

تاثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران

دکتر بتول احمدی : استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران - نویسنده رابط : ahmadib@sph.tums.com

معصومه علی محمدیان: مربی گروه اکولوژی انسانی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بنفشه گلستان: استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
عباس باقری یزدی: کارشناس ارشد دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر داود شجاعی زاده: استاد گروه مدیریت و خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۳/۳/۱۶ پذیرش: ۸۴/۳/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان در سراسر جهان یکی از اولویتهای بهداشت همگانی است. اگر چه نتایج تحقیقات و اطلاعات جمع آوری شده موجب افزایش آگاهی و حساسیت جامعه نسبت به این معضل سلامتی زنان گردیده، ولی شرم، حیا و ترس زنان و عدم پاسخگویی و مسوولیت پذیری نظام بهداشتی- درمانی جامعه نسبت به آن موجب سکوت و انزوای زنان قربانی و غفلت از پیامدهای آن بر سلامت جسمی و روانی آنان شده است. پیامدهای خشونت خانگی بر سلامت روان زنان شامل افسردگی، اضطراب، استرس و رفتارهای خودکشی و آسیب به خود می باشد. هدف این مطالعه مقطعی تعیین میزان فراوانی انواع خشونت خانگی و تاثیر آن بر وضعیت بهداشت روان زنان متأهل تهرانی است.

روش کار: از ۱۱۸۹ نفر نمونه زن متأهل ۱۵ سال به بالای ساکن شهر تهران که درمحل سکونتشان پرسشگری شده اند.

نتایج: ۳۵/۷٪ تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته اند که به تفکیک ۳۰٪ تحت خشونت جسمی، ۲۹٪ خشونت روانی و ۱۰٪ خشونت جنسی بوده اند. لازم به ذکر است که در این مطالعه بعضی از افراد نیز تحت انواع مختلف خشونت خانگی قرار داشته اند. مشتمل، لگد و سیلی با بیشترین فراوانی (۹۱٪) و هل دادن (۸۰٪) شایعترین نوع خشونت جسمی، تحقیر، توهین و یا ناسزا با فراوانی (۹۳٪)، تهدید و ارباب (۸۳٪) شایعترین انواع خشونت‌های روانی اعمال شده بر علیه زنان نمونه بوده است. از لحاظ وضعیت سلامت روان، ۳۴/۱٪ نمونه ها مشکوک به اختلال روانی (اضطراب و افسردگی) بوده اند. این میزان در افرادی که تحت خشونت خانگی قرار داشته اند ۳/۵ برابر افرادی است که تحت خشونت خانگی نبوده اند ($p < 0/0001$, $OR = 3/5$, $CI : 2/72 - 4/58$).

نتیجه گیری: بررسی برخی عوامل موثر در ارتکاب خشونت علیه زنان نشانگر وجود ارتباط معنی دار آماری بین اعتیاد همسر، وضعیت اقتصادی پایین و تعداد بیشتر فرزندان در خانواده می باشد ($p < 0/0001$). می توان گفت زنان تحت خشونت خانگی احتمالاً بیشتر دچار اختلالات روانی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند و با توجه به این نتایج خشونت به عنوان یک شاخص سلامت زنان اهمیت زیادی دارد. بنابر این افزایش آگاهی و هوشیاری ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی در غربالگری قربانیان و انجام اقدامات حمایتی و اطلاع رسانی عمومی می تواند در کاهش آسیبهای جسمی و روانی در زنان تحت خشونت مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، سلامت روان، سلامت زنان، تهران

مقدمه :

زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند. اطلاع از وضعیت آنان در ابعاد مختلف و برنامه ریزی جهت اصلاح وضعیت آنها در سلامت کل جامعه مؤثر خواهد بود. سلامت زنان بر سلامت خانواده و جامعه تاثیر می گذارد و به پیشبرد اهداف رشد و توسعه کشور کمک می کند. تحقیقات متعدد در کشورهای مختلف نشان می دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائل روانی - اجتماعی قرار دارند. زنان، بار مسئولیتهای مرتبط با نقشهای همسری، مادری و مراقبت از دیگران را برعهده دارند و بخش عمده نیروی کار و کسب درآمد در یک چهارم تا یک سوم خانوارها را تشکیل می دهند.

سلامت روان زنان به دلیل ایفای نقشهای متعدد آنان در جامعه نیازمند توجه است. اما با این حال در اغلب مواقع، فعالیتهای انجام شده حول محور بهداشت باروری و بهداشت روانی آنان مورد غفلت واقع می شود. علاوه بر این، آنان باید تبعیضات جنسیتی و عوامل مرتبط با فقر، گرسنگی، سوء تغذیه و کار زیاد را هم تحمل نمایند. یک نوع شدید این نابرابری و تبعیض، اعمال خشونت خانگی بر علیه زنان است (WHO ۲۰۰۰).

