شیوع خشونت‌های خانگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اصفهان

الهام حاج صالحی[۱]، غلامرضا شریفی‌راد[۲]، ناهید معظم[۳]، ناهید عزیزی[۱]، ملیحه طیبانی[۱]
مهنوش رئیسی[۴]، سید همام‌الدین جوادزاده[۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خشونت‌های خانگی رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان می‌باشد که تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم مانند سلامت مادران، تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت روان دارد و حتی سلامت کودکان را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. با در نظر داشتن این مهم که شیوع این سوء رفتارها در شهرهای مختلف کشور به لحاظ دارا بودن خصوصیات ویژه فرهنگی متفاوت می‌باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف، تعیین شیوع خشونت‌های خانگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که بر روی ۹۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان صورت گرفت. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت خوشه‌ای بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه محقق ساخته مشتمل بر شش بخش (مشخصات فردی، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار کلامی، سوء رفتار مالی، علل سوء رفتار و سوء رفتار روانی- عاطفی) و از رابطین مراکز بهداشتی- درمانی جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۱۱/۰۵ ± ۳۴/۳ سال و شیوع خشونت در آنان ۳۴/۴۴ درصد بود. در این مطالعه بین سن زنان و اعمال خشونت کلامی و مالی از جانب همسرانشان ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین زنان با تعداد فرزند بیشتر، بیش از سایرین مورد خشونت مالی قرار گرفته بودند ($P < ۰/۰۰۱$). بین سن هنگام ازدواج با خشونت روانی- عاطفی و خشونت مالی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱۰$). در این مطالعه زنان با سطح تحصیلات کمتر بیش از سایرین خشونت‌های کلامی و مالی را تجربه کرده بودند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین ابتلا به بیماری‌های روانی و انواع خشونت‌ها ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۱۰$).

نتیجه‌گیری: آموزش و آگاه‌سازی زنان و مردان مهم‌ترین گام در پیشگیری و کاهش موارد خشونت علیه زنان است. ارایه برنامه‌های آموزشی مناسب با هدف ارتقای سطح آگاهی افراد جامعه، به طوری که بتوانند میان فرهنگ صحیح و بالنده ملی و مذهبی و سنت‌های غلط جاری زمینه‌ساز خشونت و صدمات جسمی و روحی تفاوت قایل شوند، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: خشونت‌های خانگی، زنان، اصفهان

ارجاع: حاج صالحی الهام، معظم ناهید، شریفی‌راد غلامرضا، عزیزی ناهید، طیبانی ملیحه، جوادزاده سید همام‌الدین، رئیسی مهنوش. **شیوع خشونت‌های خانگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۶): ۶۵۵-۶۴۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۸

۱- کارشناس، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- کارشناس، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)
Email: reisi_mr@yahoo.com
۵- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

مقدمه

خشونت خانگی رفتاری است که از نظر تاریخی به عنوان یک جرم جدی و خشونت‌آمیز تلقی نشده است. خشونت خانگی در جایگاهی روی می‌دهد که انسان در آن انتظار گرمی، حمایت، اعتماد، تشویق و عشق را دارد. این وضعیت به طور کل نه به عنوان یک عمل خشونت‌آمیز، بلکه بیشتر به عنوان یک مسأله شخصی و خانوادگی تلقی می‌شود. خشونت خانگی به صورت رفتارهای پرخاشگرانه و تهاجمی درون خانواده تعریف می‌گردد که شامل خشونت نسبت به همسر، کودکان، والدین و به طور کلی به کسانی منسوب می‌شود که با یکدیگر زندگی می‌کنند. عناوین اختصاصی‌تری که به این وضعیت دلالت دارند عبارت از همسرآزاری، کودک‌آزاری و سالمندآزاری می‌باشد.

