

همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن

محمدعلی سیف ربیعی^۱

فهیمه رضائی تهرانی^۲

زینت نادیا حتمی^۳

چکیده

خشونت علیه زنان بویژه همسرآزاری یک سوم زنان را در سراسر جهان درگیر کرده است. این طرح با شیوه تحلیل مقطعی درباره زنان دارای همسر تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت. تعداد ۳۸۴ نفر از زنان متأهل از شش مرکز بهداشتی درمانی با روش نمونه گیری چند مرحله ای به طور تصادفی انتخاب شدند و در حضور کارشناسان بهداشت خانواده آموزش دیده ناظر بر اجرای طرح، پرسشنامه را تکمیل کردند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان می دهد: میزان شیوع همسرآزاری در حد رواج آن در کشورهای غربی یعنی ۴۱/۷ درصد و سه نوع همسرآزاری که با بیشترین فراوانی عبارتند از: (۱) قهر و کم محلی از جانب همسر ۶۳/۱ درصد (۲) تحقیر و سرزنش ۳۷/۵ درصد و (۳) فحش و ناسزا ۳۰ درصد که از گسترش شکل های روانی همسرآزاری در جامعه حکایت دارد. با هدف کنترل عوامل مخدوش کننده، از الگوی تحلیل همبستگی خطی استفاده و در نهایت چهار عامل مرتبط با همسرآزاری شناخته شدند:

۱- مشاهده ضرب و شتم مادر توسط پدر در دوران کودکی

۲- تجربه توهین و تحقیر مادر توسط پدر در دوران کودکی

۳- ناراحتی روانی زنان

۴- سابقه کیفی شوهر

کلید واژه: خشونت، دوران کودکی، زنان، همسرآزاری
پژشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

مقدمه

خشونت علیه همسر^۴ موضوعی تازه نیست، در تمام نقاط دنیا وجود دارد. (Lynch, 2000 : 20)، (Miss universe, 2000 : 4) و زنان همواره قربانیان اصلی آن هستند. (Jeffery 2000: 67)، (Shakelford, 2000 : 273-72)

مطالعات انجام یافته نشان می دهد که زنان ۵ تا ۸ مرتبه بیشتر از مردان توسط همسرانشان آسیب می بینند (Krishnan, 2001 : 1-14) بطوریکه از هر سه زن حداقل یک نفر در دوران عمرش کتک می خورد، مورد تجاوز واقع می شود یا به هر نحو مورد سوءاستفاده قرار می گیرد (Maeve, 2000 : 473-498). مواردی که از خشونت های خانگی گزارش می شود به طور معمول از میزان واقعی کمتر است

seifrabiei @ yahoo.com

^۱ دستیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشیار واحد ملی و تحقیقات بهداشت باروری

hatm:zn@ proxy.tums.ac.ir

^۳ اپیدمیولوژیست و استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه تهران

^۴ Intimate Partner Violence

(Koss, 2000 : 1332-1343). چون بسیاری از زنان به دلایل متعدد، خشونت علیه خویش را پنهان می کنند.

توجه به آثار و پیامدهای متعدد خشونت بر سلامت زنان که برخی از آنها شامل مخاطره سلامت باروری نظیر سقط های غیرایمن، عوارض حاملگی، حاملگی های پرخطر، کم وزنی نوزاد، عفونت های تناسلی، ناتوانی های جسمانی، سردردهای مزمن، مصرف مواد مخدر، اقدام به خودکشی، اختلالات روانی نظیر افسردگی و... است. (Lemmy, 2001 : 93-103 , Mechanic, 2000: 448-458, Krishan 2001: 28-38, Cecil, 2001: 116-125, Dineman, 2000: 499-513, Constantino, 2000: 190-198) ضرورت بررسی گسترده این موضوع برای یافتن ریشه های همسرآزاری و مقابله با آنها را نشان می دهد.

با وجود این مسئله، متأسفانه درباره خشونت علیه زنان در کشور ایران بسیار کم مطالعه شده و بیشتر آنها برپایه گزارش های پراکنده از فوریت های پزشکی و محاکم کیفری است. یکی از مطالعات مستندی که در این باره در شهر اصفهان انجام شد، شیوع همسرآزاری را در این شهر ۲۴ درصد گزارش نموده است (میرزایی و همکاران، ۷۹ - ۱۳۷۸).

هدف پژوهش

باتوجه به اهمیت موضوع خشونت علیه زنان، مطالعه حاضر در نیمه دوم سال ۱۳۸۰ در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران با هدف بررسی شیوع همسرآزاری و عوامل تأثیرگذار بر آن انجام گرفت. انتظار می رود نتایج پژوهش به روشن شدن ابعاد قضیه برای برخورد مناسب با عوامل مؤثر بر همسرآزاری منجر شود که در نهایت به ارتقای بهداشت جسمانی و روانی زنان و جامعه کمک می نماید.

