پژوهشی

بررسی انواع خشونت شوهران علیه زنان و تاثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۹۱-۹۰

نادر آقاخانی* - دکتر علی افتخاری** - عباس زارعی خیرآباد*** - دکتر احسان موسوی**** - دکتر محمد دلیر راد***** - مریم پرند****** - سامره اقتدار******* - نرگس رهبر********

* دانشجوی دکترای تخصصی آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
** متخصص پزشکی قانونی، مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه
*** کارشناس ارشد، اداره پزشکی قانونی شهرستان ارومیه
**** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
***** متخصص پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
****** کارشناس ارشد پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
******* دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
******** کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن به خاطر جنسیت خود، مورد اعمال زور و تضییع حق از سوی جنس دیگر واقع می‌گردد. چنان‌چه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و بین زن و شوهر باشد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود .عواقب منفی اجتماعی نیز نظیر افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ابتلای زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت، کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی اجتماعی و بهداشتی می‌باشند. در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است. در این پژوهش، انواع خشونت شوهران علیه زنان و تاثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه مورد بررسی قرار گرفته است تا اطلاعات به دست آمده بتواند جهت فرهنگ سازی برای تقویت جایگاه و ارزش‌های انسانی زنان، ارتقای موقعیت اجتماعی زنان، ارتقای سطح بهداشت و حقوق باروری درجامعه، آگاه سازی مردان نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تاثیرات منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده، استفاده از بستر ارایه خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در خانواده و سرانجام گسترش فرهنگ و تسهیلات مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی و تحلیلی جمعیت زنان مورد خشونت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۱ بررسی شدند که با کاربرد روش‌های متداول تعیین حجم نمونه از جامعه آماری، ۲۹۶ نفر به عنوان جامعه نمونه با دقت احتمالی مطلوب d=٪۵ و ضریب اطمینان ۹۰٪ (t= ۱/۹۶) به دست آمد که در نهایت ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه‌ای بود که اعتبار ظاهری و محتوی پرسشنامه با نظر کارشناسان و اعضای هیات علمی دانشگاه تایید شد و توسط تکمیل آزمایشی آن توسط چند نفر خانم مراجعه کننده به پزشکی قانونی و پایایی درونی نیز با بررسی سوالات زوج و فرد به دست آمد.

یافته‌ها: مشخص گردید ۸۹/۳٪ زنان (۲۶۸ زن) مورد خشونت فیزیکی به اشکال مختلف قرار گرفته بودند. سیلی زدن در ۷۸٪ موارد (۲۳۴ زن)، خفه کردن در ۵۷٪ (۱۷۱ زن)، کتک زدن با وسیله در ۵۷٪ موارد (۲۱۲ زن)، هل دادن و پرت کردن در ۷۰/۷٪ موارد (۲۱۲ زن)، مشت و لگد زدن در ۸۰٪ موارد (۲۴۰ زن) و پیچاندن دست و کشیدن مو در ۶۵٪ موارد (۱۹۵ زن) وجود داشته است. در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین خشونت فیزیکی با زمانی که مرد فاقد شغل ثابت است وجود داشت (P<۰/۰۰۱). با افزایش سن مرد، خشونت جنسی به طور معنی‌داری بیشتر بود (P=۰/۰۴۲). خشونت فیزیکی در زوج‌هایی که منزل ملکی نداشتند نیز به طور معنی‌داری بیشتر بود (P=۰/۰۱۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش لازم است که مسوولین با استفاده از برنامه‌های غربالگری و ایجاد مراکز حمایتی و مشاوره برای این قشر آسیب‌پذیر و محروم و با انجام پژوهش‌های وسیع‌تر جهت شناخت علل این خشونت‌ها و با توجه به جو حاکم بر جامعه گام‌های موثری در جهت حل این معضل اجتماعی بردارند. انجام پژوهش‌های حمایتی و مداخله‌ای در این راستا قابل توصیه است.

واژگان کلیدی: خشونت خانوادگی، زنان، مرکز پزشکی قانونی، ارومیه

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۷ تایید مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۲

نویسنده پاسخگو: مرکز پزشکی قانونی ارومیه، ارومیه، ایران

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

مقدمه

خشـونت رفتاری عمدی اسـت که هدف آن صدمه زدن به خود یـا دیگران باشـد. گروهـی از صاحب‌نظران دلیل این رفتـار را ذاتی و فطری و گروهی دیگر آن را اکتسـابی می‌دانند. خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و مرزهای فرهنگ، طبقه اجتماعی و اقتصادی، تحصیلات، قومیت و سـن را در نوردیده اسـت. گرچه در بسیاری از کشـورهای جهان خشونت علیه زنان منع گردیده و افراد از ارتکاب به آن منع می‌شوند ولی واقعیت آن است که خشونت علیه زنان در پس شـعائر، آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعـی و اعتقادات پناه می‌گیرد و پنهان می‌شود (۱).

بنا به تعریف سـازمان بهداشت جهانی، سـوء رفتار یا خشونت به اسـتفاده عمـدی از نیرو یا قدرت فیزیکی و یا تهدیـد بر روی دیگران اطلاق می‌شـود که می‌تواند بدون آسـیب ظاهری یا همراه با جراحت، آسیب روحی روانی، اختلال رشد، محرومیت‌های گوناگون و حتی مرگ باشد. به دلیل وقوع همسر آزاری جسمانی در محیط خصوصی خانواده و عدم تفکیک آن از ضرب و شتم و جدی نگرفتن موضوع توسط نظام قضایی و انتظامی کشـورها، به سـختی می‌توان به آمار دقیق، معتبر و موثقی در این زمینه دست یافت (۲). خشونت علیه زنان پدیده‌ای است که در آن زن به خاطر جنسـیت خود، مورداعمال زور و تضییع حق از سوی جنس دیگر واقع می‌گردد و چنان چه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و بین زن و شوهر باشد، از آن به خشونت خانگی تعبیر می‌شود (۳). تعریف خشـونت علیه زنان به معنای هر عمل خشونت‌آمیز مبتنی بر جنسیت است که سبب بروز یا سبب احتمال بروز آسیب‌های روانی، جسـمانی، رنج و آزار علیه زنان از جمله تهدید به انجام چنین اعمالی، محرومیت اجباری یا اختیاری در شـرایط خـاص، از آزادی در زندگی عمومـی یا در زندگی خصوصی می‌گردد» (۴). در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است (۵).

اگـر چـه ممکن اسـت که هـم زن و هم مـرد مرتکـب اعمال خشونت‌آمیز در خانواده گردند ولی تحقیقات نشان می‌دهند که زنان به میزان بیشتری مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند و به عبارت دیگر این آزار و خشـونت که با هدف به کنترل درآوردن و تسـلط انجام می‌پذیرد، از سوی مردان بیشتر دیده شده است. این مشکل در سطح گسترده‌ای در جهان علت جدی مرگ و یا ناتوانی زنان در سـنین باروری و همچنین بیماری‌های شدید و غیرقابل علاج می‌باشد (۶).