یافته های تحقیقات نشان می دهد که زنان بیشتر از مردان مبتلا به برخی اختلالات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی می گردند و آثار سوء خشونت خانگی و خشونت جنسی و حتی اعتیاد در آنان شدیدتر است. داده های به دست آمده از تحقیقات بانک جهانی نشان می دهد که در بین زنان کشورهای در حال توسعه، اختلالات افسردگی ۳۰٪ از ناتوانیهای عصبی - روانی را تشکیل می دهد: در حالی که این رقم در بین مردان ۱۲/۶٪ می باشد (WHO ۲۰۰۰). نتیجه بررسیهای انجام شده در کشور ما نیز با این ارقام سازگار است. بطوری که طبق مطالعات انجام شده، شیوع بیماریهای روانی بخصوص افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی بوده است (باقری یزدی و همکاران ۱۳۷۳،

جاویدی ۱۳۷۲، بهادرخان ۱۳۷۲، کوکید ۱۳۷۲، حرازی و باقری یزدی ۱۳۷۲ و خسروی ۱۳۷۱).

دلایل اختلاف شیوع بیماریهای روانی در بین زنان و مردان بطور عمده عبارتند از: تفاوتهای فیزیولوژیک، تحمل فشارهای زیست شناختی، روانی و اجتماعی متعدد در زندگی زنان از کودکی تا سالمندی مانند: عادت ماهیانه، ازدواج، بارداری، زایمان، شیردهی، مسئولیتهای سنگین خانوادگی و اجتماعی، نابرابری در استفاده از امکانات موجود اجتماعی، نگرشها و باورهای ناصحیح نسبت به زنان، عدم استقلال اقتصادی و اجتماعی (تحصیل، ازدواج، اشتغال) نسبت به مردان، کمبود یا نبود قوانین مربوط به حمایت از زنان در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی و بسیاری مشکلات دیگر. این عوامل، موجبات بروز احساس حقارت، عدم اعتماد به نفس، نگرانی از آینده، اضطراب، افسردگی، نومییدی، خودکشی و در بعضی موارد اعتیاد، فحشا، بزهکاری و ... را فراهم کرده است (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۶).

مطالعات متعدد نشان می دهد یکی از عوامل عمده و مؤثر بر سلامت روان زنان در تمامی مناطق دنیا، مساله خشونت در خانواده می باشد که از رایج ترین انواع آن، خشونت علیه زنان توسط همسر یا شریک زندگی است. یک تعریف برای خشونت خانگی عبارت است از اعمال هرگونه زور و اجبار که موجب تهدید زندگی فرد یا جسم و شخصیت روانی وی و یا آزادی فردی او در خانواده گردد (Stewart D.E. and Robinson G.E. ۱۹۹۸).

خشونت همسر شامل اقداماتی از جمله تهاجمات فیزیکی، سوء رفتار روحی - روانی، خشونت در روابط زناشویی و سایر رفتارهای کنترل کننده از قبیل جداسازی شخص از خانواده و دوستان یا محدود ساختن دسترسی به اطلاعات و کمک است. عواملی نظیر: سن کم، درآمد اندک، سطح تحصیلات پایین، تجربه رفتارهای تهاجم آمیز در سنین نوجوانی، سابقه خشونت در خانواده مرد بویژه مشاهده کتک خوردن مادر یا تجربه خشونت در کودکی و بزرگ شدن در خانواده های فقیر، از جمله عوامل مهم در

سوء رفتار همسر و مشکلات بهداشت روانی مورد مطالعه قرار گرفته است. این مطالعات نشان دادند که زنان دارای سابقه سوء رفتار همسر بطور قابل ملاحظه ای از درجات بالاتر معیارهای آسیب شناختی روانی برخوردار بوده اند و به همین دلیل نسبت به زنانی که تحت خشونت نبوده اند اختلالات عمده روانی بیشتری در آنها مشاهده شده است و یک ارتباط مثبتی بین فراوانی و شدت سوء رفتار و مشکلات بهداشت روانی دیده می شود.

اختلالات شایع بهداشت روانی در زنان مورد خشونت شامل افسردگی، اضطراب، استرس پس از واقعه، بی قراری و اختلالات مصرف الکل و همچنین طیفی از مشکلات جسمی و روان شناختی می باشد. زنان کتک خورده نیاز بیشتری به درمان روانپزشکی دارند و تمایل اقدام به خودکشی در بین آنان نیز بیشتر دیده می شود (WHO ۱۹۹۷).

باتوجه به مطالب فوق، تامین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زنان در خانواده از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه محسوب می گردد و عدم امنیت و سلامت روانی آنها می تواند منشاء بسیاری از مشکلات در خانواده و جامعه شود. شناخت علل مؤثر در ایجاد ناامنی و خشونت در خانواده و بررسی ابعاد آن بویژه خشونت علیه زنان می تواند در برنامه ریزیهای توسعه کشور مؤثر باشد. براین اساس این مطالعه بر آنست با تعیین میزان فراوانی انواع خشونت خانگی و تعیین عوامل مؤثر بر اعمال خشونت و تأثیر آن بر وضعیت بهداشت روانی زنان، گامی مثبت در جهت نیازسنجی های لازم برای ارائه برنامه های آموزشی به منظور افزایش آگاهی عمومی و ارائه راهکارهای مناسب برای پیشگیری از خشونت و بهبود وضعیت بهداشت زنان بردارد.

