطفی، جنسی و جسمی را به ترتیب 60% ، 23% و 32% عنوان کرده‌اند (۱۷) در بوسنی و هرزگوین Avdibegovic و Sinanovic شیوع خشونت را $75/9\%$ و شیوع انواع عاطفی، جسمی و جنسی را به ترتیب $69/6\%$ ، $63/2\%$ و $43/5\%$ تخمین زده‌اند (۱۸) شمس اسفند آباد و امامی پور شیوع خشونت جسمی و عاطفی را در زنان تهرانی $81/7\%$ گزارش کرده‌اند (۸) و صالحی و مهر علیان نیز در مطالعه ای مشابه روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد، شیوع همسرآزاری را $67/5\%$ و انواع جسمی، عاطفی و جنسی را به ترتیب $34/5\%$ ، $51/7\%$ و $13/8\%$ عنوان کرده‌اند (۹). به نظر پژوهشگران تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود در میان جوامع، تفاوت در مصادیق خشونت از نظر فرد، همسر، قانون و محقق، تفاوت در ابزار جمع‌آوری اطلاعات، تفاوت در مشخصات واحدهای مورد پژوهش، میزان آگاهی زنان از حقوق خود در جوامع مختلف و وجود یا عدم وجود قوانین و مراکز حمایت‌کننده از زنان می‌تواند از علل تفاوت در شیوع خشونت و انواع آن باشد.

در این مطالعه رابطه‌ای بین سن زن و همسر با خشونت دیده نشد همتی نیز در تحقیق خود در زنجان رابطه‌ای میان سن زنان و همسران با خشونت نیافت (۴). علی رغم نبود مطالعات جامع در خصوص سن زن و همسر در زمان ازدواج، یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که هم‌زمان با افزایش سن زمان ازدواج زنان و همسران از میزان خشونت نیز کاسته می‌شود. سن زمان ازدواج زن و همسر ارتباط آماری معنی‌داری با خشونت نشان داد (به ترتیب $P < 0/001$ و $P = 0/023$)؛ به طوری که در زنانی که در زمان ازدواج ۲۴ سال و یا کمتر داشتند

ازدواج مجدد بعد از زن ($0/4\%$)، بیرون ریختن وسایل شخصی یا کار از منزل ($1/5\%$)، برقراری ارتباط نزدیک با زن دیگر ($1/7\%$) بود؛ سیلی زدن ($12/7\%$)، هل دادن ($11/3\%$)، ضربه زدن ($8/9\%$)، پرتاب اشیاء ($8/4\%$) و استفاده از سلاح گرم ($0/1\%$)، قیچی کردن مو ($0/1\%$)، سوزاندن ($0/2\%$) از شایع‌ترین و نادرترین موارد خشونت جسمی بود. ارتباط جنسی بدون رضایت ($27/5\%$)، عدم اهمیت به لذت بردن زن از رابطه جنسی ($11/7\%$)، درخواست رابطه غیر معمول جنسی ($9/4\%$) و تهدید به اعمال خشونت عاطفی در صورت اجتناب از رابطه جنسی ($0/1\%$) از شایع‌ترین موارد و نادرترین مورد خشونت جنسی اعمال شده بر علیه واحدهای مورد پژوهش بود که به صورت به ندرت تا همیشه مورد پرسش قرار گرفته بود.

جهت بررسی ارتباط خشونت خانگی با مشخصات زوجین، افراد به دو گروه خشونت‌دیده یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی یا جنسی یا عاطفی داده بودند - اخذ نمره بالاتر از صفر از پرسشنامه غربالگری خشونت - (۷۱۶ نفر) و خشونت‌ندیده یعنی افرادی که به هیچ کدام از انواع سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی و جنسی و عاطفی پاسخ مثبت نداده بودند و در نتیجه هیچ نوع خشونت را تجربه نکرده بودند - اخذ نمره صفر از پرسشنامه غربالگری خشونت - (۹۵ نفر)، تقسیم شدند و سپس مشخصات زوجین بین دو گروه بررسی شد. یافته‌های مطالعه ارتباط آماری معناداری را بین برخی مشخصات زوجین با خشونت نشان داد (جدول ۱). ولی این ارتباط با سایر متغیرها معنی‌دار نبود.

