

فراوانی خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان

فاطمه بلالی میبیدی^۱، مهدی حسنی^۲

Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman

Fatemeh Balali Meybodi¹, Mehdi Hassani²

Abstract

Objectives: Domestic violence is the most common form of violence with the highest rate of frequency, lowest rate of report to the police, and highest psychological, social and economic complications; and its reduction is a general health priority. The present study was performed to determine the frequency of domestic violence, and its related variables in the city of Kerman. **Method:** In this cross-sectional study, 20 clusters each consisting 20 households were selected through cluster sampling and by using postal codes from among families in the city of (located in south east of Iran) Kerman. 400 married women were examined ultimately. Data were collected using a researcher-made questionnaire with a Cronbach's Alpha of 92%. Data obtained from the questionnaire were completed using an interview and analyzed using chi-square test. **Results:** Altogether, 46% of women had been exposed to various types of domestic violence by their partners, including psychological violence (78.6%), physical violence (55.6%), sexual violence (28.6%) and economic violence (34.7%). Domestic violence showed direct relationship with husband educational level ($p=0.001$) and the wife ($p=0.004$), husband's job ($p=0.01$), living in rural areas until the age of 20 ($p=0.002$ for males and $p=0.023$ for females), addiction of husband ($p=0.001$) and wife ($p=0.003$), and living with other family members ($p=0.001$). From the point of view of violence-stricken women, the most prevalent causes of violence were a poor economic state (25.4%) and husbands' job (8.9%). **Conclusion:** Considering the results for the prevalence of domestic violence and its related factors, reinforcing skills such as stress management, anger control and creative thinking, methods of dealing with challenges and difficulties of married life through training couples is highly recommended, in order to reduce the rate of violence and establishing a calm familial environment. **Key words:** women; domestic violence; partner abuse

[Received: 5 March 2008; Accepted: 15 September 2008]

چکیده

هدف: خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی و کاهش آن از اولویت‌های بهداشت همگانی است. هدف این پژوهش، بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در شهر کرمان و متغیرهای مرتبط با آن بود. **روش:** در این مطالعه مقطعی، با استفاده از کدهستی و روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای، تعداد ۲۰ خوشه ۲۰ خانواری از میان خانوارهای شهر کرمان انتخاب و در نهایت تعداد ۴۰۰ زن شوهردار بررسی شدند. ابزار گسردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای با آلفای کرونباخ ۹۲٪ بود. داده‌های به‌دست آمده از پرسش‌نامه به کمک مصاحبه تکمیل و با آزمون خی دو تحلیل شدند. **یافته‌ها:** ۴۶٪ زنان انواع متفاوت خشونت شامل خشونت روانی (۷۸/۶٪)، جسمی (۵۵/۶٪)، جنسی (۲۸/۶٪) و اقتصادی (۳۴/۷٪) را تحمل کرده بودند. خشونت خانگی با میزان تحصیلات مرد ($p=0.001$) و زن ($p=0.004$)، شغل مرد ($p=0.01$)، زندگی در روستا تا سن ۲۰ سالگی (در مردان $p=0.002$ و در زنان $p=0.023$)، اعتیاد مرد ($p=0.001$) و زن ($p=0.003$) و زندگی دیگر افراد با خانواده ($p=0.001$) رابطه مستقیم داشت. بیشترین علت خشونت از دید زنان خشونت‌دیده، وضعیت اقتصادی نامناسب (۲۵/۴٪) و شغل همسر (۸/۹٪) بیان شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست آمده در مورد شیوع خشونت خانگی و عوامل مهم مرتبط با آن، پیشنهاد می‌شود با تقویت مهارت‌هایی مانند مقابله با استرس، کنترل خشم و تفکر خلاق، روش‌های کنار آمدن با چالش‌ها و مشکلات زندگی مشترک به زوج‌ها آموزش داده شود تا در نتیجه آن از خشونت کاسته شده، در محیط خانواده آرامش برقرار شود.

کلیدواژه: خشونت علیه زنان؛ خشونت خانگی؛ همسر آزاری

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۰۶/۲۵]

^۱ کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، چهار راه شفا، مرکز بهداشت استان، معاونت بهداشتی واحد ارتباطات و آموزش سلامت، دورنگار: ۲۱۱۴۳۳۱-۲۱۱۴۳۳۱ (نویسنده مسئول). E-mail: f.balali@yahoo.com

^۲ کارشناس مدیریت صنعتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

* Corresponding author: BS. in General Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman Province Health Centre, Shafa Crossroad, Jomhuri-islami Blvd., Kerman, Iran, IR. Fax: +98341-2114231. E-mail: f.balali@yahoo.com; ^۲ BS. in Industrial Management, Kerman University of Medical Sciences.