روش کار :

دراین مطالعه که یک بررسی مقطعی - توصیفی - تحلیلی است، تعداد ۱۱۸۹ زن متاهل ۱۵ سال به بالای ساکن مناطق بیست گانه شهر تهران به روش نمونه گیری

ارتباط با ارتکاب خشونت نسبت به همسر می باشند. مطالعات زیادی رابطه قوی بین استفاده از الکل با ارتکاب خشونت توسط همسر را نشان می دهند. برخی عوامل شخصیتی از جمله ناامنی، عدم اعتماد به نفس، افسردگی و اختلالات شخصیتی تهاجمی یا ضد اجتماعی و نیز عوامل دیگر از قبیل گسستگی و مشکلات روابط زناشویی با خشونت همسر درارتباط است. زنان بویژه در جوامعی که نابرابری مشخص بین زنان و مردان وجود داشته و نقشهای جنسیتی خشک و هنجارهای فرهنگی حمایتی از حق مردان در اعمال خشونت برعلیه همسر خویش وجود دارد، آسیب پذیری ویژه ای در برابر سوء رفتار همسر خود نشان می دهند (WHO ۲۰۰۲).

میزان شیوع خشونتهای جسمی در کشورهای مختلف متفاوت است. برای مثال در امریکای شمالی ۱۱/۶٪ از زنان در طی یک دوره ۱۲ ماهه توسط همسران خود مورد سوء رفتار قرار گرفته اند. از طرف دیگر این میزان در کره شمالی در همان دوره زمانی ۳۷/۵٪ گزارش شده است (WHO ۱۹۹۷).

اعمال خشونت توسط همسر با بسیاری از پیامدهای فوری و طولانی مدت بهداشتی ارتباط دارد از جمله: صدمات جسمانی، اختلالات دستگاه گوارش، سندرم دردهای مزمن، افسردگی و رفتارهای تمایل به خودکشی. همچنین خشونت همسر بر سلامت باروری اثر گذاشته، ممکن است به اختلالات زنان و مامایی، بارداریهای ناخواسته، دردهای زودرس زایمانی و تولد زودرس، بیماریهای منتقله جنسی وایدز منجر گردد. بطور متوسط قربانیان خشونت همسر، مراجعه به پزشکان، بستری شدن در بیمارستان و اعمال جراحی را در طی زندگی خود بیشتر از دیگران تجربه می نمایند. همچنین خشونت همسر می تواند برامکان اشتغال، میزان درآمد، عملکرد شغلی و توان زنان در حفظ مشاغل خود تأثیر بگذارد.

شیوع مشکلات بهداشت روانی نیز در بین زنانی که مورد سوء رفتار قرار می گیرند به گونه ای هشداردهنده بالا می باشد. در سه بررسی جامعه نگر ارتباط بین

نفت در ۲٪ و چاقو زدن نیز در ۲٪ نمونه ها گزارش شده است.

تحقیق، توهین و یا ناسزا (۹۳٪)، تهدید و ارباب (۸۳٪) و خسارت حیثیتی (۳۷٪) از شایعترین انواع خشونتهای روانی اعمال شده بوده اند. همچنین ۱۰٪ از نمونه های این مطالعه مورد آزار جنسی واقع شده و از این تعداد ۹۱٪ آزار روانی در روابط زناشویی خود داشته اند.

در رابطه با برخی عوامل مؤثر در ارتکاب به خشونت خانگی علیه زنان نتایج این مطالعه نشانگر وجود ارتباط معنی دار آماری بین اعتیاد همسر، وضعیت اقتصادی پایین و تعداد بیشتر فرزندان در خانواده (جدول ۲) می باشد ($P < ۰/۰۰۰۱$).

داده های بدست آمده از وضعیت سلامت روان نمونه های تحت مطالعه نشان می دهند که در مجموع، ۳۴/۱٪ نمونه ها مشکوک به اختلال روانی بوده اند (جدول ۳). این میزان در افرادی که تحت خشونت خانگی قرار داشتند بیش از افرادی است که تحت خشونت خانگی نبوده اند، (به ترتیب ۵۲/۶٪ در مقابل ۲۳/۹٪) که این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار بوده است، یعنی شانس دارا بودن اختلال روانی در زنانی که تحت خشونت بوده اند ۳/۵ برابر بیشتر است ($P < ۰/۰۰۰۱$) و ($OR = ۳/۵$ ، $CI : ۲/۷۲ - ۴/۵۸$).

