

## شیوع همسرآزاری و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار در سال ۱۳۸۶

نغمه رزاقی<sup>۱</sup>، موسی الرضا تدین فر<sup>۲</sup>، آرش اکابری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> عضو هیأت علمی گروه پرستاری اطفال دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

<sup>۲</sup> عضو هیأت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد آمار حیاتی

نشانی نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، دانشکده پرستاری و مامایی، نغمه رزاقی

E-mail: razaghin@mums.ac.ir

وصول: ۸۸/۱۱/۲۳، اصلاح: ۸۹/۲/۱۸، پذیرش: ۸۹/۳/۱۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** همسرآزاری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی و روانی به انواع گوناگونی از آزارهای صورت گرفته نسبت به همسر اطلاق می شود. همسرآزاری رایج ترین شکل خشونت علیه زنان می باشد که تأثیر منفی بر اولویت های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده و بهداشت روانی دارد. این پژوهش با هدف بررسی شیوع انواع همسرآزاری و عوامل مرتبط با آن انجام شده است.

**مواد و روش ها:** این پژوهشی توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار در سال ۱۳۸۶ با حجم نمونه ۳۹۶ نفر و به روش نمونه گیری آسان، با استفاده از پرسشنامه ای برگرفته از مقیاس شاخص همسرآزاری، انجام گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های مجذور کای، فیشر و تی استیودنت به وسیله نرم افزار SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** شایع ترین خشونت های اعمال شده علیه زنان خشونت روانی با ۲۹/۲ درصد، خشونت های جنسی ۲۸ درصد و خشونت فیزیکی ۱۰/۸ درصد گزارش شده است. سطح تحصیلات زن و شوهر، شغل شوهر، ازدواج مجدد شوهر، اعتیاد شوهر، تجربه رفتار خشونت آمیز در کودکی زن و شوهر، داشتن نسبت فامیلی، بیماری جسمی و عصبی زن، محل تولد زن و شوهر و تعداد فرزندان با انواع همسرآزاری ارتباط معناداری نشان داد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** میزان خشونت در ابعاد مورد بررسی، بسیار بالا بوده و شایع ترین نوع همسرآزاری علیه زنان به ترتیب خشونت روانی، جنسی و فیزیکی می باشد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷/شماره ۱ / صص ۴۷-۳۹).

**واژه های کلیدی:** همسرآزاری؛ خشونت؛ زنان متأهل، سبزوار.

### مقدمه

به عنوان یک اولویت بهداشتی قلمداد نمود (۱). خشونت علیه زنان یکی از مشکلات مهم حقوق بشر در سطح جهان به شمار می رود که دولت ها، هم از نظر بهداشتی و

خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ آن را

بیشترین فراوانی (۱۸/۶ درصد) در زنان سمنان و شه میرزاد، خشونت عاطفی با ۶۳/۷ درصد و خشونت کلامی با ۴۳/۳ درصد در زنان سمنان و خشونت مالی با ۷۲ درصد در زنان سرخه مشاهده گردید (۵).

توجه به آثار و پیامدهای متعدد بر خشونت علیه سلامت زنان که گاهی اوقات باروری، ناتوانی‌های جسمی، سردردهای مزمن، مصرف مواد مخدر، اقدام به خودکشی و اختلالات روانی را به دنبال دارد (۱۱)، ضرورت بررسی گسترده این موضوع، برای یافتن ریشه‌های همسرآزاری و مقابله با آن‌ها را نشان می‌دهد.

این در حالی است که مواردی که از خشونت خانگی گزارش می‌شود به‌طور معمول از میزان واقعی کمتر است (۷) و به نظر می‌رسد که همسر آزاری از شیوع بالایی برخوردار است. با توجه به این‌که پرستاران به عنوان مشاور سلامت و بهداشت در خدمت فرد و خانواده بوده و در راستای این وظیفه ممکن است اولین شخصی باشند که با زنان و همسران آن‌ها برخورد می‌نمایند، به نظر می‌رسد که اولین قدم در پیشگیری و حمایت از زنان مورد خشونت، شناسایی این زوجین باشد. لذا این پژوهش با هدف تعیین شیوع انواع همسرآزاری و ارتباط آن با مشخصات فردی- خانوادگی و اجتماعی- اقتصادی زنان انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی است که جامعه پژوهش آنرا زنان متأهل مراجعه-کننده به مراکز بهداشتی درمانی سبزوار تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری آسان و تعداد ۳۹۶ نفر از مراجعه‌کنندگان را شامل شد. روش جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای است که قسمت اول آن حاوی مشخصات زوجین است. قسمت دوم پرسشنامه از مقیاس شاخص همسرآزاری (Index of Spouse Abuse) اقتباس شده و شامل ۲۸ سؤال می‌باشد که مواردی از آزار جسمی،

