مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره دوازدهم، آذر ۱۳۹۲، ۷۰۸-۶۹۵

بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۱

فاطمه ترکاشوند[۱]، محسن رضائیان[۲]، محمود شیخ‌فتح‌الهی[۳]، میلاد مهرابیان[۴]، رضا بیدکی[۵]، بهشید گروسی[۶]، محمّد موحدی[۴]

دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۳۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۲/۱/۳۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۲/۲/۳۰ پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان یک معضل بهداشت عمومی است و این مطالعه با هدف تعیین فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تعداد ۵۴۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به ۷ مرکز بهداشتی، درمانی با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه خود ایفا بود که شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به غربالگری انواع خشونت بوده است. داده‌ها با استفاده از آزمون دقیق فیشر و همچنین آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: محدوده سنی زنان ۶۰-۱۹ سال با میانگین و انحراف معیار ۷/۸۳±۳۱/۲۸ سال بود. به طور کلی ۵۰/۹٪ از زنان مورد خشونت قرار گرفته بودند. در زمینه فراوانی انواع خشونت، ۲۳/۱٪ خشونت فیزیکی، ۳۸/۱٪ خشونت کلامی، ۲۱/۳٪ خشونت عاطفی و ۱۸/۹٪ خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. خشونت با سن زن (p<۰/۰۰۱)، سن شوهر (p=۰/۰۰۱)، تحصیلات زن (p=۰/۰۰۵)، شغل شوهر (p=۰/۰۱۰)، سابقه بیماری روانی در زن (p<۰/۰۰۱) و شوهر (p=۰/۰۰۱)، تعداد دفعات ازدواج شوهر (p<۰/۰۰۱) و وجود فرزند معلول در خانواده (p<۰/۰۰۱) ارتباط آماری معنی‌داری داشت.

نتیجه گیری: یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه، انواع خشونت را تجربه کرده‌اند. خشونت جنسی کمترین و خشونت کلامی بیشترین فراوانی را دارا می‌باشند. با توجه به شیوع بالای همسرآزاری، تدوین برنامه‌های غربالگری جهت کاهش این مشکل ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، همسرآزاری، زنان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲- استاد گروه آموزشی پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳- استادیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۵۲۳۰۰۸۱-۰۳۹۱، دورنگار: ۵۲۳۰۰۸۶-۰۳۹۱، پست الکترونیکی: reza.bidaki111@gmail.com
۶- دانشیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

مقدمه

خشونت علیه زنان به عنوان یک مشکل جهانی بهداشت عمومی و حقوق انسانی شناخته شده است که هزینه‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند [۱]. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، یک نفر از هر پنج نفر جمعیت مؤنث دنیا، در طول زندگیشان مورد خشونت قرار می‌گیرند [۲].

خشونت در اشکال مختلف در محیط‌های متفاوت از جمله مدرسه، محل کار و جامعه اتفاق می‌افتد، اما خشونت در خانواده با عنوان "خشونت خانگی" شایع‌ترین شکل خشونت شناخته شده است. خشونت در خانواده دارای اشکال مختلفی از قبیل خشونت علیه کودکان، مردان، زنان و خشونت علیه افراد مسن است، اما خشونت بین همسران و به ویژه خشونت علیه زنان یکی از متداول‌ترین انواع خشونت خانگی شناخته شده است [۱]. سازمان بهداشت جهانی خشونت علیه زنان را این‌گونه تعریف کرده است "هر رفتار خشن و وابسته به جنسیتی که موجب آسیب جسمی، جنسی یا روانی و یا رنج زنان شود. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی صورت گرفته و در جمع یا پنهانی باشد" [۳].

مطالعات انجام شده در سراسر دنیا نشان‌دهنده شیوع وسیع این مشکل بهداشتی در جهان است. نتایج مطالعه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی شیوع خشونت خانگی در ۱۰ کشور بر روی ۲۴ هزار زن نشان داد که ۱۳ تا ۶۱٪ از زنان مورد مطالعه مورد آزار فیزیکی و ۱۰ تا ۵۰٪ مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند [۴]. در ایران یک بررسی گسترده که در ۲۸ مرکز استان کشور انجام شد، نشان داد در ۶۶٪ خانواده‌های مورد بررسی، زنان دست کم یک بار از ابتدای زندگی مشترک خشونت را تجربه کرده‌اند [۵]. آمارهای موجود در سراسر جهان نشان‌دهنده این است که پدیده خشونت به عنوان یک معضل اجتماعی نه تنها در ایران بلکه در کشورهای پیشرفته نیز وجود دارد.

در سراسر جهان، خشونت علیه زنان یکی از علل مهم و جدی مرگ و ناتوانی زنان در سنین ۴۹-۱۵ سال است و میزان مرگ و ناتوانی حاصل از آن با سرطان برابر بوده و از ناخوشی‌های ناشی از سوانح رانندگی و مالاریا بیشتر می‌باشد [۶]. خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیش‌گیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز و بهداشت روانی دارد [۷]. اعمال خشونت علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از ضربه‌های جسمی، بر سلامت روان زنان تأثیرات فراوانی دارد. حالاتی نظیر دردهای لگن خاصره، علایم سندرم روده تحریک‌پذیر، سردرد، بی‌خوابی، خستگی، افسردگی، الکلیسم و سوء مصرف مواد، می‌تواند با این مشکل در ارتباط باشند [۸].

همچنین، خشونت به صورت رفتاری اکتسابی از نسلی به نسل دیگر منتقل شده و انسجام خانواده را برهم می‌زند. از سوی دیگر، کودکان با تأثیرپذیری از تجربیات خانوادگی خود موجب انتقال خشونت در جامعه شده که این پدیده به "چرخه خشونت" معروف است و در حقیقت، خشونت خانگی ریشه تمام خشونت‌های اجتماعی است [۹، ۷]. عواملی از جمله بارداری‌های ناخواسته، سن زوجین، سن ازدواج، اعتیاد، فقر، مشکلات اقتصادی اجتماعی، وجود فرزند معلول در خانواده، تجربه آزار در کودکی شوهر و دیدگاه مثبت نسبت به مرد سالاری از جمله عوامل پیش‌بینی کننده بروز خشونت خانگی شناخته شده‌اند [۱۰].

