

خشونت خانگی علیه زنان: مروری بر نظریه ها، میزان شیوع و عوامل مؤثر بر آن

سیده بتول حسن پور ازغدی^۱، دکتر معصومه سیمبر^۲، مهدی کرمانی^۳

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکترای جامعه شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی علیه زنان علاوه بر جنبه های حقوقی و اخلاقی، عواقب جسمی، روانی و اجتماعی متعددی دارد که می تواند سلامت زنان، خانواده و جامعه را به خطر اندازد. هدف از بررسی حاضر بررسی خشونت خانگی علیه زنان، مروری بر نظریه ها، میزان شیوع و عوامل مؤثر بر آن است.

روش ها: مطالعه به صورت مروری در قالب بررسی سیستماتیک از بانک های اطلاعاتی Proquest، Google Scholar، Pub med، Scopus، از بانک های اطلاعاتی Magiran، Iran Medex و پایگاه اطلاعات علمی، یادداشت های برای منابع فارسی، همراه با مطالعات کتابخانه ای به تحلیل خشونت خانگی علیه زنان پرداخته است.

یافته ها: شیوع خشونت خانگی در جهان متفاوت است به طوری که میزان آن از ۱۰ تا ۶۹ درصد در کل زندگی و ۱ تا ۳۷ درصد در دوران حاملگی ذکر شده است. در ایران شیوع خشونت خانگی طبق پژوهش ملی در ۲۸ استان کشور به طور متوسط ۶۶ درصد عنوان شده است. بر اساس مطالعات صورت گرفته در مدعی شهر شیوع آن در دوران حاملگی نیز بالاست. عوامل مؤثر بر خشونت زنان شامل، ویژگی های فردی و خانوادگی، محیط و شبکه اجتماعی، قدرت مردان، در بد اقتصادی، میزان حمایت سازمان های پشتیبانی کننده از زن، نقش رسانه ها و حمایت قانون می باشد.

نتیجه گیری: به طور کلی تا زمانی که تغییرات اساسی در ساختار فرهنگی، جته ای، اقتصادی و سیاسی مردم سراسر جهان به وجود نیاید زن نمی تواند بر جایگاه شایسته و بدست آوردن تئیه زندگی، ادراک رفی تبض و بدنال آن رفی خشونت علیه خود را داشته باشد.

کلید واژه ها: خشونت خانگی، شیوع، عوامل مؤثر

مقدمه

همچون دوکراسی آزادی و برابری به عرصه خصوصی خانواده در نظر گرفته (عزیزی، ۱۳۸۳). این موضوع در تعریف خشونت در مراجع رسمی من اعلامیه رفی خشونت علیه زنان در سپتامبر ۱۹۹۳ نیز منظور شده است که در آن هر نوع عمل خشونت آمیزی که بر اختلاف جنسیت مبتنی باشد و به آسیب یا زخم بدنی، جنسی، روانی زنان بیانجامد یا آنکه احتمال منجر شدن آن عمل به این نوع آسیب ها و رنجاها وجود داشته باشد، و به حی تهدید کرد به این گونه اعمال، از مصادیق خشونت سمیده می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰).

شایع ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت اعمال شده علیه شریک زندگی است که از آن به عنوان خشونت خانگی Domestic Violence یا خشونت توسط شریک نزدیک Intimate Partener Violence یاد می شود. آمار

خشونت علیه زنان در تمامی مناطق جغرافیایی و در عصار مختلف تاریخی وجود داشته و مرزهای فرهنگی، طبقه اجتماعی و اقتصادی، تحصیلات، قومیت و سن را درن دیده است. توجه جدی به این شکل از خشونت ها، به عنوان یک معضل حقوقی و اجتماعی در چند دهه گذشته مطرح شده است (جلالی و همکاران، ۱۳۸۵؛ فروزان و همکاران، ۱۳۸۵). تاکید بر بررسی خشونت را می توان ماسل ورون موضوعاتی

*نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، واحد تحصیلات تکمیلی، بهداشت باروری
آدرس پست الکترونیک: hasanpoor51@yahoo.com

شناخت علل بروز خشونت در خانواده، پیدایش طیف وسیعی از نظریات مختلف را به دنبال داشته است. از نظریه‌هایی که در آنها خشونت به عنوان عاملی بیش و کم «ضروری» برای انسجام خانواده در نظر گرفته می‌شود تا دیدگاه‌هایی میانه رو و رادیکال که عموماً بر مضرات خشونت و ارتباط آن با ساختار جامعه‌ی «خشن» امروزی تأکید دارند. در ادامه، مروری بر این طیف نظری خواهیم داشت.

نظریه یادگیری اجتماعی: در این نظریه آلبرت بندورا بر روند فراگیری و یادگیری خشونت از طریق مشاهده و تقلید تأکید می‌ورزد. از این دیدگاه رفتار از طریق تقلید رفتار اعضای خانواده یا دیگران و هم از طریق تجربه‌های مستقیم فرا گرفته می‌شوند (Bandura, ۱۹۷۵).

اگر آرایه یک رفتار در محیطی، رسیدن به هدفی معین را نتیجه دهد، احتمال بروز آن حتی بدون وجود پاداش خارجی افزایش می‌یابد. به خصوص اگر این رفتار را الگویی آرایه دهد که بر او مشاهده گرا رس و عموماً دست‌باز و عین حال باتدبیر نظر داشته که همه کودکان که در خانواده‌های محسوس رشد می‌کنند، در بزرگسالی لزوماً رفتار نسبتاً آسیب‌ر خود نشان نمی‌دهند (نازپروری، ۱۳۸۱).

