مقاله پژوهشی

بررسی میزان آگاهی و نگرش در خصوص خشونت خانگی در بین زنان متأهل شهرستان فسا، در دوران قرنطینه کرونا، سال ۱۳۹۹

فاطمه سادات رهنما

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۷/۰۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: امروزه خشونت خانگی به دلایل مختلف افزایش چشمگیری داشته است که دوران قرنطینه بر این عامل بیش‌ازپیش افزوده است. این مطالعه به دنبال بررسی و تعیین میزان خشونت خانگی در بین زنان متأهل شهرستان فسا، در دوران کرونا، در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش‌ها: این تحقیق یک پژوهش توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. جامعه پژوهش را زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان فسا تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه و برابر با ۲۶۷ نفر برآورد گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش و عملکرد مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین آگاهی نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی رابطه معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و این رابطه یک رابطه منفی و معکوس بود. همچنین بین نگرش نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی رابطه معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$) و این رابطه یک رابطه منفی و معکوس بود. تفاوت میانگین نمرات آگاهی و نگرش در بین گروه‌های با سنین مختلف، با مدت‌زمان ازدواج مختلف و گروه‌های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف معنادار است ($p<۰/۰۵$)؛ اما تفاوت نمرات آگاهی در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار نبود ولی تفاوت نمرات نگرش در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار بود.

نتیجه‌گیری: افزایش آگاهی و نگرش مثبت نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی را کاهش می‌دهد و برعکس با کاهش آگاهی و نگرش منفی نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی افزایش پیدا می‌کند.

کلمات کلیدی: آگاهی، نگرش، خشونت خانگی، قرنطینه کرونا، زنان متأهل

مقدمه

خانواده کوچک‌ترین واحد اجتماعی، اما مهم‌ترین واحد اثربخش حمایتی و تربیتی است. نیاز افراد به‌قرار و آرامش ایجاب می‌کند که در خانواده رابطه‌ای مبتنی بر عاطفه و عقل آن‌گونه که احساس امنیت، اطمینان، سلامت، حمایت و رضایت را برای طرفین به ارمغان آورد شکل گیرد. نقش سازنده زن در ایجاد پیوندهای اخلاقی و عاطفی اعضای خانواده غیرقابل‌انکار است اما این هدف جز با ایجاد محیطی آرام و مطمئن و به‌دوراز خشونت برای همه افراد خانواده میسر نمی‌شود (۱). خشونت‌های خانوادگی علیه زنان ازجمله مسائل و مشکلاتی است که زندگی بسیاری از زنان را در طبقات و قشرهای گوناگون اجتماعی به‌نوعی متأثر می‌سازد اگرچه خشونت‌های خانگی معمولاً در حریم خانواده رخ می‌دهد اما زندگی زنان را در همه عرصه‌ها متأثر می‌سازد خشونت علیه زنان کیفیت زندگی زنان و فرزندانشان، توانایی، استقلال و مولد بودن زندگی عادی آن‌ها را به‌شدت تهدید می‌کند و به اختلال می‌کشاند (۲). بی‌تردید خشونت علیه زنان برخاسته از مناسبات اجتماعی است که زنان را در فضای خصوصی تنها می‌کند و به مردان این حق را می‌دهد

*نویسنده مسئول: **فاطمه سادات رهنما**، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
Email: f.rahnama52@gmail.com
https:///orcid.org/0000-0003-0846-5454

