

بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز

بهداشتی - درمانی شهرستان سمنان (۱۳۸۲)

معصومه صابریان^{۱*} (M.Sc)، الهه آتش‌نفس^۲ (M.Sc)، بهناز بهنام^۳ (M.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

۲- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی

۳- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، بیمارستان فاطمیه

چکیده

سابقه و هدف: خشونت خانگی رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان می‌باشد که تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت مادران، تنظیم خانواده، پیش‌گیری از بیماری‌ها و بهداشت روان دارد. این تحقیق با هدف تعیین میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان انجام گردید. مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک پژوهش توصیفی - تحلیلی و مقطعی می‌باشد. حجم نمونه، ۶۰۰ نفر و ابراز گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه خودایفا بود. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با محاسبه میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی و آزمون‌های کای - دو، ضریب همبستگی پیرسون، تای - کندال (Kendall's Tau-c) و اسپیرمن مورد پردازش قرار گرفت.

یافته‌ها: خشونت فیزیکی با بیش‌ترین درصد (۱۸/۶٪) در زنان سمنان و شه میرزاد، خشونت عاطفی با ۶۳/۷٪ و خشونت کلامی با ۴۳/۳٪ در زنان سمنان و خشونت مالی با ۷۲٪ در زنان سرخه مشاهده گردید. بیش‌ترین (۱۴/۴٪) آسیب ناشی از خشونت فیزیکی، کبودی سر و صورت بوده است. ۱۵/۸٪ از نمونه‌ها اظهار نمودند که به دنبال خشونت، به متخصص اعصاب و روان مراجعه نموده‌اند. در رابطه با تصمیم شغلی پس از وقوع خشونت نیز ۳۳/۳٪ نمونه‌های شاغل، از مرخصی بدون حقوق استفاده کرده‌اند. ارتباط معنی‌دار بین خشونت مالی با سطح تحصیلات زنان (P=0.003)، تحصیلات همسر (P=0.000)، شغل همسر (P=0.005) و سن ازدواج زنان (P=0.003)؛ هم‌چنین بین خشونت فیزیکی و تحصیلات زنان (P=0.000)، سن ازدواج زنان (P=0.000)، تعداد فرزندان (P=0.000)، تحصیلات همسر (P=0.037)، شغل همسر (P=0.021)، اعتیاد همسر (P=0.000) مشاهده گردید. در سایر موارد ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

نتیجه‌گیری: تحصیلات پائین، بی‌کاری و مشکلات اقتصادی شوهر عامل بروز بیش‌تر موارد خشونت مالی، کلامی و فیزیکی بوده است. هم‌چنین عواملی مانند دوری از خانواده، انزوای اجتماعی و کمبود ارتباط با دوستان و خانواده و در نتیجه کاهش بهره‌مندی از حمایت و پشتیبانی مادی و معنوی این افراد می‌تواند از عوامل مستعد کننده بروز خشونت در خانواده باشد. افزایش میزان خشونت مالی و فیزیکی در افرادی که در سنین پائین ازدواج نموده‌اند، ناشی از بی‌تجربگی زوجین و عدم آگاهی از حقوق طرفین می‌باشد. هم‌چنین شیوع خشونت در افرادی که بیش از ۷ فرزند دارند، ناشی از فشار مالی بر خانواده است. کنترل فقر و بی‌کاری، آموزش و آگاه نمودن جوانان قبل از ازدواج در مورد حقوق طرفین و به‌ویژه زنان می‌تواند در کاهش بروز خشونت در خانواده مؤثر باشند.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی (فیزیکی، عاطفی، کلامی و مالی)، زنان، مراکز بهداشتی درمانی، شهرستان

سمنان

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۳۱-۴۴۴۱۷۳۰، داخلی ۳۵۵۹، نمابر: ۰۲۳۱-۴۴۴۰۲۲۵، E-mail: saberian_ma@yahoo.com

مقدمه

خشونت در خانواده جزو مسائل اجتماعی حاد به شمار می‌رود، که در تمام مناطق جغرافیایی و در میان تمام گروه‌های دینی، نژادی و در تمام سطوح تحصیلی، شغلی، اقتصادی و اجتماعی مشاهده می‌شود [۱۸]. خشونت خانگی شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی-عاطفی، جنسی و کلامی می‌باشد که تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان فرد و درک از خود بر جای می‌گذارد.

