

بررسی عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان شاغل در بیمارستان های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۵

حجت شیخ بردسیری^۱، غلام رضا خادمی پور^۲، محسن امینی زاده^۳، روح الله فاطمیان^۴، محمد مهدی دوست محمدی^{۵*}

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: خشونت خانگی اعم از فیزیکی و کلامی علیه کارکنان بیمارستانها مساله ای بسیار جدی و نگران کننده است که می تواند کیفیت مراقبت پرستاری و بالینی را دچار مخاطره سازد. امروزه، پیشگیری از بروز این مشکل و همچنین شناسایی عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان در بسیاری از کشورها به عنوان یک اولویت سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با خشونت خانگی در میان کارکنان زن بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که بر روی ۸۳۶ نفر از کارکنان زن که به صورت سرشماری وارد مطالعه شده بودند، انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۳۴ سوال برای سنجش عوامل مرتبط با خشونت (جسمی، روانی-کلامی و جنسی) و همچنین سابقه، یادگیری و تجربه خشونت بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و آزمون های آماری تحلیلی از جمله آنوا، تی تست، کولموگروف اسمیرنوف، رگرسیون چندمتغیری و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ وارد و تحلیل شد.

نتایج: در این مطالعه بیشترین نوع خشونت خانگی که مشارکت کنندگان مطالعه تجربه کرده بودند به ترتیب مربوط به خشونت روانی-کلامی (۵۵/۳۳ درصد)، فیزیکی (۳۶/۱۶ درصد) و جنسی (۶/۶۶ درصد) بود. نتایج مطالعه نشان داد بین فاصله سنی زوجین، درآمد، اجبار در ازدواج، اعتیاد، سابقه تجربه خشونت توسط همسر با انواع خشونت علیه زنان ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه کارکنان زن را مشخص نمود. بنابراین ضروری است که مسئولین نظام سلامت به ویژه مدیران بیمارستان ها به این پدیده مهم توجه لازم را داشته و با بررسی و شناخت بیشتر این عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان اقدامات لازم را در جهت پیشگیری و کاهش این عوامل از جمله برگزاری کارگاه مهارت زندگی، دوره های آموزشی و مشاوره ای برای زوجین انجام شود.

- ۱- دانشجوی دکتری سلامت در بلايا و فوریت ها، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۲- معاون مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 - ۳- دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلايا و فوریت ها، مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلايا، دانشگاه علوم پزشکی بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران
 - ۴- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران، تهران، ایران
 - ۵- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (*نویسنده مسئول)
- آدرس: کرمان-چهارراه شفاء-معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۲۴-۳۱۳۲۵۸۲، Email: mahdiems@gmail.com

مقدمه

خشونت علیه زنان علاوه بر جنبه های انسانی و حقوق بشری، یک مشکل عمده سلامتی بوده و عواقب جسمی، روانی و اجتماعی آن می تواند سلامت زنان، خانواده و جامعه را به خطر اندازد (۱). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سوء رفتار یا خشونت به استفاده عمدی از نیرو یا قدرت فیزیکی و یا تهدید بر روی دیگران اطلاق می شود که می تواند بدون آسیب ظاهری یا همراه با جراحت، آسیب روحی و روانی، اختلال رشد، محرومیت های گوناگون و حتی مرگ باشد (۲). خشونت علیه زنان پدیده ای است که در آن زن به خاطر جنسیت خود، مورد اعمال زور و تزییع حق از سوی جنس دیگر واقع می گردد. چنانچه این نوع رفتار در چارچوب خانواده و بین زن و همسر باشد خشونت خانگی نامیده می شود (۳). خشونت علیه زنان در خانواده نادیده گرفته شده است و عدم توجه به آن خشونت را تشدید کرده و برنامه ریزی ها جهت پیش گیری و مهار خشونت را با مشکلات بیشتری روبرو می سازد (۴). بررسی خشونت ها علیه زنان و چگونگی واکنش آنها، علاوه بر آنکه دید جامعه نسبت به این موضوع را وسیع می نماید، امکان شناسایی عوامل مرتبط فرهنگی، اقتصادی، قانونی و سیاسی را فراهم می سازد (۵).

