مجله علمی پژوهان
دوره ۱۳، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۳۹ تا ۴۸
مقاله پژوهشی

عوامل مؤثر بر همسرآزاری در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز در سال ۱۳۹۲

آرزو شایان[۱]، سیده زهرا معصومی[۲*]، سعید یزدی راوندی[۳،۴]، محمد زارع نژاد[۵]

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، رودهن، ایران
۵. پزشک قانونی، دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، عضو پیوسته مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۲۹

چکیده

مقدمه: همسرآزاری به هر رفتار خشنی اطلاق میگردد که وابسته به جنسیت بوده و به آسیبهای جسمی، جنسی، روانی و رنج زنان منجر می شود. همسر آزاری پیامدهای نامطلوب اجتماعی و خانوادگی را به دنبال دارد، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر همسرآزاری، در شهر شیراز انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی_تحلیلی از نوع مقطعی بود، که از بین زنان دچار همسرآزاری ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز، تعداد ۱۹۷ نفر به روش تصادفی ساده، در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه های استاندارد سنجش خشونت علیه زنان، سلامت عمومی و عملکرد جنسی بود. داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بیشترین میزان همسرآزاری بین افراد، خشونت روانی با میانگین (۵۵/۸۰) و کمترین میزان خشونت اقتصادی با میانگین (۶/۱۱) بود. بین ابعاد خشونت فیزیکی (r:۰/۱۰ ; P=۰/۰۰۱)، خشونت اقتصادی (r:۰/۱۵ ; P=۰/۰۰۷) و خشونت کل (r:۰/۱۱ ; P=۰/۰۵۲) و عملکرد جنسی کل همبستگی معنادار و مستقیمی وجود داشت. همچنین متغیرهای سابقه پیشگیری از بارداری، دخالت خویشاوندان همسر، سابقه اعتیاد شوهر، تعداد فرزندان، طبقه اقتصادی والدین زن و همسر، سن همسر و عملکرد جنسی کل به طور معناداری همسرآزاری را پیش بینی نمود (P<۰/۰۵).

نتیجه گیری: با توجه به پیامدهای همسر آزاری و ارتباط آن با برخی ویژگیهای زوجین، افزایش آگاهی های لازم در زمینه شناخت بیشتر این مشکل و عوامل مؤثر بر آن ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: پزشکی قانونی، سلامت عمومی، عملکرد جنسی، شیراز، همسرآزاری

مقدمه

همسرآزاری به عنوان یکی از انواع خشونت های خانگی، شامل هرگونه رفتاری است که به صورت عملی، توسط همسر نسبت به زن صورت می گیرد. این نوع خشونت، در برگیرنده بد رفتاری های جسمانی، عاطفی و جنسی می باشد که به منظور اعمال سلطه، اقتدار و تحکیم قدرت خود، نسبت به زن و دیگر اعضاء خانواده به کار می رود [۱]. همسرآزاری می تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تأثیر قرار دهد، از جمله می تواند موجب کاهش اعتماد به نفس زنان و در نتیجه اختلال در روابط بین فردی، عزت نفس پایین، اضطراب زیاد، اختلال تغذیه، اختلال استرس پس از

نویسنده مسئول: سیده زهرا معصومی، استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
تلفن: ۰۹۱۸۳۱۲۹۰۵۸ ایمیل: Zahramid2001@yahoo.com