روش پژوهش

این مطالعه به شیوه تحلیلی-مقطعی^۱ انجام گرفت. جمعیت مورد بررسی شامل زنان دارای همسر مراجعه کننده به شش مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه تهران بودند که به طور تصادفی از بین ۲۵ مرکز بهداشتی درمانی این دانشگاه تهران انتخاب شدند. نمونه های منتخب برای مطالعه، کلیه زنان متأهل ساکن مناطق تحت پوشش دانشگاه تهران بودند که در زمان بررسی با همسر خود زندگی کرده و برای مراقبت های بهداشتی به مراکز بهداشتی-درمانی منطقه خود مراجعه می کردند. زنانی که در زمان بررسی از همسرشان جدا زندگی می کردند، همسرشان فوت شده یا طلاق گرفته بودند و یا در مناطق مذکور سکونت نداشتند از مطالعه خارج گردیدند. حجم نمونه معادل تعداد ۳۵۰ نفر مشخص گردید. با احتساب ریزش ۱۰ درصد به دلیل عدم مشارکت، حجم نمونه نهایی ۳۸۴ نفر تعیین شد.

¹: Analytic Cross Sectional

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طی دو مرحله انتخاب شدند. در مرحله نخست، شش مرکز از بین ۲۵ مرکز بطور تصادفی ساده انتخاب شد و در مرحله دوم نمونه‌های موردنیاز در هر مرکز بطور تصادفی سازمان یافته از بین مراجعه‌کنندگان انتخاب گردیدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، پرسشنامه‌ای شامل ۴۷ پرسش با جوابهای چند و تک‌گزینه‌ای بود. پرسشنامه‌ها توسط مراجعان و با نظارت کارشناسان بهداشت خانواده آموزش دیده برای رفع ابهام احتمالی درباره پرسش‌ها و یا به دلیل بیسوادی مراجعان تکمیل شد. از نرم‌افزار SPSS و از سه تست آماری Fisher Exact, x², t test در تحلیل استفاده شد که در مرحله نخست، تعداد ۱۲ متغیر، ارتباط معنی‌دار با همسر آزاری را نشان دادند. در مرحله دوم برای کنترل عوامل مخدوش‌کننده، تکنیک آماری تحلیل همبستگی خطی بر متغیرها اعمال شد. پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده، ارتباط بین چهار متغیر مستقل با متغیر وابسته (همسر آزاری) در سطح $P < 5\%$ معنی‌دار اعلام گردید.

چارچوب نظری

باتوجه به هدف پژوهش و مروری بر نظریه‌های جامعه‌شناختی و روانشناسی به نظر می‌رسد که نظریه یادگیری اجتماعی در زمینه خشونت علیه زنان می‌تواند کاربرد داشته باشد.

نظریه یادگیری اجتماعی را به طور عمومی بین نظریه‌های روانشناسی و روانشناسی اجتماعی قرار می‌دهند. پیشینه این نظریه به دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ بازمی‌گردد که ژولین روتر^۱ به نقش متغیرهای شناختی و اجتماعی در شناخت شخصیت تأکید ورزید. وی معتقد بود که افراد در تأثیرگذاری بر رویدادهای زندگی خویش، عاملان فعالی هستند. موقعیت کنترل^۲، ظرفیت رفتار، چشمداشت، ارزش تقویت‌کننده، و وضعیت روانشناختی از جمله مفاهیمی بودند که روتر در اندیشه‌های خویش به آنها پرداخت.

بسیاری از بنیان‌های نظری این موضوع در دهه‌های کنونی توسط باندورا مطرح می‌شود. براساس تفکر باندورا پرخاشگری و خشونت، رفتار و کنشی اجتماعی است که از طریق فرایندهای اجتماعی تولید، بازتولید و فراگرفته می‌شود.

باندورا براین باور تأکید دارد که رفتار، عوامل فردی و نیروهای اجتماعی همه بر یکدیگر تأثیر گذاشته و از هم تأثیر می‌پذیرند. وی بر نقش یادگیری مشاهده‌ای^۳ در آشنایی با رفتار، تأکید ویژه‌ای می‌کند. به نظر او افراد، تحت تأثیر محیط قرار دارند اما افزون بر آن در ایجاد محیط اجتماعی و سایر شرایطی که در برخوردها و کنش‌های متقابل روزمره شان پدیدار می‌شود نقش فعالی ایفا می‌کنند. در واقع یکی از مهمترین جنبه‌های نظریه باندورا این است که بیشتر رفتارهای انسانی از طریق مشاهده یا الگوهای مثالی فراگرفته می‌شوند (جیل و زیگلر ۱۹۹۲، صص ۷-۳۳۶).