خشـونت مردان علیه زنان ابعاد متعددی را شامل می‌شود که در این راسـتا می‌توان به خشونت فیزیکی یعنی آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک، ضرب و جرح با اسـتفاده از دسـت یا ابزار دیگر، خشونت روانی (تهدید، تحقیر، سـرزنش کلامی، فحاشـی) خشـونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زن، در انزوای اجتماعی قرار دادن، ممنوعیت ارتباط با دیگران) و خشونت جنسی اشاره نمود (۷).

بر اسـاس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشـونت خانگی بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم، زایمان‌های دردناک و تصادف سـبب از بین رفتن سـلامتی زنان ۱۵ تا ۴۴ سـاله می‌شود و از طرفی خشـونت علیه زنان تاثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سـلامت و ایمنی مادران، تنظیـم خانواده، پیشـگیری از بیماری‌های مقاربتـی و ایدز و بهداشـت روانی دارد (۸). اعمال خشـونت علاوه بر آسـیب مستقیم در اثر ضربه‌های جسـمی، بر بهداشت روانی و اعتماد به نفـس زن لطمه می‌زند. حالاتی نظیر دردهـای لگن خاصره، علایم سـندرم روده تحریک پذیر، سـردرد، بی‌خوابی، خسـتگی، افسردگی، الکلیسم و سوء مصرف مواد ناشی از این مشکل می‌باشد. شاید عوارض ناشـی از خشـونت علیه زنان در نوع آسـیب‌های بدنی از خراش‌های کوچـک و کوفتگی تـا ناتوانی‌های مزمن و شـوک‌های روحی، مهلک نباشـد اما ممکن است در نوع قتل‌های عمدی یا آسیب‌های جان فرسا یا ایدز کشنده باشد (۹).

خشـونت در زنان بـاردار نیز ممکن اسـت دیده شـود که باعث افزایش خطر بروز سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزادان کم وزن و به دنیا آوردن بچه مرده می‌گردد. همچنین خشونت به صورت رفتاری اکتسـابی از نسلی به نسـل دیگر منتقل شده و انسـجام خانواده را بر هم می‌زند. به عبارتی یادگیری خشـونت توسـط فرزندان و کاربرد آن در زندگی آتی خود نسـبت به زن و همسـر، فرار از خانه و یا مدرسه، افسـردگی و اضطراب، گوشـه‌گیری و انزواطلبی، شـکایت از دردهای مختلف جسـمی، مکیدن انگشـت، جویدن ناخن، لکنت زبان و اعتیاد به مواد مخدر از تاثیرات منفی خشـونت خانگی بر کودکان و نوجوانان در خانواده می‌باشد. از دیگر عواملی که در ایجاد خشونت دخالت دارند می‌تـوان به نگرش‌های اجتماعی در مورد خشـونت، نگرش نسـبت به زنان، نگرش نسـبت به ازدواج و تشکیل خانواده و ناتوانی سازمان‌های رسـمی برای کمک رسانی، ساختار مردانه سـازمان های رسمی، نبود حمایت‌هـای اقتصادی، اجتماعی و ناآگاهی زنان از امکانات و... اشـاره کرد (۱۰).

عواقـب منفـی اجتماعی نیز نظیـر افزایش هزینـه مراقبت‌های بهداشـتی به دلیل ابتلاء زن به بیماری‌های جسـمی و روانی ناشی از خشـونت، کاهش بهـره‌وری و نیروی کار زنـان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی ، اجتماعی و بهداشتی می‌باشند (۱۱).

منظور از خشـونت در این مطالعه رفتـاری بود که با قصد و نیت آشکار و یا پنهان برای وارد کردن آسیب فیزیکی، روانی و اجتماعی به فرد دیگر صورت می‌گیرد.

بـا توجه به مطالب ذکر شـده و نظر به این کـه اطلاعات حاصل از مطالعـات دقیـق علمی در مورد پدیده خشـونت خانگی هنوز کافی نیسـت، پژوهشگران بر آن شـدند با انجام این پژوهش در مورد میزان شیوع و انواع خشـونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه و بر اساس یافته‌های به دست آمده، مسوولان بتوانند نسـبت به آموزش زنان و اتخاذ تدابیر پیشـگیرانه برای کاهش این مشـکل اقدام نمایند. در این پژوهش، انواع خشونت شوهران علیه

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

زنان و تاثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۹۱-۹۰ قرار گرفت تا اطلاعات به دست آمده بتواند جهت فرهنگ‌سازی برای تقویت جایگاه و ارزش‌های انسانی زنان، ارتقاء موقعیت اجتماعی زنان، ارتقاء سطح بهداشت و حقوق باروری در جامعه، آگاه سازی مردان نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تاثیرات منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده، استفاده از بستر ارایه خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در خانواده و سرانجام گسترش فرهنگ و تسهیلات مشاوره خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تهیه شده توسط پژوهشگر بر اساس منابع موجود بود که شامل مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش و سوالات مربوط به انواع خشونت‌های روانی کلامی، جنسی، اقتصادی، فیزیکی و عوامل مرتبط می‌شد. زنانی که مورد خشونت همسران خود قرارگرفته و با طرح شکایت در مراجع قضایی و انتظامی به این مراکز ارجاع داده شده بودند، طی یکسال بررسی شدند. واحدهای مورد پژوهش الزاماً از میان زنانی انتخاب شده بود که کاملاً هوشیار و آگاه بوده و تحت هیچ نوع درمان اختلالات روانی قرار نداشتند. نمونه‌هایی مورد پرسش قرار گرفتند که در صورت تمایل می توانستند از مطالعه خارج شوند. یافته‌ها نیز کاملاً محرمانه بود و افراد مورد بررسی نیازی به اعلام نام خود نداشتند. اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از اعتبار صوری و محتوا استفاده شد که جهت بررسی از لحاظ روایی محتوا به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه داده شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب سازگاری درونی تعیین گردید. (آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۲).

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰۰ خانم که به دلیل خشونت صورت گرفته بر روی آن‌ها جهت معاینه به این مرکز ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۲۷۷ نفر (۹۲/۳٪) ساکن شهر و ۲۳ نفر (۷/۷٪) ساکن روستا بودند. میانگین سنی این خانم‌ها ۷/۵۲±۲۹/۲ سال و بالاترین و پایین‌ترین سن افراد مراجعه کننده به ترتیب ۴۷ و ۱۶ سال بود.