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

آسیب (Post-Traumatic Stress Disorder) و اختلالات عملکرد جنسی (Female Sexual Dysfunction) شود [۲]. همچنین بررسی ها نشان داده است که شکایات جسمانی نظیر سردرد، مشکلات شکمی، درد مزمن، خون ریزی واژینال، سندرم روده تحریک پذیر، علایم ژنیکولوژی و بیماری های منتقله جنسی در زنان قربانی خشونت، از شیوع بالایی برخوردار است [۱]. Alen و همکاران ۲۰۰۹، بیان کردند که از عمده ترین آسیبهای روانی وابسته به خشونت علیه زنان می توان به استرس، احساس درماندگی، تشویش و اضطراب اشاره کرد [۳]. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، میزان شیوع خشونت خانگی در چندین کشور، از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است و از هر ۳ زن یک زن مورد خشونت واقع می شود [۴]. مطالعات مبتنی بر جوامع در دسترس، بیانگر آن است که میزان شیوع خشونت روانی بین ۲۳ تا ۷۲ درصد می باشد [۵]. در مطالعه Babu و همکاران ۲۰۰۹، که بر روی جمعیت زنان غرب هند انجام شده است، شیوع آزار روانی بیش از آزار جسمی و جنسی بوده است [۶]. در ایران نرخ بدرفتاری علیه زنان ۳۵ تا ۸۵ درصد گزارش شده است [۷]. در مروری کلی بر پژوهش های جمعیت شناسی انجام شده در ایران، به نتایج گاه متناقضی بر می خوریم؛ برای مثال افزایش سن در مواردی به افزایش خشونت و در موارد دیگر به کاهش خشونت و حتی در برخی موارد بی ارتباط با خشونت گزارش شده است [۸]، از طرفی تحصیلات بالای زنان، هم به افزایش و هم به کاهش خشونت انجامیده است [۹]، همین امر درباره اشتغال به کار زنان نیز صدق می کند، یعنی زنان شاغل بیشتر از زنان خانه دار تحت خشونت قرار می گیرند و یا بر عکس زنان شاغل در مقایسه با سایر گروه ها تحت خشونت کمتری قرار دارند [۱۰]. در بررسی های مختلف، برخی از مشاغل مردان به عنوان عامل مؤثر بر ایجاد خشونت علیه زنان، بیان شده و در خصوص سایر متغیرهای جمعیتی نیز تفاوت هایی دیده می شود [۱۱]. همچنین طی تحقیقات صورت گرفته توسط پژوهشگران خارجی افرادی که مواد مخدر و الکل مصرف می کنند، نسبت به کسانی که این کار را نمی کنند، بیشترین میزان خشونت را نسبت به همسر داشتند و اعتیاد به عنوان مهمترین عامل در بروز همسرآزاری ذکر شده است [۱۲]. در این رابطه Ivants در پژوهش خود نشان داد که در زنان کم درآمد و با تحصیلات پایین تر نسبت به زنان با درآمد بالاتر و تحصیلات بالاتر، میزان خشونت نسبت به آنها خصوصاً خشونت جسمی بیشتر است و خشونت خانگی در میان بارداریهای بدون برنامه بیشتر است [۱۳]. همچنین مشکلات الکلی بودن، فشارهای عصبی، افسردگی، ویژگی های شخصیتی ضداجتماعی، فشارهای مالی، مدت زمان ازدواج، رابطه زناشویی ضعیف، تعارضات زناشویی، حسادت جنسی، نگرش قدرت طلبانه مرد و نگرش های موجود نسبت به تنبیه زنان، به طور معناداری در آزارهای فیزیکی و روانی دخالت داشتند [۱۴]. با توجه به این که همسرآزاری عوارض و پیامدهای نامطلوب اجتماعی، خانوادگی و درمانی دارد، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با همسرآزاری در مراجعه کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز در سال ۱۳۹۲، انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی_تحلیلی به صورت مقطعی، در زنان دچار همسرآزاری ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر شیراز، به مدت سه ماه از ابتدای مای دی تا پایان ماه اسفند، طی سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کل زنان دچار همسرآزاری مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر شیراز (واحد غرب، واحد شرق) بودند که با شکایت آزار و اذیت توسط همسرانشان و با دستور از مراجع قضایی به پزشکی قانونی شهر شیراز ارجاع شده، و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند. طبق فرمول کوکران، حجم نمونه ۱۹۷ نفر تعیین شد، که این تعداد به روش تصادفی ساده، از مرکز غرب ۸۰ نفر و شرق ۱۱۷ نفر انتخاب شدند، زیرا در واحد شرق تعداد مراجعین همسرآزاری بیشتر بود. شرایط ورود به مطالعه رضایت افراد جهت شرکت در مطالعه، گروه سنی ۴۵-۱۶ سال، سواد خواندن و نوشتن، ساکن استان فارس، نداشتن آسیب های جسمی و روانی که مانع تکمیل شدن پرونده ها گردد، بود. در صورت عدم تمایل افراد به ادامه شرکت در مطالعه و یا نقص در تکمیل پرسشنامه ها از مطالعه خارج میشدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان، پرسشنامه عملکرد جنسی و پرسشنامه سلامت عمومی بود.

-پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک: شامل: سن، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، سابقه اعتیاد و.... بود.

-پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان: پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان دارای ۳۲ گویه و در ۴ بخش بود که برای هر گویه نمره ۱ تا ۴ را شامل میشد. حیطه

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

اول خشونت روانی که شامل سؤالات ۱۶-۱ بود. حیطه دوم خشونت فیزیکی که شامل سؤالات ۲۷-۱۷ را می سنجید، حیطه سوم که شامل سؤالات ۳۰-۲۸ بود، خشونت جنسی را می سنجید و حیطه چهارم که شامل سؤالات ۳۱ و ۳۲ می باشد، خشونت اقتصادی را می سنجید. که امتیاز دهی کل حیطه ها شامل هرگز، یک بار، دوبار، بیش از دو بار بود. همچنین ضریب پایایی و آلفای کرونباخ بدست آمده در تحقیقی که توسط سعادتی صورت گرفته است، برای هر یک از ابعاد خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و اقتصادی به ترتیب ۰/۹۳۱ ، ۰/۹۸۱، ۰/۹۰۳، ۰/۸۱۷ و ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۹۵۸ برآورد شد [۱۵].