1. J. Rotter

2. Locus of Control

3. Observational Learning

تئوری یادگیری اجتماعی به چگونگی تأثیرگذاری وضعیت های اجتماعی و محیطی بر پرخاشگری افراد تأکید دارد. در این تئوری، پرخاشگری و خشونت به عنوان رفتارهایی اجتناب ناپذیر تلقی نمی شوند، بلکه رفتارهایی هستند که براساس پاداش ها و تنبیه ها شناخته و آموخته می شوند. در این میان، افزون بر پاداش ها و تنبیه هایی که افراد خود به صورت مستقیم تجربه می کنند، به پاداش ها و تنبیه هایی که الگوهای نقش یعنی افرادی که رفتارشان به عنوان راهنمای عمل موردتوجه قرار می گیرد به سبب رفتار پرخاشگرانه شان دریافت می دارند، توجه می شود. براین اساس افراد به مشاهده و تأمل در رفتار الگوها و پیامدهای آن می پردازند اگر این پیامدها مثبت باشد، رفتار یاد شده در وضعیت های مشابه از سوی مشاهده کننده قرار می گیرد (فلدمن^۹، ۱۹۹۳، ص ۶۷۰).

باندورا، باوجود اذعان به وجود سازوکارهای فیزیولوژیکی در برابر پرخاشگری و خشونت به شدت فرضیه های دو تئوری رفتار غریزی و ناکامی - پرخاشگری را مورد انتقاد قرار می دهد. وی با تأکید بر تأثیر یادگیری و تجربه در شکل دادن به رفتارهای پرخاشجویانه، معتقد است که به ندرت می توان چنین رفتارهایی را محصول غرایز منفرد بیولوژیکی در نظر گرفت. به نظر باندورا، کنشهایی که با چالش و مانع مواجه نمی شوند به پرخاشگری بیشتر می انجامند. الگوی چرخه ای پرخاشگری تا زمانی که با عامل یا عوامل نیرومندی در برابر خود مواجه نشود، می تواند استمرار یابد. در چارچوب نظریه یادگیری اجتماعی، متغیرهای اصلی استخراج و مشاهده (تجربه) دوران کودکی افراد در ارتباط با خشونت، با دقت مورد پرسش و اندازه گیری قرار گرفت (پیوست شماره ۱)

یافته های پژوهش پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مهمترین یافته های حاصل از این طرح تحقیقی را در رابطه با همسرآزاری می توان در دو بخش خلاصه کرد:

- ۰۱ ویژگی های اجتماعی زنان
- ۰۲ همسر آزاری

۱. ویژگی های اجتماعی زنان

• حداقل و حداکثر سن زنان شرکت کننده (آزمودنی ها) در طرح به ترتیب ۱۶ و ۵۷ سال با نمای غالب ۲۴ سال (۷/۸ درصد شرکت کنندگان) و میانگین ۳۷/۵ سال است. حداقل و حداکثر سن همسران آزمودنی ها ۲۰ سال و ۷۷ سال با نمای ۳۰ سال (۱۲/۵ درصد) و میانگین سنی آنان ۳۳/۵ سال است.

^۱ Feldman

- حداقل و حداکثر تعداد فرزندان به ترتیب صفر و ۱۴ فرزند است. میانگین تعداد فرزندان ۱/۶ و نمای غالب ۱ فرزند است.

- از نظر سطح تحصیلات، سهم زنان و مردان بیسواد بسیار کم است و نکته قابل توجه، وجود زنان و شوهران با تحصیلات دانشگاهی است بطوری که بیش از ۳۰ درصد از زنان و مردان دارای دیپلم متوسطه و ۶ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان، تحصیلات دانشگاهی داشتند.

جدول شماره ۱. توزیع نسبی جامعه مورد بررسی برحسب سطح سواد (درصد)

تحصیلات	زنان	مردان
بی سواد	۱/۳	۰/۵
کمتر از دیپلم دبیرستان	۵۹/۶	۵۶/۰
دیپلم متوسطه	۳۵/۷	۳۱/۵
تحصیلات دانشگاهی	۶/۱	۱۰/۴
جمع	۱۰۰	۱۰۰

- درباره وضعیت اشتغال، همانطور که انتظار می رفت اکثریت زنان، خانه دار، حدود ۱۰ درصد شاغل و ۸ درصد نیز در حال تحصیل بودند. جدول شماره یک اطلاعات مربوط به وضعیت اشتغال همسران آزمودنی ها و توزیع آنها را در سه گروه عمده کارگری، کارمندی و شغل آزاد نشان می دهد.

جدول شماره ۲. وضعیت اشتغال زنان و مردان در جامعه مورد مطالعه (درصد)

وضعیت اشتغال	زنان	مردان
خانه دار	۸۹/۶	۲۸/۷
شاغل (کارگر و کارمند)	۹/۶	۲۸/۶
محصل	۸/۰	۶/۰
شغل آزاد	---	۳۸/۰
بازنشسته یا بیکار	---	۰/۲۵

- سابقه ازدواج فامیلی در آزمودنی ها با همسرانشان به ترتیب ۱/۶ درصد برای زنان و ۳/۱ درصد برای مردان بود و دو همسری بودن فقط در دو نفر از مردها در زمان تحقیق گزارش شده است.

