

مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی و روان شناختی در زنان قربانی خشونت و غیرقربانی شهرستان ساوجبلاغ: یک مطالعه مقایسه ای

شهربانو قهاری^۱، مهدی خردمند^۲، مریم یکه فلاح^۳، نازنین فرخی^۴، بهرام قیصرانی^۵ و رومینا نگاری نامقی^{۶*}

۱ گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، ایران.

۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن. ایران

۳ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن. ایران

۴ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن. ایران

۵ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن. ایران

۶ کارشناسی ارشد سلامت جامعه. موسسه فرزندگان نیک اندیش

*نویسنده مسئول

چکیده

کیفیت تعلیم و تربیت در هر عصری به انسان‌هایی بستگی دارد که مسئولیت آن را بر عهده دارند در این میان رفتار خانواده نقش پر رنگی ایفا می‌کند. زیرا نسل جوان از سال‌های اول زندگی در خانواده دوران ابتدائی و متوسطه و شاید در مراحل بعدی راهی را پیش می‌گیرند که نسل‌های گذشته ترسیم کرده‌اند. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین کنترل رفتار در خانواده و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه است. پژوهش از نوع توصیفی-پیمایشی است. جامعه آماری همه دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر قم بودند نمونه مورد مطالعه ۳۸۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه بود. که به روش نمونه‌گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد عملکرد خانواده استفاده شده است. همچنین نمره معدل کارنامه نوبت دوم دانش‌آموزان به عنوان نمره پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان استفاده شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات کمی از آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، کنترل رفتاردر خانواده و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل واریانس رگرسیون حاکی از خطی بودن کلیه خرده مقیاس‌ها با پیشرفت تحصیلی و تاثیرپذیری پیشرفت تحصیلی از تمام خرده مقیاس‌ها نیز بدست آمد.

واژگان کلیدی: پیشرفت تحصیلی، کنترل رفتار والدین، دانش‌آموزان

مقدمه

خشونت علیه زنان توسط همسر و خشونت جنسی از اصلی ترین مشکلات سلامت جامعه و نقض حقوق زنان است. سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) تخمین زده است که از هر ۳ زن یک نفر یعنی (۳۵٪) زنان در جهان خشونت فیزیکی و جنسی را تجربه می کنند. البته بیشترین خشونت علیه زنان توسط شریک جنسی صورت می گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). خشونت خانگی یعنی اعمال ازارهای فیزیکی، جنسی، روانی و عاطفی نسبت به همسر (فازون و، هولتن و رید، ۱۹۹۷) خشونت علیه زنان با پیامدهای روانی، اجتماعی و جسمی زیادی همراه است (کردوانی، ۱۳۷۹؛ حسن زاده ازغندی و کرمانی، ۲۰۱۱) با توجه به پیامدهای منفی فراوان همسر آزاری مطالعات گوناگون در سراسر دنیا به شناسایی عوامل خطر و نیز عوامل پیش بینی کننده خشونت پرداخته اند (ریچرت^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ خلیفه^۴، ۲۰۱۳؛ جیمز، برودی و هامیلتون، ۲۰۱۳؛ بگوم^۵ و همکاران، ۲۰۱۵؛ آبرامسکی^۷ و همکاران، ۲۰۱۱) در ایران نیز مطالعات گوناگون برای روی عوامل موثر در همسر آزاری و خشونت خانگی انجام شده است (انصاری، مشکینیان، فلاح و زارعی، ۱۳۸۸؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۴؛ اینانلو و همکاران، ۲۰۰۱؛ عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹، قهاری عاطف وحید و یوسفی، ۱۳۸۴).