-پرسشنامه استاندارد عملکرد جنسی Female Sexual Function Index-FSFI: این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال بود، که شش بعد از عملکرد جنسی (میل جنسی، ارگاسم، تحریک، درد جنسی، لوبریکاسیون و رضایت جنس) را طی ۴ هفته اخیر می سنجد. نمره هر بخش با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن بخش و ضرب کردن حاصل جمع در ضریب هر بخش بدست آمد. سئوالات ۱ و ۲ شامل بعد تمایلات جنسی که حداقل و حداکثر نمره آن بین ۱ تا ۵ و ضریب ۰/۶ برای هر سوال می باشد، امتیاز نهایی بین ۱/۲ تا ۶ امتیاز می شود. سئوالات سایر ابعاد نمره بین ۰تا ۶ می گیرند [۱۶]. که حداکثر نمره برای هر بخش برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ بود. نمره کلی از حاصل جمع نمرات ۶ بخش بدست آمد. نمره صفر هیچگونه فعالیت جنسی در ماه گذشته نداشت. پایایی این ابزار در مطالعات قبلی ۰/۸۷ برآورد شده است [۱۷]. نمره برش کل مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ یا کمتر تعیین گردید [۱۸].

-پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس است. زیر مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی بود. مدت اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه بود. زیر مقیاس جسمانی شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها می باشد و با نشانه های جسمانی همراه بود. مواد این زیر مقیاس در پرسشنامه در سؤال های ۱ تا ۷ مشخص شده بود. زیر مقیاس اضطراب و بیخوابی شامل مواردی بود که با اضطراب و بی خوابی مرتبط اند. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال های ۸ تا ۱۴ مشخص شده بود. زیر مقیاس اجتماعی گستره توانایی افراد را در مقابله به خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می سنجید و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی، آشکار می کرد. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در سؤال های ۱۵ تا ۲۱ آمده بود. زیر مقیاس افسردگی در برگیرنده مواردی بود که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط بودند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با سؤال های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده بود. هر سؤال شامل چهار گزینه، و نمره دهی آن از یک تا چهار بود. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس های علایم جسمی ۸۵ درصد، اضطراب و بیخوابی ۷۸ درصد، اختلال عملکرد اجتماعی ۷۹ درصد، و افسردگی وخیم ۹۱ درصد و کل پرسشنامه ۷۸ درصد بدست آمده است [۱۵].

پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی و اخذ کد کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و ارائه توضیح و بیان اهداف پژوهش، یادآوری در محرمانه نگه داشتن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت افراد در مطالعه و تکمیل فرم رضایت نامه کتبی، ابتدا افراد با پرونده خشونت خانگی انتخاب می شدند و جهت اطمینان از اینکه نمونه ها مورد خشونت واقع شده اند، پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان در اختیار نمونه های مورد پژوهش قرار گرفت. در صورتیکه در یکی از حیطه های خشونت، دارای امتیاز کافی (کسب حداقل امتیاز در یکی از حیطه ها) بودند، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و عملکرد جنسی و سلامت عمومی توسط افراد تکمیل میشد و تا کامل شدن تعداد نمونه ها این روند ادامه یافت. معیار تعیین اختلال عملکرد جنسی نقطه برش های کمتر از ۲۸ تعیین شده بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند گانه، تجزیه و تحلیل گردید. سطح معناداری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی زنان ۳۰/۴۲±۶/۷۲ سال و مردان ۳۵/۱۵±۷/۴ سال بود. تعداد فرزندان ۱/۲۷±۱/۱۷ گزارش شد. اکثر زنان دارای تحصیلات دیپلم ۴۳/۷ درصد و ۴۴/۲ درصد از روش پیشگیری از نوع طبیعی استفاده کرده بودند (جدول ۱).