در مرحله دوم آنالیز تأثیر متغیرهای وضعیت اجتماعی اقتصادی، اعتیاد همسر و تعداد فرزندان به صورت متغیرهای اثر گذار به همراه متغیر خشونت خانگی در یک آنالیز لجستیک چندگانه بر روی سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. روش انتخاب مهمترین متغیرهای اثر گذار forward conditional likelihood بوده که نتیجه آزمون نهایی، متغیر خشونت خانگی را به عنوان تنها و مهمترین متغیر اثر گذار بر سلامت روان معرفی می کند ($OR = ۳/۶۸$ ، $CI : ۲/۸۳ - ۴/۷۶$) ($P < ۰/۰۰۰۱$).

خوشه ای تصادفی و متناسب با جمعیت خانوار هر منطقه انتخاب و از طریق مصاحبه در محل سکونتشان تکمیل پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

در این بررسی ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای شامل سه بخش: مشخصات دموگرافیک، سوابق خشونت و سلامت روان بوده است. جهت کسب روایی و پایایی پرسشنامه یک مطالعه پایلوت به اجرا درآمد و اعتبار محتوایی آن تأمین گردید. جهت کسب اعتماد علمی نیز پرسشنامه در دو نوبت با فاصله زمانی در میان ۳۰ نفر از افراد جامعه نمونه مورد ارزیابی قرار گرفت.

خشونت خانگی متغیر مستقل بوده و به هر گونه عمل همسر که باعث صدمات جسمی، روانی زن می شود، اطلاق گردیده است. بهداشت روان متغیر وابسته بوده و با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸ استاندارد از نظر اختلالات روانی افسردگی و اضطراب (نمره برش = ۶) تعیین سطح شده است جهت تعیین وضعیت اقتصادی افراد، مساحت سرانه هر فرد با استفاده از دو متغیر زیربنای مسکن و تعداد افراد خانوار محاسبه و براساس آن از سطح خیلی ضعیف تا خیلی خوب درجه بندی گردیده است.

نتایج:

براساس نتایج بدست آمده از این مطالعه، ۳۵/۷٪ نمونه ها تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته اند، که به تفکیک ۳۰٪ تحت خشونت جسمی، ۲۹٪ تحت خشونت روانی و ۱۰٪ تحت خشونت جنسی بوده اند. لازم به ذکر است که در این مطالعه بعضی از افراد نیز تحت انواع مختلف خشونت خانگی قرار داشتند (جدول ۱).

از شایع ترین انواع خشونت جسمی، مشت، لگد و سیلی (۹۱٪)، هل دادن (۸۰٪) و پرتاب اشیاء (۵۰/۷٪) بوده است. مواردی همچون شکستگی استخوان در ۴/۳٪، سقط جنین در اثر ضربه در ۲/۵٪، سوزاندن با سیگار یا

بحث:

خشونت علیه زنان یکی از مشکلات اساسی بهداشت همگانی و حقوق بشر در جهان امروزی است. این پدیده جهانی در کلیه فرهنگها و طبقات اجتماعی بر میلیونها زن در سراسر جهان تاثیر می گذارد. پیامدهای جدی خشونت بر سلامت و تندرستی زنان و کودکان آنها ایجاب می نماید که در جهت پیشگیری سریع و محو آن اقدام شود.

بیشترین فراوانی خشونت علیه زنان در محیط خانواده و توسط شریک زندگی آنها صورت می گیرد. از آنجایی که اغلب موارد خشونت در خانه مخفی می ماند، اثبات آن مشکل و پیشگیری از آن سخت تر است. مشکل عمده در پیشگیری از خشونت علیه زنان، عدم وجود مطالعات بهداشتی حساس به جنسیت و داده های معتبر درباره وسعت مشکل و پیامدهای آن است. از این گذشته، نبود آگاهی درباره دلایل ریشه ای خشونت علیه زنان مانعی برای تدارک اقدامات و تلاشها در پیشگیری از آن است. مروری بر ۳۴ مطالعه انجام شده در کشورهای مختلف نشان می دهد که ۲۵٪ تا بیش از ۵۰٪ از زنان تحت سوء رفتارهای جسمی همسران فعلی و یا قبلی خود قرار گرفته اند (WHO ۲۰۰۲).

مطالعات نشان می دهند که در کانادا ۴۵٪ از زنان مورد ضرب و شتم و جراحات قرار گرفته و در امریکا بین ۲۱ تا ۳۰٪ زنان آمریکایی حداقل یکبار در زندگی خود توسط همسرانشان کتک خورده اند. در مطالعه دیگری نیز ۴۷٪ از مردانی که همسرانشان را کتک زده اند بیش از سه بار در سال مرتکب این عمل می گردند (Kilpatrick D. ۱۹۸۵, Rodgers K. ۱۹۸۰, Sartorius N. et al. ۱۹۹۴).