که بر آن‌ها استیلا داشته باشد بنابراین برای توضیح و تبیین خشونت باید مناسبات جنسیتی را در نظر گرفت چون از همین مناسبات است که خشونت سرچشمه می‌گیرد (۳). تعریف خشونت علیه زنان به معنای هر عمل خشونت‌آمیز مبتنی بر جنسیت است که سبب بروز یا سبب احتمال بروز آسیب‌های روانی، جسمانی، رنج و آزار علیه زنان ازجمله تهدید به انجام چنین اعمالی، محرومیت اجباری یا اختیاری در شرایط خاص، از آزادی در زندگی عمومی یا در زندگی خصوصی می‌گردد. در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است (۴). خشونت خانوادگی به‌نوعی پرخاشگری اشاره دارد که در روابط زوجین رخ می‌دهد. خشونت خانوادگی گاهی اوقات تحت عنوان همسر آزاری، خشونت زناشویی، زن آزاری، شریک آزاری و عبارات دیگر توصیف‌شده است (۵). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سوء رفتار یا خشونت به استفاده عمدی از نیرو یا قدرت فیزیکی و یا تهدید بر روی خود یا دیگری یا یک گروه و یا جامعه اطلاق می‌شود که می‌تواند بدون آسیب یا همراه با جراحت و آسیب روحی و روانی، اختلال رشد یا محرومیت گوناگون و مرگ باشد (۶). بنا به تعریف سازمان ملل در سال ۱۹۹۳ خشونت خانگی عبارت است از هر رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، جنسی یا روانی زنان شود چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی صورت گرفته و در جمع یا خفا رخ دهد (۷). خشونت خانگی به انواع چهارگانه خشونت عاطفی و روانی، اجتماعی و اقتصادی و خشونت فیزیکی تقسیم می‌شود.

خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ آن را به‌عنوان یک اولویت بهداشتی قلمداد نمود (۸). خشونت علیه زنان یکی از مشکلات مهم حقوق بشر در سطح جهان به شمار می‌رود که دولت‌ها، هم ازنظر بهداشتی و هم ازنظر اجتماعی و برنامه‌ریزی، در این زمینه مداخله می‌کنند (۹). این مسئله بهداشتی، اجتماعی و سلامت عمومی علل مهم مرگ بسیاری زنان در سراسر جهان بوده است (۱۰). خشونت خانگی رایج‌ترین شکل خشونت علیه زنان است که تأثیر منفی بر سایر اولویت‌های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران تنظیم خانواده و بهداشت روانی دارد. نقش زنان در خانواده بسیار مهم و حساس است. زنان نیروهایی هستند که نسل آینده را پرورش و آینده‌سازان جامعه فردا را تربیت می‌کنند و باید در محیطی از صلح و آرامش و احترام قرار گیرند در غیر این صورت پیشرفت و تضمین آینده درخشان نسل آتی چیزی جز خیال‌پردازی نخواهد بود (۶).

خشونت خانگی یا خشونت در میان خانواده، سابقه‌ای طولانی در تاریخ بشر داشته و مکرراً در متون مذهبی و تاریخی به نمونه‌های آن اشاره‌شده است (۱۱). بر اساس یک تعریف بالینی خشونت خانگی عبارت از الگوی رفتارهای تهاجمی و سرکوبگرانه شامل حملات جسمی و جنسی، روانی و همچنین فشارهای اقتصادی است که افراد بزرگ‌سال یا نوجوان علیه شریک عاطفی و یا جنسی خود به کار می‌برند (۱۲). شیوع خشونت در جهان طبق گزارش سازمان ملل متحد (۱۹۹۵) در بلژیک ۲۵ درصد، آمریکا ۲۸ درصد، نروژ ۲۵ درصد، زلاند نو ۱۷ درصد، کره ۳۸ درصد، کلمبیا ۲۰ درصد و در گینه‌نو ۶۷ درصد زنان از سوی شوهرانشان مورد آزار جسمی قرارگرفته‌اند (۱۳). بر اساس گزارش بانگ جهانی خشونت خانگی بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله می‌شوند. در ایران نیز خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است. بررسی پزشکی قانونی نشان می‌دهد که در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ بیش از نیم میلیون نفر از مجموع دو میلیون و دویست و پنجاه‌وسه هزار زن مراجعه‌کننده به پزشک قانونی که مورد ضرب و شتم قرارگرفته‌اند قربانی خشونت خانگی بوده‌اند (۱۴). آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می‌شوند و ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه‌یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای درحال‌توسعه حداقل یک‌بار آزار بدنی را گزارش کرده‌اند (۱۵). در ایران متأسفانه آمار دقیقی از همسر آزاری وجود ندارد اما فقدان آمار نمی‌تواند دلیل موجهی بر نادیده گرفتن آن باشد. صرف‌نظر از چگونگی برداشت و پذیرش یا رد خشونت خانگی از طرف افراد، مشاهدات تجربی و شواهد ظاهری حاکی از وجود گسترده انواع آن در خانواده‌های ایرانی است (۱۶). بر اساس مطالعات مقدماتی که در خصوص میزان وقوع خشونت خانوادگی در کشور ما انجام‌شده است نرخ همسر آزاری و بدرفتاری با زنان در طیفی از ۳۰ تا ۸۰ درصد برآورد شده است (۱۷).

