

بررسی شیوع سوء رفتار با همسر و برخی از عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اراک

اکرم بیاتی^۱؛ محسن شمس^۲؛ ابوالفضل محمدیگی^۳

چکیده

زمینه: خشونت علیه زنان یکی از معضلات اجتماعی است که تأثیری منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی، مانند سلامت مادران، تنظیم خانواده و بهداشت روان دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت و برخی از عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اراک انجام شده است.

روش‌ها: مطالعه مقطعی - تحلیلی حاضر، بر روی ۱۰۳۷ نفر از مادران شهر اراک انجام گردید. روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات جمعیت‌شناختی زن و شوهر، انواع سوء رفتار (جسمی، کلامی، عاطفی و مالی) و عوامل مؤثر در بروز سوء رفتار بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آنالیز واریانس و مجذور کای دو، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شایع‌ترین فرم سوء رفتار، به ترتیب سوء رفتار عاطفی (۶۴/۶٪)، کلامی (۵۷/۱٪)، مالی (۳۲/۳٪) و جسمی (۲۶/۸٪) بود. همچنین ارتباط معناداری بین بروز سوء رفتار و میزان تحصیلات، شغل، درآمد همسر، سابقه بیماری عصبی در زن یا شوهر، اعتیاد همسر و تعداد فرزندان مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بیشتر زنان مورد مطالعه، تحت تأثیر انواعی از سوء رفتار قرار داشتند. بنابراین می‌توان با افزایش آگاهی زنان متأهل، دختران و خانواده‌ها در خصوص عوامل مؤثر در بروز سوء رفتار، گامی در جهت کاهش و تعدیل عوامل مذکور برداشت.

کلیدواژه‌ها: شیوع، سوء رفتار با همسر، خشونت، شهر اراک

«دریافت: ۱۳۸۸/۳/۲۸ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۷»

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک.

۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.

۳. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم.

* **عهده‌دار مکاتبات:** اراک، سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پیراپزشکی، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۸۶۱۴۱۷۳۵۲۶

مقدمه

خشونت نسبت به زنان بیشتر است (۷). آزار و بدرفتاری که با هدف به کنترل درآوردن و تسلط طرف مقابل انجام می‌پذیرد، ۹۰ درصد نسبت به زنان، ۷-۸ درصد دوطرفه و ۲-۳ درصد نسبت به مردان گزارش شده است (۸).

این مشکل در سطح گسترده‌ای در جهان، علت جدی مرگ و ناتوانی زنان در سنین باروری و همچنین بیماری‌های شدید و غیر قابل علاج می‌باشد (۹). خشونت‌های خانگی، بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم، زایمان دردناک و تصادف، سبب از بین رفتن سلامت زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود (۱۰). از طرفی بدرفتاری و خشونت علیه زنان، تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت مادران، تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ایدز و بهداشت روانی دارد. اعمال خشونت، علاوه بر آسیب مستقیم در اثر ضربه‌های جسمی، بر بهداشت روان و اعتماد به نفس زن نیز لطمه می‌زند و باعث ایجاد مشکلاتی مانند دردهای لگن خاصره، علایم سندرم روده تحریک‌پذیر، سردرد، بی‌خوابی، خستگی، افسردگی، الکلیسم و سوء مصرف مواد می‌شود (۱۱). از دیگر عواقب منفی خشونت‌های خانگی، می‌توان به افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی (به دلیل ابتلای زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت) و کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان اشاره کرد (۱۲).

در بعضی از مطالعات، ارتباط معناداری بین بروز بدرفتاری نسبت به زنان و مشکلات اخلاقی و تربیتی (ویژگی‌های تربیتی خانوادگی فرد)، مشکلات اقتصادی، دخالت خانواده شوهر، سطح تحصیلات پایین زنان، فقر،

حدود نیمی از جمعیت دنیا را زنان تشکیل می‌دهند. زنان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیرند که بیش از سایر اقشار جامعه از نتایج وضع بد اقتصادی و اجتماعی رنج برده و سلامت آن‌ها در معرض خطر قرار دارد (۱).