نتایج مطالعه ما نیز نشان می دهد که ۳۵/۷٪ زنان این مطالعه تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته اند. در مطالعه Ratner در سال ۱۹۹۳ که برای تعیین میزان بروز و نوع سوء رفتار با زنان انجام شده است، میزان بروز سوء رفتار جسمانی ۱۰/۶٪، سوء رفتار

روانی ۱۳/۱٪ برآورد گردیده است. در این مطالعه بیکاری، کار نیمه وقت همسر و سن ۴۴-۱۸ سال زنان، آنان را بیشتر در معرض سوء رفتار قرار می داد (Ratner P.A. ۱۹۹۳).

در رابطه با انواع خشونت های خانگی نتایج مطالعه ما حاکی از آن است که خشونت جسمی در ۳۰٪ موارد، خشونت روانی در ۲۹٪ و خشونت جنسی در ۱۰٪ نمونه های تحت مطالعه صورت گرفته است، که این نتایج با یافته های ۴۸ بررسی جامعه نگر در جهان مطابقت می نماید. به علاوه در این بررسی ها مشخص شده که ۶۹-۱۰٪ از زنان چندبار ضرب و شتم فیزیکی از جانب همسر خود را در طول زندگی تجربه می نمایند. همچنین در این مطالعات، خشونت جسمی اغلب همراه با سوء رفتار روانی مردان بوده و در یک سوم تا نیمی از موارد به صورت جنسی نیز اعمال گردیده است (WHO ۲۰۰۲). در مطالعه ما نیز میزان فراوانی خشونت جسمی و روانی تقریباً برابر و خشونت جنسی یک سوم میزان خشونت جسمی بوده است.

جراحات وارده به زنان به علت سوء رفتار جسمی و جنسی ممکن است بسیار جدی باشد. بروز بسیاری از ضرب و شتم ها منجر به جراحاتی از قبیل خراشیدگی، شکستگی تا ناتوانی و معلولیت مزمن می گردد و درصد بالایی از آنها به درمان پزشکی نیازمندند. برای مثال در گینه ۱۸٪ از زنان متاهل شهری به علت خشونت خانگی نیاز به درمان بیمارستانی داشته اند (Bradley C. ۱۹۹۰).

در مطالعه امیر مرادی در سال ۱۳۷۵ شایعترین مشکلات جسمی ناشی از خشونت علیه زنان مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی در ۹۹٪ موارد کبودی و کوفتگی بوده است (امیرمرادی ۱۳۷۵). در مطالعه طاهری و همکاران نیز که در سال ۱۳۷۹ انجام گرفت در بیش از ۷۰٪ زنان مضروب مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی صدمات وارده، شامل خون مردگی، کبودی بدن، کنده شدن موی سر، خونریزی در ملتحمه چشم، شکستگی

بین زنان تحت خشونت و زنانی که تحت خشونت نبوده اند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مجموع، ۲۸٪ از زنان تحت مطالعه خشونت همسر علیه خود را گزارش داده اند. در آنها ابتلا به افسردگی دو برابر و اعتماد به نفس پایین سه برابر بیشتر از زنانی که تحت خشونت نبوده اند، مشاهده شد. این زنان در مقایسه با گروه دوم، از انواع خاص خدمات بهداشتی و اجتماعی مانند خدمات بهداشت روانی استفاده بیشتری نموده اند. این محققان بر تلاش در جهت ایجاد پیوند بین خدمات مراقبتهای بهداشتی و خدمات جامعه در رفع نیاز زنان گرفتار تاکید می نمایند (Petersen R. ۲۰۰۱).

ضرغامی و خلیلیان (۲۰۰۲) در بررسی علل خودسوزی زنان در استان مازندران بیشترین انگیزه و علت را مشکلات خانوادگی در زندگی زناشویی (۹۲٪) اعلام نموده اند که از بین این مشکلات، سوء رفتار کلامی در ۸۸/۵٪، خشونت متوسط در ۵۸/۶٪، کتک کاری و خشونت جسمی در ۶۳/۲٪ و مشکلات جنسی در ۲۴/۱٪ از موارد اصلی ترین علت اقدام به خودسوزی بوده است (Zarghami M. and Khalilian A. ۲۰۰۲).

برطبق مطالعات بانک جهانی، مشکلات بهداشت روان یکی از بزرگترین دلایل سالهای از دست رفته زندگی بوده و علت ۱۰/۵٪ از ناتوانی ها است. این رقم با میزان ابتلاء به بیماریهایی نظیر سرطان، بیماریهای قلبی، عروقی و مغزی قابل مقایسه می باشد (WHO ۱۹۹۵).

یافته های بدست آمده از مطالعه ما نشان می دهد که (۳۴/۱٪) از کل زنان مورد بررسی مشکوک به ابتلاء به اختلالات روانی بوده اند که این میزان در زنان تحت خشونت ۵۲/۶٪ و در زنانی که تحت خشونت قرار نداشتند ۲۳/۹٪ بوده است. همچنین تأثیر مخدوش کنندگی عواملی نظیر وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده و اعتیاد همسر در یک معادله لجستیک چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه نشان داد که در این مطالعه تنها

استخوانها مثل بینی، دنده، ترقوه و ... بوده است و ۲۵٪ از آنان روزی ۱ تا ۳ بار از شوهران خود کتک می خوردند (طاهری و همکاران ۱۳۷۹). این مطالعه نیز مشت و لگد و سیلی در ۹۱٪ از موارد و هل دادن در ۸۰٪ از موارد خشونت جسمی، مشاهده گردیده است.