مطابق جدول ۲ بیشترین میزان همسرآزاری بین افراد، خشونت روانی با میانگین (۵۵/۸۰) و کمترین میزان

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

همسرآزاری، مربوط به بعد خشونت اقتصادی با میانگین (۶/۱۱) بود. جهت سنجش رابطه بین ابعاد همسرآزاری و عملکرد جنسی کل و سلامت عمومی کل از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است، نتایج حاکی از آن بود که بین ابعاد خشونت فیزیکی (r:۰/۱۰ ; P=۰/۰۰۱)، خشونت اقتصادی (r:۰/۱۵ ; P=۰/۰۰۷) و خشونت کل (r:۰/۱۱ ; P=۰/۰۵۲) و عملکرد جنسی کل همبستگی معنادار و مستقیمی وجود دارد. همچنین بین تمامی ابعاد همسرآزاری و سلامت عمومی کل هیچ رابطه معناداری دیده نشد (P >۰/۰۵) (جدول ۳).

برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله ای بر متغیر وابسته همسرآزاری از تحلیل رگرسیون استفاده گردید، هدف اصلی از این تحلیل تبیین واریانس یا همان تغییرات متغیر وابسته همسرآزاری می باشد. ضریب بتا استاندارد سهم نسبی هر متغیر مستقل را در پیش بینی متغیر وابسته (همسرآزاری) مشخص می کند. در پژوهش حاضر، چون ضریب بتای استاندارد بدست آمده برای متغیر سابقه پیشگیری از بارداری (۱۴/۳)، بیشتر از سایر متغیر ها بوده است، در نتیجه این متغیر بیشترین سهم را در پیش بینی همسرآزاری داشته است. سهم هر یک از متغیر های مورد بررسی در پیش بینی همسرآزاری در جدول ۴ آمده است. همانطور که نتایج گویای آن است همسرآزاری

جدول ۱. خصوصیات جمعیت شناختی زنان دچار همسرآزاری

متغیر جمعیت شناختی		فراوانی(درصد)	متغیر جمعیت شناختی		فراوانی(درصد)
تحصیلات زن	بی سواد	(۲)۴	طبقه والدین زن	ضعیف	(۱۷/۳)۳۴
	ابتدایی	(۷/۶)۱۵		متوسط	(۶۳/۵) ۱۲۵
	سیکل	(۱۹/۳)۳۸		خوب	(۱۹/۳)۳۸
	دیپلم	(۴۳/۷) ۸۶	طبقه والدین همسر	ضعیف	(۲۳/۹)۴۷
	فوق دیپلم	(۷/۶)۱۵		متوسط	(۴۸/۲)۹۵
	دانشگاهی	(۱۹/۸)۳۹		خوب	(۲۷/۹)۵۵
سابقه پیشگیری از بارداری	بله	(۹۲/۹)۱۸۳	دخالت خانواده همسر	بلی	(۶۵/۵)۱۲۹
	خیر	(۷/۱)۱۴		خیر	(۳۴/۵)۶۸
نوع پیشگیری از بارداری	طبیعی	(۴۴/۲)۸۷	سابقه اعتیاد همسر	بلی	(۵۳/۳)۱۰۵
	کاندوم	(۲۱/۳)۴۲		خیر	(۴۶/۷)۹۲
	قرص	(۱۳/۷)۲۷			
	IUD	(۵/۱)۱۰			
	عقیم سازی	(۷/۶)۱۵			
	آمپول	(۰/۱)۲			

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد همسرآزاری

ابعاد	میانگین±انحراف معیار	حداکثر	حداقل
خشونت روانی	۸/۰۱±۵۵/۸۰	۶۴	۳۱
خشونت فیزیکی	۶/۱۳±۳۶/۴۴	۴۴	۱۳
خشونت جنسی	۳/۶۸±۷/۰۹	۱۲	۳
خشونت اقتصادی	۲/۰۱±۶/۱۱	۸	۲
خشونت کل	۱۳/۰۹±۱۰۵/۴۵	۱۲۸	۶۱

جدول ۳. همبستگی ابعاد همسرآزاری با عملکرد جنسی کل و سلامت عمومی کل

ابعاد خشونت	اختلال عملکرد جنسی		اختلال عملکرد جنسی	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری*	ضریب همبستگی	سطح معناداری*
خشونت روانی	۰/۱۵۷	۰/۶۲	۰/۵۰۷	۰/۷۷
خشونت جنسی	۰/۲۰۸	۰/۴۶	۰/۳۰۵	۰/۲۵
خشونت فیزیکی	۰/۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۰/۵۷
خشونت اقتصادی	۰/۱۵۰	۰/۰۰۷	۰/۱۴۳	۰/۹۰
خشونت کل	۰/۱۱۱	۰/۰۵۲	۰/۱۳۲	۰/۳۹

