پژوهشی

بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکارخودکشی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی –درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت سال ۱۳۹۲

محبوبه احمدی* - منا رهنوردی** - دکتر مهرزاد کیانی*** - دکتر اسما پور حسین قلی****

*کارشناس ارشد مامایی، مربی و عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران،

**کارشناس ارشد مامایی قانونی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران،

***دانشیار گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران،

****دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران،

چکیده

مقدمه: خشـــونت خانگی یکی از مهم‌ترین عواملی است که تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق زنان و دختران در جهان محســـوب می‌شود اما شیوع و عوامل خطر قابل اصلاح آن در کشـــورهایی با درآمد پایین و متوسط کمتر شناخته شده است. شواهد نشـــان می‌دهد که خشونت خانگی علیه زنان همچنین می‌تواند سلامت روان زنان را تحت تاثیر قرار داده و به سمت رفتارهای خودکشی سوق دهد. هدف این پژوهش تعیین رابطه خشونت خانگی و افکار خودکشی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: نوع مطالعه، همگروهی گذشته‌نگر است. جمعیت مطالعه شامل ۱۱۰ زن واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت که به روش در دسترس (آسان) انتخاب شدند. ابزار مطالعه شامل پرسشنامه خشونت خانگی و پرسشنامه افکار خودکشـــی بک می‌باشد. پرسشـــنامه‌ها با روش اعتبار محتوا و پایایی آن‌ها از طریق ضریب پایایـــی درون رده‌ای (Intraclass Correlation Coefficient) سنجیده شد.

یافته‌ها: بالاترین نمره خشونت مربوط به خشونت روانی با میانگین ۴۴/۱۳ و سپس خشونت فیزیکی با میانگین ۳۳/۸۸ و در آخر خشونت جنسی با میانگین ۳۰/۰۹ بود. نتایج نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین خشونت فیزیکی، خشونت روانی و افکار خودکشی به ترتیب با r=0.5 و r=0.3 وجود دارد (p<0/001) . اما ارتباط معناداری بین خشونت جنسی و افکار خودکشی با r=0.2 و p=0.1 مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشـــان داد که خشـــونت فیزیکی و روانی با افکار خودکشی ارتباط دارد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای خشونت خانگی در زنان این پژوهش و شناخت خشـــونت به عنوان یک عامل خطر عمده برای ایجاد بیماری در زنان باید برنامه پیشـــگیری در سیاست‌های سلامت روان وارد شده و باید منابعی جهت جلوگیری از خشونت علیه زنان و پیامدهای ناگوار آن اختصاص یابد.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی، افکار خودکشی، زنان.

وصول مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۲۸ تایید مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۰۴

نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی دانشکده پرستاری و مامایی- تهران - ایران

mona.rahnavardi@yahoo.com شماره تماس : ۸۸۶۵۵۳۶۶ (۰۲۱) ۹۸+

مقدمه

خانواده اصلی‌ترین هســـته در جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی اســـت و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان دارد (۱). خشونـــت خانگی۱ یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و مساله حقوق بشر است و به معنی رفتار خشونت آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو خانواده علیـــه عضو یـــا اعضای دیگر همـــان خانواده است (۲). معمـــولاً زنان و دختران نخستین قربانیان خشونت خانگی هستند (۳).

حـــذف خشونت علیه زنـــان۲ سازمان ملل در ســـال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر بـــه آسیب بدنـــی، جنسی یا روانی در زنان شود (و یـــا احتمال بروز آن

