

تحقیقی

شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس

دکتر فیروزه درخشانپور^۱، دکتر حمیدرضا محبوبی*^۲، دکتر ساحل کشاورزی^۳

۱- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۲- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و دانشجوی روانشناسی، دانشگاه پیام نور. ۳- پزشک عمومی.

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی متداول‌ترین نوع خشونت علیه زنان است که اثر منفی بر سلامت روان مادران، کودکان، خانواده و اجتماع دارد. این مطالعه به منظور تعیین شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- مقطعی روی ۵۰۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس انجام شد. اعمال خشونت، محدودیت و صدمات جسمی از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: ۶۰٪ نفر (۹۲ درصد) از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند. میانگین سنی زنان $33/8 \pm 1/64$ سال و میانگین مدت ازدواج آنان $10/53 \pm 7/83$ سال بود. ۳۸۹ نفر (۷۷/۸ درصد) خانه‌دار و ۱۰۲ نفر (۲۰/۴ درصد) کارمند بودند و ۹ نفر (۱/۸ درصد) شغل آزاد داشتند. ۱۴ نفر (۲/۸ درصد) سابقه اعتیاد را ذکر نمودند. شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت روانی (۵۴ درصد) بود و خشونت کلامی، فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱ درصد، ۲۴/۸ درصد و ۶/۸ درصد در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. دو عامل مهم اثرگذار بر خشونت خانگی سطح تحصیلات و اعتیاد در خانواده بود.

نتیجه‌گیری: خشونت روانی فراوان‌ترین نوع خشونت خانگی بود و با سطح تحصیلات و اعتیاد مرتبط بود.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی، زن، شیوع، سن، شغل

* نویسنده مسؤول: دکتر حمیدرضا محبوبی، پست الکترونیکی hamidrezamahboobi@yahoo.com

نشانی: بندرعباس، بیمارستان شهید محمدی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، تلفن و نمابر ۳۳۴۶۹۹۴-۰۷۱۱

وصول مقاله: ۹۱/۹/۲۶، اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۱۹، پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۱۸

مقدمه

خشونت خانگی یک مشکل عمده اجتماعی است و به آزار یکی از اعضای خانواده (اغلب آزار زنان) اطلاق می‌گردد که باعث صدمه و یا درد وی گردد و معمولاً به سه شکل فیزیکی، روانی و جنسی مشاهده می‌شود (۱). خشونت خانگی یکی از مسائل جدی بهداشتی است که در کشورهای مختلف شیوع متفاوتی از آن گزارش شده که می‌تواند به دلیل تاثیر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مختلف بر آن باشد (۲).

مطالعات مختلف در ایران و جهان آمارهای متفاوتی را از شیوع خشونت خانگی و انواع مختلف آن ارائه می‌دهند (۳-۸). در مطالعه انجام شده در تهران ۱۳ درصد شکستگی‌های فک و صورت در زنان به علت خشونت خانگی رخ داده بود (۷). در مطالعه‌ای در خوزستان میزان شیوع خشونت خانگی ۲۰/۲ درصد تعیین گردید. به طوری که خشونت روانی ۴۱ درصد، خشونت جنسی ۱۰/۹ درصد و هر نوع خشونت ۴۷/۳ درصد گزارش شد (۸).

در سایر کشورها نیز شیوع خشونت خانگی علیه زنان بالا گزارش شده است. به طوری که در اسلونی خشونت فیزیکی و روانی شیوع ۱۷/۹ درصدی داشته است (۳). در هند نیز خشونت روانی، فیزیکی، فیزیکی شدید و جنسی زنان به ترتیب ۱۴ درصد، ۳۱ درصد، ۱۰ درصد و ۸ درصد گزارش شده است (۴). در مطالعه دیگری در شرق هند، شیوع خشونت خانگی در زنان به صورت فیزیکی، روانی، جنسی و سایر انواع آن به ترتیب ۱۶ درصد، ۵۲ درصد، ۲۵ درصد و ۵۶ درصد گزارش گردیده است (۵).