از جمله مواردی که سلامت زنان را به خطر می‌اندازد خشونت‌های خانگی است. طبق تعریف انجمن زنان ناحیه آسیایی اقیانوس آرام، خشونت عبارت است از انجام هر عمل، خط مشی یا نگرشی که موجب آسیب روحی و جسمی شود (۲). این خشونت‌ها شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی-عاطفی، کلامی و جنسی است که تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان فرد و درک از خود بر جای می‌گذارد (۳).

شیوع این معضل بهداشتی اجتماعی که سالانه باعث ایجاد عوارض و تلفاتی در جهان می‌گردد متفاوت گزارش شده است. سازمان بهداشت جهانی شیوع خشونت را ۵۰-۲۵ درصد اعلام نموده است (۴). نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که بیش از ۱۲ میلیون نفر از زنان، در برهه‌ای از زندگی خود تجربه خشونت جسمی را داشته‌اند (۵). در ایران نیز بدرفتاری علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی بهداشتی است. بررسی‌های پزشکی قانونی نشان می‌دهد، در ۲/۵ سال گذشته از مجموع ۲ میلیون و ۲۵۳ هزار زن مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند، بیش از نیم میلیون نفر قربانی خشونت خانوادگی بوده‌اند (۶).

گرچه ممکن است هم زن و هم مرد در خانواده مورد خشونت قرار گیرند اما تحقیقات نشان می‌دهد که بروز

درون هر منطقه یک درمانگاه به صورت تصادفی برای نمونه‌گیری انتخاب شد. به این ترتیب، ۱۰ درمانگاه در سطح شهر برای مطالعه انتخاب شدند. سپس در هر درمانگاه، بر حسب جمعیت تحت پوشش، نمونه‌گیری به شیوه تصادفی انجام گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که با استفاده از منابع معتبر داخلی و خارجی تهیه و با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون‌سازی شد. این پرسشنامه از چهار بخش تشکیل شده است. بخش اول شامل مشخصات جمعیت‌شناختی مادران مورد مطالعه (سن، سن ازدواج، سابقه ازدواج قبلی، اختلاف سنی با همسر، تعداد فرزندان، سابقه بیماری جسمی و یا روحی، زندگی مستقل و یا همراه با خانواده، وضعیت محل سکونت و...) و مشخصات جمعیت‌شناختی همسران آنان (سن، وضعیت اشتغال، اعتیاد به سیگار و...) است. بخش دوم، سؤال‌های مربوط به انواع خشونت‌های خانگی است که بر اساس مطالعات مشابه در ایران و خارج از کشور (۱۷-۱۴ و ۲۱) (شامل خشونت‌های جسمی، کلامی، عاطفی و مالی) تنظیم شده است. بخش سوم، شامل برخی از علل مؤثر بر بروز سوء رفتار از طرف زن و یا همسر است. از ۳۲ سؤال مربوط به انواع خشونت، ۱۰ سؤال خشونت جسمی، ۶ سؤال خشونت کلامی، ۱۲ سؤال خشونت عاطفی و ۵ سؤال خشونت مالی است. هر سؤال دارای ۵ گزینه هرگز، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد است و به این گزینه‌ها به ترتیب نمرات ۴-۰ تعلق می‌گرفت. به علت متفاوت بودن تعداد سؤالات در هر حیطه خشونت، نمره خشونت

