

شیوع خشونت خانگی علیه زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در استان خوزستان، سال ۸۷-۱۳۸۶

صدیقه نوح‌جاه^{۱*}؛ سیدمحمود لطیفی^۲؛ مریم حقیقی^۱؛ حمیده اعتصام^۱؛ افسانه فتح‌اللهی‌فر^۱؛ ندا زمان^۱؛ فرخنده فرخ‌نیا^۱؛
فاطمه بنیادی^۱

چکیده

زمینه: خشونت خانگی به‌عنوان عامل خطر طیف وسیعی از مشکلات بهداشتی و سلامت مطرح می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع و برخی عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی ۴ شهر استان خوزستان انجام گردید.

روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۸۲۰ زن ۵۶-۱۴ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی ۴ شهر اهواز، آبادان، دزفول و اندیمشک از نظر تجربه خشونت توسط همسر مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه و تکمیل پرسشنامه، ابزار جمع‌آوری اطلاعات بود. از آزمون‌های آماری کای اسکویر، رگرسیون لجستیک و نسبت شانس جهت تعیین عوامل خطر و محافظت‌کننده استفاده گردید.

یافته‌ها: شیوع خشونت فیزیکی در هر زمان از زندگی مشترک ۲۰/۲ درصد بود. شیوع خشونت روانی، جنسی و هر نوع خشونت به ترتیب ۴۱، ۱۰/۹ و ۴۷/۳ درصد بود. آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که سن، سواد و شغل زن، قومیت، شهر محل سکونت و بیماری روحی همسر با تجربه هر نوع خشونت ارتباط معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: شیوع انواع خشونت در ۴ شهر استان، بالا است و مراکز بهداشتی بایستی به‌طور روتین، غربالگری و ارجاع قربانیان خشونت را در اولویت قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، همسر آزاری، زنان، خوزستان

«دریافت: ۱۳۸۹/۵/۳۰ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۰/۲۸»

۱. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲. عضو مرکز تحقیقات دیابت و عضو گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

* عهده‌دار مکاتبات: اهواز، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، تلفن: ۰۹۱۶۸۳۶۰۹۲۹

Email : S_Nouhjah@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌هایی نظیر سرطان‌پستان، سرطان رحم و تصادفات، سبب از بین رفتن سلامت زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود (۳). نتایج مطالعه سازمان بهداشت جهانی بر روی چندین کشور نشان می‌دهد که از هر ۵ سال زندگی سالم زنان، ۱ سال به علت صدمه، بیماری یا مرگ زودرس ناشی از خشونت از دست می‌رود (۴). نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نشان می‌دهد که سالیانه بیش از نیم میلیون مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان‌ها و یک میلیون ویزیت سرپایی به‌دنبال همسر آزاری در آن کشور اتفاق می‌افتد (۵).

خشونت خانگی یکی از انواع خشونت علیه زنان می‌باشد که به هرگونه بدرفتاری نسبت به زن توسط همسر یا شریک جنسی اطلاق می‌شود و می‌تواند انواع گوناگونی از بدرفتاری‌های جسمانی، روانی و جنسی را در برگیرد (۱).

خشونت علیه زنان اکنون به‌طور گسترده به‌عنوان یک مشکل مهم بهداشتی شناسایی شده است (۲).

طبق گزارش بانک جهانی، خشونت خانگی بیش از

فیزیکی، جنسی یا هر دو در هر دوره از زندگی زنان ۱۵-۷۱ درصد است (۹ و ۲۱).

شیوع متفاوت خشونت خانگی در مطالعات مختلف، نشانگر تأثیر زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی بر خشونت است (۲ و ۱۷). با توجه به بافت فرهنگی، اجتماعی و قومیتی در استان خوزستان این مطالعه به منظور شناسایی و برنامه‌ریزی جهت غربالگری و ارائه خدمات به گروه‌هایی که بیشتر در معرض خطر می‌باشند انجام شد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۸۲۰ خانم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرهای اهواز، آبادان، دزفول و اندیمشک طی دوره زمانی دی ماه ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۷ از نظر تجربه خشونت توسط همسر و عوامل مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس انجام شد و زنانی که به واحدهای تنظیم خانواده و کودکان مراجعه نموده بودند در صورت موافقت در نمونه‌گیری وارد شدند. مراکز بهداشتی شهری که بیشترین مراجعه‌کننده را داشتند با توجه به جمعیت تحت پوشش مورد نمونه‌گیری قرار گرفتند. تعداد زنان مورد مطالعه در اهواز ۶۰۰، دزفول ۶۰۰، اندیمشک ۴۰۰ و آبادان ۲۲۰ نفر بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که به کمک مصاحبه توسط پرسشگران آموزش‌دیده تکمیل می‌گردید.