حدود نیمی از جمعیت دنیا را زنان تشکیل می‌دهند که از گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. این گروه بیش از سایر اقشار از نتایج وضع بد اقتصادی و اجتماعی رنج برده و سلامت آن‌ها در معرض خطر قرار می‌گیرد (۱) و از جمله مواردی که سلامت آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد خشونت یا سوء رفتار است که طبق تعریف انجمن زنان ناحیه آسیایی اقیانوس آرام، «انجام هر عمل، خطمشی یا نگرشی که موجب صدمه روحی و جسمی شود، خشونت یا سوء رفتار اطلاق می‌گردد» (۲). متأسفانه خشونت‌های خانگی در خانواده جزء مسایل اجتماعی حاد به شمار می‌رود که در تمام مناطق جغرافیایی و در میان تمام گروه‌های نژادی و دینی و در تمام سطوح تحصیلی، شغلی، اقتصادی و اجتماعی مشاهده می‌شود (۳). خشونت‌های خانگی شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی- عاطفی، کلامی و جنسی می‌باشد که تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان فرد و درک از خود بر جای می‌گذارد (۴). خشونت‌های خانگی در کشورهای اروپایی و آمریکا نیز از جمله مشغله‌های فکری مهم جامعه‌شناسان محسوب می‌شود. میزان شیوع این معضل بهداشتی- اجتماعی که سالانه باعث ایجاد عوارض و تلفات زیادی در جهان می‌گردد، متفاوت گزارش شده؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی شیوع آن را ۵۰-۲۵ درصد اعلام نموده است (۵).

نتایج حاصل از پژوهشی نشان داد که به طور تقریبی یک نفر از هر ۶ زن طی دوران بارداری مورد ضرب و جرح قرار گرفته و زنان جوان حامله ۲۰ درصد بیشتر از زنان بالغ مورد سوء رفتار یا خشونت قرار گرفته‌اند (۶). نتایج دیگر مطالعات مؤید آن است که در آمریکا بیش از ۱۲ میلیون نفر از زنان در برهه‌ای از زندگی خود تجربه خشونت جسمی را داشته‌اند و همچنین بین ۲۹-۸ درصد از زنان باردار مورد بدرفتاری جسمی قرار می‌گیرند. نیمی از زنان به قتل رسیده در آمریکا و انگلیس توسط شوهر یا شوهر سابق خود کشته شده‌اند (۷). در ایران نیز مانند دیگر کشورها سوء رفتار علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی- بهداشتی است؛ به طوری که بررسی پزشکی قانونی نشان می‌دهد از مجموع ۲ میلیون و ۲۵۳ هزار زن مراجعه کننده به پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند، بیش از نیم میلیون نفر از آنان قربانی سوء رفتار و یا خشونت خانوادگی بوده‌اند (۸)، اگرچه ممکن است هم زن و هم مرد در خانواده مورد خشونت قرار گیرند، اما تحقیقات نشان می‌دهد که این میزان در زنان بیشتر است (۹). به عبارت دیگر این آزار و سوء رفتار که با هدف به کنترل درآوردن و تسلط انجام می‌پذیرد؛ ۹۰ درصد نسبت به زنان، ۸-۷ درصد دوطرفه و ۳-۲ درصد نسبت به مردان می‌باشد (۱۰). این مشکل در سطح گسترده‌ای در جهان علت جدی مرگ و یا ناتوانی زنان در سنین باروری و همچنین بیماری‌های شدید و غیر قابل علاج می‌باشد (۱۱).

بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی بیش از بیماری‌هایی مانند سرطان سینه و رحم، زایمان دردناک و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله می‌شود (۱۲). از طرفی سوء رفتار یا خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم مانند سلامت مادران، تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ایدز و بهداشت روانی دارد. اعمال خشونت یا سوء رفتار علاوه بر آسیب مستقیم در اثر ضربه‌های جسمی، بر بهداشت روان و اعتماد به نفس زن لطمه می‌زند؛ به طوری که حالاتی همچون دردهای لگن خاصره، علایم سندرم روده تحریک‌پذیر، سردرد، بی‌خوابی، خستگی، افسردگی، الکلیسم (Alcoholism) و سوء مصرف مواد ناشی از این مشکل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