این پدیده در کشورهای اروپایی و آمریکا نیز از جمله مشغله‌های فکری مهم جامعه‌شناسان محسوب می‌شود [۲]. نتایج مطالعات مؤید آن است که در آمریکا بیش از ۱۲ میلیون نفر از زنان در برهه‌ای از زندگی خود تجربه خشونت جسمی را داشته‌اند. همچنین بین ۸ تا ۲۹ درصد از زنان حامله مورد بدرفتاری جسمی قرار می‌گیرند. نیمی از زنان به قتل رسیده در آمریکا و انگلیس توسط شوهر یا شوهر سابق خود کشته شده‌اند [۱۷]. در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی 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 از آنان قربانی خشونت خانوادگی بوده‌اند [۱].

اگر چه ممکن است که هم زن و هم مرد مرتکب اعمال خشونت‌آمیز در خانواده گردند ولی تحقیقات نشان می‌دهند که زنان به میزان بیش‌تری مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند [۱۵]. به عبارت دیگر این آزار و خشونت که با هدف به کنترل در آوردن و تسلط انجام می‌پذیرد، ۹۰ درصد نسبت به زنان، ۷ تا ۸ درصد دوطرفه و ۲ تا ۳ درصد نسبت به مردان می‌باشد [۷]. این مشکل در سطح گسترده‌ای در جهان علت جدی مرگ و یا ناتوانی زنان در سنین باروری و همچنین بیماری‌های شدید و غیرقابل علاج می‌باشد [۱۰]. 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 [۸].

از طرفی خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیش‌گیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز و بهداشت روانی دارد [۱۱]. 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 تحریک‌پذیر، سردرد، بی‌خوابی، خستگی، افسردگی، الکلیسم و سوء مصرف مواد ناشی از این مشکل می‌باشد [۱]. 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 جان‌فرسا یا ایدز کشنده باشد [۳]. 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 [۱۵].

همچنین خشونت به صورت رفتاری اکتسابی از نسلی به نسل دیگر منتقل شده (وراثت اجتماعی خشونت) 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، گوشه‌گیری 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 [۱۱].

عواقب منفی اجتماعی نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی (به دلیل ابتلاء 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 [۸]. با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به این‌که 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 خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان

جهت اصلاح آن استفاده شد. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از «آزمون مجدد» استفاده شد. بدین صورت که ابتدا در یک مطالعه مقدماتی، توسط ۱۰ نمونه تکمیل شد و با بررسی پرسش‌نامه‌های تکمیل شده، قابلیت اعتماد و قابلیت درک سؤالات توسط نمونه‌ها و همچنین زمان لازم برای تکمیل سؤالات، مورد بررسی قرار گرفت و اشکالات آن برطرف گردید.

پرسش‌نامه توسط پرسش‌گران که آموزش لازم را در خصوص معرفی خود به نمونه‌ها و نحوه برقراری ارتباط مؤثر و جلب اعتماد مراجعه‌کنندگان دیده بودند، در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد و ضمن تشریح اهداف پژوهش و دادن اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، از آنان خواستند که پرسش‌نامه را شخصاً و به‌طور محرمانه تکمیل نموده و داخل صندوق سر بسته بپردازند. شرکت و یا عدم شرکت در پژوهش برای کلیه نمونه‌های مورد مطالعه اختیاری بود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، در مورد داده‌های کمی از محاسبه میانگین و انحراف معیار و در مورد داده‌های کیفی از محاسبه فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. برای تعیین رابطه بین متغیرها از آزمون‌های کای-دو، ضریب هم‌بستگی پیرسون، تای-کندال (Kendall's Tau-c) و اسپیرمن استفاده گردید.