عوامل مختلفی نظیر فقر (۴)، اعتیاد (۶)، اختلالات روانپزشکی (۹)، جنسیت زن (۱۰) و اعتیاد به الکل و مواد مخدر (۱۱) در بروز خشونت خانگی موثر دانسته شده است. تمامی خشونت‌های کلامی، فیزیکی و مالی با وضعیت اقتصادی در ارتباط است و در طبقه کارگر و با وضعیت اقتصادی پایین‌تر شایع‌تر است (۱۱). از جمله دیگر عوامل موثر در بروز خشونت خانگی می‌توان به تحصیلات پایین، منزل اجاره‌ای و زندگی با همسر بیکار و معتاد به

و میانگین مدت ازدواج آنان $7/83 \pm 10/53$ سال بود. ویژگی جمعیت شناختی زنان مورد مطالعه و همسران آنان در جدول یک آمده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی زنان و همسر آنها

تعداد (درصد)			
شغل زن	خانه دار شغل	۳۸۹ (۷۷/۸) ۱۱۱ (۲۱/۲)	
شغل شوهر	کارمند شغل آزاد	۲۶۳ (۵۲/۶) ۲۳۷ (۴۷/۲)	
رضایت از وضعیت مالی	ناراضی راضی	۲۶۴ (۵۲/۸) ۲۳۶ (۴۷/۲)	
وضعیت اعتیاد	اعتیاد در شوهر اعتیاد در زن	۷۸ (۱۵/۶) ۱۴ (۲/۸)	
وضعیت تاهل	متاهل مطلقه فوت شوهر	۴۶۵ (۹۳) ۲۳ (۴/۶) ۱۲ (۲/۴)	
تحصیلات زن	دیپلم راهنمایی فوق دیپلم و بالاتر پیسواد و ابتدایی	۲۱۳ (۴۲/۶) ۱۱۱ (۲۲/۲) ۱۰۰ (۲۰) ۷۶ (۱۵/۲)	
تحصیلات شوهر	فوق دیپلم دیپلم راهنمایی پیسواد و ابتدایی	۲۲۰ (۴۴) ۱۷۲ (۳۴/۴) ۷۴ (۱۴/۸) ۷۲ (۶/۸)	
سابقه خشونت خانگی	کتک از پدر در کودکی شاهد کتک خوردن مادر	۲۶۴ (۵۲/۸) ۶۹ (۵۳/۶)	
وضعیت ازدواج	خواسته ناخواسته	۴۶۱ (۹۲/۲) ۳۹ (۷/۸)	

۴۶۰ نفر (۹۲ درصد) از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند. خشونت مردان علیه زنان حداقل به یکی از صورت های روانی، کلامی، جسمی، فیزیکی، جنسی، تهدید و محدودیت های مختلف اعمال شده بود. تنها ۴۰ نفر (۸ درصد) از زنان مورد مطالعه هیچگونه اعمال خشونت را ذکر نکردند.

بیشترین خشونت از نوع روانی (۵۴ درصد) بود. به طوری که توسط شوهر خود مورد تحقیر (۴۷/۸ درصد در تنهایی و ۱۰/۴ درصد در حضور سایرین) قرار گرفته بودند (جدول ۲). بیشترین تهدید از سوی مردان به صورت تهدید روانی (۲۱/۸ درصد) بود و تهدیدهای بعدی به صورت جسمی (۲۰/۶ درصد)، تهدید نسبت به دیگران (۱۸/۲ درصد)، تهدید به مرگ (۱۷/۸ درصد)، تهدید نسبت به اعضای خانواده (۱۶/۸ درصد) و تهدید به جدایی (۱۶/۶ درصد) در مراحل بعدی قرار داشت (جدول ۲).

خشونت کلامی، خشونت جسمی و خشونت جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱ درصد، ۲۴/۸ درصد و ۶/۸ درصد در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول ۲).

الکل اشاره کرد (۱۲). همچنین نازایی و نداشتن فرزند پسر از جمله دیگر علل خشونت خانگی ذکر شده اند (۱۳). شیوع خشونت خانگی در زنان نازا در ایران نیز بسیار بالا (۶۱/۸ درصد) است (۶).

