

بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکار خودکشی 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 دکتری آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی یکی از مهم‌ترین عواملی است که تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق زنان و دختران در جهان محسوب می‌شود اما شیوع و عوامل خطر قابل اصلاح آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط کمتر شناخته شده است. شواهد نشان 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 مراجعه کننده 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 خودکشی بک می‌باشد. پرسشنامه‌ها با روش اعتبار محتوا و پایایی آن‌ها از طریق ضریب پایایی 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.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که خشونت فیزیکی و روانی با افکار خودکشی ارتباط دارد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای خشونت خانگی در زنان این پژوهش و شناخت خشونت به عنوان یک عامل خطر عمده برای ایجاد بیماری در زنان باید برنامه پیشگیری 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.

تایید مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۰۴

وصول مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۲۸

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

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

مقدمه

بشر است و به معنی رفتار خشونت آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده است (۲). معمولاً زنان و دختران نخستین قربانیان خشونت خانگی هستند (۳).

حذف خشونت علیه زنان ۲ سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی در زنان شود (و یا احتمال بروز آن

خانواده اصلی ترین هسته در جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل گیری شخصیت فرزندان دارد (۱). خشونت خانگی یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی و مساله حقوق

2 - Declaration on the Elimination of Violence Against Women

1 - Domestic violence

خود به قصد مرگ تعریف می‌شود مردان بیشتر از زنان خودکشی موفق انجام می‌دهند اما تلاش برای انجام خودکشی و افکار خودکشی در زنان شایع‌تر می‌باشد (۱۲). طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۹ در جهان ۷۸۲ هزار مورد در هر سال 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 حدود ۸٪ در تانزانیا، ۱۲٪ در پرو و شیوع داشتن افکار کشنده نسبت به خود در زنان ۷/۲٪ در سریبیا و ۱۳/۶٪ در پرو می‌باشد. خشونت توسط همسر و خشونت فیزیکی غیرهمسر و خانواده، طلاق و آزار جنسی از ریسک فاکتورهای تلاش برای خودکشی می‌باشند و خشونت جنسی و فیزیکی همسر ارتباط متوسط رو به بالا با خودکشی در اکثر مناطق دارد (۵). از بین انواع خشونت، خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر دارد (۱۴). عدم آگاهی و اطلاعات کافی در مورد شیوع، ماهیت، علل و پیامدهای خشونت خانگی، مانعی جدی بر سر راه شناخت وسیع‌تر موضوع و راهکارهای مداخلات مؤثر است (۱۵). با توجه به این که در این زمینه مطالعات کافی در شهرهای مختلف و قومیت‌های مختلف ایران صورت نگرفته و همچنین اکثر مطالعات در این زمینه به صورت توصیفی بوده و مربوط به حداکثر ۱۰ سال پیش می‌باشد، در این مطالعات گروه شاهدهی جهت مقایسه وجود ندارد. پژوهش حاضر با هدف به دست آوردن ارتباط خشونت خانگی و افکار خودکشی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان رشت در سال ۱۳۹۲ انجام شده است با این امید که بتواند گامی اندک در جهت حمایت از زنان بردارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی از نوع همگروهی گذشته‌نگر، زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش در دسترس (آسان) صورت گرفت. به این صورت که پس از اخذ مجوزهای لازم ابتدا از دادگاه‌های خانواده شماره ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ شهرستان رشت و سپس مراکز بهداشتی - درمانی شماره ۷ و ۱۵ شهرستان رشت اقدام به نمونه‌گیری شد. جمعیت مورد مطالعه ۱۱۰ نفر بود که ۵۵ نفر در هر گروه (خشونت دیده و بدون خشونت) وارد شدند. معیارهای ورود به مطالعه در گروه خشونت دیده: باسواد باشند، به بیماری روانی مبتلا نباشند، سابقه استفاده 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 مرگ عزیزان را تجربه نکرده باشند، زانی که حداقل مورد یکی از انواع خشونت‌های خانگی (فیزیکی، جنسی و