مقدمه

سازمان ملل در قطعنامه مربوط به حذف خشونت علیه زنان در اجلاس عمومی سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان را این گونه تعریف کرده است: هر رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، جنسی، روانی و رنج زنان شود. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی و به صورت آشکار یا پنهانی انجام شده (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن تنها به سبب جنسیت خود از سوی جنس مخالف مورد آزار و اذیت قرار گرفته، حقتش پایمال می شود. چنانچه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و میان زن و شوهر روی دهد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می شود (پوررضا و موسوی، ۱۳۸۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

بر پایه نظرات مختلف و دیدگاه صاحب نظران، خشونت جسمی شامل هر گونه آزار و اذیت جسمانی نظیر هل دادن، کتک زدن با دست یا وسایلی مثل کمر بند، شلاق و سایر اعمالی است که به شکستگی و سوختگی می انجامد. خشونت جنسی شامل هر گونه عمل خارج از عرف و غیر معمول در برقراری ارتباط جنسی مانند بی‌اعتنایی، رابطه جنسی توأم با خشونت و اجبار در برقراری ارتباط جنسی، خشونت روانی شامل ایجاد رعب و وحشت، بهانه گیری و بددهنی، تهدید کردن، محرومیت و ایجاد محدودیت و سوءظن و خشونت اقتصادی شامل برآورده نکردن نیازهای اقتصادی، در اختیار گرفتن درآمد فرد مقابل و هر گونه رفتار تخریب گرایانه است (قهاری، عاطف و وحید و یوسفی، ۱۳۸۴).

بدر رفتاری با زن افزون بر مشکلات جسمی، موجب پیامدهای روان شناختی پایدار مانند افسردگی، اقدام به خودکشی و بروز استرس پس از حادثه می شود (وفیعی فر و پارسینی، ۱۳۸۰). خشونت علیه زنان بر اولویت های بهداشتی مهم مانند سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیش گیری از بیماری های مقاربتی و ایدز تأثیر منفی دارد (کردوانی، ۱۳۷۹).

خشونت خانگی شایع ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است که در بیشتر موارد

غالباً توسط نزدیک ترین فرد خانواده (مانند شوهر) به وقوع می پیوندد (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ جانسون^۱ و جانسون، ۲۰۰۰). شیوع آن در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و برآورد می شود که در بیش از نیمی از خانواده ها وجود داشته باشد. بر پایه برخی گزارش ها، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است (اسکویی^۲ و مک گایر^۳، ۱۹۹۹؛ پریس^۴ و بایرد^۵، ۱۹۹۹؛ اسمیت^۶ و نایس^۷، ۲۰۰۲) و تقریباً یک سوم زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده اند (نایاک^۸، برین^۹، مارتین^{۱۰} و ابراهام^{۱۱}، ۲۰۰۳). طبق گزارش سازمان ملل متحد (۱۹۹۵) در بلژیک ۲۵٪، ایالات متحده آمریکا ۲۸٪، نروژ ۲۵٪، زلاندنو ۱۷٪، کره ۳۸٪، کلمبیا ۲۰٪ و در گینه نو ۶۷-۵۸٪ زنان از سوی شوهرانشان مورد آزار جسمی قرار گرفته اند. بر پایه این گزارش، فوت بیش از نیمی از مقتولان زن آمریکا در کانادا و بنگلادش ناشی از خشونت همسرانشان بوده است. شیوع بدر رفتاری نسبت به همسر در انگلستان ۶۰-۳۹٪ (ریچاردسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۲)، در نیجریه ۸۱٪ (ادوجینرین^{۱۳}، ۱۹۹۳) و در آفریقای جنوبی ۶۹٪ (کیم^{۱۴} و موتسی^{۱۵}، ۲۰۰۲) برآورد شده است. در شیلی نیز از هر چهار زن، یک زن خشونت جسمانی و از هر سه زن، یک زن خشونت عاطفی را تجربه کرده است (مک ویرتر^{۱۶}، ۱۹۹۹).

در ایران یک بررسی گسترده که در ۲۸ مرکز استان کشور انجام شد، نشان داد در ۶۶٪ خانواده های مورد بررسی، زنان دست کم یک بار از ابتدای زندگی مشترک، خشونت را تجربه کرده اند. در ۴۰٪ خانوارها خشونت فیزیکی جدی و حاد و در ۱۰٪ خانوارها خشونت های منجر به صدمات موقت یا دائم گزارش شده است (مرکز مشارکت زنان و معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، ۱۳۸۰). شیوع همسر آزاری در شهر کرج ۲۷٪ (امامی و همکاران، ۱۳۸۰)، تهران ۳۵/۷٪ (احمدی، علی محمدیان، گلستان، باقری یزدی و شجاعی زاده، ۱۳۸۵)، بابل ۳۶٪ (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲) و تنکابن ۸۳/۳٪ (قهاری و

- | | |
|---------------|----------------|
| 1- Junson | 2- Scobie |
| 3- McGuire | 4- Price |
| 5- Baird | 6- Schmidt |
| 7- Nice | 8- Nayak |
| 9- Byrne | 10- Martin |
| 11- Abraham | 12- Richardson |
| 13- Odujinrin | 14- Kim |
| 15- Motsei | 16- Mcwhirter |

همکاران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. یک مطالعه در کرمان نشان داد ۲۷٪ زنان از طرف همسران خود مورد آزار قرار می‌گیرند. در این بررسی نادیده گرفته شدن توانایی‌های زنان توسط همسرانشان، رایج‌ترین خشونت عاطفی گزارش شده بود (۳۶/۷٪). حدود ۲۵٪ از زنان نیز نوعی از خشونت جنسی را طی سال قبل تجربه کرده بودند (گروسی، نخعی و زنگی‌آبادی، ۲۰۰۸). در اصفهان نیز یک بررسی نشان داد ۶۲-۳۴٪ خشونت‌ها، خشونت کلامی و روانی هستند (ملکه‌افضلی، مهدی‌زاده، زمانی و فرزادگان، ۱۳۸۳).