اعتیاد و بیکاری همسر گزارش شده است (۱۷-۱۳). در دیگر پژوهش‌ها، ارتباط معناداری بین بروز سوء رفتار نسبت به زنان و متغیرهایی همچون سن زوجین، رتبه ازدواج، سابقه افسردگی، وضعیت اقتصادی، نوع محل سکونت، اعتیاد همسر و سطح تحصیلات زوجین مشاهده نشده است (۲۰-۱۸). با توجه به این که شیوع این خشونت‌ها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی در شهرهای مختلف، متفاوت است و نظر به این که سوء رفتار علیه زنان، تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت مادران و کودکان دارد و از طرفی اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده خشونت خانگی هنوز کافی نیست، پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع، علل و انواع سوء رفتار خانگی در زنان شهر اراک انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی - تحلیلی است که بر روی ۱۰۳۷ نفر از مادران متأهلی که بیش از یک سال از زندگی مشترک آن‌ها سپری می‌شد صورت گرفت. با توجه به پراکندگی جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه، نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای و بر اساس مناطق اداره پست شهر اراک صورت گرفته است. با توجه به این که شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده است و هر منطقه پستی خصوصیات اجتماعی فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی خاص خود را دارد برای تعدیل پراکندگی و افزایش دقت، ابتدا ۱۰ منطقه پستی به صورت نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک، انتخاب و سپس از

دلیل عدم صحت پاسخها حذف شده و نمونه از مطالعه خارج گردید. به این ترتیب از ۱۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده، تعداد ۲۶۳ پرسشنامه به دلیل عدم صحت در پاسخدهی یا پاسخدهی ناقص، از مطالعه خارج شدند.

جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. فرم پرسشنامه توسط چند تن از افراد صاحب صلاحیت مطالعه و نظرات آنها بررسی و اعمال شد. پایایی ابزار با انجام مطالعه پیش‌آزمایی و با استفاده از ضریب آلفاکرونباخ تعیین گردید. ابتدا پرسشنامه بین ۳۰ نفر از افراد مشابه واحدهای مورد پژوهش توزیع و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS ضریب آلفای کرونباخ آن ۸۸ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون کای اسکویر، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان و همسران آنها به ترتیب $28/5 \pm 6/4$ و $32/3 \pm 7/8$ و میانگین اختلاف سنی آنان $3/8 \pm 4/3$ سال بود. مدت زمانی که از زندگی مشترک زوجین سپری می‌شد $9/4 \pm 5/6$ سال بود. میانگین تعداد فرزندان زوجین ۳، میانگین سن فرزندان ۵ سال، سابقه ازدواج قبلی در زنان و مردان به ترتیب $1/8$ و $3/4$ درصد و اعتیاد به سیگار در زنان و مردان به ترتیب $0/03$ و 14 درصد بود. از نظر وضعیت شغلی $87/9$ درصد مادران مورد مطالعه، خانه‌دار و $12/1$ درصد شاغل بودند. همچنین $18/7$ درصد از همسران آنان فاقد شغل مشخص و یا بیکار بودند.

هر فرد در هر حیطه بر حداکثر نمره‌ای که در آن حیطه امکان کسب آن بود تقسیم گردید. به این ترتیب، نمره خشونت جسمی بر ۴۰، نمره خشونت کلامی بر ۲۴، خشونت عاطفی بر ۴۸ و خشونت مالی بر ۲۰ تقسیم شد و میانگین با توجه به این نمرات و بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید.

در پژوهش حاضر، منظور از خشونت عاطفی عبارت بود از انجام هر عمل، خط مشی و یا نگرشی از طرف همسر که موجب ایجاد آسیب روحی و روانی به مادر گردد. از جمله این خشونت‌ها می‌توان به اقدام به تصمیم‌گیری بدون مشورت با زن، سلطه‌گری، نامهربانی، بد اخلاقی و ممانعت از معاشرت زن با دوستان و آشنایان اشاره کرد که بر اساس پاسخ مادر به سؤالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین منظور از خشونت مالی در مطالعه حاضر، هرگونه اقدام عمدی همسر برای در تنگنا قرار دادن زن از لحاظ تأمین مایحتاج زندگی او بود که شامل پرداخت پول به اکراه، تصمیم‌گیری در امور مالی بدون نظر خواهی از زن، عدم اجازه به زن در دخل و تصرف درآمد مالی خود در صورت شاغل بودن است و بر اساس پاسخ به سؤالات پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت.