مطالعات انجام شده در رابطه با عوامل جمعیت شناختی نشان می دهد که خشونت نسبت به زنان جوان تر شایع است و با افزایش سن زن و مرد میزان خشونت کم می شود (خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸) اما مطالعاتی هم هستند که نشان می دهند در برهه هایی از عمر برای مثال دوران بارداری میزان خشونت افزایش می یابد (اینانلو و همکاران، ۲۰۰۱؛ عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹؛ خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸؛ ترکاشوند و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین سن ازدواج زن با میزان تجربه همسر آزاری رابطه دارد به طوری که ازدواج دختران زیر ۱۵ سال موجب افزایش تجربه خشونت می شود (انصاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۴؛ صابریان، آتش نفس، بهنام، ۱۳۸۲؛ اینانلو و همکاران، ۲۰۰۱؛ عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹). در مطالعات انجام شده همچنین مشاهده شده است که وضعیت محل سکونت و تعداد اتاق های منزل با شیوع خشونت رابطه دارد و کم بودن مساحت محل سکونت باعث ازدیاد تنش ها و بروز خشونت می شود (عنایت و یعقوبی دوست، ۱۳۹۱). همچنین در بررسی ها آمده است که تحصیلات زنان قربانی خشونت و همسران شان پایین است (عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹؛ ماریوم^۸، ۲۰۱۴؛ قهاری، مزدرانی، خلیلیان؛ ضرغامی، ۲۰۰۸؛ قهاری، عاطف وحید، یوسفی، ۱۳۸۲). به علاوه زنان با شغل آزاد بیشتر تجربه خشونت خانگی داشتند (خانجانی و همکاران، ۱۳۸۸) همچنین زنان شاغل بیش از زنان خانه دار خشونت فیزیکی و روانی را تجربه می کنند (فلاح و همکاران، ۱۳۹۴) و نیز زنان با درآمد پایین تر بیشتر تحت خشونت خانگی قرار می گیرند (علیزاده و همکاران، ۲۰۱۲). بین بیکاری وی در اعمال خشونت نسبت به همسرش رابطه وجود دارد. به طوریکه مردان کم درآمد و بیکار خشونت بیشتری را نسبت به همسرشان ابراز می کنند (انصاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۴؛ صابریان، آتش نفس، بهنام، ۱۳۸۲؛ نریمانی، آقا محمدیان، ۲۰۰۵). در واقع سطح درآمد باعث افزایش فشار های اقتصادی و روانی و در نهایت بروز خشونت می شود (انصاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۴؛ صابریان، آتش نفس، بهنام، ۱۳۸۲؛ اینانلو و همکاران، ۲۰۰۱؛ نریمانی، آقا محمدیان، ۲۰۰۵). ارتباط بیماری های روان پزشکی و جسمی زن و مرد با پدیده همسر آزاری نیز در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج ضد و نقیض به دست آمده است. بررسی ها نشان می دهند بیماری روان پزشکی زن و مرد با بروز خشونت خانگی رابطه دارد (اینانلو و همکاران، ۲۰۰۱؛ خانجانی، ساعدی، بهادری خسرو شاهی، ۱۳۸۸؛ نریمانی، آقا محمدیان، ۲۰۰۵). ارتباط بین شیوه پیشگیری از بارداری و میزان خشونت از جمله متغیرهایی است که در ایران کمتر کار شده است اما مطالعات نشان می دهند زنان قربانی خشونت کمتر تمایل به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و البته ارتباط جنسی دارند (مکس ول^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). تعداد فرزندان متغیر دیگری است که در مطالعات انجام شده با تجربه خشونت خانگی زن رابطه دارد. وجود تعداد زیاد فرزند در خانواده موجب افزایش تنش و بروز بیشتر همسر آزاری می شود (انصاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۴؛ صابریان، آتش نفس، بهنام، ۱۳۸۲).

با توجه به اهمیت نقش متغیرهای جمعیت شناختی و روان شناختی مطالعه حاضر به مقایسه عوامل جمعیت شناختی و روان شناختی زنان قربانی و غیرقربانی خشونتو غیر قربانیمراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ساوجبلاغ اختصاص یافته است.

روش کار

مطالعه حاضر مطالعه ای مقایسه ای است و جامعه آماری کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری ساوجبلاغ در سال ۲۰۱۷ بودند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد پس از اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه پرسشنامه همسرآزاری قهاری و همکاران و پرسشنامه دموگرافیک را تکمیل نمودند. سپس صد زن قربانی خشونت با صد زن غیر قربانی پرسشنامه جمعیت شناختی را تکمیل کردند.

ابزار

پرسشنامه همسرآزاری قهاری و همکاران (۲۰۰۵): این پرسشنامه دارای ۴۴ ماده است که ۲۰ ماده آن بدرفتاری عاطفی، ۱۰ ماده آن بدرفتاری جسمانی، ۱۴ ماده آن بدرفتاری جنسی را می سنجد، بدرفتاری جسمانی مواردی مانند کتک زدن و هرگونه آزار و اذیت جسمانی، بدرفتاری عاطفی یا هیجانی مواردی مانند تحقیر کردن، برآورده نکردن نیازهای اقتصادی و روانی، مسخره کردن و هرگونه رفتار تخریب گرایانه و بدرفتاری جنسی، اعمال هرگونه عمل خارج از عرف و غیر معمول در برقراری رابطه جنسی، رابطه جنسی توأم با خشونت و اجبار را در برمیگیرد. جهت تعیین اعتبار یا روایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای بدرفتاری جسمی عاطفی و جنسی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۸ و ۰/۸۹ بوده است.

پرسشنامه دموگرافیک: این پرسشنامه شامل سن، نوع محل سکونت، تحصیلات زن و همسر او، شغل زن و همسر او، سطح درآمد، سن ازدواج زن، وضعیت محل سکونت (اجاره یا شخصی)، تعداد اتاق در محل سکونت، مشکلات جسمی زن و همسر او و مشکلات روان پزشکی زن و همسر او؛ تعداد فرزندان، تعداد زایمان؛ نوع زایمان و نوع وسیله پیشگیری بود. موارد مندرج در پرسشنامه با توجه به مرور متون تهیه شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

از آزمون t برای مقایسه متغیر کمی، سن مرد، سن زن، سن زن هنگام ازدواج، تعداد اتاق های منزل، تعداد فرزندانو تعداد زایمان در دو نمونه مستقل گروه خشونت دیده و گروه عادی استفاده شد. از آزمون کا اسکوتر برای مقایسه داده های مربوط به محل سکونت، سطح تحصیلات زن، سطح تحصیلات مرد، شغل زن، شغل مرد، سطح درآمد، وضعیت محل سکونت، بیماری های عصبی زن، بیماری های عصبی مرد، بیماری های جسمی زن و بیماری های جسمی مرد، نوع زایمان و نوع وسیله پیشگیری استفاده شد.