خشونت خانگی بیش از بیماری هایی نظیر سرطان پستان، سرطان رحم و تصادفات سبب از بین رفتن سلامت زنان ۴۴-۱۵ ساله می شود (۱۴ و ۱۵). میزان علایم افسردگی و خودکشی در زنانی که دچار خشونت خانگی هستند؛ بیش از سایرین است (۱۶ و ۱۷). این مطالعه به منظور تعیین شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۵۰۰ زن مراجعه کننده به عنوان بیمار یا همراه بیمار به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس طی سال های ۸۷-۱۳۸۶ به روش نمونه گیری آسان انجام شد. بیمارستان شهید محمدی بزرگ ترین بیمارستان آموزشی در بندرعباس و استان هرمزگان است و بیماران آن از مناطق مختلف استان ارجاع می گردند.

پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه به صورت محقق ساخته و با توجه به مطالعات مشابه (۸ و ۹) تهیه گردید. روایی آن با استفاده از نظرات دو روانپزشک و یک متخصص آمار و یک نفر آشنا به روش تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد پس از دو هفته استفاده گردید که روی ۵۰ نفر انجام شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ حاصل شد. نظرات این افراد درباره واضح تر شدن برخی پرسش ها نیز اعمال گردید. این افراد وارد مطالعه نهایی نشدند.

پرسشنامه نهایی شامل مشخصات دموگرافیک و پرسش های مربوط به خشونت خانگی بود. خشونت خانگی به دو نوع جسمی (کتک خوردن، سوختگی و خشونت جنسی) و غیرجسمی (تهدید، محدودسازی و پرخاشگری) تقسیم شد. محدودیت ها شامل محدودیت رفت و آمد، غذا و پوشاک و محدودیت مالی بود. برای ارزیابی اثر عوامل مختلف در بروز خشونت علیه زنان اعتیاد، تحصیلات و رضایت مالی مورد بررسی قرار گرفتند.

شرکت افراد در تحقیق داوطلبانه بود و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات مندرج در پرسشنامه محرمانه باقی خواهد ماند و رضایت آگاهانه از افراد شرکت کننده در مطالعه اخذ شد.

داده ها پس از جمع آوری و دسته بندی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-13 و روش های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و آزمون کای اسکور بررسی شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی زنان $33/80 \pm 8/64$ سال و مردان $37/26 \pm 9/53$ سال

($P < 0/05$) و شوهران معتاد بیش از بقیه تهدیدهای خود را عملی کرده بودند ($P < 0/001$). زنان با شوهر معتاد بیش از دیگران درخواست طلاق داده بودند ($P < 0/05$).

زنان با سطح تحصیلات ابتدایی، بیش از سایرین در معرض خشونت جسمی، تهدید به مرگ، تهدید روحی، محدودیت از نظر غذا و پوشاک و محدودیت مالی قرار داشتند ($P < 0/05$). ارتباط جنسی با شوهر بر خلاف میل در زنان با تحصیلات دیپلم و زنان با همسرانی که تحصیلات در سطح ابتدایی داشتند؛ بیش از سایرین بود ($P < 0/05$). زنان با همسران دارای تحصیلات ابتدایی، بیش از سایرین مورد تهدید قرار گرفته بودند و بین خشونت جسمی و محدود شدن از نظر غذا و پوشاک رابطه مستقیم و معنی دار آماری یافت شد ($P < 0/05$). بین تحصیلات همسر و درخواست طلاق رابطه آماری معنی داری وجود داشت و زنان با تحصیلات کمتر بیشتر درخواست طلاق داده بودند ($P < 0/05$).

در افرادی که از وضعیت مالی خود ناراضی بودند؛ ارتباط جنسی با اعمال خشونت شدید بیشتر بود ($P < 0/009$). بین رضایت زن از وضعیت مالی و سابقه سوختگی با سیگار، آب جوش، زغال و اتو رابطه آماری معنی دار نبود.

از میان زنان مورد مطالعه، ۳۲ نفر (۶۴ درصد) درخواست طلاق داده بودند و ۵۲ نفر (۱۰۴ درصد) بر علیه شوهر اعمال خشونت کرده بودند و ۲۵۰ نفر (۵۰ درصد) اظهار داشتند که به هیچوجه خشونت شوهرانشان را تحمل نمی کنند. ۱۳۳ نفر (۲۶/۶ درصد) اظهار داشتند که علی رغم سخت بودن خشونت شوهر، آن را تحمل می کنند. ۳۹ نفر (۷/۸ درصد) اظهار داشتند که تحمل خشونت شوهر را ندارند و چاره دیگری به غیر تحمل ندارند. ۳۲ نفر (۶/۸ درصد) اظهار داشتند که به خشونت های شوهر عادت کرده اند. ۲۸ نفر (۵/۶ درصد) اعتقاد داشتند که شوهرشان تا حدی حق دارد که نسبت به آنها خشونت داشته باشد. ۱۷ نفر (۳/۴ درصد) خشونت شوهرشان را دوست داشتند و یک نفر (۰/۲ درصد) اظهار داشت کاری می کند که شوهرش او را کتک بزند.