هم از نظر اجتماعی و برنامه‌ریزی، در این زمینه مداخله می‌کنند (۲). این مسأله بهداشتی، اجتماعی و سلامت عمومی (۳) علل مهم مرگ بسیاری زنان در سراسر جهان بوده است (۴). خشونت خانگی رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان می‌باشد که تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران تنظیم خانواده و بهداشت روانی دارد (۵). در حقیقت، کل جامعه بشری بهای سنگین خشونت علیه زنان را خواهند پرداخت. بر اساس برآورد گزارش سالانه یونیسف، مبلغی معادل ۵ تا ۱۰ میلیون دلار در آمریکا به‌طور مستقیم برای خشونت خانگی هزینه می‌شود. این هزینه در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (۴). در مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده، میزان شیوع آن از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است (۶). تحقیقات انجام شده در آسیا نشان می‌دهد که زنان بسیاری مورد خشونت قرار گرفته‌اند که در پاکستان و هند ۴۰ درصد زنان و در سریلانکا ۳۲ تا ۵۵ درصد زنان به‌طور مکرر چنین خشونت‌هایی را تجربه کرده‌اند (۷). در یک بررسی که در کشورهای اسلامی و عرب انجام شده، میزان خشونت مردان علیه زنان حداقل یک سوم زنان را شامل می‌شده است (۸).

خشونت خانگی شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی - عاطفی و جنسی است که تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان می‌گذارد (۵). همسرآزاری به‌عنوان یک معضل بهداشت عمومی و روانی انواع گوناگونی از آزارهای صورت گرفته نسبت به همسر را در بر می‌گیرد (۹). گزارش‌های جهانی در مورد خشونت و سلامتی، مدل اکولوژیک را مطرح می‌کند که دارای ابعاد متفاوت بیولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی اثرگذار بر خشونت می‌باشد (۱۰). تحقیقی که صابریان و همکارانش در سال ۱۳۸۳ بر روی ۶۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان انجام دادند، نشان می‌دهد که خشونت فیزیکی با

جدول ۱: شیوع انواع همسرآزاری در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار

	آزار روانی		آزار جسمی		آزار جنسی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هرگز	۲۶	۶/۸	۷۲۶	۶۹/۸	۲۲۹	۵۷/۸
به ندرت	۲۵۴	۶۴	۷۷	۱۹/۴	۵۶	۱۴/۱
گاهی	۸۷	۲۱/۹	۱۹	۴/۸	۷۲	۱۸/۲
زیاد	۲۹	۷/۳	۲۴	۶	۳۹	۹/۸

روانی ندیده بودند. در نمونه‌های مورد مطالعه، ۶۹/۸ درصد هرگز آزار فیزیکی ندیده و ۴/۸ درصد گاهی و ۶ درصد زیاد آزار فیزیکی دیده بودند. در خانم‌های مورد پژوهش، ۹/۸ درصد زیاد و ۱۸/۲ درصد گاهی آزار جنسی دیده و ۵۷/۸ درصد هرگز مورد آزار جنسی واقع نشده بودند (جدول ۱).

بین آزار روانی و فیزیکی، همبستگی مثبت بالایی ( $r=0/626$ ) وجود داشت که از نظر آماری معنادار بود، به نحوی که افزایش یکی از آزارها همزمان با آزارهای دیگر بوده است. در حالی که همبستگی بین آزار روانی و جنسی به شدت آزار فیزیکی و روانی نبود ولی باز هم معنادار بود.

با افزایش زمان ازدواج، آزار روانی نیز افزایش پیدا کرده است ( $r=0/095$ ) اما این همبستگی از نظر آماری معنادار نیست. با افزایش دوران ازدواج، آزار فیزیکی نیز به صورت معناداری افزایش یافته است ( $r=0/116$ ).

در زنانی که تحصیلاتشان راهنمایی و یا کمتر بود، ۹۶/۳ درصد مورد آزار روانی قرار گرفته بودند اگرچه این میزان در زنان دارای تحصیلات بیشتر نیز بالا بود (۹۱/۶ درصد) ولی به صورت معناداری تفاوت دارند. از طرفی، ۴۷ درصد زنان دارای تحصیلات پایین (مقطع راهنمایی و کمتر) و ۲۲ درصد زنان دارای تحصیلات بالاتر (دیپلم و بیشتر) مورد آزار فیزیکی قرار گرفته بودند که تفاوت آزار فیزیکی زنان در مقابل سطح تحصیلات از نظر آماری معنادار بود ولی آزار جنسی بر حسب سطح تحصیلی زنان، تفاوت معناداری نداشت (جدول ۲).