1 - Domestic violence

2 - Declaration on the Elimination of Violence Against Women

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

زیـاد باشد)، برای زنان رنج‌آور بوده یا بـه محرومیت اجباری از آزادی فـردی یا اجتماعی منجر گردد (۴). طبق مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشـت در مورد میـزان خشونت خانوادگـی در چندین کشور انجام داده، میـزان شیـوع آن از ۱۳ تا ۷۱٪ متغیر بـوده است (۵). بر اساس آمار منتشر شده سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۷) از هر سه زن یک زن در طول زندگی خود مورد خشونت خانگی واقع می شود و حدود چهار میلیـون از زنان امریکایی در طول ۱۲ ماه حداقل یک بار مورد ضرب و شتم شوهرانشان قرار می‌گیرند (۶). نتایج مطالعه‌ای در زمینه خشونت خانگـی که با همکاری سازمان جهانـی بهداشت انجام شده بود، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طـول زندگی از ۱۵٪ در ژاپن تا ۷۱٪ در اتیوپی متفاوت است و شیوع خشونـت جسمی و جنسی اعمال شده بین ۴٪ تا ۵۴٪ بوده است (۷). بررسی‌های پزشکی قانونی درکشور در طی ۲/۵ سال نشان می‌دهد که از دو میلیون زن مراجعه کننده به پزشکی قانونی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته‌اند نیم میلیون زن، قربانی خشونت خانگی بوده‌اند (۸). نتایج بررسی ۱۱۸۹ زن ۱۵ سال به بالای تهرانی نشان داد که ۳۵/۷٪ از این زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته‌اند که به تفکیک ۳۰٪ تحت خشونت جسمی، ۲۹ ٪ خشونت روانی و ۱۰٪ خشونت جنسی بوده‌اند (۹). در مطالعه دیگر در خوزستان شیوع خشونت فیزیکی در هر زمان از زندگی مشترک ۲۰/۲ ، شیوع خشونت روانی، جنسی و هر نوع خشونت بـه ترتیب ۴۱، ۱۰/۹، ۴۷/۳٪ بود (۸). خشونت خانگی رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان می‌باشد که بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی زنان، تنظیم خانواده و بهداشت روانی تأثیر منفی دارد (۱۰). هر ساله بیش از ۶ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت خشونت به کـام مرگ فرو می‌روند، تعداد بسیاری نیز مجروح شده، دچار مشکلات جسمـی، جنسی، تولیدمثلی و روانی می‌گردند. بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی مسؤول ۱۹٪ از کل بار بیماری در زنان ۱۹-۴۴ سالـه در کشورهای صنعتی می‌باشد. این بدان معنی است که در مـورد زنـان، یک سال از هر ۵ سال زندگی سالم که به علت صدمه، بیمـاری یا مرگ پیش از موعد از دست می‌رود به خشونت نسبت داده می‌شـود خشونت علیـه زنان و دختران تهدید جـدی برای سلامتی و حقوق انسانـی محسوب می‌شود، همچنین مشکلی جهانی است که به وسعـت مرزهای کشورها، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نژادی و قومـی گسترده شده است ولـی این مساله اغلب ناشناخته مانده و به عنوان بخشی از امور عادی تلقی می‌شود (۳). از عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت می‌توان به احساس درماندگی، نداشتن اعتماد به نفس، تشویش و افسردگی اشاره کرد و بر پایه پژوهش‌های جدیدتر خشونت می‌تواند با پیامدهای جدی‌تر همچون خودکشی، اختلال پس از حادثه ارتباط داشته باشد (۶). هچنین خشونت می‌تواند ناتوانی‌های جسمی، سردردهـای مزمن، مصرف موادمخدر، اقـدام به خودکشی و اختلالات روانـی را به دنبال داشته باشـد (۱۱). خودکشی یازدهمین علـت منجر به مرگ در آمریکا می‌باشد و بـه صورت آسیب عمدی به خود بـه قصد مرگ تعریـف می‌شود مردان بیشتـر از زنان خودکشی موفـق انجام می‌دهند اما تلاش برای انجام خودکشی و افکار خودکشی در زنان شایع‌تـر می‌باشد (۱۲). طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی میـزان خودکشی از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۹ در جهان ۷۸۲ هزار مورد در هر سـال می‌باشد (۱۳). رفتارهای خودکشی یکی از مهم‌ترین مواردی است که موجب عوارض جدی و افزایش بیماری در میان زنان می‌شود که شیوع و عوامل خطر قابل اصلاح این رفتارها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط کمتر شناخته شده است. شیوع تلاش برای خودکشی حـدود ۸٪ در تانزانیا، ۱۲٪ در پرو و شیوع داشتن افکار کشنده نسبت بـه خود در زنـان ۷/۲٪ در سربیا و ۱۳/۶٪ در پـرو می‌باشد. خشونت توسـط همسر و خشونـت فیزیکی غیرهمسر و خانـواده، طلاق و آزار جنسی از ریسک فاکتورهای تلاش برای خودکشی می‌باشند و خشونت جنسـی و فیزیکـی همسر ارتبـاط متوسط رو به بالا بـا خودکشی در اکثـر مناطق دارد (۵). از بین انـواع خشونت، خشونت روانی بیشترین همبستگـی را با تمایل به افکار خودکشـی و آسیب رساندن به همسر دارد (۱۴). عـدم آگاهی و اطلاعات کافی در مورد شیوع، ماهیت، علل و پیامدهای خشونت خانگـی، مانعی جدی بر سر راه شناخت وسیع‌تر موضـوع و راهکارهای مداخلات مؤثر است (۱۵). با توجه به این که در ایـن زمینه مطالعات کافی در شهرهـای مختلف و قومیت‌های مختلف ایـران صورت نگرفته و همچنین اکثر مطالعات در این زمینه به صورت توصیفـی بوده و مربوط بـه حداکثر ۱۰ سال پیـش می‌باشد، در این مطالعات گـروه شاهدی جهت مقایسه وجود نـدارد. پژوهش حاضر با هدف به دست آوردن ارتباط خشونت خانگی و افکار خودکشی در زنان مراجعه کننـده به مراکز بهداشتی- درمانـی شهرستان رشت در سال ۱۳۹۲ انجـام شده اسـت با این امید که بتوانـد گامی اندک در جهت حمایت از زنان بردارد.

مواد و روش‌ها

در ایـن مطالعـه تحلیلی از نـوع همگروهی گذشته‌نگـر، زنان مراجعه کننـده به مراکز بهداشتـی- درمانی و دادگاه‌های خانـواده شهرستان رشـت مـورد مطالعه قرار گرفتنـد. نمونه‌گیری بـه روش در دسترس (آسان) صـورت گرفت. به این صورت که پـس از اخذ مجوزهای لازم ابتـدا از دادگاه‌های خانواده شماره ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ شهرستان رشت و سپس مراکز بهداشتی- درمانی شماره ۷ و ۱۵ شهرستان رشت اقدام بـه نمونه‌گیری شد. جمعیت مـورد مطالعه ۱۱۰ نفر بود که ۵۵ نفر در هر گروه (خشونت دیده و بـدون خشونت) وارد شدند. معیارهای ورود به مطالعه در گروه خشونت دیده: باسواد باشند، به بیماری روانی مبتلا نباشند، سابقه استفـاده از انواع مواد مخدر و روانگردان نداشته باشند، به بیماری صعب‌العلاج (انواع سرطان‌ها و ایدز و..) مبتلا نباشند، در طی ۳ ماه گذشته حادثه ناگوار مـرگ عزیزان را تجربه نکرده باشند، زنانی که حداقل مورد یکـی از انواع خشونت‌های خانگی (فیزیکی، جنسی و

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

روانـی) توسط همسـر قرار گرفته‌اند و در گروه بـدون خشونت تمامی موارد فوق به جز خشونت را شامل می‌شود. معیارهای خروج از مطالعه عبـارت بودند از: اثبات وجود هرگونه سابقه اختلال روانی در نمونه‌ها و سابقه خودکشی در افراد فامیل و جهت کنترل نمونه‌گیری در دو مکان مختلف سعی شد تا از تمامی زنان مراجعه کننده به دادگاه‌های خانواده و مراکـز بهداشتـی- درمانی که بـه دلایل مختلف مراجعـه نموده‌اند نمونه‌گیری به عمل آید بنابراین از هر دو مکان هم زنان خشونت دیده و هم زنان خشونت ندیده وارد مطالعه شدند و نیز تفاوت معناداری بین پاسخ‌های زنان بـه پرسشنامه خشونت در دو گروه نمونه‌گیری شده از دو مکان وجود نداشت (P = ۰/۱).