پرسشنامه استاندارد شده ارزیابی خشونت برای کشور ما وجود ندارد. بنابراین از پرسشنامه استاندارد غربالگری خشونت (Abuse Assessment Screening) پس از حذف سؤالات مربوط به خشونت در بارداری استفاده نمودیم. از آنجا که تعداد سؤالات این پرسشنامه محدود می‌باشد سؤالات مربوط به رفتارهای مرتبط با هر نوع خشونت با استفاده از پرسشنامه مطالعه بوتنا و همکاران (۲) و نتایج مطالعه سازمان جهانی بهداشت در چند کشور (۲۲ و ۲۳) طراحی گردید.

روایی پرسشنامه از نظر کیفی با استفاده از نظر اساتید

بررسی‌های پزشکی قانونی در کشور در طی ۲/۵ سال نشان می‌دهد که از دو میلیون زن مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند نیم میلیون زن، قربانی خشونت خانگی بوده‌اند (۶).

خشونت خانگی به‌عنوان شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان (۷ و ۸) بر کیفیت زندگی آنان تأثیرات منفی دارد (۹). خشونت خانگی، عوارض گسترده‌ای از جمله تأثیر بر وضعیت تغذیه، مشکلات گوارشی، افزایش فشار خون (۱۰-۱۲)، افزایش حاملگی ناخواسته، استفاده از روش‌های پیشگیری، افزایش شیوع ایدز و بیماری‌های مقاربتی (۱۳ و ۱۴) و افزایش شیوع افسردگی و خودکشی (۱۵) بر جا می‌گذارد.

افزایش فشار خون، افزایش احتمال خونریزی بعد از زایمان، افسردگی پس از زایمان، تولد نوزاد کم‌وزن و زایمان زودرس از جمله اثرات منفی این عارضه بر سلامت مادران است (۱۶).

برآورد شده که خدمات ارائه‌شده به قربانیان خشونت در سال ۱۹۹۱ بر اساس شخص سال، ۱۶۳۳ دلار بوده است. همچنین برآورد شده است که خشونت خانگی برای جامعه آمریکا ۱۰-۵ میلیون دلار هزینه دارد (۱۷) و (۱۸).

به‌دلیل خصوصی بودن اطلاعات مربوط به خشونت خانگی، آمار دقیقی از شیوع خشونت خانگی وجود ندارد. مطالعات در بخش‌های اورژانس نشان می‌دهد بیشتر زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌نمایند توسط پرستار و پزشک شناسایی نمی‌شوند (۱۹).

خشونت علیه زنان شیوع متفاوتی را در مطالعات مختلف با متدولوژی مختلف نشان داده است (۲).

نتایج یک مطالعه انجام‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت در ۱۰ کشور بر روی ۲۴ هزار زن نشان داد که ۶۹-۱۰ درصد از زنان در دوران زندگی مشترک، مورد خشونت فیزیکی توسط همسر قرار گرفته‌اند (۲۰).

یک مطالعه بر روی تحقیقات انجام‌شده در طی سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۲ نشان داده است که شیوع خشونت

خود را گزارش نمودند. ۵۲/۶ درصد به نوعی از قبل با همسر خود آشنایی داشتند. ۵۵/۶ درصد (۲۷۱ نفر) به‌طور مستقل زندگی می‌کردند. ۲۸/۸ درصد با خانواده مرد و ۶/۷ درصد با خانواده زن زندگی می‌کردند.

بر اساس گزارش زنان مورد مطالعه در ۹/۸ درصد موارد، همسرانشان هزینه‌های زندگی را تقبل نمی‌نمودند. همسر ۱۲/۲ درصد (۲۲۱ مورد) از زنان مورد مطالعه، اجازه رفت و آمد با خانواده و دوستانشان را نمی‌دادند. ۲۴/۹ درصد (۳۰۳ مورد) اجازه خروج از منزل به‌تنهایی و در ۹/۷ درصد اجازه استفاده از روش تنظیم خانواده را نداشتند. در ۴/۹ درصد (۹۰ مورد)، همسر به‌دلیل مشکلات روحی، سابقه مراجعه به پزشک داشت. در ۱۹/۸ درصد موارد، وظایف مربوط به کودکان کاملاً به زن واگذار شده بود. درگیری لفظی در ۶۷/۷ درصد (۱۲۳۳ مورد)، توهین کلامی و فریاد زدن هنگام بحث در ۳۴/۸ درصد (۶۳۳ مورد) و بیرون کردن از منزل در ۶/۹ درصد (۱۲۵ مورد) گزارش شد. صدمه در اثر برخورد فیزیکی در ۶/۲ درصد (۱۱۲ مورد) و بستری در بیمارستان در ۲/۲ درصد از موارد گزارش شد.