- از نظر وضعیت محل سکونت: ۲۹ درصد ملک شخصی و حدود ۷۱ درصد در منازل استیجاری و یا منزل بستگان زندگی می کرده اند. علاوه بر این، اطلاعات بدست آمده نشان می دهد که زنان جامعه مورد بررسی حدود ۶۱ درصد به طور مستقل از خویشاوندان و ۳۹ درصد با خویشاوندان خود یا اقوام همسرانشان در یک جا سکونت داشتند.

- کمترین درآمد و بیشترین درآمد خانوار به ترتیب ۲۰۰ هزار ریال و ۵ میلیون ریال ماهیانه، نمای غالب یک میلیون ریال (۱۷/۴ درصد) و میانگین ۱/۰۷۴/۵۰۰ ریال اعلام گردیده است.

• از نظر وجود بیماری های صعب العلاج جسمانی یا سابقه ناراحتی روانی ۱۱ درصد زنان و حدود ۶۰ درصد مردان سابقه بیماری داشتند.

• ۲۸/۹ درصد زن و شوهر، قبل از ازدواج نسبت فامیلی داشتند و در بقیه پاسخ منفی بود.

جدول شماره ۳. فراوانی مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار

در همسرانشان و آزمودنی ها (درصد)

جنس	استعمال دخانیات	مصرف الکل	مواد مخدر
زنان	۵/۳	۶/۳	۰
مردان	۹۴/۷	۹۳/۷	۱۰۰
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

• از نظر شیوع همسرآزاری از کل آزمودنیها ۴۱/۷ درصد سابقه همسرآزاری را گزارش نمودند که از این میان در ۳۲/۳ درصد، موارد همسرآزاری تداوم داشته و در نزدیک به ۹ درصد از موارد، این مساله مربوط به اوایل ازدواج بوده است.

۲. همسر آزاری

• رضایت از دوران کودکی در ۸۹ درصد از زنان وجود داشت. حدود ۳۱ درصد از زنان شاهد ضرب و شتم مادر و ۴۷ درصد نیز شاهد تحقیر و توهین مادر از جانب پدر بوده اند.

• فراوانی انواع مختلف همسرآزاری نشان می دهد که آزارهای روانی بیش از آزارهای جسمانی در میان زنان مورد مطالعه تجربه شده است بطوریکه بیش از ۶۰ درصد از زنان کم محلی و بیش از ۳۰ درصد نیز تحقیر و سرزنش را عنوان کرده اند. علاوه بر این اجازه نداشتن زنان برای خروج از منزل و بطور طبیعی، ممانعت از اشتغال، زمینه آسیب پذیری زنان را افزایش داده است. آزار کودکان به عنوان حربه ای برای تنبیه مادران از نکات مورد توجه است.

براساس یافته های تحقیق، واکنش زنان در برابر همسرآزاری بیشترین ها «تحمل» و «قهر» به ترتیب با ۵۰ و ۴۳ درصد و کمترین واکنش ها شامل مراجعه به مراکز مشاوره و مراجع قانونی به ترتیب با ۲/۵ و ۶/۹ درصد از موارد است.

جدول شماره ۴. فراوانی انواع مختلف همسرآزاری به تفکیک نوع و ترتیب اهمیت

نوع همسرآزاری	درصد
۱. قهر و کم محلی	۶۳/۱
۲. تحقیر و سرزنش	۳۷/۵
۳. فحش و ناسزا	۳۰
۴. ضرب و شتم بدون آسیب دیدگی جدی	۲۴/۴
۵. ندادن خرجی	۱۸/۸
۶. بدبینی	۱۷/۵

۱۵/۶	۷. نداشتن اجازه خروج از منزل
۱۹/۰	۸. قطع رابطه جنسی
۱۱/۳	۹. ممانعت از اشتغال
۱۰/۶	۱۰. ضرب و شتم با آسیب دیدگی جدی
۱۰/۰	۱۱. ضرب و شتم کودکان
۶/۹	۱۲. اخراج از منزل

• نتایج این پژوهش درباره ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته (همسرآزاری) پس از بررسی جدول های توافقی و استفاده از آزمون های کی دو ، Fisher exact و t – student در ۱۲ متغیر ارتباط معنی دار در سطح $P < 0.05$ با همسرآزاری را نشان می دهد.