بحث

در این مطالعه خشونت خانگی اعمال شده روی زنان ۹۲ درصد تعیین شد که بسیار بالاتر از آمارهای جهانی است. این میزان در ایالات متحده ۲۲-۸ درصد (۱۸)، در استرالیا ۲۸ درصد (۱۹) و در چین ۴۳ درصد (۲۰) گزارش شده است.

شیوع خشونت در دوره بارداری در مطالعه شمسی و بیانی در اراک ۳۴/۵ درصد (۲۱) و در مطالعه قهاری و همکاران در تهران ۸۵/۴ درصد (۲۲) تعیین شد. در مطالعه طاهرخانی و همکاران شیوع خشونت خانگی ۸۸/۳ درصد، خشونت روانی ۸۷/۳ درصد، خشونت جسمی ۲۵/۴ درصد و خشونت جنسی ۳۹/۱ درصد گزارش شده

جدول ۲: وضعیت انواع خشونت علیه زنان

تعداد (درصد)			
۲۷۰ (۵۴)	خشونت روانی		
۱۵۵ (۳۱)	خشونت کلامی	نوع	
۱۲۴ (۲۴/۸)	خشونت فیزیکی	خشونت	
۳۴ (۶/۸)	خشونت جنسی		
۱۶۱ (۴۶/۱۳)	رفت و آمد		
۱۲۰ (۳۳/۳۸)	پول	محدودیت	
۸۶ (۱۹/۶۵)	غذا و پوشاک		
۸۴ (۲۷/۹)	کبودی و خونریزی		
۵۱ (۸/۷۲)	شکستگی سر		
۴۳ (۱۹/۶۷)	دست	صدمات	
۳۷ (۲۱/۱۵)	بدن	جسمی	
۲۹ (۱۶/۶۸)	پا		
۹ (۵/۲۳)	از هوش رفتن		
۴۱۲ (۷۱/۶۲)	کتک خوردن	خشونت	
۶۱ (۹/۱۹)	سوختگی	جسمی	
۴۳ (۱۹/۵۴)	خشونت جنسی		
۱۰۲ (۳۰)	تهدید	خشونت	
۷۰ (۲۰/۸۵)	پر خاشگیری	غیر جسمی	
۱۳ (۱۹/۱)	محدودسازی		
۹ (۳۲/۱۴)	سیگار		
۹ (۳۲/۱۴)	ذغال	سوختگی	
۸ (۲۸/۵۷)	آب جوش		
۲ (۷/۱۴)	اتو		

زنان معتاد نسبت به دیگران بیشتر مورد تهدید قرار گرفته بودند ($P < 0/027$) و تهدیدها در این گروه بیش از بقیه عملی شده بود ($P < 0/047$).

سابقه سوختگی با سیگار توسط شوهر در زنان معتاد به طور معنی داری بیش از زنان غیر معتاد بود ($P < 0/023$). بین معتاد بودن زن و سابقه سوختگی با ذغال یا اتو رابطه آماری معنی داری یافت نشد. بین اعتیاد شوهر و سابقه سوختگی با سیگار ارتباط مستقیم و معنی داری یافت شد ($P < 0/006$). تعداد دفعات ارتباط جنسی بر خلاف میل طی ۶ ماه گذشته با اعتیاد زن رابطه ای نداشت؛ اما با معتاد بودن شوهران رابطه آماری معنی داری نشان داد ($P < 0/001$). زنانی با شوهر معتاد بیش از دیگران به ارتباط جنسی با همسر بر خلاف میل مجبور شده بودند ($P < 0/001$). همچنین در این گروه ارتباط جنسی با اعمال خشونت شدید بیش از دیگران بود ($P < 0/026$). زنان با شوهر معتاد بیش از بقیه مورد فحاشی و اهانت قرار گرفته بودند ($P < 0/048$) و بیش از بقیه در حضور دیگران ($P < 0/001$) و فرزندانشان ($P < 0/042$) تحقیر شده بودند. همچنین این افراد بیش از دیگران مورد پر خاشگیری جسمی ($P < 0/042$) و روحی ($P < 0/027$) قرار گرفته بودند. تهدید به جدایی، تهدید نسبت به دیگران، تهدید نسبت به اعضای خانواده یا کودکان، تهدیدهای جسمی و روحی و همچنین محدودیت از نظر رفت و آمد، غذا و پوشاک و از لحاظ مالی در زنان با شوهر معتاد بیش از بقیه بود