می‌باشد (۳). عوارض ناشی از سوء رفتار علیه زنان در نوع آسیب‌های بدنی از خراش‌های کوچک و کوفتگی گرفته تا ناتوانی‌های مزمن و شوک‌های روحی مهلک، متغیر است (۸). خشونت علیه زنان باردار نیز ممکن است باعث افزایش خطر بروز سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزاد کم‌وزن و به دنیا آوردن بچه مرده گردد (۹)، 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 آینده 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 و اعتیاد به مواد مخدر از تأثیرات منفی خشونت خانگی بر کودکان و نوجوانان در خانواده می‌باشد (۱۳). عواقب منفی اجتماعی مانند افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی (به دلیل ابتلای زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت) و کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی- اجتماعی و بهداشتی می‌باشد (۱۲). از نظر عوامل مؤثر در بروز خشونت نیز که بسته به فرهنگ، شرایط اقتصادی- اجتماعی و ... متفاوت می‌باشد، مواردی هم‌چون سطح تحصیلات پایین زنان، فقر، طلاق، اعتیاد، بی‌کاری همسر و ... گزارش شده است (۱۴).

با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به این‌که خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر اولویت‌های بهداشتی مهم مانند سلامت مادران و کودکان دارد و از طرفی اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده خشونت یا سوء رفتار خانگی هنوز کافی نیست و با در نظر داشتن این مهم که شیوع سوء رفتار در شهرهای مختلف کشور به لحاظ دارا بودن خصوصیات فرهنگی متفاوت می‌باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف، تعیین شیوع خشونت‌های خانگی و علل و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان انجام شد. به این امید که یافته‌های حاصل از این پژوهش به دیدگاه روشن و واقع‌بینانه‌ای در جهت کاهش این مشکل اجتماعی و بهداشتی منجر شود.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که بر روی ۹۰۰ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. با توجه به پراکندگی جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه، نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت خوشه‌ای و بر اساس مناطق پستی مختلف صورت گرفت. با توجه به این‌که هر منطقه پستی خصوصیات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و بهداشتی خاص خود را دارد؛ بنابراین برای تعدیل پراکندگی و افزایش دقت، از میان مناطق پستی مختلف تعداد ۱۰ منطقه پستی به صورت نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شده و سپس از درون هر منطقه یک مرکز بهداشتی- درمانی به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند (در مجموع ۱۰ مرکز بهداشتی- درمانی در سطح شهر اصفهان). سپس با معرفی‌نامه رسمی از طرف شبکه بهداشت و درمان استان، به مراکز مربوطه مراجعه کرده و با استفاده از رابطین بهداشتی فعال در هر مرکز اطلاعات لازم از زنان مراجعه کننده به مراکز، جمع‌آوری گردید.

معیار ورود زنان به مطالعه، تأهل آن‌ها و گذشت حداقل یک سال از زندگی مشترکشان و همچنین تمایل آن‌ها به شرکت در مطالعه بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته استفاده شد که با استفاده از منابع علمی معتبر و مرتبط تهیه و تنظیم گشت. قبل از توزیع پرسش‌نامه بر بی‌نام و محرمانه بودن پرسش‌نامه تأکید و در صورت رضایت زنان، پرسش‌نامه به آن‌ها تحویل داده شد. روایی پرسش‌نامه با نظر استادان متخصص در این رشته و پایایی آن با ضریب Cronbach´s alpha برابر با ۰/۷۴ مورد تأیید قرار گرفت. این ابزار مشتمل بر ۶ بخش بود. بخش اول شامل مشخصات فردی، بخش دوم شامل سؤالات مربوط به خشونت جسمی (۱۰ سؤال)، بخش سوم شامل سؤالات مربوط به خشونت کلامی (۶ سؤال)، بخش چهارم شامل سؤالات مربوط به خشونت عاطفی (۱۲ سؤال)، بخش پنجم شامل سؤالات مربوط به خشونت مالی (۵ سؤال) و بخش ششم شامل سؤالات مربوط به علل خشونت‌ها (۱۲ سؤال) بود. برای سنجش دقیق‌تر هر یک از انواع