۲۷۶ نفر (۹۲٪) فاقد نسبت فامیلی قبل از ازدواج با همسر بودند و فقط ۲۴ نفر (۸٪) قبل از ازدواج نسبت فامیلی داشتند. همچنین ۳۳ نفر (۱۱٪) سابقه ازدواج قبلی داشتند ولی ۲۶۷ نفر (۸۹٪) فاقد چنین سابقه‌ای بودند. از این تعداد ۹ نفر (۳٪) بی‌سواد بودند و ۴۹ نفر (۱۶/۳٪) دارای سواد ابتدایی، ۸۰ نفر (۲۶/۷٪) دارای سواد راهنمایی، ۱۱۳ نفر (۳۷/۷٪) دارای سواد دیپلم، ۴۱ نفر (۱۳/۷٪) لیسانس و ۸ نفر (۲/۷٪) نیز فوق لیسانس بودند.

از نظر میزان تحصیلات شوهر، ۶ نفر (۲٪) بی‌سواد بودند و بقیه افراد درجاتی از سواد را داشتند که از این تعداد ۱۰۰ نفر (۳۳/۳٪) سواد ابتدایی، ۶۰ نفر (۲۰٪) سواد راهنمایی، ۹۸ نفر (۳۲/۷٪) سواد دیپلم، ۲۵ نفر (۸/۳٪) لیسانس، ۹ نفر (۳٪) نیز فوق لیسانس و ۲ نفر (۰/۷٪) دکترا بودند. ۴۷ نفر (۱۵/۷٪) از زنان و ۱۶۷ نفر (۵۵/۷٪) از شوهران دارای شغل ثابت بودند. به طور میانگین زنان ۰/۳۳±۴/۹۸ نوبت در ماه مورد خشونت جسمی از جانب شوهران قرار می‌گرفتند. میانگین سن ازدواج زنان ۶/۵۱±۲۱/۵ سال و بیشترین و کمترین سن ازدواج به ترتیب ۴۰ و ۱۲ سال بوده است. فاصله سنی با شوهر به طور میانگین ۰/۳۱±۶/۱ سال و بیشترین و کمترین فاصله سنی به ترتیب ۲۴ و ۱ سال بوده است. فقط ۳۱ نفر (۱۰/۳٪) از زنان برای جبران مشکل یا دعوای فامیلی یا قبیله‌ای تن به ازدواج داده بودند. شوهران ۵۷ نفر (۱۹٪) از زنان ازدواج مجدد داشته‌اند و در ۳۸ (۱۲/۷٪) مورد شوهر، همسر صیغه‌ای داشته است.

۲۷۱ (۹۰/۳٪) از زنان اولین ازدواج، ۲۴ نفر (۸٪) ازدواج دوم و ۵ نفر (۱/۷٪) نیز ازدواج سوم خود را تجربه می‌کردند. ۲۳۱ (۷۷٪) از مردان اولین مورد ازدواج، ۵۰ (۱۶/۷٪) نفر ازدواج دوم و ۱۹ (۶/۳٪) نفر نیز ازدواج سوم خود را تجربه می‌کردند. فقط در ۱۱ (۳/۷٪) موارد سن زن بالاتر از سن مرد بوده و در ۲۸۹ (۹۶/۳٪) موارد سن مرد بالاتر از سن زن بوده است. ۲۳۰ (۷۳/۷٪) نفر از زنان صاحب فرزند از شوهر خود بوده‌اند. ۳۸ زن (۱۲/۷٪) از روی اجبار تن به ازدواج داده بودند. در ۲۱۸ مورد (۷۲/۷٪) دختر و پسر هر دو تمایل به ازدواج داشتند و در ۵۹ مورد (۱۹/۷٪) این تمایل صرفاً از طرف پسر و در ۲۰ مورد (۶/۷٪) فقط دختر تمایل به ازدواج داشته است. ۳ نفر (۱٪) به این سوال پاسخ نداده بودند.

مسکن ۹۹ نفر (۳۳٪) از نوع ملکی، ۱۵۰ نفر (۵۰٪) استیجاری بود و ۵۱ نفر (۱۷٪) نزد والدین خود زندگی می‌کردند. در ۶/۷٪ موارد فرد دیگری با خانواده زندگی می‌کرد.

۸۲ زن (۲۷/۳٪) در دوران نامزدی یا آشنایی مورد خشونت توسط نامزد خود قرار گرفته بودند، همچنین ۷۸ زن (۲۶٪) توسط فرد دیگری در خانواده شوهر مورد خشونت قرار گرفته بودند.

طبق نظر افراد شرکت کننده، روابط والدین شوهران در ۸۵ مورد (۲۸/۳٪) مطلوب، در ۱۸۳ مورد (۶۱٪) نامطلوب و در ۲۶ مورد (۸/۷٪) متوسط بوده است و روابط والدین زنان در ۱۵۲ مورد (۵۰/۷٪) مطلوب، در ۱۱۷ مورد (۳۹٪) نامطلوب و در ۲۵ مورد (۸/۳٪) متوسط بوده است. ۶ نفر (۲٪) نیز به این سوال پاسخی نداده بودند.

۱۸۶ زن (۶۲٪) هیچ روشی برای مقابله با خشونت نداشتند و فقط سکوت اختیار می‌کردند. ۷۲ زن (۲۴٪) گریه می‌کردند، ۱۵ زن (۵٪) به منزل پدری پناه می‌بردند، ۶ زن (۲٪) گذشت می‌کردند و ۲۱ زن (۷٪) مقابله به مثل می‌کردند و شوهر خود را کتک می‌زدند.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

۲۵۱ زن (۸۳/۷٪) اولین مراجعه به پزشکی قانونی، ۲۷ زن (۹٪) دومین مراجعه، ۲۰ زن (۶/۷٪) سومین مراجعه و در ۲ زن (۰/۷٪) هشتمین مراجعه به پزشکی قانونی بود.

۳ زن (۱٪) سابقه بیماری روانی داشتند که منجر به بستری شدن آن‌ها در بیمارستان شده بود در حالی که ۸ نفر (۲/۷٪) از شوهران سابقه بیماری روانی داشتند که ۲ مورد منجر به بستری شدن در بیمارستان شده بود.

فقط ۲ زن (۰/۷٪) قبل از ازدواج رابطه غیرمشروع داشتند و ۶۷ زن (۲۲/۳٪) با شوهر خود قبل از ازدواج فرار کرده بودند.

۹۰ زن (۳۰٪) تمایل به ادامه زندگی داشتند و در تمامی موارد علت آن فرزندانشان بوده است. ۱۳۷ زن (۴۵/۷٪) از شوهر خود تنفر داشتند. ۱۵۹ زن (۵۳٪) اظهار داشتند که افراد خانواده شوهرشان در زندگی مشترک آن‌ها مداخله می‌کنند. ۹ زن (۳٪) ناپدری و ۲۰ زن (۶/۷٪) نامادری داشتند. ۱۲۸ زن (۴۲/۷٪) از حمایت خانواده برخوردار بودند.