نظریه نظارت اجتماعی: نظریه نظارت اجتماعی بر وجود جرم رفتار خشونت‌آمیز در انسان به دلیل انگیزه‌های درونی با به سه عوامل محیطی تأکید دارد. بر اساس این نظریه افراد برای رسیدن به یک هدف یا دستیابی به اقتدار در برابر دیگران تمایل به استفاده از زور و قدرت دارند. اصل دوم این است که نظارت اجتماعی به مثابه مانعی بر سر راه اقتدار و اعمال خشونت قرار می‌گیرد. در محدوده خصوصی خانه با غیبت نهادهای نظارتی رسمی روبرو هستیم، این مسأله در کنار قسری قدرت بر حسب جنس در محیط خانه که برطبق آن مرد قدرت اجرایی شروع و تقریباً انحصاری به دست می‌آورد، بروز خشونت در خانواده را تسهیل می‌کند (معظمی، ۱۳۸۲).

نظریه فمینیستی: صاحب نظران این دیدگاه معتقدند که دلیل اصلی خشونت، وجود ساختارهای اقتداری پدرسالارانه در جامعه است. در نظم اجتماعی پدرسالارانه مردان از طریق سلطه بر زنان و انحصار نهادهای اجتماعی، موقعیت برتری نسبت به زنان پیدا کرده‌اند و فرمان برداری زنان از طریق مردان و نهادهای مسلط مردانه نهادینه شده است. فمینیست‌های تندرو اعتقاد دارند خشونت علیه زنان به هر شکل، محصول فرهنگ مردسالار است که در آن مردان هم بر نهادهای اجتماعی و هم بر جسم زنان کنترل دارند

سازمان جهانی بهداشت بیانگر آنست که ۱۸ تا ۶۸ درصد زنان در کشورهای در حال توسعه و ۲۸ درصد آنان در کشورهای توسعه یافته حداقل یکبار آزار بدنی توسط شریک زندگی خود را گزارش کرده‌اند (Amoakohene, ۲۰۰۴). در مطالعه‌ای بر روی ۲۴۰۰۰ زن در ده کشور، نسبت زنانی که رابطه جنسی توأم با عدم رضایت را تجربه کرده بودند، از ۶ درصد در شهری در ژاپن تا ۵۹ درصد در یکی از ایالت‌های اتیوپی متفاوت بود. این نسبت در اغلب کشورها بین ۱۰ تا ۵۰ درصد بود (Family Health International, ۲۰۰۸).

خشونت در دوران حاملگی نیز یکی از مصادیق مهم خشونت علیه زنان است. در یک بررسی یک سوم زنان گزارش کرده‌اند که در طی حاملگی شان حداقل یک نوبت اعمال خشونت بر علیه آنان، رخ داده است (Griffith, ۲۰۰۷). در هند مرگ ناشی از خشونت خانگی، دومین علت شایع مرگ در دوران حاملگی با شیوع ۱۶ درصد می‌باشد (Gonsman & Graham, ۲۰۰۰). بر اساس نتایج پژوهش‌های زیرگروه تجاوز و خشونت خانگی در این بررسی، بیشترین میزان سرکشی، زخم و رحم و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان می‌شود (Turner & Chavigny, ۱۹۸۸). پیامدهای خشونت علیه زنان ممکن است از آسیب جزئی تا ناتوانی مزمن و مشکلات روانی و تناسلی باشد (فروزان و همکاران، ۱۳۸۵).

گرچه در بسیاری از کشورهای جهان خشونت علیه زن منع گردیده است ولی واقعیت آن است که خشونت علیه زنان در پس آداب فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و عقاید مذهبی پنهان می‌شود و گاهی خشونت علیه زن به عنوان رفتارهای هماهنگ با شرایط فرهنگی، امری پسندیده و شایسته تلقی می‌شود (معظمی، ۱۳۸۳). از این رو این مقادیر به بررسی نظریه‌های مربوط به خشونت، میزان آشنایی و ملل خشونت خانگی علیه زنان در ابعاد مختلف فردی، ساختاری و اجتماعی می‌پردازد. شناخت عوامل مؤثر بر خشونت خانگی می‌تواند ما را در جهت پیشگیری عملی از آن، یاری رساند.

مواد و روش‌ها

برای دستیابی به نظریه‌ها و پرسشهای مربوط به خشونت خانگی با استفاده از کلید واژه‌ها خشونت خانگی، Domestic violence, Abused women, Battered women, viol پایگاههای اطلاعاتی Pubmed, Google scholar, Elsevier, Proquest, Springer جستجو شد برای منابع فارسی بانک‌های اطلاعاتی ایران مدکس، مگیران و پایگاه اطلاعات جهاد دانشگاهی مورد جستجو قرار گرفت. تلاش برای

Cunningham و همکاران نقل از همتی، ۱۳۸۴؛ Hamm & Gamble، ۲۰۰۳).

نظریه گرایش به خشونت: مطالعات متعددی ارتباط بین گرایش مثبت به خشونت و همسرآزاری را نشان داده است (Margolin و همکاران، ۱۹۹۸؛ Kane و همکاران، ۲۰۰۰). البته برخی مطالعات به این نتیجه رسیده اند که سطح کلی پرخاش گری مردان به تنهایی نشان دهنده تمایل آنان به بد رفتاری علیه همسرشان نیست بلکه این عامل در ترکیب با سایر عوامل مثل تجربه تنش زیاد و عدم دلبستگی به طرف مقابل، منجر به گرایش آنان به رفتارهای خشونت آمیز نسبت به همسرشان را می شود (Kane و همکاران، ۲۰۰۰).