ابزار گـردآوری داده‌هـا شامل‌پرسشنامه خشونت خانگـی برگرفته از پرسشنامه خشونت خانگی WHO که در ایران همانندسازی شده و در بسیـاری از مقالات (نظیر آقاخانی، آقابیگلویی و چهره ساز ۲۰۰۲، فرخ اسلاملو و بوشهری ۲۰۰۷، کاظمی نوابی ۲۰۰۴، نریمانی و آقامحمدیان ۲۰۰۷) مورد استفاده قرار گرفته(۱۶) و پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation) می‌باشـد. پرسشنامـه خشونت خانگی شامل اطلاعات دموگرافیک و سابقه مامایی و سوالات حیطه‌های مختلف خشونت خانگی (خشونـت فیزیکی، روانی و جنسی) می‌باشد. اطلاعات دموگرافیک و مامایی شامل سوالاتی در زمینه سن، تحصیلات و شغل خود و همسر، میزان درآمد ماهیانه، وضعیت ازدواج، مدت زمان ازدواج، نسبـت فامیلی با همسر، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج خود و همسـر، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد سقط می‌باشد.

در ایـن پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسـر در طی یـک سال گذشته است کـه با استفـاده از پرسشنامه خشونت خانگی و در سه حیطه فیزیکی، روانی و جنسی سنجیده شد. این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال می‌باشد که ۲۶ گویه آن در حیطه‌های خشونـت فیزیکی، جنسـی و روانی می‌باشد، حیطـه خشونت فیزیکی دارای ۱۰ گویه، حیطه خشونت جنسی دارای ۵ گویه و حیطه خشونت روانی دارای ۱۱ گویه می‌باشد و باقی مانده سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیـک و مامایـی می‌باشد. تعداد موارد انـواع خشونت بر اساس مقیـاس ۵ حالته لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بـار، ۳-۵ بار، بیش از ۵ بار) محاسبـه می‌گردد. زنـی خشونت دیده در نظر گرفتـه شد که حداقل یـک پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، روانی یا جنسی داده باشد.

پرسشنامه مقیاس افکار خودکشی بک این مقیاس یک ابزارخودسنجی ۱۹ پرسشـی است که بـه منظـور آشکارسـازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌هـا، رفتارهـا و طرح‌ریزی برای ارتکاب بـه خودکشی تهیه شده اسـت. مقیاس بـر اساس ۳ درجه از ۰ تا ۲ تنظیم شده است (۶). نمره کلی فرد براساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ می‌باشد. نمره‌گـذاری نهایی این آزمـون به صورت ۰-۳ فاقـد افکار خودکشی، ۱۱-۴ دارای افکـار خودکشی کم خطر، ۱۲-۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر می‌باشد (۱۷).

جهـت تعیین اعتبار و اعتماد علمی، پرسشنامه خشونت خانگی و افکار خودکشـی بک از روش اعتبـار محتوا استفاده شد. بـه این ترتیب که پرسشنامه‌هـا براساس اهـداف پژوهشی و با استفـاده از منابع علمی, مقـالات و مطالعات سایر پژوهشگران تنظیم شـده و در اختیار ده نفر از اعضای هیـات علمی دانشکده پرستاری و مامایـی قرارگرفت. برای ارزیابـی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریـب ICC (Intraclass Correlation Coefficient) استفـاده شد. مقدار این ضریب برای پرسشنامه خشونت خانگی برابر ۰/۹۹ و جهت پرسشنامه افکار خودکشی ۰/۹۵ شده است که بیانگر این مطلب است که پایایی ابزارها مطلوب است.

در این پژوهش با کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت مطالعه بود، به عنوان نمونه انتخاب می‌شد.

تجزیـه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18 صورت گرفت و از آمـار توصیفی و آزمون‌هـای آماری کای اسکوئـر، آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری (R.M.ANOVA) جهت مقایسه میانگین نمره خشونـت و آزمون همبستگـی اسپیرمن جهت تعیین میـزان ارتباط استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه بدون خشونت ۷/۶۵ ±۳۲/۶۹ سال و در گروه خشونت دیده ۶/۹۲±۳۳/۹۴، میانگین مدت ازدواج زنـان در گروه بدون خشونت ۶/۳۲±۹/۸۲ سال و در گـروه خشونت دیـده ۶/۵۷± ۱۱/۶ سال، میانگین سن همسر در گـروه بدون خشونـت ۸/۷۲± ۳۶/۵۱ سال و در گـروه خشونت دیده ۷/۰۳±۳۷/۱۶ سـال بود. آزمون t تفاوت آمـاری معناداری را بین دو گروه نشان نداد. ۸۹/۱٪ زنان در گروه دارای خشونت و ۹۰/۹٪ در گروه بدون خشونت بدون نسبت فامیلی با همسر بودند و دو گروه از نظر این متغیر تفاوت آماری معنی داری نداشتند.

میزان تحصیلات گروه بدون خشونت در ۵/۵٪ موارد در سطح ابتدایی، ۱۶/۴٪ در سطـح راهنمایی، ۱۴/۵٪ در سطـح دبیرستان، ۳۶/۴٪ در سطح دیپلم و ۲۷/۳٪ دانشگاهی بود. شغل آنان در ۷۰/۹٪ موارد خانه دار، نـوع مسکـن در ۳۸/۲٪ موارد اجاره‌ای، میـزان درآمد ماهیانه در ۱۴/۵٪ مـوارد کمتـر از ۲۰۰ هزار تومان و ۸۵/۵٪ مـوارد با همسر و فرزندان مشترکشان زندگی می‌کردند.

میزان تحصیلات گروه خشونت دیده در ۷/۳٪ موارد در سطح ابتدایی، ۱۸/۲٪ در سطح راهنمایی، ۱۰/۹٪ در سطح دبیرستان، ۴۰٪ در سطح دیپلـم و ۲۳/۶٪ دانشگاهی بود. شغل آنـان در ۷۶/۴٪ موارد خانه دار، نـوع مسکن در ۴۳/۶٪ موارد اجاره‌ای، میـزان درآمد ماهیانه در ۲۰٪ مـوارد کمتر از ۲۰۰ هـزار تومان و ۴۷/۳٪ موارد بـا همسر و فرزندان مشترک خود زندگی می‌کردند.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

آزمـون آماری کای- دو تفـاوت آماری معنی‌داری را بیـن دو گروه از نظـر متغیرهای میزان تحصیلات زن و همسر، شغل زنان، میزان درآمد ماهیانـه، تعداد بـارداری و زایمان، تعداد سقط، تعـداد فرزندان زنده، وضعیـت ازدواج، تعداد افراد خانوار، رتبهٔ ازدواج زن و همسر نشان نداد اما بین شغل همسر (p<0.04) و وضعیت مسکن (p<0.03) در افراد دو گـروه تفاوت معنی داری وجود داشـت (جدول‌های شماره ۱ و شماره ۲ و شماره ۳).