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

خشونت در هر یک از قسمت‌های فوق، چند سؤال کنترلی در هر بخش پرسش‌نامه گنجانده شد (سؤالات ستاره‌دار) که نشان دهنده میزان صحت پاسخ‌های افراد به سؤالات قبلی بود. در صورت تناقض جواب سؤالات کنترلی با سؤالات قبل خود، پرسش‌نامه فرد مورد مطالعه به نشانه عدم صحت پاسخ وی به سؤالات قبلی حذف گردید. پاسخ سؤالات در بخش‌های مربوط به انواع خشونت در طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای قرار داشته و هر پاسخگو برای پاسخگویی به هر سؤال نمره ۰ تا ۲ دریافت نمود. دامنه امتیازات فرد در هر بخش بین ۲۰-۰ متغیر بود که در نهایت نمره فرد در بخش‌های مختلف بر حسب ۱۰۰ محاسبه گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ (version 11, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها و جهت توصیف از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و برای مقایسه از آزمون‌های آماری ANOVA و Independent t استفاده گردید. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی افراد مورد مطالعه ۱۴ تا ۵۷ سال با میانگین و انحراف معیار ۱۱/۰۵ ± ۳۴/۳ سال بود. ۴۳/۱۲ درصد آن‌ها در محدوده سنی ۲۰ تا ۲۴ سال ازدواج کرده بودند. ۴۵/۶ درصد از زنان یا فرزندی نداشته و یا تنها یک فرزند داشتند. ۴۲/۲ درصد از آن‌ها تحصیلات دیپلم داشتند و ۷۶/۱ درصد از آن‌ها خانه‌دار بودند. ۱۱/۲ درصد از آن‌ها مبتلا به بیماری‌های روحی- روانی بوده و ۱/۸ درصد سیگار مصرف می‌کردند و ۲/۱ درصد از آن‌ها سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. شیوع کلی انواع مختلف خشونت خانگی در زنان ۳۴/۴۴ درصد بود؛ به طوری که ۷/۹۱ درصد از زنان در مقطعی از زندگی مشترک خود خشونت جسمی، ۵۶/۶۸ درصد از زنان خشونت کلامی و ۳۹/۸۸ درصد از زنان خشونت عاطفی را تجربه کرده بودند و در نهایت شیوع خشونت مالی در زنان ۳۳/۳۲ درصد بود. بر اساس گزارش افراد مورد مطالعه، کج‌خلقی و عصبی بودن همسر (۳۹/۷ درصد)، خستگی ناشی از کار زیاد (۳۶/۱ درصد)، کاهش درامد همسر (۳۲ درصد)، مشکلات مالی (۲۵/۹ درصد) و ایجاد تغییر در ساعات کاری همسر (۲۵/۶ درصد) از مهم‌ترین علل بروز خشونت‌ها بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل مؤثر در بروز خشونت از دیدگاه زنان شهر اصفهان

عوامل مرتبط	تعداد	درصد
کج‌خلقی و عصبی بودن همسر	۳۵۷	۳۹/۷
خستگی و کوفتگی کاری همسر	۳۲۵	۳۶/۱
کاهش درامد همسر	۲۸۸	۳۲/۰
بدهی مالی همسر	۲۳۳	۲۵/۹
ایجاد تغییر در ساعات کاری همسر	۲۳۰	۲۵/۶
بهانه‌گیری همسر	۲۱۲	۲۳/۵
درگیری همسر با همکارانش در محیط کار	۲۱۱	۲۳/۴
پیدایش مشکلات قانونی یا حقوقی برای همسر	۱۷۹	۱۹/۹
بی‌کار شدن همسر	۱۱۸	۱۳/۱
بدبینی همسر	۱۰۹	۱۲/۱
مصرف مواد مخدر توسط همسر	۷۱	۷/۹
رفت و آمد همسر با دوستان ناباب	۶۴	۷/۱