نظریات ترکیبی: برای اولین بار (Datton، ۱۹۹۵) به اهمیت ترکیب عواملی که احتمالا در خشونت مردان علیه زنان دخالت دارد، پی برد. مدل او شامل متغیرهای روان شناختی و جامعه شناختی بود. بعدها نیز تلاش هایی در رابطه با بسط مدل به سوی تعدد محور، گشت بکی از کوشش های مهم در این زمینه در نظر گرفته شده و به عنوان یک پدیده چند بعدی است که در تعامل بین عوامل فردی، محیطی و اجتماعی ناشی شود که در چهار سطح تحلیل می شود:

سطح اول: شامل عوامل تاریخی و فردی است که هر مردی آن را در روابط یا رفتارهایش بروز می دهد.

سطح دوم: شامل خانواده و سایر روابط نزدیک و خویشاوندی است که بدرفتاری در آنها رخ می دهد.

سطح سوم: شامل نهادها و ساختارهای اجتماعی، سمی و غند رسمی زمینه ساز خشونت می شود.

سطح چهارم: شامل نگرش ها و نظراتی است که در شکل دهی چشم انداز فرهنگی توجیه گر بروز خشونت است (Hampton و همکاران، ۱۹۹۹).

نظریه منابع: Wiliam Good اولین کسی بود که این نظریه را در مورد خشونت خانگی مطرح کرد. از نظر گود خانواده مانند هر نظام اجتماعی دیگری دارای سلسله مراتبی از رفتار است و هر کسی که به منابع مهم خانواده بیشتر از دیگران دسترسی داشته باشد، می تواند دیگر اعضا را به فعالیت در جهت اهداف خود مجبور کند. بر اساس این نظریه هر چه منابع در دسترس افراد بیشتر باشد بهر از دیگران به اعمال قدرت به روش خشونت فیزیکی دست می رسد. زیرا منابع متعدد دیگری دارند که از طریق آنها قادر به اعمال قدرت هستند. اما افرادی که دارای رتبه پایین اجتماعی- اقتصادی هستند از زور بدنی استفاده می کنند چون سایر منابع در

اختیارشان برای رسیدن به اهدافشان ناکافی است (Hoffman و همکاران ۱۹۹۴؛ Anderson & Bushman، ۲۰۰۲).

نظریه تضاد: طبق این نظریه ریشه خشونت در تضاد منافع است. رفتارهای خشونت آمیز بدون تضاد منافع نه ضرورت می یابد و نه کاربردی دارد. جامعه شناسی نوین نشان می دهد که تفاوت و تضاد علایق در خانواده بخشی از ساختار خشونت است (درویش پور، ۱۳۷۸). اگرچه تضاد و خشونت همزمان اتفاق می افتد اما تضاد لزوما منجر به خشونت نمی شود. حقیقت آن است که بسیاری از تضادهایی که با خشونت همراه می شود ضرورتی برای بروزشان نیست، بلکه نشان می دهد کسانی از خشونت استفاده می کنند که نمی توانند به راهکار بهتری فکر کنند و اعتقادشان این است که خشونت تنها روش انتخابی موجود است (رئیزی سرتشنیزی، ۱۳۸۱).

نظریه زیست محیط: در این نظریه امکان بروز خشونت به عوامل بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط می شود. این نظریه جامعه پذیری کودکان را در سه سطح بیان می کند: سطح فردی و سطح، شبکه های اجتماعی و نظام چهار اینها را شامل می شود. به عنوان مثال، زیست کودک نقش مهمی در یادگیری رفتار دارد. ارتباط خانواده با محیط بیرونی شاخصی برای سنجش میزان به ثمر رسیدن جامعه پذیری است. اگر خانواده نتواند با محیط بیرونی از لحاظ منابع برابر کند، امکان بروز خشونت به ویژه علیه کودکان به وجود می آید. در این نظریه تفسیرهای اجتماعی این عمل را مقبول نشان می دهند. معمولا والدین زمانی کودک خود را تنبیه می کنند که نظام هنجاری آنها را به این کار تشویق کند یا سرزمان های حمایتی و اجتماعی، آنها را در زمینه مشکلات تربیتی کودکان راهنمایی نکنند و باری از دوش والدین بردارند (Gidnez، ۱۹۹۴).

نظریه تبادل: بر اساس این نظریه در رابطه میان افراد، هر فردی تلاش می کند سهم خود را به حداکثر و هزینه هایش را به حداقل برساند. بنابراین اگر هزینه و سود افراد در روابط آنان در سطح متعادل باشد رابطه میان افراد پابرجا می ماند. به عقیده گود یک رابطه خشونت آمیز میان زن و شوهر، نسبت سود و هزینه به شکل زیر است: شوهری زن خود را کتک می زند. از دید مردان رفتار به حق است. از آنجا که زن رفتار را طبق میل او در رابطه هزینه (سرمایه گذاری هایی که توسط شوهر برای سواد انجام شده است) و سود (رفتار مطابق میل شوهر) نامناسب است. این عدم تناسب نارضایتی و تعارضی بوجود می آورد که خاتمه بخشیدن به این وضعیت را ضروری می نماید. در نتیجه شوهر سعی می کند از طریق در پیش گرفتن رفتار خشونت آمیز مجددا تعادل را در خانواده

کشور مورد مطالعه امری بسیار معمولی و رایج تلقی می‌شود (Green نقل قول از پور نقاش تهرانی، ۱۳۸۴).

در پژوهشی در چین مشخص شد که ۳۸ درصد نمونه‌های مورد مطالعه، در معرض خشونت فیزیکی و ۱۶ درصد مورد خشونت جنسی قرار گرفته بودند (Xiao و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع خشونت فیزیکی، روانی و جنسی و سایر اشکال خشونت در هند گزارش شده است به ترتیب ۱۶ درصد، ۵۲ درصد، ۲۵ درصد و ۵۶ درصد بوده است (Babu & Kar، ۲۰۰۹).