یافته‌ها

بیش‌ترین درصد نمونه‌ها که خشونت فیزیکی را تجربه نموده‌اند ساکن شهر سمنان (۱۸/۶٪) و شهیرزاد (۱۸/۶٪) بوده‌اند که در زنان سمنانی میزان خشونت فیزیکی در ۱۴/۱٪ موارد گه‌گاه و ۴/۵٪ موارد زیاد و در شهیرزاد در ۱۰/۴٪ موارد گه‌گاه و ۶/۲٪ موارد زیاد بوده است. ارتباط معنی‌دار بین خشونت فیزیکی و تحصیلات زنان ($P=0.000$)، سن ازدواج زنان ($P=0.000$)، تعداد فرزندان ($P=0.000$)، تحصیلات همسر ($P=0.037$)، شغل همسر ($P=0.021$)، اعتیاد همسر ($P=0.000$) مشاهده گردید. در سایر موارد ارتباط معنی‌دار نشد. بیش‌ترین آسیب ناشی از خشونت

سمنان، اطلاعات لازم را به‌دست آورده و به دیدگاه روشن و واقع‌بینانه‌ای نسبت به این مشکل اجتماعی و بهداشتی دست یابند.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی است. جامعه پژوهش را کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان تشکیل می‌دادند.

با توجه به این‌که مسأله خشونت خانگی در جامعه ما جزو مسائل خصوصی و تقریباً محرمانه محسوب می‌گردد و اکثر زنان خشونت دیده به مرکز درمانی مراجعه نمی‌نمایند، بنابراین دسترسی به این زنان نیز آسان نمی‌باشد. لذا پژوهش‌گران مبنای کار را بر این قرار دادند که مراجعین زن مراکز بهداشتی-درمانی مورد بررسی قرار گیرند. برای برآورد حجم نمونه و چگونگی انتخاب نمونه‌ها با مینا قرار دادن مطالعات مشابه و در نظر گرفتن مجموعه واحدهای مورد پژوهش به عنوان جمعیت هدف، حجم نمونه‌ها ۶۰۰ نفر تعیین شد (با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۳/۵٪). به منظور نمونه‌گیری صحیح، ابتدا کلیه مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی سمنان لیست شده و سپس به هر یک از مراکز بر اساس جمعیت تحت پوشش آن مرکز، سهمیه‌ای تعلق گرفت؛ سپس نمونه‌گیری به‌طور تصادفی انجام گردید. بدین نحو که از بین مراجعین به مراکز، افراد به صورت تصادفی انتخاب شده و در صورت تمایل در طرح شرکت داده شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه خودایفا بود که توسط پژوهش‌گران براساس کتب و منابع علمی و در قالب سؤالاتی متناسب با اهداف مطالعه طراحی شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۱ سؤال دموگرافیک و ۲۵ سؤال در مورد خشونت علیه زنان بود. وقوع هر مورد از خشونت به‌صورت «زیاد»، «گاهی» و «خیر» رتبه‌بندی شد.

جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از «روایی محتوا» استفاده شد. بدین صورت که سؤالات پرسش‌نامه براساس کتب و منابع علمی تهیه و از نظرات اساتید هیأت علمی دانشگاه

زنان سمنان با ۴۳/۳٪، بیشترین تجربه خشونت کلامی را داشته‌اند؛ به طوری که ۲۳/۶٪ از آنان به صورت گه‌گاه و ۱۹/۷٪ از آنان به میزان زیاد، خشونت کلامی را تجربه نموده‌اند (جدول ۱).

از نظر مراجعه به مراکز تخصصی بعد از خشونت دیدن، متخصص اعصاب و روان (۱۵/۸٪)، مشاور خانواده (۸/۵٪)، دادگاه (۷/۴٪)، نیروی انتظامی (۴/۳٪) و مشاور حقوقی (۳/۳٪) ذکر نموده‌اند.

