

بررسی میزان انواع خشونت خانگی و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار منطقه کلاله در سال ۱۳۹۳

عابد نوری^۱، دکتر اکرم ثناگو^{۲*}، دکتر لیلا جویباری^۳، مریم عظیمی^۴

۱. کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، واحد توسعه و گسترش بهداشت خانواده، مرکز بهداشت شهرستان کلاله، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دانشیار گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. دانشیار گروه پرستاری کودک و خانواده، مرکز تحقیقاتی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. کارشناسی ارشد پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۳

خلاصه

مقدمه: خشونت علیه زنان یک پدیده جهانی است که بر سلامت و بهداشت روانی خانواده و جامعه تأثیر منفی می‌گذارد و عواقبی نظیر افزایش هزینه مراقبت بهداشتی، کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی اجتماعی و بهداشتی می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان انواع خشونت خانگی و عوامل مرتبط با آن در مادران باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۳۶۸ مادر باردار منطقه کلاله انجام شد. گردآوری اطلاعات به روش نمونه‌گیری ساده با استفاده از پرسشنامه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی کای دو، آزمون تی مستقل، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته‌ها: ۳۱۲ نفر (۸۴/۷۸٪) از مادران باردار به اشکال مختلف مورد خشونت قرار گرفته بودند. شایع‌ترین نوع خشونت علیه مادران باردار، عاطفی (۴۹/۱۸٪) بود و ۷۸ نفر (۲۱/۲۰٪) از زنان از خشونت جسمی و ۵۳ نفر (۱۴/۴۰٪) از خشونت جنسی شکایت داشتند. همچنین با افزایش تحصیلات خشونت علیه مادران کاهش پیدا کرد. بین خشونت خانگی و مصرف سیگار و عدم اشتغال همسر رابطه معناداری مشاهده شد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای خشونت، انجام غربالگری خشونت در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی توصیه می‌شود، همچنین آموزش مهارت‌های زندگی و ترویج فرهنگ مشاوره در بین زوجین نیز اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلمات کلیدی: بارداری، خشونت خانگی، زنان، کلاله

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر اکرم ثناگو؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. تلفن:

۰۹۱۱۲۷۰۳۹۷۸؛ پست الکترونیک: sanagoo@goums.ac.ir

مقدمه

خشونت در خانواده، از جمله مسائل اجتماعی حاد به شمار می‌رود که در سطح تمام مناطق جغرافیایی و گروه‌های دینی و نژادی و سطوح تحصیلی، شغلی، اقتصادی و اجتماعی مشاهده می‌شود (۱). اگرچه زن آزاری سابقه طولانی دارد، ولی از سال ۱۹۷۰ در آمریکا به آن دسته از زنانی که با شکایت همسرآزاری مراجعه کردند، توجه خاصی شد و اهمیت آن به اطلاع عموم رسانده شد. در جهان امروز خشونت نسبت به زنان یکی از مسائل بزرگ بهداشت عمومی به حساب می‌آید و در طی دهه‌های اخیر به صورت پدیده‌ای همه‌گیر درآمده است. همچنین همسرآزاری خود زمینه‌ساز مشکلات بهداشتی دیگری است؛ به طوری که زنان مورد ضرب و شتم قرار گرفته ۴-۵ برابر بیشتر از زنان دیگر به درمان‌های روانی نیاز پیدا می‌کنند (۲، ۳). خشونت خانگی شامل هر نوع سوء استفاده جسمی، جنسی و روانی است که در روابط خانوادگی بر افراد وارد می‌شود (۴، ۵). بر پایه نظرات مختلف و دیدگاه صاحب‌نظران، خشونت جسمی شامل هرگونه آزار جسمانی نظیر هل دادن، کتک زدن با دست یا وسایلی مانند کمر بند، شلاق و سایر اعمالی است که به شکستگی و سوختگی می‌انجامد (۶). خشونت جنسی شامل هرگونه عمل خارج از عرف و غیر معمول در برقراری ارتباط جنسی مانند بی میلی، 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 برآورده نکردن نیازهای اقتصادی، در اختیار گرفتن درآمد فرد مقابل و هرگونه رفتار تخریب‌گرایانه است (۷). همسرآزاری علاوه بر اثرات سوء جسمانی و روانی، سبب کاهش عملکرد اجتماعی، افزایش نیاز به مراقبت‌های بهداشتی، مراجعه به مراکز درمانی اورژانس و بستری زنان در بیمارستان می‌شود (۸، ۹).