براساس گزارش‌های موجود از دیگر کشورهای جهان، شیوع همسرآزاری در شیلی ۶۳ درصد، در کلمبیا ۲۰ درصد، در گینه نو ۶۲ درصد و آمریکا ۳۵ درصد است (سازمان ملل، ۱۹۹۴). در انگلیس از هر ۵ زن یک زن قربانی خشونت همسر می‌شود (Richardson و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین گزارش مطالعه‌ای در تایوان بیانگر آن است که ۱۸ درصد زنان به طور متوسط در معرض خشونت فیزیکی همسر هستند (Ying و همکاران، ۲۰۰۰).

بر اساس گزارشی در آفریقای جنوبی، و سومالیان مورد بررسی چندین بار متحمل خشونت و آزار بازناسیب‌ها در خارج از خانه خود شده‌اند (Dinan و همکاران، ۲۰۰۴). هر ساله در ایالات متحده آمریکا دو میلیون زن از طرف همسران شان مورد تهاجم فیزیکی قرار می‌گیرند که آسیب‌های وارده منجر به ۱۳۰۰ مورد بستری و ۱۵۰۰ مورد مرگ می‌شود (Jaden & Thoenes، سال از بهنام، ۱۳۸۷).

یکی از بزرگترین و مهمترین پژوهش‌ها درباره خشونت علیه زنان در ایران به‌نامش می‌ست که در ۲۸ استان کشور انجام شد و گزارش کرد که ۶۲ درصد زنان ایرانی از اول زندگی مشترکشان تاکنون حداقل یکبار مورد خشونت قرار گرفته‌اند. میزان و انواع خشونت خانگی در استان‌های مختلف ایران تنوع و تفاوت‌های زیادی داشت. برای توصیف ابعاد خشونت خانگی، این طرح خشونت را در ۸ گروه تقسیم بندی کرده بود: خشونت‌های زبانی، فیزیکی، حقوقی، جنسی، اقتصادی، فکری، آموزشی، اخلاقی (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۳).

نتایج پژوهشی در اصفهان نشان داد که بیشترین فراوانی انواع خشونت‌ها، سوءرفتار کلامی و روانی در ۳۴ تا ۶۲ درصد موارد بوده خشونت‌های جنسی، اقتصادی و فیزیکی در مراتب بعد بین ۱۰ تا ۴۱ درصد گزارش شده است. در این پژوهش زنان عکس العمل شدید در صورت مخالفت با همسر را بدترین شکل خشونت کلامی و روانی، توقع از زن برای ارضای مرد در هر زمانی را بدترین شکل خشونت جنسی، و لخرجی کردن در خارج از منزل را بدترین شکل خشونت اقتصادی و هل دادن،

برقرار کند. در صورت موفقیت در برقراری مجدد تعادل با استفاده از خشونت، زن از رفتار ناشایست خود دست بر می‌دارد و مرد به هدف خود می‌رسد و از آنجا که توانسته است بر جریان زندگی نظارت داشته باشد ارزش گذاريفردی و اعتماد به نفس او نیز افزایش می‌یابد (گلز نقل از قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۳).

نظریه کارکرد گرایی: از منظر کارکردگرایان خانواده گروهی است که در آن افراد با جنسیت‌ها و گروه‌های سنی متفاوت در ارتباط نزدیک با یکدیگر قرار می‌گیرند. در این گروه سلسله مراتب براساس تخصص یا صلاحیت و لیاقت تعیین نمی‌گردد بلکه بر پایه جنسیت، سن و قدرت اقتصادی است. وجود علایق متفاوت در این گروه ناهمگون سبب به وجود آمدن تضادهای آشکار یا پنهان می‌شود. این تضادها ویژگی‌های و کارکردهای مناسب خانوادگی را از بین می‌برد و در نتیجه باید آنها را از سر راه برداشت. رفع تضادهای خانوادگی استفاده از قدرت در سوازی از راه سوازی را می‌توان پذیرفت (سروانی، ۱۳۷۷).

نظریه فرهنگی: فرهنگ میراث اجتماعی گذشته است و بر رفتار کنونی و آینده انسان تاثیر می‌گذارد. یکی از فرضیه‌های اصلی این دیدگاه، فرضیه هماهنگی است که بر مبنای آن میان ارزش‌های اساسی یک جامعه و دید اجتماعی هستند خشونت حدی از هماهنگی و همویی وجود دارد (Dobash ارتباط مثبتی میان رفتار خشونت آمیز مردان نسبت به زنان و هنجارهای اجتماعی یافته است. مدانی که با همسران خود بدرفتاری می‌کنند در زندگی می‌کنند که در آن حاکمیت مردان بسیار از زنان است (Kishor و همکاران، ۲۰۰۶).

میزان شیوع خشونت خانگی

آمار مربوط به میزان‌های شیوع خشونت خانگی در جهان متفاوت است. این اختلاف آمار می‌تواند به دلیل تفاوت در تعریف خشونت، زمان و چگونگی سؤال از زنان، روش بررسی و نیز جمعیت مورد مطالعه باشد (Zachus و همکاران، ۲۰۰۴). آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۶ تا ۵۲ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می‌شوند (Amoakheh، ۲۰۰۴). همچنین نتایج بررسی ۲۸ مطالعه در کشورهای مختلف بیانگر آن است که ۱۰ تا ۶۱ درصد زنان حملات فیزیکی توسط شریک جنسی خود را در زمانی از زندگی شان گزارش کرده‌اند (Morier-Genoud و همکاران، ۲۰۰۶). Green طی پژوهش‌هایش نشان داد که ضرب و شتم زنان توسط همسرانشان در ۵۷ کشور از ۷۱