زیاد باشد)، برای زنان رنج‌آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد (۴). طبق مطالعه‌ای که سازمان جهانی بهداشت در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده، میزان شیوع آن از ۱۳ تا ۷۱٪ متغیر بوده 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 می‌شود و حدود چهار میلیون از زنان آمریکایی در طول ۱۲ ماه حداقل یک بار مورد ضرب و شتم شوهرانشان قرار می‌گیرند (۶). نتایج مطالعه‌ای در زمینه خشونت خانگی که با همکاری سازمان جهانی بهداشت انجام شده بود، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طول زندگی از ۱۵٪ در ژاپن تا ۷۱٪ در ایتویپی متفاوت است و شیوع خشونت جسمی و جنسی اعمال شده بین ۴٪ تا ۵۴٪ بوده است (۷). بررسی‌های پزشکی قانونی در کشور 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 به 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 کام مرگ فرو می‌روند، تعداد بسیاری نیز مجروح شده، دچار مشکلات جسمی، جنسی، تولیدمثلی و روانی می‌گردند. بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی مسؤول ۱۹٪ از کل بار بیماری در زنان ۱۹-۴۴ ساله در کشورهای صنعتی می‌باشد. این بدان معنی است که در مورد زنان، یک سال از هر ۵ سال زندگی سالم که به علت صدمه، بیماری یا مرگ پیش از موعد از دست می‌رود به خشونت نسبت داده می‌شود خشونت علیه زنان و دختران تهدید جدی برای سلامتی و حقوق انسانی محسوب می‌شود، همچنین مشکلی جهانی است که به وسعت مرزهای کشورها، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نژادی و قومی گسترده شده است و لسی 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). همچنین خشونت می‌تواند ناتوانی‌های جسمی، سردردهای مزمن، مصرف مواد مخدر، اقدام به خودکشی و اختلالات روانی را به دنبال داشته باشد (۱۱). خودکشی یازدهمین علت منجر به مرگ در آمریکا می‌باشد و به صورت آسیب عمده‌ی به

پرخطر می‌باشد (۱۷).

جهت تعیین اعتبار و اعتماد علمی، پرسشنامه خشونت خانگی و افکار خودکشی بک از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه‌ها براساس اهداف پژوهشی و با استفاده از منابع علمی، مقالات و مطالعات سایر پژوهشگران تنظیم شده و در اختیار ده نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب ICC (Intraclass Correlation Coefficient) استفاده 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.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18 صورت گرفت و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای اسکور، آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری (R.M.ANOVA) جهت مقایسه میانگین نمره خشونت و آزمون همبستگی اسپیرمن جهت تعیین میزان 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 $32/69 \pm 7/65$ سال و در گروه خشونت دیده $33/94 \pm 6/92$ میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت $9/82 \pm 6/32$ سال و در گروه خشونت دیده $11/6 \pm 6/57$ سال، میانگین سن همسر در گروه بدون خشونت $28/72 \pm 8/51$ سال و در گروه خشونت دیده $37/16 \pm 7/03$ سال بود. آزمون t تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه نشان نداد. $89/1\%$ زنان در گروه دارای خشونت و $90/9\%$ 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 $5/5\%$ موارد در سطح ابتدایی، $16/4\%$ در سطح راهنمایی، $14/5\%$ در سطح دبیرستان، $36/4\%$ در سطح دیپلم و $27/3\%$ دانشگاهی بود. شغل آنان در $70/9\%$ موارد خانه دار، نوع مسکن در $38/2\%$ موارد اجاره‌ای، میزان درآمد ماهیانه در $14/5\%$ موارد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان و $85/5\%$ موارد با همسر و فرزندان مشترکشان زندگی می‌کردند.

میزان تحصیلات گروه خشونت دیده در $7/3\%$ موارد در سطح ابتدایی، $18/2\%$ در سطح راهنمایی، $10/9\%$ در سطح دبیرستان، 40% در سطح دیپلم و $23/6\%$ دانشگاهی بود. شغل آنان در $76/4\%$ موارد خانه دار، نوع مسکن در $43/6\%$ موارد اجاره‌ای، میزان درآمد ماهیانه در 20% موارد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان و $47/3\%$ موارد با همسر و فرزندان مشترک خود زندگی می‌کردند.