است (۲۳).

نریمانی و آقامحمدیان در اردبیل (۲۴) و هاشمی نسب در سنجند (۳۱) میزان خشونت خانگی با بالا رفتن میزان تحصیلات زنان کاهش معنی داری یافت. سطح تحصیلات نه تنها می تواند نشانگر سطح فرهنگی و اجتماعی خانواده باشد؛ بلکه می تواند بیانگر تاثیر آن بر وضعیت اقتصادی نیز باشد.

در مطالعه ما عدم رضایت مالی در بروز خشونت علیه زنان موثر بود. در دیگر مطالعات نیز میزان درآمد پایین خانواده سبب افزایش خشونت در خانواده شده است (۳۲ و ۳۳). مشکلات اقتصادی باعث افزایش استرس و تنش های ناشی از آن می شود. فشار مزمن در طولانی مدت باعث کاهش سطح تحمل و پرخاشگری در افراد می گردد (۳۲ و ۳۴).

از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم همکاری مناسب زنان به دلیل خجالت و ترس از افشای پرسشنامه تکمیل شده؛ اشاره نمود. از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر نمونه گیری از یک بیمارستان بود که به علت موانع انجام مطالعه در بیمارستان های غیر آموزشی و مرجع بودن بیمارستان مورد مطالعه قابل توجه است. انجام مطالعات گسترده تر در این زمینه روی دیگر زنان توصیه می گردد.

آموزش مهارت های زندگی از سال های قبل از ازدواج نظیر کنترل خشم، ارتباط مناسب و حل مسأله می تواند از خشونت خانگی علیه زنان پیشگیری نماید. افزایش آگاهی اجتماعی در مورد انواع خشونت خانگی و اثرات آن بر سلامت خانواده و کودکان می تواند بر کاهش انواع دیگر خشونت اثر گذار باشد. اقدامات آموزشی در زمان مشاوره ازدواج در مراجعات به مراکز بهداشتی از اقدامات مناسب دیگر در این زمینه است. از محدودیت این مطالعه نمونه گیری از یک بیمارستان است که نمی توان نتایج را به کل جامعه تعمیم داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در بندرعباس خشونت روانی فراوان ترین نوع خشونت خانگی بوده و با سطح تحصیلات و اعتیاد ارتباط داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم ساحل کشاورزی برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بود.

References

1. Gyuse AN, Ushie AP, Etukidem A. Prevalence of domestic violence among antenatal women attending a Nigerian hospital. Niger J Med. 2009 Oct-Dec;18(4):375-9.
2. Klap R, Tang L, Wells K, Starks SL, Rodriguez M. Screening for domestic violence among adult women in the United States. Gen Intern Med. 2007 May;22(5):579-84.