روانی و جنسی را شامل می‌شود که زن در ارتباط با شوهر خود تجربه و درک کرده است. این مقیاس یک‌بار در ایران به کار گرفته شده و اعتماد و اعتبار آن سنجیده شده است و توسط مک فارلان و همکاران (۹۶) در دو تحقیق جداگانه استفاده گردیده است (۱۲). برای تعیین روایی، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. تعیین پایایی توسط آلفای کرون‌باخ صورت گرفت که مقدار آن ۰/۸۲۶ به دست آمد. پرسشنامه پس از برقراری ارتباط و کسب رضایت آن‌ها از طریق مصاحبه تکمیل می‌شد. داده‌های این مطالعه با استفاده از توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف شده و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، فیشر و تی استیودنت به وسیله نرم‌افزار SPSS 11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۹۶ نفر زن همسر دار ۱۶ تا ۶۳ ساله شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها  $29/29 \pm 8/53$  سال بود. میانگین سن همسران آنان  $33/97 \pm 9/04$  سال بود. مدرک تحصیلی ۳۳/۶ درصد این خانم‌ها دیپلم و ۵/۳ درصد آنان بیسواد بود که همسران آنان، ۳۰/۶ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۳/۳ درصد بیسواد بودند. از این میان، ۸/۸ درصد از خانم‌ها شاغل و بقیه خانه‌دار بودند. شوهران آنان نیز ۲۶/۸ درصد شغل آزاد و ۱/۳ درصد بیکار بودند. محل سکونت ۹۰/۲ درصد از افراد مورد مطالعه شهر و بقیه در روستا ساکن بوده‌اند. محل تولد ۵۶/۲ درصد افراد مطالعه، شهر و بقیه روستا بود. همچنین ۵۶/۴ درصد همسران افراد مورد مطالعه محل تولدشان شهر و بقیه متولد روستا بودند. نیمی از زنان دارای منزل اجاره‌ای و رهنی و بقیه دارای منزل شخصی بودند. در مجموع، ۳۴/۳ درصد زنان مراجعه کننده دارای یک فرزند و ۲۰/۹ درصد آنان فرزندی نداشتند.

از میان مراجعه کنندگان، ۶۴ درصد به ندرت مورد آزار روانی قرار گرفته بودند و ۶/۸ درصد هرگز آزار

جدول ۲: ارتباط انواع خشونت با مشخصات فردی و خانوادگی

p.value	آزار فیزیکی		p.value	آزار جنسی		p.value	آزار روانی		انواع آزار	مشخصات فردی و خانوادگی
	درصد فراوانی	درصد فراوانی		درصد فراوانی	درصد فراوانی		خیر	بلی		
.001	۵۳	۴۷	NS	۵۷/۵	۴۲/۵	.001	۳/۷	۹۶/۳	راهنمایی و کمتر	تحصیلات زن
	۷۸	۲۲		۵۸	۴۲		۸/۴	۹۱/۶	دیپلم و بیشتر	
.001	۵۵/۳	۴۴/۷	NS	۵۷/۷	۴۲/۳	.001	۳/۳	۹۶/۷	راهنمایی و کمتر	تحصیلات همسر
	۷۶/۳	۲۳/۷		۵۷/۹	۴۲/۱		۸/۴	۹۱/۶	دیپلم و بیشتر	
NS	۵۴/۳	۴۵/۷	NS	۵۷/۱	۴۲/۹	.002	.000	۱۰۰	دارد	بیماری جسمی زن
	۷۱/۱	۲۸/۹		۵۷/۹	۴۲/۱		۷/۵	۹۲/۵	ندارد	
NS	۴۵/۸	۵۴/۲	NS	۴۳/۵	۵۶/۵	.001	.	۱۰۰	دارد	بیماری عصبی زن
	۷۱/۲	۲۸/۸		۵۸/۶	۴۱/۴		۷/۳	۹۲/۷	ندارد	
NS	۶۹	۳۱	NS	۵۶/۸	۴۳/۲	NS	۵/۸	۹۴/۲	۳سال و کمتر	فاصله سنی زوجین
	۶۷/۲	۳۲/۸		۶۲/۴	۳۷/۶		۸/۲	۹۱/۸	۴-۶ سال	
.001	۷۴/۸	۲۵/۲	NS	۵۴/۲	۴۵/۸	NS	۶/۵	۹۳/۵	۷سال و بیشتر	تعداد فرزندان
	۸۴/۳	۱۵/۷		۵۴/۲	۴۵/۸		۱۲	۸۸	بدون فرزند	
.001	۶۹/۵۵	۳۰/۴۵	NS	۶۰/۸	۳۹/۲	.006	۵/۳۵	۹۴/۶۵	۱-۲ فرزند	رضایت از جنسیت فرزندان
	۵۲/۹	۴۷/۱		۵۲/۹	۴۷/۱		۳/۵	۹۶/۵	۳ فرزند و بیشتر	
NS	۶۸	۳۲	.004	۵۸/۹	۴۱/۱	NS	۵/۸	۹۴/۲	دارد	نسبت فامیلی زوجین
	۷۹/۴	۲۰/۶		۲۶/۵	۳۵/۵		۵/۹	۹۴/۱	ندارد	
.002	۶۶/۴	۳۳/۶	.004	۶۲/۲	۳۷/۸	NS	۵/۹	۹۴/۱	وجود دارد	
	۷۱/۴	۲۸/۶		۵۶	۴۴		۷/۲	۹۲/۸	وجود ندارد	