روانی) توسط همسر قرار گرفته‌اند و در گروه بدون خشونت تمامی موارد فوق به جز خشونت را شامل می‌شود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت 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 مراکز بهداشتی- درمانی که به دلایل مختلف مراجعه 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 به پرسشنامه خشونت در دو گروه نمونه‌گیری شده از دو مکان وجود نداشت ($P = 0/1$).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از پرسشنامه خشونت خانگی WHO که در ایران همانندسازی شده و در بسیاری از مقالات (نظیر آقاخانی، آقابیکلویی و چهره ساز ۲۰۰۲، فرخ اسلاملو و بوشهری ۲۰۰۷، کاظمی نوایی ۲۰۰۴، نریمانی و آقامحمدیان ۲۰۰۷) مورد استفاده قرار گرفته (۱۶) و پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Scale for Suicidal Ideation) می‌باشد. پرسشنامه خشونت خانگی شامل اطلاعات دموگرافیک و سابقه مامایی و سوالات حیطه‌های مختلف خشونت خانگی (خشونت 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، نسبت فامیلی با همسر، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج خود و همسر، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد سقط می‌باشد.

در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر در طی یک سال گذشته است که با استفاده 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 خشونت فیزیکی، جنسی و روانی می‌باشد، حیطه 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 دموگرافیک و مامایی می‌باشد. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۵ حالت لیبرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار، بیش از ۵ بار) محاسبه می‌گردد. زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک 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 ابزار خودسنجی ۱۹ پرسشی است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. مقیاس بر 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. نمره‌گذاری نهایی این آزمون به صورت ۰-۳ فاقد افکار خودکشی، ۴-۱۱ دارای افکار خودکشی کم خطر، ۱۲-۳۸ دارای افکار خودکشی

بین خشونت خانگی و افکار خودکشی در دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت از آزمون آماری کای- دو استفاده شد که در سطح معناداری ۰/۰۵ اختلاف آماری معنی داری بین افکار خودکشی دو گروه وجود داشت ($p < 0.001$). به طوری که به طور معناداری در گروه خشونت دیده فراوانی افکار خودکشی پرخطر بالاتر بود.

جهت بررسی میزان ارتباط خشونت های فیزیکی، روانی و جنسی و افکار خودکشی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد که همبستگی مثبت و معناداری بین افکار خودکشی و خشونت فیزیکی با ($p < 0.001$)، ($r = 0.5$)، افکار خودکشی و خشونت روانی با ($r = 0.3$) ($p < 0.005$) مشاهده شد اما بین خشونت جنسی و افکار خودکشی همبستگی مثبت و معناداری با ($r = 0.2$, $p < 0.1$) مشاهده نگردید (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش از نظر متغیرهای سن، سن همسر، مدت زمان ازدواج، نسبت فامیلی با همسر، میزان تحصیلات زن و همسر، شغل زنان، میزان درآمد ماهیانه، تعداد بارداری و زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، وضعیت ازدواج، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج زن و همسر تفاوت معنی داری وجود نداشت لذا اثر این عوامل به عنوان عوامل مداخله گر در نتایج پژوهش کنترل شده است اما بین شغل همسر ($p < 0.04$) و وضعیت مسکن ($p < 0.03$) در افراد دو گروه، تفاوت

آزمون آماری کای- دو تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه از نظر متغیرهای میزان تحصیلات زن و همسر، شغل زنان، میزان درآمد ماهیانه، تعداد بارداری و زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، وضعیت ازدواج، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج زن و همسر نشان نداد اما بین شغل همسر ($p < 0.04$) و وضعیت مسکن ($p < 0.03$) در افراد دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت (جدول های شماره ۱ و شماره ۲ و شماره ۳).