طبق نظر کوفی عنان، دبیر کل سازمان ملل در سال ۱۹۹۹، خشونت علیه زنان شاید شرم‌آورترین و ننگین‌ترین مورد نقض حقوق بشر است و شاید گسترده‌ترین مورد آن نیز در جهان باشد که هیچ مرز و فرهنگی را نمی‌شناسد و

تا وقتی تداوم دارد، قادر به برقراری عدالت و ایجاد توسعه و صلح در جهان نیستیم (۱۰).

بارداری می‌تواند به دلایل مختلف مانند کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد بارداری و احساسات غیر طبیعی همسر در خصوص بارداری، شیوع خشونت خانگی را تحت تأثیر قرار داده و موجب بروز، تشدید و یا کاهش آن شود (۴). از جمله عوامل مستعدکننده این پدیده که در مطالعات متفاوت به آن اشاره شده است می‌توان به سن مادر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات، میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت روانی و جسمی زوجین اشاره کرد (۱۱). آسیب ناشی از همسرآزاری گاهی بسیار شدید و کشنده است. خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود. بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگری چون خشونت می‌تواند باعث اثرات زیان باری بر مادر و جنین شود (۱۲). عوارضی همچون تولد شیرخواران با وزن کم، زایمان زودرس و سقط جنین و شکایات جسمانی نظیر سردرد، مشکلات شکمی، درد مزمن، خونریزی واژینال، سندرم روده تحریک‌پذیر، علائم ژنیکولوژی و بیماری‌های منتقله از راه جنسی در زنان قربانی خشونت از شیوع بالایی برخوردار است (۱۰). در ایران، میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار بسیار بالا و بیش از ۶۰٪ گزارش شده است. اگر چه تناقض‌های موجود در آمار، می‌تواند ناشی از تفاوت در تعریف خشونت و درک مادران از آن، ابزار مورد استفاده و تفاوت محیط فرهنگی و اجتماعی باشد، اما همه این مطالعات نشان می‌دهند که گستردگی خشونت در بارداری یک مسأله مهم است. احتمالاً به استثناء پره‌اکلامپسی، شیوع خشونت خانگی از شیوع تمام حالات عمده طبی که از طریق غربالگری پره‌ناتال معمول تشخیص داده می‌شوند، بیشتر است، به همین دلیل توصیه شده که تمام زنان باردار در اولین ویزیت دوره بارداری و سپس در هر سه ماه بارداری و در دوران پس از زایمان، مورد غربالگری خشونت خانگی قرار گیرند (۱۳). عوامل مختلفی با بروز خشونت‌های خانگی در

دوران بارداری ارتباط دارند که از آن جمله می‌توان به زندگی شهرنشینی، نداشتن منبع درآمد مستقل، نارضایتی زنان از زندگی مشترک، عفونت در دوران بارداری، عدم ازدواج خویشاوندی اشاره کرد (۱۴).

پیامد اعمال خشونت علیه زنان باردار بسیار سنگین است. آنان به فرزندپروری دل نمی‌دهند و کودکانی کم وزن به دنیا می‌آورند و به انواع اختلالات جسمانی و روحی دچار می‌شوند و اگر دست به تخدیر خویش نزنند، ممکن است تا عقیمی و مرگ در حین زایمان، خودکشی یا قربانی شدن توسط شوهران هم پیش روند. خشونت علیه زنان باردار نه تنها سلامت روحی - جسمانی آنان را برای انجام وظیفه اجتماعی به مخاطره می‌اندازد؛ بلکه با توجه به ارزش‌های قومی و بروز شرایطی چون طلاق و متارکه و تعدد زوجات و کثرت فرزندان، آثار مخرب چندگانه‌ای بر زنان باقی می‌گذارد که در شخصیت کودکان از لحاظ بهره هوشی و مهارت‌پذیری شغلی منعکس شده و از آنجا به کل جامعه تعمیم می‌یابد (۱۵).

عواقب منفی اجتماعی نیز نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ابتلاء زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت و کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان، از دیگر پیامدهای این معضل فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی می‌باشد (۱۵).