در بررسـی وضعیـت خشونت در ایـن مطالعه ابتدا نمـره خشونت بر حسب درصد محاسبه شد که خشونت فیزیکی در ۳۳/۸۸ درصد موارد، خشونت روانی در ۴۴/۱۳٪ موارد و خشونت جنسی در ۳۰/۰۹٪ موارد تجربـه شده بود. بـرای مقایسه میانگین نمره خشونـت در سه حیطه (فیزیکـی، روانـی و جنسی) در افـراد گروه دارای خشونـت از آزمون R.M.ANOVA (آنالیز واریانس بـرای اندازه‌های تکراری) استفاده شد کـه در سطح معناداری ۰/۰۵ اختلاف معنـاداری بین نمره سه حیطه خشونـت در این گـروه مشاهده شـد (p-value<0.001). به طوری که بالاتریـن نمره خشونت مربوط به حیطه روانی سپس جسمی و در آخر جنسی می‌باشد.

در بررسی وضعیت افکار خودکشی در گروه بدون خشونت ۷۴/۵٪ موارد فاقد افکار خودکشـی، ۲۱/۸٪ موارد دارای افکار خودکشی کم خطر و ۳/۶٪ موارد دارای افکار خودکشی پرخطر بودند. در گروه خشونت دیده ۳۶/۴٪ فاقد افکـار خودکشی، ۳۲/۷٪ موارد دارای افکار خودکشی کم خطـر و ۳۰/۹٪ دارای افکار خودکشی پرخطر بودند. در بررسی ارتباط بیـن خشونت خانگـی و افکار خودکشی در دو گـروه خشونت دیده و بـدون خشونت از آزمون آمـاری کای- دو استفاده شـد که در سطح معنـاداری ۰/۰۵ اختلاف آماری معنی داری بیـن افکار خودکشی دو گـروه وجود داشت (p<0.001). به طوری که به طور معناداری در گروه خشونت دیده فراوانی افکار خودکشی پرخطر بالاتر بود.

جهـت بررسی میزان ارتبـاط خشونت های فیزیکـی، روانی و جنسی و افکـار خودکشـی از ضریب همبستگـی اسپیرمن استفـاده شد که همبستگی مثبت و معنـاداری بین افکار خودکشی و خشونت فیزیکی بـا (p<0.001 , r=0.5)، افکـار خودکشی و خشونت روانی با (r=0.3, p<0.005) مشاهـده شد امـا بین خشونت جنسـی و افکار خودکشی همبستگـی مثبت و معنـاداری بـا (r=0.2, p<0.1) مشاهده نگردید (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در ایـن پژوهش از نظر متغیرهای سن، سن همسر، مدت زمان ازدواج، نسبـت فامیلی با همسر، میـزان تحصیلات زن و همسـر، شغل زنان، میـزان درآمـد ماهیانه، تعداد بـارداری و زایمان، تعـداد سقط، تعداد فرزنـدان زنده، وضعیـت ازدواج، تعداد افراد خانـوار، رتبهٔ ازدواج زن و همسـر تفاوت معنی‌داری وجـود نداشت لذا اثر ایـن عوامل به عنوان عوامـل مداخله‌گر در نتایـج پژوهش کنترل شده اسـت اما بین شغل همسـر (p<0.04) و وضعیت مسکن (p<0.03) در افراد دو گروه، تفاوت

جدول ۱ - جدول توزیع اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت طی یک سال گذشته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

خصوصیات	گروه خشونت دیده		گروه بدون خشونت				
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p-value	t	df
سن(سال)	۳۳/۹۴	۶/۹۲	۳۲/۶۹	۷/۶۵	۰/۳۷	۰/۹۰	۱۰۸
سن همسر(سال)	۳۷/۱۶	۷/۰۳	۳۶/۵۱	۸/۷۲	۰/۶۶	۰/۴۳	۱۰۸
مدت زمان ازدواج(سال)	۱۱/۶	۶/۵۷	۹/۸۲	۶/۳۲	۰/۱۵	۱/۴۵	۱۰۸
تعداد بارداری	۱/۵۴	۱/۲۱	۱/۵۶	۱/۰۴	p-value ۰/۲۵	X2 ۶/۳۲	df ۵
تعداد زایمان	۱/۲۵	۰/۹۲	۱/۳۸	۰/۹۱	۰/۳۷	۵/۱۹	۵
تعداد سقط	۰/۳۲	۰/۶۶	۰/۲۵	۰/۵۱	۱	۱/۲۶	۳
تعداد فرزندان زنده	۱/۲۵	۰/۹۲	۱/۴	۰/۹۳	۰/۵۲	۴/۳۹	۵
نسبت فامیلی با همسر	بله	خیر	بله	خیر	p-value	X2	df
	٪۱۰/۹	٪۸۹/۱	٪۹/۱	٪۹۰/۹	۰/۷۵	۰/۱	۱
وضعیت ازدواج	مطلقه ٪۱۲/۷	متأهل ٪۸۷/۳	بیوه ۰	متأهل ٪۹۴/۵	مطلقه ٪۳/۶	بیوه ٪۱/۳	۰/۱۶	۳/۹۳	۲

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

جدول ۲ - توزیع فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب شغل همسران و وضعیت مسکن به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت طی یک سال گذشته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