در بررسی وضعیت خشونت در این مطالعه ابتدا نمره 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 تجربه شده بود. برای مقایسه میانگین نمره خشونت در سه حیطة (فیزیکی، روانی و جنسی) در افراد گروه دارای خشونت از آزمون R.M.ANOVA (آنالیز واریانس برای اندازه های تکراری) استفاده شد که در سطح معناداری ۰/۰۵ اختلاف معناداری بین نمره سه حیطة خشونت در این گروه مشاهده شد ($p\text{-value} < 0.001$). به طوری که بالاترین نمره خشونت مربوط به حیطة روانی سپس جسمی و در آخر جنسی می باشد.

در بررسی وضعیت افکار خودکشی در گروه بدون خشونت ۷۴/۵٪ موارد فاقد افکار خودکشی، ۲۱/۸٪ موارد دارای افکار خودکشی کم خطر و ۳/۶٪ موارد دارای افکار خودکشی پرخطر بودند. در گروه خشونت دیده ۳۶/۴٪ فاقد افکار خودکشی، ۳۲/۷٪ موارد دارای افکار خودکشی کم خطر و ۳۰/۹٪ دارای افکار خودکشی پرخطر بودند. در بررسی ارتباط

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 دادگاه های خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

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

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

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

P<0/05*

جدول ۳ - توزیع فراوانی نسبی واحدهای 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

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

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 معنی دار

معنی داری وجود داشت.

در مطالعه‌ای ارتباط معنی داری بین سن زنان و خشونت خانگی بیان نشد (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر بیشترین فراوانی خشونت را در رده سنی ۳۰-۳۴ سال و کمترین فراوانی را در رده سنی ۱۵-۱۹ سال عنوان کردند (۱۹). مطالعاتی نیز نشان دادند که میزان خشونت خانگی با افزایش سن افزایش می‌یابد (۲۱، ۲۰) در مقابل، مطالعه‌ای از سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان داد که زنان جوان تر به خصوص رده سنی ۱۵-۱۹ سال در ریسک بالاتری برای تجربه خشونت خانگی قرار دارند (۱۵). و سن پایین زنان را از ریسک فاکتورهای افزایش خطر خشونت توسط همسر بیان کردند (۲۲). در این پژوهش در مقایسه سن واحدهای مورد پژوهش در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد لذا اثر این عامل مداخله‌گر کنترل شده است.

در مطالعه‌ای در خوزستان ارتباط معنی داری بین خشونت و سن مردان بیان شد به طوری که با افزایش سن مردان میزان خشونت نیز افزایش می‌یابد و میزان خشونت از ۳۹/۷٪ در مردان زیر ۲۵ سال به ۵۱/۶٪ در مردان گروه سنی ۵۰ تا ۷۹ سال می‌رسید (۸). مطالعه‌ای دیگر عنوان کرد که با افزایش سن مردان میزان همسرآزاری روانی افزایش می‌یابد (۲۱). در مقابل در مطالعه‌ای دیگر بیان شد که بین سن شوهر و خشونت او با همسر رابطه معکوس و معناداری وجود دارد یعنی با افزایش سن مرد میزان خشونت کاهش می‌یابد (۲۳). در این پژوهش در مقایسه سن واحدهای مورد پژوهش در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد لذا اثر این عامل مداخله‌گر کنترل شده است.

به نظر می‌رسد که متغیر سن از جهت‌های زیر بر خشونت خانگی تأثیرگذار است: در مرتبه نخست، سن پایین تر مرد و زن معمولاً با عدم رشد یافتگی و ناپختگی همراه است و این متغیر، زمینه خشونت را از طرف زن و مرد بیشتر فراهم می‌کند. دوم این که، مرد در سن جوانی مهار رفتاری کمتری دارد. همچنین قدرت سازگاری زن و مرد در سنین پایین تر، کمتر است. سوم این که هر چه فاصله سنی بیشتر باشد، امکان توافق و سازگاری زن و شوهر کمتر است زیرا درک متقابل دشوار تر می‌شود.

در این پژوهش تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر شغل همسران وجود داشت و دو گروه از نظر شغل همسر همسان نبودند به طوری که میزان همسران بیکار در گروه دارای خشونت ۱۶/۴٪ در مقابل ۱/۸٪ در گروه بدون خشونت بود. بنابراین می‌توان گفت که بیکاری مردان می‌تواند در بروز خشونت از جانب آن‌ها همراه باشد. به طور کلی بیکاری از عوامل خطر آفرین 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 که حتی پس از کنترل آماری درآمد، سن و قومیت، بیکاری شوهر احتمال بروز خشونت از وی را ۱/۶۸ برابر افزایش می‌دهد (۲۴). به طور مشابه مطالعه‌ای در کردستان بیان کرد که مردان بیکار خشونت فیزیکی بیشتری را بر زنان خود اعمال می‌کنند (۲۵). همچنین در مطالعاتی رابطه معناداری میان شغل همسر و خشونت بیان شده است (۲۶، ۱۹، ۱۰). به طوری که بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر عامل بروز بیشتر موارد خشونت مالی، کلامی و فیزیکی بوده است (۱۸). انصاری و همکاران نیز رابطه معناداری بین شغل همسر و خشونت فیزیکی بیان کردند به طوری که مواجهه با خشونت فیزیکی شدید در بین زنان دارای همسر بیکار ۱۷ برابر زنان دارای همسر کارمند بود (۲۷).

در این پژوهش تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر وضعیت مسکن وجود داشت و دو گروه از نظر وضعیت مسکن همسان نبودند. بنابراین وضعیت مسکن با خشونت خانگی رابطه آماری معنی داری داشت به طوری که اکثریت زنان در گروه خشونت دیده منزل اجاره‌ای داشته و درصد بیشتری از آن‌ها با خانواده خود زندگی می‌کردند. مشابه این تحقیق مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ می‌باشد که گزارش کردند ۳۴٪ از زنان مورد خشونت، مالک منزل نبودند (۲۸).

پژوهش نشان داد که ۳۳/۸۸٪ از نمونه‌ها خشونت فیزیکی، ۴۴/۱۳٪ خشونت روانی و ۳۰/۰۹٪ از نمونه‌ها خشونت جنسی را تجربه کرده بودند و بالاترین نمره خشونت مربوط به خشونت روانی می‌باشد. این نتایج در مقایسه با مطالعات انجام شده در سطح دنیا بالاتر است و با دیگر مطالعات انجام شده در ایران همخوانی دارد. مشابه این پژوهش مطالعه نوح جاه و همکاران در ایران که میزان خشونت روانی را ۴۱٪، خشونت فیزیکی ۲۰/۲٪ و خشونت جنسی را ۱۰/۹٪ گزارش کردند (۸). و پژوهش کلارک ۳ و همکاران در سال ۲۰۰۹ که شایع ترین اشکال خشونت را خشونت روانی با ۷۳/۴٪ و سپس خشونت فیزیکی ۳۱/۲٪ و خشونت جنسی ۱۸/۸٪ عنوان کردند (۲۹). مطالعه غضنفری نیز شایع ترین شکل خشونت را خشونت روانی با میانگین ۲۴/۸۳ و سپس خشونت فیزیکی با میانگین ۱۴/۸۷ و خشونت جنسی با میانگین ۴/۳۶ گزارش کرد (۱۸). در سال ۲۰۱۲ نیز در مطالعه‌ای گزارش شد که ۴۱/۹٪ از زنان از هر دو نوع خشونت فیزیکی و روانی رنج می‌برند و خشونت روانی شایع تر از خشونت فیزیکی می‌باشد (۳۰). در مقابل

