

بررسی مقایسه‌ای میزان خشونت خانوادگی تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۱

نادر آقاخانی^۱، احسان موسوی^۲، علی افتخاری^۳، سامره اقتدار^۴، عباس زارعی^۵، نرگس رهبر^۶، مریم مسگرزاده^۷، علیرضا نیکونژاد^{۸*}

تاریخ دریافت 1392/07/15 تاریخ پذیرش 1392/09/29

چکیده

پیش زمینه و هدف: خشونت خانوادگی تجاوز فیزیکی است که توسط یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر صورت می‌گیرد، و غالباً این خشونت از سوی مردان نسبت به زنان روا داشته می‌شود. گرچه در بسیاری از کشورهای جهان خشونت علیه زنان منع گردیده و افراد از ارتکاب به آن باز داشته می‌شوند، ولی واقعیت آن است که خشونت علیه زنان در پس شعائر، آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و اعتقادات پناه می‌گیرد و پنهان می‌شود. اعتیاد نیز یکی از معضلاتی است که امروزه نه تنها زندگی میلیون‌ها انسان را به خطر انداخته، بلکه خانواده آنان را نیز با مشکلات زیادی رو به رو ساخته است. در این پژوهش توصیفی و مقایسه‌ای، ۳۰۰ نفر از زنان مورد خشونت قرار گرفته (که ۳۹ نفر آنان دارای همسر معتاد بودند) بررسی شدند.

مواد و روش کار: جمع آوری اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های حاوی مشخصات فردی به روش مصاحبه حضوری انجام گردید. این پرسشنامه همچنین حاوی اطلاعات در مورد خشونت‌های فیزیکی، جنسی، اقتصادی و روانی-کلامی بود.

یافته‌ها: ۳۹ زن (۱۳ درصد) دارای شوهر معتاد بودند. میزان خشونت فیزیکی، جنسی و اقتصادی در زنانی که شوهر معتاد داشتند به ترتیب ۹۲/۳ درصد (۳۶ زن)، ۷۹/۵ درصد (۳۱ زن) و ۷۶/۹ درصد (۳۰ زن) و نیز در زنانی که شوهر معتاد نداشتند به ترتیب ۸۸/۹ (۲۳۲ زن)، ۷۱/۶ درصد (۱۸۷ زن) و ۸۸/۹ (۲۳۲ زن) بود. مشخص گردید که تفاوت میانگین کلی نمره‌های همسران معتادان و نامعتادان در خشونت تجربه شده و همچنین زیر آزمون‌های آن معنی‌دار است. همچنین این مطالعه نشان داد که به طور معنی‌داری خشونت فیزیکی ($P=0/042$) و خشونت اقتصادی ($P=0/036$) علیه زنان با شوهران معتاد بیشتر است. با این حال ارتباط معنی‌داری میان اعتیاد شوهر و خشونت جنسی وجود نداشت ($P=0/35$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به بالاتر بودن میزان خشونت تجربه شده در همسران افراد معتاد، تلاش بر پیشگیری از اعتیاد در افراد متأهل از جمله دقت در آزمایشات قبل از ازدواج و از بین بردن عوامل موجب اعتیاد از جمله فقر و بی‌کاری ضروری است. پژوهش‌های دیگر در مورد مداخلات مؤثر در رابطه با کاهش میزان اعتیاد از جمله آموزش و مشاوره‌های حمایتی و مداخله‌ای در این راستا قابل توصیه است.

کلید واژه‌ها: خشونت خانوادگی، همسر معتاد، غیرمعتاد، شهرستان ارومیه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره یازدهم، پی در پی 52، بهمن 1392، ص 907-917

آدرس مکاتبه: بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۴۴۵۹۱

Email: nikoonejad.anikoo@gmail.com

^۱ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه

^۴ مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۵ مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه

^۶ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۷ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۸ بیمارستان طالقانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

مقدمه

خشونت رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران از روی قصد و عمد می‌باشد. خشونت خانگی هرگونه عمل مبتنی بر جنسیت است که لزوماً یا احتمالاً به آسیب یا رنج جسمانی، جنسی یا روانی منجر بشود. گروهی از صاحب نظران دلیل این رفتار را ذاتی و فطری و گروهی دیگر آن را اکتسابی می‌دانند. خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و مرزهای فرهنگ، طبقه اجتماعی و اقتصادی، تحصیلات، قومیت و سن را در نوردیده است. گرچه در بسیاری از کشورهای جهان خشونت علیه زنان منع گردیده و افراد از ارتکاب به آن منع می‌شوند، ولی واقعیت آن است که خشونت علیه زنان در پس شعائر، آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و اعتقادات پناه می‌گیرد و پنهان می‌شود (۱).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سوء رفتار یا خشونت به استفاده عمدی از نیرو یا قدرت فیزیکی و یا تهدید بر روی دیگران اطلاق می‌شود که می‌تواند بدون آسیب ظاهری یا همراه با جراحت، آسیب روحی روانی، اختلال رشد، محرومیت‌های گوناگون و حتی مرگ باشد. به دلیل وقوع همسر آزاری جسمانی در محیط خصوصی خانواده و عدم تفکیک آن از ضرب و شتم و جدی نگرفتن موضوع توسط نظام قضایی و انتظامی کشورها، به سختی می‌توان به آمار دقیق، معتبر و موثقی در این زمینه دست یافت (۲). خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن به خاطر جنسیت خود، مورد اعمال زور و تزییع حق از سوی جنس دیگر واقع می‌گردد. چنانچه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و بین زن و شوهر باشد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود (۳). بر اساس آمار یونیسف احتمال می‌رود حداقل یک نفر از هر سه زن در جهان طی زندگی خود مورد ضرب و شتم واقع شده، مجبور به برقراری رابطه جنسی شده یا مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته است. سایر موارد جنبه‌های گسترده مشکلات زنان عبارت از: قاچاق زنان و دختران، اذیت و آزار آنان، قتل نوعروسان به دلیل نداشتن جهیزیه، قتل‌های ناموسی و قتل نوزادان دختر بود (۴).

در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است (۵). اگر چه ممکن است که هم زن و هم مرد مرتکب اعمال خشونت آمیز در خانواده گردند ولی تحقیقات نشان می‌دهند که زنان به میزان بیشتری مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند و به عبارت دیگر این آزار و خشونت با هدف به کنترل درآوردن و تسلط انجام می‌پذیرد. این مشکل در سطح گسترده‌ای در جهان علت جدی مرگ و یا ناتوانی زنان در سنین باروری و هم چنین بیماری‌های شدید و غیرقابل علاج می‌باشد (۶).