با در نظر گرفتن آمارهای یادشده، مشاهده می‌شود شیوع خشونت خانگی در نقاط مختلف جهان و حتی در نقاط مختلف یک محدوده جغرافیایی کوچک، تفاوت چشم‌گیری با یکدیگر دارد. هدف این پژوهش، بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در شهر کرمان و تعیین متغیرهای مرتبط با آن بود، تا بر پایه نتایج آن به شناخت وضعیت موجود و برنامه‌ریزی برای کاهش این مشکل اجتماعی کمک شود.

روش

جامعه آماری این پژوهش، خانواده‌های ساکن شهر کرمان بودند. از جامعه یادشده ۴۰۰ زن همسر دار (۷۰ خوشه ۲۰ خانواری) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی، بر پایه کدپستی انتخاب شدند. سپس سرخوشه‌ها به روش تصادفی ساده تعیین و نشانی آن‌ها مشخص شد. زنان مطلقه، بیوه، و دارای همسر موقت از بررسی کنار گذاشته شدند. پرسش‌گران با مراجعه به منازل در ساعات‌های مختلف روز (برای شرکت گروه‌های مختلف جامعه در پژوهش) و توضیح درباره هدف‌های پژوهش و تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات گردآوری‌شده، رضایت شرکت‌کنندگان را به دست می‌آوردند. ابزار این بررسی پرسش‌نامه‌ای بود که توسط پرسشگر ساخته شد. پرسش‌نامه از دو بخش تشکیل می‌شد: ۱- بخش مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی زمینه‌ای شامل سن، تحصیلات، شغل و... مشتمل بر ۱۶ گویه (که پرسش‌باز و هفت پرسش بسته سه گزینه‌ای بلی، خیر، نمی‌دانم). ۲- بخش مربوط به بروز خشونت خانگی به صورت بلی/خیر، و در صورت بروز، مشخص کردن نوع (شامل جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی و اجتماعی) و شدت آن. بخش مربوط به

شدت خشونت خانگی مشتمل بر ۲۵ پرسش بود که به صورت مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای [بسیار شدید (۱)، شدید (۲)، متوسط (۳) و خفیف (۴)] پاسخ داده می‌شد. در انتهای پرسش‌نامه نیز علل بروز خشونت خانگی پرسیده می‌شد. داده‌های پرسش‌نامه‌ای با مصاحبه تکمیل می‌شد. پرسشگری توسط تیم‌های دونفره متشکل از کارشناسان زن آموزش‌دیده که دست‌کم یکی از آن‌ها کارشناس بهداشت روان بود، در محل سکونت خانوارها انجام می‌شد.

اعتبار محتوایی^۱ پرسش‌نامه پس از بررسی متون مختلف، توسط اساتید روان‌پزشکی و روانشناسی و متخصصان پزشکی اجتماعی تأیید شد و برای تعیین ثبات درونی^۲ از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، که با استفاده از یک پیش‌آزمون روی ۲۶ نفر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و قدرت آزمون ۰/۸۰ به عنوان پیش‌فرض در نظر گرفته شدند. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS 11.5 و آزمون خی‌دو^۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها

با ۴۲۶ زن همسر دار مصاحبه شد. میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰٪ بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۹/۵±۱۲/۱ سال و بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۴۴-۴۰ ساله بود (۱۶٪). ۱۶/۷٪ آن‌ها تحصیلات دانشگاهی، ۳۹/۲٪ دیپلم و ۴۱/۱٪ تحصیلات زیردیپلم داشتند. ۹/۹٪ آن‌ها شاغل و ۷۹/۸٪ خانه‌دار بودند. میانگین سن ازدواج آن‌ها ۱۹/۸±۳/۸ سال بود و ۹۳/۹٪ آن‌ها تنها یک‌بار ازدواج کرده بودند. ۴/۵٪ در سن زیر ۱۵ سال، ۴۷/۲٪ در سن ۱۹-۱۵ سال، ۳۶/۶٪ در سن ۲۴-۲۰ سال و ۱۱/۷٪ در سن بالای ۲۵ سال اولین ازدواج را تجربه کرده بودند. میانگین سال‌های زندگی مشترک ۲۰±۱۳/۷ سال و میانگین تعداد فرزندان ۲/۹۸±۲ بود: ۶/۶٪ زنان اصلاً فرزندی نداشتند، ۱۷/۱٪ دارای یک فرزند، ۲۳/۷٪ دارای دو فرزند، ۱۸/۵٪ دارای سه فرزند و ۱۵/۳٪ دارای چهار فرزند بودند. ۱۸/۸٪ نیز بیش از چهار فرزند داشتند. ۱۸/۹٪ زنان تنها دارای فرزند دختر، ۲۲/۴٪ تنها دارای فرزند پسر و ۵۸/۷٪ دارای فرزند دختر و پسر بودند.