میزان شیوع در بعضی کشورها مثل هند ۱۸ درصد (Saifuddin و همکاران، ۲۰۰۶)، ترکیه ۳۳/۳ درصد، چین ۳/۴ درصد، انگلیس ۱۷ درصد (Jahnson و همکاران، ۲۰۰۳) و آمریکا ۱ تا ۲۰ درصد (Gazmarian، ۱۹۹۶) گزارش شده است. در مطالعات انجام شده در بعضی از شهرهای ایران میزان خشونت در طی بارداری به صورت زیر گزارش شده است: تهران ۶۰/۶ درصد (جهانفر و همکاران، ۱۳۸۲)، شهرکرد ۶۷/۵ درصد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) و شیراز بیش از یک سوم زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی؛ که در این شهر به تفکیک ۴۷/۵ درصد موارد خشونت روانی، ۲۲ درصد فیزیکی و ۲۲/۳ درصد جنسی بود (باقرزاده و همکاران، ۱۳۸۷).

عواقب زیان بار خشونت در طی دوران حاملگی به طور فهرستوار عبارتند از: مرگ دوره پری‌ناتال و نوزادی، کاهش وزن نوزاد، زایمان طولانی (Yan و همکاران، ۲۰۰۶؛ Buker & Sahinoglu، ۲۰۰۶)، کم خونی، عدم وزن گیری مناسب در طی حاملگی، افزایش بروز سردگی در طی و پس از زایمان، کند شدن زودرس جفت، شکستگی استخوان‌های جنین، خونریزی قبل از زایمان، افزایش سقط، کاهش ارتباط عاطفی مادر و نوزاد (باقرزاده و همکاران، ۱۳۸۷؛ Sagrestano و همکاران، ۲۰۰۴)، اختلال تغذیه، بهراری، ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی، مصرف الکل و مواد مخدر و مشکلات خواب (Bacchus و همکاران، ۲۰۰۴؛ Lazenbatt و همکاران، ۲۰۰۵؛ Records، ۲۰۰۷)، فقدان مراقبت پری‌ناتال، فاصله گذاری اندک بین موالید، اخیر در شروع شردگی و عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (دولتیان و همکاران، ۱۳۸۶)، حاملگی ناخواسته، تهوع و استفراغ و پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی (اجومی و همکاران، ۱۳۸۶).

عوامل موثر بر اعمال خشونت بر علیه زنان

عواملی که منجر به خشونت علیه زنان می‌شود هم مربوط به ربانیان خشونت است و هم مربوط به مرتکبین. در کل اعتقاد بر آن است که تعامل میان عوامل زیستی، روانی و اجتماعی، پایه‌های خشونت را می‌سازد (National Research Council Staff، ۱۹۹۶).

در بیشتر پژوهش‌هایی که در ایران مخصوصاً تهران انجام شده است، عمدتاً بر روی ویژگی‌های فردی و خانوادگی به عنوان عوامل موثر تمرکز گردیده است. در برخی از این پژوهش‌ها فقط زنان و در موارد دیگر زن و شوهر طرف پرسش قرار

تکان دادن، پرت کردن و سیلی زدن را بدترین شکل خشونت فیزیکی مطرح کرده‌اند (ملک افضلی و همکاران، ۱۳۸۳).

قهاری و همکاران (۱۳۸۸) در تهران خشونت عاطفی را ۸۵/۴ درصد، خشونت جسمی را ۳۱/۵ درصد، خشونت جنسی را ۳۰/۴ درصد و هر شکلی از خشونت را ۱۷/۴ درصد عنوان کردند. ولی در پژوهشی دیگر در تهران در سال ۱۳۸۵ میزان خشونت روانی را ۲۹ درصد، خشونت جسمی را ۳۰ درصد و خشونت جنسی را ۱۰ درصد گزارش شده بود (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین یک بررسی نشان داد علت مراجعه حدود ۶۹ درصد زنان به مراکز پزشک قانونی شهر تهران مواجه شدن با خشونت فیزیکی بوده است (آقاخانی و همکاران، ۱۳۸۱).

در یاسوج ۳۱/۱ درصد نمونه‌های مراجعه کننده به مرکز پزشک قانونی توسط همسر، ۷/۹ درصد توسط برادر شوهر، ۳/۱ درصد توسط برادر و ۰/۹ درصد توسط پدر و ضرب و جرح قرار گرفته بودند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). در اردبیل خشونت وانی ۵۵ درصد، فیزیکی ۲۸/۵ درصد، سوءاستفاده از زن و نهادهای پژوهش ثبت شده است (نریمانی و آقامحمدخانی، ۱۳۸۴).

در مطالعه خشونت خانگی بر روی ۳۵۰ زن متأهل ساکن استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۷۹ مشخص شد بیشترین انواع خشونت خانگی (۵۷/۱ درصد) زانی روی می‌دهد که بین زنان و مردان ۱۶ تا ۱۰ سال اختلاف سن وجود دارد. هرچه میزان اختلاف سن کمتر باشد شیوع خشونت کمتر است (معظمی، ۱۳۸۳). در مطالعه آن که به منظور بررسی علل فرار دختران از خانه انجام شده بود، مشخص شد علت ۴۴ درصد موارد فرار دختران سوءاستفاده جنسی توسط اعضاء خانواده بوده است. همچنین در مطالعه ای دیگر در سال ۱۳۸۱ ۵۸ درصد نمونه‌های دختران فراری، سوءاستفاده جسمی و جنسی را علت فرار خود ذکر کردند (فتحی، ۱۳۸۷).