خشونت مردان علیه زنان ابعاد متعددی را شامل می‌شود که در این راستا می‌توان به خشونت فیزیکی یعنی آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک، ضرب و جرح با استفاده از دست یا ابزار دیگر، خشونت روانی (تهدید، تحقیر، سرزنش کلامی، فحاشی) خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زن، در انزوای اجتماعی قرار دادن، ممنوعیت ارتباط با دیگران) و خشونت جنسی اشاره نمود (۷).

بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم، زایمان‌های دردناک و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله می‌شود و از طرفی خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیش گیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز و بهداشت روانی دارد (۸). اعمال خشونت علاوه بر آسیب مستقیم در اثر ضربه‌های جسمی، بر بهداشت روانی و اعتماد به نفس زن لطمه می‌زند. حالاتی نظیر دردهای لگن خاصره، علائم سندرم روده تحریک پذیر، سردرد، بی خوابی، خستگی، افسردگی، الکلیسم و سوء مصرف مواد ناشی از این مشکل می‌باشد. شاید عوارض ناشی از خشونت علیه زنان در نوع آسیب‌های بدنی از خراش‌های کوچک و کوفتگی تا ناتوانی‌های مزمن و شوک‌های روحی، مهلک نباشد اما ممکن است در نوع قتل‌های عمدی یا آسیب‌های جان فرسا یا ایدز کشنده باشد (۹).

خشونت در زنان باردار نیز ممکن است دیده شود که باعث افزایش خطر بروز سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزادان کم وزن و به دنیا آوردن بچه مرده می‌گردد. هم چنین خشونت به صورت رفتاری اکتسابی از نسلی به نسل دیگر منتقل شده و انسجام خانواده را بر هم می‌زند. به عبارتی یادگیری خشونت توسط فرزندان و کاربرد آن در زندگی آتی خود نسبت به زن و همسر، فرار از خانه و یا مدرسه، افسردگی و اضطراب، گوشه گیری و انزواطلبی، شکایت از دردهای مختلف جسمی، مکیدن انگشت، جویدن ناخن، لکنت زبان، اعتیاد به مواد مخدر از تأثیرات منفی خشونت خانگی بر کودکان و نوجوانان در خانواده می‌باشد. از دیگر عواملی که در ایجاد خشونت دخالت دارند می‌توان به نگرش‌های اجتماعی در مورد خشونت، نگرش نسبت به زنان، نگرش نسبت به ازدواج و تشکیل خانواده و ناتوانی سازمان‌های رسمی برای کمک رسانی، ساختار مردانه سازمان‌های رسمی، نبود حمایت‌های اقتصادی، اجتماعی و ناآگاهی زنان از امکانات و ... اشاره کرد (۱۰).

عواقب منفی اجتماعی نیز نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ابتلا زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت، کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی - اجتماعی و بهداشتی می‌باشند (۱۱).

از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه داده شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب سازگاری درونی تعیین گردید. (آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۲).

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰۰ زن که به دلیل خشونت صورت گرفته بر روی آن‌ها جهت معاینه به این مرکز ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۲۷۷ نفر (۹۲/۳ درصد) ساکن شهر و ۲۳ نفر (۷/۷ درصد) ساکن روستا بودند. میانگین سنی این زنان $29/2 \pm 7/52$ سال و بالاترین و پایین‌ترین سن افراد مراجعه کننده به ترتیب ۴۷ و ۱۶ سال بود. ۲۷۶ نفر (۹۲ درصد) فاقد نسبت فامیلی قبل از ازدواج با همسر بودند و فقط ۲۴ نفر (۸ درصد) قبل از ازدواج نسبت فامیلی داشتند. همچنین ۳۳ نفر (۱۱ درصد) سابقه ازدواج قبلی داشتند ولی ۲۶۷ نفر (۸۹ درصد) فاقد چنین سابقه‌ای بودند. از این تعداد ۹ نفر (۳ درصد) بی سواد بودند و ۴۹ نفر (۱۶/۳ درصد) دارای سواد ابتدایی، ۸۰ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای سواد راهنمایی، ۱۱۳ نفر (۳۷/۷ درصد) دارای سواد دیپلم، ۴۱ نفر (۱۳/۷ درصد) لیسانس و ۸ نفر (۲/۷ درصد) نیز فوق لیسانس بودند. از نظر میزان تحصیلات شوهر، ۶ نفر (۲ درصد) بی سواد بودند و بقیه افراد درجاتی از سواد را داشتند که از این تعداد ۱۰۰ نفر (۳۳/۳ درصد) سواد ابتدایی، ۶۰ نفر (۲۰ درصد) سواد راهنمایی، ۹۸ نفر (۳۲/۷ درصد) سواد دیپلم، ۲۵ نفر (۸/۳ درصد) لیسانس، ۹ نفر (۳ درصد) نیز فوق لیسانس و ۲ نفر (۰/۷ درصد) دکترا بودند. ۴۷ نفر (۱۵/۷ درصد) از زنان و ۱۶۷ نفر (۵۵/۷ درصد) از شوهران دارای شغل ثابت بودند. به طور میانگین زنان $4/98 \pm 0/33$ نوبت در ماه مورد خشونت جسمی از جانب شوهران قرار می‌گرفتند. میانگین سن ازدواج زنان $21/5 \pm 6/51$ سال و بیشترین و کمترین سن ازدواج به ترتیب ۴۰ و ۱۲ سال بوده است. فاصله سنی با شوهر به طور متوسط $6/1 \pm 0/31$ سال و بیشترین و کمترین فاصله سنی به ترتیب ۲۴ و ۱ سال بوده است. فقط ۳۱ نفر (۱۰/۳ درصد) از زنان برای جبران مشکل یا دعوی فامیلی یا قبیل‌های تن به ازدواج داده بودند. شوهران ۵۷ نفر (۱۹ درصد) از زنان ازدواج مجدد داشته‌اند و در ۳۸ مورد (۱۲/۷ درصد) شوهر، همسر صیغه‌ای داشته است. ۲۷۱ نفر (۹۰/۳ درصد) از زنان اولین ازدواج، ۲۴ نفر (۸ درصد) ازدواج دوم و ۵ نفر (۱/۷ درصد) نیز ازدواج سوم خود را تجربه می‌کردند. ۲۳۱ نفر (۷۷ درصد) از مردان اولین مورد ازدواج، ۵۰ نفر (۱۶/۷ درصد) ازدواج دوم و ۱۹ نفر (۳/۳ درصد) نیز ازدواج سوم خود را تجربه می‌کردند. فقط در ۱۱ مورد (۳/۷ درصد) موارد سن زن بالاتر از سن مرد

منظور از خشونت در این مطالعه رفتاری بود که با قصد و نیت آشکار و یا پنهان برای وارد کردن آسیب فیزیکی، روانی، اجتماعی به فرد دیگر صورت می‌گیرد.