لازم به ذکر است که در هر یک از قسمت‌های پرسشنامه برای سنجش دقیق‌تر هر یک از انواع خشونت، چند سؤال کنترلی گنجانده شده بود که جواب آنها مغایر با سؤال‌های قبلی و نشان‌دهنده میزان صحت پاسخ‌های مادران به سؤالات قبلی پرسشنامه بود. در صورت تناقض جواب سؤالات کنترلی با سؤالات ماقبل، پرسشنامه به

جدول ۲- توزیع فراوانی عوامل مؤثر در بروز سوء رفتار از نظر زنان شهر اراک به ترتیب فراوانی

درصد	فراوانی	عوامل مؤثر در بروز سوء رفتار
۶۱	۶۳۲	عدم مشاوره شوهر با زن در امور منزل
۵۸	۶۰۱	انجام برخی کارها توسط زن بدون مشورت با شوهر
۵۳	۵۴۹	چشم و هم چشمی داشتن از طرف زن
۵۲	۵۳۹	کاهش درآمد شوهر
۴۴	۴۵۶	عدم توانایی زن در اداره امورات منزل
۴۲	۴۴۷	دخالستگان
۴۰	۴۳۶	بدبینی شوهر
۳۸	۴۲۵	حاضر جواب بودن زن
۳۷	۴۱۹	پرداخت پول به اکراه از طرف شوهر
۳۹	۴۰۶	خستگی و کوفتگی کاری از طرف شوهر
۳۶	۳۸۲	زود عصبانی شدن شوهر
۳۰	۳۱۲	بهبانگی شوهر

شیوع خشونت در زنان با سابقه بیماری‌های روانپزشکی و یا زنانی که همسرشان بیماری روانپزشکی داشتند بیشتر بود ($P=0/001$). سوء رفتار در بین زنانی که همسرشان اعتیاد (به سیگار یا مواد مخدر) داشتند بیشتر بود ($P=0/038$).

در مورد ارتباط بین شاغل بودن یا بیکار بودن مرد با بروز خشونت نسبت به زن، نتایج نشان داد که خشونت در زنان دارای همسر بیکار، بیشتر از دیگران و از لحاظ آماری معنادار بود ($P=0/012$).

در مورد ارتباط بین شاغل بودن زن با بروز خشونت نسبت به وی نتایج نشان داد که سوء رفتار در زنان شاغل کم‌تر از زنان خانه‌دار است ($P=0/001$).

۶۸ درصد از مادران مورد مطالعه، دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و ۱۴ درصد بیسواد بودند و ۷۲ درصد از همسران آنها نیز دارای سطح سواد ابتدایی و راهنمایی بودند. همچنین از نظر وضعیت محل سکونت، ۳۴ درصد از زوجین مستأجر، ۲۱ درصد زندگی در کنار والدین (همسر و یا زن) و ۴۵ درصد نیز دارای منزل شخصی بودند.

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین فرم خشونت‌ها به ترتیب فراوانی، خشونت عاطفی، کلامی، مالی و جسمی بود (جدول ۱). در ارتباط با عوامل مؤثر در بروز خشونت، عدم مشاوره شوهر با زن در امور منزل (۶۱٪)، انجام برخی کارها توسط زن بدون مشورت با شوهر (۵۸٪) و چشم و هم چشمی داشتن از طرف زن (۵۳٪) را مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در شروع سوء رفتار دانستند (جدول ۲). از نظر میزان سطح تحصیلات زنان و مردان و ارتباط آن با بروز خشونت، نتایج نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات زنان، خشونت کم‌تر رخ داده است. از طرفی شیوع خشونت در زنانی که همسرانشان سطح تحصیلات بالاتری داشتند بیشتر مشاهده شد ($P=0/0045$).

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع سوء رفتار در زنان شهر اراک

انواع سوء رفتار	تعداد	درصد
عاطفی	۶۶۷	۶۴/۶
کلامی	۵۹۲	۵۷/۱
مالی	۳۳۴	۳۲/۳
جسمی	۲۷۷	۲۶/۸