یافته ها

از مجموع ۲۰۰ شرکت کننده (۱۹۷ نفر از ۲۰۰ نفر) ساکن شهر بودند. حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر آن ۵۵ سال بود. میانگین سن شرکت کنندگان، بدست آمد. بیشترین تعداد شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. میانگین سن ازدواج در زنان، ۱۹/۹۶±۴/۴۸ بدست آمد. سطح تحصیلات ۱۹ درصد لیسانس و بالاتر، ۴۰ درصد شرکت کنندگان دیپلم، ۳۲/۵ درصد راهنمایی و دبیرستان و ۸/۵ درصد در سطح ابتدایی بود. ۷۶/۳ درصد زنان شرکت کننده کارگر بودند. سطح درآمد خانواده در حدود ۳۶ درصد شرکت کنندگان بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان بود و ۲۳/۷ درصد اعلام کردند که درآمدی ندارند. ۵۶ درصد افراد در منازل شخصی ساکن بودند. ۲۴/۵ درصد از شرکت کنندگان از بیماری های روانی و ۱۳/۱ درصد از بیماری های جسمی رنج می بردند. ۸۲/۵ درصد از شرکت کنندگان دارای فرزند بودند که ۳۶ درصد دو فرزند و ۳۵ درصد یک فرزند داشتند. ۶۷/۳ درصد از زایمان ها در افراد شرکت کننده، زایمان فیزیولوژیک بود و بیشترین نوع پیشگیری، طبیعی (۶۱/۳ درصد) بود. پس از آن استفاده از کاندوم (۱۸/۱۶) در درجه دوم قرار داشت. همسر اکثر (۴۰/۸) افراد شرکت کننده تحصیلاتی در سطح

راهنمایی و دبیرستان داشته، ۲۴ درصد دیپلم و ۱۷/۵ درصد در سطح ابتدایی یا بی سواد بودند و اکثریت (۴۲/۹) کارگر بودند. ۲۱/۱ درصد از همسران شرکت کنندگان از اعتیاد و ۹/۷ درصد از بیماری های جسمی رنج می بردند. همچنین داده ها نشان دادند بین سن زن ($p=0/033$) و سن مرد ($p=0/008$)، و تعداد اتاق های منزل ($p=0/000$) و خشونت خانگی در زنان ارتباط معنی دار وجود دارد. میانگین سن زنان و مردان در زنان قربانی خشونت کمتر از گروه غیر قربانی بود. همچنین تعداد اتاق ها در منزلی که زنان تجربه خشونت خانگی داشتند، کمتر بود. بین متغیر سن زنان در هنگام ازدواج؛ تعداد فرزندان و تعداد زایمان و خشونت خانگی ارتباط معنی داری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱ ارتباط متغیر های مستقل جامعه شناختی کمی با خشونت

شاخص	زنان قربانی خشونت	عادی
سن زن	۳۰/۷۹±۷/۹۴	۳۳/۳۰±۸/۵۶
مقدار نسبت تی (t)	۲/۱۴۷	
درجه آزادی (df)	۱۹۷	
سطح معنی داری	۰/۰۳۳	
سن مرد	۳۴/۸۵±۷/۸۴	۳۸/۱۸±۹/۲۶
مقدار نسبت تی (t)	۲/۷۰۵	
درجه آزادی (df)	۱۹۲	
سطح معنی داری	۰/۰۰۸	
سن زن هنگام ازدواج	۱۹/۴۸±۴/۹۰	۲۰/۴۶±۳/۹۶
مقدار نسبت تی (t)	۱/۵۴۶	
درجه آزادی (df)	۱۹۵	
سطح معنی داری	۰/۱۲۴	
تعداد اتاق های منزل	۱/۱۸±۰/۶۸	۱/۶۴±۰/۵۹
مقدار نسبت تی (t)	۴/۹۹۹	
درجه آزادی (df)	۱۹۷	
سطح معنی داری	۰/۰۰۰	
تعداد فرزندان	۱/۳۲±۰/۹۳	۱/۵۵±۰/۹۸
مقدار نسبت تی (t)	۱/۶۹۴	
درجه آزادی (df)	۱۹۸	
سطح معنی داری	۰/۰۹۲	
تعداد زایمان	۱/۳۰±۰/۹۹	۱/۵۵±۱/۰۰
مقدار نسبت تی (t)	۱/۷۶۹	
درجه آزادی (df)	۱۹۸	
سطح معنی داری	۰/۰۷۸	

۴۵ درصد از زنان قربانی خشونت و ۳۷ درصد از زنان عادی تحصیلات زیر دیپلم بودند فقط ۱۱ درصد از زنان قربانی خشونت تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند که در گروهی که تحت خشونت نیستند این عدد به ۲۷ درصد میرسد. به طور کلی تفاوت معنی

داری بین سطح تحصیلات و قربانی خشونت بودن وجود دارد (جدول ۲). داده ها همچنین از تفاوت معنی داری بین شغل و خشونت وارده بر زنان حکایت دارد و زنان کارگر خشونت بیشتری را تجربه می کنند (جدول ۲). این امر ممکن است به این دلیل باشد که همسران شان به دلایلی از جمله اعتیاد بیکار هستند و مخارج زندگی بر دوش زنان است.