پژوهش‌ها و مطالعات مختلفی درزمینهٔ عوامل مؤثر در خشونت علیه زنان صورت گرفته است. صداقتی فرد و همکاران (۱۸) در مقاله‌ای نشان دادند که نگرش مردسالارانه، تجربه و

مشاهده خشونت، نظام اجتماعی سنتی و نبود منابع قدرت تأثیر معناداری بر خشونت علیه زنان دارد. کریستین واندراند و همکاران (۱۹) در مقاله‌ای اشاره‌کرده‌اند که درآمد خانواده، رابطه منفی با خطر تجربه خشونت علیه زنان دارد. سکونت در خانواده کم‌درآمد و زندگی در جامعه‌ای با درآمد کم، رابطه‌ای با خطر تجربه خشونت علیه زنان ندارد. درخشان‌پور و همکاران (۲۰) در مقاله‌ای نشان دادند که ۹۲٪ از زنان مورد خشونت خانگی قرارگرفته‌اند. شایع‌ترین نوع خشونت علیه این زنان خشونت روانی (۵۴٪) ارزیابی‌شده است و خشونت کلامی، فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱٪، ۲۴/۸٪ و ۶/۸٪ در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند. در این پژوهش دو عامل مهم اثرگذار بر خشونت خانگی، سطح تحصیلات و اعتیاد همسر در خانواده بیان‌شده است. سانز باربرو و همکاران (۲۱)، در پژوهشی نشان دادند که سوءاستفاده در دوران کودکی احتمال ابتلا به خشونت خانگی را در هر مرحله از زندگی افزایش می‌دهد. سطح تحصیلات بالاتر احتمال ابتلا به خشونت خانگی جسمی / جنسی را در همه سنین کاهش می‌دهد. بیکاری احتمال ابتلا به خشونت خانگی در زنان بزرگ‌سال را افزایش می‌دهد. مهاجر بودن، احتمال ابتلا به خشونت خانگی جسمی / جنسی در زنان بالغ را افزایش می‌دهد. زنانی که در معرض خشونت خانگی جسمی / جنسی فعلی قرار دارند، بهداشت ضعیف، سلامت روانی پایین و محدودیت در فعالیت از خود گزارش کردند. بصر و دمیرسی (۲۲)، در پژوهشی نشان دادند که ۴۱/۳٪ از زنان خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند و اکثریت (۸۹/۲٪) همسرانشان مورد خشونت قرارگرفته‌اند. بین میانگین نمره خشونت خانگی و وضعیت تحصیلی، وضعیت درآمد، سن همسر، میزان تحصیلات همسر، سن ازدواج، نوع خانواده و قرار گرفتن در معرض خشونت رابطه معنی‌داری وجود داشت. تیتلوا و پاپاسک (۲۳)، در پژوهشی نشان داد که عواملی از قبیل سن بالاتر، ناتوانی جسمانی، بیماری روانی، وابستگی شدید، نیاز مالی و اقتصادی مهم‌ترین عوامل مرتبط با خشونت خانگی هستند. پژوهش‌های فوق اغلب به بررسی میزان خشونت خانگی و همچنین بررسی نقش عوامل جمعیت شناختی از قبیل؛ سن، جنس، شغل، وضعیت تحصیلی، درآمد، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و نوع خانواده پرداخته بودند و کمتر به آگاهی و دانش نسبت به خشونت خانگی و همچنین نگرش نسبت به آن پرداخته بودند و بنابراین بررسی میزان آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی یکی از خلأهای پژوهشی در این زمینه محسوب می‌شود.