سواد پدر زنان در ۱۵۵ مورد (۵۱/۷٪) بی‌سواد، ۸۰ مورد (۲۶/۷٪) سواد ابتدایی، ۳۰ مورد (۱۰٪) سواد راهنمایی، ۲۰ مورد (۶/۷٪) سواد دیپلم و در ۲۸ مورد (۹/۳٪) لیسانس بوده است.

سواد مادر زنان در ۱۸۳ مورد (۶۱٪) بی‌سواد، ۶۳ مورد (۲۱٪) سواد ابتدایی، ۱۷ مورد (۵/۷٪) سواد راهنمایی، ۲۱ مورد (۷٪) سواد دیپلم و در ۳ مورد (۱٪) لیسانس بوده است.

مشکل ناباروری در ۳ مورد (۱٪) از جانب زن و در ۱۲ مورد (۳٪) از جانب شوهر بوده است. ۹۹ زوج (۳۳٪) قبل از ازدواج نسبت به همدیگر آشنایی داشتند.

این مطالعه نشان داد که ۲۳۳ زن (۷۷/۷٪) اعتقاد دینی قوی، ۱۷ زن (۵/۷٪) اعتقادات دینی ضعیف و ۵۰ زن (۱۶/۷٪) اعتقاد دینی متوسط داشتند و ۲۸۸ زن (۹۶٪) حجاب متعارف و ۱۲ زن (۴٪) حجاب نامتعارف داشتند.

همچنین مشخص شد که ۸۸ نفر از شوهران (۲۹/۳٪) اعتقاد دینی قوی، ۱۹۳ مرد (۶۴/۳٪) اعتقادات دینی متوسط و ۱۹ مرد (۶/۴٪) اعتقاد دینی ضعیف داشتند.

اعتیاد به مواد مخدر در ۳۹ زن (۱۳٪) و ۴۲ شوهر (۱۴٪) وجود داشت. ۱۵۳ مرد (۵۱٪) نیز سیگار استعمال می‌کردند.

۹۹/۲٪ زنان (۲۹۸ نفر) مورد خشونت روانی و کلامی به شکل‌های مختلف قرار می‌گرفتند. به طوری که فحاشی در ۷۷/۹٪ موارد (۲۳۵ زن)، تحقیر کردن در ۷۴/۵٪ موارد (۲۲۵ زن)، عکس‌المعل شدید موقع مخالفت در ۶۱/۳٪ موارد (۱۸۴ زن)، تصمیم‌گیری بدون مشورت در ۶۸/۷٪ موارد (۲۰۷ زن)، تهدید به طلاق در ۶۱/۳٪ موارد (۱۸۵ زن)، مسخره کردن در ۶۴/۶٪ (۱۹۵ زن)، عیب‌جویی در ۷۴/۴٪ (۲۲۵ زن) و تهدید به ازدواج مجدد در ۶۷/۳٪ (۲۰۳ زن) وجود داشته است.

۷۳/۴٪ زنان (۲۲۱ زن) مورد خشونت جنسی به اشکال مختلف قرار می‌گرفتند. به این صورت که توقع به ارضا در هر زمان در ۳۷/۳٪ موارد (۱۱۲ نفر)، میل مفرط و خسته کننده جنسی در ۳۷/۷٪ موارد (۱۱۳ زن)، رها کردن زن بعد از ارضا در ۵۷٪ موارد (۱۷۱ زن)، توقع به ارضای میل جنسی از طرق غیر معمول در ۳۸/۳٪ موارد (۱۱۵ زن) و بی‌توجهی به تمایلات جنسی زن در ۵۰/۷٪ موارد (۱۵۲٪) وجود داشته است.

۸۷/۳٪ زنان (۲۶۲ زن) مورد خشونت اقتصادی قرار گرفته بودند. به طوری که ممانعت از استقلال مالی زن ۵۲٪ موارد (۱۵۶ زن)، خرج کردن برای دیگران در ۴۵/۳٪ موارد (۱۳۶ زن)، خست شوهر در ۳۰٪ موارد (۹۰ زن)، کنترل وسواس گونه مخارج زن توسط شوهر در ۳۷/۳٪ موارد (۱۱۲ زن) و دریافت اجباری درآمد همسر توسط شوهر در ۱۱/۳٪ موارد (۳۴ زن) وجود داشت. لازم به ذکر است تعداد زنان شاغل ۵۶ نفر بود.

۸۹/۳٪ زنان (۲۶۸ زن) مورد خشونت فیزیکی به اشکال مختلف قرار گرفته بودند. سیلی زدن در ۷۸٪ موارد (۲۳۴ زن)، خفه کردن در ۵۷٪ (۱۷۱ زن)، کتک زدن با وسیله در ۵۷٪ موارد (۲۱۲ زن)، هل دادن و پرت کردن در ۷۰/۷٪ موارد (۲۱۲ زن)، مشت و لگد زدن در ۸۰٪ موارد (۲۴۰ زن) و پیچاندن دست و کشیدن مو در ۶۵٪ موارد (۱۹۵ زن) وجود داشته است (نمودار یک).

دیگر نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که هیچ ارتباط معنی‌داری میان محل سکونت و خشونت فیزیکی (P=۰/۴۲)، خشونت اقتصادی (P=۰/۵۷) و خشونت جنسی (P=۰/۵۸) وجود ندارد.

هیچ ارتباط معنی‌داری میان ارتباط فامیلی قبل ازدواج و خشونت فیزیکی (P=۰/۳۸) و خشونت اقتصادی (P=۰/۰۵۲) وجود ندارد. با این وجود خشونت جنسی در زنانی که ارتباط فامیلی قبل از ازدواج نداشتند به طور معنی داری بیشتر بود (P=۰/۰۰۳).

به طور معنی‌داری خشونت فیزیکی زمانی که مرد فاقد شغل ثابت است، بیشتر می‌باشد (P<۰/۰۰۱). با این حال ارتباط معنی‌داری میان شغل ثابت مرد و خشونت اقتصادی (P=۰/۱۴۷) و خشونت جنسی (P=۰/۴۸) وجود ندارد.