* P <۰/۰۵

جدول ۴. خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش بینی همسرآزاری براساس متغیرهای جمعیت شناخت

متغیر	ضریب استاندارد شده β	خطای استاندارد	سطح معنا داری*	حدود اطمینان ضریب بتا	
				حد بالا	حد پایین
سابقه پیشگیری از بارداری	۱۴/۳	۴/۶۲	۰/۰۰۲	۲۳/۳۵	۵/۲۵
دخالت خانواده همسر	۱/۴۹	۰/۵۵	۰/۰۰۷	۲/۵۷	۰/۴۱
سابقه اعتیاد همسر	۱/۷۷	۰/۷۳	۰/۰۱۵	۳/۲	۰/۳۴
تعداد فرزندان	۱/۹۰	۱/۰۴	۰/۰۶۹	۳/۹۴	-۰/۱۴
طبقه والدین زن	-۳/۲۱	۱/۵۳	۰/۰۳۷	-۰/۲۱	-۶/۲
سن همسر	۰/۳۵۵	۰/۱۴	۰/۰۱۰	۰/۶۳	۰/۰۸
طبقه والدین همسر	-۰/۶۴۸	۰/۲۲۵	۰/۰۰۴	-۰/۲	-۱/۰۹
عملکرد جنسی	۰/۱۹۳	۰/۰۹	۰/۰۳۳	۰/۳۷	۰/۰۱

* P<۰/۰۵

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

با متغیرهای سابقه پیشگیری از بارداری، دخالت خانواده همسر، سابقه اعتیاد همسر، تعداد فرزندان، طبقه والدین زن، سن همسر، طبقه والدین همسر و عملکرد جنسی به طور معناداری همسرآزاری را پیش بینی می نمایند.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین عوامل مؤثر بر همسرآزاری انجام شد. طبق نتایج پژوهش بیشترین میزان همسرآزاری بین افراد، خشونت روانی با میانگین (۵۵/۸۰) و کمترین میزان مربوط به بعد اقتصادی با میانگین(۶/۱۱) بود. در پژوهش ملکی و همکاران ۱۳۸۹، کمترین تجربه خشونت خانگی در حوزه خشونت فیزیکی مستقیم (۳/۹ درصد)، و بیشترین موارد در حوزه خشونت فیزیکی غیر مستقیم و روانی عاطفی (۱۱/۷ درصد) بود، این امر نشانه کاهش در آسیب های جسمی مستقیم و به نوعی تغییر در خرده فرهنگ خشونت است [۱۹]. همچنین بر اساس یافته های بدست آمده، بین متغیر همسرآزاری با دخالت خویشاوندان همسر، سابقه زندان همسر، سابقه اعتیاد همسر، سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، سن همسر، تعداد فرزندان، رابطه مستقیم و معنادار، و با طبقه اقتصادی والدین و تحصیلات همسر رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد. بدین معنا که با افزایش دخالت خویشاوندان همسر، سابقه زندان همسر، افزایش میزان اعتیاد همسر، سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و کاهش سطح اقتصادی والدین و تحصیلات پایین همسر، میزان همسرآزاری افزایش یافت. نتایج این پژوهش با نتایج حجازی و همکاران در سال ۱۳۹۲ و Iliyasu و همکاران ۲۰۱۲، همخوانی دارد [۲۰، ۲۱]. چنین به نظر می رسد که با افزایش سن زوجین شاید به علت احساس ناامیدی نسبت به بهبود وضعیت زندگی و از دست رفتن فرصت ها برای رفع مشکلات، زوجین به خشونت نسبت به هم متوسل می شوند. به طور یقین رابطه اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سیگار با شخصیت افراد، یک رابطه دو جانبه و متقابل دارد، یعنی از یک طرف سوءمصرف این مواد بر شخصیت فرد معتاد تأثیر می گذارد و از سوی دیگر افراد با انواع ویژگیهای شخصیتی نظیر شخصیت های وابسته، گرایش بیشتری به سوءمصرف پیدا می کنند و تأثیر متقابل این عوامل زمینه ساز همسرآزاری در این افراد می باشد. نتایج بدست آمده را میتوان این گونه تبیین کرد که استفاده از الکل و مواد مخدر، قضاوت را مختل می کند، بارداری را کاهش و پرخاشگری را افزایش می دهد [۲۲]. ساریچلو و همکاران ۱۳۸۷، نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین اعتیاد شوهران و همسرآزاری رابطه معنادار وجود دارد [۲۳]. متغیر تعداد فرزند (بیشتر از سه فرزند) نیز پیش بینی کننده مورد بدرفتاری جسمانی، عاطفی و جنسی قرار گرفتن بود. این یافته نیز با نتایج مطالعات پیشین هماهنگ است [۲۴، ۲۵]. مطابق با نظریه الیزابت بات، هر چه دخالت خویشاوندان در زندگی خصوصی و زناشویی افراد بیشتر باشد، باعث کمرنگ شدن حضور افکار و توافق زوجین در بسیاری از مسائل زناشویی شده و زندگی جو صمیمی خود را از دست می دهد و کم کم به سردی و بروز اختلافات تبدیل می شود، در نتیجه زمینه برای بروز انواع اختلالات روانی، جسمی و جنسی فراهم می گردد [۲۶]. در بین متغیرهای مذکور، سابقه پیشگیری از بارداری بیشترین تأثیر را بروی همسرآزاری داشت زیرا عوارض مختلف جسمی و روانی برای روش های مختلف پیشگیری از بارداری مطرح هستند. در واقع اختلالات عملکرد جنسی که بدنبال انواع روش های پیشگیری از بارداری بوجود می آید. نتایج وخیمی مثل افسردگی، عصبانیت، شیوع استفاده از مواد مخدر، عدم تعادل جسمی و روانی را در پی خواهد داشت [۲۷] و به دنبال اختلال در روابط جنسی، مشکلات جنسی، انزوا طلبی، ترس، بی ثباتی عاطفی و دوگانگی احساسات رخ می دهند که همگی بر رضایت زناشویی به عنوان یکی از مؤلفه های تأمین کننده سلامت جنسی، مؤثرند [۲۸]. طبق نتایج پژوهش حاضر، بین خشونت فیزیکی و اقتصادی و خشونت کل، با متغیر عملکرد جنسی رابطه آماری مستقیم و معناداری وجود دارد. بیانیه سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم تعریف نموده که جنبه های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می گردد، بنابراین هرگونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از روابط جنسی شود، میتواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد [۲۹] و از طرفی خشونت های جسمانی می تواند به بیماری های صدمات جسمانی مزمن منجر شود که باعث کاهش عملکرد جنسی و به دنبال آن افت کیفیت زندگی افراد گردد [۳۰، ۳۱]. همچنین به دنبال آن نبود ارتباط آماری معنادار بین سلامت عمومی و همسرآزاری و ابعاد آن، بر خلاف انتظار، ممکن است به دلیل محدود بودن حجم نمونه، عدم صبر و حوصله کافی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

