

بررسی عوامل مؤثر بر خشونت مردان معتاد علیه زنان باردار

دکتر مهرداد نوابکش^۱

کاظم قجاوند^۲

چکیده

طرح مساله: همسر آزاری امروزه از جمله اسببهای اجتماعی شایع در جامعه به شمار می رود که نگرانی خانواده ها ، مسولان و برنامه ریزان امور سلامت خانواده ها را فراهم آورده است. اعتیاد مردان از جمله عواملی است که همسر آزاری را تشدید می نماید. هدف از این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر همسر آزاری در میان زنان بارداری است که همسر آنان اعتیاد داشته اند.

روش: مطالعه اخیر از نوع تحقیقات توصیفی و روش انجام ان پیمایشی است جامعه اماری شامل زنان باردار مراجعه نموده به مراکز درمان و مراقبت دوران بارداری و مراکز خدمات بهداشت و درمان دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران می باشد. تعداد ۶۰۰ زن باردار که همسر آنان معتاد بوده اند در فاصله زمانی ۸ ماه در سال ۱۳۸۵ در این تحقیق مشارکت نمودند. ابزار جمع اوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بوده واز روش آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته های تحقیق نشان می دهد که میزان خشونت علیه زنان در میان مردان معتاد بیشتر از مردان غیر معتاد می باشد همچنین نتایج آزمون t مبین تفاوت معنی ثداری بین میانگین نمرات خشونت تجربه شده همسران در دو گروه بود ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان می دهد که بین میزان تحصیلات زنان ، درآمد آنان ، سن و نوع اعتیاد همسران و میزان خشونت اعمال شده رابطه وجود دارد.

کلید واژه ها : اعتیاد ، همسر آزاری ، بارداری ، سلامت زنان ، پیشگیری

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱۲

مقدمه و طرح موضوع

با مراجعه به تاریخ هنگامی که انسان در قالب جنس زن و مرد با پا نهادن به کره خاکی زندگی فردی و اجتماعی خود را آغاز کرد از آن زمان تاکنون جوامع بشری همواره شاهد انواع خشونت پنهان و آشکار علیه قشر عظیمی از بشریت یعنی زنان بوده است که این خشونتها در اشکال مختلف آن بخشی ریشه در فرهنگ و سنت دارد و بخشی حاصل تداوم تبعیض علیه زنان در ساختار حقوقی، اقتصادی و سیاسی جامعه است. پدیده دردناک خشونت علیه زنان در ابعاد گوناگون جسمانی، جنسی و روانی،

۱ - دانشیار جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (نویسنده مسئول) mehrdad_navabakhsh@yahoo.com

۲ - دانشجوی دکتری رشته جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

سلامت جسم و روان میلیون‌ها زن را در سراسر دنیا در طبقات مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متأثر ساخته است (کارمن، ۲۰۰۰). خشونت در اشکال مختلف آن (خشونت خانگی، تجاوز جنسی و خشونت‌های اجتماعی) تجاوز مسلم به حقوق اساسی و حقوق بشر زنان است و مانعی بزرگ برای مشارکت فعال آنها در جامعه خواهد بود. متداول‌ترین و فراوان‌ترین شکل خشونت علیه زنان خشونت خانگی و یا خشونت علیه زن در خانواده است که غالباً توسط نزدیکترین افراد خانواده مانند شوهر به وقوع می‌پیوندد (کارسون، ۲۰۰۰).

خشونت علیه زنان در خانواده به همان اندازه که آسیب‌های شدید جسمانی بر جای می‌گذارد، سلامت روان زن را به مخاطره می‌افکند. متأسفانه بدلیل خصوصی بودن حریم خانه در جوامع گوناگون، آمار دقیق و معتبری از فراوانی و درصد این خشونت شامل: جراحی (ازبریدگی تا شکستگی و آسیب ارگانه‌های داخلی بدن)، حاملگی ناخواسته، و بیماری‌های مقاربتی در دسترس نیست (کوکر، کراون و کینگ، ۲۰۰۰). HIV/ایدز، سقط جنین غیرعمدی، عواقب مرگبار خشونت علیه زنان شامل خودکشی، دیگرکشی، ضربه مغزی و مرگ و میر مادر می‌باشد. عواقب روانی خشونت علیه زنان شامل افسردگی، ترس، اضطراب، از بین رفتن اعتماد به نفس و ایجاد حس حقارت، مشکلات تغذیه‌ای، اختلالات جنسی، آسیب‌های وسواس و آسیب استرس پس از حادثه می‌باشد. بهر حال خشونت روانی از قبیل به کار بردن کلمات زشت، ناسزاگویی، مزاحمت، ایجاد محدودیت، تبعیض و محرومیت‌های مادی، فیزیکی، شخصی و اجتماعی برای بسیاری زنان بمراتب دردناکتر از حملات فیزیکی است و پیامدهای وخیمش نیز بمراتب پایدارتر است (فریزر، ۲۰۰۱). بهر حال باید توجه داشت هنگامی که حقوق زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده مورد تجاوز قرار گیرد و بجای امنیت خاطر و آرامش، هراس و ناامنی جایگزین شود، هویت زن را دچار اختلال می‌کند و عزت نفس او را تبدیل به احساس حقارت و بی‌ارزشی می‌کند و طبیعی است که چنین زنی هرگز قادر نخواهد بود که نقش تربیتی و مدیریتی خود را ایفا نماید و محیط خانواده را از نظر عاطفی به محیط گرم و انرژی‌زا تبدیل نماید (جانسون و سیدنی، ۲۰۰۰).

نتایج یک تحقیق در مورد عواقب اقتصادی خشونت علیه زنان در ایالت بریتیش کلمبیا (۱۹۹۶) نشان داد که هزینه‌های تحمیلی ناشی از خشونت علیه زنان به مراکز خدماتی گوناگون در مجموع ۳۸۵ میلیون دلار در سال است (مایلز، ۱۹۹۹).

موضوع خشونت علیه زنان در دوران بارداری به دلیل سلامت فرزند و مادر جایگاه خاص خود را دارد. تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که استرسها و اضطراب‌های مادر در دوران بارداری بر سلامت جنین تأثیر مستقیمی دارد. جدول زیر انواع خشونت‌های اعمال شده دایمی بر روی زنان را نشان می‌دهد.

(جدول شماره ۱) خشونت مادام‌العمر علیه زنان (صابریان، ۱۳۸۲)

مرحله	نوع خشونت
پیش از تولد	سقط بر اساس انتخاب جنسیت - آثار ضرب و شتم پی در پی در طول بارداری به علت جنسیت جنین
کودکی	کشتن نوزاد مؤنث - سوء استفاده جسمی، جسمی و روانی
دختری	ازدواج کودک، ختنه دستگاه تناسلی زنانه، سوء استفاده جسمی، جنسی و روانی، زنا با محارم، فحشا و تهیه تصویر مستهجن از کودک
دوره جوانی و بزرگسالی	خشونت اتفاقی یا معاشقه‌ای (نظیر پاشیدن اسید و تجاوز)، رابطه جنسی برای کسب معاش (نظیر روابط جنسی دختران با پدرانشان برای قانع کردن آنها به پرداخت شهریه مدرسه) زنا با محارم، سوء استفاده جنسی در محل کار، تجاوز، حمله‌ها و آزار پی در پی جنسی، فحشا و تهیه اجباری تصاویر مستهجن، خرید و فروش زنان، خشونت شرکای جنسی، تجاوز ازواجی، سوء استفاده و قتل مرتبط با جهیزیه، قتل به دست شرکای جنسی، سوء استفاده روانی، سوء استفاده از زنان ناتوان و معلول، بارداری اجباری
سالخوردگی	خودکشی اجباری یا قتل زنان بیوه به دلایل اقتصادی، سوء استفاده جسمی، جنسی و روانی

انواع خشونت خانگی

خشونت خانگی به سه دسته تقسیم می‌شود:

۱- خشونت فیزیکی^۱

- مطالعات بزرگ دلالت دارد که ۵۲-۱۶ درصد از زنان توسط شریک جنسی خود تحت آزار جسمی قرار گرفته‌اند. این تخمین به دو دلیل از حد واقعی خود کمتر است:
- ۱- بسیاری از زنان عقیده دارند که به دلایل اعمال اشتباه خود مستحق کتک خوردن هستند.
 - ۲- برخی از زنان از صحبت درباره آزار اجتناب می‌ورزند زیرا ترس دارند که در آینده متحمل آزار بیشتر همسرشان شوند و یا از بازگویی وضعیت‌شان احساس شرم می‌کنند.