ازدواج قبلی همسران زنان شرکت کننده در طرح، شغل همسران، بیماری صعب العلاج جسمانی زنان، سابقه بیماری روانی زنان و همسرانشان، عدم رضایت از دوران کودکی، تجربه ضرب و شتم مادر در دوران کودکی، مشاهده تحقیر و توهین به مادر توسط پدر، سابقه کیفی همسران، استعمال دخانیات شوهران ، مصرف الکل و مواد مخدر توسط همسران، مهمترین عوامل تأثیرگذار بر همسرآزاری است . در مرحله بعد برای کنترل اثر مخدوش کننده ها با روش (Logistic Regression) کلیه متغیرهایی که ارتباطشان با همسرآزاری معنی دار بود با مدل^۱ همبستگی موردتحلیل قرار گرفتند که در نهایت چهار متغیر پس از کنترل مخدوش کننده ها ارتباط معنی دار با همسرآزاری داشتند. این متغیرها عبارتند از:

۱- تجربه ضرب و شتم مادر در خانواده زنان آزمودنی در دوران کودکی توسط پدر ($pv \sim 0/05$)

۲- سابقه تحقیر و توهین مادر در دوران کودکی آزمودنی توسط پدر ($pv \sim 0/01$)

۳- سابقه کیفی مردان ($pv \sim 0/05$)

۴- سابقه ناراحتی روانی زنان ($pv \sim 0/04$)

ضرایب و فواصل اطمینان متغیرهایی که پس از کنترل مخدوش کننده ها با همسرآزاری ارتباط معنی داری داشتند در جدول شماره ۵ زیر نشان داده شده است:

جدول شماره ۵. ضرایب و فواصل اطمینان متغیرهای دارای ارتباط معنی دار با همسرآزاری

متغیر	ضریب B	SE	Df	Sig	Exp (B)	65% ci
سوء سابقه مرد	۲/۱۶۱۶	۱/۱۵۴۷	۱	۰/۰۵	۸/۶۸۵۲	۱/۹-۸/۳
ناراحتی روانی زن	۱/۸۸۶۶	۱/۴۴	۱	۰/۰۴	۶/۳۷۶	۱/۱-۸/۹
مشاهده ضرب و شتم مادر توسط پدر	۱/۲۵۸۴	۰/۳۹۲۳	۱	۰/۰۵	۳/۴۸۵۱	۱/۳-۴/۶
تجربه تحقیر و توهین مادر توسط پدر	۱/۴۳۴۷	۰/۳۰۸۸	۱	۰/۰۱	۴/۱۹۸۳	۲/۲-۷/۶

¹. Enter Logistic Regression

نتیجه گیری

رواج زیاد همسرآزاری در این مطالعه (۴۲ درصد) با کشورهای غربی به خصوص آمریکا قابل مقایسه است. مطالعات متعددی در آمریکا شیوع همسرآزاری را بین ۱۰ تا ۵۰ درصد گزارش نموده که البته بیشتر معطوف به آزار فیزیکی است و اگر سایر جنبه های همسرآزاری نظیر آزار روحی و روانی، خشونت جنسی، سوءظن و ... (مطابق تعریف مرکز کنترل بیماری ها در آمریکا خشونت منظور شود) به رقم یادشده اضافه شود، به مراتب بیشتر خواهد بود.

بیشترین موارد همسرآزاری گزارش شده در این تحقیق، آزار روحی و روانی است نه ضرب و شتم و برخورد فیزیکی. بطوری که در اکثر آزمودنی ها همسرآزاری شامل بی اعتنائی، قهر و کم محلی، تحقیر، سرزنش، فحش و ناسزا به عنوان بیشترین موارد همسرآزاری گزارش شده اند. ضرب و شتم با آسیب دیدگی جدی در ۱۱ درصد و بدون آسیب دیدگی جدی در ۲۴ درصد زنان مورد بررسی، گزارش شده است.

یافته های پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعه ای که سال ۷۹-۱۳۷۸ در شهر اصفهان درباره همسرآزاری انجام گرفت، نشان می دهد که در خانواده های ایرانی آزارهای روانی از خشونت های جسمانی بیشتر به چشم می خورد. در تحقیق مربوط به شهر اصفهان، شیوع همسرآزاری ۲۴ درصد گزارش شده که کمتر از شهر تهران بوده است. بیشترین موارد آزار به ترتیب عبارت بودند از: نداشتن اجازه خروج به تنهایی از منزل (۳۷ درصد)، قهرهنگام ناراحتی (۴۱/۱ درصد) و تحقیر و سرزنش (۳۶/۱ درصد). (میرزایی و همکاران، ۷۹-۱۳۷۸).