۹۶/۵ درصد زنان مورد آزار روانی قرار گرفته بودند ولی این نسبت در زنان یک تا دو فرزند، ۹۴/۷ درصد و در زنان بدون فرزندان ۸۸ درصد بوده است؛ این تفاوت‌ها همگی از نظر آماری معنادار بودند به عبارت دیگر، هر چه تعداد فرزندان بیشتر می‌شود، آزار روانی و فیزیکی نیز به‌صورت معناداری افزایش می‌یابد ولی ارتباط آزار جنسی و تعداد فرزندان معنادار نبود (جدول ۲).

بین آزار روانی و آزار فیزیکی و راضی بودن از جنسیت فرزندان ارتباط معناداری وجود نداشت ولی بین رضایت از جنسیت فرزندان و آزار جنسی رابطه معناداری وجود دارد ( $P=0/004$ ) (جدول ۲).

در زوج‌هایی که نسبت فامیلی دارند، آزار جنسی زن به‌صورت معناداری کمتر است. در حالی که آزار فیزیکی در این زنان به‌صورت معناداری بیشتر می‌شود ولی آزار روانی ارتباط معناداری با نسبت فامیلی زوجها نداشت (جدول ۲).

شوهران نیز با فراوانی مشابه تحصیلات زن، با آزار روانی و آزار فیزیکی ارتباط معناداری داشت ولی با آزار جنسی ارتباط معناداری در سطح ۰/۰۵ نشان نداد (جدول ۲).

تمام زنانی که بیماری جسمی و یا بیماری عصبی داشتند، توسط همسر مورد آزار روانی قرار گرفته بودند. در حالی که این میزان در زنان فاقد بیماری جسمی یا عصبی، به‌ترتیب ۹۲/۵ درصد و ۹۲/۷ درصد بود که تفاوت نسبت مورد آزار (چه در بیماران جسمی و چه در بیماران عصبی نسبت به سایر زنان) از نظر آماری معنادار است. اما بین آزار جنسی و فیزیکی با بیماری جسمی و عصبی زن ارتباط معناداری مشاهده نشد. همچنین ارتباط آماری بین فاصله سنی زوج‌ها با آزار روانی، جنسی و فیزیکی معنادار نبود (جدول ۲).

در مورد تعداد فرزندان نیز مشاهده شد که هر چه تعداد فرزندان بیشتر می‌شود نسبت آزار روانی افزایش می‌یابد، به صورتی که در زنان دارای سه فرزند و بیشتر،