خانگی افزایش افکار خودکشی در میان افراد خشونت دیده می‌باشد. آگاهی از اهمیت خشونت خانگی و عوارض آن از جنبه‌های مختلفی قابل تأمل است از جمله این که با وجود پیامدهای نامطلوب خشونت علیه زنان، این پدیده هنوز در برخی از کشورها از جمله کشور ما چندان شناخته شده نیست و در بسیاری از موارد در خانواده‌ها به دلیل شرم و خجالت و یا آبروداری خاموش مانده و به بیرون درز نمی‌کند لذا اکثر مراقبان بهداشتی از میزان شیوع واقعی خشونت و عوارض آن در جمعیتشان آگاهی ندارند و نمی‌توانند نقش مفیدی ایفا کنند. در این راستا لازم است که پرسنل بهداشتی از جمله ماماها در این زمینه آموزش لازم را ببینند تا بتوانند در مواقع لزوم عکس‌العمل مناسب داشته باشند. اولین قدم آنان این است که اعتمادسازی کنند و زمان کافی و محیط آرام و مناسب جهت برقراری ارتباط با مددجو داشته باشند و با توجه بیشتر و اشتیاق به صحبت‌های وی گوش فرا داده و بتوانند مشاوره و اطلاعات مناسب دربارهٔ سازمان‌های حمایت کننده در این راستا را به مددجو بدهند. در ابعاد کلی تر توانمندسازی زنان در زمینه کاهش میزان موارد قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و نحوه برخورد با موقعیت‌های خشونت‌آمیز، افزایش استفاده از رفتارهای ایمن توسط زنان، بهبود وضعیت اعتماد به نفس زنان، افزایش موارد استفاده از خدمات مشاوره‌ای مراکز بهداشتی - درمانی و یا پلیس، ارائه آموزش‌های لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائه برنامه‌هایی مانند خدمات حقوقی، پزشکی و روان‌شناختی برای زنان خشونت دیده می‌تواند در کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان و بهبود وضعیت سلامت آنان موثر واقع شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش امکان عدم همکاری شرکت‌کنندگان و عدم پاسخگویی صحیح به سئوالات به علت ایجاد احساس شرم و خجالت و در نتیجه عدم افشاء خشونت خانگی بود که سعی شد با ارتباط مناسب و توضیحات کافی برای افراد مورد پژوهش و در اختیار 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 تحقیقاتی زمینه‌ساز تلاش‌های بعدی ما باشند زیرا باور داریم که مهار خشونت علیه زنان و تبیین آن با ژرف اندیشی و احساس مسؤلیتی صادقانه و همگانی، کاری ممکن و مورد انتظار است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی با گرایش مامایی قانونی می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان و معاونت آموزش قضایی استان گیلان و کلیه کسانی که در طی تحقیق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

عارفی بیشترین میزان خشونت را از نوع فیزیکی با ۵۰٪ و سپس خشونت‌های روانی و مالی به ترتیب ۲۶/۱٪ و ۲۳/۲٪ نشان داد (۳۱). شیوع خشونت خانگی و انواع آن با توجه به جمعیت مورد مطالعه، فرهنگ آن جامعه، ابزار غربالگری مورد استفاده، زمان و روش‌های پژوهش متفاوت است (۳۲). در مورد تفاوت در میزان خشونت جنسی می‌توان 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 خشونت دیده فراوانی افکار خودکشی پرخطر بالاتر بوده است و بین خشونت‌های فیزیکی و روانی و افکار خودکشی رابطه آماری مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش خشونت فیزیکی و روانی میزان افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد. اعمال خشونت جنسی با افکار خودکشی همبستگی داشته اما این همبستگی، همبستگی معناداری نبوده است و این نشان از عمق جراحی دارد که در اثر اعمال خشونت روانی و فیزیکی از سوی مردان علیه همسرانشان در زنان مورد خشونت قرار گرفته ایجاد می‌شود. به طور مشابه در سال ۲۰۰۸ در مطالعه‌ای گزارش شد که مجرمان و قربانیان خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری افزایشی در میزان افکار خودکشی داشتند (۳۳). خشونت و رفتارهای 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 قوی 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 شود و همچنین روی توانایی مواجهه با استرس تاثیر بگذارد و بنابراین به پیامدهایی نظیر افکار خودکشی و تلاش برای خودکشی بیانجامد. بخش خدمات 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 اقدام کنند (۵). در ایران نیز در نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۳ در شهر تهران از بین خشونت‌ها خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر داشته است (۱۴) و در سال ۱۳۸۹ نشان داده شد که فقر 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 جنسی 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).

نتایج این تحقیق نشان داد که یکی از عوارض جبران‌ناپذیر خشونت

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, Shojaezade 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 Shahrud 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.

- 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, Dasgupta 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]

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 Rahnvardi**† - 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.rahnvardi@yahoo.com