یکی از مشخصات عمومی خشونت خانگی علیه زنان در سراسر جهان پنهان بودن آن از نظرها در بیشتر موارد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

است. اهمیت جایگاه خانواده در فرهنگ و مذهب ایرانی موجب شده که زنان ایرانی با این نگرش که حفظ خانواده با اهمیت‌تر از خود آن‌ها و سلامت ایشان است، هرگونه خشونت و آزاری که در خانه و به وسیله همسرشان متوجه ایشان می‌شود را تحمل کرده و کمتر گزارش کنند [۱۱]. اثرات گسترده خشونت بر سلامت جسمانی و روانی زنان و پیامدهای اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن، اهمیت و ضروت تحقیق در زمینه خشونت علیه زنان را نشان می‌دهد. لذا این پژوهش با هدف تعیین فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان انجام شده است. با این امید که نتایج این تحقیق موجب روشن شدن وضعیت موجود و شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر خشونت شود و راهنمایی برای برنامه‌ریزان بهداشتی جهت کاهش این معضل بهداشتی و اجتماعی باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی با هدف تعیین فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در خرداد ماه سال ۱۳۹۱ انجام گردید. جهت تعیین حجم نمونه از رابطه $n=\frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\times P\times(1-P)}{d^2}$ و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری α=۰/۰۵، برآورد اولیه شیوع خشونت خانگی p=۰/۶۶ طبق مطالعات قبلی [۵] و دقت مطالعه d=۰/۰۴، تعداد نمونه مورد بررسی ۵۴۰ نفر برآورد گردید. تعداد نمونه تعیین شده به نسبت جمعیت زنان تحت پوشش هر یک از ۷ مرکز بهداشتی، درمانی تقسیم و اختصاص داده شد. نمونه‌گیری در هر مرکز به صورت پی در پی (متوالی) انجام گردید، بدین صورت که زنان مورد بررسی در هر مرکز تا تکمیل حجم نمونه اختصاصی به آن مرکز به صورت متوالی وارد مطالعه می‌شدند. در این مطالعه، متغیرهای دموگرافیک شامل: سن، شغل، سطح تحصیلات، تعداد دفعات ازدواج، سابقه بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی، مصرف سیگار، الکل، و اپیوم در زن و شوهر، درآمد ماهیانه خانوار، تعداد فرزندان، و وضعیت مسکن و همچنین متغیرهای اصلی مطالعه شامل: انواع خشونت جسمی، روانی و عاطفی، کلامی و جنسی مورد بررسی قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای بود که توسط Ghahari و همکاران در انستیتو روان‌پزشکی تهران تهیه و تنظیم گردیده است [۱۲].

پرسش‌نامه شامل دو قسمت بوده که بخش نخست مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم سؤالات سنجش همسرآزاری است که بدرفتاری جسمانی، جنسی، کلامی و روانی را می‌سنجد. روایی پرسش‌نامه توسط اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته و جهت تعیین پایایی درونی پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است [۱۲]. در این پرسش‌نامه، بدرفتاری جسمانی به مواردی نظیر کتک زدن و هرگونه آزار و اذیت جسمانی؛ بدرفتاری روانی و عاطفی مواردی مانند تحقیر کردن، برآورده نکردن نیازهای اقتصادی و روانی، مسخره کردن و هرگونه رفتار تخریب‌گرایانه؛ بدرفتاری کلامی مواردی مانند استفاده از کلمات ناراحت‌کننده، تهدید یا امر و نهی شدید، و همچنین بدرفتاری جنسی شامل اعمال هرگونه عمل خارج از عرف و غیرمعمول در برقراری رابطه جنسی، رابطه جنسی توأم با خشونت و رابطه جنسی به اجبار را در بر می‌گیرد. اقدام به حتی یک مورد از موارد یاد شده به صورت مکرر می‌تواند شامل بدرفتاری تلقی شود [۱۲].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

پس از تأیید و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، پرسش‌گران در هر یک از ۷ مرکز بهداشتی درمانی حضور پیدا کرده و پرسش‌نامه، را در اختیار مراجعین قرار دادند. قبل از تکمیل پرسش‌نامه، توضیحات لازم توسط پرسش‌گران و کارکنان مراکز در زمینه اهداف پژوهش و بدون نام بودن پرسش‌نامه به افراد ارائه شد. همچنین، اطمینان لازم در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها داده شد و پس از اخذ رضایت کامل، پرسش‌نامه‌ها به صورت خود ایفا توسط افراد مورد بررسی تکمیل شد. در مواردی مانند بی‌سوادی، به کمک پرسش‌گران و با انجام مصاحبه، پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد. داده‌های کمی به صورت انحراف معیار± میانگین و داده‌های کیفی به صورت تعداد (٪) گزارش شد. برای بررسی ارتباط خشونت خانگی و نوع آن با متغیرهای کیفی اسمی از آزمون مجذور کای (X^2)، و آزمون دقیق فیشر (*Fisher's* exact test) و درصورتی که متغیرهای مورد بررسی از نوع کیفی رتبه‌ای بودند از آزمون مجذور کای برای روند (X^2 test for trend) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

نتایج

در این مطالعه، فراوانی انواع خشونت و برخی ویژگی‌های ۵۴۰ نفر از زنان و همسران آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد محدوده سنی زنان مورد مطالعه ۶۰-۱۹ سال با میانگین و انحراف معیار ۳۱/۲۸±۷/۸۳ سال و محدوده مدت زمان زندگی مشترک آن‌ها ۳۴-۱ سال با میانگین و انحراف معیار ۹/۳۹±۷/۵۹ سال بود. محدوده سنی همسران ۶۰-۲۰ سال با میانگین و انحراف معیار ۳۵/۶۱±۷/۵۳ سال بود. از نظر تحصیلات ۲۳۷ نفر (۴۳/۶٪) زنان و ۲۶۱ نفر (۴۸/۳٪) از همسران با تحصیلات دانشگاهی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. تعداد ۳۱۵ نفر (۵۸/۳٪) از زنان خانه‌دار و بقیه شاغل بودند و ۳۲۲ نفر (۶۱/۵٪) از مردان شغل آزاد، ۱۸۱ نفر (۳۳/۵٪) کارمند و ۲۷ نفر (۵٪) بیکار بودند. کلیه زنان مورد مطالعه یک بار ۱۵ نفر (۲/۸٪) از همسران بیش از یک بار ازدواج کرده بودند. تعداد ۲۴ نفر (۴/۴٪) از زنان و ۳۰ نفر (۵/۶٪) از مردان دارای سابقه بیماری جسمی و ۶۴ نفر (۱۱/۹٪) از زنان و ۴۳ نفر (۸/۰٪) از مردان دارای سابقه اختلالات روانی بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد فرزندان ۱/۴۸±۱/۴۹ و بیشترین فراوانی ۲ فرزند بود. تعداد ۱۴ خانواده (۲/۶٪) دارای فرزند معلول در خانه بودند. از نظر درآمد ماهیانه خانوار، اکثریت ۲۶۸ نفر (۴۹/۶٪) بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان و ۲۲۰ خانواده (۴۰/۷٪) بین ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان درآمد داشتند. در زمینه وضعیت مسکن ۴۰۲ نفر (۷۴/۴٪) از خانواده‌ها دارای مسکن شخصی بوده و ۳۵۰ نفر (۶۴/۸٪) از خانواده‌ها دارای ۳-۱ اتاق بودند. بیشتر خانواده‌ها ۴۲۸ (۷۹/۳٪) از وسیله نقلیه شخصی برخوردار بودند. همچنین، تعداد ۴۸۸ (۹۰/۴٪) از خانواده‌ها دارای ماهواره در منزل بودند.