با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به این که اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده خشونت خانگی هنوز کافی نیست، پژوهش‌گران بر آن شدند با انجام این پژوهش در مورد میزان شیوع و انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه و بر اساس یافته‌های به دست آمده، مسئولان بتوانند نسبت به آموزش زنان و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه برای کاهش این مشکل اقدام نمایند. در این پژوهش، انواع خشونت شوهران علیه زنان و تأثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۹۱-۹۰ قرار گرفت تا اطلاعات بدست آمده بتواند جهت فرهنگ سازی برای تقویت جایگاه و ارزش‌های انسانی زنان، ارتقاء موقعیت اجتماعی زنان، ارتقاء سطح بهداشت و حقوق باروری در جامعه، آگاه سازی مردان نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تأثیرات منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده، استفاده از بستر ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در خانواده و سرانجام گسترش فرهنگ و تسهیلات مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر بر اساس منابع موجود بود که شامل مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش و سؤالات مربوط به انواع خشونت‌های روانی کلامی مانند توهین، فحاشی و تحقیر، جنسی مانند عدم توجه به نیازهای جنسی و آمادگی و لذت متقابل طرف مقابل، روش‌های غیر طبیعی، مقاربت بدون رضایت و آمادگی، اقتصادی مانند خرجی ندادن، محروم کردن همسر از درآمد خود، فیزیکی مانند ضرب و شتم به شدت به روش‌های مختلف مرتبط می‌شد. کلیه زنانی که مورد خشونت همسران خود قرار گرفته و با طرح شکایت در مراجع قضایی و انتظامی به این مرکز ارجاع شده بودند، طی یک سال بررسی شدند. واحدهای مورد پژوهش الزاماً از میان زنانی انتخاب شده بود که کاملاً هوشیار و آگاه بوده و تحت هیچ نوع درمان اختلالات روانی قرار نداشتند. نمونه‌هایی مورد پرسش قرار گرفتند که در صورت تمایل می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. یافته‌ها نیز کاملاً محرمانه بود و افراد مورد بررسی نیازی به اعلام نام خود نداشتند. اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از اعتبار صوری و محتوا استفاده تعیین شد. جهت بررسی از لحاظ روایی محتوا به ۱۰ نفر

بوده و در ۲۸۹ (۹۶/۳ درصد) موارد سن مرد بالاتر از سن زن بوده است. ۲۳۰ (۷۳/۷ درصد) نفر از زنان صاحب فرزند از شوهر خود بوده‌اند. ۳۸ زن (۱۲/۷ درصد) از روی اجبار تن به ازدواج داده بودند. در ۲۱۸ مورد (۷۲/۷ درصد) دختر و پسر هر دو تمایل به ازدواج داشتند و در ۵۹ مورد (۱۹/۷ درصد) این تمایل صرفاً از طرف پسر و در ۲۰ مورد (۶/۷ درصد) فقط دختر تمایل به ازدواج داشته است. ۳ نفر (۱ درصد) به این سؤال پاسخ نداده بودند.

مسکن ۹۹ نفر (۳۳ درصد) از نوع ملکی، ۱۵۰ نفر (۵۰ درصد) استیجاری بود و ۵۱ نفر (۱۷ درصد) نزد والدین خود زندگی می‌کردند. در ۶/۷ درصد موارد فرد دیگری با خانواده زندگی می‌کرد. ۸۲ زن (۲۷/۳ درصد) در دوران نامزدی یا آشنایی مورد خشونت توسط نامزد خود قرار گرفته بودند، همچنین ۷۸ زن (۲۶ درصد) توسط فرد دیگری در خانواده شوهر مورد خشونت قرار گرفته بودند.

طبق نظر افراد شرکت کننده روابط والدین شوهران در ۸۵ مورد (۲۸/۳ درصد) مطلوب، در ۱۸۳ مورد (۶۱ درصد) نامطلوب و در ۲۶ مورد (۸/۷ درصد) متوسط بوده است و روابط والدین زنان در ۱۵۲ مورد (۵۰/۷ درصد) مطلوب، در ۱۱۷ مورد (۳۹ درصد) نامطلوب و در ۲۵ مورد (۸/۳ درصد) متوسط بوده است. ۶ نفر (۲ درصد) نیز به این سؤال پاسخی نداده بودند.

۱۸۶ زن (۶۲ درصد) هیچ روشی برای مقابله با خشونت نداشتند و فقط سکوت اختیار می‌کردند. ۷۲ زن (۲۴ درصد) گریه می‌کردند، ۱۵ زن (۵ درصد) به منزل پدری پناه می‌بردند، شش زن (۲ درصد) گذشت می‌کردند و ۲۱ زن (۷ درصد) مقابله به مثل می‌کردند و شوهر خود را کتک می‌زدند.

۲۵۱ زن (۸۳/۷ درصد) اولین مراجعه به پزشکی قانونی، ۲۷ زن (۹ درصد) دومین مراجعه، ۲۰ زن (۶/۷ درصد) سومین مراجعه و در ۲ زن (۰/۷ درصد) هشتمین مراجعه به پزشکی قانونی بود.

۳ زن (۱ درصد) سابقه بیماری روانی داشتند که منجر به بستری شدن آن‌ها در بیمارستان شده بود در حالی که ۸ نفر (۲/۷ درصد) از شوهران سابقه بیماری روانی داشتند که در ۲ مورد منجر به بستری شدن در بیمارستان شده بود. فقط ۲ زن (۰/۷ درصد) قبل از ازدواج رابطه غیر مشروع داشتند و ۶۷ زن (۲۲/۳ درصد) با شوهر خود فرار کرده بودند.

۹۰ زن (۳۰ درصد) تمایل به ادامه زندگی داشتند و در تمامی موارد علت آن فرزندانشان بوده است. ۱۳۷ زن (۴۵/۷ درصد) از شوهر خود تنفر داشتند. ۱۵۹ زن (۵۳ درصد) اظهار داشتند که افراد خانواده شوهرشان در زندگی مشترک آن‌ها مداخله می‌کنند. ۹ زن (۳ درصد) ناپدری و ۲۰ زن (۶/۷ درصد) نامادری داشتند. ۱۲۸ زن (۴۲/۷ درصد) از حمایت خانواده برخوردار بودند.

سواد پدر زنان در ۱۵۵ مورد (۵۱/۷ درصد) بی‌سواد، ۸۰ مورد (۲۶/۷ درصد) سواد ابتدایی، ۳۰ مورد (۱۰ درصد) سواد راهنمایی، ۲۰ مورد (۶/۷ درصد) سواد دیپلم و در ۲۸ مورد (۹/۳ درصد) لیسانس بوده است. سواد مادر زنان در ۱۸۳ مورد (۶۱ درصد) بی‌سواد، ۶۳ مورد (۲۱ درصد) سواد ابتدایی، ۱۷ مورد (۵/۷ درصد) سواد راهنمایی، ۲۱ مورد (۷ درصد) سواد دیپلم و در ۳ مورد (۱ درصد) لیسانس بوده است.