جدول ۳: ارتباط انواع خشونت با مشخصات اجتماعی - اقتصادی

p.value	آزار فیزیکی		p.value	آزار جنسی		p.value	آزار روانی		انواع آزار	مشخصات اجتماعی - اقتصادی
	درصد فراوانی	خیر		درصد فراوانی	خیر		درصد فراوانی	خیر		
./001	۸۷/۲	۱۲/۸	./001	۹۱/۵	۸/۵	./001	۱۷	۸۳	هرگز	رفتار خشونت آمیز والدین همسر
	۶۴/۱	۳۵/۹		۴۹/۵	۵۰/۵		۳/۱	۹۶/۹	گاهی	
	۴۷/۶	۵۲/۴		۵۷/۱	۴۲/۹		.	۱۰۰	زیاد	
./001	۸۳/۱	۱۶/۹	./001	۸۴/۳	۱۵/۷	./001	۱۳/۳	۸۶/۷	هرگز	رفتار خشونت آمیز زن
	۶۸/۸	۳۱/۲		۵۰/۲	۴۹/۸		۵/۲	۹۴/۸	گاهی	
	۳۰/۸	۶۹/۲		۶۱/۵	۳۸/۵		.	۱۰۰	زیاد	
./001	۷۷/۶	۲۲/۴	NS	۵۸/۷	۴۱/۳	./01	۹/۴	۹۰/۶	شهر	محل تولد زن
	۵۹/۸	۴۰/۲		۵۶/۶	۴۳/۴		۳/۴	۹۶/۶	روستا	
./001	۷۹/۵	۲۰/۵	NS	۵۹/۴	۴۰/۶	./049	۸/۹	۹۱/۱	شهر	محل تولد همسر
	۵۷/۲	۴۲/۸		۵۵/۸	۴۴/۲		۴	۹۶	روستا	
./01	۴۷/۴	۵۲/۶	./04	۳۱/۶	۶۴/۴	./049	۵/۳	۹۴/۷	بلی	ازدواج مجدد همسر
	۷۰/۸	۲۹/۲		۵۹/۳	۴۰/۷		۶/۹	۹۳/۱	خیر	
./001	۴۷/۳	۵۲/۷	./001	۴۹/۱	۵۰/۹	./001	.	۱۰۰	سیگار	مصرف سیگار یا تریاک توسط همسر
	۱۴/۳	۸۵/۷		۱۴/۳	۸۵/۷		.	۱۰۰	تریاک	
	۷۶/۳	۲۳/۷		۶۱/۴	۳۸/۶		۸/۳	۹۱/۷	عدم مصرف	
NS	۶۸/۵	۳۱/۵	NS	۵۷/۱	۴۲/۹	NS	۶/۶	۹۳/۴	خانه دار	شغل زن
	۸۲/۹	۱۷/۱		۵۶/۷	۳۴/۳		۳	۹۷	شاغل	
	۴۸/۱	۵۱/۹		۵۱/۸	۴۸/۲		۱/۲	۹۸/۸	کارگر و کشاورز	
./001	۷۹/۴	۲۰/۶	./001	۶۲/۹	۳۷/۱	./001	۱۱/۳	۸۸/۷	کارمند	شغل همسر
	۷۴/۵	۲۵/۵		۴۱/۸	۵۸/۲		۷/۳	۹۲/۷	آزاد	

در سایر زنان، ۹۱/۷ درصد مورد آزار روانی قرار گرفته بودند. به همین ترتیب، زنانی که همسرشان سیگار یا تریاک مصرف می‌کرده‌اند بیشتر از سایرین مورد آزار جنسی و فیزیکی قرار گرفته و ارتباط بین این متغیر با هر سه نوع آزار مورد بررسی، معنادار بوده است.

شغل زن با هیچ یک از انواع آزار ارتباط معناداری را نشان نداد ولی شغل مرد با هر سه نوع آزار ارتباط معناداری داشت. بیشترین آزار روانی در زنانی مشاهده شد که همسرشان کارگر بود (۹۸/۸ درصد)؛ در حالی که این نسبت در همسران دارای شغل کارمندی ۸۸ درصد بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. از نظر آزار جنسی، بیشترین آزار را در همسران دارای شغل آزاد شاهد بودیم (۵۸/۲ درصد) و کمترین میزان آزار را در قشر کارمند (۳۷ درصد). از طرفی، کمترین آزار فیزیکی در زنانی مشاهده می‌شد که همسرشان کارمند بود (۲۰/۶)

ارتباط معناداری بین رفتار خشونت‌آمیز والدین (همسر و یا زن) با آزار روانی، فیزیکی و جنسی مشاهده گردید که در مورد آزار روانی و فیزیکی هرچه رفتار خشونت‌آمیز والدین زن و شوهر بیشتر می‌شد، آزار روانی و فیزیکی نیز افزایش می‌یافت. (جدول ۳). بین آزار روانی و محل تولد زن رابطه معناداری وجود داشت (P=۰/۰۱) به طوری که زنان متأهل متولد روستا آزار روانی بیشتری را تجربه کرده بودند. همچنین بین آزار فیزیکی و محل تولد زن، رابطه معناداری وجود داشت (P=۰/۰۰۱). بین ازدواج مجدد مرد و آزار فیزیکی، روانی و جنسی ارتباط معناداری وجود داشت به گونه‌ای که مردانی که ازدواج مجدد داشتند، همسرانشان بیشتر مورد آزار جسمی، روانی و جنسی قرار گرفته بودند (جدول ۳). تمام زنانی که همسرشان سیگار یا تریاک مصرف می‌کردند، مورد آزار روانی قرار گرفته بودند. در حالی که

درصد) در حالی که این نسبت در همسران دارای شغل آزاد ۲۵/۵ درصد و در شغل کاگر و کشاورز بسیار بیشتر بود (۵۱/۹ درصد) (جدول ۳).

شایع‌ترین انواع وقوع خشونت روانی، تهدید با چاقو یا وسایل خطرناک، عدم احترام به احساسات همسر و دادکشیدن و داد و هوار راه انداختن بوده است. شایع‌ترین اشکال خشونت جنسی برقراری ارتباط جنسی بدون رضایت همسر بوده و شایع‌ترین شکل خشونت فیزیکی به صورت سیلی زدن و کتک زدن بوده است.