به‌طور کلی شیوع خشونت فیزیکی در هر زمان از زندگی مشترک ۲۰/۲ درصد (۳۶۷ مورد) بود. شیوع خشونت روانی، جنسی و هر نوع خشونت نیز به‌ترتیب ۴۱ (۷۴۶ مورد)، ۱۰/۹ (۱۹۹ مورد) و ۴۷/۳ درصد (۸۶۱ مورد) بود.

شیوع انواع خشونت برحسب برخی خصوصیات جمعیت‌شناختی زنان مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

خشونت فیزیکی و جنسی در زنان عرب و خشونت روانی و هر نوع خشونت در زنان غیرعرب شایع‌تر بود.

شیوع هر نوع خشونت از ۳۹/۷ درصد در مردان زیر ۲۵ سال به ۵۱/۶ درصد در گروه سنی ۷۹-۵۰ ساله می‌رسید که نشان‌دهنده افزایش شیوع خشونت با افزایش سن مردان می‌باشد. شیوع انواع خشونت در مردانی که سابقه بیماری روحی داشتند بالاتر بود. کم‌ترین شیوع

رشته و ارایه ۱۵ عدد پرسشنامه به مخاطبین (زنان تحت پوشش مراکز) بررسی گردید. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید (۰/۸۴).

پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال بود. ۱۱ سؤال در مورد خصوصیات جمعیت‌شناختی زن و شوهر، ۱۰ سؤال در مورد عوامل مرتبط با خشونت (اختیاری بودن ازدواج، نسبت فامیلی با همسر، اجازه استفاده از وسایل پیشگیری، سابقه بیماری روحی در همسر و اجازه خروج از منزل به تنهایی) و ۲۰ سؤال دیگر در خصوص رفتارهای مرتبط با انواع خشونت مطرح شد. ۷ سؤال با چندین گزینه در مورد رفتارهای مرتبط با خشونت فیزیکی، ۱۲ سؤال مرتبط با رفتارهای خشونت روانی و یک سؤال در مورد خشونت جنسی (ناخواسته بودن و اقدام به ارتباط جنسی علی‌رغم تمایل زن) طرح گردید.

تحلیل اطلاعات به کمک نرم افزار SPSS 16 صورت گرفت. از آزمون‌های آماری کای اسکویر و رگرسیون لجستیک و همچنین نسبت شانس و حدود اطمینان ۹۵ درصد جهت تعیین عوامل خطر و محافظت‌کننده استفاده گردید. متغیرهای سن، سواد، سن ازدواج و شغل زن، سواد و سابقه بیماری روحی در همسر، قومیت و شهر محل سکونت وارد مدل رگرسیون شدند.

خشونت به انواع فیزیکی (کتک‌کاری، انواع آسیب‌های جسمانی ضربه، شکستگی، صدمه، بستری شدن در بیمارستان)، روانی (توهین کلامی، تهدید به طلاق، تهدید به ازدواج مجدد، بیرون کردن از منزل، قطع ارتباط کلامی و پرت کردن اشیاء) و جنسی تقسیم‌بندی شد و وجود هر یک از انواع خشونت به‌عنوان متغیر چهارم در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۸۲۰ خانم همسر دار ۵۶-۱۴ ساله شرکت نمودند. میانگین سنی زنان مورد مطالعه $28/85 \pm 7/16$ بود.

۱۶/۱ درصد (۲۹۳ نفر) زنان، تحمیلی بودن ازدواج

جدول ۱- شیوع انواع خشونت به تفکیک سن، سطح سواد، سن ازدواج و اشتغال زنان مورد بررسی