کارکنان بیمارستان ها از جمله پرستاران و پزشکان به دلیل انجام مراقبت های بالینی و ارتباط مستقیم با بیماران و همراهان آنها در معرض خشونت بیشتری قرار دارند و به طور متوسط ۳ برابر بیشتر از کارکنان دیگر حرفه ها در معرض خشونت قرار می گیرند (۶،۷). بیشترین عواملی که سبب ایجاد خشونت علیه کارکنان بیمارستان از جمله زنان در بیمارستان مطرح هست می تواند شامل ناامیدی بیماران و خانواده های آنها، نوع و محیط بخش های بیمارستان، سیستم ضعیف نیروی امنیتی سازمان، تفاوت فرهنگ بیمار با کارکنان می باشد (۸). مطالعه ای در بریتانیا توسط واین استنلی^۱ (۲۰۰۴) انجام و گزارش شد که بیش از ۶۸ درصد پرستاران خشونت کلامی و ۲۵/۷ درصد آنها انواع دیگر خشونت از جمله خشونت جسمی و جنسی را تجربه کرده بودند (۹). در مطالعه ای که در کشور پرتغال انجام یافت خشونت در بیمارستان ها به عنوان یک مسئله جدی و نگران کننده بوده به طوری که ۱۰۰ درصد پرستاران، ۸۸/۲ درصد کمک پرستاران و ۸۵/۷ درصد پزشکان قربانی خشونت شده اند (۱۰). در کشور ایران مطالعات مختلفی خشونت علیه کارکنان بیمارستان از جمله پرستاران را مورد بررسی قرار داده و بیشترین نوع خشونت را در میان پرستاران از نوع خشونت کلامی گزارش نمودند (۸،۱۱،۱۲).

در ارتباط با موضوع خشونت خانگی علیه زنان در ایران پژوهشی توسط قاضی طباطبایی وهمکاران در سال ۱۳۸۳ درباره خشونت علیه زنان در ۸ بعد (زبانی، فیزیکی، حقوقی، جنسی، اقتصادی، فکری، آموزشی و مخاطرات) در ۲۸ استان کشور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۶ درصد زنان ایرانی از اول زندگی مشترکشان حداقل یک بار مورد خشونت قرار گرفته اند و بین میزان و انواع خشونت خانگی در استان های مختلف ایران تنوع و تفاوت های زیادی وجود داشت (۱۳). عوامل مختلفی از جمله عدم مسئولیت پذیری مرد، محدودیت عمل زن و نداشتن آزادی عمل در مسائل زندگی و ارتباطات اجتماعی، بدبینی و عدم اعتماد نسبت به زن و اعتیاد زوجین در بروز خشونت خانگی علیه زنان نقش دارند (۱۴). ویژگی های فردی و شخصیتی، ناهنجاری های فرهنگی و ارزش های مربوط به خانواده، سازمان خانواده و جامعه، فقر، جنسیت زن از عوامل مرتبط با بروز خشونت خانگی علیه زنان می باشند (۱۵).

با توجه به بررسی مطالعات فوق مشخص شد در کشور ایران مطالعات متعددی در زمینه بررسی خشونت خانگی علیه زنان خارج از محیط بیمارستان انجام گرفته و در مقابل نیز مطالعات مختلفی در زمینه بررسی خشونت علیه کارکنان بیمارستان از جنبه های مختلف محیط شغلی (خشونت محل کار) صورت گرفته اما مطالعه ای که موضوع خشونت را در کارکنان زن بیمارستان در ایران از جنبه خشونت خانگی مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد بنابراین از آنجایی موقفیت و پیشرفت سازمان ها از جمله بیمارستان ها در گروه سلامتی و تندرستی نیروی انسانی آنهاست و سلامتی آنها نیز می تواند نقش مهم و به سزایی در جهت پیشبرد اهداف نظام سلامت و جامعه داشته باشد، این مطالعه که می تواند یکی از اولین مطالعات در این زمینه تلقی گردد با هدف بررسی عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه کارکنان زن بیمارستان های آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل ۸۳۶ نفر از کارکنان زن شاغل در چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (شامل پزشک، پرستار، بهیار، کمک بهیار، کادر اداری) بود که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. از مجموع ۸۳۶ مشارکت کننده تعداد ۱۰۲ نفر از زنان برای شرکت در این پژوهش رضایت نداشتند و همچنین تعداد ۱۳۴ نفر از آنها پرسشنامه را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند که از مطالعه خارج شدند