از آنجا که خشونت علیه زنان دستیابی به سایر اهداف برنامه‌های توسعه و بهداشت را شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد، ضروری است که جامعه از ابعاد آن آگاه شود تا با اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب بتوان از این سوء رفتار پیشگیری و از ایجاد آثار آن در بارداری و پیامدهای جنینی جلوگیری کرد (۲). با توجه به این که شناسایی زودرس خشونت خانگی، درک رابطه آن با پیامدهای مادری و جنینی و مداخله جهت پیشگیری از آن، می‌تواند کاربردهای مهم بالینی در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان و عوامل مؤثر بر خشونت خانگی در مادران باردار شهرستان کلاله انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۳۶۸ مادر باردار شهرستان کلاله انجام شد. نمونه‌ها به

روش در دسترس انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه در این مطالعه خشونت علیه زنان به عنوان متغیر اصلی مطالعه در نظر گرفته شده که با توجه به کیفی بودن متغیر (خشونت دارد، خشونت ندارد) از فرمول حجم نمونه برای شیوع استفاده شد. با در نظر گرفتن میزان شیوع $60/5\%$ ، ضریب اطمینان 95% و دقت 5% ، در مطالعه انجام شده در کردستان توسط خسروی و همکاران (۱۳۸۶) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه، حداقل حجم نمونه برابر با ۳۶۸ مادر باردار محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی سیستماتیک انجام شد (۴).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، سکونت در شهر یا روستاهای شهرستان کلاله، باردار بودن در سال ۹۳، بارداری تک قلو، داشتن سن کمتر از ۵۰ سال، داشتن یک همسر، عدم داشتن استرس عاطفی (مانند فوت بستگان درجه یک) در یک سال گذشته، داشتن رضایت و دقت نسبی برای پاسخ به سؤالات و معیارهای خروج از مطالعه شامل: اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر و ابتلاء به بیماری‌های طبی شناخته شده بود. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی تا رسیدن به حجم نمونه از بین مادران باردار شهر و ساکن روستا انجام شد.

با مراجعه به درب منازل پرسشگری انجام شد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که از ذکر اسامی آن‌ها در پرسشنامه خودداری می‌شود و نتایج مصاحبه محرمانه می‌باشد. نمونه‌ها پس از انتخاب، به مرکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت دعوت شدند و مصاحبه با مادر توسط کارشناس ماما در یک محیط آرام صورت گرفت و در صورت عدم مراجعه نمونه‌ها، با مراجعه به درب منازل، مصاحبه و پرسشگری انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه و پرسشنامه بود. پرسشنامه مطالعه حاضر، توسط خسروی و همکاران (۱۳۸۶) ساخته و اعتباریابی شده است و با توجه به اهداف دارای دو قسمت عمده است: قسمت اول مشخصات فردی مادر باردار و همسر (شامل ۲۲ سؤال) و قسمت دوم، سؤالات مربوط به ارزیابی خشونت خانگی در طی یک سال گذشته می‌باشد (۵۳ سؤال خشونت عاطفی، ۱۸ سؤال خشونت جسمی و ۱۰ سؤال خشونت

زوجین بود. جنسیت فرزند آخرین زایمان مادران در ۱۸۹ مورد (۵۱/۳۶٪)، پسر بود. ۲۸ نفر (۷/۶۱٪) از شوهران، همسر دیگری نیز به غیر از همسر فعلی‌شان داشتند. ۲۸۱ زوج (۷۶/۳۶٪) در مسکن ملکی و بقیه به صورت استجاری ساکن بودند و ۶۷ زوج (۱۸/۲۱٪) همراه با والدین و بقیه به صورت مستقل زندگی می‌کردند. ۳۵۹ نفر (۹۷/۵۵٪) از مادران باردار عقد دائم بودند. ۳۲۷ نفر (۸۸/۸۶٪) از مادران اظهار داشتند که همسرشان هیچگونه اعتیادی ندارد. در ۳۰۹ مورد (۸۳/۹۸٪) بارداری خواسته زن و شوهر بوده است و در ۵۹ مورد (۱۶/۰۲٪) بارداری ناخواسته انجام شده بود. ۱۴۷ مورد (۳۹/۹۴٪) از مادران بی‌سواد و تنها ۱۸ مورد (۴/۸۹٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

۳۳۵ نفر (۹۱/۰۳٪) از مادران باردار، خانه‌دار و بقیه در خارج از خانه شاغل بودند. و ۴۶ نفر (۱۲/۵٪) از همسران کارمند، ۷۲ نفر (۱۹/۵۷٪) کشاورز، ۶۸ نفر (۱۸/۴۸٪) کارگر، ۴۷ نفر (۱۲/۷۷٪) شغل آزاد، ۵۹ نفر (۱۶/۰۳٪) بیکار و بقیه به سایر شغل‌ها از قبیل دامداری و ... مشغول بودند.