مشکل نابرابری در ۳ مورد (۱ درصد) از جانب زن و در ۱۲ مورد (۳ درصد) از جانب شوهر بوده است. ۹۹ زوج (۳۳ درصد) قبل از ازدواج نسبت به همدیگر آشنایی داشتند. این مطالعه نشان داد که ۲۳۳ زن (۷۷/۷ درصد) اعتقاد دینی قوی، ۱۷ زن (۵/۷ درصد) اعتقادات دینی ضعیف و ۵۰ زن (۱۶/۷ درصد) اعتقاد دینی متوسط داشتند و ۲۸۸ زن (۹۶ درصد) حجاب متعارف و ۱۲ زن (۴ درصد) حجاب نامتعارف داشتند.

همچنین مشخص شد که ۸۸ نفر از شوهران (۲۹/۳ درصد) اعتقاد دینی قوی، ۱۹۳ مرد (۶۴/۳ درصد) اعتقادات دینی متوسط و ۱۹ مرد (۶/۴ درصد) اعتقاد دینی ضعیف داشتند.

اعتیاد به مواد مخدر در ۳۹ زن (۱۳ درصد) و ۴۲ شوهر (۱۴ درصد) وجود داشت. ۱۵۳ مرد (۵۱ درصد) نیز سیگار استعمال می‌کردند. ۹۹/۲ درصد زنان (۲۹۸ نفر) مورد خشونت روانی و کلامی به شکل‌های مختلف قرار می‌گرفتند. به طوری که فحاشی در ۷۷/۹ درصد موارد (۲۳۵ زن)، تحقیر کردن در ۷۴/۵ درصد موارد (۲۲۵ زن)، عکس‌العمل شدید موقع مخالفت در ۶۱/۳ درصد موارد (۱۸۴ زن)، تصمیم‌گیری بدون مشورت در ۶۸/۷ درصد موارد (۲۰۷ زن)، تهدید به طلاق در ۶۱/۳ درصد موارد (۱۸۵ زن)، مسخره کردن در ۶۴/۶ درصد (۱۹۵ زن)، عیب جویی در ۷۴/۴ درصد (۲۲۵ زن) و تهدید به ازدواج مجدد در ۶۷/۳ درصد (۲۰۳ زن) وجود داشته است.

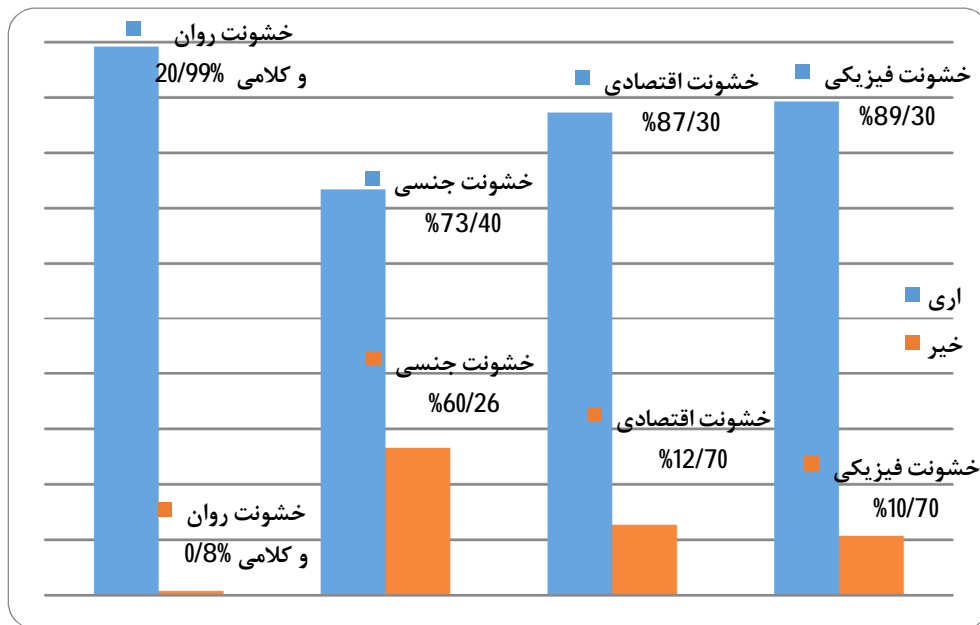
۷۳/۴ درصد زنان (۲۲۱ زن) مورد خشونت جنسی به اشکال مختلف قرار می‌گرفتند. به این صورت که توقع به ارضا در هر زمان در ۳۷/۳ درصد موارد (۱۱۲ نفر)، میل مفرط و خسته کننده جنسی در ۳۷/۷ درصد موارد (۱۱۳ زن)، رها کردن زن بعد از ارضا در ۵۷ درصد موارد (۱۷۱ زن)، توقع به ارضای میل جنسی از طرق غیرمعمول در ۳۸/۳ درصد موارد (۱۱۵ زن) و بی‌توجهی به تمایلات جنسی زن در ۵۰/۷ درصد موارد (۱۵۲ درصد) وجود داشته است.

۸۷/۳ درصد زنان (۲۶۲ زن) مورد خشونت اقتصادی قرار گرفته بودند. به طوری که مانع از استقلال مالی زن ۵۲ درصد موارد (۱۵۶ زن)، خرج کردن برای دیگران در ۴۵/۳ درصد موارد (۱۳۶ زن)، خست شوهر در ۳۰ درصد موارد (۹۰ زن)، کنترل

زن، خفه کردن در ۵۷ درصد (۱۷۱ زن)، کتک زدن با وسیله در ۵۷ درصد موارد (۲۱۲ زن)، هل دادن و پرت کردن در ۷۰/۷ درصد موارد (۲۱۲ زن)، مشت و لگد زدن در ۸۰ درصد موارد (۲۴۰ زن) و پیچاندن دست و کشیدن مو در ۶۵ درصد موارد (۱۹۵ زن) وجود داشته است (نمودار شماره ۱).

وسواس گونه مخارج زن توسط شوهر در ۳۷/۳ درصد موارد (۱۱۲ زن) و دریافت اجباری در آمد همسر توسط شوهر در ۱۱/۳ درصد موارد (۳۴ زن) وجود داشت. لازم به ذکر است تعداد زنان شاغل ۵۶ نفر بود.

۸۹/۳ درصد زنان (۲۶۸ زن) مورد خشونت فیزیکی به اشکال مختلف قرار گرفته بودند. سیلی زدن در ۷۸ درصد موارد (۲۳۴)



نمودار شماره (۱): خشونت‌های صورت گرفته بر روی زنان

ارتباط معنی‌داری میان مسن تر بودن زن از شوهر و خشونت فیزیکی ($P=0/34$) و خشونت اقتصادی ($P=0/19$) وجود ندارد. نتایج این مطالعه نشان داد که زمانی که سن مرد بیشتر باشد خشونت جنسی به طور معنی‌داری بیشتر است ($P=0/042$).