- | | |
|--|-------------------------|
| 1- content validity | 2- internal consistency |
| 3- Statistical Package for the Social Sciences | |
| 4- chi-square | 5- response rate |

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

نوع خشونت	شدت خشونت				
	بسیار شدید فراوانی (%)	شدید فراوانی (%)	متوسط فراوانی (%)	خفیف فراوانی (%)	مجموع فراوانی (%)
جسمی					
هل دادن	۲۰ (۱۸/۳)	۳۵ (۳۲/۰)	۴۴ (۴۰/۴)	۱۰ (۹/۲)	۱۰۹ (۲۵/۶)
ضربه (مشت، لگد، سیلی و...)	۱۰ (۱۲/۵)	۳۰ (۳۷/۵)	۲۹ (۳۶/۳)	۱۱ (۱۳/۸)	۸۰ (۱۸/۸)
کتک زدن با کمر بند، چوب، شلاق	۴ (۸/۳)	۱۵ (۳۱/۳)	۱۳ (۲۷/۱)	۱۶ (۳۳/۳)	۴۸ (۱۱/۳)
کتک زدن منجر به شکستن عضو	۵ (۱۳/۲)	۴ (۱۰/۵)	۱۰ (۲۶/۳)	۱۹ (۵۰/۰)	۳۸ (۸/۹)
حمله با اسلحه سرد	۲ (۶/۹)	۲ (۶/۹)	۵ (۱۷/۲)	۲۰ (۶۹/۰)	۲۹ (۶/۸)
تهدید با اسلحه گرم	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
سوزاندن	۱ (۴/۰)	۰ (۰)	۳ (۱۲/۰)	۲۱ (۸۴/۰)	۲۵ (۵/۹)
جنسی					
بی‌احتیایی و بی‌تفاوتی	۱ (۲/۷)	۱۱ (۲۹/۷)	۳ (۸/۱)	۲۲ (۵۹/۵)	۳۷ (۸/۷)
اجبار در ارتباط جنسی	۳ (۵/۳)	۷ (۱۲/۵)	۴ (۷/۲)	۳۲ (۷۵/۰)	۵۶ (۱۳/۱)
اجبار جنسی غیرمتعارف	۱ (۲/۷)	۷ (۱۸/۹)	۹ (۲۴/۳)	۲۰ (۵۲/۱)	۳۷ (۸/۷)
اجبار در انجام کارهای خلاف	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
اقتصادی					
سخت‌گیری در مخارج منزل	۴ (۵/۹)	۱۲ (۱۷/۶)	۵ (۷/۳)	۳۷ (۶۹/۱)	۶۸ (۱۶/۰)
ممانعت از اشتغال	۲ (۳/۲)	۷ (۱۰/۹)	۶ (۷/۸)	۵۰ (۷۸/۱)	۶۴ (۱۱/۷)
عدم تأمین مالی	۲ (۴/۳)	۱۱ (۲۳/۴)	۷ (۱۶/۹)	۲۷ (۵۷/۴)	۴۷ (۱۱/۰)
در اختیار گرفتن درآمد زن	۱ (۲/۹)	۹ (۲۶/۵)	۷ (۲۰/۶)	۱۷ (۵۰/۰)	۳۴ (۸/۰)
روانی					
ایجاد رعب و وحشت	۲ (۳/۴)	۵ (۱۶/۳)	۷ (۱۲/۷)	۳۷ (۶۷/۳)	۵۵ (۱۲/۹)
تهدید به طلاق	۴ (۸/۷)	۱۰ (۲۱/۷)	۳ (۸/۷)	۲۸ (۶۰/۹)	۴۶ (۱۰/۸)
محرومیت از دیدن فرزند و والدین	۱۰ (۲۰/۸)	۹ (۱۸/۸)	۱ (۲/۱)	۲۸ (۵۸/۳)	۴۸ (۱۱/۳)
محرومیت از دیدن سایر بستگان	۴ (۱۲/۱)	۱۰ (۳۰/۳)	۷ (۲۱/۲)	۱۲ (۳۶/۴)	۳۳ (۷/۷)
محرومیت در برقراری ارتباط تلفنی	۲ (۶/۱)	۸ (۲۴/۲)	۸ (۲۳/۲)	۱۵ (۴۵/۵)	۳۳ (۷/۷)
سوءظن	۱۰ (۶/۵)	۹۰ (۵۸/۴)	۴۴ (۲۸/۶)	۱۰ (۶/۵)	۱۵۴ (۳۶/۱)

میزان شیوع خشونت علیه زنان توسط همسر ۴۶٪ به دست آمد. شایع‌ترین نوع خشونت، روانی (۷۸/۶٪) بود و خشونت‌های جسمی (۵۵/۶٪)، اقتصادی (۳۴/۷٪) و جنسی (۲۸/۶٪) در مراتب بعدی قرار داشتند. شاخص‌ترین شکل بروز خشونت روانی، جسمانی، اقتصادی و جنسی به ترتیب

سوءظن داشتن نسبت به همسر (۳۶/۱٪)، هل دادن (۲۵/۶٪)، سخت‌گیری در مخارج منزل (۱۶٪) و اجبار در برقراری رابطه جنسی (۱۳/۱٪) بود (جدول ۱). شایع‌ترین علت بروز خشونت از دید زنان خشونت‌دیده، وضعیت اقتصادی نامناسب بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی علت بروز خشونت از دید زنان خشونت‌دیده شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