هر نوع خشونت تعداد(درصد)	خشونت جنسی تعداد(درصد)	خشونت روانی تعداد (در صد)	خشونت فیزیکی تعداد(درصد)	(درصد)تعداد	خصوصیات
۱۱(۴۵/۸)	۲(۸/۳)	۱۰(۴۱/۷)	۵(۲۰/۸)	۲۴(۱/۳)	<۱۸
۲۲۶(۴۲)	۵۷(۱۰/۶)	۱۸۴(۳۴/۲)	۹۶(۱۷/۸)	۵۳۸(۲۹/۶)	۱۸-۲۴
۲۴۸(۴۵/۲)	۶۱(۱۱/۱)	۲۱۵(۳۹/۲)	۱۰۵(۱۹/۱)	۵۴۹(۳۰/۲)	۲۵-۲۹ گروه سنی
۱۸۶(۵۳/۳)	۵۰(۱۴/۳)	۱۶۲(۴۶/۴)	۷۲(۲۰/۶)	۳۴۹(۱۹/۲)	۳۰-۳۴
۱۰۶(۵۱/۵)	۲۱(۱۰/۲)	۹۴(۴۵/۶)	۵۰(۲۴/۳)	۲۰۶(۱۱/۳)	۳۵-۳۹
۸۳(۵۵)	۸(۵/۳)	۸۰(۵۳)	۳۸(۲۵/۲)	۱۵۱(۸/۳)	=>۴۰
۰/۰۰۴	NS	<۰/۰۰۱	NS	Pvalue	
۵۱(۶۸)	۲۳(۳۰/۷)	۳۷(۴۹/۳)	۲۰(۲۶/۷)	۷۵(۴/۱)	بیسواد
۱۲۸(۴۹/۸)	۴۴(۱۷/۱)	۱۱۲(۴۳/۶)	۶۶(۲۵/۷)	۲۵۷(۱۴/۲)	ابتدایی
۱۹۱(۵۱/۸)	۴۲(۱۱/۴)	۱۵۸(۴۲/۸)	۱۰۰(۲۷/۱)	۳۶۹(۲۰/۴)	سطح سواد راهنمایی
۳۷۳(۴۸/۳)	۷۴(۹/۶)	۳۳۴(۴۳/۲)	۱۴۵(۱۸/۸)	۷۷۳(۴۲/۷)	دبیرستان
۱۱۲(۳۳/۲)	۱۶(۴/۷)	۱۰۰(۲۹/۷)	۳۴(۱۰/۱)	۳۳۷(۱۸/۶)	دانشگاهی
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	Pvalue	
۲۳۹(۵۶/۲)	۵۹(۱۳/۹)	۱۹۷(۴۶/۴)	۱۱۱(۲۶/۱)	۴۲۵(۲۳/۴)	<۱۸
۵۱۵(۴۵)	۱۱۱(۹/۷)	۴۶۱(۴۰/۳)	۲۱۶(۱۸/۹)	۱۱۴۴(۶۳)	سن ازدواج ۱۸-۲۴
۹۰(۴۳/۱)	۲۴(۱۱/۵)	۷۷(۳۶/۸)	۲۹(۱۳/۹)	۲۰۹(۱۱/۵)	۲۵-۲۹
۱۶(۴۱)	۴(۱۰/۳)	۱۱(۲۸/۲)	۱۱(۲۸/۲)	۳۹(۲/۱)	=>۳۰
<۰/۰۰۱	NS	۰/۰۲	۰/۰۰۱	Pvalue	
۷۵۱(۴۹/۴)	۱۸۰(۱۱/۸)	۶۴۵(۴۲/۴)	۳۴۰(۲۲/۴)	۱۵۲۱(۸۴/۱)	خانه دار
۱۰۴(۳۶/۲)	۱۶(۵/۶)	۹۵(۳۳/۱)	۲۶(۹/۱)	۲۸۷(۱۵/۹)	اشتغال شاغل
<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	Pvalue	
۲۵۰(۴۱/۷)	۱۰۶(۱۷/۷)	۱۸۱(۳۰/۲)	۱۴۳(۲۳/۸)	۶۰۰(۳۳)	اهواز
۳۴۶(۵۷/۷)	۴۸(۸)	۳۲۹(۵۴/۸)	۱۵۱(۲۵/۲)	۶۰۰(۳۳)	شهر محل دزفول
۶۱(۲۷/۷)	۶(۲/۷)	۵۰(۲۲/۷)	۱۷(۷/۷)	۲۲۰(۱۲/۱)	سکونت آبادان
۲۰۴(۵۱)	۳۹(۹/۸)	۱۸۶(۴۶/۵)	۵۶(۱۴)	۴۰۰(۲۱/۹)	اندیمشک
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	Pvalue	
۲۴۲(۴۶/۱)	۸۷(۱۶/۷)	۱۸۱(۳۴/۵)	۱۲۹(۲۴/۶)	۵۲۵(۲۹/۵)	قومیت عرب
۶۰۹(۴۸/۹)	۱۱۲(۸/۹)	۵۵۶(۴۴/۴)	۲۳۳(۱۸/۶)	۱۲۵۲(۷۰/۵)	غیرعرب
NS	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	Pvalue	

شغل زن، قومیت، شهر محل سکونت، سطح سواد و سابقه بیماری روحی همسر دارای ارتباط معناداری است. شهر محل سکونت و بیماری روحی در همسر، ارتباط معناداری با وقوع انواع خشونت خانگی داشت (جدول ۳).

انواع خشونت در مردان با تحصیلات دانشگاهی گزارش شد (جدول ۲). شایع‌ترین انواع خشونت و سطح معناداری با استفاده از آزمون کای‌اسکویر در جدول ۱ ارایه شده است. محاسبه نسبت شانس با حدود اطمینان ۹۵ درصد نشان داد که خشونت فیزیکی با سن و سن ازدواج زن،

جدول ۲- شیوع انواع خشونت به تفکیک سن، سطح سواد و وضعیت روانی همسران (مردان)

هر نوع خشونت	خشونت جنسی	خشونت روانی	خشونت فیزیکی	فراوانی	خصوصیات
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد (در صد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۵۴(۳۹/۷)	۱۴(۱۰/۳)	۴۴(۳۲/۴)	۳۲(۲۳/۵)	۱۳۶ (۷/۷)	<۲۵
۱۹۳(۴۱/۹)	۵۶(۱۲/۱)	۱۶۵(۳۵/۸)	۹۰(۲۰/۱)	۴۶۱ (۲۶/۳)	۲۵-۲۹
۳۹۴(۵۰/۴)	۹۴(۱۲/۰)	۳۳۷(۴۳/۱)	۱۵۴(۱۹/۷)	۷۸۲ (۴۴/۵)	۳۰-۳۹
۱۴۲(۵۰/۴)	۲۷(۱۰/۰)	۱۲۸(۴۵/۴)	۶۰(۲۱/۳)	۲۸۲ (۱۶/۱)	۴۰-۴۹
۴۹(۵۱/۶)	۵(۵/۳)	۴۳(۴۵/۳)	۲۳(۲۴/۲)	۹۵(۵/۴)	=>۵۰
۰/۰۱	NS	۰/۰۰۸	NS	-	Pvalue
۳۳(۵۵)	۱۴(۲۳/۳)	۳۲(۵۳/۳)	۱۶(۲۶/۷)	۶۰ (۳/۳)	بیسواد
۱۱۲(۵۲/۳)	۴۰(۱۸/۷)	۸۷(۴۰/۷)	۵۸(۲۷/۱)	۲۱۴ (۱۱/۸)	ابتدایی
۲۲۱(۴۸/۳)	۵۲(۱۱/۴)	۱۸۵(۴۰/۴)	۱۲۰(۲۶/۲)	۴۵۸ (۲۵/۴)	راهنمایی
۳۱۷(۴۸/۷)	۶۵(۱۰/۰)	۲۸۵(۴۳/۸)	۱۲۳(۱۸/۹)	۶۵۱ (۳۵/۹)	دیبرستان
۱۷۱(۴۰)	۲۸(۶/۵)	۱۵۰(۳۵/۰)	۵۰(۱۱/۷)	۴۲۸ (۲۳/۶)	دانشگاهی
۰/۰۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	-	Pvalue
۵۹(۶۵/۶)	۲۰(۲۲/۲)	۵۷(۶۳/۳)	۳۱(۳۴/۴)	۹۰ (۵)	سابقه دارد
۸۰۰(۴۶/۳)	۱۷۸(۱۰/۳)	۶۸۷(۳۹/۸)	۳۳۶(۱۹/۴)	۱۷۲۸ (۹۵)	بیماری روانی ندارد
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	Pvalue

جدول ۳- نسبت شانس و سطح معناداری انواع خشونت بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک

هر نوع خشونت	خشونت جنسی	خشونت روانی	خشونت فیزیکی	خصوصیات
۰/۹۷*(۰/۹۶-۰/۹۹)	۱/۰۱(۰/۹۹-۱/۰۳)	۰/۹۶*** (۰/۹۵-۰/۹۸)	۰/۹۷*(۰/۹۵-۰/۹۹)	سن
۱/۲۷*(۱/۱۱-۱/۴۵)	۱/۴۸*** (۱/۲۲-۱/۸)	۱/۱۹*(۱/۰۴-۱/۳۷)	۱/۱۴(۰/۹۷-۱/۳۴)	سواد زن
۱/۵۶*(۱/۱۳-۲/۱۵)	۱/۳۱(۰/۶۸-۲/۲۹)	۱/۵۰*(۱/۰۸-۲/۰۹)	۲/۴۵*** (۱/۵۰-۴/۰۱)	شغل زن
۱/۰۱(۰/۸۹-۱/۱۴)	۱/۰۸(۰/۹۰-۱/۳۰)	۱/۰۳(۰/۹۰-۱/۱۷)	۱/۲۳*(۱/۰۶-۱/۴۲)	سواد همسر
۱/۰۱(۰/۹۸-۱/۰۴)	۰/۹۵*(۰/۹۱-۰/۹۹)	۱/۰۲(۰/۹۹-۱/۰۵)	۰/۹۹(۰/۹۶-۱/۰۳)	سن ازدواج
۱/۴۰*(۱/۰۷-۱/۸۴)	۱/۸۳*(۱/۲۲-۲/۷۵)	۱/۱۳(۰/۸۵-۱/۵۱)	۲/۵۶*** (۱/۸۱-۳/۶۳)	قومیت
۱/۷۸*** (۱/۵۷-۲/۰۲)	۱/۲۷*(۱/۰۴-۱/۵)	۱/۹۰*** (۱/۶۷-۲/۱۷)	۱/۸۲*** (۱/۵۳-۲/۱۶)	شهر محل سکونت
۲/۰۷*(۱/۳۰-۳/۲۹)	۲/۲۷*(۱/۳۲-۳/۹۰)	۲/۵۸*** (۱/۶۲-۴/۰۸)	۱/۹۳*(۱/۲۰-۳/۱۱)	بیماری روحی همسر