شغل	گروه خشونت دیده درصد	گروه بدون خشونت درصد	p- value	X2	df
بیکار	۱۶/۴	۱/۸			
کارمند	۲۱/۸	۳۰/۹			
کارگر	۲۱/۸	۲۹/۱	۰/۰۴ *	۲/۷۲۵	۴
مستقل	۳۸/۲	۳۲/۷			
متخصص یا کارشناس عالی رتبه	۱/۸	۵/۵			
وضعیت مسکن					
مالک	۲۳/۶	۴۰			
رهن- اجاره	۴۳/۶	۳۸/۲	۰/۰۳ *	۸/۵۱	۳
سازمانی	۰	۰			
منزل خانواده شوهر	۱۰/۹	۱۶/۴			
منزل خانواده خود	۲۱/۸	۵/۵			

P<0/05*

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی واحد های مورد پژوهش بر حسب شغل و میزان درآمد به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

شغل	گروه خشونت دیده درصد	گروه بدون خشونت درصد	p-value	X2	df
خانه دار	۷۶/۴	۷۰/۹			
کارمند	۱۰/۹	۲۰			
کارگر	۷/۳	۵/۵	۰/۶۲	۲/۷۲	۴ NS
مستقل	۳/۶	۳/۶			
متخصص یا کارشناس عالی‌رتبه	۱/۸	۰			
میزان درآمد			p-value	X2	df
<۲۰۰هزار تومان	۲۰	۱۴/۵			
هزار۲۰۰-۵۰۰	۲۷/۳	۲۰			
هزار۵۰۰-۷۰۰	۱۸/۲	۲۷/۳	۰/۶	۲/۳۳	۴ NS
۷۰۰-۱میلیون	۲۱/۸	۲۱/۸			
>۱میلیون	۱۲/۷	۱۶/۴			

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

جدول ۴- بررسی ارتباط بین خشونت‌های خانگی (فیزیکی، روانی و جنسی) با افکار خودکشی در گروه خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت سال ۱۳۹۲.

نوع خشونت	خشونت جنسی	خشونت روانی	خشونت فیزیکی
تعداد	۵۵	۵۵	۵۵
ضریب همبستگی اسپیرمن (r)	۰/۲۱۰	۰/۳۷۱	۰/۵۴۱
P-value	۰/۱۲۳	۰/۰۰۵ *	۰/۰۰۰ *

*<۰/۰۵ معنی‌دار

معنی‌داری وجود داشت.

در مطالعه‌ای ارتبـاط معنی‌داری بین سن زنان و خشونت خانگی بیان نشد (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر بیشترین فراوانی خشونت را در رده سنی ۳۰-۳۴ سـال و کمترین فراوانـی را در رده سنی ۱۵- ۱۹ سال عنوان کردنـد (۱۹). مطالعاتی نیز نشان دادند که میـزان خشونت خانگی با افزایـش سن افزایش می‌یابد (۲۱، ۲۰) در مقابل، مطالعه‌ای از سازمان جهانی بهداشت در سـال ۲۰۰۵ نشان داد که زنان جوان‌تر به‌خصوص رده سنـی ۱۵-۱۹ سال در ریسک بالاتری برای تجربه خشونت خانگی قرار دارند (۱۵). و سن پایین زنان را از ریسک فاکتورهای افزایش خطر خشونـت توسط همسر بیان کردنـد (۲۲). در این پژوهش در مقایسه سن واحدهـای مورد پژوهش در دو گروه تفـاوت معنی‌داری مشاهده نشد لذا اثر این عامل مداخله‌گر کنترل شده است.

در مطالعه‌ای در خوزستان ارتباط معنی‌داری بین خشونت و سن مردان بیان شد به طوری که با افزایش سن مردان میزان خشونت نیز افزایش می‌یابـد و میزان خشونـت از ۳۹/۷٪ در مردان زیر ۲۵ سال به ۵۱/۶٪ در مـردان گروه سنـی ۵۰ تا ۷۹ سال می‌رسیـد (۸). مطالعه‌ای دیگر عنوان کرد که بـا افزایش سن مردان میزان همسرآزاری روانی افزایش می‌یابد (۲۱). در مقابل در مطالعه‌ای دیگر بیان شد که بین سن شوهر و خشونـت او با همسر رابطه معکوس و معنـاداری وجود دارد یعنی با افزایـش سن مرد میزان خشونت کاهش می‌یابد (۲۳). در این پژوهش در مقایسه سن واحدهـای موردپژوهش در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد لذا اثر این عامل مداخله‌گر کنترل شده است.

بـه نظر می‌رسد که متغیر سـن از جهت‌های زیر بـر خشونت خانگی تأثیرگـذار اسـت: در مرتبه نخست، سن پایین‌تر مـرد و زن معمولاً با عـدم رشد یافتگی و ناپختگی همراه است و این متغیر، زمینه خشونت را از طـرف زن و مـرد بیشتر فراهم می‌کنـد. دوم این که، مرد در سن جوانـی مهار رفتاری کمتری دارد. همچنین قدرت سازگاری زن و مرد در سنیـن پایین‌تر، کمتر است. سوم این که هر چه فاصله سنی بیشتر باشد، امکان توافق و سازگاری زن و شوهر کمتر است زیرا درک متقابل دشوارتر می‌شود.

در ایـن پژوهش تفاوت معنـی‌داری بین دو گروه از نظر شغل همسران وجـود داشت و دو گروه از نظر شغل همسـر همسان نبودند به طوری کـه میزان همسران بیکـار در گروه دارای خشونـت ۱۶/۴٪ در مقابل ۱/۸٪ در گـروه بدون خشونت بود. بنابرایـن می‌توان گفت که بیکاری مـردان می‌تواند در بـروز خشونت از جانب آن‌ها همـراه باشد. به طور کلی بیکاری از عوامل خطرآفرین خشونت زناشویی تشخیص داده شده است. هامپتون و گلز (۱۹۹۴) اعلام کردند که بالاترین درجات خشونت شوهر در خانواده‌هایی است که شوهر بیکار بوده است جالب توجه است کـه حتی پس از کنتـرل آماری درآمد، سن و قومیـت، بیکاری شوهر احتمـال بـروز خشونت از وی را ۱/۶۸ برابر افزایـش می‌دهد (۲۴). به طور مشابـه مطالعه‌ای در کردستان بیان کرد که مردان بیکار خشونت فیزیکی بیشتـری را بر زنان خود اعمال می‌کننـد (۲۵). همچنین در مطالعاتی رابطه معناداری میان شغل همسر و خشونت بیان شده است (۲۶، ۱۹، ۱۰). بـه طوری که بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر عامل بـروز بیشتر مـوارد خشونت مالی، کلامی و فیزیکـی بوده است (۱۸). انصـاری و همکـاران نیز رابطه معناداری بین شغـل همسر و خشونت فیزیکی بیـان کردند به طوری که مواجهه بـا خشونت فیزیکی شدید در بیـن زنـان دارای همسر بیکار ۱۷ برابر زنـان دارای همسر کارمند بود (۲۷).