^۱ - Win Stanley

تجربه خشونت باشند، در گروه خشونت خفیف قرار گرفتند. همچنین زنانی که دارای ۳-۵ بار تجربه خشونت بودند در گروه خشونت متوسط و زنانی که بیش از ۵ بار تجربه خشونت را دارا بودند، در گروه خشونت شدید قرار گرفتند. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد. پرسشنامه توسط ۱۰ تن از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و نظرات آنها اعمال شد. در تعیین پایایی از روش آزمون - بازآزمون با فاصله زمانی یک ماه در گروهی ۳۰ نفره و مشابه با نمونه اصلی استفاده شد. پایایی ابزار با استفاده از همبستگی پیرسون $r=0/8$ و محاسبه با ضریب آلفا کرونباخ $0/87$ مورد تایید قرار گرفت. داده های بدست آمده از این گروه در جهت تعیین پایایی در تحلیل اصلی مورد استفاده قرار نگرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون های تحلیلی از جمله کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیر های کمی مطالعه و آزمون آماری تی تست، آنوا و رگرسیون چند متغیری برای تعیین ارتباط بین متغیر های کمی با کیفی و آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین ارتباط بین متغیر های کمی مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنای $P \leq 0/05$ انجام گردید.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $35 \pm 4/09$ سال بود. اکثریت مشارکت کنندگان پژوهش دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۴۵/۸۳ درصد) بودند. در این مطالعه فاصله سنی زوجین در اکثریت مشارکت کنندگان (۴۴/۶۶ درصد) بیشتر از ۵ سال و اکثریت مشارکت کنندگان (۴۵ درصد) سابقه کار آنها بین ۶ تا ۱۰ سال بود. در این پژوهش، اکثریت مشارکت کنندگان (۵۹/۶۶ درصد) در بخش های درمانی شاغل بودند و همچنین اکثریت آنها از لحاظ وضعیت استخدام (۶۹/۳۳ درصد) در رده استخدام پیمانی قرار داشتند. سایر اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در (جدول شماره ۱) مشخص شده است. یافته های مطالعه نشان داد ۵۸۹ نفر (۹۸/۱۶ درصد) از مشارکت کنندگان حداقل یک بار مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند و ۱۱ نفر (۱/۸۳ درصد) هیچگونه اعمال خشونتی را ذکر نکردند. یافته مطالعه همچنین نشان داد اکثریت مشارکت کنندگان (۵۵/۳۳ درصد) بیشترین نوع خشونت که تجربه کرده بودند از نوع خشونت کلامی - روانی بود و سایر انواع خشونت جسمی و جنسی در مراتب بعدی قرار داشتند (جدول شماره ۲). آزمون آماری آنوا اختلاف آماری معناداری را بین متغیر فاصله سنی با خشونت

و در نهایت تعداد ۶۰۰ نفر از مشارکت کنندگان بعد از ارائه رضایت نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه شامل متاهل بودن، وجود همسر در خانواده، ایرانی الاصل بودن، نداشتن سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای روان گردان و معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت برای مشارکت در مطالعه و همچنین عدم تکمیل کامل پرسشنامه بود. ملاحظات اخلاقی صورت گرفته شامل تشریح اهداف پژوهش و دادن اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات به واحدهای پژوهش، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، ارائه نتایج پژوهش به صورت شفاهی و کتبی به واحدهای پژوهش و گرفتن رضایت کتبی آگاهانه بودند. پرسشگرها پرسشنامه را در اختیار نمونه ها قرار دادند و از آنان خواستند که پرسش نامه را به طور فردی و محرمانه تکمیل نمایند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که براساس کتب و منابع علمی و با توجه به مطالعات مشابه (۱۶، ۱۷، ۱۸) تدوین و در دو بخش تنظیم شد. بخش اول شامل سوالات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی کارکنان شامل وضعیت ازدواج، نوع استخدام، سطح تحصیلات، سابقه کار، فاصله سنی، میزان درآمد همسر، شغل، اجبار در ازدواج و نسبت فامیلی بود. بخش دوم پرسشنامه شامل ۳۴ سوال جهت بررسی وجود خشونت خانگی و انواع آن شامل خشونت جسمی، جنسی، روانی - کلامی و سابقه، تجربه و یادگیری خشونت توسط همسر بود. حیطة خشونت جسمی دارای ۱۰ سوال (هل دادن، مشت زدن، سیلی زدن، سوزان با جسم داغ و...) بود حیطة خشونت جنسی دارای ۵ سوال (ابراز نارضایتی از رابطه جنسی، رابطه جنسی تحقیر آمیز و...)، حیطة خشونت روانی - کلامی ۱۱ سوال از جمله (تهدید کردن، داد و فریاد زدن، تحقیر زن نزد دیگران و...) و ۴ سوال در ارتباط با سابقه، تجربه و یادگیری خشونت توسط همسر بود. منظور از سابقه تجربه خشونت توسط همسر این بود که آیا همسر شاهد رفتار خشونت آمیز در خانواده هایشان از جمله نزاع والدین در گذشته بوده و آیا این رفتار های خشونت آمیز را تجربه و یاد گرفته اند یا خیر. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار و بیش از ۵ بار) محاسبه گردید به این صورت به گزینه هرگز (نمره صفر)، ۱ بار (نمره ۱)، ۲ بار (نمره ۲)، ۳ تا ۵ بار (نمره ۳) و ۵ بار بیشتر (نمره ۴) تعلق گرفت. در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر در طی یک سال گذشته علیه زن بود و فردی به عنوان خشونت دیده تلقی می شود که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، روانی - کلامی یا جنسی داده باشد. زنانی که گزارشی از خشونت ارائه نکردند، در گروه فاقد خشونت و زنانی که دارای ۱ تا ۲ بار