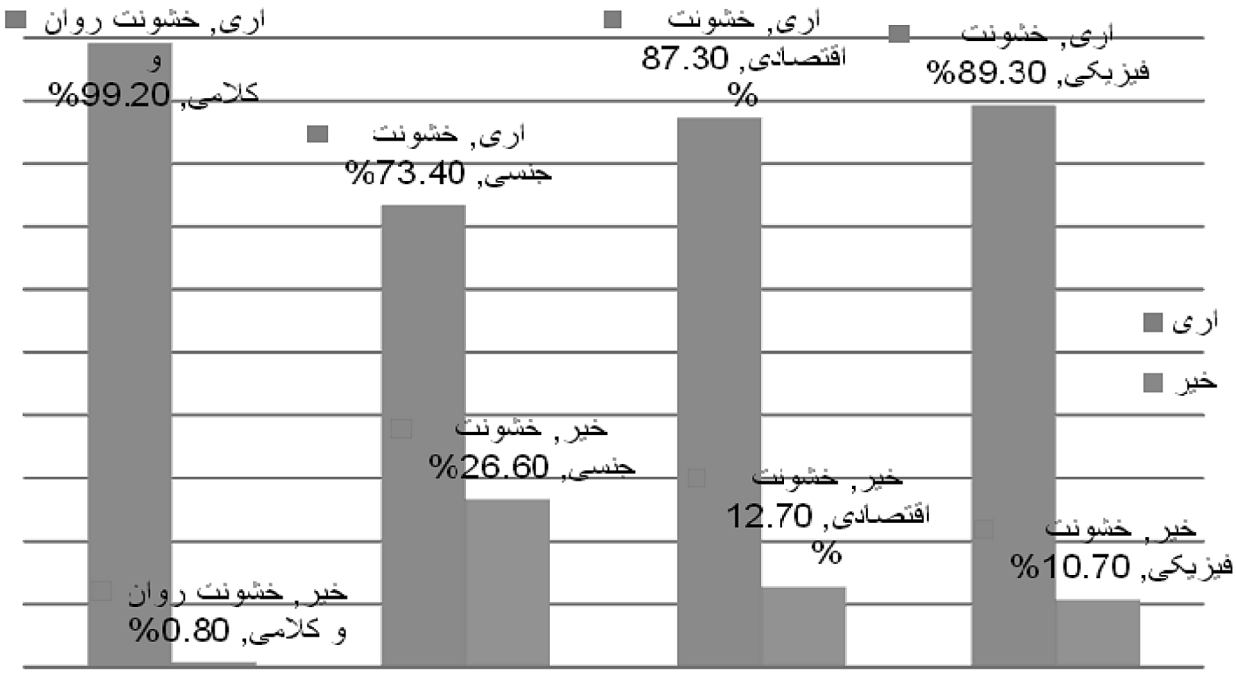
هیچ ارتباط معنی‌داری میان ازدواج اجباری برای حل مشکل یا دعوای فامیلی یا قبیله‌ای و خشونت فیزیکی (P=۰/۹۳)، خشونت اقتصادی (P=۰/۹۶) و خشونت جنسی (P=۰/۳۱۲) وجود ندارد.

ارتباط معنی‌داری میان مسن‌تر بودن زن از شوهر و خشونت فیزیکی (P=۰/۳۴) و خشونت اقتصادی (P=۰/۱۹) وجود ندارد. نتایج این مطالعه نشان داد که زمانی که سن مرد بیشتر باشد خشونت جنسی به طور معنی‌داری بیشتر است (P=۰/۰۴۲).

ارتباط معنی‌داری میان فرار زن با شوهر و خشونت فیزیکی (P=۰/۹۷)، خشونت اقتصادی (P=۰/۸۳) و خشونت جنسی (P=۰/۱۳) به دست نیامد.

با این که زنانی که از حمایت خانواده برخوردار نیستند بیشتر مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند ولی هیچ ارتباط معنی‌داری

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]



نمودار ۱- خشونت‌های صورت گرفته بر روی زنان

میـان این دو وجود ندارد (P=۰/۲۵). همچنین هیچ ارتباط معنی‌داری میان حمایت خانواده و خشونت اقتصادی (P=۰/۶۷) و خشونت جنسی (P=۰/۷۸) وجود ندارد.

این مطالعه نشـان داد که خشـونت فیزیکی به طـور معنی‌داری در افرادی که قبل از ازدواج با شـوهر خود آشنایی داشتند کمتر است (P=۰/۰۱۲). با این حال هیچ ارتباط معنی‌داری میان آشـنایی قبل از ازدواج و خشـونت اقتصادی (P=۰/۳۶) و خشـونت جنسی (P=۰/۶۴) وجود ندارد.

اگرچه خشونت فیزیکی در زنانی که حجاب متعارف داشتند بیشتر از زنانی بود که حجاب نامتعارف داشـتند ولی ارتباط معنی‌داری میان حجاب و خشـونت فیزیکی به دست نیامد (P=۰/۲۱). همچنین ارتباط معنی‌داری میان حجاب و خشـونت اقتصادی وجود ندارد (P=۰/۱۷۸). با این حال مشـخص شـد در زنانی که حجاب متعارف دارند خشونت جنسی به طور معنی‌داری بیشتر است (P=۰/۰۳).

ایـن مطالعه نشـان داد که ارتباط معنـی‌داری میان مصرف مواد مخدر توسط شوهر و خشونت فیزیکی (P=۰/۰۴۲) و خشونت اقتصادی (P=۰/۰۳۶) وجـود دارد. بـا این حال ارتباط معنـی‌داری میان اعتیاد شوهر و خشونت جنسی وجود ندارد (P=۰/۳۵).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری در زنانی که شـوهر آن‌ها از سواد کمتری برخوردارند بیشتر اسـت (P=۰/۰۰۱). اگرچه در شوهران کم‌سواد خشونت‌های اقتصادی و جنسـی بیشتر اسـت ولی ارتباط معنی‌داری میان سطح سواد شوهر با خشونت جنسـی (P=۰/۲۱۷) و خشونت اقتصادی (P=۰/۰۷) وجود ندارد.

خشـونت فیزیکی در زوج‌هایی که منزل ملکی نداشـتند به طور معنی‌داری بیشـتر است (P=۰/۰۱۱). ارتباط معنی‌داری میان نداشتن منـزل ملکی بـا خشـونت جنسـی (P=۰/۲۱) و خشـونت اقتصادی (P=۰/۱۱) وجـود نداشـت ولی در این مورد نیز خشـونت جنسـی و اقتصادی بیشتر است.

در مردانی که ایمان قوی نداشـتند به طور معنی‌داری خشـونت جنسـی (P=۰/۰۳۳) و خشـونت فیزیکـی (P=۰/۰۲۱) بیشـتر بود. همچنین خشـونت اقتصادی نسـبت به زنان در این مردان بیشتر بود ولی ارتباط معنی‌داری در این مورد به دست نیامد (P=۰/۹۵).