در مطالعات انجام گرفته در دانشگاه های آمریکا مشخص گردیده است، زنانی که در دوران کودکی در معرض خشونت بوده اند یا نزد پدر و مادر الکلی و یا دارای اختلال روان زندگی کرده اند، در دوران بزرگسالی در برابر اضطراب ها و مسایل روزمره زندگی مقاومت کمتری دارند و نسبت به سایر زنانی که در دوران کودکی چنین تجربیاتی نداشته اند، بیشتر و زودتر دچار افسردگی می شوند که این خود می تواند زمینه ساز همسر آزاری باشد. (Hammen, 2000 : 782 – 787)

یافته های پژوهش حاضر نیز سابقه ضرب و شتم مادر در دوران کودکی آزمودنی، توسط پدر و همینطور تحقیر و توهین مادر توسط پدر بطوری که فرد در دوران کودکی شاهد آن بوده هر دو با همسرآزاری از ارتباط معنی دار برخوردارند که می تواند تأییدی باشد بر اینکه زنانی که چنین تجربیاتی در دوران کودکی داشته اند در برابر اضطراب ها مقاومت کمتری از خود نشان می دهند. همینطور سابقه بیماری روانی در آزمودنی ها که در پژوهش شهر اصفهان با همسرآزاری ارتباطی معنی دار داشت، در این تحقیق نیز رابطه بدست آمده معنی دار است. علاوه براین سابقه کیفری در همسران آزمودنی هاست که با همسرآزاری ارتباط معنی دار داشت.

سایر متغیرهایی که در مرحله نخست تحلیل، ارتباط معنی دار با همسرآزاری داشتند و پس از کنترل عوامل مخدوش کننده حذف گردیدند شامل موارد زیر هستند:

- شغل همسران آزمودنی ها و ارتباط آن با همسرآزاری که بیشترین مورد آزار در گروه بیکار یا بازنشسته با ۷۵ درصد شیوع و کمترین مورد کارگران مرد ۳۹ درصد گزارش گردید. عوامل اصلی که می تواند زمینه ساز همسرآزاری در مردان بیکار باشد، فشارهای روانی ناشی از بیکاری و نداشتن درآمد مناسب است.
- سابقه اختلال روانی در مردان نیز در تحقیقات متعددی با همسرآزاری مرتبط بوده است و مردانی که به اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیتی و... مبتلا هستند بیشتر از سایرین، همسرآزار هستند که ارتباط این عامل با همسرآزاری در تحقیق انجام شده در شهر اصفهان هم تأیید شده است.
- زنانی که از نحوه سپری شدن دوران کودکی خویش راضی نیستند و به هر دلیل در کودکی مورد سوءاستفاده واقع شده اند و یا مورد تحقیر و توهین قرار گرفته اند نیز بیشتر از سایر زنانی که چنین تجربیاتی را نداشتند، مورد همسرآزاری واقع می شوند. به طوری که همسرآزاری در ۶۳ درصد زنانی که از دوران کودکی خود راضی نبودند، وجود داشت.
- ارتباط بیماری های جسمانی صعب العلاج در آزمودنی ها با همسرآزاری در تحقیقات متعددی در سایر کشورها از جمله در گزارش دانشگاه جرج تاون^{۱۱} و مطالعه دانشگاه کارولینای شمالی به اثبات رسیده است (Cecil 2001, Dinemenan, 2000). هرچند یافته های این تحقیق، ارتباط واضح آماری با همسرآزاری در مورد این متغیر بدست نداده است ولی در ۷۷ درصد موارد بیماری سخت جسمانی زن با آزار از طرف همسر همراه بود.^{۱۲}
- در رابطه با مصرف الکل و یا استعمال دخانیات و مواد مخدر نیز مطالعات متعددی اثر بد این عوامل را بر همسرآزاری نشان داده است و در این بررسی هم در ۵۷ درصد افراد سیگاری، ۷۳ درصد افراد الکلی و ۱۰۰ درصد معتادان به مواد مخدر، همسرآزاری گزارش گردید. بطور یقین رابطه مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار بر شخصیت افراد یک رابطه دوجانبه و متقابل است. یعنی از یک طرف سو مصرف این مواد بر شخصیت فرد معتاد تأثیر گذاشته و از سوی دیگر افراد با انواع ویژگی های شخصیتی نظیر شخصیت های وابسته، بیشتر گرایش به سوءمصرف مواد پیدا می کنند و تأثیر متقابل این عوامل زمینه ساز همسرآزاری در این گروه است.
- سابقه ازدواج پیشین در مردان از دیگر عواملی است که می تواند با همسرآزاری مرتبط باشد و مسایل متعددی آن را توجیه می کند مثل تنوع طلبی بیشتر مردان، اعتماد به نفس کمتر، توانایی کمتر در مقابله با مشکلات، داشتن روحیه پرخاشگر و تندمزاج و... که تصور همراهی یک یا چند عامل فوق در مردی که تجربه طلاق را داشته و در زندگی مشترک کنونی خویش نیز همسرآزاری نشان می

^{۱۱} George Town

^{۱۲} بیماریهایی که بعنوان صعب العلاج گزارش گردید شامل: بیماریهای قلبی و فشار خونی، اختلال کار تیروئید، بیماریهای کلیوی و بیماریهای پارانشیم مغز هستند.

دهد، دور از ذهن نیست. از علل احتمالی پیدا نکردن رابطه معنی دار آماری در موارد فوق شاید بتوان کم بودن تعداد نمونه ها را ذکر کرد.