بحث

در پژوهش حاضر تعداد زیادی از زنان مورد مطالعه، دچار انواعی از بدرفتاری و خشونت بودند. با توجه به برداشت‌های متفاوت از مفهوم خشونت و همچنین براساس خصوصیات فرهنگی جامعه ما و ملاحظه کاری زنان، میزان خشونت در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است. با این حال سازمان جهانی بهداشت، این میزان را ۵۰-۲۵ درصد بیان کرده است (۴). استراوس و جلز در مطالعه‌ای با عنوان شیوع خشونت در آمریکا میزان خشونت را در بین زوج‌ها ۱۶ درصد گزارش کردند. راشل این میزان را در جنوب آفریقا ۲۴ درصد اعلام نمود (۱۷ و ۲۲). همان‌گونه که ذکر شد تفاوت‌های یادشده در پژوهش‌های مذکور، ناشی از تفاوت مشخصه‌های جمعیت شناختی و همچنین خصوصیات خاص فرهنگی و اجتماعی جوامع مورد مطالعه است.

در این مطالعه به ترتیب شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی بیشتر ملاحظه شد. جهانفر و همکاران همسر آزاری را به صورت جسمی، روحی روانی و جنسی گزارش نمودند (۱۴). در تحقیق متولی امامی و همکاران، سوء رفتار عاطفی بیشتر از سایر خشونت‌ها گزارش شد (۱۵) که مشابه نتایج مطالعه حاضر است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، هرچه میزان تحصیلات زنان کم‌تر باشد خشونت بیشتر رخ می‌دهد. سطح پایین سواد زنان می‌تواند منجر به عدم آگاهی آن‌ها از حقوق اجتماعی خود شود و در نتیجه، بیشتر قربانی خشونت گردند. نتایج تحقیقات میرزابابایی در زمینه بروز خشونت

در این پژوهش میزان خشونت در زنانی که کم‌تر از ۵ سال از زندگی مشترک آن‌ها سپری می‌شد بیشتر بود ($P=0/004$). میزان شیوع کلی خشونت در زنان با طول مدت ازدواج کم‌تر از ۵ سال ۵۷/۲ درصد، ۱۰-۵ سال ۵۳/۸ درصد و بالای ۱۰ سال ۳۷ درصد بود.

بین تعداد فرزندان با بروز خشونت نیز ارتباط معناداری مشاهده گردید و با افزایش تعداد فرزندان زوجین، خشونت‌های عاطفی و مالی نیز بیشتر مشاهده گردید ($P=0/003$).

در مورد ارتباط بین محل سکونت (همراه با والدین) با بروز خشونت در زنان، نتایج نشان داد که شیوع خشونت‌های جسمی و مالی در زنانی که همراه با والدین زندگی می‌نمودند کم‌تر ولی شیوع خشونت‌های عاطفی و کلامی نسبت به آن‌ها بیشتر گزارش شده بود ($P=0/044$).

نتایج تحقیق نشان داد که خشونت عاطفی، همبستگی نسبتاً زیادی ($r=0/58, P=0/001$) با خشونت جسمی دارد به‌گونه‌ای که بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش که خشونت عاطفی نسبت به آن‌ها اعمال شده بود خشونت جسمی متعاقب آن را نیز تجربه نموده بودند. همچنین خشونت کلامی نیز همبستگی بالایی با خشونت جسمی داشت ($r=0/54, P=0/001$).

در این پژوهش، ارتباطی بین نسبت فامیلی زن و شوهر، سن ازدواج، سابقه ازدواج قبلی و اختلاف سنی بین زوجین با بروز خشونت در زنان مشاهده نشد ($P>0/05$).