^۱ - physical abuse

۲- تجاوز^۱

بررسی‌ها در تعدادی از کشورها نشان می‌دهد ۱۵-۱۰٪ زنان روابط جنسی به زور از طرف شریک جنسی خود داشته‌اند که این مورد در کسانی که تحت آزار فیزیکی بوده‌اند، بیشتر بوده است. در حالی که در برخی از کشورها تجاوز همسر بعنوان یک جرم است، در بعضی از جوامع دسترسی جنسی غیر محدود به همسر یک حق قانونی است.

۳- خشونت روانی^۲

خشونت روانی آزار زبانی مکرر، محدودیت و محرومیت جسمی، مالی و منابع شخصی است. بسیاری از زنان اظهار می‌کنند که شکنجه روحی و زندگی در ترس و وحشت، بدترین جنبه آزار است.

اثرات خشونت بر سلامتی جسمانی

در زنان کتک‌خورده علائم گوارشی (شامل از دست رفتن اشتها، اختلالات خوردن) و تشخیص اختلالات عملکرد گوارشی (از قبیل سندرم مزمن روده تحریک پذیر) همراه با استرس مزمن بیشتر دیده می‌شود. این اختلالات ممکن است در طی یک خشونت حاد و بنابراین ارتباط استرسی و یا مربوط به خشونت جنسی کودکی و یا هر دو باشد (روبوتن و شلدارک، ۲۰۰۰). این عارضه اختلال عملکردی روده در زمان طولانی دورتر از ارتباط با خشونت رخ می‌دهد. بطور مشابه، علائم قلبی گزارش شده از قبیل هیپرتانسیون و درد قفسه صدی با خشونت شریک جنسی همراه بوده است. برخی از تحقیقات افزایش شیوع سرماخوردگی و آنفلونزا را در این گروه گزارش می‌کنند. ممکن است اختلالات سیستم ایمنی ناشی از استرس و اختلالات سلامتی روحی مثل افسردگی مسئول این قبیل مشکلات باشند (مک‌نمارا و نئوفیلد، ۱۹۹۸).

بررسی‌ها نشان داده است که غالباً بچه‌هایی که شاهد خشونت خانگی بوده‌اند از بسیاری از علائمی رنج می‌برند که بچه‌های خشونت دیده جنسی و یا فیزیکی دارند. دخترانی که شاهد کتک خوردن مادرشان از طرف پدر و یا ناپدری خود هستند بیشتر از دختران خشونت ندیده، خشونت را بعنوان یک جزء طبیعی ازدواج می‌پذیرند. از طرف دیگر، پسران شاهد خشونت، شانس بیشتری دارند که شریک جنسی خود را تحت خشونت قرار دهند.

^۱ - rap in intimate relationship

^۲ - Psychological or mental violence

اثرات خشونت بر سلامتی روحی

افسردگی و اختلال استرس بعد از تروما (Post-traumatic stress) شایع‌ترین عارضه بجا مانده از خشونت شریک جنسی است. در یک مطالعه گلدینگ^۱ نشان داد که افسردگی و اختلال استرس بعد از تروما در زنان خشونت دیده شریک جنسی از کودکان آزار دیده دوره کودکی بیشتر است. افسردگی در زنان کتک‌خورده‌ای بیشتر دیده می‌شود که سایر عوامل استرس‌زای همراه با خشونت خانگی را دارند از قبیل آزار کودکی، فرزند زیاد، تغییر در محل زندگی، نزدیکی به اجبار، طلاق، وقایع منفی زندگی و مشکلات رفتاری کودک برخی از زنان کتک‌خورده ممکن است افسردگی مزمن داشته باشند که با استرس ناشی از خشونت تشدید شود. البته شواهدگواه آن است که اولین حملات استرسی می‌تواند توسط خشونت شریک جنسی آغاز شود.

در یک مطالعه جمعیتی در کانادا، رتنی^۲ دریافت که در زنان خشونت دیده علاوه بر افسردگی، اضطراب، بیخوابی و اختلال عملکرد اجتماعی بیشتر است. این اختلال خواب ناشی از تداخل مکانیسم‌های فیزیکی، روانی و محیطی است. گزارشاتی از زنان در کشورهای در حال توسعه در خصوص مشکلات روانی ناشی از آزار است. در نیکاراگوئه ۷۰٪ موارد دیسترس احساسی به خشونت از طرف شریک جنسی نسبت داده شده است. در پاکستان نیز افسردگی و اضطراب در زنان کتک‌خورده گزارش شده است (کارمان، ۲۰۰۰).

خشونت خانگی و بارداری

گزارارین^۳ و همکارانش در مطالعات مروری وسیع آمریکا، شیوع خشونت در حاملگی را ۰/۹-۲۰/۱٪ بدست آورد. در حالی که در بیشتر مطالعات ۳/۳-۸/۳٪ ثبت شده بود. شیوع این خشونت در سایر کشورهای صنعتی و غیر صنعتی مشابه است؛ در انگلستان ۶/۴٪ در طی سال گذشته و ۲/۵٪ بصورت کلی (۷/۸٪ همراه با تهدیدها) (۴۷) و در کانادا ۵/۵-۶/۶٪ (۴۸ و ۴۹) و جنوب آفریقا ۶/۸٪ (۵۰)، سوئد ۱۱٪ (۲۱) شامل خشونت سمبولیک و تهدیدها) و ۱۳٪ در نیکاراگوآ. علیرغم این که در مواقعی که تعریف

^۱ - Golding.

^۲ - Ratney.

^۳ - Gazarian.

خشونت وسیع باشد و سؤالات بیشتر پرسیده شود شیوع بالاتر می‌رود، به طور واضح شیوع خشونت در حاملگی در غالب کشورها مشابه است.

تأثیر اصلی خشونت بر سلامتی در حاملگی تهدید سلامت و خطر مرگ مادر و جنین یا هر دو ناشی از تروما است. در مطالعات وسیع اما کنترل شده آمریکا خشونت همسر از علل مرگ جنین و ختم حاملگی انتخاب شد. خشونت فیزیکی در حاملگی با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جنسی شامل ایدز، عفونت‌های دستگاه ادراری، افسردگی و علائم سلامت روحی همراه است.

بسیاری از مطالعات در آمریکا نشان می‌دهد که خشونت در حاملگی با سرانجام حاملگی از قبیل زایمان زودرس، زجر جنین، خونریزی قبل از زایمان و پره الکلامپسی همراه است. تعداد زیادی از مطالعات کنترل شده خشونت خانگی را بعنوان فاکتور خطر وزن کم هنگام تولد نوزاد معرفی می‌کنند. یک متاآنالیز از ۱۴ مطالعه منتشر شده از شمال آمریکا و اروپا نشان داد که میزان وزن کم موقع تولد ۱/۴ برابر می‌شود. برخی از مطالعات تداخل بین عوامل خطر وزن کم موقع تولد از قبیل وضعیت قومی و خشونت خانگی را نشان می‌دهد. برخی مطالعات افزایش کم وزن مادر در حاملگی، سیگار کشیدن و یا هر دو را عوامل توجیه کننده ارتباط بین خشونت خانگی و وزن کم موقع تولد می‌دانستند (براون و همکاران، ۱۳۷۳، ص ۱۹۸).