جنسی). پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا توسط متخصصین و پایایی آن به وسیله ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر تعیین (I=۰/۹) و با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون‌سازی شده است (۴). روش امتیازگذاری به سؤال‌ها بر اساس طیف لیکرت (گزینه-های هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه) و به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های آمار توصیفی درصد، میانگین و انحراف معیار برای بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی و خصوصیات شغلی و از آزمون‌های تحلیلی (آزمون کای دو آزمون تی مستقل، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون) انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶۸ زن باردار ۱۵-۴۹ سال بررسی شدند. میانگین سنی زنان باردار شهری $29/1 \pm 6/21$ سال و روستایی $26/7 \pm 7/06$ سال بود. ۲۸۳ مادر باردار ساکن روستا و بقیه ساکن شهر بودند. ۶۱ نفر (۱۶/۵۸٪) از مادران با همسران شان نسبت فامیلی داشتند. در ۹۷٪ موارد، آخرین زایمان حاصل ازدواج اول

جدول ۱- میزان مواجهه با انواع خشونت خانگی بر حسب سن در مادران باردار

نوع خشونت	جسمی	عاطفی	جنسی	کل
سن به سال	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
کمتر از ۲۰ سال	۷ (۸/۹۷)	۳۲ (۱۷/۶۸)	۹ (۱۶/۹۸)	۴۸ (۱۵/۳۸)
۲۰-۲۹ سال	۳۴ (۴۳/۶)	۶۳ (۳۴/۸۱)	۲۲ (۴۱/۵۱)	۱۱۹ (۳۸/۱۴)
۳۰-۳۹ سال	۳۱ (۳۹/۷۴)	۵۹ (۳۲/۱۶)	۱۵ (۲۸/۳)	۱۰۵ (۳۳/۶۵)
۴۰-۴۹ سال	۶ (۷/۶۹)	۲۷ (۱۴/۹۱)	۷ (۱۳/۲۱)	۴۰ (۱۲/۸۲)

جدول ۲- میزان مواجهه با انواع خشونت خانگی بر حسب تعداد فرزند در مادران باردار

نوع خشونت	جسمی	عاطفی	جنسی
تعداد فرزندان	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱-۲ فرزند	۳۶ (۴۶/۱۵)	۸۲ (۴۵/۳)	۲۱ (۳۹/۶۲)
۳-۴ فرزند	۲۳ (۲۹/۴۹)	۷۰ (۳۸/۶۷)	۱۸ (۳۳/۹۶)
۵ و بیشتر	۱۹ (۲۴/۳۶)	۳۱ (۱۷/۱۳)	۱۴ (۲۶/۴۲)

همچنین انواع خشونت علیه زنان بر حسب تحصیلات یکسان نبود و بین میزان تحصیلات افراد اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، شایع‌ترین نوع خشونت اعمال شده علیه مادران باردار، خشونت عاطفی با ۴۹/۱۸٪ بود و ۲۱/۲۰٪ زنان دچار خشونت جسمی بودند و ۱۴/۴۰٪ از خشونت جنسی شکایت داشتند.

جدول ۳- وضعیت انواع خشونت خانگی بر حسب سطح سواد در مادران باردار

نوع خشونت	تعداد (درصد)	جسمی	عاطفی	جنسی	کل
بی سواد	۲۹ (۳۷/۱۸)	۷۲ (۳۹/۷۸)	۲۰ (۳۷/۷۴)	۱۲۱ (۳۲/۸۸)	
ابتدایی	۲۳ (۲۹/۴۹)	۴۴ (۲۴/۳۱)	۱۷ (۳۲/۰۸)	۸۴ (۲۲/۸۲)	
راهنمایی و سیکل	۱۶ (۲۰/۵۱)	۳۷ (۲۰/۴۴)	۹ (۱۶/۹۸)	۶۲ (۱۶/۸۴)	
متوسطه و دیپلم	۹ (۱۱/۵۴)	۲۳ (۱۲/۷۱)	۶ (۱۱/۳۲)	۳۸ (۱۰/۳۲)	
دانشگاهی	۱ (۱/۲۸)	۵ (۲/۷۶)	۱ (۱/۸۸)	۷ (۱/۹۰)	
مجموع	۷۸ (۲۱/۲۰)	۱۸۱ (۴۹/۱۸)	۵۳ (۱۴/۴۰)	۳۱۲ (۸۴/۷۸)	

جدول ۴- وضعیت انواع خشونت خانگی بر حسب شغل در مادران باردار

نوع خشونت	تعداد (درصد)	جسمی	عاطفی	جنسی	کل
خانه دار	۷۳ (۹۳/۵۹)	۱۶۴ (۹۰/۶۱)	۴۹ (۹۲/۴۵)	۲۸۶ (۹۱/۶۶)	
شاغل	۵ (۶/۴۱)	۱۷ (۹/۳۹)	۴ (۷/۵۵)	۲۶ (۸/۳۳)	
مجموع	۷۸ (۱۰۰)	۱۸۱ (۱۰۰)	۵۳ (۱۰۰)	۳۱۲ (۸۴/۷۸)	