آمار نشان می دهد ۳۱/۷ درصد از قربانیان خشونت فاقد درآمد ثابت ماهیانه و ۱۶ درصد کم درآمد (زیر ۵۰۰ هزار تومان) بودند. این رقم در زنان غیر قربانی متفاوت است ۱۶ درصد فاقد درآمد ثابت و ۱۲ درصد کم درآمد درآمد بودند. نتایج نشان می دهد بین میزان درآمد و خشونت خانگی علیه زنان رابطه معنی داری وجود دارد (جدول ۲).

داده ها نشان دادند بین وضعیت محل سکونت و قربانی خشونت بودن رابطه معنی دار وجود دارد ($p=0/003$) به طوری که بیش از نیمی از افرادی که قربانی خشونت بودند، در منازل اجاره ای ساکن بودند ($54/5\%$) (جدول ۲).

۳۶ درصد از قربانیان خشونت به بیماری های اعصاب و روان مبتلا بودند. نتایج نشان داد بین وجود بیماری های عصبی و خشونت خانگی ارتباط معنی دار وجود دارد ($p=0/000$) (جدول ۲).

بین مشکلات جسمی در زنان ($p=0/087$) و نوع زایمان ($p=0/919$) با تجربه خشونت رابطه وجود نداشت (جدول ۲).

نتایج نشان داد زنان قربانی از قرص ضد بارداری استفاده نمی کردند (0%) و استفاده از کاندوم (24%) بیشتر از گروه دیگر ($13/1\%$) بود. روش پیشگیری از بارداری با تجربه خشونت ارتباط معنی داری داشت ($p=0/000$) (جدول ۲).

داده ها نشان داد تحصیلات مرد ($p=0/005$)، شغل وی ($p=0/002$) و بیماری های عصبی ($p=0/000$) او با تجربه خشونت خانگی در زنان ارتباط معنی دار دارد. به طوری که تحصیلات همسر ۵۸ درصد از قربانیان خشونت زیر دیپلم بود که این درصد در گروه دیگر ۴۷ درصد بود. از سوی دیگر ۱۴ درصد از همسران قربانیان خشونت بیکار بوده که این آمار در گروه عادی $4/2$ درصد بود. در مقابل $32/3$ درصد از همسران گروه زنانی که تجربه خشونت خانگی نداشتند کارمند بودند اما فقط ۱۱ درصد از همسران قربانیان خشونت کارمند بودند. داده نشان داد که همسران $33/7\%$ از زنان قربانی اعتیاد به مواد داشتند که در گروه غیر قربانی این آمار $8/3$ درصد بود (جدول ۲).

جدول ۲ ارتباط متغیر های مستقل جامعه شناختی کیفی با خشونت

شاخص	زنان قربانی خشونت	عادی
محل سکونت		
شهر	$100(100\%)$	$97(97\%)$
روستا	$0(0\%)$	$3(3\%)$
جمع کل	$100(100\%)$	$100(100\%)$
X^2		$3/046$
درجه آزادی		1
سطح معنی داری		$0/081$
تحصیلات زن		
بی سواد و ابتدایی	$10(10\%)$	$7(7\%)$
راهنمایی و دبیرستان	$35(35\%)$	$30(30\%)$
دیپلم	$44(44\%)$	$36(36\%)$
لیسانس و بالاتر	$11(11\%)$	$27(27\%)$
جمع کل	$100(100\%)$	$100(100\%)$
X^2		$8/451$
درجه آزادی		3
سطح معنی داری		$0/038$