به طور کلی ۲۷۵ نفر (۵۰/۹٪) از زنان گزارش کردند از طرف همسرانشان مورد خشونت قرار گرفتند. تعداد ۱۰۰ نفر (۱۸/۵٪) از زنان یک نوع خشونت، ۹۵ نفر (۱۷/۶٪) دو نوع، ۵۹ نفر (۱۰/۹٪) سه نوع خشونت و ۲۱ نفر (۳/۹٪) هر چهار نوع خشونت را تجربه کردند.

در زمینه فراوانی انواع خشونت ۱۲۵ نفر (۲۳/۱٪) خشونت فیزیکی، ۲۰۶ نفر (۳۸/۱٪) خشونت کلامی، ۱۱۵ نفر (۲۱/۳٪) خشونت عاطفی و ۱۰۲ نفر (۱۸/۹٪) خشونت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

جنسی را تجربه کردند. فراوانی مصادیق انواع خشونت در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱- فراوانی انواع خشونت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۱

انواع خشونت	دارد	ندارد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
خشونت فیزیکی			
پرتاب اشیاء	۷۰ (۱۳/۰)	۴۷۰ (۸۷/۰)	۵۴۰ (۱۰۰)
سیلی زدن	۷۴ (۱۳/۷)	۴۶۶ (۸۶/۳)	۵۴۰ (۱۰۰)
هل دادن	۶۹ (۱۲/۸)	۴۷۱ (۸۷/۲)	۵۴۰ (۱۰۰)
کتک زدن با دست یا وسایلی مانند کمربند	۶۲ (۱۱/۵)	۴۷۸ (۸۸/۵)	۵۴۰ (۱۰۰)
پیچاندن مو یا مچ دست	۳۲ (۵/۹)	۵۰۸ (۹۴/۱)	۵۴۰ (۱۰۰)
فشار دادن گلو	۲۴ (۴/۴)	۵۱۶ (۹۵/۶)	۵۴۰ (۱۰۰)
گرفتن و بستن دست و پا	۱۳ (۲/۴)	۵۲۷ (۹۷/۶)	۵۴۰ (۱۰۰)
سوزاندن با اجسام داغ	۱۳ (۲۹/۴)	۵۲۷ (۹۷/۶)	۵۴۰ (۱۰۰)
زخمی کردن با چاقو یا اسلحه	۱۳ (۲/۴)	۵۲۷ (۹۷/۶)	۵۴۰ (۱۰۰)
کتک زدن در دوران بارداری	۲۷ (۵/۰)	۵۱۳ (۹۵/۰)	۵۴۰ (۱۰۰)
کتک زدن منجر به نیاز داشتن به پزشک و درمان	۱۶ (۳/۰)	۵۲۴ (۹۷/۰)	۵۴۰ (۱۰۰)
کتک زدن منجر به بستری شدن در بیمارستان	۱۶ (۳/۰)	۵۲۴ (۹۷/۰)	۵۴۰ (۱۰۰)
خشونت کلامی			
استفاده از کلمات ناراحت کننده	۱۰۴ (۱۹/۳)	۴۳۶ (۸۰/۷)	۵۴۰ (۱۰۰)
تهدید یا امر و نهی شدید	۱۲۶ (۲۳/۳)	۴۱۴ (۷۶/۷)	۵۴۰ (۱۰۰)
خشونت عاطفی			
انتقاد شدید و تحقیر کردن	۱۴۷ (۲۷/۲)	۳۹۳ (۷۲/۸)	۵۴۰ (۱۰۰)
تمسخر قیافه و ظاهر	۸۲ (۱۵/۲)	۴۵۸ (۸۴/۸)	۵۴۰ (۱۰۰)
ایجاد رعب و وحشت	۳۱ (۵/۷)	۵۰۹ (۹۴/۳)	۵۴۰ (۱۰۰)
ممانعت از ملاقات با خانواده، دوستان	۵۰ (۹/۳)	۴۹۰ (۹۰/۷)	۵۴۰ (۱۰۰)
خشونت جنسی			
اجبار در رابطه جنسی	۸۰ (۱۴/۸)	۴۶۰ (۸۵/۲)	۵۴۰ (۱۰۰)
اجبار در دیدن فیلم‌های مبتذل	۲۳ (۴/۳)	۵۱۷ (۹۵/۷)	۵۴۰ (۱۰۰)
عدم رعایت بهداشت در روابط جنسی	۵۰ (۹/۳)	۴۹۰ (۹۰/۷)	۵۴۰ (۱۰۰)

خشونت خانگی با سن زن ($p<۰/۰۰۱$) و سن شوهر ($p=۰/۰۰۱$) رابطه مستقیم و معناداری داشته و با افزایش سن زن و شوهر، میزان خشونت در زنان افزایش یافته است. خشونت با تحصیلات زن ارتباط آماری داشته به نحوی که زنان با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بیشترین و زنان بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی کمترین میزان خشونت را گزارش کردند ($p=۰/۰۰۵$). همچنین، خشونت با شغل شوهر ارتباط معنی‌داری داشته و مردان کارمند خشونت بیشتری را علیه همسرانشان اعمال کردند ($p=۰/۰۱۰$). سابقه اختلالات روانی در زن ($p<۰/۰۰۱$) و مرد ($p=۰/۰۰۱$) ارتباط معناداری با خشونت داشت به طوری که وجود سابقه اختلالات روانی در زن و مرد موجب اعمال بیشتر خشونت علیه زنان شده است (جدول ۲).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

جدول ۲- ارتباط خشونت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان با برخی مشخصات دموگرافیک زنان و شوهرانشان در سال ۱۳۹۱