ارتباط معنی‌داری میان فرار زن با شوهر و خشونت فیزیکی ($P=0/97$)، خشونت اقتصادی ($P=0/83$) و خشونت جنسی ($P=0/13$) بدست نیامد.

با اینکه در زنانی که از حمایت خانواده برخوردار نیستند بیشتر مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند ولی هیچ ارتباط معنی‌داری میان این دو وجود ندارد ($P=0/25$). همچنین هیچ ارتباط معنی‌داری میان حمایت خانواده و خشونت اقتصادی ($P=0/67$) و خشونت جنسی ($P=0/78$) وجود ندارد.

این مطالعه نشان داد که خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری در افرادی که قبل از ازدواج با شوهر خود آشنایی داشتند کم‌تر است ($P=0/12$). با این حال هیچ ارتباط معنی‌داری میان آشنایی

دیگر نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که هیچ ارتباط معنی‌داری میان محل سکونت و خشونت فیزیکی ($P=0/42$)، خشونت اقتصادی ($P=0/57$) و خشونت جنسی ($P=0/58$) وجود ندارد.

هیچ ارتباط معنی‌داری میان ارتباط فامیلی قبل از دواج و خشونت فیزیکی ($P=0/38$) و خشونت اقتصادی ($P=0/52$) وجود ندارد. با این وجود خشونت جنسی در زنانی که ارتباط فامیلی قبل از ازدواج نداشتند به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P=0/03$).

به طور معنی‌داری خشونت فیزیکی زمانی که مرد فاقد شغل ثابت است، بیشتر می‌باشد ($P<0.01$). با این حال ارتباط معنی‌داری میان شغل ثابت مرد و خشونت اقتصادی ($P=0/147$) و خشونت جنسی ($P=0/48$) وجود ندارد.

هیچ ارتباط معنی‌داری میان ازدواج اجباری برای حل مشکل یا دعوای فامیلی یا قبیله‌ای و خشونت فیزیکی ($P=0/93$)، خشونت اقتصادی ($P=0/96$) و خشونت جنسی ($P=0/312$) وجود ندارد.

قبل از ازدواج و خشونت اقتصادی ($P=0/36$) و خشونت جنسی ($P=0/64$) وجود ندارد.

اگرچه خشونت فیزیکی در زنانی که حجاب متعارف داشتند بیشتر از زنانی بود که حجاب نا متعارف داشتند ولی ارتباط معنی داری میان حجاب و خشونت فیزیکی بدست نیامد ($P=0/21$). همچنین ارتباط معنی داری میان حجاب و خشونت اقتصادی وجود ندارد ($P=0/178$). با این حال مشخص شد در زنانی که حجاب متعارف دارند خشونت جنسی به طور معنی داری بیشتر است ($P=0/02$).

این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری میان مصرف مواد مخدر توسط شوهر و خشونت فیزیکی ($P=0/042$) و خشونت اقتصادی ($P=0/036$) وجود دارد. با این حال ارتباط معنی داری میان اعتیاد شوهر و خشونت جنسی وجود ندارد ($P=0/35$).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که خشونت فیزیکی به طور معنی داری در زنانی که شوهر آنها از سواد کمتری برخوردارند بیشتر است ($P=0/001$). اگرچه در شوهران کم سواد خشونت های اقتصادی و جنسی بیشتر است ولی ارتباط معنی داری میان سطح سواد شوهر با خشونت جنسی ($P=0/217$) و خشونت اقتصادی ($P=0/07$) وجود ندارد.

خشونت فیزیکی در زوج هایی که منزل ملکی نداشتند به طور معنی داری بیشتر است ($P=0/011$). ارتباط معنی داری میان نداشتن منزل ملکی با خشونت جنسی ($P=0/21$) و خشونت اقتصادی ($P=0/11$) وجود نداشت ولی در این مورد نیز خشونت جنسی و اقتصادی بیشتر است.

در مردانی که ایمان قوی نداشتند به طور معنی داری خشونت جنسی ($P=0/033$) و خشونت فیزیکی ($P=0/021$) بیشتر بود. همچنین خشونت اقتصادی نسبت به زنان در این مردان بیشتر بود ولی ارتباط معنی داری در این مورد بدست نیامد ($P=0/95$).

همچنین در این مطالعه مشخص شد که هیچ ارتباط معنی داری میان سن ازدواج و خشونت فیزیکی ($P=0/43$)، خشونت اقتصادی ($P=0/45$) و خشونت جنسی ($P=0/433$) وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هرچند مسئله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده ای در کلیه کشورهای جهان دارد، اما به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا کم شماری، آمار دقیقی از آن در دست نیست (۱۲) خود زنان نیز در این مشکل آماری دخیل هستند چرا که حاضرند سال ها چنین مشکلی را بدوش بکشند ولی به خود جرئت نمی دهند درباره آن، با کسی گفتگو کنند (۱۳). لذا به نظر می رسد میزان واقعی خشونت ها

بیشتر از ارقام گزارش شده باشد در تحقیقی. در بین خانواده هایی که در سطح تحصیلات پایین هستند بیشترین خشونت ها گزارش شده است و با افزایش سواد زن و مرد از میزان آن کاسته می شود. همچنین شاغل بودن زن و افزایش درآمد خانوار نیز در کاهش خشونت ها مؤثر است (۱۴). دریک بررسی عکس العمل شدید مردان در مواقع مخالفت، تصمیم گیری بدون مشورت و محول کردن مسئولیت و کار فرزندان به زن به عنوان شایع ترین خشونت های کلامی - روانی گزارش شده است که در مجموع میزان آن نزدیک به دو برابر نتایجی است که در مطالعات قبلی بدست آمده است (۱۵) از طرف دیگر اندکی بیش از ۵ درصد زنان خشونت های فیزیکی شوهرانشان را گزارش کرده اند که کمتر از نصف گزارشات جهانی است. در صورتی که در مطالعات مختلف خشونت های فیزیکی را به عنوان بارزترین نوع خشونت علیه زنان در دنیا مطرح کرده اند (۱۶). بررسی انجام شده اعزازی در ارتباط با عوامل اجتماعی روانی پرخاشگری، نقش سطح تحصیلات، درآمد، اشتغال و بهداشت فردی را در اعمال خشونت در خانواده ها مؤثر می داند (۱۷).

تحقیق دیگری توسط استراوس و همکاران با عنوان پشت درهای بسته: خشونت در خانواده های آمریکایی انجام گرفته که بر اساس نتایج این بررسی ۱۶ درصد از افراد نمونه اظهار داشته اند که در طول یک سال انواع خشونت فیزیکی را تجربه کرده اند و ۳۸ درصد زنان نیز اظهار نموده اند که در طول زندگی مشترکشان از جانب شوهر خشونت دیده اند (۱۸).