و وضعیت اقتصادی خانواده، تحقیقات اینانلو و همکاران و همچنین تحقیقات آقاخانی و دیگران نیز مؤید این مطلب است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین، بیکاری و مشکلات اقتصادی با درصد بالاتری از خشونت همراه بوده است (۸، ۱۳، ۲۳ و ۲۴). نتایج برخی از مطالعات نشان داده است که مردان دارای درآمد پایین، بیشتر مستعد خشونت و همسرآزاری هستند (۲۵). در تحقیق حاضر نیز بین بیکاری شوهران و خشونت در ابعاد کلی، رابطه معناداری مشاهده گردید. به اعتقاد ماریا اعتبار رهبری شوهر در خانواده این است که بتواند شغل و درآمد مناسبی داشته باشد، بنابراین وقتی شوهر نتواند به اندازه سایرین، کسب درآمد کند برای از دست ندادن وجه خود اقدام به خشونت می‌کند. از همین رو پیشنهاد شده که بهتر است مردها را از قید نقش‌های سنتی و جنسی خود برهانید. به‌طور کلی استقلال کامل برای زنان و مردان در نیروی کار، دستمزد متعادل و به اندازه برای آنان و تضمین کسب درآمد در مواقع بیکاری، از جمله اقدامات مفید برای کاهش معضل سوءرفتار در خانه است (۲۶). همچنین در پژوهش حاضر، بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش که مورد سوء رفتار عاطفی، کلامی، مالی و جسمی قرار گرفته بودند بیش از ۵ فرزند داشتند که این یافته مشابه یافته‌های صابریان است (۱۸). این امر می‌تواند ناشی از افزایش سطح توقعات فرزندان در جامعه، افزایش هزینه‌های خانواده (به‌خصوص در جوامع شهری که بچه‌ها در خانواده بیشتر مصرف‌کننده هستند تا تولیدکننده) و افزایش استرس و فشار مالی بر والدین باشد که احتمال درگیری آنان را افزایش می‌دهد. در این

خصوص، سایر محققان نیز به رابطه خطی مثبت بین تعداد فرزندان و نرخ همسرآزاری پی برده‌اند (۲۷). نتایج تحقیق حاضر نشان داد که خشونت عاطفی با خشونت جسمی، همبستگی دارد که این امر با یافته‌های سایر تحقیقات (۲۸) هم‌خوانی دارد. همچنین همبستگی بالای خشونت کلامی و خشونت جسمی نیز با یافته‌های برخی محققان (۲۹) هم‌خوانی دارد.

در این پژوهش بین نسبت فامیلی زن و شوهر و رفتار خشونت‌آمیز، رابطه آماری معناداری مشاهده نشد با این وجود در پژوهش بداع‌آبادی، این رابطه معنادار بوده و ازدواج فامیلی را یک عامل حفاظتی در مقابل رفتار خشونت‌آمیز همسران می‌داند (۲۰). علت این امر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های اجتماعی- فرهنگی و خانوادگی در دو جامعه مورد پژوهش باشد.

در پژوهش حاضر، اطلاعات به شیوه خودگزارش‌دهی جمع‌آوری و همچنین نحوه آشنایی زوجین در قبل از ازدواج با یکدیگر مورد بررسی واقع نشد. این موارد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

نتیجه‌گیری

خشونت خانگی در زنان شهر اراک از شیوع بالایی برخوردار است و با عواملی چون سطح اقتصادی پایین، اعتیاد، بیکاری همسر و تعداد فرزندان، ارتباط مستقیم دارد. توصیه می‌شود که کارکنان بهداشتی، بر اساس عوامل خطر مشخص‌شده در این پژوهش، غربالگری لازم را در برخورد با مادران انجام دهند تا با شناسایی به موقع افراد در معرض خطر از عوارض وخیم این معضل

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را با شماره ۳۰۱ تصویب و مورد حمایت مالی قرار داد سپاس‌گزاری می‌گردد.

اجتماعی-بهداشتی پیشگیری شود. آموزش همسران در خصوص مهارت‌های زندگی، داشتن تعاملی مثبت در خانواده از طریق گسترش فرهنگ گفتگو، مذاکره، مشورت، همفکری و مدیریت تضادها در خانواده می‌تواند در کاهش این معضل، نقش مفیدی داشته باشد.