علت	فراوانی (%)
وضعیت اقتصادی نامناسب	۱۰۸ (۲۵/۴)
نامناسب بودن شغل همسر	۲۸ (۸/۹)
دخالت سایرین	۳۳ (۷/۷)
اعتیاد همسر	۳۱ (۷/۳)
بیماری جسمی در همسر	۲۵ (۵/۹)
وجود اختلاف طبقاتی	۱۸ (۴/۲)
داشتن سوءظن	۱۵ (۳/۵)
بیماری روانی همسر	۱۴ (۳/۳)
اعتیاد زن	۹ (۲/۱)
بیماری جسمی در زن	۹ (۲/۱)
نداشتن فرزند	۹ (۲/۱)
بی‌کاری همسر	۶ (۱/۴)
داشتن فرزند از یک جنس	۵ (۱/۲)
نارضایتی در ارتباط جنسی	۵ (۱/۲)
بیماری روانی در زن	۳ (۰/۷)

فراوانی اعمال خشونت علیه زنان برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای زنان و همسران آن‌ها به‌طور جداگانه و به کمک آزمون‌های دو تحلیل شد. نتایج نشان دادند که فراوانی خشونت در مردان تنها با متغیرهای سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، محصل زندگی تا ۲۰ سالگی ($p < 0/01$)، اعتیاد ($p < 0/001$)، شغل ($p < 0/01$) و زندگی خانواده با دیگر افراد ($p < 0/01$) ارتباط داشت؛ بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات از درصد خشونت کاست می‌شد و مردان دارای مشاغل آزاد، مردانی که تا ۲۰ سالگی در روستا زندگی کرده بودند و مردان معتاد، بیشتر در مورد همسرانشان خشونت نشان می‌دادند. در زنان سطح تحصیلات ($p < 0/01$)، زندگی تا ۲۰ سالگی در روستا ($p < 0/05$) و اعتیاد ($p < 0/01$) با خشونت ارتباط داشت. به بیان دیگر زنان دارای تحصیلات پایین‌تر، زنانی که تا سن ۲۰ سالگی در روستا بودند و زنان معتاد بیشتر مورد خشونت قرار می‌گرفتند و درصد خشونت در خانوارهایی که با افرادی به غیر از خانواده هسته‌ای زندگی می‌کردند، بیشتر بود (جدول ۳).

جدول ۳- فراوانی خشونت در جمعیت مورد بررسی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در شهر کرمان در سال ۱۳۸۵

متغیرهای جمعیت‌شناختی	مردان		زنان		df	χ^2
	اعمال خشونت	عدم اعمال خشونت	خشونت ندیده	خشونت ندیده		
فرزند	۱۱ (۲/۴۴)	۱۴ (۲/۵۶)	۱۲ (۲/۴۲/۹)	۱۶ (۲/۵۷/۱)	-	-
دارای فرزند	۱۸۵ (۲/۴۷/۸)	۲۰۲ (۲/۵۲/۲)	۱۸۴ (۲/۴۶/۲)	۲۱۴ (۲/۴۲/۹)	-	-
سطح سواد (تحصیلات)	۱۰۲ (۲/۵۶)	۸۰ (۲/۴۴)	۱۰۱ (۲/۵۳/۷)	۸۷ (۲/۴۶/۳)	۱	۱۱/۳۱**
زیردیپلم	۶۳ (۲/۴۷/۳)	۷۰ (۲/۵۲/۶)	۷۳ (۲/۴۳/۷)	۹۴ (۲/۵۶/۳)	-	-
دیپلم	۳۰ (۲/۲۷/۵)	۷۹ (۲/۷۲/۵)	۲۲ (۲/۳۱)	۴۹ (۲/۶۹)	-	-
بالای دیپلم	۱ (۲/۳۳/۳)	۲ (۲/۶۶/۷)	۱۳/۹۱***	۱۷۹ (۲/۵۱/۷)	۲	۱۳/۹۱***
بی‌کار	۸۹ (۲/۴۶)	۱۳۰ (۲/۵۹/۳)	۱۸ (۲/۳۵/۳)	۳۳ (۲/۶۴/۷)	-	-
کارمند	۱۰۶ (۲/۵۲)	۹۸ (۲/۴۸)	۱۱ (۲/۳۷/۹)	۱۸ (۲/۶۲/۱)	-	-
آزاد	۱۱۹ (۲/۴۰/۹)	۱۷۲ (۲/۵۹/۱)	۱۲۴ (۲/۴۲/۵)	۱۶۸ (۲/۵۷/۵)	۱	۵/۲*
محل زندگی شهر	۷۷ (۲/۵۷)	۵۸ (۲/۴۳)	۷۲ (۲/۵۴/۵)	۹۰ (۲/۴۵/۵)	-	-
روستا	۶۳ (۲/۶۶/۷)	۳۰ (۲/۳۲/۳)	۲۱ (۲/۷۲/۴)	۸ (۲/۲۷/۶)	۱	۸/۷۳**
دارد	۱۳۳ (۲/۴۱/۶)	۱۸۷ (۲/۵۸/۴)	۱۷۵ (۲/۴۴/۱)	۲۲۲ (۲/۵۵/۹)	-	-
ندارد	۵ (۲/۸۳/۳)	۱ (۲/۱۶/۷)	۷ (۲/۵۳/۸)	۶ (۲/۴۶/۲)	-	-
زیر ۲۰ سال	۲۲ (۲/۳۴/۹)	۴۱ (۲/۶۵/۱)	۴۴ (۲/۴۰/۷)	۶۴ (۲/۵۹/۳)	-	-
۲۱-۳۰ سال	۵۵ (۲/۴۹/۱)	۵۷ (۲/۵۰/۹)	۵۹ (۲/۵۱/۸)	۵۵ (۲/۴۸/۲)	-	-
۳۱-۴۰ سال	۶۲ (۲/۴۹/۶)	۶۳ (۲/۵۰/۴)	۴۸ (۲/۴۷/۵)	۵۳ (۲/۵۲/۵)	-	-
۴۱-۵۰ سال	۲۷ (۲/۴۸/۲)	۲۹ (۲/۵۱/۸)	۲۵ (۲/۵۲/۱)	۲۳ (۲/۴۷/۹)	-	-
۵۱-۶۰ سال	۱۶ (۲/۵۵/۲)	۱۲ (۲/۴۴/۸)	۱۲ (۲/۵۲/۲)	۱۱ (۲/۴۷/۸)	-	-
۶۱-۷۰ سال	۹ (۲/۴۰/۹)	۱۳ (۲/۵۹/۱)	۱ (۲/۱۶/۷)	۵ (۲/۸۳/۳)	-	-
بالای ۷۰ سال	-	-	-	-	-	-