شیوع خشونت در دوران حاملگی و عقب زبانی بار آن

بعضی زنان اولین بار در بارداری خشونت را تجربه می‌کنند گاهی خشونت در این دوره شدت می‌گیرد. بعضی پژوهش‌ها نیز تغییر نوع خشونت در حین بارداری را گزارش کرده‌اند (Lazenbatt و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات محلی میزان شیوع خشونت در این دوره را ۴ تا ۳۷ درصد (Sagrestano و همکاران، ۲۰۰۴)، ۱ تا ۳۰ درصد (Records، ۲۰۰۷) و ۹ تا ۲۰ درصد (Pluzzi، ۲۰۰۲) گزارش کرده‌اند. این میزان در کشورهای در حال توسعه ۴ تا ۲۸ درصد گزارش شده است.

زنان خشونت دیده حمایت کنند همراه با مشکلاتی مثل: فقدان پروتکل های رسمی، محدودیت زمانی، نداشتن منابع کافی، قدرت مردان در اعمال نظارت اجتماعی (اعم از نظارت رسمی و یا غیررسمی) که با توجه به نفوذ گسترده مردان در نهادهای اعمال کننده نظارت در سطوح و عرصه های مختلف اجتماعی امکان پذیر می شود و در نهایت نقش آفرینی رسانه ها در تصویرسازی و عمومیت بخشی به اشکال مختلف خشونت بر علیه زنان که مثال عمده آن تولید و پخش فیلم های مبتذل با صحنه های متعددی از تجاوز و اعمال خشونت برای شهوت رانی توسط مردان است (اعزازی، ۱۳۸۳؛ Ferraro و همکاران، ۱۹۸۳؛ Gracia، ۲۰۰۷؛ Ping-Hsin، ۲۰۰۷).

بحث و نتیجه گیری

از آنچه گذشت به نظر می رسد خشونت علیه زنان بازتابی از یک جامعه مردسالار است که در آن روابط نابرابر قدرت در جامعه جاری شده است. در واقع خشونت در راستای حفظ بقای این روابط نابرابر عمل می کند. نکته در جامعه مختلف تفاوت دارد، میزان اهمیت خشونت در نظام اجتماعی مردسالارانه است (معظمی، ۱۳۸۳). برخی از متفکران از مردسالاری به عنوان نظام سازمان یافته فرودستی زنان نام می برد و ریشه های آن را در نابرابری زیستی میان دو جنس می داد (شلامنت فایراسون نقل از اعزازی، ۱۳۸۳). با توجه به مباحث ارائه شده در مورد نظریه ها، میزان شیوع و عوامل موثر بر پدیده خشونت علیه زنان، باید علاوه بر عوامل فردی و خانوادگی بیشتر به نقش ساختار جامعه در ایجاد خشونت تاکید کرد. در در بنیاد تغییرات کوشا بود. تا زمانی که ساختار فرودستی زن و فرادستی مردان طبیعی و غیر قابل تغییر در نظر گرفته می شود نه تنها زنان از موقعیت های مقتدرانه دور نگاه داشته می شوند بلکه مردان را قادر می سازد در تمام عرصه های عمومی و خصوصی بر زنان نظارت داشته باشند.

شناخت عوامل خشونت خانگی سبب رسیدن به راهکارهای عملی می شود. بر ارائه چنین راهکارهایی باید به دو جنبه دقت نمود: نخست این که یک سیاست پیشگیری مناسب می بایست، بر دو رکن مهم یکی جلوگیری از خشونت خانگی توسط مردان و دیگری پیشگیری از خشونت پذیری زنان استوار باشد. دوم این که، پدیده خشونت علیه زنان موضوع پیچیده و چند جانبه است بنابراین هرگونه راهکار در جهت مقابله با آن نیز باید دارای جوانب مختلف باشد و به طور هماهنگ به کار گرفته شوند.

گرفته اند. بر این اساس عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان به قرار زیر بوده است:

الف) عوامل موثر در رابطه با ویژگی های فردی: مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر، نگرش منفی مردان نسبت به زنان (نریمانی و آقامحمد خانی، ۱۳۸۴؛ جلالی و رهبریان، ۱۳۸۵)، بیماری های روانی و جسمانی زن (محمدخانی و آزاد مهر، ۱۳۸۷)، داشتن سابقه کیفری و اختلالات روانی مرد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۵)، سن پایین زمان ازدواج، فاصله سنی زیاد بین زوجین، تحصیلات پایین زن و مرد، درآمد کم، شغل (همتی، ۱۳۸۴؛ فروزان و همکاران، ۱۳۸۵)

(Babu&Kar، ۲۰۰۹)، قربانی خشونت بودن در کودکی، داشتن خانواده نامناسب (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴؛ محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۶) نادیده گرفتن دیدگاه های زن، برخورد با زن به عنوان یک موجود حقیر، نادان و مسخره نمودن زن، مکان تولد، آشنایی قبلی از ازدواج، نوع ازدواج (تحلیلی و اختیاری بودن) (ریس و ریش پیرد، ۱۳۸۱)، دین، **ب) عوامل موثر در رابطه با ویژگی های خانوادگی:** دخالت اطرافیان، تعدد زوجات مرد، تعدد ازدواج های زن و مرد، تضاد علایق بین زن و مرد، عدم رضایت زناشویی، اقتدار مرد در خانه، چگونگی همسرگزینی، تعداد فرزندان بیشتر (همتی، ۱۳۸۳؛ صابریان و همکاران، ۱۳۸۴؛ رئیس سرسبز، ۱۳۸۳؛ پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴؛ Ferraro و همکاران، ۱۹۸۳).