متغیر	زن (n=۵۴۰)			شوهر (n=۵۴۰)		
	خشونت دارد تعداد (درصد)	خشونت ندارد تعداد (درصد)	مقدار p	خشونت دارد تعداد (درصد)	خشونت ندارد تعداد (درصد)	مقدار p
سن						
۳۰-۱۹	۱۰۴ (۴۰/۰)	۱۵۶ (۶۰/۰)	<۰/۰۰۱	۵۹ (۳۸/۱)	۹۶ (۶۱/۹)	۰/۰۰۱
۴۰-۳۱	۱۱۱ (۵۴/۴)	۹۳ (۴۵/۶)		۱۳۶ (۵۵/۱)	۱۱۱ (۴۴/۹)	
۶۰-۴۱	۶۰ (۷۸/۹)	۱۶ (۲۱/۱)		۸۰ (۵۸/۰)	۵۸ (۴۲/۰)	
تحصیلات						
بی‌سواد و ابتدایی	۶ (۲۲/۲)	۲۱ (۷۷/۸)		۳۰ (۶۱/۲)	۱۹ (۳۸/۸)	
راهنمایی و دبیرستان	۷۶ (۵۵/۹)	۶۰ (۴۴/۱)	۰/۰۰۵	۷۶ (۵۱/۷)	۷۱ (۴۸/۳)	۰/۱۴۰
دیپلم	۶۴ (۴۵/۷)	۷۶ (۵۴/۳)		۳۴ (۴۱/۰)	۴۹ (۵۹/۰)	
دانشگاهی	۱۲۹ (۵۴/۴)	۱۰۸ (۴۵/۶)		۱۳۵ (۵۱/۷)	۱۲۶ (۴۸/۳)	
شغل زن						
خانه‌دار	۱۵۵ (۴۹/۲)	۱۶۰ (۵۰/۸)	۰/۳۴۴	-	-	-
شاغل	۱۲۰ (۵۳/۳)	۱۰۵ (۴۶/۷)		-	-	
شغل شوهر						
بیکار	-	-	-	۸ (۲۹/۶)	۱۹ (۷۰/۴)	۰/۰۱۰
آزاد	-	-		۱۶۲ (۴۸/۸)	۱۷۰ (۵۱/۲)	
کارمند	-	-		۱۰۵ (۵۸/۰)	۷۶ (۴۲/۰)	
مصرف سیگار						
دارد	۲۰ (۸۰/۰)	۵ (۲۰/۰)	۰/۰۰۳	۵۱ (۴۵/۵)	۶۱ (۵۴/۵)	۰/۲۰۰
ندارد	۲۵۵ (۴۹/۵)	۲۶۰ (۵۰/۵)		۲۲۴ (۵۲/۳)	۲۰۴ (۴۷/۷)	
مصرف اپیوم						
دارد	۰	۰	-	۱۲ (۶۶/۷)	۶ (۳۳/۳)	۰/۱۷۴
ندارد	۲۷۵ (۱۰۰)	۲۶۵ (۱۰۰)		۲۶۳ (۵۰/۴)	۲۵۹ (۴۹/۶)	
بیماری جسمی						
دارد	۱۵ (۶۲/۵)	۹ (۳۷/۵)	۰/۲۴۶	۱۲ (۴۰/۰)	۱۸ (۶۰/۰)	۰/۲۱۸
ندارد	۲۶۰ (۵۰/۴)	۲۵۶ (۴۹/۶)		۲۶۳ (۵۱/۶)	۲۴۷ (۴۸/۴)	
اختلال روانی						
دارد	۵۰ (۷۸/۱)	۱۴ (۲۱/۹)	<۰/۰۰۱	۳۲ (۷۴/۴)	۱۱ (۲۵/۶)	۰/۰۰۱
ندارد	۲۲۵ (۴۷/۳)	۲۵۱ (۵۲/۷)		۲۴۳ (۴۸/۹)	۲۵۴ (۵۱/۱)	

آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر (متغیرهای کیفی اسمی) و آزمون مجذور کای برای روند (متغیرهای کیفی رتبه‌ای)؛ *: p<۰/۰۵ ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است.

بین داشتن فرزند معلول در خانواده با خشونت ارتباط معنادار آماری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)، به طوری که تمام زنانی که دارای فرزند معلول بودند خشونت را تجربه کرده بودند. بین تعداد دفعات ازدواج شوهر با خشونت ارتباط معنادار آماری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱)، به شکلی که کلیه زنانی که همسرانشان بیش از یک بار ازدواج کرده بودند، خشونت را گزارش کردند. بین خشونت و وضعیت مسکن، مدت زمان زندگی مشترک، درآمد خانواده، و وجود ماهواره ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. بین سن زن و خشونت کلامی (p<۰/۰۰۱)، عاطفی (p=۰/۰۰۲)، و جنسی (p=۰/۰۰۲) رابطه خطی معنی‌داری وجود داشته و با افزایش سن زنان، میزان این سه نوع خشونت نیز افزایش نشان داد. ارتباط سایر مشخصات مربوط به زن و انواع خشونت در جدول ۳ نمایش داده شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

جدول ۳- ارتباط انواع خشونت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان با برخی مشخصات دموگرافیک زنان در سال ۱۳۹۱

متغیر	خشونت فیزیکی		خشونت کلامی		خشونت عاطفی		خشونت جنسی	
	دارد (n=۱۲۵)	ندارد (n=۴۱۵)	دارد (n=۲۰۶)	ندارد (n=۳۳۴)	دارد (n=۱۱۵)	ندارد (n=۴۲۵)	دارد (n=۱۰۲)	ندارد (n=۴۳۸)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن								
۱۹-۳۰	۶۴ (۲۴/۶)	۱۹۶ (۷۵/۴)	۷۲ (۲۷/۷)	۱۸۸ (۷۲/۳)	۴۸ (۱۸/۵)	۲۱۲ (۸۱/۵)	۳۷ (۱۴/۲)	۲۲۳ (۸۵/۸)
۳۱-۴۰	۴۲ (۲۰/۶)	۱۶۲ (۷۹/۴)	۸۷ (۴۲/۶)	۱۱۷ (۵۷/۴)	۳۷ (۱۸/۱)	۱۶۷ (۸۱/۹)	۴۳ (۲۱/۱)	۱۶۱ (۷۸/۹)
۴۱-۶۰	۱۹ (۲۵/۰)	۵۷ (۷۵/۰)	۴۷ (۶۱/۸)	۲۹ (۳۸/۲)	۳۰ (۳۹/۵)	۴۶ (۶۰/۵)	۲۲ (۲۸/۹)	۵۴ (۷۱/۱)
مقدار p	۰/۵۴۵		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۲		۰/۰۰۲	
تحصیلات								
بی‌سواد و ابتدایی	۶ (۲۲/۲)	۲۱ (۷۷/۸)	۳ (۱۱/۱)	۲۴ (۸۸/۹)	۰	۲۷ (۱۰۰)	۰	۲۷ (۱۰۰)
راهنمایی و دبیرستان	۳۴ (۲۵/۰)	۱۰۲ (۷۵/۰)	۵۰ (۳۶/۸)	۸۶ (۶۳/۲)	۱۵ (۱۱/۰)	۱۲۱ (۸۹/۰)	۲۶ (۱۹/۱)	۱۱۰ (۸۰/۹)
دیپلم	۳۶ (۲۵/۷)	۱۰۴ (۷۴/۳)	۵۱ (۳۶/۴)	۸۹ (۶۳/۶)	۳۷ (۲۶/۴)	۱۰۳ (۷۳/۶)	۱۹ (۱۳/۶)	۱۲۱ (۸۶/۴)
دانشگاهی	۴۹ (۲۰/۷)	۱۸۸ (۷۹/۳)	۱۰۲ (۴۳/۰)	۱۳۵ (۵۷/۰)	۶۳ (۲۶/۶)	۱۷۴ (۷۳/۴)	۵۷ (۲۴/۱)	۱۸۰ (۷۵/۹)
مقدار p	۰/۶۵۸		۰/۰۰۸		<۰/۰۰۱		۰/۰۱۰	
شغل								
خانه‌دار	۷۹ (۲۵/۱)	۲۳۶ (۷۴/۹)	۱۱۷ (۳۷/۱)	۱۹۸ (۶۲/۹)	۴۴ (۱۴/۰)	۲۷۱ (۸۶/۰)	۴۴ (۱۴/۰)	۲۷۱ (۸۶/۰)
شاغل	۴۶ (۲۰/۴)	۱۷۹ (۷۹/۶)	۸۹ (۳۹/۶)	۱۳۶ (۶۰/۴)	۷۱ (۳۱/۶)	۱۵۴ (۶۸/۴)	۵۸ (۲۵/۸)	۱۶۷ (۷۴/۲)
مقدار p	۰/۲۰۸		۰/۵۶۹		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	
مصرف سیگار								
دارد	۳ (۱۲/۰)	۲۲ (۸۸/۰)	۲۰ (۸۰/۰)	۵ (۲۰/۰)	۱۷ (۶۸/۰)	۸ (۳۲/۰)	۰	۲۵ (۱۰۰)
ندارد	۱۲۲ (۲۳/۷)	۳۹۳ (۷۶/۳)	۱۸۶ (۳۶/۱)	۳۲۹ (۶۳/۹)	۹۸ (۱۹/۰)	۴۱۷ (۸۱/۰)	۱۰۲ (۱۹/۸)	۴۱۳ (۸۰/۲)
مقدار p	۰/۱۷۶		<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۷	
بیماری جسمی								
دارد	۳ (۱۲/۵)	۲۱ (۸۷/۵)	۱۵ (۶۲/۵)	۹ (۳۷/۵)	۱۲ (۵۰/۰)	۱۲ (۵۰/۰)	۳ (۱۲/۵)	۲۱ (۸۷/۵)
ندارد	۱۲۲ (۲۳/۶)	۳۹۴ (۷۶/۴)	۱۹۱ (۳۷/۰)	۳۲۵ (۶۳/۰)	۱۰۳ (۲۰/)	۴۱۳ (۸۰/۰)	۹۹ (۱۹/۲)	۴۱۷ (۸۰/۸)
مقدار p	۰/۲۰۶		۰/۰۱۲		<۰/۰۰۱		۰/۵۹۵	
اختلال روانی								
دارد	۱۲ (۱۸/۸)	۵۲ (۸۱/۳)	۴۱ (۶۴/۱)	۲۳ (۳۵/۹)	۲۸ (۴۳/۸)	۳۶ (۵۶/۳)	۱۹ (۲۹/۷)	۴۵ (۷۰/۳)
ندارد	۱۱۳ (۲۳/۷)	۳۶۳ (۷۶/۳)	۱۶۵ (۳۴/۷)	۳۱۱ (۶۵/۳)	۸۷ (۱۸/۳)	۳۸۹ (۸۱/۷)	۸۳ (۱۷/۴)	۳۹۳ (۸۲/۶)
مقدار p	۰/۳۷۴		<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۱۹	

آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر (متغیرهای کیفی اسمی) و آزمون مجذور کای برای روند (متغیرهای کیفی رتبه‌ای)؛ *: p<۰/۰۵ ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است.

ارتباط مشخصات دموگرافیک شوهران و انواع خشونت علیه زنان به تفکیک در جدول ۴ نمایش داده شده است. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود سابقه اختلالات روانی در مرد با افزایش خشونت کلامی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

(p=۰/۰۳۱)، عاطفی (p<۰/۰۰۱) و جنسی (p=۰/۰۰۱) خشونت کلامی (p=۰/۰۱۱) و عاطفی (p<۰/۰۰۱) علیه علیه زنانشان همراه بوده است. مصرف اپیوم نیز با افزایش زنان همراه بوده است.

جدول ۴- ارتباط انواع خشونت در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان با برخی مشخصات دموگرافیک شوهرانشان در سال ۱۳۹۱

متغیر	خشونت فیزیکی		خشونت کلامی		خشونت عاطفی		خشونت جنسی	
	دارد (n=۱۲۵)	ندارد (n=۴۱۵)	دارد (n=۲۰۶)	ندارد (n=۳۳۴)	دارد (n=۱۱۵)	ندارد (n=۴۲۵)	دارد (n=۱۰۲)	ندارد (n=۴۳۸)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن								
۳۰-۱۹	۳۵ (۲۲/۶)	۱۲۰ (۷۷/۴)	۳۹ (۲۵/۲)	۱۱۶ (۷۴/۸)	۱۸ (۱۱/۶)	۱۳۷ (۸۸/۴)	۲۶ (۱۶/۸)	۱۲۹ (۸۳/۲)
۴۰-۳۱	۶۲ (۲۵/۱)	۱۸۵ (۷۴/۹)	۱۱۲ (۴۵/۳)	۱۳۵ (۵۴/۷)	۵۵ (۲۲/۳)	۱۹۲ (۷۷/۷)	۴۲ (۱۷/۰)	۲۰۵ (۸۳/۰)
۶۰-۴۱	۲۸ (۲۰/۳)	۱۱۰ (۷۹/۷)	۵۵ (۳۹/۹)	۸۳ (۶۰/۱)	۴۲ (۳۰/۴)	۹۶ (۶۹/۶)	۳۴ (۲۴/۶)	۱۰۴ (۷۵/۴)
مقدار p	۰/۵۵۱		<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۹۴	
تحصیلات								
بی‌سواد و ابتدایی	۱۲ (۲۴/۵)	۳۷ (۷۵/۵)	۱۸ (۳۶/۷)	۳۱ (۶۳/۳)	۹ (۱۸/۴)	۴۰ (۸۱/۶)	۶ (۱۲/۲)	۴۳ (۸۷/۸)
راهنمایی و دبیرستان	۴۳ (۲۹/۳)	۱۰۴ (۷۰/۷)	۵۷ (۳۸/۸)	۹۰ (۶۱/۲)	۱۸ (۱۲/۲)	۱۲۹ (۸۷/۸)	۴۹ (۳۳/۳)	۹۸ (۶۶/۷)
دیپلم	۱۸ (۲۱/۷)	۶۵ (۷۸/۳)	۳۱ (۳۷/۳)	۵۲ (۶۲/۷)	۲۲ (۲۶/۵)	۶۱ (۷۳/۵)	۲۲ (۲۶/۵)	۶۱ (۷۳/۵)
دانشگاهی	۵۲ (۱۹/۹)	۲۰۹ (۸۰/۱)	۱۰۰ (۳۸/۳)	۱۶۱ (۶۱/۷)	۶۶ (۲۵/۳)	۱۹۵ (۷۴/۷)	۲۵ (۹/۶)	۲۳۶ (۹۰/۴)
مقدار p	۰/۰۷۱		۰/۹۹۳		۰/۰۰۸		<۰/۰۰۱	
شغل								
بیکار	۰	۱۶ (۱۰۰)	۷ (۴۳/۸)	۹ (۵۶/۳)	۰	۱۶ (۱۰۰)	۱ (۶/۳)	۱۵ (۹۳/۸)
کارگر	۸۴ (۲۵/۳)	۲۴۸ (۷۴/۷)	۱۱۹ (۳۵/۸)	۲۱۳ (۶۴/۲)	۶۰ (۱۸/۱)	۲۷۲ (۸۱/۹)	۷۳ (۲۲/۰)	۲۵۹ (۷۸/۰)
کارمند	۰	۱۱ (۱۰۰)	۰	۱۱ (۱۰۰)	۰	۱۱ (۱۰۰)	۰	۱۱ (۱۰۰)
آزاد	۴۱ (۲۲/۷)	۱۴۰ (۷۷/۳)	۸۰ (۴۴/۲)	۱۰۱ (۵۵/۸)	۵۵ (۳۰/۴)	۱۲۶ (۶۹/۶)	۲۸ (۱۵/۵)	۱۵۳ (۸۴/۵)
مقدار p	۰/۰۱۶		۰/۰۱۴		<۰/۰۰۱		۰/۰۵۷	
مصرف سیگار								
دارد	۲۵ (۲۲/۳)	۸۷ (۷۷/۷)	۴۷ (۴۲/۰)	۶۵ (۵۸/۰)	۳۱ (۲۷/۷)	۸۱ (۷۲/۳)	۲۵ (۲۲/۳)	۸۷ (۷۷/۷)
ندارد	۱۰۰ (۲۳/۴)	۳۲۸ (۷۶/۶)	۱۵۹ (۳۷/۱)	۲۶۹ (۶۲/۹)	۸۴ (۱۹/۶)	۳۴۴ (۸۰/۴)	۷۷ (۱۸/۰)	۳۵۱ (۸۲/۰)
مقدار p	۰/۸۱۶		۰/۳۵۰		۰/۰۶۴		۰/۲۹۷	
مصرف اپیوم								
دارد	۳ (۱۶/۷)	۱۵ (۸۳/۳)	۱۲ (۶۶/۷)	۶ (۳۳/۳)	۱۲ (۶۶/۷)	۶ (۳۳/۳)	۰	۱۸ (۱۰۰)
ندارد	۱۲۲ (۲۳/۴)	۴۰۰ (۷۶/۶)	۱۹۴ (۳۷/۲)	۳۲۸ (۶۲/۸)	۱۰۳ (۱۹/۷)	۴۱۹ (۸۰/۳)	۱۰۲ (۱۹/۵)	۴۲۰ (۸۰/۵)
مقدار p	۰/۷۷۶		۰/۰۱۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۳۲	