جدول ۱- ارتباط برخی از مشخصات زوجین با خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

مشخصات زوجین	خشونت خانگی	نتیجه آزمون
سن زن در زمان ازدواج (۲۴ سال و کمتر)	OR ^۲ (۹۵٪ CI)	P value
سن همسر در زمان ازدواج (کمتر از ۳۰ سال)		
تحصیلات همسر (متوسطه و کمتر)		
ابتلا به بیماری روانی زن		
مصرف دارو توسط زن		
مصرف دارو توسط همسر		
مصرف سیگار توسط همسر		
سابقه سقط		

در زن و شوهر، داشتن فرزند از ازدواج قبلی زن و شوهر و زندگی با فرزند ازدواج قبلی زن و شوهر نیافت (۱۲) که نتایج مشابه مطالعه حاضر می‌باشد بنابراین نتایج این پژوهش این باور قدیمی را که داشتن سابقه ازدواج قبلی، داشتن فرزند ازدواج قبلی و زندگی با او درصد ناسازگاری و خشونت را بالا می‌برد، تأیید نکرد. در این مطالعه ارتباطی بین قومیت زن و همسر با خشونت دیده نشد؛ علی‌رغم نبود مطالعات جامع در این زمینه، به نظر پژوهشگران چون محیط پژوهش شهر تهران بوده است و تقریباً همه افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، ساکن مناطق مختلف شهر تهران بوده‌اند و زندگی در شهر بزرگی همچون تهران موجب تعدیل فرهنگ‌ها و باورهای موجود در میان اقوام و قومیت‌های مختلف شده است به همین دلیل ارتباطی میان قومیت زن و همسر با خشونت دیده نشد.

سیف ربیعی و همکاران در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری میان سابقه بیماری روانی زن و همسرآزاری یافتند؛ در عین حال آنها به این نتیجه رسیدند که ارتباط واضح آماری میان همسرآزاری و بیماری جسمی زن وجود ندارد (۱۰). کاظمی نوائی نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بین بیماری روانی همسر و وضعیت خشونت رابطه معنی‌داری وجود دارد، در صورتی که او نیز چنین ارتباطی را در مورد بیماری جسمی همسر نیافت (۱۲). در مطالعه حاضر نیز تنها ابتلا به بیماری روانی در زن و همسر با خشونت رابطه معنی‌دار نشان داد که مشابه نتایج تحقیقات فوق‌الذکر می‌باشد ($P=0/016$). بر اساس یافته‌های پژوهش مصرف دارو در زن و همسر با خشونت ارتباط معنی‌دار داشت (به ترتیب $P=0/02$ و $P=0/004$)؛ که در این رابطه Coker و همکاران نشان دادند مصرف داروهایی چون ضدافسردگی‌ها، مسکن‌ها و آرامبخش‌ها توسط زنان و مردان با خشونت جسمی و عاطفی رابطه دارد (۲۱)، در مطالعه حاضر به علت عدم اطلاع دقیق واحد‌های مورد پژوهش از نوع داروهای مصرفی، بررسی ارتباط نوع دارو با وضعیت خشونت امکان‌پذیر نشد.

در پژوهش حاضر سوءمصرف الکل و مواد مخدر توسط همسر با خشونت ارتباط معنی‌دار نداشت اما استعمال سیگار توسط همسر با خشونت رابطه داشت ($P=0/002$). Coker و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مصرف زیاد الکل توسط شریک جنسی، با تجربه خشونت در زنان و مردان مرتبط می‌باشد (۲۱)؛ علت تفاوت در نتایج می‌تواند به این علت باشد که در مطالعه آنها افرادی که حداقل ۳-۴ بار در هفته الکل می‌نوشیدند (heavy alcohol users)، بررسی شده بودند در حالی که مصرف الکل در مطالعه ما ماهیانه یا کمتر بود. کاظمی نوائی در مطالعه خود میان خشونت و مصرف دخانیات و مواد مخدر توسط همسر ارتباط معنی‌داری یافت (۱۲) که علت تفاوت در نتایج در مورد اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند به علت کم بودن افراد معتاد در مطالعه حاضر باشد. یافته‌های مطالعه نشان داد داشتن سابقه سقط با خشونت رابطه دارد ($P=0/012$) سازمان جهانی بهداشت نیز یکی از عواقب خشونت را سقط جنین می‌داند (۲۲).

به میزان $2/814$ (۹۵٪ CI, $1/659-4/772$) بیشتر از زنانی که در زمان ازدواج بیشتر از ۲۴ سال داشتند در معرض خشونت قرار داشتند و از سوی دیگر اعمال خشونت در همسرانی که در زمان ازدواج کمتر از ۳۰ سال داشتند به میزان $1/855$ (۹۵٪ CI, $1/08-3/184$) بیشتر از همسرانی بود که در زمان ازدواج ۳۰ سال و بیشتر داشتند، بنابراین می‌توان گفت بالاترین میزان خشونت در سال‌های جوانی رخ می‌دهد یعنی سال‌هایی که عدم درک صحیح از زندگی، نداشتن تجربه و توانایی کافی در حل مشکلات و اختلافات مطرح است. دپارتمان دادگستری ایالات متحده در این زمینه گزارش می‌کند: بالاترین میزان سرانه خشونت شرکای جنسی نزدیک در زنان ۱۶-۲۴ ساله دیده می‌شود (۱۹). در این مطالعه رابطه‌ای بین مدت زمان گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان و تعداد فرزندان دختر و پسر با خشونت دیده نشد؛ کاظمی نوائی نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافت (۱۲) بنابراین نتایج این مطالعه ذهنیت موجود در جامعه را که نداشتن فرزند پسر می‌تواند موجب افزایش خشونت خانگی شود را تأیید نکرد.