افراد در پاسخگویی به سوالات به دلیل وضعیت نامناسب روحی و مشکلات خانوادگی و... باشد. زیرا خانم هایی که به هر دلیل شاکی و یا متشاکی به پزشکی قانونی مراجعه می کنند، همکاری زیادی در زمینه پاسخگویی به سوالات ندارند. اختلال در مؤلفه های سلامت عمومی مانند اضطراب و افسردگی شیوع بالایی به خصوص در میان دانشجویان و گروه های شغلی مانند پرستاران و.. دارد [۳۲، ۳۳] و با عوامل بسیاری در ارتباط هستند که می توانند با همسرآزاری رابطه مستقیمی داشته باشند. محدودیت های این پژوهش، نبودن گروه همتا و محدود بودن جامعه پژوهش بروی زنان بود که پیشنهاد می شود مطالعات دیگری بروی مردان دچار همسرآزاری انجام شود و جهت اثبات عوامل خطری که در مطالعه حاضر معنی دار شده است، به صورت هم گروهی یا مورد شاهدی مبتنی بر جامعه طراحی و اجرا شوند. همچنین با توجه به اینکه طی مصاحبه با زنان آزاردیده بسیاری از آنها اشاره میکردند که به دلیل نداشتن جای امنی مجبور به تحمل شرایط فعلی هستند، بنابراین از جمله دیگر پیشنهادها، انجام اقدامات حفاظتی از قبیل تشکیل خانه های امن برای زنان مورد آزار قرار گرفته است، چرا که بسیاری از زنان هنگامی که مورد خشونت واقع می شوند به دلیل رفتن به خانهٔ پدر، برادر و یا فامیل مجبور می شوند به محیط اولیه بازگردند. بنابراین با تشکیل چنین مکان هایی زنان آزاردیده از طریق جدا شدن از محیط خشونت بار زندگی خود امکان تصمیم گیری بدون ترس و واهمه در مورد آینده را خواهند داشت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و مطالعات پیشین، در پایان پیشنهاد می شود که مسئولین بهداشت کشور اقدامات پیشگیرانه ای در جهت کاهش همسرآزاری و افزایش حمایت اجتماعی برای زنان آسیب دیده فراهم نمایند و با بالا بردن سطح آگاهی افراد جامعه نسبت به ملاک های همسرآزاری، کسب حمایت اجتماعی و آموزش مهارت های مقابله ای و حل مسأله به زنان آسیب دیده، گام مؤثری جهت حفظ و تداوم نهاد خانواده و سلامت زنان بردارند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در شیراز خشونت روانی فراوان ترین نوع خشونت خانگی بوده و با متغیرهایی همچون سابقه پیشگیری از بارداری، دخالت خانواده همسر، سابقه زندان همسر، سابقه اعتیاد همسر، تعداد فرزندان، سن همسر، عملکرد جنسی، سطح طبقاتی والدی زن و همسر، ارتباط دارد. 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 برنامه های غربالگری جهت تشخیص به موقع این مشکل ضروری به نظرمیرسد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح پایان نامه ای مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد، که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به شماره ۶۹۲۳-۹۲ در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۰ تصویب و در سال۹۲-۹۳ اجرا شده است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سازمان پزشکی قانونی شیراز و اعضای محترم این سازمان، دانشکده پرستاری و مامایی شیراز و کلیه اساتید گرامی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