در مطالعه حاضر بین سن زنان و اعمال خشونت کلامی و مالی از جانب همسرانشان ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۵۰$)؛ به طوری که شیوع خشونت کلامی و مالی در زنان با سنین بالاتر بیشتر بود. در این مطالعه بین متغیر تعداد فرزندان و بروز خشونت مالی ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۰۱$)، بدین معنی که زنان با تعداد فرزند بیشتر، بیش از سایرین مورد خشونت مالی قرار گرفته بودند. بین سن هنگام ازدواج با خشونت روانی- عاطفی و خشونت مالی ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۱$)؛ به طوری که هرچه سن هنگام ازدواج بالاتر بود، بروز این خشونت‌ها نیز بیشتر بود. در این مطالعه زنان با سطح تحصیلات کمتر بیش از سایرین خشونت‌های کلامی و مالی را تجربه کرده بودند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین ابتلا به بیماری‌های روانی و انواع خشونت‌ها اتباط آماری معنی‌داری دیده شد ($P < ۰/۰۱$) و زنان مبتلا به بیماری‌های روحی- روانی بیش از سایرین انواع خشونت‌ها را تجربه کرده بودند. بین مصرف

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

سیگار و خشونت فیزیکی و کلامی ($P < ۰/۰۱۰$) و مصرف مواد مخدر با خشونت فیزیکی ($P < ۰/۰۰۱$) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

بحث

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، ۳۴/۴۴ درصد از زنان در طی زندگی مشترک خود حداقل یکی از انواع خشونت‌های خانگی را تجربه کرده بودند. بررسی‌های انجام شده در کشورهای مختلف نیز حاکی از آن است که ۵۰–۲۵ درصد از زنان در طی زندگی مشترک خود مورد بدرفتاری از جانب همسران خود قرار می‌گیرند (۱۸–۱۵) و این مطالعات به نوعی جهانی بودن پدیده خشونت در جوامع مختلف با وجود تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی را تأیید می‌کند.

در بررسی انواع خشونت در پژوهش حاضر، خشونت کلامی با ۵۶/۶۸ درصد بیشترین و به ترتیب خشونت‌های عاطفی (۳۹/۸۸ درصد)، مالی (۳۳/۳۲ درصد) و جسمی با ۷/۹۱ درصد در رده‌های بعدی قرار گرفتند. یافته‌های گسترده‌ترین تحقیق انجام شده در ایران با عنوان «بررسی پدیده خشونت خانگی علیه زنان» در ۲۸ مرکز استان کشور نیز نشان می‌دهد که ۵۲/۷ درصد از کل پاسخگویان از اول زندگی مشترک تاکنون قربانی خشونت‌های روانی و کلامی بوده و این نوع خشونت، اولین رتبه را در میان انواع خشونت خانوادگی علیه زنان دارد. به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کاهش یافته است که این وضعیت می‌تواند دلایل متفاوتی داشته باشد. اول این‌که خشونت‌های فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در محاکم داشته و به همین دلیل نیز قوانین قضایی در مورد این‌گونه از خشونت صراحت بیشتری دارد، دوم این‌که اصولاً زنان ما کمتر از خشونت فیزیکی صحبت می‌کنند و بیشتر آن را کتمان می‌نمایند و در نهایت این‌که اکثر مردان جامعه خشونت فیزیکی علیه همسر خود را ناپسند می‌دانند (۲۰، ۱۹).

در مطالعه دولتیان و همکاران میزان خشونت عاطفی و فیزیکی به ترتیب ۸۱/۲ و ۴۰/۴ درصد گزارش شده است (۲۱). در مطالعه جهانفر و همکاران ۱۴/۶ درصد از زنان مورد خشونت جسمانی و ۶۰/۵ درصد از آن‌ها مورد خشونت روحی– روانی قرار گرفته بودند (۲۲). بر اساس نتایج حاصل از مطالعه شمسی و همکاران، میزان خشونت عاطفی ۵۶ درصد، کلامی ۴۸ درصد، مالی ۲۳ درصد و جسمی ۱۱ درصد در زنان مورد مطالعه به دست آمد (۲۳). همان طور که مشخص است، فراوانی‌های گزارش شده از انواع خشونت خانوادگی در مطالعات مختلف متفاوت می‌باشد که این امر می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جمعیت‌های مورد مطالعه، روش بررسی خشونت، حجم نمونه و زمینه‌های اجتماعی– فرهنگی افراد شرکت کننده در این مطالعات باشد.