در این مطالعه رابطه‌ای بین تحصیلات زن و خشونت دیده نشد، Bonomi و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۰). شمس اسفندآباد و امامی‌پور در مطالعه خود بین تحصیلات همسر و همسرآزاری ارتباط معنی‌دار یافتند به طوری که میزان همسرآزاری در مردانی که بیسواد و یا زیر دیپلم بودند، به طور معنی‌داری بیش از دو گروه دیگر (دیپلم، فوق دیپلم و کارشناسی و بالاتر) بود (۸). در مطالعه حاضر نیز بین تحصیلات همسر و خشونت ارتباط معنی‌دار دیده شد ($P=0/016$)؛ به طوری که میزان اعمال خشونت در همسرانی که تحصیلات متوسطه یا کمتر داشتند به میزان $1/807$ (۹۵٪ CI, $1/113-2/934$) بیشتر از همسرانی بود که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در این مطالعه ارتباطی بین شغل زن و همسر با خشونت دیده نشد، Coker و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۱) اما صالحی و مهر علیان در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان خشونت در زنانی که شوهرانشان بیکار بودند از نظر آماری قابل توجه بوده است ($p<0/05$) (۹). علت تفاوت در نتایج دو مطالعه می‌تواند به این علت باشد که در مطالعه صالحی و مهر علیان در شهرکرد $30/7\%$ همسران واحدهای مورد پژوهش فاقد شغل مشخص و بیکار بودند، در حالی که در مطالعه حاضر میزان بیکاری در همسران واحدهای مورد پژوهش تنها 1% بود.

در این مطالعه ارتباطی بین وضعیت اقتصادی با خشونت دیده نشد. Bonomi و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تنها درآمد پایین (کمتر از ۲۵ هزار دلار در سال) با خشونت ارتباط داشت (۲۰). علت تفاوت در نتایج می‌تواند به علت تفاوت در ابزار گردآوری اطلاعات (چگونگی سنجش وضعیت مالی) باشد به طوری که در تحقیق حاضر بیشتر نظر فرد در مورد وضعیت اقتصادی مدنظر قرار گرفته شده است.

کاظمی نوائی ارتباطی میان خشونت و داشتن سابقه ازدواج قبلی

هایی برای بهبود شناسایی زنان خشونت دیده به کار بندند و اجرای تدابیر پیشگیرانه، درمانی، آموزشی و حساس سازی کارکنان بهداشتی را تضمین نمایند و برای حمایت از زنان و دختران قربانی خشونت ارتباطات بین بخشی را تقویت کنند (۲۲).

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی در این پژوهش و وجود ارتباط بین برخی از عوامل با خشونت، پیشنهاد می‌شود که غربالگری روتین زنان به ویژه زنان در معرض خطر از لحاظ مواجهه با خشونت در هر ویزیت زنان و مامایی، تنظیم خانواده، مراجعات قبل از بارداری، حین بارداری و دوران نفاس انجام شود؛ همچنین آموزش دانشجویان گروه پزشکی و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی بخصوص ماماها در خصوص اهمیت غربالگری خشونت علیه زنان و عوارض جسمی و روانی خشونت علیه زنان در کلیه سنین بخصوص سنین باروری، آموزش در خصوص شناسایی علائم جسمی و روانی قربانیان خشونت و ارائه مشاوره، اقدامات درمانی و در صورت لزوم ارجاع زنان قربانی خشونت خانگی، توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و از همه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

اگر چه سعی شد برای سنجش خشونت از ابزار معتبری استفاده شود با این حال این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله تکیه بر خود گزارش‌دهی^۲ واحدهای مورد پژوهش که امکان تورش یادآوری^۳ را به همراه دارد که ممکن است منجر به عدم افشای خشونت شود، از سوی دیگر اخذ اطلاعات از یکی از زوجین ممکن است بر درجه اعتبار یافته‌ها تأثیر گذار باشد. در این مطالعه مراجعین به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی که به عنوان یکی از مراکز مراقبتی اولیه^۴ محسوب می‌شود، مورد بررسی قرار گرفتند بنابراین در مورد تعمیم یافته‌ها به جمعیت عمومی در مورد شیوع خشونت خانگی و شیوع انواع خشونت باید دقت شود و نهایتاً تأکید می‌شود وجود ارتباط میان خشونت خانگی و برخی موارد در یک مطالعه مقطعی ضرورتاً دال بر رابطه علیتی نمی‌باشد و اثبات علیت باید از طریق مطالعات طولی انجام گیرد. محدودیت‌های این تحقیق بر اهمیت ادامه تحقیقات ملی در زمینه بررسی شیوع و پیامدهای خشونت خانگی علیه زنان در جمعیت‌های مختلف و از جمله در جمعیت عمومی تأکید می‌کند.