دریک مطالعه که توسط میرزایی و همکاران در شهر اصفهان در طی سالهای ۷۹ - ۷۸ انجام گرفته است، مشخص گردید که شایعترین نوع همسر آزاری نداشتن اجازه خروج از منزل به تنهایی (۷۳/۲٪) و بعد از آن قهر و قطع ارتباط کلامی شوهر (۴۱/۱٪) بوده است. در مطالعه این محققان، قطع ارتباط جنسی نیز در ۲۸/۵٪ از موارد مشاهده (میرزایی و همکاران ۱۳۷۹) گردیده است. در مطالعه ما زنانی که تحت خشونت روانی قرار داشتند، در ۹۲/۹٪ از موارد نوع خشونت روانی از طرف همسرانشان را تحقیر، توهین یا ناسزا و پس از آن تهدید و ارباب (۸۳/۳٪) ذکر نموده اند. و نوع خشونت جنسی اعمال شده در روابط زناشویی که در ۱۰٪ از نمونه های تحت خشونت خانگی مشاهده شده، اکثراً (۹۱/۶٪) آزار روانی در روابط زناشویی بوده است.

عوامل بسیاری در ارتباط با ارتکاب مردان به خشونت علیه زنان وجود دارد. در مطالعه Petersen و همکاران در سال ۲۰۰۱، سن بالاتر زنان، سابقه ازدواج قبلی و سطح تحصیلات بالاتر زنان با میزان بالای خشونت همسرانشان رابطه معنی داری داشته است (Petersen R. et al. ۲۰۰۱)

در مطالعه حاضر نتایج داده ها نشان می دهد که اعتیاد مردان، سطح اقتصادی پایین و تعداد بیشتر فرزندان در خانواده با اعمال خشونت خانگی علیه زنان رابطه معنی داری دارد.

در مطالعه Petersen و همکاران در سال ۲۰۰۱ که به منظور کمک به طراحی و اجرای استراتژیهای پیشگیری از خشونت همسر و ارزیابی تفاوتیهای موجود در بهداشت روانی انجام شد، رفتارهای بهداشتی و استفاده از مراقبتهای بهداشتی و خدمات خاص جامعه در

الگوهای خاص مراقبتهای بهداشتی برای این گروه از زنان و یا افزایش هشیاری ارائه کنندگان مراقبتهای بهداشتی از ابعاد مسئله و خدمات و منابع موجود برای حمایت از آنان و یا آگاهی از نیازهای بهداشتی آنان برای ارجاع به مکانهای خاص موجود نیز اهمیت دارد (Ruth L. ۱۹۹۷).

مطالعه سازمان PAHO در رابطه با مدل رویکرد ادغام یافته به خشونت داخل خانواده در ۱۰ کشور آمریکای لاتین نشان داد که توسعه یا ایجاد شبکه اجتماعی ارائه مراقبت و حمایت از زنان کتک خورده و خانواده های آنها از طریق موارد ذیل امکان پذیر می باشد:

- متون آموزشی برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، پلیس و سیستم قضایی
- ابزارهای تحلیل موقعیت: از جمله برای شناسایی کسانی که زنان قربانی خشونت برای کمک به آنها روی می آورند.
- سیستم اطلاع رسانی
- تبلیغات رسانه های ملی
- مطالب آگاه کننده
- هنجارهای عمومی و پروتکل های مراقبتها
- گروههای حمایتی زنان کتک خورده یا در معرض خطر (Pan American health organization ۲۰۰۱).

خشونت خانگی تجربه ای است که عمیقاً در ارزشها و عقاید اجتماعی و فرهنگی ریشه دارد. بررسیهای متعدد بر تنوع و تفسیرهای مختلف در اشکال و پیامدهای آن در فرهنگهای مختلف تاکید دارند. این نکته حائز اهمیت است؛ همانگونه که خشونت خانگی در هر چهارچوب فرهنگی جغرافیایی خاص معنی شده و شکل آن مشخص و منشعب می شود، به همانگونه نیز استراتژیهای مداخله ای مناسب آن در چهارچوب محلی شکل می گیرند و هیچ رویکرد واحدی در همه جا برای استفاده وجود ندارد.

خشونت خانگی مهمترین متغیر اثرگذار بر سلامت روان زنان بوده است.