سطح معناداری مدل رگرسیون: $P < 0.05$ ، $P < 0.01$ ، $P < 0.001$

بحث

همان‌طور که انتظار می‌رفت شیوع انواع خشونت در زنان با سطح تحصیلات کم‌تر از دبیرستان، بالاتر بود. نتایج بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که با افزایش سطح تحصیلات زنان، شیوع خشونت علیه آنان کاهش می‌یابد (۲، ۴، ۶، ۲۷ و ۳۰).

در مطالعه حاضر، شغل زن با تجربه هر نوع خشونت در هر زمان از زندگی مشترک دارای ارتباط معناداری بود. در مطالعات مختلف، تاثیر اشتغال زنان بر خشونت و شیوع بالاتر انواع خشونت در زنان خانه‌دار گزارش شده است (۲، ۸، ۲۹ و ۳۱). اسلاملو و همکاران نشان دادند که افزایش شیوع خشونت خانگی در زنان شاغل با طرح شکایت آنان همراه بوده است و علت این مسأله را شناخت بیشتر زنان شاغل از حقوق اجتماعی و قانونی مربوط به خود ذکر نموده‌اند (۳).

در این مطالعه، سابقه بیماری روحی در همسر با وقوع انواع خشونت خانگی ارتباط معناداری داشت. در مطالعه هرو و همکاران، ۹۰ درصد مردان مبتلا به بیماری‌های روانی، سابقه خشونت علیه همسر را گزارش نمودند (۳۲). همچنین در مطالعه هوارد و همکاران، شیوع خشونت خانگی در مردان مبتلا به مشکلات روانی ۶۰-۳۰ درصد بود (۳۳).

این مطالعه نشان داد که شیوع خشونت فیزیکی روانی و هر نوع خشونت در شهر دزفول، بالاتر از سه شهر دیگر می‌باشد. همچنین نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که قومیت، مستقل از متغیرهایی نظیر سطح سواد و شاغل بودن زن، ارتباط معناداری با تجربه خشونت فیزیکی و جنسی دارد. این ارتباط در مورد خشونت روانی یافت نشد. این درحالی است که بسیاری از مطالعات، همبستگی بین تجربه خشونت فیزیکی با خشونت روانی را گزارش نموده‌اند (۳۰ و ۳۴). عدم آشنایی فرد با معیارهای بدرفتاری روانی و تلقی متفاوت او در دسته‌بندی رفتارهای مرتبط با خشونت روانی و یا گزارش انواعی از خشونت (خشونت جسمی و جنسی) که به‌نظر قربانی مهم‌تر می‌باشد ممکن است علت این

در این مطالعه ۴۷/۳ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی ۴ شهر، حداقل یکی از انواع خشونت را در طی زندگی مشترک تجربه نموده بودند. نتایج این مطالعه مشابه سایر مطالعات است که جهانی بودن پدیده خشونت خانگی را در جوامع مختلف، علی‌رغم تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی تأیید می‌نماید (۲ و ۱۲).

در این مطالعه شیوع خشونت فیزیکی ۲۰/۲ درصد بود. سازمان جهانی بهداشت، شیوع خشونت فیزیکی در هر دوره از زندگی را بیش از ۲۰ درصد اعلام نموده است (۲۳). شیوع خشونت فیزیکی در تحقیقات کشور ما و سایر کشورها بین ۱۶-۳۶ درصد گزارش شده است (۲، ۴، ۶، ۸ و ۲۶-۲۴)؛ با توجه به تنوع جمعیت‌های مورد مطالعه (پزشکی قانونی، بخش اورژانس، درمانگاه زنان) و نوع مطالعات (مبتنی بر جمعیت، مقطعی و ...) و زمینه‌های متفاوت فرهنگی و اقتصادی اجتماعی، این دامنه گسترده دور از انتظار نمی‌باشد. شیوع خشونت روانی در این مطالعه ۴۱ درصد به‌دست آمد. شیوع این نوع خشونت در مطالعات مختلف با ادبیات متفاوتی (خشونت عاطفی، روانی، روانی کلامی و ...) ۴۳-۵۵ درصد گزارش شده است (۲، ۶ و ۲۷).