همسر ($P=0/024$) و اجبار در ازدواج ($P<0/001$) نشان داد. ضریب همبستگی پیرسون همبستگی معناداری را بین سابقه تجربه خشونت توسط همسر با خشونت روانی-کلامی ($P=0/032$)، خشونت فیزیکی ($P=0/028$) و خشونت جنسی ($P=0/042$) نشان داد. بین سایر متغیرهای دموگرافیک مشارکت کنندگان با انواع خشونت خانگی ارتباط یا اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$).

جسمی ($p=0/025$)، خشونت کلامی ($P<0/001$) و همچنین خشونت جنسی ($P=0/018$) نشان داد. همچنین آزمون آماری تی تست تفاوت آماری معناداری را به صورت مستقل در میانگین نمره خشونت جسمی ($P<0/001$)، خشونت کلامی ($P<0/001$) و خشونت جنسی ($P<0/001$) بر حسب متغیر اعتیاد همسر به مواد مخدر نشان داد. آزمون آماری تی تست نیز ارتباط آماری معناداری را در میانگین نمره انواع خشونت های خانگی به صورت مستقل بر حسب متغیر درآمد

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی خصوصیات جمعیت شناختی کارکنان زن در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

| درصد | تعداد | خصوصیت جمعیت شناختی |
|---------------------------------|-------|---------------------|
| فاصله سنی (سال) | | |
| ۳۸/۶۶ | ۳۳۲ | کمتر از ۵ سال |
| ۴۴/۶۶ | ۲۶ | ۵ سال و بیشتر |
| اجبار در ازدواج | | |
| ۵۷/۰۵ | ۳۴۵ | بلی |
| ۴۲/۰۵ | ۲۵۵ | خیر |
| اعتیاد همسر | | |
| ۵۵/۳۳ | ۳۳۲ | بلی |
| ۴۴/۶۶ | ۲۶ | خیر |
| نسبت فامیلی | | |
| ۱۴/۸۳ | ۸۹ | بلی |
| ۸۵/۱۶ | ۵۱۱ | خیر |
| تجربه و یادگیری خشونت توسط همسر | | |
| ۶۴/۷۵ | ۳۵۹ | بلی |
| ۳۵/۲۵ | ۲۴۱ | خیر |

| درصد | تعداد | خصوصیت جمعیت شناختی |
|-----------------------|-------|---------------------|
| وضعیت استخدام | | |
| ۳۱/۶۶ | ۱۸۴ | قراردادی |
| ۶۹/۳۳ | ۴۱۶ | پیمانی |
| تحصیلات | | |
| ۱۱/۳۳ | ۶۸ | دیپلم |
| ۳۱/۱۶ | ۱۸۷ | فوق دیپلم |
| ۴۵/۸۳ | ۲۷۵ | لیسانس |
| ۱۱/۶۶ | ۷۰ | فوق لیسانس به بالا |
| سابقه کار | | |
| ۳۶/۶۶ | ۲۲۰ | ۱ تا ۵ سال |
| ۴۵ | ۲۷۰ | ۶ تا ۱۰ سال |
| ۱۸/۳۳ | ۱۱۰ | ۱۰ سال به بالا |
| محیط کار در بیمارستان | | |
| ۴۱/۳۳ | ۲۴۸ | بخش های اداری |
| ۵۹/۶۶ | ۳۵۲ | بخش های درمانی |

جدول شماره (۲) - توزیع فراوانی انواع خشونت خانگی و شدت آن علیه کارکنان زن بیمارستان های آموزشی

| نوع خشونت | تعداد | درصد | شدت خشونت |
|---------------------|-------|-------|-----------|
| خشونت فیزیکی | ۲۱۷ | ۳۶/۱۶ | متوسط |
| خشونت کلامی - روانی | ۳۳۲ | ۵۵/۳۳ | شدید |
| خشونت جنسی | ۴۰ | ۶/۶۶ | کم |
| فقدان خشونت | ۱۱ | ۱/۸۳ | ندارد |
| کل | ۶۰۰ | ۱۰۰ | - |

جدول شماره (۳) - ضرایب مدل رگرسیون عوامل مرتبط با خشونت خانگی (جسمی، روانی، جنسی) علیه کارکنان زن

| متغیر | برآورد B | خطای معیار | برآورد استاندارد β | t | P-Value |
|--------------|----------|------------|--------------------------|-------|---------|
| فاصله سنی | ۰/۱۵۲ | ۰/۱۲۵ | ۰/۰۸۴ | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۳۰ |
| تحصیلات همسر | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۳۸ | ۰/۵۶۹ | ۰/۵۷۳ |
| شغل همسر | -۰/۰۸۸ | ۰/۱۲۴ | -۰/۰۴۷ | ۰/۷۰۹ | ۰/۴۸۸ |

| متغیر | برآورد B | خطای معیار | برآورد استاندارد β | t | P-Value |
|-------------------|----------|------------|--------------------------|-------|---------|
| درآمد همسر | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۴۸ | ۰/۰۸۵ | ۱/۳۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| نسبت فامیلی | ۰/۲۲۱ | ۰/۳۰۷ | ۰/۰۴۶ | ۰/۷۲ | ۰/۴۷۳ |
| اجبار در ازدواج | ۰/۶۳۷ | ۰/۴۲۹ | ۰/۱۰۴ | ۱/۴۸۵ | ۰/۰۰۱ |
| اعتیاد همسر | ۱/۹۶۲ | ۰/۴۸۷ | ۰/۲۸۶ | ۴/۰۳۲ | ۰/۰۰۱ |
| سابقه تجربه خشونت | ۰/۶۶۳ | ۰/۱۱۱ | ۰/۴۱ | ۵/۹۸۱ | ۰/۰۰۱ |

زند و زمینه را برای بروز انواع خشونت خانگی در خانواده فراهم سازد.

یافته های مطالعه حاکی از وجود ارتباط معنادار بین درآمد همسر و خشونت خانگی علیه زنان بود که این یافته با مطالعه کلومگاه^۳ و همکاران (۲۴) و بونزی^۴ و همکاران (۲۵) مطابقت داشت. آنها در مطالعه خود نشان دادند که هر چه درآمد و دارایی مردان بیشتر باشد خشونت آنان علیه همسرانشان کمتر است. اما این یافته با مطالعه احمدی و همکاران (۱۶) مغایرت دارد. آنها به این نتیجه دست یافتند که بین درآمد همسران و خشونت علیه زنان ارتباطی وجود ندارد. علت این اختلاف را میتوان به عدم یکسان بودن جامعه نمونه و تفاوت در شاغل بودن و نبودن زنان دانست. در واقع میتوان اظهار نمود در فرهنگ و جوامع ایران، تامین مخارج و مایحتاج زندگی بر عهده مرد می باشد بنابراین با کاهش درآمد فرد و عدم کارایی آن در تامین مایحتاج خانواده موجب بروز تنش در بین اعضای خانواده خواهد شد که زمینه را برای بروز خشونت فراهم می سازد و از طرفی زنان شاغل به دلیل داشتن درآمد و استقلال مالی ممکن است کمتر به همسر وابسته یا حرف شنوی داشته باشد و این موضوع نیز احتمالاً میتواند سبب بروز خشونت بین مرد و زن شاغل در خانواده باشد. یافته ها نشان داد بین اجبار در ازدواج و خشونت خانگی علیه زنان ارتباط آماری معناداری وجود داشت. این یافته با مطالعه کلومگاه و همکاران (۲۴) همخوانی دارد. یکی از دلایلی که می تواند در حمایت از این یافته مطرح نمود این هست که متأسفانه در ایران قانونی برای ممانعت از ازدواج اجباری در خانواده ها وجود ندارد و گاهی اوقات فرزندان تحت اجبار والدین تن به ازدواج ناخواسته میدهند که ممکن است فرد را در معرض انواع اختلالات روانشناختی در آینده قرار دهد و زمینه را برای بروز خشونت در خانواده افزایش دهد.

براساس نتایج، بین مصرف مواد مخدر توسط همسر و خشونت خانگی علیه زنان رابطه معناداری وجود داشت. این یافته با مطالعه محسنی و همکاران (۲۲)، حیاتی و همکاران

آماره آزمون مدل رگرسیون چند عاملی نشان می دهد با افزایش فاصله سنی، کاهش درآمد و اعتیاد همسر و سابقه تجربه خشونت توسط همسر خشونت علیه کارکنان زن افزایش می یابد و از میان متغیر های تاثیر گذار بر خشونت علیه زنان با توجه به اندازه β متغیر سابقه تجربه خشونت توسط همسر نیز بیشترین تاثیر را در ایجاد خشونت علیه کارکنان زن نشان داد (جدول شماره ۳).

بحث

در این مطالعه بیشترین نوع خشونت خانگی علیه زنان، خشونت روانی - کلامی بود و خشونت فیزیکی و جنسی در مراتب بعدی قرار داشتند. این یافته با مطالعه درخشان فر و همکاران (۱۹)، نریمانی و همکاران (۲۰) و سین ها^۱ و همکاران (۲۱) همخوانی داشت. آنها نیز در مطالعه خود بیشترین نوع خشونت خانگی را خشونت کلامی و روانی گزارش نمودند. در واقع می توان گفت گروه کارکنان سلامت به ویژه کارکنان بیمارستان ها با توجه به اقتضای شغل خود نوبت کار هستند و ممکن است در شیفت های کاری به صورت گردشی صبح، عصر و شب فعالیت کنند و بنابراین نسبت به سایر حرفه ها بیشتر در معرض تنش های روانی قرار دارند و این می تواند یکی از مهمترین عواملی باشد که زمینه را برای بروز خشونت کلامی - روانی ما بین زوجین در خانواده افزایش دهد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بین فاصله سنی زوجین و انواع خشونت خانگی علیه زنان رابطه معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته مطالعه محسنی و همکاران (۲۲) و الحیب^۲ و همکاران (۲۳) همخوانی داشت و آنها نیز بیان کردند بیشتر خشونت همسران علیه زنان زمانی روی می دهد که بین زوجین اختلاف سنی بیش از ۱۵ سال وجود دارد. در ارتباط با این یافته می توان گفت تفاوت سنی قابل توجه بین زوجین به خاطر عدم درک متقابل، ایجاد ناسازگاری و تغییرات رفتاری که با مسن شدن زوجین پیش می آید می تواند ثبات زندگی زناشویی را برهم

³ - Klomegh

⁴ - Boonzaier

¹ - Sinha

² - Alhabib

نتیجه گیری

از آنجایی که رسالت نظام سلامت ایران به خصوص بیمارستان ها، تامین و ارتقاء سلامت آحاد جامعه می باشد و رسیدن به این هدف مهم، نیازمند داشتن نیروی انسانی سالم و کارآمد می باشد و همچنین موضوع خشونت چه از نوع محیط کار یا از نوع خانگی می تواند تاثیرات مخربی از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی بر روی کارکنان نظام سلامت به ویژه جامعه زنان داشته باشد لذا ضروری است که مسئولین نظام سلامت به این پدیده مهم توجه لازم را داشته و با بررسی و شناخت بیشتر عواملی که منجر به بروز خشونت خانگی علیه کارکنان زن در بیمارستان ها می شوند سعی در بستر سازی لازم در جهت کاهش این عوامل مرتبط با خشونت از جمله برگزاری کارگاه های آموزشی مهارت های زندگی، برگزاری دوره های آموزشی و مشاوره ای در تعامل با رسانه عمومی و همچنین آموزش و اطلاع رسانی مناسب ویژه زوجین، گام های اصولی برداشته شود. این مطالعه پیشنهاد می کند جهت بررسی های بیشتر علل و عوامل زمینه ساز بروز خشونت خانگی علیه زنان یک مطالعه کیفی بر روی زنان شاغل در بیمارستان و همسران آنها انجام گیرد.