نتیجه گیری:

خشونت خانگی یک مشکل اندمیک بوده و یک دلیل عمده مشکلات و بیماریهای جسمی و مرگ و میر زنان تقریباً در هر فرهنگی در جهان است (Heise L.L. et al. ۱۹۹۴). در اغلب فرهنگها زن بودن بسادگی زنان را در معرض به مخاطره افتادن خشونت جسمی قرار می دهد. دیگرآنکه شواهد نشان می دهند ارتباط مستقیمی بین خشونت خانگی و ابتلا به بیماریهای روانی وجود دارد: هرچند اطلاعات کمتری در این مورد از کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای صنعتی جهان در دسترس می باشد. از نظر تاریخی خشونت خانگی به عنوان تضييع حقوق بشر زنان مدنظر قرار گرفته است ولی چون توسط نزدیکان و در زندگی خصوصی در خانه اتفاق می افتد خارج از دامنه حقوق بشر محسوب می گردد. بنابراین مساله خشونت خانگی به عنوان موضوعهای شخصی تعریف شده و به عنوان الگوهای فرهنگی قابل قبول، تحمل می شوند (Fischbach R. and Herbert B. ۱۹۹۷).

غربالگری خشونت خانگی اولین گام در رفع این مشکل است. پس از تشخیص مورد خشونت خانگی باید خدمات لازم به وی ارائه گردد تا بتوان خطرات بالقوه را در قربانی کاهش داد. البته روشن است که غربالگری و ارجاع و ارائه خدمات مناسب در این موارد به بیش از مکانهای مراقبتهای بهداشتی نیاز دارد و تمامی جامعه باید برای ارائه خدمات به قربانیان درگیر شوند. این امر باید با یک ارزیابی صحیح از امکانات و منابع موجود جامعه در حمایت از قربانیان و افراد در معرض خطر و دیگر افراد جامعه صورت گیرد. استفاده از منابع جامعه برای این زنان می تواند شامل پناهگاه برای زنان کتک خورده، خدمات مشاوره در زمینه های مختلف حقوقی- پزشکی، آموزشی و خدمات مالی و شغلی و حمایتی باشد که البته اطلاع از

- الف - غربالگری خشونت خانگی
 ب - حمایت از قربانیان
 ج - اصلاحات قانونی و آموزش پلیس
 د - برنامه های پیشگیری از مرتکب شوندگان
 ه - برنامه های درمانی برای مرتکبین خشونت

تشکر و قدردانی :

تمام عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری داده اند صمیمانه سپاسگزاری می نمایم. بویژه یاد مرحوم شادروان دکتر داود شاه محمدی را گرامی می دارند.

در حال حاضر مداخلات و سیاستهای ابتکاری و نوینی در نقاط مختلف جهان به منظور کاهش خشونت علیه زنان وجود دارد. با وجود این هنوز یک رویکرد ادغام یافته و منسجمی مورد نیاز است که تمامی سازمانهای مردمی، ملی و بین المللی را در دستیابی به تحول پایدار اجتماعی گردهم آورد. این رویکرد منسجم باید شامل حرفه های حقوقی و پزشکی، دولتها، رسانه ها و مؤسسات آموزش همگانی باشد (Fischbach R. and Herbert B. ۱۹۹۷).

بنابر یافته های تحقیقات متعدد انجام شده و در راستای نتایج حاصله از این مطالعه بطور کلی می توان گفت که تلاشهای انجام شده در رفع مشکل خشونت همسر باید بر موارد زیر تاکید نمود :

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه های مورد مطالعه برحسب اعمال خشونت خانگی توسط همسر و انواع آن

درصد	تعداد	
۳۵/۷٪	۴۲۴	خشونت خانگی
		*انواع خشونت خانگی
۳۰٪	۳۵۳	خشونت جسمی
۲۹٪	۳۴۲	خشونت روانی
۱۰٪	۱۱۶	خشونت جنسی

*بعضی از افراد مورد مطالعه، تحت انواع مختلف خشونت قرار داشته اند

جدول ۲- شیوع خشونت بر حسب اعتیاد همسر، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان

متغیرها	حجم نمونه	شیوع خشونت (درصد)	نسبت برتری (OR) با حدود اطمینان ۹۵٪
اعتیاد			
معتاد	۳۳۱	۵۳/۴	۲/۸ (۲/۱۷-۳/۴۷)
غیر معتاد	۸۵۶	۲۸/۷	--
وضعیت اقتصادی			
خیلی ضعیف	۴۵	۷۵/۶	۱۰/۷ (۴/۷۴-۲۴/۸)
ضعیف	۴۰۷	۴۴/۷	۲/۸۱ (۱/۸۶-۴/۲۶)
متوسط	۳۱۷	۳۳/۷	۱/۷۷ (۱/۱۵-۲/۷۴)
خوب	۱۹۴	۲۴/۲	۱/۱۱ (۰/۶۷-۱/۸۴)
خیلی خوب	۱۸۸	۲۲/۴	۱
تعداد فرزندان			
بیش از ۲	۲۲۹	۵۰/۱	۲/۷۷ (۲/۱۶-۳/۵۳)
۲ و کمتر	۱۹۵	۲۶/۶	--