• مهمترین نتیجه گیری این پژوهش مربوط به رواج خشونت روانی در خانواده های شهر تهران و ارتباط معنا دار تجربه و مشاهده خشونت در دوران کودکی افراد در خانواده است. تجربه ضرب و شتم مادر و تحقیر او توسط پدر، دو عامل مهم تعیین کننده در رابطه با همسرآزاری و خشونت علیه زنان است. به این ترتیب اصلاح فرآیند جامعه پذیری کودک از طریق کاهش خشونت در خانواده توسط پدر، تنها راه حل منطقی و عملی به نظر می رسد.

• آخرین مسئله که جای بحث و تأمل دارد واکنش زنان در برابر همسرآزاری است. در این مطالعه بیشترین واکنش به شکل «تحمل» گزارش گردیده که در قریب به نیمی از موارد همسرآزاری مشاهده شده است. مواردی مثل مراجعه به مراکز مشاوره و یا استمداد از قانون برای رفع مشکل به ترتیب با ۲/۵ درصد و ۶/۹ درصد کمترین واکنش گزارش شده از جانب زنان در برابر همسرآزاری بوده که این خود می تواند ریشه در مسایل فرهنگی، تربیتی و اجتماعی ما داشته باشد. زیرا اکثر زنان در جامعه ما با قوانین و مقررات مربوط به خودشان آشنا نیستند و یا اصولاً ترجیح می دهند که مسایل زندگی مشترکشان به بیرون سرباز نکند، بهمین دلیل به بهای تداوم و حفظ زندگی مشترک اذیت و آزار همسرانشان را تحمل می کنند.

پیوست شماره ۱: فهرست متغیرها، مقیاس و تعریف عملیاتی

ردیف	نام متغیر	نوع متغیر	تعریف عملی	مقیاس
۱			هرگونه آزار و اذیت جسمانی، عاطفی، روانی، کلامی، سوءظن و... که از جانب مرد علیه همسرش اعمال شده و بتواند موجب رنجش زن شود	دارد / ندارد
۲	سن (زن - مرد)	مستقل عددی پیوسته	تعداد سال های عمر از سال تولد براساس تاریخ شمسی	سال
۳	مدت ازدواج	مستقل عددی پیوسته	تعداد سال هایی (شمسی) که از تاریخ ازدواج رسمی زن و مرد گذشته است	سال
۴	سطح تحصلات (زن - مرد)	مستقل - رتبه ای	آخرین مدرک تحصیلی و یا تعداد سال های تحصیل هر یک از زوجین	- بیسواد - ابتدایی ناقص - ابتدایی کامل یا راهنمایی - راهنمایی کامل یا دبیرستان - دیپلم - دانشگاهی یا حوزه
۵	تعداد فرزندان	مستقل عددی گسسته	تعداد فرزندان در قید حیات که زوجین در زمان مصاحبه به تفکیک جنس دارند	- دختر (نفر) - پسر (نفر)
۶	شغل (زن - مرد)	مستقل اسمی	حرفه ای که فرد در زمان مصاحبه به آن اشتغال دارد.	<u>زن</u> خانه دار کارگر ساده کارگر ماهر کارمند ساده کارمند عالی رتبه آزاد محصل دانشجو بازنشسته <u>مرد</u> بیکار کارگر ساده کارگر ماهر کارمند ساده کارمند عالی رتبه آزاد محصل دانشجو بازنشسته
۷	سیگار کشیدن (زن- مرد)	مستقل - عددی گسسته	تعداد نخ سیگاری که فرد روزانه می کشد	عدد (نخ) / روز
۸	مصرف مشروبات	مستقل -	استفاده مداوم یا متناوب از	دارد / ندارد

	الگلی	اسمی	مشروبات الکلی هریک از زوجین
۹	مصرف مواد مخدر (زن - مرد)	مستقل - اسمی	استفاده از مواد مخدر توسط هریک از زوجین اعم از خراکی، تزریقی، استنشاقی و ...
۱۰	سلامت جسمی	مستقل - اسمی	وضعیت سلامت جسمی زوجین
۱۱	سلامت روانی (زن - مرد)	مستقل - اسمی	وضعیت سلامت روانی زوجین از نظر پزشک متخصص و یا مراجعه به پرونده پزشکی فرد
۱۲	محل سکونت (زن - مرد)	مستقل - اسمی	مکان سکونت زوجین اعم از ملک شخصی و ...
۱۳	سوء استفاده در دوران کودکی	مستقل - اسمی	هرگونه آزاری که زن طی دوران کودکی به دلیل کار زیاد، تحقیر، توهین، کتک خوردن و ... از والدین یا بستگان، آشنایان و ... داشته است
۱۴	وابستگی به مادر	مستقل - اسمی	میزان وابستگی زن در دوران کودکی به مادرش
۱۵	تعدد زوجه	مستقل عددی گسسته	اختیار بیش از یک همسر بطور همزمان توسط مرد
۱۶	نارایی (زن - مرد)	مستقل - اسمی	بچه دار نشدن زوجین علیرغم عدم استفاده از وسایل تنظیم خانواده و داشتن آمیزش منظم حداقل یک سال پس از ازدواج
۱۷	قرابت فامیلی	مستقل - اسمی	خویشاوندی نسبی زوجین هنگام ازدواج
۱۸	ازدواج ناموفق قبلی	مستقل - اسمی	ازدواجی که هریک از زوجین قبل از این ازدواج اخیرشان داشته که به هر دلیل منجر به جدایی شده باشد