۴ (۰.۴/۲)	۳ (۰.۳/۱)	خانه دار/غیره	شغل زن
۶۶ (۰.۶۸/۸)	۸۲ (۰.۸۳/۷)	کارگر	
۵ (۰.۵/۲)	۶ (۰.۶/۱)	کارمند یا بازنشسته	
۲۱ (۰.۲۱/۹)	۷ (۰.۷/۱)	دانشجو	
۹۶ (۰.۱۰۰)	۹۸ (۰.۱۰۰)	جمع کل	
۸/۹۴۴		X^2	
۳		درجه آزادی	
۰/۰۳۰		سطح معنی داری	
۱۶ (۰.۱۶/۰)	۳۱ (۰.۳۱/۶)	فاقد درآمد	سطح درآمد خانواده
۱۲ (۰.۱۲/۰)	۱۶ (۰.۱۶/۳)	زیر ۵۰۰ هزار تومان	
۳۴ (۰.۳۴/۰)	۳۷ (۰.۳۷/۸)	بین ۵۰۰ هزار تومان تا ۱ میلیون تومان	
۲۵ (۰.۲۵/۰)	۱۱ (۰.۱۱/۲)	بین ۱ میلیون تا ۲ میلیون تومان	
۱۳ (۰.۱۳/۰)	۳ (۰.۳/۱)	بیش از ۲ میلیون تومان	
۹۸ (۰.۱۰۰)	۱۰۰ (۰.۱۰۰)	جمع کل	
۱۷/۱۶۱		X^2	
۴		درجه آزادی	
۰/۰۰۲		سطح معنی داری	
۶۶ (۰.۶۶/۷)	۴۵ (۰.۴۵/۵)	شخصی	وضعیت محل سکونت
۳۳ (۰.۳۳/۳)	۵۴ (۰.۵۴/۵)	اجاره	
۹۹ (۰.۱۰۰)	۹۹ (۰.۱۰۰)	جمع کل	
۹/۰۴۲		X^2	
۱		درجه آزادی	
۰/۰۰۳		سطح معنی داری	
۱۳ (۰.۱۳/۰)	۳۶ (۰.۳۶/۰)	وجود بیماری های عصبی	بیماریهای اعصاب و روان در زن
۸۷ (۰.۸۷/۰)	۶۴ (۰.۶۴/۰)	عدم وجود بیماری های عصبی	
۱۰۰ (۰.۱۰۰)	۱۰۰ (۰.۱۰۰)	جمع کل	
۱۴/۲۹۹		X^2	
۱		درجه آزادی	
۰/۰۰۰		سطح معنی داری	
۹ (۰.۹/۰)	۱۷ (۰.۱۷/۲)	وجود مشکلات جسمانی	مشکلات جسمانی زن
۹۱ (۰.۹۱/۰)	۸۲ (۰.۸۲/۸)	عدم وجود مشکلات جسمانی	
۱۰۰ (۰.۱۰۰)	۹۹ (۰.۱۰۰)	جمع کل	
۲/۹۲۵		X^2	
۱		درجه آزادی	
۰/۰۸۷		سطح معنی داری	
۶۱ (۰.۶۱/۶)	۶۱ (۰.۶۱/۰)	طبیعی	روش پیشگیری

(/۰/۰)۰	(/۰/۰)۰	قرص ضد بارداری	
(/۲۴/۰)۲۴	(/۱۳/۱)۱۳	کاندوم	
(/۱۱/۰)۱۱	(/۲/۰)۲	آ-یو-دی	
(/۴/۰)۴	(/۸/۱)۸	بستن لوله	
(/۱۰۰)۱۰۰	(/۱۰۰)۹۹	جمع کل	
	۲۵/۸۳۰	X^2	
	۴	درجه آزادی	
	۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
(/۱۹/۰)۱۹	(/۱۶/۷)۱۶	تحصیلات مرد	بیسواد/ ابتدایی
(/۴۹/۰)۴۹	(/۳۲/۳)۳۱	راهنمایی/ دبیرستان	
(/۲۴/۰)۲۴	(/۲۵/۰)۲۴	دیپلم	
(/۸/۰)۸	(/۲۶/۰)۲۵	لیسانس و بالاتر	
(/۱۰۰)۱۰۰	(/۱۰۰)۹۶	جمع کل	
	۱۲/۹۸۸	X^2	
	۳	درجه آزادی	
	۰/۰۰۵	سطح معنی داری	
(/۱۴/۰)۱۴	(/۶/۲)۶	شغل مرد	بیکار
(/۴۷/۰)۴۷	(/۳۸/۵)۳۷	کارگر	
(/۱۱/۰)۱۱	(/۳۲/۳)۳۱	کارمند/بازنشسته	
(/۲۸/۰)۲۸	(/۲۲/۹)۲۲	آزاد(غیره)	
(/۱۰۰)۱۰۰	(/۱۰۰)۹۶	جمع کل	
	۱۵/۱۲۸	X^2	
	۴	درجه آزادی	
	۰/۰۰۲	سطح معنی داری	
(/۳۳/۷)۳۳	(/۸/۳)۸	اعتیاد در همسر	وجود بیماری های عصبی
(/۶۶/۳)۶۵	(/۹۱/۷)۸۸	عدم وجود بیماری های عصبی	
(/۱۰۰)۹۸	(/۱۰۰)۹۶	جمع کل	
	۱۸/۶۸۳	X^2	
	۱	درجه آزادی	
	۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
(/۱۰/۱)۱۰	(/۹/۴)۹	مشکلات جسمانی	وجود مشکلات جسمانی
(/۸۹/۹)۸۹	(/۹۰/۶)۸۷	عدم وجود مشکلات جسمانی	
(/۱۰۰)۹۹	(/۱۰۰)۹۶	جمع کل	
	۰/۰۲۹	X^2	
	۱	درجه آزادی	
	۰/۸۶۴	سطح معنی داری	

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد بین سن زن با تجربه خشونت رابطه معنی دار دارد ($p=0/033$). در مطالعه حاضر میانگین سنی زنان قربانی خشونت حدود ۳ سال پایین تر بود. در مورد سن زن و تجربه خشونت، نتایج سایر مطالعات ضد و نقیض است. مطالعه اینانلو و همکاران (۲۰۰۱) و خانجانی و همکاران (۲۰۰۹) با نتیجه بدست آمده هماهنگ است اما مطالعه ترکاشوند و همکاران (۱۳۹۱) ناهمسو است.