اگرچه در تمامی جوامع صرف نظر از سطح رفاه و شرایط اقتصادی– فرهنگی، خشونت خانگی علیه زنان وجود دارد، ولی عوامل مساعد کننده آن چندان مشابه نیستند. در پژوهش حاضر سن زنان و تحصیلات آن‌ها با انواع خشونت‌های خانگی ارتباط آماری معنی‌داری داشت، بدین معنی که بروز خشونت‌های خانگی در زنان با سنین بالاتر و تحصیلات کمتر بیشتر بود. نتایج مطالعه عزیزیان و همکاران نیز حاکی از آن است که سن زن و سطح تحصیلات وی به عنوان عامل تشدید کننده خشونت خانگی به شمار می‌آید (۲۴).

شاید کمتر بودن شیوع خشونت‌های خانگی در زنان با تحصیلات بالا به این دلیل است که زنان تحصیل کرده آگاهی بیشتری از حقوق خانوادگی و اجتماعی خود داشته و اغلب نیز دارای همسران تحصیل کرده بوده و همین امر می‌تواند از احتمال بروز خشونت علیه آنان بکاهد. همچنین تحصیلات بالا راه خودشکوفایی را برای اعضای خانواده باز می‌کند و خانواده‌های تحصیل کرده با آگاهی یافتن بر راه‌های کنار آمدن با تعارضات در روابط نزدیک، خشونت در خانواده را کم‌رنگ کرده و موقع مواجه شدن با موانع بیرونی یا درونی از شیوه‌های معقولی مانند حل مسأله کمک می‌گیرند.

نتایج این پژوهش نشان داد که تعداد فرزند بیشتر رابطه آماری معنی‌داری با بروز خشونت‌های خانگی علیه زنان دارد که این نتایج با مطالعه احمدی و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعه‌ای در اسپانیا حاکی از آن بود که داشتن بیش از سه فرزند عامل مساعد کننده‌ای در بروز انواع

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

خشونت‌های خانگی می‌باشد.

در پژوهش حاضر مصرف سیگار و اعتیاد به مواد مخدر ارتباط آماری معنی‌داری با بروز خشونت‌های خانگی داشت که این یافته با مطالعه Coker و همکاران که در کارولینای جنوبی انجام شده بود، همسو می‌باشد؛ به طوری که در مطالعه Coker و همکاران اعتیاد به الکل و مواد مخدر قوی‌ترین ارتباط را با بروز خشونت داشت (۲۶). دیگر یافته‌ها حاکی از آن است که بین سن هنگام ازدواج و بروز خشونت خانگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که احتمال بروز خشونت خانگی در زنانی که در سنین بالاتر ازدواج می‌کنند، بیشتر است که این نتایج با مطالعه شمسی و بیاتی مغایرت داشت (۲۳). در این مطالعه وجود بیماری‌های روانی نیز از جمله عوامل پزشکی زمینه‌ساز خشونت خانگی شناخته شدند. نریمانی و آقامحمدیان نیز در مطالعه خود ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان خشونت‌های خانگی علیه زنان و وجود بیماری‌هایی مانند اضطراب و افسردگی در آن‌ها را گزارش نمودند (۲۷).

بر اساس گزارش‌های افراد مورد مطالعه، کج‌خلقی و عصبی بودن همسر، خستگی ناشی از کار زیاد، مشکلات مالی و ایجاد تغییر در ساعات کاری همسر، از مهم‌ترین علل بروز خشونت‌ها بوده است. در مطالعه احمدی و همکاران نیز عواملی مانند فقدان آگاهی و ضعف فرهنگی افراد جامعه، عوامل اقتصادی و مشکلات مالی چون فقر و بی‌کاری، عوامل پزشکی چون بیماری‌های جسمانی و روانی و سوء مصرف مواد از عوامل مستعد کننده خشونت خانگی علیه زنان گزارش شده‌اند (۲۵). شمسی و بیاتی نیز در مطالعه خود عواملی هم‌چون عدم توانایی مادر در اداره منزل، بهانه‌گیری همسر، عدم مشاوره همسر با زن در امور منزل، خستگی و کوفتگی کاری از طرف همسر، دخالت بستگان، زود عصبانی شدن همسر و پرداخت پول با اکراه از طرف همسر را از مهم‌ترین علل خشونت‌های خانگی عنوان کردند (۲۳).