ج) عوامل موثر در رابطه با محیط و طبقه اجتماعی: فقر، ناکامی در زندگی، بیکاری و مسکن نامناسب نمونه هایی از این گونه عوامل هستند (Hutchison و همکاران، ۱۹۹۱). نکته ای که باید با وجود تمام عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی به آن توجه داشت این است که بعضی از متغیرها مثل شرایط سخت زندگی، مسکن نامناسب، تحولات آیین مورد خشونت بودن در کودکی و مانند این ها را هم بعضی مردان و هم بعضی زنان تجربه کرده اند، بنابراین علت رفتارهای خشونت آمیز مردان علیه زنان چیست؟ به نظر می رسد جواب این سوال را باید در الگوهای اجتماعی حاکم بر جامعه جستجو کرد. بعضی از این عوامل که عبارتند از: قدرت آشکار و پنهان و اگذار شده به مردان در قوانین، قدرت اقتصادی نابرابر مردان با توجه به کنترل آنها بر منابع مالی خانوار به ویژه در صورت عدم اشتغال همسر، حضور تقریباً انحصاری و یا لاقابل نامتناسب مردان در نهادها و سازمان های حمایت کننده همچون پلیس و یا مراکز اورژانس و بهزیستی که دسترسی آسان و کم دردسر زنان آسیب دیده به خدمات این سازمان ها را دشوار می سازد، عدم آگاهی و آموزش افرادی که باید از

REFERENCES

- Aghakhani K et al (2002). [Evaluation of physical violence by spouse against women's referring to forensic medicine center of Tehran]. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 9 (31) 485-490. (Persian).
- Ahmadi B et al (2006). [Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health*. 4 (2) 35-44. (Persian).
- Amoakohene M (2004) Violence against women in Ghana: A look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science & Medicine*. 59 (11) 2373-2385.
- Anderson CA Bushman BJ (2002). Human aggression - *Annual Review of Psychology*. 53:27-51.
- Babu B Kar Sk." Domestic violence against women in eastern India: A population-based study on prevalence and related issues". *Bmc FamilyPractic*. 9 (129) May 9 2009 [On Line].< [Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/19426515](http://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/19426515) > [5 Sep2009].
- Bacchus L Mezey G Susan Bewley S (2004). Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 113: 6-11
- Bagher Zadeh R et al(2008). [The relationship between domestic violence during pregnancy and complications of pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz university of medical sciences]. *Ofogh-E-Danesh*. 13 (4) 51-58. (Persian).
- Bandura A (1975) *Social Learning Theories*. New York, Academic Press
- Behnam NP Moghadam H Reini V Soltanifar A (2008) [Domestic violence against Iranian pregnant women] *Ofogh-E-Danesh*. 13 (2) 30-36. (Persian)
- Bulent NO Sahinoglu S (2006) Violence against women in Turkey and the role of women physicians. *Int J Gynecol Obstet*. 19: 2004.
- Darvishpour M (1999). [Why do men encourage to do violence against women]. *Women's Serial*. Number56. (Persian).
- Dinan BA McCall GJ Gibson D (2004). Community violence and ptsd in selected South African townships, *Journal of Interpersonal Violence*. 19(6)727-742.
- Doulatian M et al (2007). [Evaluation of health outcomes with relation to intimate partner abuse among pregnant women attending gachsaran hospitals]. *Com University of Medical Sciences Journal*. 2 (4) 43-50. (Persian).
- Doulatian M et al (2008). [Relationship between domestic violence during pregnancy with breastfeeding]. *Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly*. 18 (61) 20-27. (Persian).
- Ezazi Sh (2004). [Society structure and violence against women]. *Social Welfare*. 4(4):47-84. (Persian).
- Family Health International (2008) *Helping Victims of Sexual Coercion*. Merit - Medical Education Resource Africa.
- Fathi M (2008). [Effective family factors contributing to the running away of girls from home]. *Social Welfare*. 7(27) 73-94. (Persian).
- Ferraro K Johnson J John M (1983). How women experience battering: The process of victimization, social problems. *Technique and The Conduct of Life* 30 (7) 325-331.
- Fourozan AS Dejman M Baradaran Eftekhari M (2006). [Direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers in Tehran]. *Payesh*. 5(3):201-206. (Persian).
- Gazmararian JA et al (1996). Prevalence of violence against pregnant women: A review of the literature. *Journal Of The American Medical Association*. 275:2419:5-1920.
- Ghahari SH et al (2009). Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 3(1) 50-56.
- Ghazi Tabatabai M Mohsen Tahmini AR Muraji SH (2000). [Studies on domestic violence against women]. Tehran: Office of public affairs, ministry of interior affairs.Center of women and Family Affairs, Presidency of The Islamic Republic of Iran. (Persian).
- Gidenz A (1994). [Sociology]. Translated By: Saboury M, Tehran, Ney Press. (Persian).
- Gracia E Herrero J (2006). Acceptability of domestic violence against women in the european union: A multilevel analysis. *Journal Epidemiology Community Health*. 60(2) 123-129.
- Griffith R (2007) Domestic abuse: The role of the law. *British Journal of Midwifery*. 15(4) 228- 229.