در نتایج تحقیقی نیز میزان شیوع همسر آزاری ۲۷ درصد گزارش شده که در ۱۹ درصد آنان همسر آزاری همچنان ادامه دارد (۱۹).

در همین راستا، نتایج تحقیقاتی نیز مؤید این مطلب است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین، بی کاری و مشکلات اقتصادی، با درصد بالاتری از همسر آزاری همراه بوده است و زنانی که شوهرانشان بی کار و در سطح تحصیلی زیر دیپلم قرار گرفته بودند، به میزان بیشتری تجربه خشونت مالی، کلامی و فیزیکی را داشتند و مشخص گردید که خشونت فیزیکی و مالی با متغیرهای سطح تحصیلات زنان و سطح سواد همسران ارتباط معنی دار و معکوسی داشته است؛ به عبارتی هرچه سطح تحصیلات زوجین بالاتر بوده است، از میزان خشونت فیزیکی و مالی کاسته شده است. مشخص گردیده است که زنان با تحصیلات بالاتر کم تر از آزار توسط همسر شکایت کرده اند، که می تواند به علت مطالعات و آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیش تر برای مشارکت و فعالیت اجتماعی زنان باشد. از طرف دیگر در رابطه با متغیر سن ازدواج زنان نیز مشخص گردید که بیش ترین افرادی که خشونت مالی، فیزیکی و کلامی را تجربه کرده اند، در سنین کمتر از ۱۵ سال

۶۳ درصد گزارش گردید که بسیار کمتر از موارد مشاهده شده در مطالعه حاضر می‌باشد.

میانگین سنی زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر $29/2 \pm 7/52$ سال بود که عمدتاً در رده‌های سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بودند. به طور مشابه، محققانی نیز (۲۹،۲۸) مشاهده کردند که بیشتر افراد تحت خشونت و همسرآزاری بین گروه‌های سنی ۲۹-۳۰ سال قرار داشتند.

به عنوان پیامد آزار، زنان کتک خورده طیف وسیعی از علائم آسیب شناسی روانی و مشکلات جسمانی درازمدت را تجربه می‌کنند. افسردگی، اختلال استرس پس از ضربه، جسمانی کردن و سوء مصرف مواد از یک سو و احساس بی کفایتی و فقدان عزت نفس و خشونت خصمانه از سوی دیگر، پیامدهای خشونت نسبت به زنان است (۳۰). در مطالعه حاضر نیز به طور مشابه مشاهده شد که ۷ درصد زنان مقابله به مثل می‌کردند و شوهر خود را کتک می‌زدند. ۳ زن (یک درصد) سابقه بیماری روانی داشتند که منجر به بستری شدن آن‌ها در بیمارستان شده بود. همچنین در ۱۳ درصد از زنان اعتیاد به مواد مخدر وجود داشت.

به طور مشابه محققانی (۳۱) به سابقه بیماری‌های روانی در قربانیان خشونت اشاره داشته‌اند. در پژوهشی پیرامون اختلالات روانی در زنان مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم همسرانشان قرار گرفته بود گزارش داده شد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان کتک خورده بیش‌تر از زنان عادی است (۳۲).

خشونت‌های خانوادگی به انواع مختلفی تقسیم می‌گردند که شایع‌ترین آن‌ها خشونت فیزیکی می‌باشد که از این بین ضرب و شتم زنان شایع‌ترین یافته می‌باشد. در تحقیقی نیز مشخص شد که ضرب و شتم زنان توسط شوهرانشان در ۵۷ کشور از ۷۱ کشور مورد مطالعه انجام می‌گرفته و امری بسیار معمول و رایج تلقی می‌شده است (۳۳). در مطالعه حاضر مشاهده شد که شایع‌ترین حالت خشونت فیزیکی مشت و لگد زدن، سیلی زدن، هل دادن و پرت کردن، پیچاندن دست و کشیدن مو، خفه کردن و کتک زدن با وسیله بود. به طور مشابه در مطالعه رویکار و پاتینیدی در هند به ترتیب سیلی زدن، هل دادن و کتک زدن شایع‌ترین آزارهای فیزیکی بودند. کشیدن مو و کتک زدن با وسیله از شیوع کمتری برخوردار بودند (۳۴).

فروزان و همکارانش در مطالعه خود مشاهده کردند که ۷۴ درصد زنان قربانی همسر آزاری دارای سطح تحصیلات پایینی بودند (دبیرستان و کمتر) (۲۸). ارتباط بین سطح تحصیلات پایین و خشونت همسر همچنین توسط تحقیقی گزارش شده است (۳۵). در این مطالعه ۶۶ درصد زنان با تحصیلات پایین بودند. در مطالعه

ازدواج نموده بودند. این متغیر با خشونت فیزیکی و مالی رابطه معنی‌دار و معکوسی داشته است. به عبارتی هرچه ازدواج در سنین پایین‌تر صورت گرفته، تجربه خشونت فیزیکی و مالی بیش‌تر بوده است. (۲۰).

متأسفانه خشونت خانوادگی مشکلی است که در سطح گسترده با عدم شناسایی صحیح و به موقع مواجه می‌باشد. تخمین زده شده است که فقط ۳ درصد از موارد خشونت خانوادگی توسط افراد تیم بهداشت و درمان، شناسایی می‌شود و متأسفانه آنان در مواجهه با این گونه مددجویان به طرز اطمینان بخشی عمل نمی‌نمایند (۲۱).

در مطالعه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده است، میزان شیوع آن به طور کل از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است. بر اساس مطالعات مقدماتی که در خصوص میزان وقوع خشونت خانوادگی در کشور ما انجام شده، نرخ همسر آزاری و بدرفتاری با زنان در طیفی از ۳۰ تا ۸۰ درصد برآورد شده است (۲۲،۲۳). خشونت خانوادگی در تمام سنین، جنسیت‌ها، قومیت‌ها، زمینه‌های آموزشی و گروه‌های اقتصادی - اجتماعی رخ می‌دهد و تا کنون مطالعات قابل توجهی در زمینه شناسایی و فهم انواع مختلف بد رفتاری با اعضای خانواده و افراد صمیمی در کشورهای مختلف صورت گرفته و یافته‌های متنوعی ارائه داده‌اند (۲۴،۲۵).

قربانیان خشونت خانوادگی که اکثریت قریب به اتفاق آن‌ها زن هستند، اغلب مورد تهدیدهای جانی، تجاوز جنسی و محرومیت اقتصادی قرار می‌گیرند و به کودکان و متعلقات آن‌ها صدمات زیادی وارد می‌شود. اثبات وجودی این سیستم کنترل، امری بس مشکل است و اغلب از چشم افراد بیرون از خانواده پوشیده می‌ماند، چرا که قربانیان آن، به واسطه ترس از انتقام جویی، شهادت بازگویی آن را برای هیچ‌کس ندارند. این گونه رفتارها اغلب به گونه‌ای توسط فرد متخاصم انتخاب و طراحی می‌شوند تا بتوانند فرد دیگر را تحت سلطه و کنترل نگاه دارند. به عبارت دیگر، فرد متجاوز از کنترل خارج شده و درصدد کنترل کردن دیگری است (۲۶).