* $p < 0/05$; ** $p < 0/01$; *** $p < 0/001$

۵۵/۶٪ خشونت‌های اعمال‌شده، از این نوع بوده است. خشونت جسمی افزون بر صدمات جسمی، می‌تواند صدمات روانی عمیقی را نیز در پی داشته باشد که تأثیر آن به مراتب از صدمات جسمی بیشتر است (قهاری و همکاران، ۱۳۸۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

از دیگر موارد بررسی‌شده در این پژوهش، خشونت اقتصادی بود که به شکل سخت‌گیری در مخارج منزل، جلوگیری از اشتغال زن، نداشتن تأمین مالی و در اختیار گرفتن درآمد زن مورد بررسی قرار گرفت و فراوانی ۳۴/۷٪ برای آن به دست آمد. به نظر می‌رسد علت خشونت اقتصادی در جوامع رو به رشد، وجود تبعیض‌های اجتماعی-اقتصادی میان زنان و مردان، نگرش‌های نادرست جامعه در این زمینه و نادیده گرفتن حقوق زنان باشد که این امور مانع از اشتغال و توانمند شدن زنان در زمینه‌های اقتصادی شده، وابستگی زنان از نظر اقتصادی به مردان را در پی دارد که همین امر زمینه‌ساز شکل‌گیری خشونت اقتصادی از سوی مردان می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

نتایج این پژوهش نشان داد ۲۸/۶٪ از موارد خشونت، مربوط به خشونت جنسی است. از این رو توجه بیشتر به این نوع خشونت و برنامه‌ریزی برای کاهش آن را ضروری می‌سازد. آموزش‌های جنسی و از میان برداشتن تبعیض علیه زنان و در نهایت تغییر نگرش افراد جامعه به ویژه مردان دربارۀ برابری جنسی می‌تواند در کاهش این نوع خشونت مؤثر باشد (عارفی، ۱۳۸۲؛ ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳؛ قهاری و همکاران، ۱۳۸۴).

یکی از متغیرهای مرتبط با خشونت، اعتیاد مردان بود ($p < 0.001$). این یافته با توجه به ماهیت اعتیاد، از نظر تأثیر زینباری که بر جنبه‌های رفتاری، اقتصادی، روانی و اخلاقی دارد، دور از انتظار نبود.

ارتباط میان شغل آزاد و درآمد غیر ثابت با خشونت بیشتر (۵۵/۲٪) در بررسی حاضر را می‌توان به بی‌ثباتی اقتصادی و فشارهای روانی ناشی از آن نسبت داد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هنگامی که شوهر نتواند به اندازه دیگر افراد درآمد داشته باشد، برای ازدست‌ندادن وجهه خود، اقدام به خشونت می‌کند (صابریان و همکاران، ۱۳۸۳).

یافته دیگر این پژوهش مبنی بر ارتباط منفی میان میزان تحصیلات بالا و خشونت علیه زن با یافته‌های قهاری و

بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای گوناگون نشان می‌دهند که ۵۰-۲۵٪ زنان مورد بدرفتاری جسمی همسران خود قرار گرفته‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲؛ اینانلو، حق‌دوست، مشایخی و حقانی، ۱۳۷۹). در ایران نیز در بررسی‌های گوناگون شیوع همسرآزاری ۸۳-۲۷٪ گزارش شده است (امامی و همکاران، ۱۳۸۰؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۵؛ گروسی و همکاران، ۲۰۰۸؛ بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ قهاری و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ۴۶٪ زنان مورد بررسی دست‌کم یک نوع از خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. بنابراین در شهر کرمان نیز خشونت علیه زنان مانند سایر نقاط کشور و جهان، از شیوع بالایی برخوردار است و اقدامات اساسی و زیربنایی در جنبه‌های مختلف اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