۱۹	غیرفعال بودن از نظر جنسی	مستقل - اسمی	عدم آمیزش جنسی یا دفعات خیلی کم آمیزش به دلیل سردمزاجی یکی از زوجین یا هر دو	بلی / خیر
۲۰	وضع اقتصادی (درآمد)	مستقل - عددی پیوسته	میزان درآمد ماهیانه خانوار به ریال	ریال (عدد)
۲۱	آزار فیزیکی مادر	مستقل - رتبه ای	ضرب و شتم مادر فرد مصاحبه شونده از جانب پدر در دوران کودکی بطوری که فرد شاهد این مسئله بوده باشد	- همیشه - گاهی - خیلی کم - هرگز
۲۲	آزار روانی مادر	مستقل - رتبه ای	تجربه هرگونه اهانت، تحقیر، فحش، ناسزا، کم توجهی و... از طرف پدر نسبت به مادر فرد مصاحبه شونده بطوریکه فرد در دوران کودکی شاهد این مسئله بوده باشد	- همیشه - گاهی
۲۳	دفعات مقاربت	مستقل - عددی	متوسط تعداد دفعات نزدیکی زوجین طی یک هفته یا یک ماه	بار = هفته یا بار / ماه
۲۴	سوء پیشینه همسر	مستقل - اسمی	سابقه سوء رفتار همسر اعم از حقوقی یا کیفری که موجب تشکیل پرونده در محاکم قضایی و یا محکومیت زندان شده باشد	بلی / خیر
۲۵	واکنش در مقابل خشونت همسر	مستقل - اسمی	عکس العمل زن نسبت به خشونت همسر و تصمیم گیری در مورد نوع رفتار در چنین شرایطی	- مقابله مثل - بی تفاوتی - نصیحت - قهر - تحمل - قطع رابطه جنسی - شکایت به بزرگترها - مراجعه به مراجع قانونی - مراجعه به مراکز مشاوره - سایر موارد

- میرزایی - حمید، شفیعی - فرح، واقف داوری - فرزاد، شهیدی - شهلا، بررسی توزیع فراوانی انواع همسرآزاری در شهر اصفهان در سال ۷۹ - ۱۳۷۸.
- Lych. Tara (2000) "Men and Women Together but equal? " UNFPA Magazine. Vol. 27, No. 2, p 20.
- Universe,M.(2000), " Violence: one third of Women Have been Absed". UNEPA Magazine, Vol 27, No. 1.
- Koplan, Jeffery P.(2000) "Building data System for Monitoring Responding to Violence Against Women". MMWR.Vol. 49 No. RR- 11.
- Shakel Ford TK (2000) " J Wife Killing: risk to Women as a Function of Ege". Violence Victim fall 15(3), pp 273-282.
- Rennison , CM, (2000), "Role of Victim Services in Improving IPV screening"... MMWR Feb 18:49 pp. 114 -117.
- Krishnan SP, (2001) "An examination of IPV in Rural Communities".community health. 24(1) Apr pp. 1-14.
- Maeve MK (2000) "Speaking Unavoidable Thruths: Understanding Early Childhood Sexual Physical" Violence Among Women in Prison. Issues mnt Health Nurs. Aug: 21(5) pp. 473-498.
- Lemmy D, (2001), "IPV mothers prespective of effect on their children", MCN AMJ Matern child nurs mar-apr: 26(2) pp
- Mechanic MB, (2000), "The impact of severe stalking experienced by acutely batters women" violenc vict winter: 15(4) pp443-58
- Kirishan SP, (2001), "Domestic Violence and helpseeking behaviors among rural women", Famcommunity health Apr: 24(1) pp 33-28
- Cecil, G,(2001), "Partner Ciolence: implication for health community setting womens halth Apr: 11(2).
- Dinemann J, (2000), "Intimate partner abuse among women diagnosed with depression" issues Ment health Nurs ul - Aug: 21(5),pp 513-499
- Constantino,RO.(2000), "Negatic life expperiences depression and immune function in abused non abused women". Biol Res Nurs Jan: 1(3),pp 190-98
- Hammen, C. (2000), "Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity", J consult clin psychol oct: 68(5),pp 782-87
- Lown, EA. (2001), "prevalence predicators of physica partner abuse among mexican women", Health Mar 91: 441-5,pp 441-45



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی