

بررسی شیوع خشونت خانگی علیه زنان و عوامل موثر آن در طی همه‌گیری کووید-۱۹

مریم سعیدی^۱، سحر طالب^۲

۱- دانشیار، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

۲- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دپارتمان مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه و اهداف: شیوع کووید-۱۹ یک نگرانی فزاینده‌ای در مورد خشونت خانگی در بسیاری از کشورهای دنیا ایجاد نموده است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی شیوع انواع خشونت‌ها و تعیین عوامل موثر بر آن در طی شیوع بیماری کووید-۱۹ در زنان ساکن در شهر ساوه انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی مقطعی در سال ۱۴۰۰ بر روی ۴۲۳ زن متاهل در شهر ساوه انجام گردید. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای از بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه محقق ساخته خشونت خانگی استفاده شد. از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری برای تحلیل داده‌ها و بررسی همبستگی بین شدت (نمره) خشونت با متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها و همسرانشان استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: اکثریت شرکت کنندگان (۵۹/۶ درصد) در معرض خشونت خانگی قرار داشتند. میانگین نمره کلی خشونت خانگی $7/47 \pm 12/37$ بود. شایعترین نوع خشونت خانگی در بین زنان مورد پژوهش، خشونت روانی بود. بین نمره کلی خشونت خانگی با سن نمونه‌ها، سن همسرانشان و مدت ازدواج آنها ارتباط مستقیم و معنی داری به دست آمد ($P < 0/01$). میانگین نمره کلی خشونت خانگی در نمونه‌هایی که فرزند داشتند، باردار نبودند، همسران معتاد به مواد مخدر و الکل داشتند، مستاجر بودند، در طی شیوع کووید-۱۹ دچار کاهش درآمد شده بودند و همسران آنها بیکار بودند، به طور معنی داری بیشتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، شیوع خشونت خانگی در طی اپیدمی بیماری کرونا در حد متوسطی قرار داشت اما شدت آن پایین بود. با توجه به اثرات روانی بیماری کرونا بر افراد جامعه، افزایش بروز رفتارهای خشونت آمیز به خصوص در خانواده‌های آسیب پذیر مانند خانواده‌های کم درآمد و مستاجرین و زنان دارای همسران بیکار و معتاد به مواد مخدر و الکل بیشتر مشهود می باشد. از این رو شناسایی خانواده‌های آسیب پذیر و حمایت از آنها و نیز آموزش و توانمندسازی آنها می‌تواند موجب کاهش میزان بروز خشونت خانگی شود.

تاریخ دریافت

۱۴۰۲/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش

۱۴۰۲/۱۰/۱۲

نویسنده رابط

سحر طالب

ایمیل نویسنده رابط

sahartaleb.arshad92@gmail.com

نشانی نویسنده رابط

استان مرکزی، ساوه، بلوار شهید بهشتی، پل چمران، خیابان شهید فهمیده، بالاتر از اداره آموزش و پرورش، دانشکده علوم پزشکی ساوه

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، زنان،

کووید-۱۹

مقدمه

خشونت خانگی^۱ به عنوان رفتار خشونت آمیز یک عضو خانواده در برابر سایر اعضای همان خانواده تعریف شده است که در محیط خانواده رخ می‌دهد و معمولاً زنان و دختران اولین قربانیان به شمار می‌روند (۱، ۲). خشونت علیه زنان، هر نوع خشونت مبتنی بر جنسیت است که منجر به آسیب جسمی، جنسی یا روانی زن می‌شود و در نتیجه موجب رنج یا سلب اجباری آزادی فردی یا اجتماعی او می‌شود (۳). انواع خشونت

خانگی شامل خشونت جسمی (مانند ضربه، سیلی و خفه کردن)، خشونت روانی یا عاطفی (مانند فریاد، فحش و تهدید)، خشونت جنسی (مانند لمس کردن، بوسیدن و مجبور کردن رابطه جنسی بدون رضایت قربانی)، خشونت مالی (مانند گرفتن وسایل قربانی، نگهداری یا تأمین نکردن نیازهای مالی)، خشونت معنوی (مانند تحقیر عقاید و اعتقادات قربانی و مجبور کردن قربانیان به انجام برخی از تشریفات یا عقاید) می باشد (۴).

در سطح جهان، ۳۰ درصد از زنان در طول زندگی خود، خشونت جسمی یا جنسی توسط شریک صمیمی خود را تجربه

1 Domestic Violence

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در طی سال ۱۴۰۰ بر روی ۴۲۳ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ساوه و پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق به شماره IR.SAVEHUMS.REC.1399.028 انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران (۱۲) استفاده گردید با توجه به شیوع خشونت در مطالعه قبلی (۱۳) میزان p برابر ۰/۵۸ در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن سطح ۹۵٪ اطمینان و دقت ۵٪ تعداد نمونه حداقل ۳۷۵ نفر محاسبه گردید. با توجه به در دسترس بودن نمونه‌ها تعداد بیشتری نمونه وارد مطالعه شدند.

نمونه‌های پژوهش با رویکرد تصادفی و به روش خوشه‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که با توجه به این که ۶ مرکز جامع سلامت در سطح شهرستان ساوه دایر بود و هر کدام از این مراکز به طور متوسط ۳ پایگاه بهداشتی را زیر نظر داشتند، جهت نمونه گیری از روش خوشه‌ای دو مرحله ای استفاده نمودیم. در مرحله اول نمونه گیری، لیست اسامی تمام مراکز و پایگاه‌های تحت پوشش هر یک از آنها استخراج و پایگاه‌ها به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس در مرحله بعد، با توجه به درصد جمعیت تحت پوشش در هر پایگاه و هر مرکز، نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب شدند. جهت انتخاب زنان تحت پوشش در مراکز پایگاه‌ها ابتدا لیستی از زنان دارای پرونده بهداشتی در مرکز استخراج نموده و نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب و زمان مراجعه آنها به مرکز بررسی و بر اساس دارا بودن معیارهای ورود در مطالعه در صورت رضایت در مطالعه شرکت داده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان متاهلی بود که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، در زمان اجرای پژوهش دارای همسر قانونی بودند و سواد خواندن و نوشتن داشتند. نمونه‌ها در صورتی از پژوهش خارج می‌شدند که پرسشنامه‌ها را به طور ناقص تکمیل کرده بودند. بعد از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، پژوهشگر به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه کرده و پس از کسب رضایت آگاهانه، از نمونه‌های پژوهش خواست تا پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند.

می‌کنند (۵). چنین خشونت می‌تواند در طول بحران‌های انسانی، از جمله درگیری‌ها و بلایای طبیعی، افزایش یابد (۶). از زمان اجرای قرنطینه‌های خانگی ناشی از کووید-۱۹ و اقدامات فاصله فیزیکی، چندین کشور از افزایش قابل توجه موارد خشونت خانگی خبر داده‌اند (۷). انزوای اجتماعی، قرار گرفتن در معرض عوامل استرس زای اقتصادی و روانی، افزایش مکانیسم‌های مقابله‌ای منفی (مانند سوء مصرف الکل یا مواد مخدر) و ناتوانی در دسترسی به مکانیسم‌های حمایتی مانند سرپناه‌ها و خطوط مشاوره ممکن است بر افزایش گزارشات خشونت خانگی تاثیر گذار باشد (۸).

یکی از مناطق که شاهد بالاترین شیوع خشونت خانگی می‌باشد، منطقه مدیترانه شرقی (۳۷ درصد) است (۵). بر اساس مطالعات، چهار کشور عربی مصر، عراق، اردن و فلسطین به علاوه ایران بالاترین میزان شیوع خشونت خانگی را در منطقه مدیترانه شرقی دارا هستند (۹، ۱۰). نتایج یک مطالعه مروری که به بررسی مقالات منتشر شده در فاصله سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۴ با موضوع بررسی خشونت خانگی در زنان ایرانی پرداخت، نشان داد که میزان شیوع خشونت عاطفی (۵۹٪) بیشتر از خشونت‌های جسمی (۴۵٪) و جنسی (۳۲٪) در زنان ایرانی بود (۱۱).

اعمال خشونت خانگی علیه زنان می‌تواند سبب پیدایش انواع بیماری‌های روانی و جسمانی گردد که این امر تهدیدی علیه سلامت اعضای خانواده است. پدیده خشونت از عوامل متعدد زیستی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، و استرس به علت وجود بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید-۱۹ هم می‌تواند اثر پذیرد. با توجه به همه گیر بودن این معضل مهم بهداشتی در سراسر جهان، از جمله ایران، به‌خصوص در زمان شیوع کووید-۱۹ که به دلیل قرنطینه‌های خانگی، کمبود درآمد، نبود پس انداز کافی و امکانات دورکاری برای همه، باعث ایجاد تنش در خانواده‌ها می‌شود، و با در نظر گرفتن پیامدهای خشونت خانگی بر سلامت جسمی و روانی زنان، هدف مطالعه حاضر، به‌دست آوردن فراوانی انواع خشونت‌های جسمی، جنسی و عاطفی و تعیین عوامل موثر بر آن در طی شیوع بیماری کووید-۱۹ در زنان ساکن در شهر ساوه است.

پیشگویی کننده خشونت خانگی از روش رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های پژوهش، $34/97 \pm 8/9$ بود. کمترین و بیشترین سن، به ترتیب، ۱۵ و ۵۸ سال بود. بیشترین فراوانی نمونه‌ها (۳۷/۸ درصد)، در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی همسران واحدهای پژوهش، $39/69 \pm 9/03$ بود. ۴۳/۶ درصد همسران نمونه‌ها، در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. میانگین مدت ازدواج نمونه‌های پژوهش، $12/65 \pm 8/85$ سال بود. نتایج نشان داد که اکثریت نمونه‌های پژوهش (۸۱/۸ درصد) باردار نبودند؛ اکثریت آنها (۵۸/۶ درصد) دارای فرزند نبودند. بر اساس گزارش صورت گرفته اکثریت نمونه‌ها اظهار کردند به طور میانگین، $7/08 \pm 4/73$ ساعت در طول شبانه روز با همسرانشان سپری می‌کنند.

نتایج داده‌های دموگرافیک نشان داد ۶۹ درصد نمونه‌ها، خانه دار و همسران ۴۱/۶ درصد از نمونه‌ها، کارمند بودند. توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش بر اساس تحصیلات به این صورت بود که بیشترین فراوانی نمونه‌ها در مقطع دیپلم (۳۲/۲ درصد) و کمترین فراوانی آنها (۱/۴ درصد) در مقطع دکترا تحصیلات داشتند. ۲۲/۲ درصد همسران نمونه‌ها، تحصیلات لیسانس داشتند که بیشترین فراوانی بین دیگر مقاطع تحصیلی بود. اکثریت نمونه‌ها، سابقه ابتلا به کووید-۱۹ در خودشان (۵۹/۵ درصد) و همسرانشان (۵۷/۳ درصد) را داشتند. اکثریت نمونه‌ها گزارش کردند که خودشان (۹۹/۵ درصد) و همسرانشان (۹۰ درصد) اعتیاد به مواد مخدر و الکل ندارند. اکثریت نمونه‌های پژوهش (۵۲/۷ درصد)، مالک مسکن شخصی بودند. بیشترین فراوانی نمونه‌های پژوهش (۶۱/۸ درصد)، هیچ درآمدی نداشتند. درآمد همسران بیشتر نمونه‌ها (۳۹/۳ درصد)، بین ۳ تا ۶ میلیون تومان در ماه بود. اکثریت نمونه‌های پژوهش (۵۳ درصد) معتقد بودند که در طی شیوع کووید-۱۹، درآمد خودشان یا همسرانشان کاهش یافته است.

نتایج مطالعه نشان داد اکثریت نمونه‌های پژوهش (۵۹/۶ درصد) سابقه خشونت خانگی داشتند (جدول ۱). به بیان دیگر

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خشونت محقق ساخته استفاده گردید. گویه‌های پرسشنامه خشونت خانگی ابتدا با مروری بر متون تنظیم گردید و سپس اعتبار و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه در ۴ حیطه خشونت روانی (۸ گویه)، خشونت اقتصادی (۳ گویه)، خشونت جسمی (۶ گویه) و خشونت جنسی (۳ گویه) بود که در مقابل هر گویه، پاسخ ۵ گزینه‌ای با طیف لیکرت از هرگز تا بیش از پنج بار بود که به ترتیب برای گزینه هرگز نمره صفر، یک بار نمره ۱، دو تا سه بار نمره ۲، چهار تا پنج بار نمره ۳ و بیش از پنج بار نمره ۴ در نظر گرفته شد. نمره کل پرسشنامه بین ۰-۸۰ بود. شدت خشونت بر اساس نمره پرسشنامه تعیین گردید. نمرات بالاتر نشان دهنده شدت خشونت بیشتر بود. شیوع خشونت خانگی، بر اساس فراوانی تعداد زنان خشونت دیده محاسبه گردید. زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از گویه‌های مربوط به پرسشنامه خشونت داده باشد. در این پژوهش، منظور از خشونت، هر گونه خشونت اعمال شده اعم از خشونت جسمی، روانی، اقتصادی و جنسی از سوی همسر بود.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شد. جهت تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای هر یک از ابعاد پرسشنامه شامل خشونت روانی، اقتصادی، جسمی و جنسی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۷۱، ۰/۹۲ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

داده‌ها پس از گردآوری، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آماری توصیفی (جهت تعیین میانگین و انحراف معیار و فراوانی مطلق و نسبی) و آزمون‌های آماری تحلیل شد. جهت تعیین همبستگی بین اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها با بروز خشونت از آزمون آماری کای دو استفاده شد. همچنین به منظور تعیین همبستگی بین اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها با نمره کلی خشونت از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمره کلی خشونت بر اساس اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید. به منظور تعیین عوامل

میانگین و انحراف معیار نمره کلی خشونت خانگی به ترتیب $7/12 \pm 47/37$ بدست آمد (جدول ۲). برای مقایسه نمرات هر یک از انواع خشونت، نمرات خام هر حیطه به درصد تبدیل و سپس میانگین و انحراف معیار آن بررسی شد. بر این اساس، میانگین نمره خشونت روانی ($15/15 \pm 22/93$) بیشتر از سایر انواع خشونت بود (جدول ۲).

۵۹/۶ درصد نمونه‌ها در طی شیوع کووید-۱۹ حداقل یکبار توسط همسران خود مورد خشونت قرار گرفته بودند. بیشترین نوع خشونت تجربه شده در نمونه‌های پژوهش، خشونت روانی (۵۶/۲ درصد) بود. به بیان دیگر، شایعترین نوع خشونت خانگی در بین زنان مورد پژوهش، خشونت روانی بود. شیوع خشونت جسمی، خشونت اقتصادی و خشونت جنسی به ترتیب ۲۴/۱٪، ۲۰/۱٪ و ۱۳/۵٪ گزارش گردید (جدول ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس داشتن سابقه انواع خشونت خانگی

انواع خشونت خانگی	تعداد	درصد
خشونت کلی	۲۵۲	۵۹/۶
خشونت روانی	۲۳۷	۵۶/۲
خشونت اقتصادی	۸۵	۲۰/۱
خشونت جسمی	۱۰۲	۲۴/۱
خشونت جنسی	۵۷	۱۳/۵

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از انواع خشونت خانگی در واحدهای پژوهش

انواع خشونت خانگی	میانگین	انحراف معیار
خشونت کلی	۷/۴۷	۱۲/۳۷
خشونت روانی	۱۵/۱۵	۲۲/۹۳
خشونت اقتصادی	۷/۴	۲۰/۳۶
خشونت جسمی	۵/۱۷	۱۴/۵۳
خشونت جنسی	۴/۰۵	۱۳/۷۹

همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک همسران واحدهای پژوهش با بروز خشونت خانگی در واحدهای پژوهش، نتایج نشان داد در بین متغیرهای دموگرافیک همسران نمونه‌ها، ارتباط معنی داری بین گروه‌های سنی، سطح تحصیلات، نوع شغل، ابتلا به بیماری و اعتیاد همسر با داشتن خشونت خانگی در واحدهای پژوهش وجود دارد ($p < 0/05$) (جدول ۴ و ۵).

نتایج بررسی همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها با شیوع خشونت نشان داد، از بین متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها، ارتباط معنی داری ($p < 0/05$) بین گروه‌های سنی، داشتن فرزند، باردار بودن، کاهش درآمد خانواده در طی شیوع کووید-۱۹، وضعیت مسکن و مدت زمان سپری با همسر با بروز خشونت خانگی وجود دارد (جدول ۳). همچنین در ارزیابی

جدول شماره ۳- بررسی همبستگی بین متغیرهای دموگرافیک واحدهای پژوهش با داشتن یا نداشتن سابقه خشونت خانگی

سطح معنی P* داری	آماره λ^2	داشتن خشونت خانگی						متغیرها	
		کل (۴۲۳)		خیر		بله			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۰۶	۱۴/۵	۱۵/۳۷	۶۵	۸/۷۵	۳۷	۶/۶۲	۲۸	۱۵-۲۵	گروه های سنی
		۳۷/۸۳	۱۶۰	۱۶/۳۱	۶۹	۲۱/۵۱	۹۱	۲۶-۳۵	
		۳۳/۸۱	۱۴۳	۱۲/۰۶	۵۱	۲۱/۷۵	۹۲	۳۶-۴۵	
		۱۰/۸۷	۴۶	۲/۸۴	۱۲	۸/۰۴	۳۴	۴۶-۵۵	
		۱/۴۲	۶	۰/۲۴	۱	۱/۱۸	۵	۵۶-۶۰	
۰/۲	۵/۹۶	۴۷/۵۲	۲۰۱	۲۰/۵۷	۸۷	۲۶/۹۵	۱۱۴	۱۰-۱	مدت ازدواج
		۳۵/۲۲	۱۴۹	۱۴/۴۲	۶۱	۲۰/۸۰	۸۸	۱۱-۲۰	
		۱۱/۸۲	۵۰	۴/۴۹	۱۹	۷/۳۳	۳۱	۲۱-۳۰	
		۳/۳۱	۱۴	۰/۷۱	۳	۳/۰۷	۱۳	۳۱-۴۰	
		۰/۷۱	۳	۰	۰	۰/۷۱	۳	۴۱-۴۵	
۰/۷۱	۳/۶۸	۱۲/۷۷	۵۴	۴/۷۳	۲۰	۸/۰۴	۳۴	زیر سیکل	سطح تحصیلات
		۱۳/۰۰	۵۵	۵/۲۰	۲۲	۷/۸۰	۳۳	سیکل	
		۳۱/۹۱	۱۳۵	۱۳/۲۴	۵۶	۱۸/۶۸	۷۹	دییلم	
		۹/۲۲	۳۹	۳/۰۷	۱۳	۶/۱۵	۲۶	فوق دیپلم	
		۲۵/۷۷	۱۰۹	۱۱/۱۱	۴۷	۱۴/۶۶	۶۲	لیسانس	
		۵/۶۷	۲۴	۱/۸۹	۸	۳/۷۸	۱۶	فوق لیسانس	
		۱/۴۲	۶	۰/۹۵	۴	۰/۴۷	۲	دکترا	
۰/۶۶	۵/۸۳	۶۸/۷۹	۲۹۱	۲۸/۱۳	۱۱۹	۴۰/۶۶	۱۷۲	خانه دار	شغل
		۱۲/۰۶	۵۱	۴/۹۶	۲۱	۷/۰۹	۳۰	کارمند	
		۳/۰۷	۱۳	۱/۱۸	۵	۱/۸۹	۸	کارگر	
		۱/۶۵	۷	۱/۱۸	۵	۰/۴۷	۲	معلم	
		۷/۰۹	۳۰	۲/۶۰	۱۱	۴/۴۹	۱۹	کادر درمان	
		۱/۶۵	۷	۰/۷۱	۳	۰/۹۵	۴	مهندس	
		۱/۶۵	۷	۰/۴۷	۲	۱/۱۸	۵	استاد دانشگاه	
		۳/۵۵	۱۵	۰/۹۵	۴	۲/۶۰	۱۱	آزاد	
۰/۰۲	۴/۴۷	۴۱/۳۷	۱۷۵	۱۴/۱۸	۶۰	۲۷/۱۹	۱۱۵	بله	داشتن فرزند
		۳۴/۷۵	۱۴۷	۲۶	۱۱۰	۳۲/۳۹	۱۳۷	خیر	
۰/۰۴	۴/۲	۱۸/۲۰	۷۷	۹/۲۲	۳۹	۸/۹۸	۳۸	بله	باردار بودن
		۸۱/۵۶	۳۴۵	۳۰/۹۷	۱۳۱	۵۰/۵۹	۲۱۴	خیر	
۰/۰۰۴	۱۹/۹۴	۵۸/۶۳	۲۴۸	۲۷/۱۹	۱۱۵	۳۱/۴۴	۱۳۳	بله	داشتن بیماری
		۴۰/۶۶	۱۷۲	۱۲/۷۷	۵۴	۲۷/۹	۱۱۸	خیر	

۰/۲۱	۰/۷۷	۵۹/۳۴	۲۵۱	۲۲/۹۳	۹۷	۳۶/۴۱	۱۵۴	بله	ابتلا به کووید-۱۹
		۴۰/۱۹	۱۷۰	۱۷/۲۶	۷۳	۲۲/۹۳	۹۷	خیر	
۰/۲۴	۱/۳۶	۰/۴۷	۲	۰	۰	۰/۴۷	۲	بله	اعتیاد به مواد مخدر و الکل
		۹۹/۰۵	۴۱۹	۴۰/۱۹	۱۷۰	۵۸/۸۷	۲۴۹	خیر	
۰/۸۸	۲/۹۵	۶۱/۴۷	۲۶۰	۲۵/۳۰	۱۰۷	۳۶/۱۷	۱۵۳	بدون درآمد	سطح درآمد ماهیانه
		۴/۰۲	۱۷	۱/۴۲	۶	۲/۶۰	۱۱	زیر یک میلیون تومان	
		۴/۴۹	۱۹	۲/۳۶	۱۰	۲/۱۳	۹	یک تا سه میلیون	
		۱۲/۰۶	۵۱	۴/۹۶	۲۱	۷/۰۹	۳۰	۳-۶ میلیون تومان	
		۸/۹۸	۳۸	۳/۵۵	۱۵	۵/۴۴	۲۳	۶-۸ میلیون تومان	
		۳/۷۸	۱۶	۱/۱۸	۵	۲/۶۰	۱۱	۸-۱۰ میلیون تومان	
		۳/۷۸	۱۶	۱/۱۸	۵	۲/۶۰	۱۱	بالای ۱۰ میلیون	
۰/۰۰۰	۲۶/۸۵	۵۹/۵۰	۲۱۴	۳۷/۱۵	۶۵	۵۹/۳۷	۱۵۹	بله	کاهش درآمد در طی شیوع کووید-۱۹
		۳۴/۴۶	۱۹۶	۸۲/۲۴	۱۰۵	۵۱/۲۱	۹۱	خیر	
۰/۰۴	۶/۲	۵۲/۷۲	۲۲۳	۲۳/۶۴	۱۰۰	۲۹/۰۸	۱۲۳	مالک	وضعیت مسکن
		۴۵/۳۹	۱۹۲	۱۵/۶۰	۶۶	۲۹/۷۹	۱۲۶	استیجاری	
۰/۹۹	۰/۰۸	۶۰/۲۸	۲۵۵	۲۴/۱۱	۱۰۲	۳۶/۱۷	۱۵۳	مرکز شهر	محل سکونت
		۳۲/۸۶	۱۳۹	۱۳/۲۴	۵۶	۱۹/۶۲	۸۳	حاشیه شهر	
		۴/۷۳	۲۰	۱/۸۹	۸	۲/۸۴	۱۲	روستا	
۰/۰۰۱	۱۹/۳۲	۶/۳۸	۲۷	۰/۴۷	۲	۵/۹۱	۲۵	۱-۰ ساعت	مدت زمان سپری با همسر
		۳۷/۸۳	۱۶۰	۱۳/۹۵	۵۹	۲۳/۸۸	۱۰۱	۵-۲	
		۳۴/۲۸	۱۴۵	۱۴/۶۶	۶۲	۱۹/۶۲	۸۳	۱۰-۶	
		۱۳/۴۸	۵۷	۷/۵۷	۳۲	۵/۹۱	۲۵	۱۵-۱۱	
		۴/۹۶	۲۱	۲/۱۳	۹	۲/۸۴	۱۲	>۱۵	

* آزمون کای دو

معنی داری بیشتر بود ($p < 0.05$). اختلاف آماری معنی داری در میانگین نمره کلی خشونت با سایر متغیرهای نمونه‌ها شامل محل سکونت، تعداد فرزندان، شغل نمونه‌ها، سطح درآمد، اعتیاد نمونه‌ها و سطح درآمد همسرانشان دیده نشد ($p > 0.05$). (جدول ۳-۵).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین نمره کلی خشونت خانگی در نمونه‌هایی که فرزند داشتند، باردار نبودند، خود و همسرشان بیماری نداشتند، همسران معتاد به مواد مخدر و الکل داشتند، مستاجر بودند، در طی شیوع کووید-۱۹ دچار کاهش درآمد شده بودند و همسران آنها بیکار بودند، به طور

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین نمره کلی خشونت خانگی بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	طبقات	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P
داشتن فرزند	بله	۸/۶۳	۱۲/۲۳	۰/۰۱۹*
	خیر	۶/۸۴	۱۲/۴۵	
باردار بودن	بله	۴/۵۳	۴/۵۳	۰/۰۰۹*
	خیر	۱۲/۸۴	۸/۱۳	
داشتن بیماری	بله	۶/۴۸	۱۱/۸۷	۰/۰۰۱*
	خیر	۸/۸۹	۱۲/۹۹	
بیماری همسر	بله	۵/۶۴	۱۰/۱۵	۰/۰۰۰*
	خیر	۱۰/۶۷	۱۵/۰۷	
اعتیاد	بله	۲۰/۵	۲۶/۶۱	۰/۲۴*
	خیر	۷/۳۸	۱۲/۳۱	
اعتیاد همسر	بله	۱۸/۰۴	۱۸/۰۳	۰/۰۰۰*
	خیر	۶/۲۷	۱۱	
وضعیت مسکن	مالک	۵/۹۲	۱۴/۳۸	۰/۰۰۸*
	استیجاری	۹/۲۷	۱۰/۲۲	
کمبود درآمد	بله	۹/۱۶	۱۳/۸۳	۰/۰۰۰*
	خیر	۵/۴	۱۰/۰۹	
شغل همسر	بیکار	۲۴/۰۵	۲۴/۰۳	۰/۰۰۱**
	کارمند	۵/۰۱	۹/۱۶	
	کارگر	۷/۰۵	۱۱/۶۵	
	معلم	۴/۳۳	۵/۲۷	
	کادر درمان	۳/۶۶	۶/۵۶	
	مهندس	۷/۴۵	۱۴/۹۷	
	استاد دانشگاه	۱۱	۷/۰۷	
	مدیر	۳/۲۲	۵/۳۳	
	آزاد	۷/۴۴	۱۱/۴۴	

* آزمون تی مستقل

** آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

مدت زمان سپری با همسر در طی شبانه روز ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد؛ به این معنی که میزان خشونت خانگی در بین همسرانی که ساعات کمتری را در کنار یکدیگر می گذرانند، بیشتر بود. بین نمره کلی خشونت خانگی با تعداد فرزندان همبستگی معنی داری یافت نشد (جدول ۵).

تحلیل داده‌ها نشان داد بین نمره کلی خشونت خانگی با سن نمونه‌ها، سن همسران و مدت ازدواج آنها ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد. به این صورت که با افزایش سن نمونه‌ها و همسرانشان و مدت ازدواج، شدت خشونت خانگی در آنها بیشتر می شود. در صورتی که بین نمره کلی خشونت خانگی با

جدول شماره ۵- تعیین ضریب همبستگی متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها و همسرانشان با نمره کلی خشونت خانگی

متغیر	ضریب همبستگی r	سطح معنی داری P*
سن زن	۰/۲۳	۰/۰۰۰
سن شوهر	۰/۲۱	۰/۰۰۰
مدت ازدواج	۰/۱۴	۰/۰۰۲
مدت زمان سپری با همسر	-۰/۲	۰/۰۰۰
تعداد فرزندان	۰/۰۵	۰/۲۲

* ضریب همبستگی اسپیرمن

همسر، اعتیاد همسر، بیماری همسر، وضعیت مسکن، سن زن و مدت زمان سپری با همسر به عنوان متغیرهای پیشگویی کننده میانگین نمره خشونت خانگی علیه همسر هستند (جدول ۶).

تجزیه و تحلیل چند متغیره پس از ورود متغیرهای دارای سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در مدل آنالیز رگرسیون خطی به روش رو به جلو (Forward) نشان داد که متغیرهای شغل

جدول شماره ۶- ضرایب رگرسیونی عوامل پیشگویی کننده نمره کل خشونت خانگی در نمونه‌های پژوهش

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	t	سطح معنی داری
	B	Beta		
مقدار ثابت	۱/۷۰۹		۰/۵۸۹	۰/۵۵۷
شغل همسر	۱۵/۶۵۸	۰/۲۴۴	۵/۴۳۳	۰/۰۰۰
اعتیاد همسر	۹/۲۰۵	۰/۲۲۵	۵/۰۰۱	۰/۰۰۰
بیماری همسر	-۴/۳۵۴	-۰/۱۶۸	-۳/۶۵۴	۰/۰۰۰
وضعیت مسکن	۳/۵۱۹	۰/۱۴۰	۳/۰۲۳	۰/۰۰۳
سن زن	۰/۲۰۱	۰/۱۴۴	۳/۰۲۶	۰/۰۰۳
مدت زمان سپری با همسر	-۰/۲۳۶	-۰/۰۸۹	-۲/۰۱۰	۰/۰۴۵

بحث

مطالعه حاضر که با هدف بررسی شیوع خشونت و علل مرتبط با آن در ۴۲۳ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساوه انجام شد، شیوع خشونت در طی شیوع کووید-۱۹ را ۵۹/۶ درصد نشان داد. به بیان دیگر بیش از نیمی از زنان تحت پژوهش در طی شیوع کووید-۱۹ حداقل یکبار توسط همسران خود مورد خشونت قرار گرفته بودند. همسو با نتایج پژوهش حاضر در یک متاآنالیز انجام شده توسط حاج نصیری و همکاران، شیوع خشونت خانگی علیه زنان در ایران ۶۶ درصد برآورد شد (۱۱). در سایر مطالعات شیوع متفاوتی از خشونت خانگی گزارش شده است. به عنوان نمونه نتایج یک مطالعه مقطعی آنلاین بر روی زنان ایرانی که طی ماه‌های اردیبهشت تا بهمن ۲۰۲۰ در دوره موج اول کرونا انجام شد، نشان داد میانگین خشونت خانگی علیه زنان ۳۴/۹ درصد می‌باشد (۱۴). همچنین در مطالعه‌ای دیگر در شیراز، افزایش ۳۷/۵ درصدی در میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در طول دوره قرنطینه گزارش شده است (۱۵). نتایج مطالعه جلیلی و همکاران نشان داد، شیوع خشونت خانگی در شهر اصفهان در دوره همه گیری کرونا ۱۹/۲ درصد بوده است (۱۶). در مطالعه-ای دیگر شیوع خشونت خانگی در تهران ۳۵/۷ گزارش شد (۱۷). در مطالعه حاضر شیوع خشونت خانگی نسبت به مطالعات دیگر بالاتر ذکر شده که این افزایش می‌تواند از یک سو به علت وقوع مشکلات همراه قرنطینه دوران کووید ۱۹ باشد از سوی دیگر بالا بودن میزان شیوع در شهرستان مورد مطالعه به نسبت کلان شهرها، می‌تواند به علت تفاوت‌ها در عوامل زمینه سازی مانند مشکلات اقتصادی، اشتغال و فرهنگ باشد.

افزایش شیوع خشونت‌های خانگی در طی همه‌گیری کووید-۱۹ و قرنطینه خانگی علاوه بر ایران، در کشورهای دیگر نیز افزایش داشته است. بر اساس مطالعات انجام شده در مورد شیوع خشونت خانگی در طی همه‌گیری کووید-۱۹ در کشورهای مختلف، میزان شیوع خشونت خانگی در آمریکا ۱۰ تا ۲۷ درصد، در برزیل ۵۰-۴۰ درصد، در فرانسه ۳۰ درصد و در اسپانیا ۱۸ درصد افزایش یافته است و در چین ۳ برابر شده است (۱۸). استرس، نداشتن اطلاعات معتبر در مورد بیماری،

ترس از سرایت بیماری، کاهش دسترسی به خدمات، ناامیدی، افسردگی، درآمد ناکافی، بیکاری و ضررهای مالی از علل افزایش شیوع خشونت خانگی به دنبال همه‌گیری کووید-۱۹ است (۱۹).

میانگین نمره کلی خشونت خانگی در پژوهش حاضر $12/37 \pm 7/47$ بود. با توجه به اینکه دامنه نمره خشونت خانگی از ۰-۸۰ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت شدت خشونت در پژوهش حاضر در سطح پایینی قرار داشت. به عبارت دیگر با وجود بالا بودن فراوانی زنان تحت خشونت در پژوهش حاضر، اما شدت خشونت در این زنان در حد پایینی قرار داشت. در مقایسه با این نتیجه، میانگین نمره کلی خشونت خانگی علیه زنان در مطالعه کوه بومی و همکاران که در کرج انجام شد، $84/12 \pm 39/37$ در دامنه نمرات ۹۶-۳۲ گزارش شد که بیشتر از پژوهش حاضر بود (۲۰). تفاوت در نمرات می‌تواند به دلیل متفاوت بودن پرسشنامه و نمره گذاری آن و همچنین متفاوت بودن نمونه‌ها باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، شایع‌ترین نوع خشونت خانگی در بین زنان مورد پژوهش، خشونت روانی (۵۶/۲ درصد) و کمترین آن خشونت جنسی (۱۳/۵ درصد) بود. همچنین میانگین نمره خشونت روانی ($22/93 \pm 15/15$) بیشتر از سایر انواع خشونت است. همسو با یافته‌های این پژوهش، حاج نصیری و همکاران در مطالعه خود با مرور ۵۲ مقاله که به بررسی خشونت علیه زنان ایرانی پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که خشونت عاطفی و روانی شایع‌تر از خشونت جسمی و جنسی است. میزان شیوع خشونت عاطفی در مطالعه مذکور ۵۹٪ گزارش شد (۲۱). هم سو با مطالعه حاضر نتایج مطالعه باقری لنکرانی و همکاران نشان داد، نوع عاطفی رایج‌ترین نوع خشونت و خشونت جنسی کمترین فراوانی را دارد (۱۵).

در پژوهش حاضر، از بین متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها، ارتباط مستقیم و معنی داری بین نمره کلی (شدت) خشونت خانگی با سن نمونه‌ها، سن همسران و مدت ازدواج آنها به دست آمد. به این صورت که با افزایش سن نمونه‌ها و همسرانشان و مدت ازدواج، شدت خشونت خانگی در آنها بیشتر می‌شود. همسو با این یافته، در مطالعه خوشه مهری و همکاران نیز ارتباط مثبت و معنی داری بین سن نمونه‌ها با میزان

خشونت به دست آمد (۲۲). در برخی مطالعات سن پایین به عنوان یکی از عوامل خطر خشونت خانگی گزارش شده است به عنوان نمونه، در مطالعه یاری و همکاران، خشونت خانگی بیشتر توسط زنان ۲۵ سال و کمتر تجربه شده بود (۲۳). نتایج یک مطالعه مروری نشان داد سن زن در اغلب مطالعات رابطه معنی داری با وقوع خشونت علیه زنان نشان می‌دهد، اما در برخی مطالعات با افزایش سن بر وقوع خشونت افزوده و در برخی کاسته شده است (۲۴).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین نمره کلی خشونت خانگی در نمونه‌هایی که فرزند داشتند، باردار نبودند، خود و همسرشان بیماری داشتند، همسران معتاد به مواد مخدر و الکل داشتند، مستاجر بودند، در طی شیوع کووید-۱۹ دچار کاهش درآمد شده بودند و همسران آنها بیکار بودند، به طور معنی داری بیشتر بود. در همین راستا، نتایج یک مطالعه مروری نشان داد، بیشتر مطالعات انجام شده در مورد خشونت خانگی علیه زنان، رابطه معنی داری میان داشتن فرزند و تعداد فرزندان با خشونت خانگی داشتند اما جهت رابطه نامشخص یا در برخی مستقیم و در تعدادی معکوس می‌باشد (۲۴).

همسو با نتایج پژوهش حاضر، نتایج مطالعه میرزایا و فیروزی با هدف مرور نظام مند مقالات داخلی و خارجی در مورد دلایل افزایش شیوع خشونت خانگی در طی شیوع کووید-۱۹ نشان داد که مشکلات اقتصادی و مصرف الکل و مواد مخدر از دلایل افزایش خشونت خانگی هم‌زمان با شیوع کووید-۱۹ بود (۱۸). در پژوهش حاضر، بین اعتیاد همسر و خشونت خانگی نیز ارتباط معناداری یافت شد، که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۲، ۱۲). اگرچه تعداد کمی از شرکت کنندگان مصرف مواد مخدر را گزارش کردند، اما این متغیر تأثیر قابل توجهی بر میزان خشونت داشت. می‌توان گفت که مصرف مواد مخدر مانند نوشیدن مشروبات الکلی نوعی راهبرد اجتنابی است و مسائل خانوادگی را حل نشده باقی می‌گذارد. از سوی دیگر، مصرف مواد مخدر ممکن است باعث تغییرات خلقی و تحریک پذیری متعددی شود که ممکن است منجر به خشونت شود.

وضعیت پایین اجتماعی-اقتصادی و بیکاری مرد با افزایش خطر سوء استفاده مرتبط است. مردانی که از وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین تری برخوردارند، خطر بیشتری برای

ارتکاب خشونت دارند و نسبت به هم‌تایان اقتصادی-اجتماعی بالاتر خود، تمایل به تحمیل اشکال شدید خشونت دارند (۲۵). نتایج مطالعه خوشه‌مهری و همکاران نیز مانند نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان شیوع خشونت در زنانی که همسر بیکار داشتند، به طور معنی داری است (۲۲). از دلایل افزایش شیوع خشونت در این دوره می‌توان به عوامل استرس‌زای اقتصادی از جمله هزینه‌های بالای خرید و اجاره مسکن اشاره کرد. در ایران، هزینه زندگی و اجاره بها در دوران همه‌گیری افزایش چشمگیری داشته است. در نتیجه، می‌توان چنین استنباط کرد که بخشی از خانواده‌ها مجبور به زندگی در خانه‌های کوچک‌تر و نقل مکان به محله‌های شهری کم‌درآمد شده‌اند. به علاوه خانواده‌های با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین پس انداز کمتری داشتند و دچار کاهش شدید در گردش مالی خود شدند. همه این عوامل منجر به ایجاد تنش در خانواده می‌شود و احتمال بروز خشونت بین زوجین را افزایش می‌دهد.

در مطالعه حاضر، بین نمره کلی خشونت خانگی با مدت زمان سپری با همسر در طی شبانه‌روز ارتباط معکوس و معنی داری به دست آمد؛ به این معنی که میزان خشونت خانگی در بین همسرانی که ساعات کمی را در کنار یکدیگر می‌گذرانند، بیشتر است. در مطالعه میری و دادور نتایج نشان داد بین میزان بروز خشونت و ارتباط زوجین همبستگی معنی داری وجود دارد (۲۶). زوجینی که ارتباط خوبی با هم دارند و ساعات‌های بیشتری را در کنار هم می‌گذرانند، میزان بروز خشونت در آنها کمتر است. در مقایسه با این یافته، لنکرانی و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری کردند با هم ماندن طولانی مدت به دلیل شرایط همه‌گیر و قرنطینه خانگی می‌تواند تنش‌های بیشتری را در خانواده‌ها ایجاد کند (۱۵). به نظر می‌رسد خشونت بیشتر در روابطی رخ می‌دهد که با تعارض و اختلاف همراه است و با تعاملات منفی بین زوج مشخص می‌شود. زوج‌هایی که پریشانی شدید را تجربه می‌کنند، نسبت به زوج‌های غیر مضطرب، در معرض خطر بیشتری برای خشونت هستند (۲۷). این ناراحتی می‌تواند از درون رابطه ناشی شود یا نتیجه تأثیرات خارجی بر رابطه باشد. به عنوان مثال، درآمد کم یا ناکافی ممکن است به استرس خانواده و احساس سرخوردگی و بی‌کفایتی بیفزاید و محیطی را ایجاد کند که در آن خشونت به

باشند. خطای یادآوری به صورت ذاتی در مطالعات گذشته نگر وجود دارد و اجتناب ناپذیر است.

نتیجه گیری

با توجه به اثرات روانی بیماری کووید-۱۹ بر افراد جامعه، افزایش بروز رفتارهای خشونت آمیز به خصوص در خانواده‌های آسیب پذیر اجتناب ناپذیر است. مشکلات اقتصادی، بیکاری و کاهش درآمد ناشی از شیوع بیماری کووید-۱۹ از یک طرف، قرنطینه‌های اجباری و افزایش مدت زمان سپری شده با همسر و افزایش چالش‌های بین زن و مرد از طرف دیگر منجر به افزایش بروز خشونت خانگی می‌شود. افزایش شیوع خشونت خانگی نیاز به مداخلات اجتماعی دارد. حمایت اجتماعی از زنان خشونت دیده، آموزش و توانمندسازی آنها می‌تواند موجب کاهش میزان بروز خشونت علیه آنان باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از واحد پژوهش دانشکده علوم پزشکی ساوه جهت تامین بودجه لازم برای انجام این مطالعه و کلیه مشارکت کنندگان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2010;16(2):95-106. (Persian)
2. Alizamar A, Afdal A, Pane N. Non Psychological Conditions that Influence The Acceptance of Violence On Victims Of Domestic Violence: A Narrative Review. *International Journal of Research in Counseling and Education*. 2019;3(2):115-9.
3. Nojumi M, Aghaei S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. 2007; 10(3): 309-315.
4. Antasari RR. Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dalam Hubungannya Dengan Nilai-Nilai Budaya Di Sumatera Selatan. *Journal Studi Gender Indonesia*. 2014;4(1):87-98.
5. World health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
6. Parkinson D, Zara C. The hidden disaster: Domestic violence in the aftermath of natural disaster. *Australian Journal of Emergency Management, The*. 2013;28(2):28-35.
7. Ertan D, El-Hage W, Thierrée S, Javelot H, Hingray C. COVID-19: urgency for distancing from domestic violence. *European journal of psychotraumatology*. 2020;11(1):1-6.
8. Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *International journal of law and psychiatry*. 2020;71:1-4.
9. Elghossain T, Bott S, Akic C, Obermeyer CM. Prevalence of intimate partner violence against women in the Arab world: a systematic review. *BMC international health and human rights*. 2019;19(1): 1-16.

راحتی می‌تواند تحریک شود (۲۸) این عوامل می‌تواند توجیه کننده نتایج مطالعه حاضر باشد.