در این پژوهش خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت (۷۸/۶٪) بود که این یافته با یافته‌های سایر بررسی‌های انجام‌شده در ایران هم‌خوانی دارد (نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ قهاری، پناغی، عاطف‌وحید، زارعی‌دوست و محمدی، ۱۳۸۵؛ ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳؛ صابریان، آتش‌نفس و بهنام، ۱۳۸۳). شاخص‌ترین نوع خشونت روانی، سوءظن داشتن مرد به همسرش بود که خود می‌تواند سبب بروز مشکلات زیادی مانند از هم‌پاشیدگی و قتل در خانواده شود (عارفی، ۱۳۸۲)؛ این یافته نیز با یافته‌های دیگر بررسی‌ها هم‌سویی دارد (تجفسی‌دولت‌آبادی، علوی‌مجد، خساتمی‌زوربان و محبی‌نوبندگان، ۱۳۸۵؛ احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده، اما خشونت روانی افزایش یافته است (ملک‌افضلی و همکاران، ۱۳۸۳). البته جدانمودن انواع خشونت از یکدیگر مشکل است، زیرا معمولاً انواع خشونت هم‌زمان رخ می‌دهند؛ برای نمونه خشونت‌های جسمی و جنسی به آسیب روانی می‌انجامد. در این زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل اختلاف، حل مسأله و مدیریت خشم به زنان و مردان متأهل و مجرد می‌تواند در کنترل خشونت علیه زنان سودمند باشد (قهاری و همکاران، ۱۳۸۴).

شیوع خشونت جسمی در جوامع گوناگون، متفاوت است. بر پایه یافته این پژوهش، در شهر کرمان خشونت جسمی، پس از خشونت روانی به فراوانی اعمال می‌شود، به طوری که

سیاسگزاری

این پژوهش با کمک معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. بدین وسیله از همکاری ارزشمند جناب آقایان دکتر محمدرضا افلاطونیان، دکتر علی خالویی و مهندس علی بهرام‌نژاد و هم‌چنین از پرسش‌گران صادق و باتوان شرکت‌کننده در این پژوهش، که بدون همکاری آنان اجرای این پژوهش ممکن نبود، قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدی، بتول؛ علی‌محمدیان، مصومه؛ گلستان، بنفشه؛ باقری‌یزدی، سیده‌اسما؛ شجاعی‌زاده، داوود (۱۳۸۵). تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران. *مجله دانشکده بهداشت و استیو تحقیقات بهداشتی*، سال چهارم، شماره ۲، ۳۴-۳۵.
- امامی‌سنولی، محمد؛ علیان، فاطمه؛ احرازی، خدیجه؛ یعقوبی، علی‌اصغر؛ علی‌زاده، شعبانعلی؛ یزدی، محبوبه (۱۳۸۰). *بررسی توزیع فراوانی همسرآزاری در شهر کرج ۲۴-۲۸*. خلاصه مقالات همایش سراسری سلامت در خانواده، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ص ۳۰.
- اینانلو، مهرنوش؛ حق‌دوست اسکویی، فاطمه؛ مشایخی، فریده؛ حقانی، حمید (۱۳۷۹). مشخصات زوجین و ارتباط با نوع و شدت همسرآزاری در زنان. *فصلنامه پرستاری علمایی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۲۶، ۶۷-۵۷.
- بختیاری، افسانه؛ امیدبخش، نادیا (۱۳۸۲). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. *مجله پزشکی قانونی*، سال نهم، شماره ۳۱، ۳۰-۱.
- پوررضا، ابوالقاسم؛ موسوی، پدروم (۱۳۸۲). *خشونت علیه زنان*. تهران: نشر ایران.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰). *خشونت علیه زنان*. ترجمه: شهرام رفیعی‌فر، سید پارس‌نیا. تهران: نشر تندیس.
- صابریان، مصومه؛ آتش‌نفس، الهه؛ بهنام، بهناز (۱۳۸۳). بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲. *مجله دانشکده علوم پزشکی سمنان*، سال ششم، شماره ۲، ۱۲۱-۱۱۵.
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲). *بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه*. *مطالعات زنان*، سال اول، شماره ۲، ۱۱۹-۱۰۱.
- فرمایشی، رضا (۱۳۸۰). *خشونت علیه زنان: مجله دوره سال دوم*، شماره ۱۰، ۶۳-۶۲.
- تهاری، شهربانو؛ پناغی، لیلی؛ عاطف‌وحید، محمد کاظم؛ زارعی‌دوست، الهام؛ محمدی، علیرضا (۱۳۸۵). سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری. *مجله دانشکده علوم پزشکی گمرکان*، سال هشتم، شماره ۴، ۶۳-۵۸.
- تهاری، شهربانو؛ عاطف‌وحید، محمد کاظم؛ یوسفی، حمید (۱۳۸۴). بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن در سال ۱۳۸۲. *مجله دانشکده علوم پزشکی مازندران*، سال پانزدهم، شماره ۵۰، ۸۹-۸۳.