بودند، به طور معنی داری بیشتر در معرض خشونت قرار گرفته بودند ($p=0/035$). از طرفی سوء رفتار و خشونت در بین مادرانی که همسرشان سیگار مصرف می کردند، بیشتر بود ($p=0/044$).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین محل سکونت با بروز خشونت در مادران باردار ارتباط وجود داشت، به طوری که زنانی که همراه با والدین در یک ساختمان زندگی می کردند کمتر مورد خشونت قرار گرفته بودند ($p=0/023$). همچنین زنانی که همسر آنها بیکار

جدول ۵- وضعیت انواع خشونت خانگی بر حسب شغل همسران در مادران باردار

نوع خشونت	تعداد (درصد)	جسمی	عاطفی	جنسی	کل
کارمند	۸ (۱۰/۲۵)	۱۳ (۷/۱۸)	۴ (۷/۵۵)	۲۵ (۸/۰۱)	
کشاورز	۱۴ (۱۷/۹۸)	۴۱ (۲۲/۶۵)	۹ (۱۶/۹۸)	۶۴ (۲۰/۱۵)	
کارگر	۱۳ (۱۶/۶۶)	۳۴ (۱۸/۷۸)	۷ (۱۳/۲۱)	۵۴ (۱۷/۳۰)	
شغل آزاد	۹ (۱۱/۵۳)	۱۶ (۸/۸۵)	۵ (۹/۴۳)	۳۰ (۹/۶۱)	
بیکار	۱۹ (۲۴/۳۵)	۳۸ (۲۰/۹۹)	۱۲ (۲۲/۶۴)	۶۹ (۲۲/۱۱)	
سایر	۱۵ (۱۹/۲۳)	۳۹ (۲۱/۵۵)	۱۶ (۳۰/۱۹)	۷۰ (۲۲/۴۳)	
مجموع	۷۸ (۱۰۰)	۱۸۱ (۱۰۰)	۵۳ (۱۰۰)	۳۱۲ (۸۴/۷۸)	

(۲۰۱۰) که آنها نیز میزان شیوع خشونت های عاطفی و روانی را بیشتر گزارش کردند همخوانی داشت (۱۶). گیک وار و همکاران (۲۰۱۱) در منطقه روستایی، شیوع خشونت خانگی را ۶۲/۵۷٪ گزارش کردند که ۸۱/۵۸٪ سوء استفاده کلامی، ۳۱/۵۸٪ سوء استفاده فیزیکی، ۲۷/۶٪ سوء استفاده روانی و ۱۰/۵۳٪ زنان سوء استفاده جنسی را تجربه کرده بودند (۱۷).

بحث

در مطالعه حاضر، ۳۱۲ زن باردار (۸۴/۷۸٪) مورد خشونت فیزیکی به اشکال مختلف قرار گرفته بودند. شایع ترین خشونت اعمال شده علیه زنان مورد بررسی، خشونت عاطفی (۴۹/۱۸٪) و سپس شیوع خشونت جسمی قابل توجه بود. این نتایج با نتایج مطالعه رزاقی

نتایج مطالعه رزاقی (۲۰۱۰) نیز ارتباط معناداری را بین همسرآزاری و تحصیلات زوجین، شغل، مصرف سیگار، مدت ازدواج و تعداد فرزندان نشان داد (۱۶).

در مطالعه حاضر، زنان خانه‌دار (۹۱/۶۶٪) بیشتر در معرض انواع خشونت‌های عاطفی، کلامی، جنسی و جسمی قرار داشتند که با مطالعه هاشمی نسب (۲۰۰۷) و شاکر نژاد (۲۰۱۴) همخوانی داشت (۱۹، ۱۸). اما نتایج مطالعه سلیمانی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که همسرآزاری در بین زنان شاغل بیش از زنان خانه‌دار بوده و دلیل آن را تنش‌ها و یا خستگی ناشی از محیط کار دانسته‌اند (۲۵). از طرفی وضعیت اشتغال شوهر نیز در بروز خشونت علیه زنان تأثیر دارد، به طوری که بی‌ثباتی اقتصادی و فشارهای روانی ناشی از آن بر بروز این‌گونه رفتارها تأثیر بسزایی دارد (۱۸، ۱۹). در این شرایط شوهر با وجود نداشتن درآمد کافی یا شغل مناسب، برای از دست ندادن وجهه خود، اقدام به خشونت می‌کند (۱).