در ایـن پژوهش تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر وضعیت مسکن وجود داشت و دو گروه از نظر وضعیت مسکن همسان نبودند. بنابراین وضعیـت مسکن با خشونت خانگی رابطه آمـاری معنی‌داری داشت به طـوری که اکثریت زنان در گروه خشونت دیـده منزل اجاره‌ای داشته و درصد بیشتـری از آن‌ها با خانواده خود زندگی می‌کردند. مشابه این تحقیق مطالعه‌ای در سـال ۲۰۱۱ می باشد که گزارش کردند ۳۴٪ از زنان مورد خشونت، مالک منزل نبودند (۲۸).

پژوهش نشان داد کـه ۳۳/۸۸٪ از نمونه‌ها خشونت فیزیکی، ۴۴/۱۳٪ خشونـت روانی و ۳۰/۰۹٪ از نمونه‌ها خشونـت جنسی را تجربه کرده بودند و بالاترین نمره خشونـت مربوط به خشونت روانی می‌باشد. این نتایـج در مقایسه با مطالعات انجـام شده در سطح دنیا بالاتر است و با دیگر مطالعـات انجام شده در ایران همخوانی دارد. مشابه این پژوهش مطالعـه نوح جاه و همکاران در ایران که میزان خشونت روانی را ۴۱٪، خشونـت فیزیکی ۲۰/۲٪ و خشونت جنسـی را ۱۰/۹٪ گزارش کردند (۸). و پژوهـش کـلارک۳ و همکـاران در سال ۲۰۰۹ کـه شایع‌ترین اشکال خشونت را خشونـت روانی با ۷۳/۴٪ و سپس خشونت فیزیکی ۳۱/۲٪ و خشونت جنسی ۱۸/۸٪ عنوان کردند (۲۹). مطالعه غضنفری نیز شایع‌تریـن شکل خشونت را خشونت روانی بـا میانگین ۲۴/۸۳ و سپس خشونت فیزیکی با میانگین ۱۴/۸۷ و خشونت جنسی با میانگین ۴/۳۶ گـزارش کرد (۱۸). در سال ۲۰۱۲ نیز در مطالعه‌ای گزارش شد کـه ۴۱/۹٪ از زنان از هر دو نوع خشونت فیزیکی و روانی رنج می‌برند و خشونت روانی شایع‌تـر از خشونت فیزیکی می‌باشد (۳۰). در مقابل

3 - Clark

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

عارفـی بیشترین میـزان خشونت را از نوع فیزیکـی با ۵۰٪ و سپس خشونت‌هـای روانی و مالی به ترتیب ۲۶/۱٪ و ۲۳/۲٪ نشان داد (۳۱). شیـوع خشونت خانگـی و انواع آن با توجه به جمعیـت مورد مطالعه، فرهنـگ آن جامعه، ابـزار غربالگری مورد استفـاده، زمان و روش‌های پژوهـش متفاوت است (۳۲). در مورد تفاوت در میزان خشونت جنسی می‌تـوان گفت موانع فرهنگی در گزارش این نوع خشونت، نبود تعریف دقیق و مشخصی از آن و زمینه‌های متفاوت اجتماعی فرهنگی می‌تواند از عوامل موثر بر شیوع متفاوت باشد.

نتایج مطالعه حاکی از این است که اختلاف آماری معنی‌داری بین افکار خودکشی دو گروه وجود دارد. به طوری که به صورت معناداری در گروه خشونـت دیـده فراوانی افکار خودکشی پرخطر بالاتـر بوده است و بین خشونت‌هـای فیزیکی و روانی و افکار خودکشـی رابطه آماری مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش خشونت فیزیکی و روانی میزان افکار خودکشـی نیز افزایش می‌یابد. اعمال خشونت جنسی با افکار خودکشی همبستگی داشته اما این همبستگی، همبستگی معناداری نبوده است و این نشان از عمق جراحتی دارد که در اثر اعمال خشونت روانی و فیزیکی از سوی مردان علیه همسرانشان در زنان مورد خشونت قرار گرفته ایجاد می‌شـود. به طور مشابـه در سال ۲۰۰۸ در مطالعـه‌ای گزارش شد که مجرمان و قربانیان خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری افزایشی در میزان افکار خودکشـی داشتند (۳۳). خشونت و رفتارهـای خودکشی ارتباط معنی‌داری با هم دارند (۳۴). خشونت توسط همسر با افزایش رفتارهای مربوط به خودکشی همراه است (۳۵). خشونت فیزیکی، روانی و جنسی ممکن است به طور قـوی با خودکشی همراه باشند (۳۶). در مطالعه‌ای تاکید شده است که قرار گرفتن در معرض خشونت و یا تروما ممکن است باعث افزایش احساس افسردگی شـود و همچنین روی توانایی مواجهه با استرس تاثیر بگـذارد و بنابراین به پیامدهایی نظیر افکار خودکشی و تـلاش برای خودکشی بیانجامد. بخش خدمـات سلامت روحی و روانی باید این ارتباط قوی بین خشونت و خودکشی در زنان که در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند را تشخیص داده و جهت رفع آن اقـدام کنند (۵). در ایران نیز در نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۳ در شهر تهـران از بین خشونت‌ها خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل بـه افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسـر داشته است (۱۴) و در سـال ۱۳۸۹ نشان داده شد که فقـر از راه خشونت خانوادگی بیشترین تأثیر را بر خودکشی داشته است. زنان و جوانان برخوردار از زندگی توأم با محرومیت و خشونت خانوادگی بیشترین اقدام به خودکشی را داشته‌اند (۳۷). موسوی و همکاران نیز در مطالعه خود رابطه آماری معنی‌داری را بین "طلاق والدین، خشونت در خانواده، درجه ارتباط کلامی در خانواده، اختلاف والدین، مورد اذیت و آزار قرار گرفتن به لحاظ جسمانی، کلامی و جنسـی در دوران کودکی و اقدام به خودکشی را نشان دادند(۳۸). در تحقیقی نشان داده شد که ۶۷/۷٪ زنانی که اقدام به خودکشی داشتند مورد خشونت همسرانشان قرار گرفته بودند (۳۹).