بیماری جسمی								
دارد	۵ (۱۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)	۹ (۳۰/۰)	۲۱ (۷۰/۰)	۰	۳۰ (۱۰۰)	۰	۳۰ (۱۰۰)
ندارد	۱۲۰ (۲۳/۵)	۳۹۰ (۷۶/۵)	۱۹۷ (۳۸/۶)	۳۱۳ (۶۱/۴)	۱۱۵ (۲۲/۵)	۳۹۵ (۷۷/۵)	۱۰۲ (۲۰/۰)	۴۰۸ (۸۰/۰)
مقدار p	۰/۳۸۶		۰/۳۴۴		۰/۰۰۳		۰/۰۰۷	
اختلال روانی								
دارد	۱۲ (۲۷/۹)	۳۱ (۷۲/۱)	۲۳ (۵۳/۵)	۲۰ (۴۶/۵)	۹۳ (۸۱/۶)	۲۱ (۱۸/۴)	۱۶ (۳۷/۲)	۲۷ (۶۲/۸)
ندارد	۱۱۳ (۲۲/۷)	۳۸۴ (۷۷/۳)	۱۸۳ (۳۶/۸)	۳۱۴ (۶۳/۲)	۲۲ (۵/۲)	۴۰۴ (۹۴/۸)	۸۶ (۱۷/۳)	۴۱۱ (۸۲/۷)
مقدار p	۰/۴۴۱		۰/۰۳۱		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	

آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر (متغیرهای کیفی اسمی) و آزمون مجذور کای برای روند (متغیرهای کیفی رتبه‌ای)؛ *: p<۰/۰۵ ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بیش از نیمی از زنان تحت انواع خشونت از طرف همسرانشان قرار گرفته‌اند. مطالعات در نقاط مختلف جهان بیانگر شیوع متفاوت خشونت علیه زنان است. محققان در مطالعاتی در پاکستان میزان خشونت را ۵۷/۶٪ [۱۳]، در کلکته هند ۵۴٪ [۱۴]، در نیجریه ۷۴٪ در مناطق شهری و ۶۴٪ در مناطق روستایی [۱۵] و در تگزاس ۳۷/۷٪ [۱۶] تخمین زدند. مطالعات مختلف در ایران هم یافته‌های متفاوتی را نشان می‌دهد از جمله در گرگان شیوع ۸۳/۵٪ [۱۷]، کرمان ۴۶٪ [۱۸]، خوزستان ۴۷/۳٪ [۱۹]، تهران ۸۸/۳٪ [۲۰] خشونت را برآورد کردند. از علل تفاوت گزارش شده در شیوع خشونت در مناطق مختلف می‌توان به تفاوت در ساختارهای اجتماعی جوامع، تفاوت‌های فرهنگی و نگرش‌های متفاوت نسبت به خشونت، ترس از عنوان نمودن و فاش شدن مشکل، عدم آشنایی زنان به حقوق خود، عادی دانستن این مسئله توسط برخی از زنان، تفاوت در ابزار جمع‌آوری اطلاعات، قوانین و مجازات‌های متفاوت جهت برخورد با همسرآزاری اشاره کرد.

در این مطالعه، خشونت کلامی بیشترین فراوانی خشونت و بعد از آن خشونت فیزیکی، عاطفی و سپس خشونت جنسی کمترین فراوانی را داشته است. بین خشونت و برخی متغیرها همانند سن زن و همسر، تحصیلات زن، مصرف سیگار در زن و سابقه اختلالات روانی در زن و مرد ارتباط آماری معناداری مشاهده شد.

نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ای که در ۲۸ استان کشور انجام شده است و آزار کلامی و روانی ۵۲/۷٪ بیشترین میزان آزار و خشونت جنسی با شیوع ۱۰/۲٪ [۴] پایین‌ترین رتبه را به خود اختصاص داده بود، هم‌خوانی دارد. در مطالعات Jokar [۲۱] و Sarichloo و همکاران [۲۲] نیز خشونت کلامی بیشترین نوع آزار گزارش شده است. از علل شیوع بالای خشونت کلامی می‌توان به این دلایل اشاره نمود که به لحاظ فرهنگی ـ اجتماعی مردان با تمامی جنبه‌های خشونت آشنا نبوده و اغلب فقط مواردی چون آزار جسمی را به عنوان خشونت در نظر می‌گیرند. از طرفی نداشتن علایم ظاهری در خشونت روانی و کلامی موجب شده که این نوع خشونت با بی‌پروایی بیشتری صورت گیرد و از آن جا که حتی در صورت پیگیری فرد آسیب دیده به سادگی قابل اثبات نیست، در بین همه انواع خشونت رتبه بالاتری را به خود اختصاص داده است.