مطالعه حاضر نشان داد که خشونت بر روی زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر شیوع بیشتری دارد (۳۲/۸۸٪). همچنین بین سطح سواد همسران و خشونت جسمی، عاطفی و جنسی رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که مواجهه با خشونت با افزایش سطح سواد همسران کمتر می‌شد که این شاید ناشی از نقش مؤثر تحصیل در شناخت حقوق متقابل همسر و احترام به آن باشد که این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور همخوانی داشت (۲۶-۲۸).

در مطالعه خسروی و همکاران (۲۰۰۸) (۴) و همچنین مطالعه خوسلا و همکاران (۲۰۰۵) بین همسرآزاری و تحصیلات همسران نمونه‌ها ارتباطی وجود نداشت که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۹). به نظر می‌رسد آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و از طرفی امکان بیشتر مشارکت و تعاملات اجتماعی بهتر در زنان دارای تحصیلات بالاتر و همچنین مطالعه و بکارگیری روش‌های مختلف مهارت‌های زندگی مانند کنترل خشم، مهارت حل مسأله برای بهبود وضعیت زناشویی، می‌تواند از دلایل این نتایج باشد. اگرچه برخی

هاشمی‌نسب (۲۰۰۷) شیوع خشونت فیزیکی خانگی بر علیه زنان باردار را ۸/۵٪ گزارش کرد (۱۸). در مطالعه شاکری‌نژاد (۲۰۱۴) میانگین بروز خشونت خانگی در طول دوران بارداری ۲۲/۷٪ بود (۱۹). در مطالعه هاموری و همکاران (۲۰۰۷) ۶۸/۸٪ زنان خشونت فیزیکی را گزارش کردند (۲۰). در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۱) شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی به ترتیب ۵۶٪، ۴۸٪، ۲۳٪، و ۱۱٪ تعیین شد (۲۱).

خشونت عاطفی به عنوان بارزترین نوع خشونت علیه زنان در دنیا مطرح است. می‌توان کمی فراوانی این رفتار را نسبت به سایر خشونت‌ها این‌گونه عنوان کرد که آزار فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در مراجع قضایی دارد و قوانین قضایی در این مورد کاملاً واضح می‌باشد. اکثر مردان نیز آزار فیزیکی علیه زنان را کاری ناشایست می‌دانند و البته زنان نیز خشونت فیزیکی را کمتر ابراز می‌کنند (۱۴).

به نظر می‌رسد بیشتر مردان به جای بروز خشونت‌های جسمی، خواسته یا ناخواسته مرتکب خشونت‌های عاطفی و روانی می‌شوند. در تعدادی از مطالعات نیز خشونت جسمی از آمار قابل توجهی برخوردار بود (۲۲). در مطالعه عاطف وحید و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان پیش‌بینی خشونت در قربانیان همسرآزاری، اعتیاد، تعداد زیاد فرزندان، تحصیلات پایین و بیکاری زن را به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده برای تجربه بدرفتاری جسمانی در حد شدید مطرح کرد (۲۳).

میانگین سنی آزمودنی‌ها در این مطالعه نشانگر جوان بودن افراد مراجعه‌کننده به دلیل همسرآزاری بود. خشونت در سنین بین ۲۰-۲۹ با ۳۸/۱۴٪ به طور معنی‌داری بالا بود. در بررسی پزشکی قانونی اصفهان در سال ۱۳۷۹ نیز بیش‌ترین گروه سنی مورد آزار و اذیت به گروه سنی ۲۰-۳۰ با ۵۰٪ موارد اختصاص داشت (۲۱). در مطالعه توصیفی شمسی و همکاران (۲۰۱۱) در مورد وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال نیز ۵۶٪ زنان مورد آزار ۲۰ تا ۳۰ ساله بودند (۲۱). در مطالعه فروزان (۲۰۰۴) ارتباط معناداری بین سن زنان و خشونت علیه آنان وجود داشت (۲۴).

مطالعات نیز ارتباط معناداری بین همسرآزاری و تحصیلات را بیان نکردند (۳۰، ۳۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، انواع خشونت علیه زنان بر حسب شاغل بودن یکسان نبود و اختلاف معنی‌داری در این زمینه بین زنان شاغل با زنان خانه‌دار وجود داشت؛ به طوری که در تمام انواع خشونت، زنان خانه‌دار بیشتر در معرض خشونت قرار گرفته بودند و این اختلاف زیاد بود. به نظر می‌رسد استقلال مالی و همچنین توانایی برقراری ارتباط، که این مهارت در افراد شاغل به شدت تقویت می‌شود، تأثیر بسزایی در کاهش اعمال خشونت بر زنان شاغل دارد (۲۷).

بین همسرآزاری و مدت ازدواج نیز رابطه معناداری مشاهده شد. این نتایج نشان داد که با افزایش مدت ازدواج، همسرآزاری نیز افزایش می‌یافت. رزاقی و همکاران (۲۰۱۰) دلیل این امر را ناتوانی زنان در روبرویی با رفتار همسرآزاری شوهرانشان بیان می‌کنند که به مرور موجب تقویت و افزایش همسرآزاری در رفتارهای شوهر می‌باشد (۱۶).

مطالعه پناغی و همکاران (۲۰۱۱) (۳۲)، صابریان و همکاران (۲۰۰۵) (۱) و قهاری و همکاران (۲۰۰۶) (۲۲) نشان داد که مدت ازدواج کمتر از ۵ سال سهمی مثبت در همسرآزاری دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که انواع خشونت علیه زنان بر حسب تعداد فرزندان یکسان نیست و اختلاف معنی‌داری در این زمینه بین تعداد فرزندان و اعمال خشونت وجود دارد. به طور کلی میزان بروز خشونت‌ها با افزایش تعداد فرزندان ارتباط دارد که می‌تواند تحت تأثیر افزایش سطح توقع فرزندان و افزایش مشکلات اقتصادی و استرس بر والدین باشد. به عنوان مثال هنوز درصد بالایی از افراد گروه هدف دارای خانه شخصی نبودند. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات هماهنگی داشت. در صورتی که نتایج مطالعه فروزان و همکاران (۲۰۰۶) با نتایج به دست آمده متفاوت بود (۲۴).

با وجود اینکه گزارش‌های متفاوت از فراوانی همسرآزاری در کشورهای مختلف و تفاوت انواع همسرآزاری در آن‌ها، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی،

خانوادگی و حتی نوع ابزار مورد استفاده و در نهایت صحت و دقت پاسخ‌دهی توسط نمونه‌های پژوهش، وجود دارد (۲۸)، در اکثر مطالعات بر نقش آموزش بر کاهش انواع خشونت تأکید شده است. در مطالعه لاندن و همکاران (۲۰۰۷) آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس را از عوامل کاهش همسرآزاری در مردان ذکر شد (۲۸). آموزش‌های درست مردان و حتی کودکان ذکور در دوران کودکی (۳۳) آموزش پیش از ازدواج همسران (۲۲) آموزش مردان و زنان متأهل، عدم بکارگیری تصاویر و صحنه‌های خشونت آمیز در رسانه‌ها (۳۴) و جلوگیری از بازی‌های رایانه‌ای بسیار خشن، تدوین قوانین واضح و صریح در خصوص حقوق زنان در مقابل خشونت (۲۸) می‌تواند در کنار رفع مشکلات اقتصادی و بیکاری (۳۳) در کاهش همسرآزاری مؤثر باشد. در برخی منابع غربالگری خشونت زنان را اولین گام در رفع این مشکل ذکر کرده‌اند (۳۳).