## بحث

در مطالعه حاضر، انواع همسرآزاری مورد مشاهده قرار گرفت که از این میان، آزارهای روانی بیش از آزارهای فیزیکی و جنسی در میان زنان مورد مطالعه تجربه شده است. یافته‌های پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ در شهر اصفهان توسط ملک‌افضلی و همکاران درباره همسرآزاری انجام گرفت، نشان می‌دهد که در خانواده‌های ایرانی آزارهای روانی از خشونت‌های جسمانی بیشتر به چشم می‌خورد (۱۰). مطالعات مبتنی بر جوامع در دسترس بیانگر آن است که میزان شیوع خشونت روانی بین ۲۳ تا ۷۲ درصد می‌باشد. در مطالعه بابو و همکاران که بر روی جمعیت زنان غرب هند انجام شده است، شیوع آزار روانی بیش از آزار جسمی و جنسی بوده است (۱۳) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در این مطالعه، تهدید همسر با وسایل خطرناک، عدم احترام به احساسات زن و فریاد کشیدن بر سر زن به‌عنوان شایع‌ترین آزارهای روانی گزارش شده است. در مطالعه کوکاسیک و دوگان نیز شایع‌ترین نوع خشونت خشونت کلامی بوده است (۱۴). از طرف دیگر، آزار فیزیکی در حد زیاد، تنها توسط ۶ درصد ابراز شده است که کمتر از نصف گزارشات جهانی است. شایع‌ترین نوع آزار نیز سیلی زدن و کتک بوده است. در مطالعات

مختلف خشونت‌های فیزیکی به‌عنوان بارزترین نوع خشونت علیه زنان در دنیا مطرح است. این وضعیت می‌تواند دلایل متفاوتی داشته باشد که به آن‌ها اشاره خواهد شد. اول این‌که آزار فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در محاکم و مراکز مشاوره دارد. دوم آن‌که اصولاً زنان خشونت فیزیکی را کمتر ابراز می‌کنند. سوم این‌که عموم مردان آزار فیزیکی علیه همسر خود را کاری ناپسند می‌دانند لیکن سایر جنبه‌های آزار به‌دلایل فرهنگی اجتماعی برایشان مشخص نیست. چهارم آن‌که قوانین قضایی در مورد خشونت‌های فیزیکی صراحت بیشتری دارد. شاید به دلایل فوق و همچنین دلایل دیگر، آزار علیه زنان از نوع فیزیکی به انواع روانی سوق داده شده است.

شایع‌ترین خشونت جنسی ابراز شده در این مطالعه، توقع از زن برای آمادگی جهت ارضای مردان و بدون رضایت زن بوده است. این در حالی است در متون اسلامی برای مسایل جنسی وظایفی برای زن و مرد مطرح شده است، مانند درک متقابل نیازها و احساسات، توجه به ارضای طرفین و رعایت شرایط زمانی و مکانی. لذا در کنار مسأله تمکین زن، بایستی بر وظایف مرد در این حوزه نیز تأکید شود.

نتایج این پژوهش ارتباط بین متغیر وابسته (همسرآزاری) پس از بررسی جداول توافقی و استفاده از آزمون‌های مجذور کای، فیشر و تی استیودنت در ۱۲ متغیر مستقل ارتباط معناداری با همسرآزاری نشان داد. میزان تحصیلات زوجین، شغل، مصرف سیگار، مواد مخدر و تریاک، ازدواج مجدد مرد، محل تولد زوجین، مدت ازدواج، تجربه خشونت والدین در دوران کودکی زن و شوهر، سابقه بیماری جسمی و روانی زن و شوهر، تعداد فرزندان و نداشتن نسبت فامیلی با یکدیگر، مهم‌ترین عوامل مرتبط با همسرآزاری است.

تجربه خشونت والدین در دوران کودکی زن و شوهر با همسرآزاری ارتباط معناداری را نشان داد. در مطالعه کوکاسیک و دوگان، دو سوم زنانی که مورد

خشونت بوده‌اند در دوران کودکی مورد خشونت قرار گرفته و تجربه خشونت را در خانه والدین خود تجربه کرده‌اند. همچنین زنان گزارش کردند که همسرانشان نیز در طی دوره کودکی تحت خشونت بوده‌اند. این یافته از این نظر مهم است که خشونت رفتاری نسبتاً اکتسابی است (۱۴). همچنین در مطالعات انجام گرفته در دانشگاه‌های آمریکا توسط هامن، زنانی که در دوران کودکی در معرض خشونت بوده یا خشونت والدین را دیده‌اند، در دوران بزرگسالی در برابر اضطراب‌ها و مسایل روزمره زندگی مقاومت کمتری داشته و نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای نداشتند، بیشتر و زودتر دچار افسردگی می‌شوند که این خود می‌تواند زمینه ساز همسر آزاری باشد (۱۵). یافته‌های پژوهش حاضر نیز تأکیدی بر این مطالعات می‌باشد، به این ترتیب که اصلاح فرآیند جامعه‌پذیری کودک از طریق کاهش خشونت در خانواده تنها راه منطقی و عملی به نظر می‌رسد.