همچنین در این مطالعه مشـخص شد که هیچ ارتباط معنی‌داری میان سـن ازدواج و خشـونت فیزیکی (P=۰/۴۳)، خشـونت اقتصادی (P=۰/۴۵) و خشونت جنسی (P=۰/۴۳۳) وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هرچند مسـاله خشـونت علیه زنان ابعـاد گسـترده‌ای در کلیه کشورهای جهان دارد، اما به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا کم شماری، آمار دقیقی از آن در دسـت نیسـت (۱۲) خود زنان نیز در این مشکل آماری دخیل هستند چرا که حاضرند سال‌ها چنین مشکلی را به دوش بکشـند ولی به خود جرأت نمی‌دهند درباره آن با کسـی گفتگو کنند

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

(۱۳) لذا به نظر می رسد میزان واقعی خشونت‌ها بیشتر از ارقام گزارش شده در تحقیق باشد. در بین خانواده هایی که از سطح تحصیلات پایین برخوردار هستند بیشترین خشونت‌ها گزارش شده است و با افزایش سواد زن و مرد از میزان آن کاسته می‌شود .همچنین شاغل بودن زن و افزایش درآمد خانوار نیز در کاهش خشونت‌ها موثر است (۱۴). در یک بررسی عکس‌العمل شدید مردان در مواقع مخالفت، تصمیم‌گیری بدون مشورت و محول کردن مسوولیت و کار فرزندان به زن به عنوان شایع‌ترین خشونت‌های کلامی ـ روانی گزارش شده است که در مجموع میزان آن نزدیک به دو برابر نتایجی است که در مطالعات قبلی به دست آمده است (۱۵)؛ از طرف دیگر اندکی بیش از ۵٪ زنان خشونت‌های فیزیکی شوهرانشان را گزارش کرده‌اند که کمتر از نصف گزارشات جهانی است. در صورتی که در مطالعات مختلف خشونت‌های فیزیکی را به عنوان بارزترین نوع خشونت علیه زنان در دنیا مطرح کرده‌اند (۱۶).

بررسی انجام شده اعزازی در ارتباط با عوامل اجتماعی روانی پرخاشگری، نقش سطح تحصیلات، درآمد، اشتغال و بهداشت فردی را در اعمال خشونت در خانواده‌ها موثر می‌داند (۱۷).

تحقیق دیگری توسط استراوس و همکاران با عنوان پشت درهای بسته: خشونت در خانواده‌های آمریکایی انجام گرفته که براساس نتایج این بررسی۱۶٪ از افراد نمونه اظهار داشته‌اند که در طول یک سال انواع خشونت فیزیکی را تجربه کرده‌اند و ۳۸٪ زنان نیز اظهار نموده‌اند که در طول زندگی مشترکشان از جانب شوهر خود خشونت دیده‌اند (۱۸) .

در نتایج تحقیقی نیز میزان شیوع همسر آزاری ۲۷٪ گزارش شده که در ۱۹٪ آنان همسر آزاری همچنان ادامه دارد (۱۹).

در همین راستا، نتایج تحقیقاتی نیز موید این مطلب است که تحصیلات پایین هر یک از زوجین، بیکاری و مشکلات اقتصادی، با درصد بالاتری از همسرآزاری همراه بوده است و زنانی که شوهرانشان بیکار و در سطح تحصیلی زیردیپلم قرار گرفته بودند، به میزان بیشتری تجربه خشونت مالی، کلامی و فیزیکی را داشتند و مشخص گردید که خشونت فیزیکی و مالی با متغیرهای سطح تحصیلات زنان و سطح سواد همسران ارتباط معنی‌دار و معکوسی داشته است؛ به عبارتی هرچه سطح تحصیلات زوجین بالاتر بوده است، از میزان خشونت فیزیکی و مالی کاسته شده است مشخص گردیده است که زنان با تحصیلات بالاتر کمتر از آزار توسط همسر شکایت کرده‌اند که می‌تواند به علت مطالعات و آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیشتر برای مشارکت و فعالیت اجتماعی زنان باشد. از طرف دیگر در رابطه با متغیر سن ازدواج زنان نیز مشخص گردید که بیشترین افرادی که خشونت مالی، فیزیکی و کلامی را تجربه کرده‌اند، در سنین کمتر از ۱۵ سال ازدواج نموده بودند. این متغیر با خشونت فیزیکی و مالی رابطه معنی‌دار و معکوسی داشته است .به عبارتی هرچه ازدواج در سنین پایین‌تر صورت گرفته، تجربه خشونت فیزیکی و مالی بیشتر بوده است (۲۰).

متاسفانه خشونت خانوادگی مشکلی است که در سطح گسترده با عدم شناسایی صحیح و به موقع مواجه می باشد .تخمین زده شده است که فقط ۳٪ از موارد خشونت خانوادگی توسط افراد تیم بهداشت و درمان شناسایی می‌شود و متاسفانه آنان در مواجهه با این گونه مددجویان به طرز اطمینان بخشی عمل نمی‌نمایند (۲۱).

در مطالعه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده است، میزان شیوع آن به طور کل از ۱۳ تا ۷۱٪ متغیر بوده است. بر اساس مطالعات مقدماتی که در خصوص میزان وقوع خشونت خانوادگی در کشور ما انجام شده، نرخ همسر آزاری و بدرفتاری با زنان در طیفی از ۳۰ تا ۸۰٪ برآورد شده است (۲۳، ۲۲). خشونت خانوادگی در تمام سنین، جنسیت‌ها، قومیت‌ها، زمینه‌های آموزشی و گروه‌های اقتصادی، اجتماعی رخ می‌دهد و تاکنون مطالعات قابل توجهی در زمینه شناسایی و فهم انواع مختلف بدرفتاری با اعضای خانواده و افراد صمیمی در کشورهای مختلف صورت گرفته و یافته‌های متنوعی ارایه داده‌اند (۲۵، ۲۴).

قربانیان خشونت خانوادگی که اکثریت قریب به اتفاق آن‌ها زن هستند، اغلب مورد تهدیدهای جانی، تجاوز جنسی و محرومیت اقتصادی قرار می‌گیرند و به کودکان و متعلقات آن‌ها صدمات زیادی وارد می‌شود. اثبات وجودی این سیستم کنترل، امری بس مشکل است و اغلب از چشم افراد بیرون از خانواده پوشیده می‌ماند، چرا که قربانیان آن، به واسطه ترس از انتقام جویی، شهامت بازگویی آن را برای هیچ کس ندارند. این گونه رفتارها اغلب به گونه‌ای توسط فرد متخاصم انتخاب و طراحی می‌شوند تا بتوانند فرد دیگر را تحت سلطه و کنترل نگاه دارند. به عبارت دیگر، فرد متجاوز از کنترل خارج شده و درصدد کنترل کردن دیگری است (۲۶).