این مطالعه همچنین نشان داد سن مرد با اعمال خشونت نسبت به زن رابطه معنی دار دارد ($p=0/008$). مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سن مردان مرتکب خشونت کمتری نسبت به همسران خود می شود. یافته فوق با مطالعه خانجانی و همکاران در سال (۲۰۰۹) همسو و هماهنگ است اما با مطالعه اینانلو و همکاران (۲۰۰۱) و ترکاشوند و همکاران (۱۳۹۱) ناهمسو می باشد. البته کاهش خشونت با افزایش سن می تواند به دلیل بالا رفتن سن و کاهش ریسک پذیری باشد. همچنین با افزایش سن و افزایش سن ازدواج همسران بیشتر تلاش می کنند تا با یکدیگر همانند شده سازش پیدا کنند.

در مطالعه حاضر بین سن ازدواج زن با تجربه خشونت رابطه معنی دار دیده نشد ($p=0/124$). این یافته با نتایج مطالعات اینانلو و همکاران (۲۰۰۱)؛ صابریان و همکاران (۱۳۸۲)، انصاری و همکاران (۱۳۸۸)، عاطف وحید و همکاران (۱۳۸۹) فلاح و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو است. این نکته وجود دارد که میانگین سن ازدواج در این مطالعه بالا بوده است ($4\pm 19/96$). در مطالعات ناهمسو ازدواج زیر سن ۱۵ سال عامل تجربه خشونت دانسته شده است.

تعداد اتاق های منزل با خشونت تجربه شده در زنان رابطه معنی دار دارد ($p=0/000$). این یافته با مطالعه عنایت و یعقوبی دوست (۱۳۹۱) هماهنگ است.

در مطالعه حاضر رابطه معنی داری بین تعداد فرزندان و خشونت تجربه شده توسط زنان مشاهده نشد ($p=0/092$). یافته بدست آمده با نتایج مطالعات صابریان و همکاران (۱۳۸۲)، انصاری حسین و همکاران (۱۳۸۸)، فلاح و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو است. دلیل این امر می تواند این باشد که در پژوهش حاضر حدود ۸۹ درصد از خانواده بدون فرزند یا تک فرزند بوده اند.

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد بین سطح تحصیلات زنان و خشونت ارتباط معنی داری وجود دارد ($p=0/038$). کم بودن سطح تحصیلات مانعی برای کسب مهارت های زندگی و اجتماعی می شود. این یافته با نتایج مطالعات ماریوم (۲۰۱۴)، عاطف وحید و همکاران (۱۳۸۹)، قهاری و همکاران (۲۰۰۸)، مطالعه قهاری و همکاران (۱۳۸۲)، مطالعه نریمانی و آقامحمدیان (۲۰۰۵) و مطالعه فلاح و همکاران (۱۳۹۴) هماهنگ و همسو است.

همچنین بین شغل زنان شرکت کننده با تجربه خشونت رابطه معنی داری وجود داشت ($p=0/030$). این نتایج با یافته های مطالعات فلاح و همکاران (۱۳۹۴)، علیزاده و همکاران (۲۰۱۲) و خانجانی و همکاران (۱۳۸۸) هماهنگ است. شاید این موضوع به دلیل این است که با افزایش درآمد خانواده ازدیاد می یابد و تنش ها در خانواده کم می شود. به علاوه کار کردن موجب کسب مهارت های اجتماعیو حل مسئله می شود که موجب ارتباط صحیح و کاهش خشونت می شود.

یافته های این پژوهش نشان داد که تجربه خشونت توسط زنان در خانواده های کم درآمد بیشتر است ($p=0/002$). این نتیجه با یافته های مطالعات فلاح و همکاران (۱۳۹۴)، انصاری و همکاران (۱۳۸۸)، نریمانیو آقامحمدیان (۲۰۰۵)، صابریان و همکاران (۱۳۸۲)، اینانلو و همکاران (۲۰۰۱) هماهنگ است.

وضعیت محل سکونت خانواده (شخصی بودن و یا رهن و اجاره بودن) با تجربه خشونت زنان رابطه معنی دار داشت ($p=0/003$). عدم داشتن منزل شخصی البته برای افراد ایجاد دغدغه و نگرانی می کند. به ویژه در جامعه مورد مطالعه که سطح درآمد اکثریت پایین تر از میزان خط فقری است که در سال ۱۳۹۴ تعیین شده است. این متغیر در مطالعات داخلی و خارجی بررسی نشده است.