در رابطه با مصرف مواد مخدر و الکل نیز مطالعات متعددی از جمله پژوهش آقاخانی و همکاران، اثر نامطلوب این عوامل را بر همسرآزاری نشان داده است (۱۶). در این بررسی هم ارتباط مصرف مواد مخدر به خصوص تریاک با آزار روانی و فیزیکی و جنسی معنادار بوده است.

در مطالعه حاضر، میزان تحصیلات زن و مرد با همسرآزاری روانی و فیزیکی رابطه معنادار داشت. در بین زنان و شوهرانی که سطح تحصیلات آنان راهنمایی و کمتر بوده است، بیشترین آزارها (روانی، فیزیکی و جنسی) گزارش شده و با افزایش سواد زن و مرد، از میزان آن کاسته می‌شود. این وضعیت در مطالعه‌ای که در دانشگاه شهید چمران اهواز انجام گردیده، نیز بیان شده است (۱۷). مطالعات بابو و کار نیز نشان داده است که بالا بودن سطح تحصیلات زن و استقلال اقتصادی، زنان را از خشونت محافظت می‌کند (۱۳). یانی کرم در ترکیه نیز ابراز داشته است که با بالا رفتن سطح تحصیلات مردان و

زنان، نمره خشونت کاهش معناداری داشته است (۶). این مسأله شاید به این دلیل باشد که آگاهی افراد تحصیل کرده از حقوق و جایگاه زن در خانواده بیش از افراد بیسواد یا کم سواد است. در پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده شده است که بالا بودن تحصیلات زن و مرد موجب کاهش همسر آزاری می‌شود، مثلاً پژوهش آقاخانی و دیگران مؤید آن است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین با درصد بالاتری از همسرآزاری همراه بوده است (۱۶). در مطالعه حاضر نیز زنان دارای تحصیلات بالاتر، از همسرآزاری کمتری شکایت کرده‌اند که می‌تواند به علت آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیشتر برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی زنان باشد.

در مطالعه حاضر، آزار روانی، فیزیکی و جنسی در زنانی که همسرانشان کارگر و کشاورز بوده‌اند، بیشتر بود و در زنانی که همسرشان کارمند بوده یا شغل آزاد داشته است، کمتر بود. کوکاسیک و همکاران نیز در پژوهش خود بیان داشتند که بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و خشونت خانگی ارتباط قوی وجود دارد که دلالت بر این نکته دارد که بین سطح درآمد و تحصیلات مرد با خشونت ارتباط معکوس و معناداری وجود دارد (۱۴). از این رو می‌توان چنین استنباط نمود که مشاغلی که از درآمد بیشتر و موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردارند، امکان بروز خشونت در خانواده را کاهش می‌دهند.

بین همسرآزاری و مدت ازدواج نیز رابطه معناداری مشاهده شد، بدین معنا که با افزایش مدت ازدواج، همسرآزاری نیز افزایش می‌یابد. این امر می‌تواند ناشی از عدم رویارویی، ناتوانی در رویارویی یا فراهم نبودن امکان رویارویی زنان با رفتار همسرآزاری شوهرانشان باشد که به مرور موجب تقویت و افزایش این رفتار در شوهرانشان می‌شود. همچنین بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش که مورد آزار روانی، فیزیکی و جنسی قرار گرفته بودند، بیش از سه فرزند داشتند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کوکاسیک و دوگان متفاوت است چرا که

آنان نشان دادند که خانواده پرجمعیت یا افزایش تعداد فرزندان کاهش خشونت خانگی را به دنبال دارد (۱۴). مشاهده این موضوع در پژوهش حاضر شاید به دلیل افزایش سطح توقعات فرزندان در جامعه و افزایش هزینه های خانواده، افزایش استرس و فشار مالی بر والدین باشد که احتمال درگیری بین آنان را افزایش می دهد.

ارتباط بیماری جسمی در آزمودنی ها با همسرآزاری در تحقیقات متعددی در سایر کشورها از جمله در گزارش دانشگاه جرج تاون و مطالعه دانشگاه کارولینای شمالی به اثبات رسیده است (۱۸).