References:

1. Logan D. Family center and society health nursing. Harvabadi S. (Persian translator). 3st ed. Tehran; Iran university of medical science publication 2006: 552-63.
2. Hossyni M, Hosseynzadeh S. [Health society nursing (Persian)]. 1st ed. Tehran; Boshra 1996:174-5.
3. Ahmadi N. [Second sex (Persian)]. 1st ed. Tehran; Development publication 2000: 45-9.
4. Sharon J Reeder L. Violence toward women in the childring years. Maternity nursing Philadelphia: lippincott 2001:891.
5. Tompson R, Meyer B. A training program to improve domestic violence identification and manegment in primary care: Preliminary result . J Violence vict 1998;13(4): 395-410.
6. Mina A. [Domestic violence against women (Persian)]. Journal of women's rights 2000; 3(1): 22-4.
7. Eftekhari A. [Society and violence domestic (Persian)]. 2st ed. Tehran; safir publication 2004: 27-32.
8. Inanlo M, Haghdoost F, Mashayekhy F, Haghany H. [The survey of character demographic between men and women and wife abuse (Persian)]. Journal Quarterly of nursing Iran university of medical science 2000; 13 (26): 57-65.
9. Rafiefar S, Parsinia S. [Violence against woman (Persian)] 1st ed. Tehran; Tandis 2002: 29-30.
10. Azizi F. [Report of violence against woman (Persian)] 1st ed. Tehran; Tehran university publication 1999: 64-5.
11. Carelson K. Women and mental health. Abolmaaly K. (Persian translator). 1st ed. Tehran; Savalan publication 2000: 85-7.
12. Seng J, Paluzzi P. A conceptual fromwork for research of lifetime violence stress and childbearing. J Midwifery Women Health 2008; 17 (5): 337-46.
13. Aghakhani K Aghabiglouee A Chehri A. [The survey of prevalence physical partner against women referring to center law Tehran (Persian)]. Journal of iran university of medical science 2003; 9(31): 485-9.
14. Jahanfar S, Malekzadegan A, Jamshidi R. [The prevalence of violence domestic between women with pregnancy referring to hospital Tehran (Persian)]. Journal Quarterly of nursing Iran university of medical science 2004; 15(33): 93-9.
15. Motavalayee M Alian F. [The distribution of kind wife abuse in Karaj city in 2000-2002 (Persian)]. Health family 2003; (2): 24-5.
16. Wilfered EA, Scott PA, Laura FG. Prevalence of violence against woman reported in rural health region. J Canadian of rural medicine 2006; 11(4): 259-67.
17. Rachel JE Janathan LE Loveday PT. Risk for factors for domestic violence: finding from a south African cross study. J Social science and medicine 2005; 55(6): 1603-17.
18. Saberian M, Atashnafas E, Behnam B. [The survey of prevalence violence domestic among women in semnan (Persian)]. Journal of scientific medical law 2005; 10(2): 30-4.
19. Salehi Sh, Mehralian HA. [The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord 2003].Journal shahrekord university of medical sciences 2006; 2(8): 77-2.
20. Bodaghabady M. [The survey of prevalence violence domestic against woman with pregnancy referring to hospital mobeeny sabzevar city (Persian)]. Journal of hormozgan university of medical sciences 2007; 1(11): 71-6.
21. Douki S, Nacef A, Belhadj R. Violence against woman in arab and Islamic countries. J Arch women ment healt 2004; 12 (6): 165-71.
22. Straus MA, Gelles RJ. Physical violence in American families. NG 1990; 48: 101-3.
23. Mirzababayee O. [The relationship between economical with violence domestic (Persian)] Master thesis in nursing. Arak; nursing science faculty Arak university 1998: 15-32.
24. Elsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. J Stud Fam Plan 2001; 32(1): 1-16.
25. Mellissa TE, Cyntia WI. American Indiana and European American woman perception of domestic violence. family violence 2008; 23(1):11-25.
26. Maria R. Women physical abuse. Gharachedaghy M. (Persian translator). 1st ed. Tehran; Scientific publication 2000: 227-8.
27. Hoffman KL, Demo DH, Edward JN. Physical wife abuse in non-western society: An integrated theoretical approach. J Marriage Fam 2001; 56(3): 131-6.
28. Merry MO, Hoan BU, Yanza GF, Kristy HO. Risk factor for abusive relationship: a study of Vietnamese America immigrant women. J Violence Against Women 2007; 13(7): 653-75.
29. Sagesrano Lm, Heavy CL, Christensen A. Perceived power and physical violence in marital conflict. J Soc Issues 2004; 55(8): 65-79.