با توجه به نتایج پژوهش و با در نظر گرفتن نقش شناسایی و تشخیص دقیق در پیشگیری، درمان و مقابله با اثرات بلند مدت و کوتاه مدت خشونت بر زنان و همچنین با آگاهی از اهمیت نقش پرسنل تیم پزشکی در شناسایی افراد در معرض خطر و راهنمایی و ارجاع آنان برای دریافت خدمات مناسب، غربالگری روتین زنان از لحاظ مواجهه با خشونت لازم و ضروری می‌باشد. در این زمینه سازمان جهانی بهداشت به مدیران بهداشتی توصیه می‌کند: منابع بیشتری جهت جمع‌آوری اطلاعات پیرامون خشونت علیه زنان اختصاص دهند، دستورالعمل

References

- 1- Molavardi Sh, khatiblou F, Ashtari B, Tabatabai H, Shaeri M, Shadlou Sh, et al. Encounter with violence against women in Islamic countries. Tehran: Hogogdan and Daneshnegar Publications; 2006. 12. [Persian]
- 2- Molavardi Sh. Dissection violence against women. Tehran: Hogogdan and Daneshnegar Publications; 2006. 41. [Persian]
- 3- Saberian M, Atashnafs E, Behnam B, Hagigat Sh. A survey on affecting factors on domestic violence and encounter methods with it in women who came to health care centers in Semnan (2003). J of Forensic Medicine. 2004; 33: 30-34. [Persian]
- 4- Hemati R. A survey on prevalence wife battering and affecting factors in region Slamabad of Zanjan (2003). J of Zanjan University of Medical Sciences. 2005; 13(50): 36-43. [Persian]
- 5- Kar M. Research about violence against women in Iran. Tehran: Roshangaran and Motaleat zanan Publications; 2000. 15. [Persian]
- 6- Bakhtiari A, Omidbakhsh N. A survey on causes and consequences of violence against women in family in attenders to forensic medicine centers of Babol. J of Forensic Medicine. 2003; 31: 127-31. [Persian]
- 7- Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. Issues In Mental Health Nursing. 2000; 21: 499-513
- 8- Shamshefandabad H, Emamipour S. A survey on

3- self report

4- recall bias

5- Primary care setting

- prevalence wife battering and affecting factors. *J of Women Research*. 2003; 5(1): 59-82. [Persian].
- 9- Salehi Sh, Mehreolyan H. A survey on prevalence and type of domestic violence in pregnant women who came to health care centers in Shahrekord (2003). *J of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2006; 2(8): 72-77. [Persian]
- 10- Seiferabiee M, Ramezani-tehrani F, Hatmi Z. wife battering and affecting factors. *J of Women Research*. 2002; 4: 5-25. [Persian]
- 11- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002; 359: 1331-36.
- 12- Kazemienavai F. A survey on prevalence, causes and outcomes of domestic violence against pregnant women in hospitals of Tehran medical universities (2004). [dissertation]. Tehran: faculty of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2005. [Persian]
- 13- Pourreza A, Mosavi P. Violence against women. Tehran: Iranban Publications; 2003. 9-11. [Persian]
- 14- Schuiling KD, Ilik FE. Women's gynecologic health. Sudbury: Joes and Bartlett Publishers; 2006. 298.
- 15- Inanlou M, Hagdost F, Mashayekhi F, Haggani H. couple's characteristics and relationship with type and severity wife battering in women. *Fasnameh Nursing of Iran*. 2000; 26: 57-65. [Persian]
- 16- Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med*. 2006; 24: 444-50.
- 17- Weingourt R, Maruyama T, Sawada I, Yoshino J. Domestic violence and women's mental health in Japan. *Inter Nurs Rev*. 2001; 48: 102-8.
- 18- Avdibegovic E, Sinanovic D. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006; 47: 730-41.
- 19- Ghazi Jahani B. in translation: Williams Obstetrics, Cunningham FG, et al. (authors). Tehran: Golban Medical Publications; 2006. 1158. [Persian].
- 20- Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*. 2006; 30(6): 458-66.
- 21- Coker AL, Daris KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM and et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002; 23(4): 260-68.
- 22- Rafieefar Sh, Parsinia S. in translation: Violence against women, World Health Organization (author). Tehran: Tandis Publications; 2001. 86. [Persian]