به طور کلی، آزار علیه زنان، کانون خانواده را دچار مشکل جدی می کند لذا همچنان که در قطعنامه کنفرانس حقوق بشر در سال ۱۹۹۷ وین آمده است: «باید نگرش مردان نسبت به زنان تغییر یافته و زنان هم به مردان یاری برسانند که در برداشتهای خود نسبت به آنان تجدید نظر نمایند (۱۹). در این راستا پیشنهادات زیر به نظر مفید می رسد:

\* فرهنگ سازی برای تقویت جایگاه زنان و ارزش های انسانی با تأکید بر ارزش های دینی  
\* ارتقاء موقعیت اجتماعی زنان و ارتقاء سطح تحصیلات و بهداشت آنان در جامعه

\* گسترش فرهنگ استفاده از تسهیلات و مشاوران خانواده  
\* استفاده از بستر رایج خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در خانواده  
\* آگاه سازی مردان نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تأثیر منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده  
\* تحول نظام آموزشی و رایج آموزش های لازم به نوجوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی و رسانه ها که در بلند مدت می تواند موجب کاهش خشونت خانگی شود.

با توجه به این که خشونت خانگی و انواع همسرآزاری، هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می کند، کاهش یا از بین بردن آن نه تنها از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است، بلکه موجب می شود محیط خانواده محیط امن و سالمی برای اعضای آن باشد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به خاطر حمایت مالی از این پژوهش و از آقای باقرزاده که در انجام تحقیق یاریگر ما بودند، نهایت تشکر و سپاس را داریم.

### References

1. Fourozan A, Dejman M, Baradaran-Eftekhari M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of Domestic Violence Against Women in Legal Medicine Centers of Tehran . Arch Iranian Med. 2007; 10 (3): 295-300
2. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. Int J Gynaecol Obstet. 1999; 65(2): 195-201.
3. Faramarzi M, Emamizadeh S, Mosavi S. A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005; 122(2): 225-31.
4. Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in eqypt – wifebeating and health out comes. Soc Sci Med. 2006; 62(5): 1260-77.
- ۵-صابریان معصومه، آتش نقس الهه، بهنام بهناز. بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سمنان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۳۸۳؛ جلد ۶، شماره ۲، صفحات ۲۱-۱۱۵.
- ۶-جعفر نژاد فرزانه، مقدم حسینی وحیده، سلطانی فر عاطفه، ابراهیم زاده سعید. بررسی ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل بستگی مادر به شیرخوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۳۸۸؛ دوره ۱۶، شماره ۱، صفحات ۳۵-۴۲.



7. Tabassom NR, Azim s, Bhuiya A, Akeperssum Lars. physical violence by husbands; magnitude disclosure and help-seeking behaviour of women in Bangladesh. *Social science & medicinc*. 2006; 62(2):17-29.
8. Douki S, Nacef F, Belhadj A, Bouasker A, Ghachem R. Violence against women in arab and Islamic countries. *Arch Women Arch Womens Ment Health*. 2003;6:165-71.
- ۹- قهاری شهربانو، کاظم محمد، یوسفی حمید. بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۳۸۴؛ دوره پانزدهم، شماره ۵۰، صفحات ۸۳ تا ۸۹.
- ۱۰- ملک افضل‌ی حسین، مهدی زاده مرتضی، زمانی احمدرضا، فرخ زادگان زیبا. بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان سال ۸۲. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۳۸۴؛ سال ۱۴، شماره ۲، صفحات ۶۳ تا ۶۷.
11. Lemmy D. Ipv Mothers prespective of effect on their children. *MCN, Amj. Matern child nurse*. 2001;26(2): 15-23
- ۱۲- اینانلو مهربان، اسکویی فاطمه، مشایخی فریده، حقانی حمید. مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسرآزاری زنان. *فصلنامه پرستاری و مامایی ایران*، ۱۳۷۹؛ سال سیزدهم، شماره ۲۶، صفحات: ۵۸ تا ۶۵.
13. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern india: a population –based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health*. 2009 ;9( 129):1-15.
14. Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in sivas, turkey: survey study. *Croat Med J*. 2006; 47:742-9.
15. Hammen. c, Henry R, Daley E . Depression and sensitization to stressor among young women .as a function of child hood adversity. *J consult clin psychol* . 2000; 68(5): 782-87.
- ۱۶- آقاخانی کامران، آقابگویی عباس، چهره ای علی. بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*. ۱۳۸۱؛ دوره ۹، شماره ۳۱، صفحات ۴۸۵ تا ۴۹۰.
- ۱۷- شهنی بیلاق منیژه. رابطه برخی عوامل جمعیت شناختی با خشونت شوهران. *مجله علوم تربیتی و روانشناختی*، ۱۳۷۶؛ ج ۴، شماره ۱۲، صفحات ۳۹ تا ۶۳.
18. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issue ment health nurse*. 2000; 21(5): 499-513.
- ۱۹- مولوی نجومی مرضیه، اکرمی زهره. خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادان آن. *پایش*، ۱۳۸۱؛ جلد ۲، شماره ۱، صفحات: ۴۳ تا ۴۸.