جدول ۳- وضعیت سلامت روان نمونه های تحت مطالعه

وضعیت سلامت روان	تحت خشونت نبوده اند		تحت خشونت بوده اند		جمع کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سالم	۵۸۲	۷۶/۱	۲۰۱	۴۷/۴	۷۸۳
مشکوک	۱۸۳	۲۳/۹	۲۲۳	۵۲/۶	۴۰۶
جمع کل	۷۶۵	۱۰۰/۰	۴۲۴	۱۰۰/۰	۱۱۸۹
نتیجه آزمون	OR = ۳/۵ CI ۰/۹۵ (۲/۷۲ و ۴/۵۸)				

منابع :

- امیرمرادی، فرشته (۱۳۷۵). بررسی مشکلات جسمی و روانی زنان مضروب تحت خشونت همسران مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۷۵. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- باقری یزدی، سیدعباس. بوالهروی، جعفر، شاه محمدی، داوود (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره یک. صفحات ۴۲-۳۲.
- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- جاویدی، حجت الله (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت- فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

- Kilpatric D. (۱۹۸۵) Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *Journal of Consulting and clinical psychology*. ۵۳: ۸۶۶ - ۸۷۳.
- Pan American Health organization. (۲۰۰۱) Gender, Health and Development. PAHO. April.
- Petersen R., Gazmararian J. and Andersen Clark K. (۲۰۰۱) Partner violence: Implications for Health and community settings. *Women's Health Issues*. ۱۱(۲): ۱۱۷-۱۲۴.
- Ratner P.A. (۱۹۹۳) The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*. ۸۴: ۲۴۶- ۲۴۹.
- Rodgers K. (۱۹۹۴) Wife Assault: the findings of a national survey. Juristat service bulletin, *Statistics Canada*. ۱۴(۹): ۳۲۳- ۳۲۸.
- Sartorius N., Jablensky A., Gulbinat W. and Ernberg G. (۱۹۸۰) WHO collaborative study: assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*. ۱۰: ۷۴۳- ۷۴۹.
- Stewart D.E. and Robinson G.E. (۱۹۹۸) A review of domestic violence and women's mental health. *Archives of women's mental health*. ۱: ۸۳- ۸۹.
- WHO (۱۹۹۵) Towards the Healthy Women Counselling Guide. Ideas from the Gender and Health Research Group.
- WHO (۱۹۹۷) A Focus on Women. Nations for mental health, Division of Mental Health and prevention of substance Abuse. World Health Organization. Geneva.
- WHO (۲۰۰۰) Women and Mental Health, Facts Sheets. No. ۲۴۸. accessed at <http://www.who.int/mentalhealth/publications/>.
- WHO (۲۰۰۲) Facts sheets. accessed at <http://www.who.int/violence-injury-prevention>.
- WHO (۲۰۰۲) Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Department of Gender and Women's Health, Family and Community Health. Geneva.
- حرازی، محمدعلی. باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۲) بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.
- خسروی، شمسعلی. (۱۳۷۱) بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال بختیاری. پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- سازمان جهانی بهداشت. خشونت و سلامت. (۱۹۹۶) ترجمه شهرام رفیعی فر، واحد آموزش مرکز امور مشارکت زنان، مرداد (۱۳۷۷).
- طاهری، شهلا. جناب، مژگان. نوایی، جعفر. (۱۳۷۹) بررسی میزان کیفیت خشونت فیزیکی علیه زنان در خانواده و در بین مراجعین به پزشکی قانونی و سایر مراکز درمانی شهرستان خدابنده. گزارش وزارت کشور و کمیسیون امور بانوان استانداری زنجان.
- کوکید، فرخ. (۱۳۷۲) بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- میرزایی، حمید. شفیع، فرح. واقف داوری، فرزاد. شهیدی، شهلا. (۱۳۷۹) بررسی توزیع فراوانی انواع همسر آزاری در شهر اصفهان در سال ۷۸ - ۷۹. نشریه انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، بهداشت خانواده، سال پنجم، شماره نوزدهم، صفحه ۳۴ - ۲۸.
- Bradley C. (۱۹۹۰) Why male violence against women is a development issue: reflections from Papua New Guinea. Occasional Paper. United Nations Fund for Womens (UNIFEM), New York.
- Fischbach R.L. and Herbert B. (۱۹۹۷) Domestic violence and Mental Health: Correlates and Conundrums within and Across Cultures. *Soc. Sci. Med.* ۴۵(۸): ۱۱۶۱ - ۱۱۷۶.
- Heise L.L., Pitanguy J. and Germain A. (۱۹۹۴) Violence against women. The hidden health burden. World Bank Discussion Papers. The World Bank. Washington, D.C.

Zarghami M. and Khalilian A. (۲۰۰۲)
Deliberated Self-burning in Mazandaran,
Iran. *Bums*. ۲۸(۲۰): ۱۱۵- ۱۱۹.