در رابطه با تصمیم شغلی پس از وقوع خشونت، اکثر (۳۳/۳٪) نمونه از مرخصی بدون حقوق استفاده نموده‌اند. همچنین در ۱۰٪ موارد زنان خشونت دیده مجبور به استعفا و ترک شغل و ۸/۳٪ استفاده از مرخصی استعلاجی بوده‌اند. میزان شیوع خشونت بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه‌ها از نظر انواع خشونت بر حسب محل سکونت

انواع خشونت	فیزیکی		عاطفی-روانی		مالی		کلامی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سمنان	۵۴	۱۸/۶	۱۷۷	۶۳/۷	۱۸۰	۶۲/۳	۱۲۳	۴۳/۳
سرخه	۱۸	۱۷/۸	۵۸	۶۱/۱	۷۲	۷۲	۳۶	۳۶/۴
مهدیشهر	۱۲	۱۲/۵	۴۶	۵۲/۸	۴۸	۵۱/۶	۳۷	۳۸/۵
شهمیرزاد	۱۸	۱۸/۶	۵۲	۵۸/۴	۶۲	۶۷/۴	۳۶	۳۸/۳
جمع	۱۰۲	۱۷/۵	۳۳۳	۶۰/۵	۳۶۲	۶۳	۲۳۲	۴۰/۵

بودند، به میزان بیش‌تری تجربه خشونت مالی، کلامی و فیزیکی را داشتند. در همین راستا، نتایج تحقیقات اینانلو و همکاران و همچنین تحقیقات آقاخانی و دیگران نیز مؤید این مطلب است که تحصیلات پائین هر یک از زوجین، بی‌کاری و مشکلات اقتصادی، با درصد بالاتری از همسر آزاری همراه بوده است [۵،۷]. به اعتقاد ماریا روی اعتبار رهبری شوهر در خانواده این است که بتواند شغل و درآمد مناسبی داشته باشد. در بررسی‌های انجام شده از سوی ابراین ذکر گردیده است که: وقتی شوهر نتواند به اندازه سایرین کسب درآمد کند، برای از دست ندادن وجهه خود، اقدام به خشونت می‌کند. از همین رو

فیزیکی، کبودی سر و صورت (۱۴/۴٪) بوده است. در ضمن نمونه‌ها، ۷/۹٪ موارد سرگیجه، ۱/۴٪ موارد شکستگی استخوان و ۶٪ سایر صدمات را نیز ذکر کرده‌اند.

در رابطه با خشونت عاطفی، زنان سمنان با ۶۳/۷٪ بیش‌ترین تجربه خشونت عاطفی را داشته‌اند، که در ۳۲/۷٪ به میزان خیلی کم، ۱۵/۱٪ کم، ۳/۶٪ متوسط، ۸/۳٪ زیاد و در ۴٪ به میزان خیلی زیاد بوده است.

در زمینه خشونت مالی، زنان سرخه با ۷۲٪ بیش‌ترین تجربه خشونت مالی را داشته‌اند که در ۳۵٪ موارد خشونت به میزان کم، ۳۱٪ متوسط و در ۶٪ به میزان زیاد بوده است. ارتباط معنی‌دار بین خشونت مالی با سطح تحصیلات زنان (P=0.003)، تحصیلات همسر (P=0.000)، شغل همسر (P=0.005) و سن ازدواج زنان (P=0.003) مشاهده گردید. در سایر موارد ارتباط معنی‌دار نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج، نشان داد که بیش‌ترین میزان خشونت فیزیکی در زنان سمنان و شهمیرزاد مشاهده شده است. نتایج یک بررسی در آمریکا بیان‌گر آنست که، ۳۰ تا ۳۵ درصد کل زنان در طول زندگی مشترک خود مورد آزار جسمانی شوهرانشان قرار می‌گیرند [۷]. در نتایج تحقیق امامی و همکاران نیز میزان شیوع همسر آزاری ۲۷٪ گزارش شده که در ۱۹ درصد آنان همسر آزاری هم‌چنان ادامه دارد [۶].

موضوع قابل توجه در تحقیق حاضر این است که زنانی که شوهرانشان بی‌کار و در سطح تحصیلی زیردیپلم قرار گرفته

پیشنهاد شده است که بهتر است مردها را از قید نقش‌های سنتی و جنسی خود رها کنید. به طور کلی استقلال کامل برای زنان و مردان در نیروی کار، دست‌مزد متعادل و به اندازه برای آن‌ها، تضمین برای کسب درآمد در مواقع بی‌کاری از جمله اقدامات مفید برای کاهش معضل ضرب و شتم زنان در خانه است [۹].