اشکال و صور خشونت علیه زنان:

- ۱- خشونت‌های خانگی که رایج‌ترین و متداول‌ترین شکل خشونت علیه زنان می‌باشد.
- ۲- انتخاب جنسیت نوزادان و سقط جنین یا کشتن نوزاد دختر.
- ۳- مجبور کردن دختران به ازدواج کردن در سنین پایین.
- ۴- مجبور کردن زنان به همسرگزینی و یا ممانعت از همسرگزینی به میل و اختیار خود.
- ۵- قتل دختران و زنان به نام اعاده شرف و برای دفاع از شرف و حفظ ناموس.
- ۶- خشونت‌های مرتبط با مهریه و جهیزیه.
- ۷- ختنه کردن دختران.
- ۸- حاملگی اجباری.
- ۹- خرید و فروش و قاچاق زنان و دختران و روسپیگری اجباری (تجارت و بردگی جنسی).
- ۱۰- خشونت‌های ناشی از جنگ و تجاوزهای سیستماتیک.
- ۱۱- تجاوز و سوء استفاده جنسی (پوررضا، ۱۳۸۱)

- ۱۲- در سنین سالخوردگی: خودکشی اجباری یا قتل زنان بیوه بنا به دلایل اقتصادی و سوء استفاده جسمی و روانی از آنان.
- ۱۳- سوءاستفاده جنسی و مزاحمت جنسی در محیط کار (فریزر، ۲۰۰۱، ص ۲۰).
- عوامل زمینه‌ساز و مستعد کننده:
- جامعه‌شناسان عوامل مؤثر بر بروز خشونت در خانواده را اینچنین بیان نموده‌اند:
- پایین بودن سطح سواد.
- اختلاف سنی زیاد بین زن و شوهر.
- پایین بودن سن زن هنگام ازدواج.
- اختلافات مالی.
- فقدان پشتیبانی والدین از فرزند دختر.
- ناهنجاری‌های اجتماعی.
- باورهای نادرست حاکم بر جامعه (صمدی و صامی، ۱۳۸۱).
- همچنین نتایج سایر تحقیقات عوامل ذیل را زمینه‌ساز و مستعد کننده بروز خشونت در خانواده عنوان نموده‌اند:
- فرد در زمان کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته و شاهد اعمال خشونت نسبت به مادر بوده باشد.
- بیکاری و مشکلات اقتصادی (خصوصاً کار کردن مرد به صورت نیمه‌وقت یا روزمزد) وجود تفکر مردسالاری و رفتار با زنان به عنوان شخص زیر دست یا جنس دوم.
- وجود اعتیاد، سوء مصرف مواد، داروها و الکل.
- شیوه نادرست همسرگزینی.
- عدم هماهنگی آشکار و شدید در ارزشها و الگوی زندگی بین زوجین.
- درگیری و کشمکشهای مذهبی- فرهنگی در خانواده.
- وجود بحران در خانواده نظیر آسیبهای مالی و جسمی ناشی از تصادف، ورشکستگی، داغدیدگی و مرگ عزیزان.
- کمبود مهارتهای زندگی نظیر ضعیف بودن برقراری روابط بین فردی، کمبود مهارتهای کنترل خشم، مهارتهای حل مسئله و تصمیم‌گیری.
- انزوای اجتماعی (عدم برقراری ارتباط مناسب با دوستان، همکاران و عدم دریافت حمایت‌های اجتماعی).

داشتن الگوی نامناسب خشونت و پرخاشگری (الگو برداری از پدر، دوستان ناباب، فیلم‌های تلویزیونی و ویدئویی).

عدم تفاهم در زمینه رشد و تربیت فرزندان.

استرسها و فشارهای عصبی فراوان در خانه، محل کار و محیط اجتماعی.

وجود پرخاشگری لفظی بین زوجین و عدم احترام متقابل نسبت به هم.

تفکرات و سنتهای فرهنگی زن ستیزانه.

مشکلات مزمن سلامتی و بیماری‌های مکرر.

زوجین با سن کمتر از ۳۰ سال.

رنگین پوستی و جزو اقلیتهای نژادی بودن.

وجود اختلاف در شرایط فرعی ازدواج نظیر اختلاف بر سر مهریه، نداشتن جهیزیه مناسب.

خلوت خانه (تبدیل خانواده گسترده به خانواده هسته‌ای، اسکان خانواده‌ها در فضای بسته

مستقل، نبودن ریش سفیدهای خانواده و اینکه جرمهای داخل خانواده و مجازات آن خصوصی

تلقی می‌شود).

وجود مشکل در رابطه جنسی زوجین نظیر سرد مزاجی زن، ناتوانی و یا انحرافات جنسی مرد.

کتمان و پنهان نمودن و عدم درخواست کمک و مشاوره از مراجع ذیصلاح نظیر مشاورین

خانواده، مشاورین حقوقی (کار، ۱۳۸۰).

محمدی فرد علل همسرآزاری را به سه دسته تقسیم می‌نماید:

بعد اجتماعی: نگاه اجتماع به زن و تعریف جامعه از رفتار زنانه و مردانه می‌تواند تسهیل

یا تشویق کننده یا زمینه‌ساز بروز خشونت باشد.

بعد حقوقی: نگاه قانون به زنان و میزان برخورداری و آشنایی آنان با این حقوق و ساختار

نهادهای جامعه در رساندن زنان به حقوقشان مهم می‌باشد. نتایج یک تحقیق نشان

می‌دهد که بسیاری از بدرفتاریها برای مردان، بدرفتاری محسوب نمی‌شود بلکه حق مرد

بر زن به حساب می‌آید مثل اجازه کار، تحصیل، ازدواج و بیرون رفتن از خانه باید با

اجازه مرد (در مقام پدر و یا شوهر) باشد. از سوی دیگر برخی از قوانین و مقررات موجود

بعضی از بدرفتاریها را از نظر قانون تأیید می‌نماید نظیر حق طلاق یک جانبه برای مرد،

تعدد زوجات، حق تصمیم‌گیری مرد در مورد اشتغال و تحصیل همسر و یا سایر امور

مربوط به زنان.

بعد روانی: خصوصیات روانی مردان همسرآزار نابه‌هنجار است، آنان افرادی تحریک‌پذیر و

پرخاشگرند، تمایلات ضد اجتماعی و عزت نفسی پایین دارند، به همین علت آنان

احساس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی و قدرت‌نمایی خود را با رفتارهای انتقادی شدید و آزار رساندن به زنان جبران می‌نمایند، این افراد اغلب به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی اعتیاد دارند و فجیع‌ترین شکل بروز خشونت علیه زنان یعنی قتل آنان از سوی مردان معتاد و همچنین مبتلایان به حسادت مرضی و اختلالات شخصیتی می‌توان مشاهده کرد (آقاخانی و چهره‌ای، ۱۳۸۱).

افراد بدرفتار و خشونت‌گرا در خانواده

اینگونه افراد در تمام گروه‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و نژادی وجود دارند، آنها مانند سایر افراد در جامعه رفتار می‌کنند، اینگونه افراد ندرتاً مسئولیت رفتار خشن و پرخاشگرانه خود را بر عهده می‌گیرند و در عوض مصرف الکل، دارو و مواد، خلق بد، محیط کار، گفتار و رفتار افراد دیگر را سرزنش کرده و دلایل بروز این رفتار خود را به موارد ذکر شده نسبت می‌دهند، افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند اغلب به دلیل احساس ناامنی و بی‌اعتباری سعی می‌کنند از طریق اعمال خشونت سایر افراد را کنترل نمایند، اینگونه افراد به منظور اصلاح رفتار مخرب خود نیازمند کمک می‌باشند زیرا اگر به حال خود رها شوند ممکن است در طول زمان، رفتارهای خشونت‌آمیز در آنان تشدید گردد (مایلز، ۱۹۹۹، ص ۳۲).

همانطور که ذکر شد، گاهی اوقات افراد بدرفتار، الکل، دارو یا مواد مخدر مصرف می‌کنند تا بهانه و عذری برای اعمال خشونت داشته باشند. کسانی که خشن هستند بدون این مواد نیز حالت بدرفتاری خواهند داشت، نوشیدن الکل به میزان زیاد و مصرف دارو و مواد مخدر، فاصله‌ای را از نقشه‌های اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند و از طرف آنان عذر مناسبی برای بروز اینگونه رفتارها خواهد بود ولی حقیقت این است که اعمال خشونت و ضرب و شتم یک رفتار اجتماعی اکتسابی و یاد گرفته شده می‌باشد و نتیجه مستقیم مصرف الکل و سایر مواد نمی‌باشد زیرا بسیاری از مردانی که بدرفتار هستند الکل مصرف نمی‌کنند و بعضی از مردان الکلی نیز اعضای خانواده خود را مورد ضرب و شتم قرار نمی‌دهند، البته لازم به ذکر است که نوشیدن الکل و سوء مصرف مواد می‌تواند زمینه را برای اعمال خشونت مستعد نماید به عبارتی افراد مست نمی‌توانند خود را کنترل نموده و منطقی فکر کنند در نتیجه کنترل کمتری بر تخلیه خشم خود خواهند داشت، این معضل همچنین مشکلاتی را برای زنان خشونت‌دیده به وجود

می‌آورد به طوری که در جوامع غربی الکلیسم و سوء مصرف مواد برای فرار از فشار روانی ناشی از خشونت و در میان زنان در حال گسترش می‌باشد (کارسون، ۲۰۰۰). یکی از نکات مهم در تحقیقات به دست آوردن ویژگیهای مشترک زنانی است که مورد خشونت واقع شده‌اند به طور مثال در تحقیقی توسط کاکر، مک کوان و کینگ^۱ (۲۰۰۰) و کالموس^۲ مشخص شده است زنانی که در خانواده پدری خود شاهد بدرفتاری جسمی و روانی پدر نسبت به مادر خود بوده‌اند و همچنین سابقه سوء مصرف مواد مخدر و الکل توسط والدین در خانواده آنان وجود داشته در ارتباطات زناشویی فعلی خود به میزان بیشتری مورد بدرفتاری توسط همسر قرار می‌گیرند که البته این مسئله موافق با نظریه اثرات چند نسلی خشونت^۳ می‌باشد (کاکر، مک کوان و کینگ، ۲۰۰۰، ص ۵۵۳). بنا بر اظهار دکتر نوابی نژاد از نظر روانشناختی مردانی که مرتکب خشونت می‌شوند دارای ویژگی ذیل می‌باشند:

داشتن احساس برتری جنسی، مردان را محق جلوه می‌دهد تا به عنوان نشانه مردانگی به ضرب و شتم زن اقدام ورزند.