در مطالعه حاضر نیز که بر روی ۳۰۰ زن مراجعه کننده به پزشکی قانونی با شکایت زن آزاری و آزار شوهر مراجعه کرده بودند، پهنه وسیعی از خشونت مشاهده گردید، به طوری که خشونت روانی و کلامی در ۹۹/۲ درصد، خشونت فیزیکی در ۸۹/۳ درصد، خشونت اقتصادی در ۸۷/۳ درصد و خشونت جنسی در ۷۳/۴ درصد از زنان گزارش گردید. طی مطالعه‌ای در ترکیه (۲۷)، خشونت روانی و کلامی در ۵۴/۵ درصد، خشونت فیزیکی در ۳۰/۴ درصد، خشونت اقتصادی در ۱۹/۳ درصد و خشونت جنسی در

شدن روابط زناشویی و کاهش حمایت اجتماعی منجر به افزایش خشونت جنسی نسبت به زنان شده است (۲۷).

در مطالعه حاضر همچنین مشاهده شد که خشونت فیزیکی به طور معنی داری در مردان فاقد شغل ثابت، زنان بدون آشنایی قبلی قبل از ازدواج، مصرف مواد مخدر همسر، سواد پایین همسر، نداشتن منزل شخصی و مردان بدون ایمان قوی بیشتر بود. همچنین ارتباط معنی داری میان مصرف مواد مخدر توسط شوهر و خشونت اقتصادی وجود داشت. همچنین مشاهده شد که خشونت فیزیکی به طور بارزی با بی وفایی مرد، مصرف الکل، مشاهده خشونت در کودکی و مشاخره مداوم مرد با دیگر مردان بیشتر می باشد (۴۳). در مطالعه‌ای نیز بدتر شدن روابط زناشویی، سابقه مواجهه مرد با خشونت خانوادگی در کودکی منجر به افزایش خشونت فیزیکی شده بود (۲۷).

پیشنهادهات

با توجه به نتایج به دست آمده در مورد اثرات سوء روانی و جسمی و اجتماعی ناشی از خشونت‌ها و شعارسازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت دادن به سلامت اقرار آسیب پذیر از جمله زنان تحت خشونت، ایجاد حمایت‌های اجتماعی برای زنان در برابر خشونت همسر و بستگان مثل ایجاد مکان‌های امن و حمایتی مناسب برای قربانیان، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، بررسی علل و عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت‌های خانگی و حذف یا کاهش این عوامل، آگاه ساختن زنان در مورد حقوق شرعی و قانونی خود در خانواده و جامعه و ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و کاهش تبعیض‌های جنسیتی می‌تواند در کاهش مشکلات مفید باشد.

انجام پژوهش‌های گسترده‌تر جهت شناخت علل این صدمات با توجه به جو حاکم بر جامعه و تصویب قوانین کارآمد در پیشگیری و کاهش این مشکل قابل توصیه است.

References:

1. Motamedi M. Protection of women against violence, penal policy in England. Tehran: Barge Zeytoon Publication;2001.
2. Women in transition 'Regional monitoring Repot.UNICEF, Florence: Date of Publication;1999.
3. Health aspects of violence against women. Geneva :WHO;2001.

حاضر نیز میزان انواع خشونت در زنان با سواد پایین تر بیشتر بود، با این حال تفاوت موجود از نظر آماری معنی دار نبود.

وضعیت اجتماعی اقتصادی نیز به عنوان یک عامل ساختاری در بروز خشونت مؤثر شناخته شده و شیوع خشونت در خانواده‌های کم درآمد بیشتر از وقوع در خانواده‌های مرفه است. اشتراوس در یک تحقیق نشان داد که احتمال وقوع خشونت نسبت به زنان در خانواده‌هایی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند، ۵۰ درصد بیش‌تر از احتمال وقوع آن در خانواده‌های متمول است (۳۶،۳۷). پژوهش‌های اشتراوس، کافمن و اشتراوس و سوگرمن و هوتالینگ (۳۸-۴۰) نشان داده شد که عواملی مثل زمینه‌های فرهنگی پذیرش خشونت، سکونت بد، مصرف مواد مخدر و بیماری‌های روانی می‌تواند زمینه ساز آن باشند و به تشدید خشونت بیانجامد. در مطالعه‌ای مشخص شد که متغیرهایی چون وابستگی اقتصادی زنان، تجربه و مشاهده خشونت توسط همسران در دوران کودکی و ضعف حمایت‌های اجتماعی در جامعه و خانواده از زنان، ۶۲ درصد از تغییرات خشونت علیه زنان را تبیین می‌کنند. به علاوه ضعف حمایت خانوادگی و اجتماعی از زنان بیشترین نقش را در تبیین خشونت علیه زنان داشته است (۴۱). در مطالعه‌ای نیز بیان شد ارتباط معنی داری میان خشونت خانوادگی و عقاید و باورهای نادرست فرهنگی و نیز شاهد خشونت بودن در دوران کودکی وجود دارد (۴۲).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که خشونت جنسی در زنانی که ارتباط فامیلی قبل از ازدواج نداشتند، در موارد با سن شوهر بالا، زنان با حجاب متعارف، و مردان با ایمان ضعیف به طور بارزی بیشتر بود. در بررسی در کشور هند مشاهده شد که خشونت جنسی ارتباط بارزی با سن پایین شوهر و سطح تحصیلات پایین وی، و استقلال اقتصادی زن داشت (۴۳). در مطالعه‌ای نیز مشاهده شد که کاهش درآمد خانوادگی، افزایش خشونت اقتصادی، بد تر

4. Ahmadi N, The Second Sex. 1st ed. Tehran: Tosee Pub;2000. (Persian)
5. Carlson K. Psychological Health in Women. 1st ed. Massachusetts: Harvard University Press; 2000.
6. Rafeefar S. Violence against women. Tehran: Tandis Pub;2001.
7. Kleinke CL. Coping with life challenges. Long Grove, IL: Waveland Press; 2002.