از آن‌جا که در مطالعه حاضر وقوع خشونت در هر دوره از زندگی مد نظر قرار گرفت؛ بنابراین امکان تأثیر اریب یادآوری در نتایج مطالعه وجود دارد، همچنین در این پژوهش به دلیل مسایل فرهنگی، رفتارهای مرتبط با خشونت جنسی مورد بررسی قرار نگرفت. در نهایت با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و شیوع به نسبت بالای خشونت خانگی علیه زنان در شهر اصفهان باید تلاش نمود تا این‌گونه رفتارها، غلط و نادرست تلقی شوند. بنابراین باید راهبردهای مناسب برای آموزش و اطلاع‌رسانی به جامعه و نیز قانونی و اجباری کردن آموزش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت مرتبط با آن را برای افراد ذی‌ربط در نظر گرفت.

این واقعیت مورد تأکید است که زنان و مردان جامعه به نوعی آموزش ببینند که قادر باشند میان فرهنگ صحیح و بالنده ملی و مذهبی و سنت‌های غلط جاری زمینه‌ساز خشونت و صدمات جسمی و روحی تفاوت قایل شوند. آموزش و آگاه‌سازی زنان و مردان مهم‌ترین گام در پیشگیری و کاهش موارد خشونت علیه زنان است. یک برنامه آموزشی موفق باید جمعیت‌های زنان، مردان، کودکان و کل جامعه را در برگیرد. در نهایت از آن‌جا که ریشه بسیاری از خشونت‌های خانگی از عقاید نادرست مذهبی و فرهنگی منشأ می‌گیرد، بنابراین در ایران مراکز دینی و رهبران مذهبی موقعیت‌های مناسبی در آگاه‌سازی جامعه و تغییر هنجارهای عامه مردم در رابطه با خشونت در اختیار دارند که باید به نحو احسن از آن‌ها استفاده نمود.

References

1. Davkinz S, Logan B. Family-oriented community health nursing. Trans. Nursing Faculty Members. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 1993. [In Persian].
2. Hoseini M, Hoseinzadeh S. Community Health Nursing. Tehran, Iran: Bashari Publication; 1996. p. 176. [In Persian].
3. Karen K, Estefani I, Tera Z. Women's mental health. 1st ed. Tehran, Iran: Savalan Publication; 2000. p. 85-90.
4. Ahmadi Khorasani N. The second Sex. Tehran, Iran: Tosea Publication; 2000. [In Persian].
5. Jokar A, Garmaz Nejad S, Sharifi M. A study on prevalence rate of intimate partner violence among women attending Yasuj health centers. Armaghan Danesh; 2005; 10(37): 81-8. [In Persian].
6. Stanhope M, Lancaster J. Community and public health nursing. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2000. p. 766-8.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