شیوع خشونت جنسی در این مطالعه ۱۰/۹ درصد بود که با نتایج برخی مطالعات (۲، ۲۷ و ۲۸) که شیوع این پدیده را بین ۱۲-۱۰ درصد گزارش نموده‌اند همخوانی داشته و با نتایج برخی دیگر از مطالعات که شیوع را بسیار کم‌تر (۲۹) یا بیشتر (۲) ذکر نموده‌اند مغایرت دارد. موانع فرهنگی در گزارش این نوع خشونت، نبود تعریف دقیق و مشخصی از آن و زمینه‌های متفاوت اجتماعی فرهنگی می‌تواند از عوامل مؤثر بر شیوع متفاوت باشد.

بر اساس نتایج رگرسیون لجستیک، سن، سواد و شغل زن، قومیت، شهر محل سکونت و سابقه بیماری روحی در همسر با تجربه هر نوع خشونت خانگی دارای ارتباط معنادار بود.

نتیجه دور از انتظار باشد.

مطالعات بسیار کمی در مورد ارتباط نژاد و قومیت با وقوع خشونت انجام شده است (۳۵).

مطالعات مشابهی نیز در کشور ما وجود ندارد که به مقایسه این پدیده در بین اقوام ایرانی پرداخته باشد.

اما برخی مطالعات تأثیر نژاد و قومیت را بر تجربه خشونت مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۶ و ۳۵). همچنین اطلاعات کمی در مورد شیوع خشونت خانگی در کشورهای عربی وجود دارد و در برخی مطالعات، قربانیان، اعمال خشونت را از جمله حقوق مردان می‌دانند (۳۶ و ۳۷).

این مطالعه شامل محدودیت‌هایی بود از جمله آن که جامعه مورد مطالعه (زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی) ممکن است نماینده زنان جامعه نباشند. حجم بالای نمونه و این واقعیت که بسیاری از زنان جهت دریافت خدمات مختلف به مراکز مراجعه می‌نمایند ممکن است به حل این مشکل کمک نموده باشد. همه نتایج این مطالعه بر اساس گزارش فرد (Self-report) می‌باشد بنابراین مشکلات ناشی از این نوع مطالعات را در بر دارد.

تعریف متغیرها به‌عنوان خشونت، به‌خصوص دسته‌بندی انواع خشونت ممکن است ایجاد اریب نماید. تعریف استاندارد در مورد انواع خشونت و رفتارهای مرتبط با هر نوع خشونت وجود ندارد. همچنین شیوع واقعی ممکن است بالاتر از نتایج حاصله باشد. عدم تمایل زنان به صحبت در این خصوص به دلایل فرهنگی و حفظ حرمت خانواده در این مسأله دخیل است.

در این مطالعه، وقوع خشونت در هر دوره از زندگی مشترک، ملاک قرار داده شد که اریب یادآوری ممکن

است در نتایج آن دخالت نماید. همچنین به دلیل مسایل فرهنگی، ما نتوانستیم رفتارهای مرتبط با خشونت جنسی را جداگانه پرسش و بررسی نماییم.

علی‌رغم محدودیت‌های ذکرشده، این اولین مطالعه گزارش‌شده با حجم نمونه بالا در مورد شیوع خشونت خانگی در این استان و شهرهای ذکرشده می‌باشد که خود می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت برنامه‌ریزی، غربالگری و ارجاع زنان با مشخص نمودن گروه‌های در معرض خطر فراهم نماید.

پیشنهاد می‌شود پرسشنامه‌ای استاندارد، مناسب فرهنگ‌های مختلف طراحی شده و تعاریف مشخص از رفتارهای مرتبط با هر نوع خشونت ارائه گردد. همچنین انجام مطالعات بیشتر در مورد تفاوت‌های قومیتی، طراحی مطالعات مبتنی بر جمعیت و برنامه‌ریزی جهت آموزش پرسنل بهداشتی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

شیوع انواع خشونت در ۴ شهر استان خوزستان بالا می‌باشد. نتایج مطالعه بر این نکته که خشونت خانگی در همه جوامع، بدون توجه به سطح سواد، وضعیت اقتصادی اجتماعی و قومیت رخ می‌دهد تأکید می‌نماید. شیوع بالای انواع خشونت در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی، اهمیت غربالگری روتین و ارجاع قربانیان خشونت را به‌عنوان اولویت بهداشتی مطرح می‌نماید.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری مسئولین مراکز بهداشتی و زنان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

1. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *Am Psychol* 1999; 54(1): 21-8.
2. 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.
3. Eslamlo HR, Boshehri B. [Partner violence and some related factors in attending medical legal center in Urmia city 2004 (Persian)]. *Urmia Medical Journal* 2006; 18(3): 554-61.
4. Nojomi M, Agae S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Arch Iranian Med* 2007; 10(3): 309-15.

5. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med* 2004; 2: 20.
6. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. [Prevalence of domestic violence in women attending health centers of Semnan, 2003 (Persian)]. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2004; 2(6):115-21.
7. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly* 2010;140: w13099.
8. Baktiary A, Omidbaksh N. [Comparison of Background and complication of domestic violence in Babol, 2001 (Persian)]. *Behbood Journal* 2003;7(4): 28-35.
9. Srkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28(3): 266-71.
10. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162(10):1157-63.
11. Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Public health. Violence against women. *Science* 2005; 310(5752): 1282-3.
12. Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 78 Suppl 1: S5-14.
13. Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med* 2000;19(4):270-5.
14. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Soc Sci Med* 2000;50(4):459-78.
15. Ghahari SH, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zarei-Dost E, Mohamadi-Aria AR. [Psychological health and domestic violence (Persian)]. *Medical Sciences Journal of Gorgan*. 2006; 8(4):58-63
16. Jahanfar S, Kamarudin EB, Sarpin MA, Zakaria NB, Abdul Rahman RB, Samsuddin RD. The prevalence of domestic violence against pregnant women in Perak, Malaysia. *Arch Iran Med* 2007;10(3):376-278.
17. Klap R, Tang L, Wells K, Starks SL, Rodriguez M. Screening for domestic violence among adult women in the united states. *J Den Intern Med* 2007; 22(5):579-84
18. Fourozan AS, Dejman M, Baradaran-Eftekhari M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers of Tehran (2002). *Arch Iran Med* 2007;10(3):295-300.
19. Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324(7332):274.
20. Krug EG, Mercy JA, Pahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339): 1083-88
21. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543):1260-9.
22. Garcia-Moreno C, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: World health organization; 2005
www.spc.int/hdp/index2.php?option=com_docman&task=doc
23. Hadley SM. How to screen for intimate partner violence. *Minn Med*. 2009; 92(8):41-45
24. John R, Johnson JK, Kukreja S, Found M, Lindow SW. Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. *BJOG* 2004;111(10):1128-32.
25. Yang MS, Yang MJ, Chou FH, Yang HM, Wei SL, Lin JR. Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors. *Int J Nurs Stud* 2006;43(1):21-7.
26. Sethi D, Watts S, Zwi A, Watson J, McCarthy C. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J* 2004;21(2):180-4.
27. Narimany M, Aghamohamadian HR. [Prevalence of domestic violence and related factors in families in Ardebil city (persian)]. *The Journal of fundamental J of Mental Health* 2005; 27(28):107-113
28. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri -Yazdy SA, Shojaie-Zadeh D. [Effect of domestic violence on mental health of women in Tehran (persian)]. *Journal of public health and institute of public health research* 2006; 4(2):25-44
29. Chandrasekaran V, Krupp K, George R, Madhivanan P. Determinants of domestic violence among women attending an human immunodeficiency virus voluntary counseling and testing center in Bangalore, India. *Indian J Med Sci* 2007;61(5):253-62.
30. Hemati R. [Prevalence of wife abuse and related factors in Islam Abad Zanjan 1382 (persian)]. *Journal of medical sciences university of Zanjan* 2005;13(20):36-43
31. Ghazizadeh A. Domestic violence: a cross-sectional study in an Iranian city. *East Mediterr Health J* 2005;11(5-6):880-7.

32. Heru AM, Stuart GL, Rainey S, Eyre J, Recupero PR. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry* 2006;67(1):23-9.
33. 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; 40(6): 881-93.
34. Murphy CM, O'Leary KD. Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(5): 579-82.
35. Lipsky S, Caetano R, Roy-Byrne P. Racial and ethnic disparities in police-reported intimate partner violence and risk of hospitalization among women. *Womens Health Issues* 2009; 19(2): 109-18.
36. Boy A, Kulczycki A. What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women* 2008; 14(1): 53-70.
37. Oyediran KA, Isiugo-Abanihe U. Perceptions of Nigerian women on domestic violence: evidence from 2003 Nigeria Demographic and Health Survey. *Afr J Reprod Health* 2005; 9(2): 38-53.