نتایـج این تحقیق نشان داد که یکی از عـوارض جبران‌ناپذیر خشونت خانگی افزایش افکار خودکشـی در میان افراد خشونت دیده می‌باشد. آگاهـی از اهمیت خشونت خانگی و عـوارض آن از جنبه‌های مختلفی قابل تأمل اسـت از جمله این که با وجود پیامدهای نامطلوب خشونت علیـه زنـان، این پدیده هنـوز در برخی از کشورهـا از جمله کشور ما چندان شناخته شده نیست و در بسیاری از موارد در خانواده‌ها به دلیل شـرم و خجالت و یا آبروداری خاموش مانـده و به بیرون درز نمی‌کند لـذا اکثر مراقبان بهداشتی از میزان شیوع واقعی خشونت و عوارض آن در جمعیتشـان آگاهی ندارنـد و نمی‌توانند نقش مفیدی ایفا کنند. در ایـن راستا لازم است که پرسنل بهداشتی از جمله ماماها در این زمینه آمـوزش لازم را ببیننـد تا بتوانند در مواقع لـزوم عکس‌العمل مناسب داشتـه باشند. اولین قدم آنان ایـن است که اعتمادسازی کنند و زمان کافـی و محیط آرام و مناسب جهت برقـراری ارتباط با مددجو داشته باشنـد و با توجه بیشتر و اشتیـاق به صحبت‌های وی گوش فرا داده و بتواننـد مشاوره و اطلاعات مناسب دربـارۀ سازمان‌های حمایت کننده در ایـن راستا را به مددجو بدهند. در ابعـاد کلی‌تر توانمندسازی زنان در زمینـه کاهش میزان موارد قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و نحوه برخورد با موقعیت‌های خشونت‌آمیز، افزایش استفاده از رفتارهای ایمـن توسط زنان، بهبود وضعیت اعتمـاد به نفس زنان، افزایش موارد استفـاده از خدمـات مشاوره‌ای مراکز بهداشتـی - درمانی و یا پلیس، ارائه آموزش‌های لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالـی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائه برنامه‌هایی مانند خدمات حقوقی، پزشکی و روان‌شناختـی برای زنان خشونت دیده می‌تواند در کاهش مـوارد خشونت خانگی علیه زنان و بهبود وضعیت سلامت آنان موثر واقع شود.

از جملـه محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش امکـان عـدم همکـاری شرکت‌کنندگـان و عدم پاسخگویی صحیح به سـوالات به علت ایجاد احسـاس شرم و خجالت و در نتیجه عدم افشاء خشونت خانگی بود که سعـی شد با ارتباط مناسب و توضیحات کافی برای افراد مورد پژوهش و در اختیـار قراردادن پرسشنامه‌ها به خود افراد، این محدودیت تا حد زیادی کنترل شود. تکمیل پرسشنامه‌ها تنها با اتکا به اظهارات زنان از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بود.

امید است نتایج چنین تحقیقاتـی زمینه‌ساز تلاش‌های بعدی ما باشند زیرا باور داریم که مهار خشونت علیه زنان و تبیین آن با ژرف اندیشی و احساس مسؤولیتی صادقانه و همگانی، کاری ممکن و مورد انتظار است.

سپاسگزاری

این مقالـه برگرفته از پایـان نامه کارشناسی ارشـد مامایی با گرایش مامایـی قانونی می باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکـی و خدمات بهداشتـی درمانی شهید بهشتـی و دانشگاه علوم پزشکـی و خدمات بهداشتی درمانی گیـلان و معاونت آموزش قضایی استان گیـلان و کلیه کسانی که در طی تحقیـق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

References

1- Behnam H, Moghadam hoseyni V, Soltani far A. Assess the frequency and severity of domestic violence during pregnancy. Ofogh danesh journal. 2008; 14(2):70-76.[Persian]

2- World Health Organization.Violence and Health. Center for Global Nonkilling.2009;9-79

3- Taherkhani S, Mirmohamadali M, Kazem nezhad A, Arbabi M. Investigate the relationship between experience and the fear of domestic violence and depression in women. Journal of Forensic Medicine.2010; 16(2): 95-106.[Persian]

4- Nojomi M , Agaee S, Eslami S. et al. Domestic Violence against Women Attending Gynecologic Outpatient Clinics. Archives of Iranian Medicine.2007; (3): 309 – 315

5- Devries K, Watts CH, Yoshihama M Kiss L, Blima Schraiber L, Deyessa N et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social Science & Medicine.2011 ;(73): 79-86

6- Meydokht rezaee A, Khodadadi Z, Mirmohamadi L. The relationship between dysfunctional thoughts and suicidal thoughts tend to be abused wives. Journal of research Sociology Women. 2011; 2(3):123-128.[Persian]

7- Audi C.A.F, Correa A.M.S, Andrade M.D.G, Perez-Escamilla R .Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. Revista de Sade Public.2008; (5): 877-885.

8- Nohja S, et al. The prevalence of domestic violence against women and associated factors in Khuzestan province. The Scientific Monthly, Kermanshah University of Medical Sciences.1390; 15(4):278-286.[persian]

9- Ahmadi B, Alimohamadiyan M, Golestan B, Bagheriyazdi A, Shojaeezade D. The impact of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. Journal of Health and Institute of Health Research.2006;4(2):35-44.[persian]

10- Razeghi N, Tadayonfar M, Akaberi A. The incidence of wife abuse and its related factors in women referred to health centers in Sabzevar. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.2010;17(1):39-47.[persian]

11- Othman S, Adnan N. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. Asia Pacific Family Medicine.2008; (2): 1-8.

12- Brendel W. R, et al .An Approach to the Patient in Crisis: Assessments of the Risk of Suicide and Violence. MEd Clin N Am.2010; (94): 1089-1102.