جدول ۲. بیش‌ترین درصد نمونه‌هایی که انواع خشونت را تجربه نموده‌اند، بر حسب متغیرهای دموگرافیک

انواع خشونت متغیرهای دموگرافیک	مالی	عاطفی	کلامی	فیزیکی
سن	۳۰ - ۳۹ سال (٪۶۵/۸)	۱۹ - ۱۵ سال (٪۷۱/۵)	۵۰ سال و بیشتر (٪۵۸/۳)	۴۰ - ۴۹ (٪۱۹/۴)
تحصیلات زن	فوق‌دیپلم (٪۷۰)	دیپلم (٪۶۴/۳)	فوق‌دیپلم (٪۴۵)	بی‌سواد (٪۲۹/۷)
محل تولد	سایر شهرهای استان (٪۶۵/۸)	سایر استان‌ها (٪۶۲/۷)	سایر استان‌ها (٪۴۱/۵)	سایر شهرهای استان (٪۲۰/۴)
محل سکونت	سرخه (٪۷۲)	سمنان (٪۶۳/۷)	سمنان (٪۴۳/۳)	سمنان (٪۱۸/۶)، شهیرزاد (٪۱۸/۶)
سن ازدواج زن	کم‌تر از ۱۵ سال (٪۷۷/۸)	۳۰ سال و بیشتر (٪۶۳/۷)	کم‌تر از ۱۵ سال (٪۴۶/۷)	کم‌تر از ۱۵ سال (٪۳۱/۸)
مدت تأهل	۱۶ - ۲۰ سال (٪۶۷/۹)	۱۰ - ۶ سال (٪۶۵/۲)	۳۰ سال و بیشتر (٪۵۰)	۱۶ - ۲۰ سال (٪۲۵/۹)
تعداد فرزندان	بیش از ۷ فرزند (٪۸۳/۴)	بیش از ۷ فرزند (٪۶۶/۷)	بیش از ۷ فرزند (٪۶۶/۷)	بیش از ۷ فرزند (٪۵۰)
اشتغال فرد	در حال تحصیل (٪۷۰)	خانه‌دار (٪۶۲/۵)	سایر موارد (٪۷۵)	بازنشسته (٪۵۰)
تحصیلات همسر	زیر دیپلم (٪۷۰/۱)	لیسانس و بالاتر (٪۸۵/۷)	زیر دیپلم (٪۴۳/۱)	زیر دیپلم (٪۲۲/۸)
اشتغال همسر	بی‌کار (٪۸۶/۶)	در حال تحصیل (٪۷۳/۳)	بی‌کار (٪۷۱/۴)	بی‌کار (٪۳۶/۶)
اعتیاد همسر	بی اطلاع (٪۱۰۰)	بی اطلاع (٪۱۰۰)	بی اطلاع (٪۱۰۰)	بی اطلاع (٪۷۷/۸)

علاوه بر این، نتایج نشان داد، زنانی که محل تولدشان سایر شهرهای استان سمنان و یا استان‌های دیگر و ساکن در شهر سمنان بودند، به میزان بیش‌تری مورد خشونت فیزیکی، کلامی و عاطفی قرار گرفته‌اند. مطالعات کارسون (Carson) و هم‌چنین کارمن (Carman) نشان داده است که مهاجرت به سایر نقاط و دوری از خانواده، انزوای اجتماعی و کمبود ارتباط با افراد مورد علاقه، دوستان و خانواده و در نتیجه

کاهش بهره‌مندی از حمایت و پشتیبانی مادی و معنوی این افراد می‌تواند از عوامل مستعد کننده بروز خشونت در خانواده باشد [۱۱، ۸].
افزایش میزان خشونت مالی و خشونت فیزیکی بین زوجین در زمانی که ۱۶ تا ۲۰ سال از مدت تأهلشان گذشته، ممکن است در این رابطه باشد که این مقطع زمانی متقارن با رشد و بلوغ فرزندان و تحصیل آنان در دوره‌های متوسطه و

کامل فکری و عاطفی و اجتماعی) به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده بروز خشونت در خانواده می‌گردد.