References

1. Anderson ML, Leigh. IW. Internal consistency and factor structure of the revised conflict tactics scales in a sample of deaf female college students. Journal of Family Violence. 2010;25(5):475–483.

2. Shayan A, Kaviani M, Haghpanah S, Gholamzadeh S, Zarenezhad M, Masumi Z. Evaluation of sexual dysfunctions and its related factors in women experiencing domestic violence had been referred to forensic medicine center of Shiraz. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty.2015;23(2):32-41. (Persian)

3. Allen CT, Swan SC, Raghavan C. Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. Journal of Interpersonal Violence. 2009;24(11):18-34.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

4. Sotodeh Navroi O, Zeinali SH, Khasteganan N. Relationship between spouse abuse, social support and perceived stress in women with addicted and non-addicted husbands in Rasht city. Holistic Nursing and Midwifery Journal. 2012;22(68):25-32. (Persian)
5. Ghazanfari F. Correlation of family relationship patterns and domestic violence against women in Lorestan province, western part of Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010;2(46):488-485. (Persian)
6. Maleki A, Nejadsabzi P. Components of social capital in relation to domestic violence against women in the family Khoramabad. Journal of Social Issues in Iran. 2010;1(2):10-12. (Persian)
7. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. Pajoohandeh. 2012;16(6):277-283. (Persian)
8. Torkashvand F. The Prevalence of the types of domestic violence on women referred to health care centers in Rafsanjan in 2012. Journal of Rafsanjan Medical Sciences. 2013;12(9):43-56. (Persian)
9. Jafarnejad F, Moghadam Hosseini V, Soltanifar A, Ebrahimzadeh S. Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2009;16(1):35-42. (Persian)
10. Tang CS-K, Lai BP-Y. A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China. Aggression and Violent Behavior. 2008;13(1):10-28.
11. Atif Waheed M, Ghahary SH, Zare'idoost A, Bolhari J, Kysmy Karimi A. The role of demographic characteristics and psychology in the predict victims of partner violence and abuse in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4): 403-411. (Persian)
12. Sadeghi FS. A Qualitative study of domestic violence and women's coping strategies in Iran. Iranian Journal of Social Problems. 2010;15(4):8-12. (Persian)
13. Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. Research Journal of Biological Sciences. 2008;3(1):128-131. (Persian)
14. Fogarty CT, Fredman L, Heeren TC, Liebschutz J. Synergistic effects of child abuse and intimate partner violence on depressive symptoms in women. Preventive Medicine.2009;46(5):46-49
15. Saadati M. Domestic violence, mental health threat. Social Security Studies. 2010;(24):61-90. (Persian)
16. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research. 2006;18(4):382-95. (Persian)
17. Vaziri SH, Lotfi Kashani F, Hosseinian S, Bahram Ghafari S. Sexual efficacy and marital satisfaction. Andishe Va Raftar (Applied Psychology). 2010;4(16):75-81. (Persian)
18. Ramazani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malekfzali H, Abedini M. Sexual dysfunction and its influencing factors: population-based study among women living in urban areas, four provinces. Payesh. 2012;11(6):869-875. (Persian)
19. Maleki A, Nejadsabzi P. Components of social capital in relation to domestic violence against women in the family Khoramabad. Journal of Social Issues in Iran. 2010;31(6):51-52. (Persian)
20. Hedjazi A. Domestic violence rate in women who were referred to legal medicine organization of Mashhad city. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013;4(56):388-395. (Persian)
21. Iliyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Hayatu Z, Aliyu MH. Prevalence and risk factors