در مطالعه حاضر نیز که بر روی ۳۰۰ زن مراجعه کننده به پزشکی قانونی با شکایت زن‌آزاری و آزار شوهر مراجعه کرده بودند، پهنه وسیعی از خشونت مشاهده گردید به طوری‌که خشونت روانی و کلامی در ۹۹/۲٪، خشونت فیزیکی در ۸۹/۳٪، خشونت اقتصادی در ۸۷/۳٪ و خشونت جنسی در ۷۳/۴٪ از زنان گزارش گردید. طی مطالعه‌ای در ترکیه (۲۷)، خشونت روانی و کلامی در ۵۴/۵٪، خشونت فیزیکی در ۳۰/۴٪، خشونت اقتصادی در ۱۹/۳٪ و خشونت جنسی در ۶/۳٪ گزارش گردید که بسیار کمتر از موارد مشاهده شده در مطالعه حاضر می‌باشد.

میانگین سنی زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر ۷/۵۲±۲۹/۲ سال بود که عمدتاً در رده‌های سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بودند. به طور مشابه، محققانی نیز (۲۹، ۲۸) مشاهده کردند که بیشتر افراد تحت خشونت و همسرآزاری بین گروه‌های سنی ۳۰-۲۹ سال قرار داشتند.

به عنوان پیامد آزار، زنان کتک خورده طیف وسیعی از علایم آسیب شناسی روانی و مشکلات جسمانی درازمدت را تجربه می‌کنند. افسردگی، اختلال استرس پس از ضربه، جسمانی کردن و سوء مصرف

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

مواد از یک سو و احساس بی‌کفایتی و فقدان عزت‌نفس و خشونت خصمانه از سوی دیگر، پیامدهای خشونت نسبت به زنان است (۳۰). در مطالعه حاضر نیز به طور مشابه مشاهده شد که ۷٪ زنان مقابله به مثل می‌کردند و شوهر خود را کتک می‌زدند. ۳ زن (۱٪) سابقه بیماری روانی داشتند که منجر به بستری شدن آن‌ها در بیمارستان شده بود. همچنین در ۱۳٪ از زنان اعتیاد به مواد مخدر وجود داشت.

به طور مشابه محققانی (۳۱) به سابقه بیماری‌های روانی در قربانیان خشونت اشاره داشته‌اند. در پژوهشی پیرامون اختلالات روانی در زنان مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم همسرانشان قرار گرفته بودند گزارش داده شد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان کتک خورده بیشتر از زنان عادی است (۳۲).

خشونت‌های خانوادگی به انواع مختلفی تقسیم می‌گردند که شایع‌ترین آن‌ها خشونت فیزیکی می‌باشد که از این بین ضرب و شتم زنان شایع‌ترین آن‌هاست. در تحقیقی نیز مشخص شد که ضرب و شتم زنان توسط شوهرانشان در ۵۷ کشور از ۷۱ کشور مورد مطالعه انجام می‌گرفته و امری بسیار معمول و رایج تلقی می‌شده است (۳۳). در مطالعه حاضر مشاهده شد که شایع‌ترین حالت خشونت فیزیکی مشت و لگد زدن، سیلی زدن، هل دادن و پرت کردن، پیچاندن دست و کشیدن مو، خفه کردن و کتک زدن با وسیله بود. به طور مشابه در مطالعه رویکار و پاتینیدی در هند به ترتیب سیلی زدن، هل دادن و کتک زدن شایع‌ترین آزار های فیزیکی بودند. کشیدن مو و کتک زدن با وسیله از شیوع کمتری برخوردار بودند (۳۴).

فروزان و همکارانش در مطالعه خود مشاهده کردند که ۷۴٪ زنان قربانی همسرآزاری دارای سطح تحصیلات پایینی بودند (دبیرستان و کمتر) (۲۸). ارتباط بین سطح تحصیلات پایین و خشونت همسر همچنین توسط تحقیقی گزارش شده است (۳۵). در این مطالعه ۶۶٪ زنان با تحصیلات پایین بودند. در مطالعه حاضر نیز میزان انواع خشونت در زنان با سواد پایین‌تر بیشتر بود، با این حال تفاوت موجود از نظر آماری معنی‌دار نبود.

وضعیت اجتماعی- اقتصادی نیز به عنوان یک عامل ساختاری در بروز خشونت موثر شناخته شده و شیوع خشونت در خانواده‌های کم درآمد بیشتر از وقوع در خانواده‌های مرفه است. اشتراوس در یک تحقیق نشان داد که احتمال وقوع خشونت نسبت به زنان در خانواده‌هایی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند، ۵۰٪ بیشتر از احتمال وقوع آن در خانواده‌های متمول است (۳۷، ۳۶). در پژوهش‌های استراوس، کافمن و استراوس و سوگرمن و هوتالینگ (۴۰-۳۸) نشان داده شد که عواملی مثل زمینه‌های فرهنگی پذیرش خشونت، سکونت بد، مصرف مواد مخدر و بیماری‌های روانی می‌توانند زمینه‌ساز آن باشند و به تشدید خشونت بیانجامند. در مطالعه‌ای مشخص شد که متغیرهایی چون وابستگی اقتصادی زنان، تجربه و مشاهده خشونت توسط همسران در دوران کودکی و ضعف حمایت‌های اجتماعی در جامعه و خانواده از زنان، ۶۲٪ از تغییرات خشونت علیه زنان را تبیین می‌کنند. به علاوه ضعف حمایت خانوادگی و اجتماعی از زنان بیشترین نقش را در تبیین خشونت علیه زنان داشته است (۴۱). در مطالعه‌ای نیز بیان شد ارتباط معناداری میان خشونت خانوادگی و عقاید و باورهای نادرست فرهنگی و نیز شاهد خشونت بودن در دوران کودکی وجود دارد (۴۲).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که خشونت جنسی در زنانی که ارتباط فامیلی قبل از ازدواج نداشتند، در موارد سن بالای شوهر، زنان با حجاب متعارف و مردان با ایمان ضعیف به طور بارزی بیشتر بود. در بررسی کشور هند، مشاهده شد که خشونت جنسی ارتباط بارزی با سن پایین شوهر و سطح تحصیلات پایین وی و استقلال اقتصادی زن داشت (۴۳). در مطالعه‌ای نیز مشاهده شد که کاهش درآمد خانوادگی، افزایش خشونت اقتصادی، بدتر شدن روابط زناشویی و کاهش حمایت اجتماعی منجر به افزایش خشونت جنسی نسبت به زنان شده است (۲۷).

در مطالعه حاضر همچنین مشاهده شد که خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری در مردان فاقد شغل ثابت، زنان بدون آشنایی قبلی، قبل از ازدواج، مصرف مواد مخدر همسر، سواد پایین همسر، نداشتن منزل شخصی و مردان بدون ایمان قوی، بیشتر بود. همچنین ارتباط معنی‌داری میان مصرف مواد مخدرتوسط شوهر و خشونت اقتصادی وجود داشت. همچنین مشاهده شد که خشونت فیزیکی به طور بارزی با بی‌وفایی مرد، مصرف الکل، مشاهده خشونت در کودکی و مشاجره مداوم مرد با دیگر مردان بیشتر می‌باشد (۴۳). در مطالعه‌ای نیز بدتر شدن روابط زناشویی و سابقه مواجهه مرد با خشونت خانوادگی در کودکی منجر به افزایش خشونت فیزیکی شده بود (۲۷).