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر شایع‌ترین خشونت اعمال شده علیه زنان، به ترتیب خشونت عاطفی، جسمی و جنسی بود، که این میزان مانند سایر مطالعات انجام شده در کشورمان قابل توجه و بالا می‌باشد و جای نگرانی دارد. بنابراین با توجه به میزان بالای خشونت، انجام غربالگری خشونت در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی توصیه می‌شود، همچنین آموزش مهارت‌های زندگی و ترویج فرهنگ مشاوره در بین زوجین نیز اهمیت ویژه‌ای دارد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات پرستاری می‌باشد. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و از همکاری صمیمانه پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی و بهورزان شهرستان کلاله و مادران باردار شرکت‌کننده تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam BE. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan. *Koomesh* 2005; 6(2):115-22. (Persian).
2. Shabani S, Mansournia N, Mansournia MA, Bahrani NS. Study of the susceptible factors in wife abuse among women referred to karaj forensic medicine center in 2005: a case-control study. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2008; 18(4):269-73. (Persian).
3. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981; 43(4):873-88.
4. Khosravi F, Hasheminasab L, Abd EM. Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of Sanandaj hospitals. *J Urmia Univ Med Sci* 2008; 19(1):8-14. (Persian).
5. Rad M, Torkmannejad Sabzevari M. Association between domestic violence against women with pre-invasive and invasive cervical lesions: a review study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):1-10. (Persian).
6. Kordi M, Abbaszadeh A, Mokhber N, Lotfalizadeh M, Ebrahimizadeh S. Intimate partner violence and pre-eclampsia: a case-control study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(75):12-21. (Persian).
7. Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. *Iran J Psych Clin Psychol* 2009; 15(3):300-7. (Persian).
8. Sadler AG, Booth BM, Nielson D, Doebbeling BN. Health-related consequences of physical and sexual violence: women in the military. *Obstet Gynecol* 2000; 96(3):473-80.
9. Moeller TP, Bachmann GA, Moeller JR. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993; 17(5):623-40.
10. Hesami K, Dolatian M, Shams J, Majd HA. Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women. *Iran J Nurs* 2010; 23(63):51-9.
11. Sagrestano LM, Carroll D, Rodriguez AC, Nuwayhid B. Demographic, psychological, and relationship factors in domestic violence during pregnancy in a sample of low-income women of color. *Psychol Women Quart* 2004; 28(4):309-22.
12. Babapour J, Satarzadeh N, Khodai R. Physical violence against pregnant women: risk factors and its relation to some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospitals in 2007. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2007; 5(4):29-44. (Persian).
13. Golmakani N, Azmoude E. Domestic violence in pregnancy, outcomes and strategies: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(42):13-22. (Persian).
14. Razaghi N, Parvizy S, Ramezani M, Tabatabaei Nejad SM. The consequences of violence against women in the family: a qualitative study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):11-20. (Persian).
15. Maghsoudi S, Yarinassab F, Ebrahimi F. Investigating factors influencing domestic violence against women (case study: city of Kerman). *Quart J Soc Dev* 2015; 9(3):53-78. (Persian).
16. Razzaghi N, Tadayyonfar M, Akaberi A. The prevalence of violence against wives and relevant factors in married women admitted to health and treatment clinics in Sabzevar. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 17(1):39-47. (Persian).
17. Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women's status and violence against young married women in rural Nepal. *BMC Womens Health* 2011; 11:19.
18. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2007; 11(4):32-41. (Persian).
19. Shakerinezhad M. Domestic violence and related factors in pregnant women. *J Zanjan Univ Med Sci* 2014; 21(89):117-26. (Persian).
20. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *Eur J Public Health* 2007; 17(6):605-6.
21. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. *J Gorgan Univ Med Sci* 2011; 13(4):67-75. (Persian).
22. Ghahari SH, Atef M, Yousefi H. The prevalence of spouse abuse among married students of Islamic Azad University of Tonekabon in 2006. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15(50):83-9. (Persian).
23. Ghahari S, Zareidoost E, Bolhari J, Karimi-kismi E. The role of demographic and psychological variables in predicting violence in victims of spouse abuse in Tehran. *Iran J Psych Clin Psychol* 2011; 16(4):403-11. (Persian).
24. Fourozan AS, Dezhman M, Baradaran EM. Direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers in Tehran. *Payesh* 2006; 5(3):201-6. (Persian).
25. Soleimani M, Jamshidimanesh M, Daneshkojuri M, Hoseini F. Correlation between partner violence and preterm labo. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 15(4):53-9. (Persian).
26. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999; 341(25):1892-8.
27. Narimani M, Aghamohamadian H. Violence against women and related factors in Ardabil. *J Ment Health Prin* 2006; 7:107-13.
28. Hossein M, Morteza M, Reza ZA, Ziba F. Surveying domestic violence against women in Isfahan in 2003. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2004; 14(2):63-7. (Persian).

29. Khosla A, Dua D, Devi L, Sud S. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian J Med Sci* 2005; 59(5):195-9.
30. Etesami Pour R, Banihashemian K. Comparison of sex disorders and Couple abuse among fertile and infertile women. *J Birjand Univ Med Sci* 2011; 18(1):10-7. (Persian).
31. Jouybari L, Sanagoo A, Mohammadi Z. Spouse abuse among women referred to a health care centers in Gorgan. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2010; 7(2):58-64. (Persian).
32. Panaghi L, Pirouzi D, Shirinbayan M, Ahmadabadi Z. The role of personality and demographic traits in spouse abuse. *Iran J Psych Clin Psychol* 2011; 17(2):126-35. (Persian).
33. Rahbar Taramsari M, Badsar AR, Zobde Imanabadi R, Khajeh Jahromi S, Amir Maafi A, Yaghubi MM. Evaluation of physical intimate partner violence in respective victims in Rasht. *J Guilan Univ Med Sci* 2011; 21(83):21-6. (Persian).
34. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. Assessment of causes and effects of violence against women in the family in cases referred to Legal Medical Center. *Sci J Forensic Med* 2003; 9(31):127-31. (Persian).