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

for domestic violence among pregnant women in Northern Nigeria. Journal of International Violence. 2012;12(4):886-895.
22. Sadeghi F. Domestic violence and women's strategies in dealing with it. Iranian Journal of Social Problem. 2009;1(2):1-39. (Persian)
23. Sarichloo ME, Ghafele Bashi SH. Kalantari Z. Moradi B. Kloui M. Jahani Hashemi H. Intervention and prevention of domestic violence against women in Qazvin plain m. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2009;13(53):13-17. (Persian)
24. Ghahari Sh, Mazdarani Sh, Khalilian A. R, Zarghami M. The frequency of spousal abuse in sari city. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2009;2(1):31-35. (Persian)
25. Naved R. T, Perso LA. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangeladesh. Studies in Family Planning. 2009;36(5):289-300.
26. Riahi M. Sociological analysis of trends in divorce (Case Study: Kermanshah city). Journal of Women. 2007; 5(3):109-140. (Persian)
27. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the pacific Islands families study. International Journal Gynecology Obstetrics. 2008;100(9):109-115.
28. Zahumensky J, Zverina J, Sotter O, Zmrhalova B, Driak D, Brtnicka H. Comparison of of labors course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology. 2008;29(6):157-163.
29. Jamshidi Manesh M, Jouybari L, Peyrovi H, Sanagou A. The ups and downs of sex life in menopausal stage: a qualitative study. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2009;3(2):41-46. (Persian)
30. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, Haghparast A. Prediction of quality of life by self-efficacy, pain intensity and pain duration in patient with pain disorders. Basic and Clinical Neuroscience. 2013;4(2):11-18.
31. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Saberi H, Shams J, Osanlo S, Nori G, et al. The role of resilience and age on quality of life in patients with pain disorders. Basic and Clinical Neuroscience. 2013;4(1):24-30.
32. Rezaei T, Yazdi-Ravandi S, Ghaleiha A, Seif Rabiei MA. Depression among medical students of Hamadan University of medical sciences in 2014: The role of demographic variables. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):1-8. (Persian)
33. Alipoor R, Ebrahimi A, Omidi R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Fasa university of medical sciences in 2014. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):51-59. (Persian)

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

Research Article

Factors affecting spouse abuse in women referred to the Shiraz legal medicine center in 2013

Arezoo Shayan[1], Seyedeh Zahra Masoumi[2*], Saeid Yazdi-Ravandi[3, 4], Mohammad Zarenezhad[5]

1. Instructor of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Young Researchers and Elite Club, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
5. Forensics, Ph.D. By Research Student, Permanent Member of the Legal Medicine Research Center, Tehran, Iran

Recieved: 18 Aug. 2015 Accepted: 20 Dec. 2015

Abstract

Introduction: Any violent behavior, which is sex-dependent and results in physical, sexual, psychological injuries and women suffering, is regarded as spouse abuse. It has adverse social and familial consequences. Current study was aimed to assess factors affecting spouse abuse in women in Shiraz city.

Methods: This cross-sectional descriptive and analytic study was conducted, by simple random sampling, on 197 women victims of spouse abuse referred to the Shiraz legal medicine center in 2013. The data were collected using demographic information form and standard questionnaires of assessing violence against women, general health, and sexual function. Data analysis was performed by SPSS version 18 statistical software using, Pearson's correlation test and multiple regression.

Results: Among the studied people, the highest rate of spouse abuse was for psychological violence, with an average of (55.80), and the lowest for economic violence, with an average of (6.11). There was a significant and direct correlation between dimensions of physical violence (P=0.001; r: 0.10), economic violence (P=0.007; r: 0.15) and general violence (P=0.052; r: 0.11) and the general sexual function. Moreover, the variables of contraception, spouse family involvement, history of husband addiction, number of children, economic class of spouses' parents, spouse age and general sexual function significantly predicted the spouse abuse in women (P<0.05).

Conclusion: In regards to the consequences of spouse abuse and its association with the couple's characteristics, increasing the required awareness in the field of the solving such problems and the factors influencing it, seems to be crucial.

Keywords: Forensic medicine, Public health, Sexual function, Shiraz, Spouse Abuse

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-08-20]

* **Coresponding Author**: **Seyedeh Zahra masoumi**, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Email: Zahramid2001@yahoo.com Tel: +989183129058

Please cite this article as: Shayan A, Masoumi SZ, Yazdi-Ravandi S, Zahernezhad M . [Factors affecting domestic violence in women referred to forensic center of Shiraz in 2013]. *Pajouhan Scientific Journal.* 2015;14(1):39-48