شایع ترین نوع خشونت در مطالعه حاضر خشونت روانی و سپس خشونت کلامی و فیزیکی بود که همسو با دیگر مطالعات (۲۴ و ۲۵) است. در مطالعه نریمانی و آقامحمدیان در اردبیل خشونت روانی در ۵۵/۷ درصد از خانواده ها مشاهده شد و در مرحله دوم خشونت اجتماعی قرار داشت. به طوری که ۳۲ درصد از افراد مورد مطالعه، این نوع خشونت را ذکر نمودند. خشونت فیزیکی با ۲۸/۵ درصد در مرحله بعدی قرار داشت و در آخر خشونت جنسی (۱۲/۵ درصد) گزارش شد (۲۴). در مطالعه قهاری و همکاران در تهران بدرفتاری جسمی ۳۱/۵ درصد و بدرفتاری جنسی ۳۰/۴ درصد گزارش گردید (۲۲). در مطالعه ملک افصلی و همکاران در اصفهان در بین خشونت های اعلام شده بیشترین فراوانی مربوط به خشونت های کلامی و روانی بود و خشونت های جنسی و اقتصادی در مراحل بعدی قرار داشتند. همچنین کمترین فراوانی در مورد خشونت های فیزیکی گزارش شده بود (۲۵). این آمارهای بالا را باید در کنار این حقیقت در نظر گرفت که به دلیل خصوصی بودن اطلاعات مربوط به خشونت خانگی آمار دقیقی از شیوع آن وجود ندارد. حتی در بسیاری موارد توسط پزشکان شاغل در اورژانس نیز شناسایی نمی شود (۲۶). زنان سال ها چنین مشکلاتی را تحمل می کنند و درباره آن با کسی صحبت نمی کنند. لذا به نظر می رسد میزان واقعی خشونت علیه زنان در بسیاری از موارد پنهان می ماند. عواملی مثل از دست دادن فرزند، ترس از آبرو و عدم آگاهی از شایع ترین دلایل عدم افشای خشونت است (۲۷).

در مطالعه حاضر سطح تحصیلات طرفین و همچنین اعتیاد شوهر از مهم ترین عوامل موثر در خشونت خانگی بود که با مطالعاتی همخوانی دارد (۱۹ و ۳۰-۲۸).

در اکثر مطالعات اعتیاد در مردان یک عامل مهم آزار زنان است (۳۱). در مطالعه حاضر نیز انواع رفتارهای آزاردهنده در زنانی با همسر معتاد دیده شد.

تحصیلات می تواند یک عامل مهم حفاظتی باشد. در اکثر مطالعات میزان آزار زنان در آنانی که تحصیلات بالاتری داشتند؛ کمتر از زنان با تحصیلات پایین بود. در مطالعه ملک افصلی و همکاران در اصفهان بیشترین خشونت در بین خانواده هایی که سطح تحصیلات نهضت و ابتدایی داشتند؛ گزارش شد و نشان داده شد که با افزایش سواد زن و مرد میزان آن کاهش می یابد (۲۵). در مطالعه

3. Kopcavar Gucek N, Svab I, Selic P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). Croat Med J. 2011 Dec;52(6):728-34.
4. Dalal K, Lindqvist K. A national study of the prevalence and correlates of domestic violence among women in India. Asia Pac J Public Health. 2012 Mar;24(2):265-77.

5. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009 May;9:129.
6. Ardabilly HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Jan; 112(1):15-7.
7. Hashemi HM, Beshkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence--a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dent Traumatol*. 2011 Oct;27(5):385-8.
8. Nouhjah S, Latifi SM, Haghghi M, Eatesam H, Fatholahifar A, Zaman N, et al. [Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province]. *Behbood*. 2001; 15(4): 278-86. [Article in Persian]
9. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med*. 2010 Jun; 40(6):881-93.
10. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health*. 2011 Aug;11:621.
11. Nagassar RP, Rawlins JM, Sampson NR, Zackerali J, Chankadyal K, Ramasir C, et al. The prevalence of domestic violence within different socio-economic classes in Central Trinidad. *West Indian Med J*. 2010 Jan;59(1):20-5.
12. Oyunbileg S, Sumberzul N, Udval N, Wang JD, Janes CR. Prevalence and risk factors of domestic violence among Mongolian Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Nov;18(11):1873-80.
13. Ali TS, Bustamante-Gavino I. Prevalence of and reasons for domestic violence among women from low socioeconomic communities of Karachi. *East Mediterr Health J*. 2007 Nov-Dec; 13(6):1417-26.
14. Peek-Asa C, Wallis A, Harland K, Beyer K, Dickey P, Saftlas A. Rural disparity in domestic violence prevalence and access to resources. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Nov;20(11):1743-9.
15. Farrookh Eslamlo HR, Boshelhi B. [Partner violence and some related factors in attending medical legal center in Urmia city 2004]. *Urmia Medical Journal*. 2007; 18(3): 554-61. [Article in Persian]
16. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E, Mohammadi A. [Evaluating mental health of spouse abused women]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007; 8(4):58-63. [Article in Persian]
17. Cengiz Özyurt B, Deveci A. [The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011; 22(1):10-6. [Article in Turkish]
18. Wilt S, Olson S. Prevalence of domestic violence in the United States. *J Am Med Womens Assoc*. 1996 May-Jul;51(3):77-82.
19. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust*. 1996 Jan;164(1):14-7.
20. Xu X, Zhu F, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell J. Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *Am J Public Health*. 2005 Jan;95(1):78-85.
21. Shamsi M, Bayati A. [Frequency and severity of domestic violence in pregnant women]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2012;13(4): 67-75. [Article in Persian]
22. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E, Mohammadi A. [Evaluating mental health of spouse abused women]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007; 8(4): 58-63. [Article in Persian]
23. Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women. *SJFM*. 2010; 16(2): 95-106. [Article in Persian]
24. Narimani M, Aghamohammadian HR. [A study of the extent of men's violence against women and its related variables among families inhabited in Ardabil city]. *J Fundam Ment Health*. 2005-2006; 9(27-28): 107-13. [Article in Persian]
25. Malekafzali H, Mehdizadeh M, Zamani AR, Farajzadegan Z. [Surveying domestic violence against women in Isfahan in 2003]. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2004;14(2):63-67. [Article in Persian]
26. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Sep; 78(Suppl 1): S5-14.
27. Khosravizadegan F, Azizi F, Khosravizadegan Z, Morvaridi M. [Study the demographic and psychology factors of domestic aggression against women in Bushehr Province]. *Teb-e-Jonoub*. 2007;10(1):75-81. [Article in Persian]
28. Azizian R, Saroukhani B, Mahmodi M. [Violence against women: a study of underlying factors in Tehran Forensic Center 2001]. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2004;2(3):37-48. [Article in Persian]
29. Moghaddam Hosseini V, Asadi ZS, Akaberi A, Hashemian M. Intimate partner violence in the eastern part of Iran: a path analysis of risk factors. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Aug;34(8):619-25.
30. Balali Meybodi F, Hassani M. [Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009;15(3):300-7. [Article in Persian]
31. Hasheminasab L. [Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals]. *SJKU*. 2007; 11(4):32-41. [Article in Persian]
32. Ansari H, Noroozi M, Yadegari MA, Javaheri M, Ansari S. [Physical, mental and sexual abuse among the married women in south eastern Iran, 2009]. *Hormozgan Med J*. 2013;16(6):491-9. [Article in Persian]
33. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. [Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health]. *Pajoohandeh*. 2012; 16(6):277-83. [Article in Persian]
34. Hemati R. [Frequency of spouse abuse and its contributory factors in islam abad, zanzan, 2003]. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2005;12(50):36-43. [Article in Persian]

Original Paper

Prevalence of domestic violence against women

Derakhshanpour F (M.D)¹, Mahboobi HR (M.D)^{*2}, Keshavarzi S (M.D)³

¹Assistant Professor, Department of Psychiatry, Golestan Psychiatry Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ²General Physician, Infectious and Tropical Diseases Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran - Payame Noor University, Tehran, Iran. ³General Physician.

Abstract

Background and Objective: Domestic violence is the most common against women with negative effect on mother's health, family, children and society. This study was performed to determine the prevalence of domestic violence against women in Bandar Abbas, Iran.

Methods: This descriptive cross - sectional study was conducted on 500 women referred to Shahid Mohammadi hospital in Bandar Abbas, Southern Iran. Violence and physical injuries were recorded for each woman using a questionnaire.

Results: Domestic violence was reported in 460 (92 %) women. The mean age of women was 33.80 ± 8.64 years. The mean years of marriage were 10.53 ± 7.83 years. 389 (77.8%), 102 (20.4%) and 9 (1.8%) of women were housewife, employee and self employee, respectively. 14 (2.8%) women had addiction background. The most common type of violence against women was psychological (54%), followed by verbal (31%), physical (24.8%) and sexual (6.8%). Level of education and addiction in the families were the main factors in domestic violence.

Conclusion: Psychological violence is the most common type of domestic violence and it is related to the level of education and addiction in the families.

Keywords: Domestic violence, Women, Prevalence, Age, Employee

* Corresponding Author: Mahboobi HR (M.D), E-mail: hamidrezamahboobi@yahoo.com

Received 16 December 2012 Revised 10 September 2013 Accepted 9 November 2013