www.mui.ac.ir

7. 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; 13(4): 395-410.
8. Eftekhari A. Violence and community. Tehran, Iran: Safir Publication; 2005. [In Persian].
9. Frost M. Health visitors'perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. J Adv Nurs 1999; 30(3): 589-96.
10. Inanloo M, Haghdoost Oskouie F, Mashayekhi F, Haghani H. A study of couples characteristics and existing relations with the kind and severity of wife abuse. Iran J Nurs 2001; 13(26): 57-65. [In Persian].
11. World Health Organization. Violence against women. Trans. Rafiefar Sh, parsinia S. Tehran, Iran: Tandis Publication; 2001. [In Persian].
12. School of Law and Political Science, University of Tehran. United Nations Development Programme, Workshop Report on the elimination of violence against women. Tehran, Iran: University of Tehran; 2000. p. 64-5. [In Persian].
13. Kardavani AH. Kids respond to domestic violence and the need to protect them. Sci J Forensic Med 2000; 6(19): 68-74. [In Persian].
14. Aghakhani K, Aghabigloie A, Chehreii A. Evaluation of physical violence by spouse against womens refering to forensic medicine center of Tehran in autumn of 2000. Razi J Med Sci 2003; 9(31): 485-90. [In Persian].
15. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. Bulletin of the World Health Organization 2011; 89(1):2-2.
16. Cengiz OB, Deveci A. The relationship between domestic violence and the prevalence of depressive symptoms in married women between 15 and 49 years of age in a rural area of Manisa, Turkey. Turk Psikiyatri Derg 2011; 22(1): 10-6. [In Turkish].
17. Adesina O, Oyugbo I, Oladokun A. Prevalence and pattern of violence in pregnancy in Ibadan, South-West Nigeria. J Obstet Gynaecol 2011; 31(3): 232-6.
18. Sato-DiLorenzo A, Sharps PW. Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. Issues Ment Health Nurs 2007; 28(8): 837-48.
19. Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 15(3):300-7. [In Persian].
20. Iran Drug control Headquarters. Interesting statistics of National Plan of Study of domestic violence against women in 28 province center [Online]. 2005 [cited 2005 Dec 27]; Available from: URL: http://www.dchq.ir/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&highlight=&sid=2460/ [In Persian].
21. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. T Evaluation of Prevalence of Domestic Violence and its Role on Mental Health. Pejouhandeh Journal 2011; 16(6): 277-283. [In Persian].
22. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. Journal of Family Violence 2007; 22(8): 643-8.
23. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. J Gorgan Univ Med Sci 2011; 13(4):67-75. [In Persian].
24. Azizian R, Saroukhani B, Mahmodi M. Violence against women: a study of underlying factors in Tehran Forensic Center 2001. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2004; 2(3): 37-48.
25. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri A, Shojaeezadeh D. Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4 (2): 35-44.
26. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health 2000; 90(4): 553-9.
27. Narimani M, Aghamohammadian HR. A study of the extent of men's violence against women and its related variables among families inhabited in Ardabil city. J Fundam Ment Health 2005; 7(27-28): 107-13. [In Persian].

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]

The Prevalence of Domestic Violence and the Affecting Factors among Women in Isfahan, Iran

Elham Hajsalehi[1], Gholamreza Sharifirad[2], Nahid Moazam[3], Nahid Azizi[1], Maliheh Taebani[1], Mahnoosh Reisi[4], Seyed Homamodin Javadzade[5]

Original Article

Abstract

Background: Domestic violence is the most common type of violence against women. It negatively affects health issues such as maternal health, family planning, prevention of diseases and mental health; even children's health can also be affected. The prevalence of this violence in various communities in terms of having the special characteristics of cultural differences is not the same. This study aimed to determine the prevalence of domestic violence and factors affecting it among women in Isfahan, Iran.

Methods: This cross-sectional study was performed on 900 women referred to health centers of Isfahan selected by cluster sampling method. For data collection, a researcher-made questionnaire consisted of six sections (individual characteristics, physical abuse, verbal abuse, financial abuse, causes of abuse, and psychological-emotional abuse) was used. Data collection was done by voluntary workers in health centers and data were analyzed by SPSS software. The significance level of 0.05 was considered.

Findings: The mean age of women was 34.1 ± 11.05 years and the prevalence of violence against them was 34.44%. A significant relationship between the age and verbal and economic violence against women by their husbands was seen ($P < 0.05$). Also, economic violence was higher among women with more children ($P < 0.001$). There was a significant relationship between age at marriage and emotional and economic violence ($P < 0.010$). Women with lower educational level experienced more verbal and economic violence than others ($P < 0.001$). Also, there was a significant relationship between mental illness and all type of violence ($P < 0.010$).

Conclusion: Educate and inform women and men is the most important step in preventing and reducing violence against women. Providing appropriate educational programs to promote community awareness to distinct between the thriving culture and wrong traditions by them may seem necessary.

Key words: Domestic violence, Women, Isfahan, Iran

Citation: Hajsalehi E, Sharifirad Gh, Moazam N, Azizi N, Taebani M, Reisi M, et al. **The Prevalence of Domestic Violence and the Effecting Factors among Women in Isfahan, Iran.** J Health Syst Res 2013; 9(6): 648-55.

Received date: 24/05/2013 Accept date: 09/07/2013

1- School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Department of Health Education, School of Public Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran (Corresponding Author) Email: reisi_mr@yahoo.com
5- Department of Health Education, School of Public Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-15]