همکاران (۱۳۸۴)، عارفی (۱۳۸۲)، بختیاری و امیدبخش (۱۳۸۲)، قره‌باغی (۱۳۸۰)، ملکه‌افضلی و همکاران (۱۳۸۳)، نریمانی و آقامحمدیان (۱۳۸۴) هماهنگ است. به نظر می‌رسد دلیل این امر، آگاهی و توانمندی بیشتر زوج‌های تحصیل‌کرده در به‌کارگیری مهارت‌های زندگی، مانند کنترل خشم و مهارت حل مسأله است.

نتایج هم‌چنین نشان داد زنان و مردانی که تا سن ۲۰ سالگی در روستا زندگی کرده بودند، خشونت بیشتری نشان می‌دادند که این یافته نیز با یافته‌های دیگر بررسی‌ها هم‌سو است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵؛ بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ قره‌باغی، ۱۳۸۰).

از دیگر یافته‌های این بررسی این بود که حضور دیگر افراد در کنار همسر و فرزندان در خانواده، با خشونت علیه زنان ارتباط دارد. به نظر می‌رسد دخالت‌های این افراد، به‌ویژه اگر محل زندگی مشترک باشد، زمینه‌ساز مشکلات خانوادگی و ایجاد خشونت خواهد بود. افزون بر این معمولاً مشکلات اقتصادی دلیل این نوع زندگی اشتراکی است و بنابراین سهم این متغیر نیز باید در این رابطه مشخص شود (بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۲؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ صابریان و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج بسیاری از بررسی‌ها (قهراری و همکاران، ۱۳۸۴؛ صابریان و همکاران، ۱۳۸۳) نشان داده‌اند که خطر خشونت علیه زنان، با افزایش سن زن، کاهش می‌یابد. هم‌چنین سن پایین ازدواج به‌ویژه در مردان (میانگین ۱۸ سال)، احتمالاً به دلیل نداشتن مهارت‌های کافی برای ایفای نقش همسری، با همسرآزاری همراه است (قهراری و همکاران، ۱۳۸۴؛ بختیاری و امیدبخش، ۱۳۸۰)؛ اما در این بررسی میان خشونت و متغیرهای شمار فرزندان و جنسیت آن‌ها، سن زن و شوهر و شاغل و درآمدزا بودن زن ارتباطی دیده نشد.

در مجموع به نظر می‌رسد خشونت علیه زن یک چالش مهم اجتماعی است و بالابردن آگاهی جامعه، آموزش پیش از ازدواج همسران در زمینه فرهنگ زناشویی و احترام به حقوق دیگران، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و شناسایی و ارجاع افراد دارای اختلال روان‌پزشکی به این مراکز، تلاش در راستای بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه و کاهش تبعیض‌های جنسیتی می‌تواند در کاهش آن مؤثر باشد.

- among PHC nurses in rural south Africa. *Journal of Social Science and Medicine*, 54, 1243-1254.
- Mcwhirter, P. (1999). Domestic violence and women mental health in Chile. *American Psychologist*, 54, 37-40.
- Nayak, M. B., Byrne, C. A., Martin, M. K., & Abraham, A. G. (2003). Attitude toward violence against woman. *Sex Roles*, 49, 333-342.
- Odujirin, O. (1993). Wife battering in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 41, 159-164.
- Price, S., & Baird, K. (1999). Domestic violence in pregnancy. *Midwife*, 4, 12-14.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324, 274.
- Schmidt, B. F., & Nice A. (2002). Challenging gender-based violence. *Sexual Health Exchange*, 2002, 3.
- Scobie, J., & McGuire, M. (1999). The silent enemy: Domestic violence in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 7, 259-262.
- WHO (2002). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: Department of Gender and Women's Health, Family and Community Health.
- کردوانی، امیرحسین (۱۳۷۹). واکنش کودکان و نوجوانان در برابر خشونت خانگی و لزوم حمایت از آنان. *مجله پزشکی قانونی*، سال ششم، شماره ۱۹، ۶۸-۷۴.
- مرکز مشارکت زنان و معاونت اجتماعی وزارت کشور (۱۳۸۰). تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان در مراکز ۲۸ استان کشور. تهران: معاونت اجتماعی وزارت کشور.
- ملک‌افضلی، حسین؛ مهدی‌زاده، مرتضی؛ زمانی، احمدرضا؛ فرج‌زادگان، زیبا (۱۳۸۳). بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان. *مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، سال چهاردهم، شماره ۲، ۶۷-۶۳.
- نجفی‌دولت‌آبادی، شهلا؛ علوی‌مجدد، حمیده؛ خاتمی‌زنوریان، آرزو؛ محبی‌نوبندگان، زینت (۱۳۸۵). دلایل بروز خشونت علیه زنان و دختران تهرانی مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهر تهران سال ۱۳۸۲. *فصلنامه دانا*، سال اول، شماره ۳، ۲۴-۲۷.
- نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۱۳-۱۰۷.
- Garrusi, B., Nakhace, N., & Zangiabadi, M. (2008). Domestic violence: Frequency and women's perception in Iran (I.R.). *Journal of Applied Sciences*, 8, 340-345.
- Junson, B., & Junson, C. (2000). The domestic violence. In: J. Murry & B. Appgar (Eds.), *Women's health care handbook* (2nd. ed., pp. 92-101).
- Kim, J., & Motsei, M. (2002). Women enjoy punishment: Attitudes and experiences of gender based violence