عزت نفس پایین دارند و در زندگی شخصی احساس مؤثر بودن نمی‌کنند.

داشتن احساس حسادت و حس شدید مالکیت بر زن.

داشتن تجارب مربوط به خشونت: یکی از روانشناسان به نام روی^۴ (۱۹۸۲) در تحقیقی پی برد که ۸۱ درصد از مردان بدرفتار در خانواده‌هایی پرورش یافته‌اند که در آن یا به دفعات متعدد کتک خورده‌اند و یا شاهد و ناظر کتک خوردن مادر توسط پدر بوده‌اند ولی تنها ۳۳ درصد از زنانی که کتک خورده‌اند از خانواده‌هایی بودند که در آن خشونت وجود داشته است، اینگونه مردان بیش از سایرین، فرزندان خود را مورد خشونت قرار می‌دهند (روی، ۱۳۷۷).

نظریه‌های جامعه‌شناختی مرتبط با همسر آزاری

الف) نظریه‌های سطح کلان

۱) دیدگاه پدرسالاری: مطابق با این دیدگاه در بیان علت خشونت علیه زنان این است که خانواده سنتی یک نظم حاکم به وسیله مردان را منعکس می‌سازد. ساختار اجتماعی،

^۱ - Coker & McKoen & King.

^۲ - Kalmuss.

^۳ - Multi generational effects of violence.

^۴ - Roye.

نابرابری جنسیتی را تأیید میکند و این نابرابری ریشه در تاریخ و سنت جوامع دارد و ازدواج را به عنوان عنصر اصلی جامعه پدرسالاری مدنظر قرار می دهد (غفاری، ۱۳۷۹). به طور کلی دیدگاه پدرسالاری یک نظام باور فرهنگی است که به مردان اجازه می دهد قدرت و امتیاز بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده (زنان و کودکان) در سلسله مراتب اجتماعی داشته باشند.

۲) نظریه خرده فرهنگ خشونت این نظریه بیش از اینکه تبیین ساخت اجتماعی باشد یک تبیین فرهنگی است.

این نظریه معتقد است که در میان مجموعه‌ای از ارزش‌ها، جهت‌گیری‌های متفاوتی نسبت به خشونت وجود دارد که در تفاوت‌های فرهنگی، ارزش‌ها، اعتقادات و هنجارهای مربوط به وضعیت مناسب برای رفتار خشونت‌گرایانه منعکس می‌شود. در برخی از وضعیت‌ها یک پاسخ خشونت‌آمیز یک پاسخ خرده فرهنگ است که در آن خرده فرهنگ یک پاسخ هنجارمند است (تامپسون و همکاران، ۱۹۹۸).

ولف‌گانک و فرراکیوت معتقدند که استعداد خشونت در افراد دارای یک خرده فرهنگ متفاوت است زیرا خشونت به عوامل روان‌شناختی که افراد یک خرده فرهنگ به کار می‌گیرند نیز وابستگی دارد (رفیعی فر، ۱۳۷۸).

۳) دیدگاه فمینیستی: هدف این نظریه آن است که با تشخیص نابرابری جنسی و اجحاف‌هایی که بر زنان به خاطر زن بودن تحمیل می‌کنند، نه تنها نابرابری زن و مرد را در جامعه از بین ببرند، بلکه هر گونه ساختار اجتماعی را که در جهت نابرابری افراد جامعه عمل می‌کنند شناسایی نموده و آن را اصلاح یا نابود سازند (ریترز، ۱۳۷۴، ص ۵۱۷).

ب) نظریه‌های سطح خرد جامعه‌شناسی مرتبط با همسر آزاری

۱) دیدگاه گود: برطبق نظریه گود خانواده همانند دیگر نظام‌های اجتماعی، یک نظام قدرت است. وی اصطلاح «زور» یا اجبار را جایگزین اصطلاح قدرت نمود و اصطلاح اجبار آشکار یا خشونت را برای استعمال عملی اجبار فیزیکی به کار برد.

گود نشان داد که الگوی خشونت در جامعه فقط در جامعه‌ای ظاهر می‌شود که در مشروع سازی اعمال قدرت ضعیف است یا ابهام دارد (اقا خانی و چهره ای، ۱۳۸۱).

۲) نظریه‌های یادگیری اجتماعی: نظریه یادگیری اجتماعی مروهون تحقیقات آلبرت باندورا می‌باشد.

این نظریه به یادگیری ویژگی‌های رفتار خشونت‌گرایانه تأکید می‌کند. خشونت (مانند کتک‌زدن پدر به مادر) و تقویت آن درون یک متن اجتماعی به بچه‌ها آموزش می‌دهد که چگونه خشونت‌گر باشند (پرایس، سالی و بررد، ۲۰۰۱).

۳) نظریه نقش‌ها: این نظریه به موقعیت‌ها و وظایف و انتظارات مترتب بر آن تأکید دارد، به نحوی که در جریان تعامل بین افراد در وضعیت‌های خاص، آن‌ها چشم‌اندازهای یکدیگر را ارزیابی نموده و با توجه به آن رفتار مناسبی را در پیش می‌گیرند.

از دید صاحب‌نظران این نظریه، جامعه مجموعه‌ای از نقش‌ها است که هر فرد آن‌ها را در جریان جامعه‌پذیری می‌آموزد و در نتیجه این فرآیند، نقاط مشترکی بین نقش‌های مختلف به وجود آمده و از مجموعه آن‌ها سازمان‌های اجتماعی مختلف به وجود می‌آیند.

بنابراین مطابق با این نظریه، هر گاه اعضا، نقش‌هایی را که از آن‌ها انتظار می‌رود به خوبی انجام ندهند، موجب دگرگونی در روابط آن‌ها می‌شود و در نتیجه خشونت و پرخاشگری در خانواده به وجود می‌آید (پوررضا، ۱۳۸۱).

پیشینه تحقیق

۱) مایلز پژوهشی تحت عنوان «جنسیت، پایگاه و خشونت خانوادگی» در سال ۱۹۹۹ در آمریکا بر روی نمونه‌ای شامل ۲۴۵۹ نفر مرد و ۲۵۸۹ نفر زن که از پیمایش ملی خانواده‌ها و خانوارها بدست آمده بود با استفاده از پرسش‌نامه انجام داد و به نتایج زیر دست یافت:

مردانی که دارای پایگاه آموزشی پایین‌تری نسبت به زنان بودند به طور معنی‌داری بیشتر مرتکب خشونت در خانواده می‌شدند. در مقایسه با مردانی که سطح تحصیلات آنان با همسرانشان یکسان بود یا بالاتر بودند.

این یافته‌ها نشان داد که سطح پایین‌تر درآمد شوهران نسبت به همسرانشان باعث افزایش اعمال خشونت توسط شوهران می‌شود بر عکس زنان در وضعیت پایگاه درآمد نسبی بالاتر احتمالاً مرتکب خشونت بیشتری در برابر شوهرانشان می‌شوند.

۲) در تحقیقی توسط کوکر، مک کوان و کینگ^۱ (۲۰۰۰)، زنان ۱۸ تا ۶۵ ساله که از سال ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸ به کلینیک مراقبت از خانواده مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار

^۱ - Coker & McKeown & King.