سطح سواد همسران زنان قربانی پایین بود ($p=0/005$). سطح سواد پایین تر در مردان و عدم تحصیل باعث می شود، مهارت های زندگی و زناشویی لازم را یاد نگیرند و خشونت را ابزاری برای کنترل هر چه بیشتر همسر بکار گیرند. هاشمیان اصفهانی، ۱۳۷۰، انصاری و همکاران (۲۰۰۹، انصاری و همکاران، ۱۳۸۸)، نریمانی و آقامحمدیان (۲۰۰۵)، فلاح و همکاران (۱۳۹۴)، صابریان و همکاران (۱۳۸۲) مبنی بر رابطه معکوس بین سطح سواد مرد و تجربه همسرآزاری هماهنگ و همسومی باشد. این پژوهش نشان داد بیماری های روانپزشکی در زنان قربانی بیشتر است ($p=0/000$). این یافته با نتیجه مطالعه نریمانی و آقامحمدیان (۲۰۰۵) هماهنگ است. همچنین بیماری های روان پزشکی از جمله اعتیاد در همسران زنان قربانی خشونت بیشتر بود ($p=0/000$). این نتیجه با یافته های مطالعات اینانلو و همکاران (۲۰۰۱)، نریمانی و آقا محمدیان، (۲۰۰۵) هماهنگ و با مطالعه خانجانی و همکاران (۱۳۸۸) ناهماهنگ است. بیماری های روانپزشکی بر مکانیسم مقابله ای و چگونه مقابله فرد با محیط تاثیر می گذارد. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که شغل مرد با تجربه خشونت زن رابطه معنی دار دارد ($p=0/002$) به صورتی که همسران زنان قربانی خشونت بیکار بودند، سطح درآمد پایین تری داشتند و یا شغل آزاد داشتند. این یافته با نتایج مطالعات اینانلو و همکاران (۲۰۰۱)، صابریان و همکاران (۱۳۸۲)، خانجانی و همکاران (۱۳۸۸) مبنی بر رابطه معکوس بین بیکاری مرد و تجربه خشونت در زن هماهنگ است.

این مطالعه نشان داد چگونگی پیشگیری از بارداری زوجین با تجربه خشونت زن رابطه معنی دار دارد ($p=0/000$). این یافته با نتایج متاآنالیز انجام شده توسط مکسول و همکاران (۲۰۱۵) هماهنگ است. استفاده از آی-یو-دی در قربانیان خشونت بیشتر دیده شد. شاید استفاده از این روش به دلیل درصد موفقیت بالای آن می باشد (آقاملایی، ۲۰۰۸). در مطالعه حاضر بین تجربه خشونت توسط زنان و بیماری آنها رابطه وجود نداشت. نتیجه این مطالعه با نتایج مطالعه خانجانی و همکاران (۱۳۸۸) همسو است.

نتیجه گیری: تفاوت عوامل جمعیت شناختی در زنان قربانی خشونت و غیر قربانی به این معناست که سیاست گزاران و دست اندرکاران بهداشتی در برنامه های پیشگیری باید این موارد را لحاظ کنند

قدردانی

محققین از تمامی نیروهای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ساوجبلاغ و شرکت کنندگان در مطالعه کمال تشکر را دارند.

منابع

- انصاری ح، مشکینیان ع، فلاح س و زارعی ع (۱۳۸۸) بررسی میزان مواجهه با خشونت فیزیکی، روانی و جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان همسر دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۸.
- اینانلو، حقدوست اسکویی، مشایخی، حقانی. (۲۰۰۱). مشخصات زوجین و ارتباط آن با نوع و شدت همسرآزاری در زنان. نشریه پرستاری ایران، ۱۳ (۲۶)، ۶۵-۵۷.
- ترکاشوند، شیخ فتح الهی، مهربیان، بیدکی، گروسی، موحدی. (۲۰۱۳). بررسی فراوانی انواع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۲ (۹)، ۷۰۸-۶۹۵.
- حسن زاده ازغدیب؛ کرمانی م (۲۰۱۱). خشونت خانگی علیه زنان: مروری بر نظریه ها، میزان شیوع و عوامل موثر بر آن. دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی..
- خانجانی ز، ساعدی س، بهادری خسروشاهی ج. (۱۳۸۸). عوامل مرتبط با شدت خشونت خانگی علیه زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی تبریز (تحلیلی بر نقش عوامل بیماری شناختی و جمعیت شناختی).
- صابریان م، آتش نفس ا، بهنام ب. (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان.