8. Kardoani A. Child and adolescent reaction against domestic violence and the need for their support. *J Forensic Medicine* 2000;74.
9. Aslani M. Domestic violence against women. *J Women's Rights* 2000;3(2):22-4. (Persian)
10. Rieters J. Contemporary sociological theories. Translated by Salasi M. Tehran: Amirkabir Co;2000.
11. Faculty of Law and Political Science at Tehran University. Workshop Report on the Elimination of Violence against Women. Tehran; 2009.
12. Etienne G, Kruly Linda L, Dahlberg J. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
13. United Nations Special Rapporteur on Violence against Women [Internet]. 1995. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/news/unwvaw.html>
14. Kar M. Research on Violence Against Women in Iran. Tehran: Roshangaran Co;2001.
15. Shahni M. The relationship between demographic factors and violent husbands. *J Educ Psychol* 1997; 4(2).
16. Kojuri M. Abuse during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery* 2002; 4:31-2.
17. Ezazi S. Sociology of the Family. Tehran: Nashre Roshangaran.co;2007.
18. Gelles RJ, Straus MA, Harrop JW. Has Family Violence Decreased. *J Marriage Family* 1985; 50:286-91.
19. Emami M. Distribution of all types of abuse in Arak. Proceedings of the National Conference on Family Health. Arak: Arak University of Medical Sciences; 2001. (Persian)
20. Inanloo M. et couples profile and its association with type and severity of wife abuse in women. *Quarterly Nurs* 2000; 13(26): 57-65. (Persian)
21. Behnam B. Assess the prevalence of domestic violence in women attending health centers - hospitals of Semnan city in 2003. *J Medicine* 2004; 6(2):115-9.
22. Shams H , Emami Poor S. (1382). Assess the prevalence of wife abuse and its influencing factors. *J Women* 2003; 1(5): 59-82.
23. Maffei M. Psychological characteristics of perpetrators of domestic violence. (Dissertation). University of Zahra, Department of Educational and Psychological Sciences; 2003. (Persian)
24. Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RG. Family violence across the lifespan: An introduction. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.
25. Gelles RJ. Contemporary families: a sociological view. Sage; 1995.
26. Schechter S, Ganley D. Women and Male Violence: The Visions and Struggles of the Battered Women's Movement. Boston: South End Press; 1995.
27. Güleç Öyekçin D, Yetim D, Şahin EM. Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. *Turk Psikiyatri Derg* 2012;23(2):75-81.
28. 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.
29. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763-7.
30. Berg Alfred O. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement *Annals of Family Medicine* 2004; 2: 156-60.
31. Rabie Mohamed Seif, Ramezani F, Nadia Zainab. Violence and the factors that affect. *J Women* 2002; 4.
32. Maleki Larstafy A. Research about mental disorders in women beaten. Mashhad:

- Proceedings of the 2nd congress of family pathology; 2006. (Persian)
33. Broude GJ, Greene SJ. Cross-cultural codes on husband-wife relationship. *Ethnology* 1983; 22: 263-80.
34. Ruikar MM, Pratinidhi AK. Physical wife abuse in an urban slum of Pune, Maharastra. *Indian J Public Health* 2008;52(4):215-7.
35. Coker AI, Eugene RC, Fadden MK, Smith PH. Physical partner violence and Medicaid utilization and expenditures. *Public Health Rep* 2004; 119: 557-67.
36. Straus MA. (1980) Victims and aggressors in marital violence. *Am Behav Sci* 1980; 23: 681-704.
37. Hutchison IW, Hirschel JD, Pesackis CE. Family violence and police utilization. *J Vio & Vic* 1994; 9: 299-313.
38. Kaufman GK, Straus MA. Response of victims and the police to assaults on wives. In M. A. Straus. R. J. Gelles (Eds.). *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Books; 1990. P.756-66.
39. Straus MA. Physical assaults by wives a major social problem. In R.J. Gelles. D.J. Loseke (Eds.). *Current controversies on family violence* Newbury Park, CA: Sage; 1993. P.67-87.
40. Sugarman DB, Hotaling GT. Dating violence: Prevalence, Context, and risk markers. In M. A. Pirog-Good. J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationship: Emerging social issues*. New york: Praeger; 1989. P.3-32.
41. Khani S, Adhami J, Hatami Ali, Benny J. Investigation of domestic violence among families Dehgolan City, with an emphasis on violence against women. *Sociology of Youth Studies* 2010; 1(3):67-90.
42. Pournaghash. Investigate the prevalence of domestic violence in families. *Bimonthly scientific - control research, the twelfth year of a new era*. Tehran; 2005.
43. Hayati EN, Högberg U, Hakimi M, Ellsberg MC, Emmelin M. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *BMC Womens Health* 2011; 11:52.

A STUDY ON THE DOMESTIC VIOLENCE IN WOMEN WITH ADDICTED AND NON-ADDICTED HUSBANDS REFERRED TO FORENSIC CENTER OF URMIA, IRAN

Aghakhani N¹, Mosavi E², Eftekhari A³, Eghtedar S⁴, Zareei A⁵, Mesgarzadeh M⁶, Rahbar N⁷, Nikoonajaz AR^{8}*

Received: 8 Oct, 2013; Accepted: 20 Nov, 2013

Abstract

Background & Aims: Violence against women is a phenomenon in which women are violated because of their sex, and it causes many expenses and somatic complications to them. Violence against women is hidden in the rites, cultural traditions, social norms and beliefs. Addiction is one of the problems that not only endanger the lives of millions of persons, but also their families have to face a lot of problems. In this research, the role of addiction in the amount of domestic violence experienced by women married to addicted and non-addicted husbands in Urmia City was studied.

Materials & Methods: 296 women who referred to the forensic medical center in Urmia city were studied by a questionnaire that its content validity validated by experts and the members of the scientific board and was tested by some of the women who referred to forensic medicine center.

Results: 89.3% women (268) were violated. 13% (39) of them had an addicted husband. Physical, sexual, economic violence in women with addicted husband were 92.3 percent (36 women), 79.5 percent (31 women) and 76.9 percent (30 women), and in women with non addicted husband were 88.9 (232 women), 71.6 percent (187 women) and 88.9 (232 women), respectively. It was found that the difference in mean scores against wives of addicted men and violent experience is significant. The study also showed a significant relationship between physical violence ($p=0.42$) and economic violence ($p=0.36$) in women with addicted husband. However, there was no significant association between sexual abuse and addiction in husband ($p=0.35$).

Conclusion: With regard to significant relationship between addiction and domestic violence, legal and health managers must screen these cases before marriage and establish supportive centers for women and help them against poverty and unemployment. Research must be done to study the causes of domestic violence and to solve them for better conditions. More support and intervention to reduce drugs is recommended.

Keywords: Domestic violence, women, forensic Medicine center, Urmia, Iran

Address: Taleghani Hospital, Faculty of Medical Sciences University

Tel: (+98)441-3444591

Email: nikoonejad.anikoo@gmail.com

¹ Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

² Tabriz University of Medical Sciences

³ Center of Legal Medicine, Urmia city

⁴ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁵ Center of Legal Medicine, Urmia city

⁶ Nursing in Imam Khomeini Hospital, Urmia University of Medical Sciences

⁷ Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

⁸ Taleghani Hospital, Faculty of Medical Sciences University. (Corresponding Author)