گرفتند. از ۱۴۰۱ زن بررسی شده، ۵۵/۱ درصد از آنان تجربه رابطه خشونت بار خانوادگی با همسر یا شریک زندگی خود را ذکر کرده بودند (۲۰/۲ درصد از آنان در زمانی نه چندان دور این تجربه را داشتند)، همچنین سوء مصرف الکل، داروها و مواد مخدر توسط مرد، قویترین عامل رابطه دار با بروز خشونت در خانواده ذکر شده است (۳) بیات در یک پژوهش که بر روی قربانیان زن آزادی مراجعه کننده به پنج واحد پزشکی قانونی در استان تهران در سال ۱۳۷۸ انجام داد به نتایج زیر دست یافت:

- سابقه اعتیاد، زندانی شدن و ارتکاب جرایم گوناگون در مردان ارتباط مستقیم با همسرآزاری داشته است.

- عوامل فرهنگی و تربیتی چون زندگی با اقوام همسر به شکل گسترده و سابقه خشونت در خانواده مرد در دوران کودکی از عوامل زمینه ساز بروز زن آزاری بوده‌اند (۴) در شهر کرج نیز تحقیقی در رابطه با مسئله خشونت خانوادگی توسط امامی و همکاران (۱۳۷۹) انجام گرفته است. این تحقیق با شرکت ۲۰۰ زوج و با هدف دستیابی به میزان شیوع انواع همسرآزاری (با استفاده از پرسشنامه) اجرا شده است، نتایج نشان داده است که ۲۷ درصد از آزمودنی‌ها، سابقه همسرآزاری را در خانواده بیان داشته‌اند که در ۱۹ درصد آنان همسرآزاری همچنان ادامه دارد. این پژوهشگران همچنین دریافتند که بین میزان همسرآزاری و وجود سوء سابقه کیفری، سابقه بیماری روانی و سوء مصرف مواد ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

هدف کلی

هدف کلی این پژوهش تعیین عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان در دوران بارداری می‌باشد.

اهداف ویژه

- ۱- تعیین شیوع خشونت علیه زنان باردار به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک و جمعیت شناختی آنان (نظیر سن، شغل، تحصیلات، درآمد ماهیانه، تعداد فرزندان، مدت ازدواج)
- ۲- تعیین شیوع خشونت علیه زنان باردار به تفکیک نوع خشونت اعمال شده شامل خشونت جسمانی و فیزیکی، خشونت روانی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی.

فرضیات تحقیق

- ۱- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری توسط همسران معتاد و تحصیلات زنان ارتباط وجود دارد.
- ۲- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و درآمد آنها ارتباط وجود دارد.
- ۳- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و تحصیلات همسر وی ارتباط وجود دارد.
- ۴- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و میزان اعتقاد به مذهب در همسر وی ارتباط وجود دارد.
- ۵- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و تجربه خشونت در خانواده همسر وی ارتباط وجود دارد.
- ۶- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و ناخواسته بودن فرزند در خانواده ارتباط وجود دارد.
- ۷- بین نوع خشونت اعمال شده توسط مردان معتاد در دوران بارداری با دوران غیر بارداری تفاوت وجود دارد.
- ۸- بین خشونت علیه زنان در دوران بارداری و مدت ازدواج ارتباط وجود دارد.

نوع مطالعه

مطالعه اخیر از نوع تحقیقات توصیفی و با توجه به اینکه برای بررسی توزیع ویژگی‌های یک جامعه آماری روش تحقیق پیمایشی به کار می‌رود (نوابخش، ۱۳۸۲) و روش انجام آن پیمایشی است و از طرفی از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی (Cross-Sectional) می‌باشد. چرا که محقق قصد دارد تا به بررسی علل همسرآزاری در میان زنان باردار در یک مقطع زمانی خاص بپردازد.

جامعه آماری

جامعه آماری در این مطالعه شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی هستند که همسران آنها معتاد بوده اند.

نمونه گیری

برای تعیین تعداد و چگونگی انتخاب نمونه‌ها با مبنا قرار دادن مطالعات مشابه قبلی و موجود در این زمینه و در نظر گرفتن مجموعه واحدهای مورد پژوهش به عنوان جمعیت هدف حجم نمونه‌ها ۶۰۰ نفر تعیین شد.

ابزار جمع آوری اطلاعات

در این تحقیق جهت گردآوری اطلاعات و داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

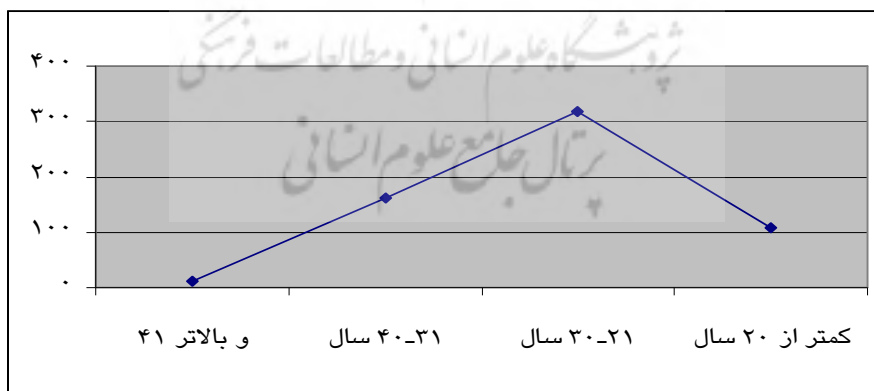
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (جدول فراوانی و درصد، شاخصهای مرکزی) و نیز از استفاده گردید. T-Test، خی دو و آزمون تحلیل واریانس یکطرفه و تحلیل رگرسیون و همچنین آزمون

یافته‌های تحقیق

جدول شماره ۲) توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب گروه سنی

گروه سنی	شاخص آماری	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۰ سال		۱۰۹	۱۸/۲
۳۰-۲۱ سال		۳۱۹	۵۳/۲
۴۰-۳۱ سال		۱۶۲	۲۷
۴۱ و بالاتر		۱۰	۱/۶
جمع		۶۰۰	۱۰۰

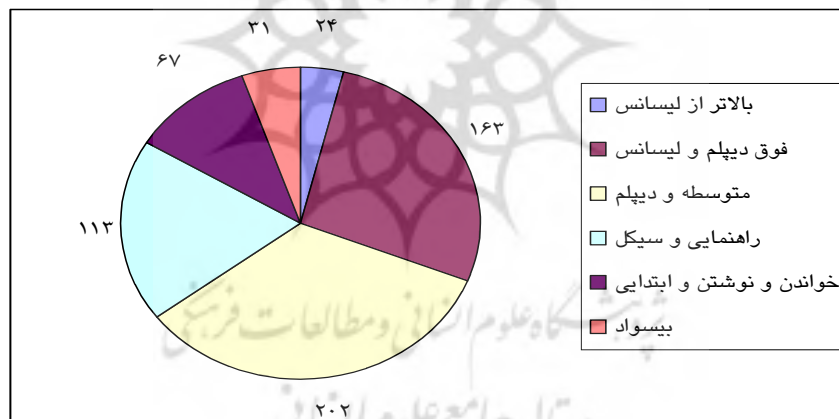
داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که اکثریت پاسخ‌دهندگان (بیش از نیمی از شرکت کنندگان در تحقیق) در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال قرار دارند.



جدول شماره ۳) توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

شاخص آماری	فراوانی	درصد
میزان تحصیلات		
بیسواد	۳۱	۵/۲
خواندن و نوشتن و ابتدایی	۶۷	۱۱/۲
راهنمایی و سیکل	۱۱۳	۱۸/۸
متوسطه و دیپلم	۲۰۲	۳۳/۷
فوق دیپلم و لیسانس	۱۶۳	۲۷/۱
بالتر از لیسانس	۲۴	۴
جمع	۶۰۰	۱۰۰

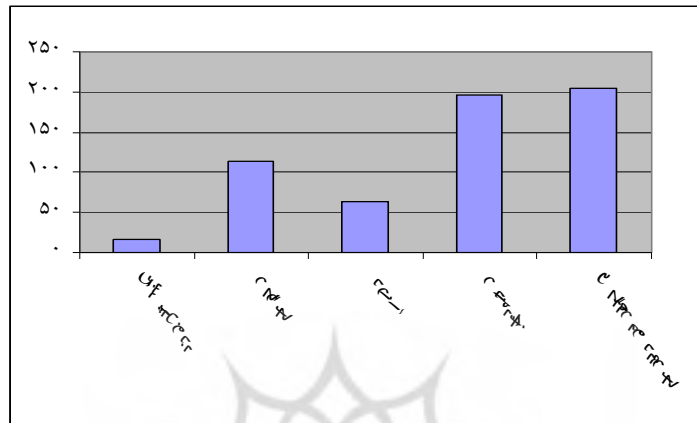
بر اساس داده‌های جدول فوق اکثریت پاسخ‌دهندگان دارای تحصیلات متوسطه و دیپلمه می‌باشند. (۳۳/۷ درصد) و کمترین تعداد پاسخ‌دهندگان مربوط به زنان باردار بی‌سواد (۵/۲ درصد) و زنان دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس می‌باشند (۴ درصد).