نتایج مطالعات مختلف به خصوص مطالعات داخلی [۲۲-۲۱، ۱۸-۱۷، ۱۲] نشان می‌دهد که خشونت جنسی رتبه پایین‌تری را نسبت به سایر انواع خشونت دارد. از علل آن می‌توان عواملی همچون موانع فرهنگی موجود در گزارش این نوع خشونت را اشاره کرد که موجب شده آمار و ارقام موجود قطعاً کمتر از میزان واقعی بوده و در نتیجه این خشونت رتبه پایین‌تری را به خود اختصاص دهد. همچنین، از دیگر علل گزارش پایین خشونت جنسی تعریف متفاوت خشونت جنسی در ایران با کشورهای غربی است.

در بیان رابطه بین سن و خشونت، مطالعات مختلف نتایج متناقضی را بیان کرده و در مواردی، افزایش سن موجب افزایش خشونت [۲۴-۲۳، ۱۷، ۱۳] و در برخی، موجب کاهش خشونت [۲۶-۲۵، ۱۲] می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد با افزایش سن بعد از ۴۰ سالگی در زن و شوهر و به ویژه در زن، میزان خشونت علیه زنان افزایش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

یافته است. در تبیین این رابطه می‌توان اشاره کرد این دوره سنی مقارن با دوره یائسگی زنان و بازنشستگی مردان می‌باشد که احتمالاً این شرایط باعث افزایش اضطراب و کاهش بهداشت روانی زوجین شده که در نتیجه موجب افزایش خشونت علیه زنان می‌شود [۲۴].

یافته‌های این مطالعه بیانگر ارتباط آماری معناداری بین خشونت و سطح تحصیلات زن است. زنان بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی کمترین میزان خشونت و زنان با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان و همچنین زنان با تحصیلات دانشگاهی بیشترین میزان خشونت را گزارش کردند. این نتیجه با نتایج برخی مطالعات مغایرت دارد [۲۶، ۱۹-۱۸]. در تبیین این رابطه می‌توان بیان نمود که زنان بی‌سواد و با تحصیلات پایین به دلیل عدم آگاهی از حقوق خود پذیرش بیشتری از همسرآزاری را داشته و در نتیجه میزان کمتری از خشونت را گزارش کرده‌اند. در مقابل با افزایش سطح تحصیلات به دلیل افزایش آگاهی و عدم پذیرش خشونت، این زنان میزان بیشتری از خشونت را گزارش کرده‌اند.

در پژوهش حاضر وجود فرزند معلول در خانواده ارتباط مستقیمی با بروز خشونت خانگی داشت. صد درصد زنانی که در خانه فرزند معلول داشتند خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. از آن جا که وجود فرزند معلول از جنبه‌های متفاوت بر اقتصاد خانواده تأثیر می‌گذارد و از طرفی باعث ایجاد استرس و فشار روانی مضاعف بر زوجین می‌گردد این امر قابل پیش‌بینی بود. Ghazizadeh نیز در تحقیقات خود با در نظر گرفتن نقش اقتصاد بر خشونت خانگی این امر را تأیید می‌کند [۲۷]. در پژوهش حاضر بین سابقه بیماری‌های جسمی در زن و همسر ارتباطی با خشونت یافت نشد و تنها سابقه اختلالات روانی زوجین با بروز خشونت ارتباط معنادار آماری داشت که با نتایج مطالعه Taherkhani و همکاران هم‌خوانی دارد [۲۰]. در این مطالعه بین تعداد دفعات ازدواج همسر و بروز خشونت ارتباط مستقیمی وجود داشت؛ کلیه همسرانی که بیش از یک‌بار ازدواج داشتند نسبت به زوجه خود خشونت خانگی نشان داده بودند. این ارتباط با نتایج تحقیق Kyriacou و همکارانش [۲۸] و Arjmand و همکارش [۲۹] که همسران با ازدواج قبلی را بیشتر در معرض خطر همسرآزاری می‌دانند، مطابقت دارد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مقطعی بودن نوع مطالعه و عدم علّیتی بودن روابط اشاره کرد. عدم شرکت همسران در مطالعه و کسب اطلاعات صرفاً از طریق زنان، مورد دیگری است که بر اعتبار مطالعه اثرگذار است. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه جمع‌آوری اطلاعات از مراکز بهداشتی، درمانی است که ممکن است نمونه مناسبی از زنان شهرستان رفسنجان نباشند، زیرا بسیاری از زنان به این مراکز مراجعه نمی‌کنند و این امکان وجود دارد آن‌هایی که مراجعه نمی‌کنند از طبقه متوسط به بالای اجتماع باشند که شناخت و حساسیت بیشتری به حقوق خود داشته و احتمالاً خشونت را بیشتر گزارش می‌کنند.

نتایج این مطالعه و سایر مطالعات نشان می‌دهد پدیده خشونت علیه زنان به عنوان یک چالش بهداشتی و اجتماعی محدود به قشر خاصی نبوده و در تمامی طبقات جامعه با فراوانی‌های متفاوت مشاهده می‌شود. با توجه به گستردگی این مشکل و عواقب وسیع آن برای زنان و جامعه لازم است تحقیقات گسترده و طولی در زمینه ریشه‌یابی این مشکل صورت پذیرد. آموزش‌های لازم به زوجین در رابطه با مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های حل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

مسئله، کنترل خشم در جهت کاهش اختلافات و اعمال خشونت در خانواده ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه شناخت معیارهای همسرآزاری به زنان، کارکنان مراکز بهداشتی، درمانی، پزشکان، پرستاران جهت شناخت بیشتر این مشکل و کمک به غربالگری آن ارائه شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد بیش از نیمی از زنان مورد مورد مطالعه انواع خشونت را تجربه کرده بودند. از نظر فراوانی، خشونت جنسی کمترین و خشونت کلامی بیشترین فراوانی را داشتند. با توجه به شیوع بالای همسرآزاری و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های زوجین، افزایش آگاهی‌های لازم در زمینه شناخت بیشتر این مشکل و عوامل مؤثر بر آن و تدوین برنامه‌های غربالگری جهت تشخیص به موقع این مشکل ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، کلیه پرسنل مراکز بهداشتی، درمانی شهر رفسنجان و همچنین زنانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، کمال تشکر و قدرانی را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل یک کار تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی و نیز پایان‌نامه دو تن از دانشجویان پزشکی جهت کسب درجه دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان می‌باشد.

References

[1] Heise L, Ellsberg M, Gottmoeller M. A global overview of gender-based violence. *International J Gynecol Obstetr* 2002; 78 (Supp1): 5-14.

[2] Grown C, Gupta GR, A Kes. Taking Action: achieving gender equality and empowering women. UN Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality, London, Earthscan. 2005.

[3] World Health Organization (WHO). Violence Against Women. (Translation) Rafiefar SH. Parsiania S. Tehran. Tandis Publishers. 2001; pp:29-30.

[4] World Health Organization (WHO): WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women World Health Organization. 2005.

[5] Ghazi Tabatabai M, Mohsen Tabrizi AR, Marjai SH. Studies on domestic violence against women. Tehran: Office of Public Affairs, Ministry of Interior. Center of Women and Family Affairs, Presidency of the Islamic Republic of Iran. 2004. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

[6] World Bank. Investing in health: World development indicators: World Development Report. New York: Oxford University Press. 1993.