یکی از بیماری‌هایی که امروز تمامی مردم جهان را با مشکل مواجه ساخته است، بیماری کرونا است. ویروس کرونا با توجه به‌سرعت انتقال و میزان ماندگاری آن بر روی سطوح مختلف موردتوجه بسیار قرارگرفته است و یکی از راه‌هایی که می‌تواند در شیوع گسترده آن مؤثر باشد، عدم تجمعات خانوادگی و مراسم‌های مختلف و حضور کمتر در اجتماعات و جامعه است. به اعتقاد بسیاری از متخصصان علم پزشکی بهترین راه مقابله با این ویروس در خانه ماندن و رعایت نکات بهداشتی است (۲۴)؛ اما عدم حضور در جامعه و در اجتماعات و حضور همیشگی در خانه مشکلات مختلفی برای اعضای خانواده به همراه دارد. یکی از مشکلاتی که همراه با این ویروس بیشتر نمایان شده است، خشونت در خانواده است. خشونت در خانواده و مخصوصاً خشونت علیه زنان و فرزندان شایع‌تر از سایر خشونت‌هاست (۱۵)؛ بنابراین ازیک‌طرف با توجه به این‌که بیشتر پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام‌شده است بیشتر تأکید آن‌ها روی عوامل جمعیت شناختی و نقش این عوامل بر خشونت خانگی بوده است و پژوهش‌های اندکی درزمینهٔ نقش آگاهی و نگرش نسبت به خشونت بر خشونت خانگی انجام‌شده است و از طرف دیگر با توجه به اپیدمی بیماری کرونا ویروس در سراسر جهان و الزامی شدن قرنطینه و تأثیر آن در افزایش خشونت خانگی لزوم ارزیابی میزان آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی در جمعیت زنان متأهل شهرستان فسا بسیار احساس می‌شود. از این نظر پژوهش حاضر به دنبال بررسی و تعیین میزان آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی در بین زنان متأهل شهرستان فسا، در دوران قرنطینه کرونا ویروس، سال ۱۳۹۹ است.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک پژوهش توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. در این پژوهش به‌صورت خود اظهاری و در زمان کرونا پرسشنامه به‌وسیله افراد تکمیل خواهد شد. جامعه پژوهش را زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان فسا تشکیل می‌دادند. با توجه به اینکه مسئله خشونت خانگی در جامعه ما جزو مسائل خصوصی و تقریباً محرمانه محسوب می‌گردد و اکثر زنان خشونت دیده به مرکز درمانی مراجعه نمی‌نمایند، بنابراین

دسترسی به این زنان نیز آسان نیست لذا مبنای کار بر این قرار دارد که به‌صورت داوطلبانه از بین مراجعین زن مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گیرند. برای برآورد حجم نمونه و چگونگی انتخاب نمونه با مبنا قرار دادن مطالعات مشابه و در نظر گرفتن مجموعه واحدهای موردپژوهش به‌عنوان جمعیت هدف، حجم نمونه تعیین می‌گردد و سپس نمونه‌گیری به‌طور تصادفی انجام می‌گیرد از بین مراجعینی که به مرکز جامع سلامت مراجعه می‌کنند و در صورت تمایل در طرح شرکت داده می‌شوند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد. با توجه به اطمینان ۹۵ درصد و میزان آگاهی از خشونت خانگی به دست آمده برابر با ۵۱ درصد در مطالعه دواساز ایرانی و همکاران (بررسی میزان شیوع خشونت خانگی توسط همسران در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی) و همچنین دقت ۰/۰۶ برابر با ۲۶۷ نفر برآورد گردید (۲۵).

$$n=\frac{z^{2}_{(1-\frac{\alpha}{2})}P(1-P)}{d^{2}}$$

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش آگاهی و نگرش و عملکرد مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان است این پرسشنامه با بهره‌گیری اولیه از اطلاعات و ابزارهای مورداستفاده در طرح بررسی خشونت خانگی در تهران و ساوجبلاغ توسط رسولیان و همکاران طراحی و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه تدوین‌شده است. اطلاعات در طول شش ماه از طریق پرسشنامه ۱۴ سؤالی آگاهی نسبت به همسر آزاری پرسشنامه ۸ سؤالی بررسی نگرش نسبت به همسر آزاری پرسشنامه ۲۳ سؤالی نوع و رفتار خشونت‌آمیز (فیزیکی و غیر فیزیکی) ارزیابی خواهد شد (۲۶). قسمت اول پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال است که پاسخ آن‌ها به‌صورت (بله)، (خیر) و (نمی‌دانم) قابل پاسخ‌دهی است. که نمره‌گذاری به‌صورت خیر صفر و بله ۱ نمره و نمی‌دانم ۲ نمره است. قسمت نگرش پرسشنامه شامل ۸ سؤال است که با مقیاس لیکرت پنج‌تایی - کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم قابل پاسخ‌دهی است. که نمره‌گذاری به‌صورت کاملاً مخالف صفر و تا حدودی مخالف ۱ نمره و نظری ندارم ۲ نمره و تا حدودی موافقم ۳ نمره و کاملاً موافقم ۴ نمره است. قسمت سوم پرسشنامه که رفتار خشونت‌آمیز است دارای دو قسمت است قسمت اول (که دارای ۲۳ سؤال است) مربوط به اتفاقاتی است که از ابتدای زندگی مشترک شما افتاده است و شامل دو قسمت رفتار خشونت‌آمیز (غیر فیزیکی) و رفتار خشونت‌آمیز فیزیکی است. قسمت دوم همان اتفاقات قسمت قبل را در ۱۲ ماه گذشته بررسی می‌کند هر سؤال دارای ۵ گزینه است. در این مطالعه برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد استفاده خواهد شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ درصد تجزیه‌وتحلیل می‌شود.

نتایج

چنان‌که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات آگاهی نسبت به همسر آزاری، نگرش نسبت به همسر آزاری و خشونت و بدرفتاری در بین شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۲/۰۳، ۲۲/۷۱ و ۴۱/۰۹ بود.

جدول ۱- نتایج تحلیل توصیفی متغیرها

	تعداد	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره
آگاهی نسبت به همسر آزاری	۲۶۷	۱۲/۰۳	۲/۴۲	۷	۱۸
نگرش نسبت به همسر آزاری	۲۶۷	۲۲/۷۱	۶/۱۰	۱۲	۳۲
خشونت و بدرفتاری	۲۶۷	۴۱/۰۹	۱۰/۸۶	۲۰	۶۰

با توجه به نتایج جدول ۲؛ همبستگی پیرسون بین آگاهی نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی ۰/۸۴- و سطح معناداری ۰/۰۰۰ به دست آمد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌توان ادعا نمود بین آگاهی نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی رابطه معنادار وجود دارد (p<۰/۰۵) اما این رابطه یک رابطه منفی و معکوس است؛ یعنی با افزایش آگاهی نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی کاهش پیدا می‌کند و برعکس با کاهش آگاهی نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی افزایش پیدا می‌کند.

نمرات آگاهی در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار نبود ولی تفاوت نمرات نگرش در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار بود.

همچنین نتایج آزمون توکی هم نشان داد که گروهی که بیشتر از ۴۰ سال داشتند، آگاهی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. در متغیر نگرش تنها بین سنین ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۶ تا ۴۰ سال تفاوت معنادار وجود نداشت و بین بقیه گروه‌های سنی در متغیر نگرش به همسر آزاری تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین بر اساس مدت‌زمان ازدواج گروهی که بیشتر از ۲۵ سال

جدول ۲- نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای تعیین رابطه بین آگاهی نسبت به همسر آزاری و نگرش نسبت به همسر آزاری با خشونت خانگی

متغیرها	همبستگی پیرسون	
	مقدار آزمون	سطح معناداری
آگاهی نسبت به همسر آزاری با خشونت خانگی	۰/۸۴-	۰/۰۰۰
نگرش نسبت به همسر آزاری با خشونت خانگی	۰/۶۲-	۰/۰۰۰

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مختلف پژوهش در بین گروه‌های مختلف

گروه‌ها	متغیرها	مقدار f	سطح معناداری
گروه‌های سنی مختلف	آگاهی	۱۹/۱۷	۰/۰۰۰
	نگرش	۸۰/۹۱	۰/۰۰۰
گروه‌های بر اساس مدت‌زمان ازدواج	آگاهی	۱۶/۳۱	۰/۰۰۰
	نگرش	۲۴/۶۰	۰/۰۰۰
گروه‌های با تحصیلات مختلف	آگاهی	۱/۹۰	۰/۱۲۹
	نگرش	۲۳/۷۳	۰/۰۰۰
گروه‌های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف	آگاهی	۶۹/۲۹	۰/۰۰
	نگرش	۹۷/۳۲	۰/۰۰

با توجه به نتایج ذکرشده در جدول ۳ مقایسه میانگین نمرات آگاهی و نگرش در بین گروه‌های با سنین مختلف، گروه‌های بر اساس مدت‌زمان ازدواج و گروه‌های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۰ است (p≤۰/۰۵)؛ بنابراین تفاوت میانگین نمرات آگاهی و نگرش در بین گروه‌های با سنین مختلف، با مدت‌زمان ازدواج مختلف و گروه‌های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف معنادار است؛ اما تفاوت

از زمان ازدواج آن‌ها گذشته بود نگرش آن‌ها نسبت به همسر آزاری بیشتر بود. همچنین در مقایسه گروه‌ها برحسب تحصیلات، گروهی که دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند، آگاهی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. در متغیر نگرش به همسر آزاری بین تمامی گروه‌های دارای مدارک تحصیلی مختلف تفاوت معنادار وجود داشت و گروهی که دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند دارای نگرش بالاتری نسبت به همسر آزاری بودند. در

وضعیت اجتماعی و اقتصادی در متغیر آگاهی بین تمامی گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف تفاوت معنادار بود و گروهی که دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالابودند، آگاهی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. در متغیر نگرش به همسر آزاری هم بین تمامی گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف تفاوت معنادار وجود داشت و گروهی که دارای وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالابودند دارای نگرش بالاتری نسبت به همسر آزاری بودند.

بحث

این پژوهش به دنبال بررسی میزان خشونت خانگی در بین زنان متأهل بود. به این منظور رابطه بین آگاهی و نگرش نسبت به همسر آزاری با خشونت خانگی موردبررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین آگاهی نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی رابطه معنادار وجود دارد؛ اما این رابطه یک رابطه منفی و معکوس است؛ یعنی با افزایش آگاهی نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی کاهش پیدا می‌کند و برعکس با کاهش آگاهی نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی افزایش پیدا می‌کند. همچنین بین نگرش نسبت به همسر آزاری و خشونت خانگی رابطه معنادار وجود دارد. این رابطه هم یک رابطه منفی و معکوس است؛ یعنی با افزایش نگرش نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی کاهش پیدا می‌کند و برعکس با کاهش نگرش نسبت به همسر آزاری، خشونت خانگی افزایش پیدا می‌کند.

آگاهی و دانش بیشتر نسبت به همسر آزاری و اثرات مخرب آن در خانواده و بر روی فرزندان و همچنین کشیده شدن تأثیرات مخرب آن به جامعه و آسیب رساندن آن به جامعه، موجب شده است تا خشونت خانگی کاهش پیدا کند و مردان و زنان کمتر از خشونت در محیط خانه استفاده کنند و همچنین نگرش منفی داشتن نسبت به همسر آزاری هم موجب می‌شود تا افراد کمتر از خشونت در خانه استفاده کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت میانگین نمرات آگاهی و نگرش در بین گروه‌های با سنین مختلف، با مدت‌زمان ازدواج مختلف و گروه‌های با وضعیت اجتماعی و اقتصادی مختلف معنادار است؛ اما تفاوت نمرات آگاهی در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار نبود ولی تفاوت نمرات نگرش در بین گروه‌های با تحصیلات مختلف معنادار بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های توسلی و همکاران (۲۷)، آلمیس و همکاران (۲۸) و آلانگی و همکاران (۲۹) همسو بود. آلمیس و همکاران (۲۸)، در پژوهشی نشان دادند که میزان تحصیلات و وجود خشونت جسمی یا جنسی از همسرانشان، بروز اختلالات روان‌پزشکی در زنان بازمانده را پیش‌بینی کرده است.