13- Varnik P. Suicide in the World. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2012; (9): 760-771.

14- Khosravi Z, Khaghanifard M. Evaluate the relationship of spouse abuse with suicidal thoughts and a desire to harm women in Tehran wife. Women's Studies. 2004;2(6):99-113.[Persian]

15- Krug EG, Mercy JA, Pahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health, Geneva: Lancet; 2002. 360(9339):1083-88.

16- Hajian, S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abad K, Hajianet P, Jalalian M. Violence against Women by Their Intimate Partners in Shahroud in Northeastern Region of Iran. Global Journal of Health Science. 2014;6 (3): 117-130.

17- Hemati R. Prevalence of wife abuse and related factors in Islam Abad Zanjan 1382. Journal of medical sciences university of Zanjan. 2005; 13(20):36-43. [Persian]

18- Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women attending health centers of Semnan 2003. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2004; 2(6):115-121.[Persian]

19- Ghazanfari F. The relationship between patterns of family relationships and domestic violence against women in the province. Journal of Mental Health.2010; 12(2):5-48.[Persian]

20- Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health 2009 ;(9): 129.

21- Shams esfand abad H, Emamipoor S. Partner violence and its influencing factors among married women. Journal of Rehabilitation.2004 ;(3):30-36. [Persian]

22- Abramsky T, Watts C.H, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health.2011; 11(109): 2-17.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

23- Zangane M. Sociological Study of Factors Affecting Men violence against women. Faculty of Humanities University. 2001 ;(4):57-66. [Persian]

24- Salarifar M, Domestic violence against women, First chap, Tehran: Golbarg; 2010.179-180. [Persian]

25- Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical sciences.2007 ;(11):32-41. [Persian]

26- Bodaghabadi M. Study of the Pregnancy Outcome in Victims of Domestic Violence Referring to Mobini Hospital in Sabzevar, Iran. Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences.2005 ;(12):41-46. [Persian]

27- Ansari H, Noruzi M, Yadegari M.A, Javaheri M, Ansari S. Evaluation of physical violence, psychological and sexual and related factors among married women in Zahedan. Medical Journal of Hormozgan. 2011; 16(6):491-499. [Persian]

28- Silva E.P, Ludermir A.B ,Velho Barreto T, Alves Valongueiro S. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. Rev Saúde Pública.2011; 45 (6):1- 9

29- Clark C.J , Bloom D.E, Hill A.G, Silverman J.G. Prevalence estimate of intimate partner violence in Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal.2009; (15): 880-889.

30- Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasqupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. Indian journal of public health.2012; 1 (56): 31-3.

31- Arefi M. Descriptive study of domestic violence against women in the city of Urmia. Women's Studies. 2003; 1(2)103-119. [Persian]

32- Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol. 2004; (18):260-9.

33- Ling Chan K, Murray A.S, Douglas A.B, Tiwari A, Leung W.C. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. Journal of Midwifery & Women's Health.2008; (53): 529–537

34- Pillai A, Andrews T, Patel V. Violence, psychological distress and the risk of suicidal behavior in young people in India. International Journal of Epidemiology.2008; (38):459–469.

35- Ellsberg M, Jansen H.A.F.M, Heise L, Watts C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 2008 ;(371): 1165-1172.

36- Joiner T, Sachs-Ericsson N. J, Wingate L. R, Brown J. S, Anestis M. D, Selby E. A, Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. Behaviour research and therapy. 2007 ;(45): 539-547.

37- Anbari M, Bahrami A. Effects of poverty and violence on suicide rates in Iran. Iranian Journal of Social Issues.2010;1(2):1-29.[Persian]

38- Musavi F, Sajadi H, Rafiee H, Feyzi A. Family factors associated with suicide. Journal of Social Welfare.2008 ;(27):53-72. [Persian]

39- Memari A, Ramim T, Amir moradi F, Khosravi Kh, Gudarzi Z. The causes of suicide attempts among married women. Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2006;12(1):47-53.[Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]

Relationship between Domestic Violence and Suicidal Thoughts on Women Referred to Rasht City Health-Medical Center and the Family Courts in 2013

Mahboube ahmadi* - Mona Rahnavardi† - Mehrzad Kiyani***- Asma Pur Hoseyngholi******

*MSc in Midwifery, Faculty of Martyr, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
**MSc in Midwifery, Midwifery Trends Forensic, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
*** MD, Associate Professor of Medical Ethics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
*** PhD Student in Biostatistics, Faculty member of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: *Domestic violences are one of the most important contributors to the global burden of disease among women and girls, but little is known about prevalence and modifiable risk factors in low and middle income countries. Evidence suggests that domestic violence against women can also affect women's mental health and can lead to suicidal behavior. The purpose of this study is to determine the relationship between domestic violence and suicidal thoughts.*

Methods: *This study is a retrospective study. The study population consisted of 110 qualified women referred to health centers and family courts of the city of Rasht. Sampling method was available or easy. We use 2 questionnaires for this study: Domestic violence and Beck Scale for suicidal Ideation. Questionnaire validity and reliability were measured through content validity and Intraclass Correlation Coefficient.*

Findings: *The highest scores were related to psychological violence, with an average 44.13 and then physical violence by an average 33/88 and at the end sexual violence, with an average 30/09. Results showed a significant positive correlation between physical violence (r=0.5) and psychological violence (r=0.3) with suicidal ideation (P<0.001). But no significant relationship between sexual violence and suicidal ideation was observed (P=0.2) and (r=0.2).*

Conclusion: *The results showed that physical and psychological violence are associated with suicidal ideation. Given the high prevalence of domestic violence among women in this study and the recognition of violence as a major risk factor for women's ill-health must be fully integrated into mental health policy. Resources must be allocated to preventing violence against women and mitigating its consequences in order the mental health needs of women to be effectively addressed.*

Keyword: *Domestic Violence, Suicidal Thoughts, Women*

Received: 18 May 2014 *Accepted: 26 July 2014*

†Correspondences: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Nursing & Midwifery School, Niysyesh Intersection, Vali-e-Asr St. Tehran-Iran. Tel: +98 (21)88655366

E-mail: mona.rahnavardi@yahoo.com

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-30]