- Hamm M Gamble S (2003). [Feminist theories of culture]. Translated By: Mohajer F, Ahmadi Khorasani N. Tehran: Toseh Press. (Persian).
- Hampton RI Vandergriff-Avery M Kim J (1999) Understanding the Origins and Incidence of Spousal Violence in North America. Thousand Oaks (Ca): Sage Publications.
- Hemati R (2004). [Intervening factorson the extent of men's violence against women: A case study of thraniansfamilies]. Social Welfare. 3 (12) 227-256. (Persian).
- Hemati R (2005).[Frequency of spouse abuse and its contributory factors in Islam Abad, Zanjan]. Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services.13(50):36-43. (Persian).
- Hoffman K Demo D Edwards J (1994). Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family. 56 (1)131-146.
- Hutchison IW Hirschel JD Pesackis CE (1994) Family violence and police utilization. Violence and Victims. 9 (4) 299-313.
- Jalali D Aghaei A Rahbarian JB (2006). [The assessment and comparison of rate of violence experienced by wives of addicts and non-addicts]. Women's Studies. 4 (2)5-28. (Persian).
- Jalali D Rahbarian JB (2006). [The violence and some factors connected among addicted's wives]. Social Welfare. 6(22):149-171. (Persian).
- Jahanfar SH Malekzadegan A Jamshidi R (2003). [Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to Iran university of medical sciences hospitals].Iran Nursing Quartery. 16(32-33). (Persian).
- Johnson Jk et al (2003). The Prevalence of domestic violence in pregnant women. Britch Journal of Obstetrics & Gynecology. 110 (3) 272-5.
- Johnson Jk et al (2003). The prevalence of domestic violence in pregnancy women. Britch Journal of Obstetrics & Gynecology. 110 (3) 272-5.
- Kane Ta Staiger Pk Ricciardelli La (2000)Male Domestic Violence Attitudes, Aggression, And Interpersonal Dependency.Journal of Interpersonal Violence. 15(1) 16-29 .
- Lazenbatt A Thompson-Cree Me McMurray F (2005) The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. Midwifery. 21(4) 322-34.
- Malekafzali H et al (2004). [Surveying domestic violence against women in Isfahan]. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University.14 (2) 69-80. (Persian).
- Margolin G Richard S Foo J Foo L (1998) Interactive and unique risk factor for husbands emotional and physical abuse of their wives. Journal of Family Violence.13 (4) 315-324.
- Mirzaei J Khodaei MR Mohammadzadeh P (2007). [Effect of sexual violence on appearance of post traumatic stress disorder]. Journal Of Rehabilitation . 7(4 (27)) 65-74. (Persian).
- Moazami SH (2004). [Reaction against violence: Protection of women against domestic violence]. Social Welfare. 3(13) 223-250. (Persian).
- Moazzemi SH (2004). The criminology of domestic violence and spousal murder in Sistan and Baluchestan]. The Quarterly of Pazhuhish Zanar. 2 (2) 39-53. (Persian).
- Mohammadkhani P et al (2006). [Family violence pattern prevalence, enacting or experiencing violence in men or women]. Social Welfare. 5(21) 205-213. (Persian).
- Mohammadkhani P et al (2007). [Psychopathology, personal and relationship problems in men who enact family violence]. Journal of Rehabilitation . 7(4 (27)) 6-14. (Persian).
- Mohammadkhani P Azadmehr H (2008). Psychopathology and personal-relationship problems of Female victims of Family Violence. Social Welfare. 7 (27) 9-28. (Persian).
- Morier-Genoud C et al. Violence in primary care: Prevalence and follow-up of victims. Bmc FamilyPractic.7(15) March 92006 [On Line].< www.Biomed Central.Com/1471-2296/7/15> [7 sep2009].
- Narimani M Agha Mohammadian HR (2005). [A study of the extent of men's violence against women and its related variables among families inhabited in Ardabil city]. The Journal of Fundamentals of Mental Health . 7(27-28) 107-113. (Persian).
- National Research Council Staff. (1996). Understanding Violence Against Women, National Academy Press, Washington Dc, USA.

- Nazparvari B (2002). [Wife abuse]. The Quarterly of Pazhuhish-I Zanan 1(3) 25-44. (Persian).
- Nojoumi M Aghaei S Eslami S (2007). [Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics]. Archives of Iranian Medicine. 10(3) 309-315.(Persian).
- Ping-Hsin C et al (2007). Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. Annals of Family Medicine. 5(5) 430-435.
- Pournaghash Tehrani S (2005). [A survey on family's violence in teranian families]. Daneshvar. 12(13) 23-36. (Persian).
- Pluzzi P (2002) Violence against women: Are we doing enough? Journal Midwifery Woman's Health. 47(5) 303-305.
- Raisi Sartashnizi A (2002). [Violence against women and intervening factors: A case study of shahre kord]. Women's Research (Pazhuhish-I Zanan). 1(3) 45-66. (Persian).
- Records K (2007). A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. Newborn and Infant Nursing Reviews. 7 (1) 7-13.
- Ronsmans C Graham W (2006). Maternal mortality: Who, when, where, and why. Lancet. 368(9542)1189-2000.
- Richardson J et el (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. British Medical Journal. 324 (7332) 274.
- Saberian M Atash Nafas E Behnam B (2005). [Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in semnankoomesh]. Forensic Medicine. 6(2) 115-122. (Persian).
- Sagrestano Lm et al (2004) Demographic, psychological, and relationship factors in domestic violence during pregnancy in a sample of low income women of color. Psychology Of Women Quarterly.; 28: 309-22.
- Saiduddin A Koerig M Paul S (2005). Effects of domestic violence on perinatal and early childhood mortality: evidence from north india. American Journal of Public Health. 95(8) 1413-1428.
- Sarakani (1991) [Introduction to Family Sociology]. Tehran, Sorouh Press. (Persian).
- Salehi Sn Mehr Alian HA (2006). [The prevalence and aypes of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in shahrekord]. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 8(2) 72-77. (Persian).
- Straus Ma Gelles Rj Steinmetz Sk (2006). Behind Closed Doors: Violence in The American Family. New Jersey. Originally Published in 1980 By Anchor Press.
- Turner J Chavigny K (1988). Community Health Nursing. Philadelphia. Jopincott Company.
- United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women (1994) E/CN.4/1995/42.
- WHO (2001). [Violence Against Women. Translation]: Rafeayfar Sh, Parsineaya S. Thran: Tandis. (Persian).
- Xiao Xu et al (2005). Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. American Journal of Public Health. 95(1) 78-85.
- Yang Ms et al (2006). Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: Prevalence and risk factors. International Journal of Nursing Studies. 43 (1) 21-7.