جدول شماره ۴) توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت شغلی

شاخص آماری	فراوانی	درصد
نوع شغل		
کارمند و فرهنگی	۲۰۵	۳۴/۲
خانه‌دار	۱۹۶	۳۲/۷
آزاد	۶۹	۱۱/۵
کارگر	۱۱۴	۱۹
بدون پاسخ	۱۶	۲/۶
جمع	۶۰۰	۱۰۰

بر اساس جدول فوق نزدیک به یک سوم زنان باردار خانه‌دار بوده (۳۲/۷ درصد) و ۳۴/۲ درصد آنها نیز کارمند و فرهنگی و ۱۹ درصد نیز شغل خود را کارگری معرفی نموده‌اند



آزمون فرضیه‌ها

فرضیه شماره ۱: بین سطح سواد زنان و میزان خشونت شوهران معتاد علیه آنها رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۵) آزمون رابطه بین سطح تحصیلات زنان و خشونت اعمال شده شوهران بر علیه آنها در دوران بارداری

سطح تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بی‌سواد	۳۱	۹/۳۲۸	۷/۳۲۱۲
ابتدایی	۶۷	۹/۹۶۱	۸/۳۰۵
راهنمایی و سیکل	۱۱۳	۸/۶۲۸	۷/۷۱۸
متوسطه و دیپلم	۲۰۲	۵/۳۶۲	۶/۴۱۹
فوق دیپلم و لیسانس	۱۶۳	۶/۶۹۲	۷/۷۶۰
بالتر از لیسانس	۲۴	۴/۶۱۷	۴/۱۹۹
جمع	۶۰۰	۷/۷۶۱	۷/۴۸۷

خشونت	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۷۱۹/۱۵۹	۵	۳۴۳/۸۲۲	۶/۵۶۲	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۲۰۵۹۱/۲۲۲	۵۹۵	۵۲/۳۹۵		
کل	۲۲۳۰/۳۸۱	۶۰۰			

جدول فوق به بررسی رابطه بین سطح سواد زنان و خشونت اعمال شده بر آنها از سوی شوهرانشان در دوران بارداری می‌پردازد. نتایج آزمون آنالیز واریانس با توجه به سطح معناداری در سطح اطمینان ۹۹٪ نشان می‌دهد که چون سطح معناداری آزمون $\text{sig} = 0/000$ از $a = 0/01$ کوچکتر است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که رابطه معناداری بین سطح سواد زنان و خشونت در خانواده وجود دارد. یعنی اعمال خشونت بر علیه زنان با توجه به سطح تحصیلاتشان متفاوت است.

فرضیه شماره ۲: بین سطح سواد شوهران و اعمال خشونت از سوی آنها بر علیه زنان در دوران بارداری رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۶) آزمون رابطه بین سطح تحصیلات شوهران و خشونت آنها بر علیه زنان در دوران بارداری

سطح تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بیسواد	۲۵	۱۳/۴۰۵	۹/۱۴۵
ابتدایی	۶۰	۹/۲۷۱	۷/۵۸۱
راهنمایی و سیکل	۱۴۸	۸/۸۲۵	۷/۵۳۱
متوسطه و دیپلم	۲۲۵	۶/۸۷۰	۷/۲۵۸
فوق دیپلم و لیسانس	۱۱۱	۷/۵۱۴	۷/۱۸۴
بالتر از لیسانس	۳۱	۴/۲۶۵	۴/۰۶۸
جمع	۶۰۰	۷/۷۴۵	۷/۴۸۵

جدول شماره ۷) آزمون آنالیز واریانس مربوط به متغیرهای سطح سواد شوهران و خشونت علیه زنان

خشونت	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروهها	۲۴۶۸/۹۲۸	۵	۴۹۳/۷۸۶	۹/۷۸	۰/۰۰۰
درون گروهها	۱۹۸۸۷/۰۶۲	۵۹۵	۵۰/۴۷۵		
کل	۲۲۳۵۵/۹۹۰	۶۰۰			

آزمون آنالیز واریانس با توجه به سطح معناداری آن $\text{sig} = 0/000$ که از $a = 0/01$ کوچکتر است، نشان می‌دهد که بین سطح سواد شوهران و خشونت علیه زنان در دوران بارداری

رابطه معناداری وجود دارد و میزان اعمال خشونت بر زنان با توجه به سطح سواد مردان متفاوت است.

فرضیه شماره ۳: بین وضعیت درآمد زنان و خشونت شوهران علیه آنان در دوران بارداری رابطه معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۸) آزمون رابطه بین میزان درآمد زنان باردار و خشونت شوهران علیه آنان

میزان درآمد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بدون درآمد	۱۸۶	۸/۴۱۵	۷/۳۱۵
تا ۱۵۰ هزار تومان	۱۲۵	۱۱/۲۸۰	۷/۷۶۶
۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار تومان	۱۰۲	۹/۳۱۸	۸/۷۵۵
۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار تومان	۱۰۰	۶/۸۹۶	۶/۷۴۹
۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار تومان	۵۵	۵/۵۷۴	۵/۵۸۵
۴۵۱ و بیشتر	۳۲	۱۰/۸۱۷	۸/۱۳۱
جمع	۶۰۰	۷/۶۳۹	۷/۳۲۹

آزمون آنالیز واریانس مربوط به متغیرهای وضعیت درآمد زنان باردار و خشونت اعمال شده علیه آنها

خشونت	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۸۱۸/۰۴۹	۵	۴۵۴/۵۱۲	۸/۷۴۸	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۲۰۴۶۹/۶۲۵	۵۹۵	۵۱/۹۵۳		
کل	۲۲۲۸۷/۶۷۴	۶۰۰			

جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به سطح معناداری $\text{sig} = 0/000$ در سطح اطمینان ۹۹٪ از $\alpha = 0/01$ کوچکتر است می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان اعمال خشونت از سوی مردان و میزان درآمد زنان در دوران بارداری رابطه معناداری وجود دارد.

رابطه بین درآمد زنان باردار و خشونت شوهران علیه آنها

سطح معناداری	تفاوت میانگین	گروه‌های مطالعه
۰/۱۰۳	۱/۹۶۲۵	بدون درآمد
۰/۰۰۰	۴/۳۸۴*	۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار
۰/۰۰۰	۵/۷۰۵*	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۲۱۸	۵/۹۱۸	۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار
۰/۰۰۰	۶/۱۹۲*	۴۵۱ و بالاتر
۰/۱۰۳	-۱/۹۶۵	بدون درآمد
۰/۰۰۰	۲/۴۲۲*	۱۵۰ تا ۲۵۰ هزار
۰/۲۱۸	۵/۷۰۵	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۰۰۰	۵/۹۱۸*	۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار
۰/۱۳۹	۶/۱۹۲	۴۵۱ و بالاتر
۰/۲۱۸	۴/۳۸۴	بدون درآمد
۰/۰۰۰	۱/۹۶۵*	۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار
۰/۰۰۰	۵/۷۰۵*	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۱۰۳	۵/۹۱۸	۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار
۰/۱۳۹	۶/۱۹۲	۴۵۱ و بالاتر
۰/۰۰۰	-۵/۷۰۵*	بدون درآمد
۰/۱۰۳	-۱/۹۶۵	۳۵۰ تا ۱۵۱ هزار
۰/۰۰۰	۴/۳۸۴*	۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار
۰/۲۱۸	۵/۹۱۸	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۱۳۹	۶/۱۹۲	۳۵۱ تا ۴۵۱ و بالاتر
۰/۰۰۰	-۵/۹۱۸*	بدون درآمد
۰/۱۰۳	۱/۹۶۵	۴۵۰ تا ۱۵۱ هزار
۰/۰۰۰	۴/۳۸۴*	۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار
۰/۲۱۸	-۵/۷۰۵	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۱۳۹	۶/۱۹۲	۳۵۱ تا ۴۵۱ و بالاتر
۰/۱۳۹	۶/۱۹۲	بدون درآمد
۰/۰۰۰	۱/۹۶۵*	۴۵۱ و بالاتر
۰/۲۱۸	۴/۳۸۴	۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار
۰/۰۰۰	۵/۷۰۵*	۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار
۰/۱۰۳	۵/۹۱۸	۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار
		۴۵۱ و بالاتر