- فلاح س. رستم زاده س.، قلیچی قوجق م. (۱۳۹۴) عوامل موثر بر خشونت خانگی علیه زنان متأهل. قهاری ش. عاطف وحید م. & یوسفی ح. (۱۳۸۲) بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن. کردوانی اح. (۱۳۷۹) واکنش کودکان و نوجوانان در برابر خشونت خانگی و لزوم حمایت از آنان. عاطف وحید م. قهاری ش. زارعی دوست ا. بوالهروی ج. کریمی کیسیمی ع. (۱۳۸۹). نقش ویژگی های جمعیت شناختی و روان شناختی در پیش بینی خشونت در قربانیان همسرآزاری شهر تهران. عزیزاده، م. صمدی راد، روانشاده، یلدا، خامنیان، ... & آنوش. (۲۰۱۲). بررسی مورد شاهدی خشونت در دوران بارداری در زنان متأهل شهر تبریز. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۵ (۳۲)، ۱۳-۸. عنایت ح. یعقوبی دوست م. (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین وضعیت محل مسکونی حاشیه نشینان با خشونت خانگی نسبت به فرزندان در شهر اهواز. نریمانی، آقا محمدیان. (۲۰۰۵). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۷ (۲۸)، ۱۱۳-۱۰۷. هاشمیان اصفهانی، م. (۱۳۷۰). اثر درآمدی آموزش؛ پایان نامه کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه اصفهان. لشکری، م. (۱۳۷۳) بازده آموزش، مقایسه بخش خصوصی و بخش دولتی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس.
- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ...&Heise, L. (2011). 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*, 11(1), 109.
- AGHA, M. T., ZARE, S., ABEDINI, S., & POUDAT, A. (2008). IUD CONTINUATION RATE AND THE REASONS FOR DISCONTINUATION IN WOMEN REFERRING TO BANDAR ABBAS HEALTH CENTERS, IRAN.
- Begum, S., Donta, B., Nair, S., &Prakasam, C. P. (2015). Socio-demographic factors associated with domestic violence in urban slums, Mumbai, Maharashtra, India. *The Indian journal of medical research*, 141(6), 783.
- Fazzone, P. A., Holton, J. K., & Reed, B. G. (1997). Substance abuse treatment and domestic violence (p. xiii). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Ghahhari, S., Mazdarani, S., Khalilian, A., &Zarghami, M. (2008). Spouse abuse in sari-Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(1), 31-35.
- James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims*. 2013 Jun 1;28(3):359-80.
- Khalifeh, H., Hargreaves, J., Howard, L. M., &Birdthistle, I. (2013). Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *American journal of public health*, 103(3), 462-472.
- Marium, S. (2014). Women's level of education and its effect on domestic violence in rural Bangladesh. *IOSR J Hum SocSci*, 19, 40-45.
- Maxwell, L., Devries, K., Zions, D., Alhusen, J. L., & Campbell, J. (2015). Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(2), e0118234.
- Rickert, V. I., Wiemann, C. M., Harrykissoon, S. D., Berenson, A. B., & Kolb, E. (2002). The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(4), 1002-1007
- World Health Organization .Violence against women; Intimate partner and sexual violence against women, , [updated November 2016; cited 5 Sep2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

The study of demographic and psychological variables in spouse abuse and on-abused Women in Savojbolagh - Iran: A Comparative Study

Shahrbanoo Ghahari, PhD, 1, Assistant professor of clinical psychology1- Department of Mental Health , School of Behavioral Sciences and Mental Health(Tehran Institute of psychiatry I) Center of Excellence in psychiatry Iran University of Medical Sciences (IUMS).Tehran, Iran.

Mehdi Kheradmand, Master of Clinical psychology. Islamic Azad University of Tonekabon Department of psychology.Tonekabon, Iran.

Maryam Yekefallah, Master of Clinical psychology. Islamic Azad University of Tonekabon Department of psychology.Tonekabon, Iran.

Nazanin Farrokhi, Master of Clinical psychology. Islamic Azad University of Roudehen Department of psychology.Roudehen, Iran.

Bahram Gheitarani, Master of Clinical psychology. Islamic Azad University of Tonekabon Department of psychology.Tonekabon, Iran.

Romina Negari Namaghi, Master of Public Health(MPH).Farzanegan NikAndish Institute for the development to knowledge and Technology

Corresponding Author:romina.negari@gmail.com

Abstract

Objective: violence against women is one the main issue for society health .Violence not only harms physical and mental health of women but also threatens health of family and society. The aim of current study is The study of demographic and psychological variables in spouse and on-abused women in Savojbolagh - Iran: A Comparative Study

Method: this current study was conducted to examine the role of demographic and psychological factors affecting violence against women referring to healthcare centers in Savojbolagh. 300 female patients who had referred to healthcare centers in Savojbolagh filled out demographic and Ghahari's spouse abuse questionnaires. Data were analyzed using t test and chi-square.

Results: this study indicated a significant difference between violence experience of women and variables including woman's age ($p=0.033$), man's age ($p=0.008$), number of rooms in the house ($p=0.000$), residence place (rental or owned) ($p=0.003$), education level of woman ($p=0.038$) and man ($p=0.005$), job of woman ($p=0.030$) and man ($p=0.002$), income level of family ($p=0.002$), psychiatric disease of woman ($p=0.000$) and man ($p=0.000$), and contraception method used by couples ($p=0.000$).

Conclusion: Regarding of demographic factors affecting violence commitment leads to more accurate planning to prevent from domestic violence by policy makers.

Keywords: Spouse Abuse, Demographics variables ,abused women