نتیجه‌گیری

چنان‌که در مطالعات و پژوهش‌های فوق اشاره شد عواملی از قبیل سن، تحصیلات، مدت‌زمان ازدواج و وضعیت اجتماعی و اقتصادی ازجمله عوامل ساختاری و مهمی هستند که میزان خشونت در خانواده را پیش‌بینی می‌کنند و معمولاً تأثیر مهمی بر میزان خشونت در خانواده و در بین زن و شوهر دارند. همسران با سنین پایین معمولاً میزان خشونت بیشتری را تجربه می‌کنند زیرا هنوز نتوانسته‌اند به‌اندازه کافی باهم خو گرفته و شخصیت یکدیگر را به‌خوبی بشناسند. افراد با تحصیلات کمتر به دلیل عدم آگاهی از اثرات مخرب خشونت و پرخاشگری معمولاً بیشتر مرتکب خشونت در خانواده می‌شوند و افراد با طبقات پایین اقتصادی و اجتماعی هم به دلیل فشارهای اقتصادی مختلف و همچنین ارتباطات اجتماعی ضعیفی که دارند بیشتر از خشونت و پرخاشگری استفاده می‌کنند؛ بنابراین با توجه به نقش آگاهی و نگرش افراد نسبت به همسر آزاری و خشونت در خانواده، پیشنهاد می‌گردد که میزان آگاهی و دانش زنان و مردان متأهل نسبت به آثار مخرب همسر آزاری و خشونت در خانواده ارتقاء پیدا کند و دوره‌ها و کارگاه‌های مختلف دانش‌افزایی درزمینهٔ راه‌های مقابله با خشونت و پرخاشگری در خانواده برای مردان و زنان متأهل تدارک دیده شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه استادان که در انجام این طرح مشارکت داشتند تقدیر و تشکر می‌کنم. همچنین از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ولیعصر (عج) فسا تقدیر می‌گردد. این طرح در دانشگاه علوم پزشکی فسا با کد IR.FUMS.REC.1399.106 به ثبت رسیده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Yasliani, F. Extensive and partial study of the factors affecting the physical health of women Esfahan and Freden. Master Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2010.12:2215-2221[In Persian]
2. Andersen ML. Thinking about women sociological perspectives on sex and gender. 2008.57:23-32
3. Mirzaei M. A Survey of Domestic Violence in Women Referred to Judicial Centers in Paveh. Social Work Research Journal, 2014; 1 (2), 61- 95. [In Persian]
4. Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Study of the Effect of Various Domestic Violence Against Women and Related Factors in Women who Referred to the Forensic Medical Center in Urmia city-Iran 2012-2013. Sci J Forensic Med. 2012; 18 (2 and 3):69-78. [In Persian]
5. Mohamadkhani P, Rezaei dogane E, Mohamadi M, Azadmehr H. Family Violence Pattern Prevalence, Enacting or Experiencing Violence in Men or Women. Refahj. 2006; 5 (21):205-224. [In Persian]
6. Khajavi Kia H. Investigating the effective factors in behavior towards married women referred to Tabriz Forensic Medicine Center. Women and Family Studies. 2012; 1 (2), 47-68. [In Persian]
7. Raisi A. Violence against women and its factors. Women in Development and Politics, 2002; 1 (3): 78-95. [In Persian]
8. Fourozan AS, Dejman M, Baradaran-Eftekhari M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers of Tehran (2002). Archives of Iranian Medicine. 2007;10(3):295-300.
9. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. International journal of Social issues in reproductive medicine.1999; 62(2).195-201.
10. Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt—wife beating and health outcomes. Social science & medicine. 2006; 5(62). 1260-77.
11. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. Journal of interpersonal Violence. 1999. 8(14), 839-70.
12. Ganley AL, Schechter S. Domestic violence: A national curriculum for child protective services: Family Violence Prevention Fund; 1996. 2(4):88-97.
13. Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman. IJPCP. 2009; 15 (3):300-307. [In Persian]
14. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the heath care centers in Semnan. 2005. 2(6), 115-122. [In Persian]
15. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. Social Science & Medicine. 2004; 11(59). 2373-85.
16. Azam Azadeh M. Awareness of gender inequalities: A model for measuring knowledge about gender inequalities. Women in Development and Politics (Women's Research).2005; 2(3), 51-73. [In Persian]
17. Shams E, Emami S. Investigating the prevalence of spousal abuse and the factors affecting it. Women in Development and Politics,2003; 1 (5): 115-128. [In Persian]
18. Qasemi M, Sedaghati Fard M, Pir Khaifi A. Social factors affecting violence against women in the family with emphasis on the role of the authoritarian system in the family. Sociological Studies of Iran. 2014; 4 (15):59-73. [In Persian]
19. VanderEnde KE, Sibley LM, Cheong YF, Naved RT, Yount KM. Community economic status and intimate partner violence against women in Bangladesh: compositional or contextual effects? Violence against women. 2015; 6(21). 679-99.
20. Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. J Gorgan Univ Med Sci. 2014; 16 (1):126-131. [In Persian]
21. Sanz-Barbero B, Baro´n N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. PLoS ONE, 2019. 14(10): 122-135.
22. Basar F, Demirci N. Domestic violence against women in Turkey. Pak J Med Sci. 2018;34(3):660-665. [In Persian]
23. Tittlova, M. Papáček, P. Factors Contributing To Domestic Violence. International Journal of Entrepreneurial Knowledge, 2018; 6(2): 117-124.
24. World Health Organization. Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV), Interim guidance. 2020.