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٪ از موارد خشونت خانوادگی توسط افراد تیم بهداشت و درمان، شناسایی می‌شود و متأسفانه آنان در مواجهه با این‌گونه مددجویان به طرز اطمینان‌بخشی عمل نمی‌نمایند [۲۰]، لذا باید توجه داشت که ممکن است ابعاد خشونت بسیار گسترده‌تر از حد تصور ما باشد. کتمان نمودن مسأله و عدم بیان آن به دلیل ترس از ابراز پاسخ واقعی می‌تواند بر نتایج تحقیقات تأثیر بگذارد. در ضمن آگاهی از نگرش و دیدگاه شوهران نیز در باره مسأله خشونت و همسرآزاری از اهمیت خاصی برخوردار است که انجام بررسی در این خصوص امکان‌پذیر نبود و انجام آن در پژوهش‌های دیگر پیش‌نهاد می‌شود.

بنابراین باید امید داشت و سعی نمود که با انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه خشونت خانگی و روشن نمودن ابعاد مختلف آن، افراد جامعه و به خصوص افراد تیم بهداشت و درمان نسبت به این معضل اجتماعی که تهدیدکننده سلامت جسم و روح افراد می‌باشد، آگاهی بیشتری کسب نموده و حساس تر شوند تا ضمن تشخیص و کمک به زنان خشونت دیده، بتوانند سطح سلامت جامعه را نیز ارتقا بخشند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه که هزینه‌های این طرح را تأمین نموده‌اند، هم‌چنین از جناب آقای دکتر راهب قربانی به‌خاطر زحمات مشاوره آماری، جناب آقای سعید حاجی آقاجانی که پیش‌نویس تحقیق را مطالعه و نقد نمودند، جناب آقای محمدرضا غفاری که در امر ترجمه مطالب به انگلیسی کمک‌های فراوانی نمودند، سرکار خانم شهلا حقیقت که در گردآوری داده‌ها ما را یاری دادند و تمامی افرادی که در اجرای این مطالعه همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

پیش‌دانشگاهی می‌باشد و در این دوره‌های تحصیلی فرزندان به هزینه‌های بیش‌تری برای امر آموزش، تفریحات و ۰۰۰ نیاز دارند که در نتیجه، برنامه‌ریزی و تأمین هزینه‌ها در این رابطه همراه با فشار و بار مالی بوده و ممکن است سبب بروز کشمکش بین زوجین گردد.

هم‌چنین بیش‌ترین درصد نمونه‌های پژوهش که مورد خشونت مالی، فیزیکی، کلامی و عاطفی قرار گرفته بودند بیش از ۷ فرزند داشتند، این امر می‌تواند به دلیل افزایش سطح توقعات فرزندان در جامعه و افزایش هزینه‌های خانواده (به‌خصوص در جوامع شهری که بچه‌ها در خانواده بیش‌تر مصرف‌کننده هستند تا تولیدکننده)، افزایش استرس و فشار مالی بر والدین باشد که احتمال درگیری بین آنان را افزایش می‌دهد.

هم‌چنین مشخص گردید که خشونت فیزیکی و مالی با متغیرهای سطح تحصیلات زنان و سطح سواد همسران ارتباط معنی‌دار و معکوسی داشته است؛ به عبارتی هرچه سطح تحصیلات زوجین بالاتر بوده است، از میزان خشونت فیزیکی و مالی کاسته شده است. در تأیید این مطلب در تحقیق اینانلو و همکاران نیز مشخص گردیده است که زنان با تحصیلات بالاتر کم‌تر از آزار توسط همسر شکایت کرده‌اند، که می‌تواند به علت مطالعات و آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیش‌تر برای مشارکت و فعالیت اجتماعی زنان باشد. از طرف دیگر در رابطه با متغیر سن ازدواج زنان نیز مشخص گردید که بیش‌ترین افرادی که خشونت مالی، فیزیکی و کلامی را تجربه کرده‌اند، در سن کم‌تر از ۱۵ سال ازدواج نموده بودند. این متغیر با خشونت فیزیکی و مالی رابطه معنی‌دار و معکوسی داشته است. به عبارتی هرچه ازدواج در سنین پائین‌تر صورت گرفته، تجربه خشونت فیزیکی و مالی بیش‌تر بوده است. از آنجایی که در پایه‌ریزی بنیان خانواده و داشتن ازدواجی موفق، رسیدن به بلوغ کامل جسمی، روانی - عاطفی و اجتماعی یکی از ملاک‌های اساسی می‌باشد، شاید این امر تعجب‌آور نباشد که ازدواج در سنین پائین (به دلیل نداشتن تجربه و توانایی کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ

منابع

- [۹] قرجه‌داغی مهدی. در ترجمه زنان کتک خورده، روی ماریا (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات علمی، ۱۳۷۷، صفحه ۲۲۷.
- [۱۰] رفیعی فر شهرام، پارس‌نیا سعید. در ترجمه خشونت علیه زنان، سازمان جهانی بهداشت (مؤلف). چاپ اول. تهران: نشر تندیس، ۱۳۸۰، صفحات ۲۷ و ۱۹۸.
- [۱۱] کردوانی امیرحسین. واکنش کودکان و نوجوانان در برابر خشونت خانگی و لزوم حمایت از آنان، مجله پزشکی قانونی ۱۳۷۹؛ سال ۶، شماره ۱۹، صفحات ۶۸ - ۷۴.
- [12] Carman L. Psychiatric & mental health care. 2nd ed. Pennsylvania: Spring House, 2000, p. 323-333.
- [13] Carson V, Arnold E. Mental health nursing: the nurse – patient journey. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 2000, p. 992-1039.
- [14] Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, et al. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. Am J Public Health, 2000 Apr; 90(4):560-5.
- [15] Frost M. Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. J Adv Nurs, 1999 Sep; 30(3):589-96.
- [16] Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. Am J Public Health, 2002 Aug; 92(8):1331-7.
- [17] Thompson RS, Meyer BA, Smith-DiJulio K, Caplow MP, Maiuro RD, Thompson DC, et al. A training program to improve domestic violence identification and management in primary care: preliminary results. Violence Vict, 1998 winter; 13(4):395-410.
- [18] Turner J, Chavigny K. Community health nursing. Philadelphia: Lippincott company, 1988.
- [۱] ابوالمعالی خدیجه، صابری لطیفه، بناب محی‌الدین. در ترجمه بهداشت روانی زنان، کارلسون کارن، ایزنشتات استفانی و ترازیبورین جی (مؤلفین). چاپ اول، تهران: نشر ساوالان، ۱۳۷۹، صفحه ۸۵.
- [۲] احمدی خراسانی نوشین. جنس دوم، چاپ اول. تهران: نشر توسعه، ۱۳۷۹.
- [۳] اصلانی مینا. خشونت خانوادگی علیه زنان، مجله حقوق زنان ۱۳۷۹؛ سال ۳، شماره ۲، صفحات ۲۲ تا ۲۴.
- [۴] افتخاری اصغر. خشونت خانوادگی و جامعه، چاپ اول. تهران: نشر سفیر، ۱۳۷۹.
- [۵] آقاخانی کامران، آقابایگلوئی عباس، چهره‌ای علی. بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۱؛ سال ۹، شماره ۳۱، صفحات ۴۸۵ تا ۴۸۹.
- [۶] امامی‌متولی محمد، علیان فاطمه، احراری خدیجه، یعقوبی علی‌اصغر، علی‌زاده شعبانعلی، یزدی محبوبه. بررسی توزیع فراوانی انواع همسرآزاری در شهر کرج سال ۷۸-۷۹، خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۳۸۰، صفحه ۳۰.
- [۷] اینانلو مهنوش، حق‌دوست اسکوتی فاطمه، منایخی فریده، حقانی حمید. مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسر آزاری در زنان. فصل‌نامه پرستاری و مامائی ایران ۱۳۷۹؛ سال ۱۳، شماره ۲۶، صفحات ۶۵ تا ۵۷.
- [۸] دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران و برنامه عمران سازمان ملل متحد. گزارش کارگاه آموزشی رفع خشونت علیه زنان، تهران، تیر ۱۳۷۹، صفحات ۶۴ تا ۶۵.