بررسی عوامل مؤثر بر خشونت مردان معتاد علیه زنان باردار □ ۲۵

فرضیه شماره ۴: بین وضعیت درآمد شوهران و خشونت آنها علیه زنان در دوران بارداری رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۹) آزمون رابطه بین میزان درآمد شوهران و خشونت علیه زنان در دوران بارداری

میزان درآمد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بدون درآمد	۷۱	۷/۳۲۶	۷/۰۱۲
تا ۱۵۰ هزار تومان	۶۴	۱۰/۲۱۲	۷/۳۵۲
۱۵۱ تا ۲۵۰ هزار تومان	۱۵۲	۹/۱۴۰	۸/۳۱۵
۲۵۱ تا ۳۵۰ هزار تومان	۱۵۵	۶/۷۱۲	۶/۰۰۲
۳۵۱ تا ۴۵۰ هزار تومان	۹۶	۵/۳۲۶	۴/۱۸۹
۴۵۱ و بیشتر	۶۲	۸/۱۶۸	۷/۷۰۷
جمع	۶۰۰	۷/۱۳۹	۷/۲۰۱

آزمون آنالیز واریانس مربوط به متغیرهای وضعیت درآمد شوهران و خشونت

آنها علیه زنان در دوران بارداری

خشونت	جمع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F سطح معناداری	بین گروهها
بین گروهها	۲۰۱۲/۱۲۶	۵	۴۱۳/۵۲۰	۸/۱۲۱	۰/۰۳
درون گروهها	۲۱۴۶۸/۲۱۲	۵۹۵	۵۲/۸۲۶		
کل	۲۳۴۸۰/۳۳۸	۶۰۰			

جدول فوق نشان می‌دهد که با توجه به سطح معناداری $\text{sig} = 0/03$ در سطح اطمینان ۹۵٪ از $a = 0/05$ کوچکتر است می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان اعمال خشونت از سوی مردان علیه زنان در دوران بارداری و میزان درآمد آنها رابطه معنادار وجود دارد. یعنی فرضیه تحقیق تایید می‌گردد.

جدول شماره ۱۰) نمره کل خشونت علیه زنان باردار از طرف شوهران بر حسب تحصیلات پاسخگویان

نمره خشونت	خفیف (۰-۴۰)	متوسط (۴۱-۸۰)	شدید (۸۱-۱۲۰)	جمع
تحصیلات	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
بیسواد	۹	۱۲	۳۱	۵۲
ابتدایی و خواندن و نوشتن	۱۸	۲۶	۳۴	۷۸
راهنمایی و سیکل	۳۶	۴۹	۲۴	۱۰۹
متوسطه و دیپلم	۸۵	۹۳	۱۱	۱۸۹
فوق دیپلم و لیسانس	۶۰	۴۱	۳۸	۱۳۹
بالتر از لیسانس	۱۴	۶	۲۴	۴۴
جمع	۲۲۲	۲۲۷	۱۵۱	۶۰۰

$$X^2 = 6/96$$

$$df = 15$$

$$\text{sig} = 0/02$$

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که خی دو محاسبه شده برابر با ۶/۹۶ و با درجه آزادی برابر ۱۵ و در سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان ادعان داشت که بین متغیر سطح تحصیلات پاسخگویان و شدت خشونت اعمال شده علیه آنها رابطه معنادار گزارش شده است.

جدول شماره ۱۱) نمرات کل خشونت علیه زنان بر حسب محل زندگی

محل زندگی	نمره خشونت		خفیف (۰-۴۰)		متوسط (۴۱-۸۰)		شدید (۸۱-۱۲۰)		جمع
	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد			
شهر	۱۷۶	۴۶/۲	۱۲۱	۳۱/۷	۸۴	۲۲/۱	۳۸۱	۶۳/۵	
روستا	۴۶	۲۱	۱۰۶	۴۸/۴	۶۷	۳۰/۶	۲۱۹	۳۶/۵	
جمع	۲۲۲	۳۷	۲۲۷	۳۷/۸	۱۵۱	۵۲/۲	۶۰۰	۱۰۰	

$$X^2=7/912$$

$$df=18$$

$$sig=0/701$$

داده‌های جدول فوق نشان می‌دهد که خی دو محاسبه شده برابر با ۷/۹۱۲ و چون سطح معناداری $sig = 0/701$ از $a = 0/05$ بزرگتر است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای محل سکونت پاسخگویان و شدت خشونت اعمال شده علیه آنها رابطه معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۱۲) نمرات کل خشونت علیه زنان در دوران بارداری بر حسب مراکز تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

محل زندگی	نمره خشونت		خفیف (۰-۴۰)		متوسط (۴۱-۸۰)		شدید (۸۱-۱۲۰)		جمع
	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد			
مراکز دانشگاه ع.پ تهران	۷۱	۳۵/۵	۶۴	۳۲	۶۵	۳۲/۵	۲۰۰	۳۳/۳	
مراکز دانشگاه ع.پ ایران	۶۳	۳۱/۵	۸۷	۴۳/۵	۵۰	۲۵	۲۰۰	۳۳/۳	
مراکز دانشگاه ع.پ شهید بهشتی	۸۸	۴۴	۷۶	۳۸	۳۶	۱۸	۲۰۰	۳۳/۴	
جمع	۲۲۲	۳۷	۲۲۷	۳۷/۸	۱۵۱	۵۲/۲	۶۰۰	۱۰۰	

$$X^2=24/13$$

$$df=15$$

$$sig=0/001$$

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که نمره خی دو محاسبه شده $X^2 = 24/31$ در سطح اطمینان ۹۹٪ با درجه آزادی ۱۵ بین متغیرهای مراکز تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی در شهر تهران و شدت خشونت اعمال شده از سوی مردان علیه همسران در دوران بارداری ارتباط معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۱۳) نمرات کل خشونت علیه زنان باردار از جانب همسرانشان بر حسب میزان گرایش به مذهب در بین همسران پاسخگویان

نمره خشونت	خفیف (۰-۴۰)		متوسط (۴۱-۸۰)		شدید (۸۱-۱۲۰)		جمع
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	
پایین	۹	۶/۵	۵۰	۳۵/۴	۸۲	۵۸/۲	۱۴۱
متوسط	۱۰۴	۳۶/۹	۱۱۷	۴۱/۵	۶۱	۲۱/۶	۲۸۲
بالا	۱۰۹	۶۱/۶	۶۰	۳۳/۹	۸	۴/۵	۱۷۷
جمع	۲۲۲	۳۷	۲۲۷	۳۷/۸	۱۵۱	۵۲/۲	۶۰۰

$$\text{Cramer's } V = 0.071 \quad X^2 = 7.715 \quad df = 15 \quad \text{sig} = 0.000$$

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که فی دو محاسبه شده برابر با ۷/۷۱۵ با درجه آزادی برابر ۱۵ در سطح اطمینان ۹۹٪ می‌توان مطرح نمود که بین متغیرهای میزان تقید و گرایش به مذهب و اعمال دینی در بین شوهران زنان باردار و میزان خشونت اعمال شده رابطه معنادار وجود دارد.

ضریب کرامر محاسبه شده برابر با ۰/۷۱ و نشان‌دهنده شدت این ارتباط می‌باشد. نمره منفی ضریب کرامر بیانگر رابطه معکوس میان این دو متغیر است به عبارتی هر چه میزان تقید و گرایش مردان به مذهب افزایش یابد از شدت خشونت آنها علیه زنان در دوران بارداری کاسته می‌شود.

جدول شماره ۱۴) نمرات کل خشونت علیه زنان باردار از طرف شوهران بر حسب طول مدت ازدواج

نمره خشونت	خفیف (۰-۴۰)	متوسط (۴۱-۸۰)	شدید (۸۱-۱۲۰)	جمع
طول مدت ازدواج	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
کمتر از ۵ سال	۱۳۱	۴۵/۳	۱۱۲	۳۸/۷
۵ تا ۱۰ سال	۴۵	۳۱/۷	۶۳	۴۴/۴
۱۱ تا ۱۵ سال	۳۸	۳۴/۵	۳۰	۲۷/۳
۱۶ تا ۲۰ سال	۸	۱۳/۵	۲۲	۳۷/۳
جمع	۲۲۲	۳۷	۲۲۷	۳۷/۸
				۱۵۱
				۵۲/۲
				۶۰۰
				۱۰۰

$$X^2=14/126$$

$$df=20$$

$$sig=0/000$$

داده‌های جدول فوق گواه آن است که فی دو محاسبه شده برابر با ۱۴/۱۲۹ و با درجه آزادی برابر با ۲۰ و در سطح اطمینان ۹۹٪ می‌توان گفت که بین متغیرهای مدت ازدواج و میزان خشونت اعمال شده علیه زنان در دوران بارداری رابطه معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۱۵) نمرات کل خشونت علیه زنان باردار از طرف همسرانشان بر حسب تعداد فرزند

نمره خشونت	خفیف (۰-۴۰)	متوسط (۴۱-۸۰)	شدید (۸۱-۱۲۰)	جمع
تعداد فرزندان	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
بدون فرزند	۲۵	۲۳/۱	۳۱	۲۸/۷
۱-۳	۱۵۲	۳۹/۹	۱۷۰	۴۴/۶
۴-۶	۴۳	۴۳/۴	۲۳	۲۳/۲
۷ و بالاتر	۲	۱۶/۷	۳	۲۵
جمع	۲۲۲	۳۷	۲۲۷	۳۷/۸
				۱۵۱
				۵۲/۲
				۶۰۰
				۱۰۰

$$X^2=9/812$$

$$df=15$$

$$sig=0/000$$

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که فی دو محاسبه شده برابر با ۹/۸۱۲ و با درجه آزادی برابر ۱۵ و در سطح اطمینان ۹۹٪ بین متغیرهای تعداد فرزندان و خشونت مردان علیه زنان در دوران بارداری رابطه معنادار گزارش می‌شود.

پیشنهاد‌های تحقیق

مهمترین راهکارها و پیشنهادهاتی که با توجه به نتایج این تحقیق در زمینه پیشگیری، درمان و توان بخشی زنان باردار قربانی خشونت می‌توان ارائه نمود عبارتند از:

تقویت و رشد تشکل های و انجمن های داوطلبانه و مردم نهاد (NGO ها) در راستای ارائه خدمات حمایتی و مشاوره ای به زنان در معرض آسیب و خشونت داشتن ارتباط مداوم با مراکز درمانی، پلیس، مراجع قضایی و وکلای دادگستری. تقویت نهاد مددکاری اجتماعی و مشاوره قضائی در کنار دادگاه های خانواده. تشکیل گروه های پلیس زنان در کلانتری ها به منظور ایجاد فضای امنیتی بهتر و ارائه خدمات حمایتی، درمانی و قضائی به زنان آسیب دیده. تأسیس خانه های امن و ایجاد پناهگاه هایی به منظور اسکان زنان آسیب دیده و در معرض آسیب و ارائه خدمات روان شناختی و حمایت های درمانی به آنان. تلاش در جهت تغییر نگرش مردان نسبت به موضوع خشونت علیه زنان و ایجاد نگرش صحیح نسبت به موضوع حقوق خانواده. آموزش و تعلیم وکلا و قضات نسبت به اهمیت موضوع زنان خشونت دیده و در معرض خشونت جهت دادرسی مناسب. برگزاری میزگردها و کارگاه های آموزشی با حضور کارشناسان و متخصصان در زمینه حمایت از حقوق زنان در جامعه. تشکیل دادگاه های ویژه و مرتبط با زنان خشونت دیده و در معرض آسیب. تقویت بنیه ی مذهبی و دینی افراد در جامعه و تلاش در جهت پایبندی افراد به مسائل دینی در جهت پیشگیری از اعمال رفتارهای خشونت آمیز در خانواده ها. راه اندازی و گسترش خط تلفن بحران به منظور افزایش فرصت تماس برای زنان در معرض آسیب و خشونت و زنان خشونت دیده و ارائه ی خدمات مشاوره ای به آنها. گسترش بیمه ها و تأمین اجتماعی مناسب برای زنان خشونت دیده. تقویت مراکز بهداشتی جهت تشخیص موارد خشونت اعمال شده علیه زنان و ارائه ی خدمات درمانی مطلوب به این افراد. تدوین قوانین شایسته در جهت مجازات عاملین خشونت های خانگی. ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای زنان آسیب پذیر در جهت کاهش مشکلات اقتصادی آنها. تقویت و گسترش مراکز مشاوره ی دولتی و خصوصی جهت ارائه ی خدمات مشاوره ای مناسب به زنان آسیب دیده و در معرض آسیب.

منابع

- اعزازی، شهلا (۱۳۸۰) *جامعه‌شناسی خانواده، با تأکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر*، چاپ دوم، انتشارات روشنگران و مطالعات زنان
- آقاخانی، کامران و آقا بیگلویی، چهره ای، عباس (۱۳۸۱) *بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران*، پاییز ۷۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۹ شماره ۳۱، زمستان ۸۱ ص ۴۸۵-۴۸۹.
- بختیاری، افسانه (۱۳۸۱) *بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل*، طرح پژوهشی به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.
- پوررضا، ابوالقاسم. (۱۳۸۱) *بررسی آگاهی و نگرش مردم جنوب تهران نسبت به خشونت خانگی و خشونت علیه زنان*، انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران.
- رفیعی فر، شهرام (۱۳۷۸) *خشونت علیه زنان معضلی روبه رشد*، اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مرداد ۷۸.
- روی، ماریا (۱۳۷۷) *زنان کتک خورده*، ترجمه مهدی قراچه داغی، چاپ اول، انتشارات علمی.
- غفاری، مریم (۱۳۷۹) *محو خشونت، دستیابی به امنیت زنان*، روزنامه همشهری ۱۳ آذر ۱۳۷۹ شماره ۲۲۸۳، سال هشتم ص ۱۲.
- شجاعی، زهرا (۱۳۸۰) مشاور رئیس جمهور و رئیس مرکز امور مشارکت زنان، *خشونت علیه زنان*، همایش خشونت در خانواده، دوم بهمن ۸۰
- صابریان، معصومه (۱۳۸۲)، *بررسی میزان شیوع خشونت خانگی، علل و عوامل مستعد کننده و روشهای مقابله با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان سمنان*، طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی سمنان.
- کار، مهرانگیز (۱۳۸۰). *پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران*، چاپ اول، انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- کار، مهرانگیز (۱۳۸۰). *بحثی درباره خشونت علیه زنان در ایران*، مجله جهان اندیشه شماره ۳ فروردین ۱۳۸۰.
- نوابخش، مهرداد (۱۳۸۲). *روش های نوین پژوهش*. اراک: انتشارات پیام دیگر،
- نوابخش، مهرداد (۱۳۸۶). *مبانی نظریه در جامعه شناسی*. تهران: نشرات پردیس دانش،
- نوابخش، مهرداد (۱۳۸۸). *مقدمه ای بر جامعه شناسی شهری*. تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات،

References

- Carman, L. (2000), *Psychiatric & mental Health care* 2th Edition, Springhouse company.
- Carson, V. (2000) *Mental health nursing: the nurse patient journal*, 2th Edition W.B. Saunders company.

- Coker , p &Mc keown, R & King , M (۲۰۰۰). *Frequency & Correlates of intimate Partner Violence by type*: Physical , Sexual & Psychological battering Ame. J. Public Health , Vol , ۹۰.No.۴.PP:۵۵۳-۵۵۹.
- Fraser, Jehny. (۲۰۰۱) *Clarly is sixteen* , The Practicing Midwife, Agust. ۴(۷): ۲۰-۲۱
- Junson , Bruce , Junson , Cynda: Murry , Jan (۲۰۰۰) *Women's Health Care Handbook* , ۲nd Edition. Pp:۹۲-۱۰۱.
- Miles , R (۱۹۹۹). *When faith is used to Justify* AJN – Vol. ۹۹.No. ۵, pp: ۳۲-۳۵.
- MC Namara , J & Neufeld , J (۱۹۹۸) *Problem solving in relation to abuse by Partner Psychology Reproduction* – Vol , ۸۳. Pp(۹۴۳-۹۴۶).
- Price , Sally and Baird , Kathleen, (۲۰۰۱). *Domestic violence in pregnancy the Practicing. Midwife* ۴(۷). Pp: ۱۲-۱۴.
- Robothan, A & Sheldrake , D(۲۰۰۰). *Health Visiting Specialist & higher level Practice* – Churchill Living stone Company.
- Thom pson , R &et.al (۱۹۹۸). *A training Program to improve domestic Violence identification & Management in Primary Care* , Violence Victim Vol ۱۳, No. ۴ – pp (۳۹۵-۴۱۰).