[7] Kardavani A. Children's responses to domestic violence and the need for their support. *Scientific J Forensic Med* 2000; 6(19): 68-74.

[8] Karen J. Carlson, Stephanie A. Eisenstat. The women's concise guide to emotional well – being. Harvard University Press, Health & Fitness. 1977.

[9] Kazemienavai F. A survey on prevalence, causes and outcomes of domestic violence against pregnant women in hospitals of Tehran Medical Universities (2004). [dissertation]. Tehran: faculty of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 2005. [Farsi]

[10] Faramarzi MA, Esmailzadeh SA, Mosavi SA. A comparison of abused and non-abused women's definitions of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance, *Euro J Obstetr Gynecol Reproduct Biol*2005; 122(2): 225-31.

[11] Shams Esfandabad H, Emamipour S. Reviewing prevalence rate of wife abuse and its affecting factors. Woman in *Develop Politics (Women' Research)* 2003; 1(5): 59-82. [Farsi]

[12] Ghahari S, Atefvahid M, Yousefi H. The prevalence of Spouse Abuse Among Married Students of Islamic Azad University of Tonekabon in 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15 (50) :83-9. [Farsi]

[13] Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health* 2011; 3: 105–15.

[14] 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 J Public Health* 2012; 56(1): 31-6.

[14] Iliyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Hayatu Z, Aliyu MH. Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence Among Pregnant Women in Northern Nigeria. *J Interpers Violence* 2012: 886-2605.

[15] Busch-Armendariz NB, Bohman T, Kalergis K, Osiatynski S, Terwilliger L, Endres E. Statewide Prevalence of Intimate Partner Violence in Texas. 2011.

[16] Mohammadi Z, Sanagoo A, Jouybari L. Spouse Abuse among Women Referred to a Health Care Centers in Gorgan, 2008. *J Gorgan Bouyeh Faculty Of Nursing & Midwifery* 2010; 7(2): 58-64. [Farsi]

[17] Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman. *Iranian J Psychiatr Clinl Psychol* 2009; 15(3): 300-7. [Farsi]

[18] Nouhjah S, Latifi SM, Haghighi M, Eatesam H, Fatholahifar A, Zaman N, et al. Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province. *J Kermanshah Univ Med Scis* 2011;4: 278-86. [Farsi]

[19] Taherkhani S , Mirmohammad Ali M, Kazemnejad A, Arbabi M, Ameli Valizadeh M. A survey on

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

prevalence of domestic violence against women and relationship with couple's characteristics. *J Forensic Med* 2009; 15(2): 123-9. [Farsi]

[20] Jokar A. A study of some factors influencing the way female clients are treated in women referring to yasuj health center. The 1st national congress on family pathology. Tehran, Iran. 2004; 49. [Farsi]

[21] Sarichloo ME, Ghafelehbashy SH, Kalantari Z, Moradi Bagloei M, Jahani-Hashemi H. Domestic violence against women and preventive intervention in the Minoodar & Kosar regions of Qazvin (2005-2006). *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 13(4): 19-4. [Farsi]

[22] Panagh L, Pirouzi D, Shirinbayan M, Ahmadabadi Z. The Role of Personality and Demographic Traits in Spouse Abuse. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2011; 17 (2): 126-35. [Farsi]

[23] Ghazanfari F. Effective factors on violence against women in Lorestan county towns. *Yafteh* 2011; 12 (2) :4-11. [Farsi]

[24] Shabani S, Mansournia N, Mansournia M, Bahrani N. Study of the susceptible factors in wife abuse among women referred to karaj forensic medicine center in 2005: a case – control study. *Medical Sciences J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2008; 18(4): 269-73. [Farsi]

[25] WHO, Pan American Health Organization (PAHO). Understanding and addressing violence against women. Geneva: WHO. 2012.

[26] Ghazizadeh A. Domestic violence: a cross-sectional study in an Iranian city. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2005; 1(11): 880-7. [Farsi]

[27] Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk Factors for Injury to Women from Domestic Violence. *N Engl J Med* 1999; 341.

[28] Arjmand Siapoush A , Ajam Dashtinezhad F. A Study on the Effective Socio-economic Factors of Violence against Women in Ahwaz. *The Sociol of Youth Studies Qurterly* 2011; 1(3); 91-120. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]

The Prevalence of the Types of Domestic Violence on Women Referred to Health Care Centers in Rafsanjan in 2012

F. Torkashvand[1], M. Rezaeian[2], M. Sheikh Fathollahi[3], M. Mehrabian[4], R. Bidaki[5], B. Garousi[6], Garousi[6], M. Movahhedi[4]

Received: 18/01/2013 Sent for Revision: 20/04/2013 Received Revised Manuscript: 20/05/2013 Accepted: 15/06/2013

Background and Objectives: Domestic violence is a public health problem. This study aimed to determine the prevalence of domestic violence types in women referred to health care centers in Rafsanjan city in 2012.

Materials and Methods: This cross-sectional study encompassed 540 women refering to the seven health care centers, by multi-stage sampling method. Data collection tool was a self-response questionnaire that included demographic information and questions concerning the types of domestic violence. *Fisher's* exact test, and also X^2 test for trend were utilized to analyze the data.

Results: Women's age ranged between 19-60 years with a mean and standard deviation of 31.28±7.83 years. Overall 50.9% of the women reported experiencing violence. Out of which, 23.1% physical, 38.1% verbal, 21.3% emotional, and 18.9% had experienced sexual violence. Domestic violence was found to be statistically associated with woman's age ($p<0.001$), husband's age ($p=0.001$), woman's education ($p=0.005$), husband's job ($p=0.010$), history of mental disorders in spouses ($p<0.001$ in woman, and $p=0.001$ in man), number of marriages of husband ($p<0.001$), and the presence of a handicapped child in the family ($p<0.001$).

Conclusion: More than half of the women had experienced domestic violence. Sexual violence reached the lowest whereas verbal violence reached the highest frequencies. Considering the high frequency of domestic violence and the association with some spouses' characteristics, promoting spouses' awareness of this problem and its contributing factors are necessary in order to decrease this problem.

Key words: Domestic violence, Spousal abuse, Women

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Torkashvand F, Rezaeian M, Sheikh Fathollahi M, Mehrabian M, Bidaki R, Garousi B, Movahhedi M. The Prevalence of the Types of Domestic Violence on Women Referred to Health Care Center in Rafsanjan in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2013; 12(9): 695-708. [Farsi]

1- MSc Student of Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2- Prof., Dept. of Social Medicine and Environmental Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- Assistant Prof., Dept. of Social Medicine and Environmental Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4- General Practitioner, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
5- Assistant Prof., Dept. of Psychiatry,Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(corresponding Author) Tel: (0391) 5230081, Fax: (0391) 5230086, E-mail: reza.bidaki111@gmail.com
6- Associate Prof., Dept. of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.9.5.5]