25. Davaaz Irani R, Boalhari J, Borhani M, Pak Seresht S, Shohizadeh R. Prevalence of domestic violence by husbands in women referring to health centers in Dezful city from March 2008 to March 2009 (taken from the pilot of the national plan). 2010; 5: 198-198. [In Persian]
26. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammadsadeghi H, Khademolreza N, Rasoulian M. Design and Evaluation of an Inventory to Examine Knowledge and Attitude about Domestic Violence Against Women. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013; 2(19):43-53. [In Persian]
27. Tavassoli A, Ahmadi N, Ahmadi F. Factors related to domestic violence against pregnant women referring to hospitals and vaccination centers in Tehran. Journal of Nursing and Midwifery. 2019; 17 (5): 379-391. [In Persian]
28.Almiş B, Koyuncu Kütük E, Gümüştaş F, Çelik M. Risk Factors for Domestic Violence in Women and Predictors of Development of Mental Disorders in These Women. Arch Neuropsychiatry. 2018;55(8):67-72.
29. Alangea D, Addo-Lartey AA, Sikweyiya Y, Chirwa ED, Coker-Appiah D, Jewkes R, et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. PLoS ONE. 2018, 13(7): 65-78.

Original Article

Survey of Awareness and Attitude about Domestic Violence among Married Women in Fasa, During Coronavirus Quarantine, 1399

Rahnama FS*

Department of Clinical Psychology, Fasa University of Medical Sciences Fasa, Iran

Received: 28 Sep 2020 Accepted: 10 Nov 2020

Abstract

Background & Objective: Today, domestic violence has increased significantly for various reasons and the quarantine period has increased this factor more than before. This study sought to investigate and determine the rate of domestic violence among married women in Fasa during the coronavirus disease, in 1399.

Materials & Methods: This research is descriptive-analytical and cross-sectional research. The study population consisted of women referring to health centers in Fasa. The sample size was calculated using Cochran's formula and was estimated to be 267 people. The data collection tool was a questionnaire to assess the awareness and attitude and practice related to domestic violence against women. Data were analyzed using an independent t-test, one-way analysis of variance, and Pearson correlation coefficient.

Results: The results showed that there was a significant relationship between awareness of spouse abuse and domestic violence ($p<0.05$) and this relationship was negative and inverse. There was also a significant relationship between attitudes toward spouse abuse and domestic violence ($p <0.05$) and this relationship was negative and inverse relationship. The difference between the mean scores of knowledge and attitude between groups of different ages, with different duration of the marriage and groups with different social and economic statuses was significant ($p<0.05$). However, the difference in knowledge scores between groups with different levels of education was not significant, but the difference in attitude scores between groups with different educations was significant.

Conclusion: Increasing awareness and positive attitude towards spousal abuse reduces domestic violence and conversely, decreasing awareness and negative attitude towards spousal abuse increases domestic violence.

Keywords: awareness, attitude, domestic violence, corona quarantine, married women

***Corresponding Author: Rahnama Fatemeh sadat**, Department of Clinical Psychology, Fasa University of Medical Sciences Fasa, Iran
Email: f.rahnama52@gmail.com
https:///orcid.org/0000-0003-0846-5454