از محدودیت های اجرایی این پژوهش این بود که برخی از زنان قربانی خشونت به دلیل ترس از افشا شدن خشونتشان در خانه، ممکن بود از شرکت در این پژوهش و گزارش خشونت صرف نظر کنند که سعی شد با شفاف بازگو کردن اهداف برای آنها و اطمینان دادن بر محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان و بررسی پرسشنامه‌ها به صورت بی نام، این محدودیت‌ها هموارتر گردد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، عدم دسترسی به همه زنان متاهل جامعه بود؛ از این رو انتخاب نمونه‌ها از بین زنان مراجعه کننده به مراکز و پایگاه های بهداشتی صورت گرفت، زیرا بیشترین دسترسی به زنان متاهل از طریق این مراکز بود که زنان متاهل برای دریافت خدمات بهداشتی دوران بارداری و قبل از بارداری، مراقبت‌های کودکان، میانسالی و سالمندی مراجعه می‌کردند. این مطالعه به صورت گذشته نگر انجام شد و با استفاده از پرسشنامه، شیوع خشونت خانگی در طی یک سال گذشته بررسی گردید، از این رو و برخی از نمونه ها ممکن بود به دلیل فراموشی پاسخ دقیقی به پرسش ها نداده

10. Asadi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Yavarikia P, Mirghafourvand M. Socio-demographic predictors of intimate partner violence in a population sample of Iranian women. *Shiraz e-Medical Journal*. 2019;20(2):1-10.
11. Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Karami M, Taherpour M, Khatooni M, SayehMiri K. Physical, sexual and emotional violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;21(6):110-21.
12. Cochran WG. Sampling techniques. New York: John Wiley & Sons; 2007, 75p.
13. Setayesh N, Ezoji K, Bakhshizadeh M, Nojomi M. Domestic violence and physical and mental state of women. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017;24(154):20-6. (Persian)
14. Yari A, Zahednezhad H, Gheshlagh RG, Kurdi A. Frequency and determinants of domestic violence against Iranian women during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey. *BMC public health*. 2021;21:1-10 .
15. Bagheri Lankarani K, Hemyari C, Honarvar B, Khaksar E, Shaygani F, Rahmanian Haghghi MR, et al. Domestic violence and associated factors during COVID-19 epidemic: an online population-based study in Iran. *BMC public health*. 2022;22(1):774.
16. Jalili M, Kohan S, Tarrahi MJ, Torabi F. Domestic violence during pregnancy and its predictive factors during the COVID-19 epidemic among primiparous women in Isfahan. *Hayat*. 2023;29(1):77-88.
17. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaezadeh D. Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(2):35-44.
18. Mirza nia A, Firoozi M. Covid-19 as a Facilitator for increasing domestic violence against women: A systematic

- review study. *Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ)*. 2020;9(9):205-14. (Persian)
19. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic science international: reports*. 2020;2:100089.
20. Koohboomi Z, Ghamari M, Hosseinian S. Predicting domestic violence against women during coronavirus quarantine based on cognitive flexibility: The mediating role of resilience. *Journal of Family Psychology*. 2021;7(2):33-46.
21. Hajnasiri H, Gheshlagh RG, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(6): 1-10
22. Khoshemehry G, Marin S, Shamsi M, Almasi Hashiani A. Social factors contributing to violence against women by their partners in Shahid Fayazbakhsh hospital in 2012. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2014;2(4):36-44. (Persian)
23. Yari A, Zahednezhad H, Gheshlagh RG, Kurdi A. Frequency and determinants of domestic violence against Iranian women during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-10.
24. Vameghi M, Mohammadreza KA, Sajadi H. Domestic Violence in Iran: Review of 2001-2008 literature. *Social Welfare*. 2014;13(50):37-70.
25. Moreira DN, Pinto da Costa M. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *Int J Law Psychiatry*. 2020;71:1-6.
26. Sadatmiri h, Dadvar r. Investigating the individual and social factors related to violence against married women in the 6th district of Mashhad in 2018-2019. *Journal of Socio - Cultural Changes*. 2011;7(1): 1-24.
27. Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*. 2000;56(10):1289-316.
28. Barnawi FH. Prevalence and risk factors of domestic violence against women attending a primary care center in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence*. 2017;32(8):1171-86.

Tehran University of
Medical Sciences

Iranian Epidemiological Association

Original Article

Evaluation of Domestic Violence Against Women and its Effective Factors During the COVID-19 Pandemic

Maryam Saedi¹, Sahar Taleb²

1- Associate Professor, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

2- Ph.D. Student of Reproductive Health, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Received
22 July 2023**Accepted**
2 January 2024**Corresponding author**
Sahar Taleb**Corresponding author E-mail**
sahartaleb.arshad92@gmail.com**Keywords:**
Domestic violence, Women,
COVID-19

Abstract

Background and Objectives: The COVID-19 pandemic has created a growing concern about domestic violence worldwide. Therefore, this study aimed to evaluate the general prevalence of all types of violence and the related effective factors during the COVID-19 outbreak among women living in Saveh, Iran.**Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in 2021 on 423 married women referred to health centers in Saveh who were selected using the cluster method. A demographic information questionnaire and a researcher-made domestic violence questionnaire were used to collect data. Descriptive statistical methods and statistical tests were used to analyze the data and examine the correlation between the intensity (score) of violence with the demographic variables of the samples and their spouses. Data analysis was done using SPSS version 22 statistical software. A significance level of less than 0.05 was considered significant.**Results:** Most of the participants (59.6%) were exposed to domestic violence. The mean±standard deviation of the overall domestic violence score was as much as 7.47±12.37. The most common type of domestic violence among the studied women was psychological violence. There was a direct and significant relationship between the overall score of domestic violence, the age of the samples and their spouses, and the duration of their marriage ($P<0.01$). The average overall score of domestic violence was significantly higher in samples who had children, were not pregnant, had drug and alcohol-addicted spouses, were renters, had a decrease in income during the COVID-19 outbreak, and had unemployed spouses ($P<0.05$).**Conclusion:** Based on the results, the prevalence of domestic violence during the COVID-19 pandemic was moderate, but its severity was low. Due to the psychological effects of the COVID-19 disease on society people, the increase in the incidence of violent behavior is especially evident in vulnerable families such as low-income families and tenants and women whose spouses are unemployed and abuse substances. Therefore, identifying and supporting vulnerable families for their education and empowerment can reduce the incidence of domestic violence.

Copyright © 2024 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.