پیشنهادات

با توجه به نتایج به دست آمده در مورد اثرات سوء روانی و جسمی و اجتماعی ناشی از خشونت‌ها و شعار سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت دادن به سلامت اقشار آسیب‌پذیر از جمله زنان تحت خشونت، ایجاد حمایت‌های اجتماعی برای زنان در برابر خشونت همسر و بستگان مثل ایجاد مکان‌های امن و حمایتی مناسب برای قربانیان، تصویب و اجرای قوانین حمایت از زنان، بررسی علل و عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت‌های خانگی و حذف یا کاهش این عوامل، آگاه ساختن زنان در مورد حقوق شرعی و قانونی خود در خانواده و جامعه و ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و کاهش تبعیض‌های جنسیتی می تواند در کاهش مشکلات مفید باشد.

انجام پژوهش‌های گسترده‌تر جهت شناخت علل این صدمات با توجه به جو حاکم بر جامعه و تصویب قوانین کارآمد در پیشگیری و کاهش این مشکل قابل توصیه است.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

References

1- Violence against women. WHO: 1996; FRH / WHD/97. 8.

2- Women in transition, Regional monitoring Report. UNICEF, 1999.

3- Health aspects of violence against women. WHO: Geneva, 2001.

4- AhmadiKhorasani, N. The second gender. Tehran. Tosee publication co. 1379. [Persian]

5- CarlsonC,StephanieI,Transportin J.Psychological health in women.1990.

6- RafieeS, Paesinia S. Viloence against women. Tehran. Tandis publication Co. 1380. [Persian]

7- NarimaniM, Valizadeh E. Management of life challenges. Astaneqods publication. Co. 1383. [Persian]

8- Kordavani A. Childrenreactionabout domestic violence. Scientific Journal of Forensic. 1379; 74: 17-19. [Persian]

9- AslaniDomestic violence against women. TheJournal of Woman's Rights. N0 2. 22-24. [Persian]

10- RitzSociology Theories .Amirkabir Publication Co. 1379. [Persian]

11- The report of teaching workshop violence against women. Faculty of Rights and Political Sciences. Tehran. 1379. [Persian]

12- Etienne G, Kruy Linda L, Dahlberg J, et al. World report on violence and health. WHO, Geneva; 2002.

13- Report of the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women. 1995.

14- Kar M. About domestic violence against women. Tehran. Roshangaran publication co.1380. [Persian]

15- Yeylaghi S. Relationship of demographic factors and husbands violence. Training Sciences and Psychological Journal1 376; (4: 2): 39.

16- Daneshkojuri Malpractice in Pregnancy. The Journal of Nursing and Midwifery. 1381; 31-32. [Persian]

17- Ezazi Sociology of Family. Roshangaran publication co. 1386. [Persian]

18- Gelles RJ. Straus MA, Harrop JW. Has Family Violence Decreased, Journal of Marriage and the Family 1985; 50: 286-291.

19- Emami M. Distribution of domestic violence in Arak. Health in family seminar.1380. [Persian]

20- Inanloo M. Characteristics of couples and its relationship with kind and severity of domestic violences. Journal of Nursing and Midwifery. 1367; 26: 57-65. [Persian]

21- Behnam B. Prevalence of domestic violence in women in Semnan. Journal of Semnan University of Medical Sciences.Winter 1383; 115-119. [Persian]

22- Shams H. Study of prevalence of domestic violence and its effective causes. No 5. Spring 1384; 52-56. [Persian]

23- Mafi M. Study of Characteristics of the persons who commit domestic violence. University of Training Sciences. 1382. [Persian]

24- Barnett, O.W. Miller-Perrin, C. L. Perrin, R. G; Family violence across the lifespan: An introduction, 1997; Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

25- Gelles, R. J. Contemporary families: A sociological view. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995.

26- Schehcter S, Ganley D. Women and male violence: the visions and struggle of the battered women's movement. Boston: South End; 1995.

27- Güleç Öyekçin D, Yetim D, Şahin EM. Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. Turk PsikiyatriDerg. 2012; 23(2): 75-81.

28- Fourozan AS, Dejman M, Baradaran-Eftekhari M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers of Tehran (2002). Arch Iran Med. 2007; 10(3): 295-300. [Persian]

29- Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA. 1995; 273: 1763 – 1767.

30- Berg, Alfred O. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement Annuals of Family Medicine, 2004; 2: 156-160.

31- Rabiee M. Prevalence of domestic violence and its causes. Women Research Journal.1381; No 4. [Persian]

32- Maleki A. Study of psychological disturbances in battered women. Abstract book of The 2nd Family pathology in Iran. 1385. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]

33- Broude GJ, Greene SJ. Cross-cultural codes on husband-wife relationship. Ethnology, 1983; 22, 263-280.

34- Ruikar MM, Pratinidhi AK. Physical wife abuse in an urban slum of Pune, Maharastra. Indian J Public Health. 2008; 52(4): 215-7.

35- Coker AI, Eugene RC, Fadden MK, Smith PH. Physical partner violence and Medicaid utilization and expenditures. Public Health Rep. 2004; 119: 557 – 567.

36- Straus MA. (1980) Victims and aggressors in marital violence. Am BehavSci, 23, 681-704 .

37- Hutchison IW, Hirschel JD, Pesackis CE. Family violence and police utilization. J Vio& Vic, 9, 299-313. 1994.

38- Kaufman, G. K. Straus, M. A. Response of victims and the police to assaults on wives. In M. A. Straus. R- J. Gelles (Eds.). Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families (756-766). New Brunswick, NJ: Transaction Books. 1990.

39- Straus, M. A. Physical assaults by wives a major social problem. In R. J. Gelles. D.J. Loseke (Eds.). Current controversies on family violence Newbury Park, CA: Sage. 1993.

40- Sugarman, D. B. Hotaling, G.T. Dating violence: Prevalence, Context, and risk markers. In M. A. Pirog-Good. J. E. Stets (Eds.), Violence in dating relationship: Emerging social issues (3-32). New york: Praeger.1998.

41- Khani S. Study of domestic violence in Dehghelanfamilies .Sociology of the young. 1389; (3):1.67-90. [Persian]

42- Pournaghash S. Domestic violences in Tehran families. Shahed University Journal; 1384. [Persian]

43- Hayati EN, Högberg U, Hakimi M, Ellsberg MC, Emmelin M. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. BMC Woman's Health. 2011; 23(11): 52. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-24]