تقدیر و قدردانی

این مطالعه حاصل کار طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق: IR.MUI.REC.1395.1.190 بود که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه انجام شد. بدین وسیله نویسنده مقاله از زنان کارمند بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل همکاری در انجام پژوهش حاضر مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارد.

(۲۶)، هسکل^۱ و همکاران (۲۷) و شوری^۲ و همکاران (۲۸) همخوانی دارد. از آنجایی که سوء مصرف مواد و اعتیاد به الکل موجب تضعیف اخلاق و قدرت رفتاری و همچنین موجب کاهش اعتماد به نفس و عدم تعادل روانی در مردان می گردد می تواند به عامل مهمی در جهت بروز خشونت بر علیه زنان توسط همسر در نظر گرفته شود. نتایج این مطالعه نشان داد بین سابقه تجربه خشونت توسط همسر و خشونت خانگی علیه زنان ارتباط معنا داری وجود داشت. این یافته با مطالعه محسنی و همکاران (۲۲)، رحمتیان (۲۹) و پهل^۳ و همکاران (۳۰) همخوان بود. بر طبق نظریه یادگیری اجتماعی، تجربه خشونت یا یادگیری خشونت از طریق مشاهده و تقلید در خانواده صورت می گیرد (۳۱). طبق این دیدگاه، رفتار افراد هم از طریق تقلید رفتار اعضای خانواده یا دیگران و هم از طریق تجربه های مستقیم فرا گرفته می شود بنابراین اگر مرد در دوران کودکی در یک خانواده پر هرج و مرج زندگی کرده باشد و والدینش مدام ناهماهنگی داشته باشند، میل به توهین و خشونت علیه همسر در وی افزایش می یابد. از جمله محدودیت های این مطالعه عدم همکاری مناسب شرکت کنندگان و عدم پاسخ گویی صحیح به سوالات به علت خجالت و ترس از افشای پرسشنامه تکمیل شده بود که سعی شد با ارتباط مناسب و با توضیحات کافی برای افراد مورد پژوهش مبنی بر این که شرکت آنها در مطالعه اختیاری است و اطلاعات آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و از طرفی آنها می توانند پرسشنامه را بدون ذکر اسم و فامیل پر کنند، این محدودیت تا حد زیادی کنترل شود.

¹ - Haskell

² - Shorey

³ - Pahl

Reference

- Vachher AS, Sharma A. Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi Indian. *J Community Med* . 2010;35(3):403-5.
- Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization* .2011;89(1):2-2.
- Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity College of Nursing, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA. *Nurs Econ* .2011;29(2):59-67.
- Ruikar MM, Pratinidhi AK. Physical wife abuse in an urban slum of Pune, Maharastra. *Indian J Public Health* . 2008; 52(4): 215-7.
- 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). *Arch Iran Med* .2007; 10(3): 295-300. Persian
- Güleç Öyekçin D, Yetim D, Şahin EM. Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. *Turk PsikiyatriDerg* .2012; 23(2): 75-81.
- Sheikhbardsiri H, Raeisi A, Khademipour G. Domestic Violence Against Women Working in Four Educational Hospitals in Iran. *Journal of Interpersonal Violence* . 2017 Jul 14;0886260517719539.
- Imani B, Nazari L, Majidi L, Zandieh M, Tajobi M. Investigation of the causes and solutions to violence in the workplace, emergency nurses in selected hospitals of Hamadan University of Medical Sciences. *psj* .2014; 12 (2) :64-74.
- Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* . 2004 Jan; 13(1): 3-10.
- Cezar ES, Marziale MH. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina,Paraná, Brazil. *Cad Saude Publica* . 2006 Jan; 22(1): 217-21.
- Sohrabzadeh M, Menati R, Tavan H, Mozafari M, Menati W. Patients' aggressive behavior towards female nurses and lack of reporting event in Ilam hospitals at 2012. *Iran Occupational Health* . 2015 Jan 1;12(1).
- mozafari M, tavan H. Survey of Violence Against Nursing in The Ilam Training Hospitals at 2012. *sjimu* . 2013; 21 (2) :152-160
- Ghazi Tabatabai M, Mohsen Tabrizi AR, Marjai SH. [Studies on domestic violence against women.] Tehran: Office of Public Affairs, Ministry of Interior. Center of Women and Family Affairs, Presidency of the Islamic Republic of Iran; 2004. Persian
- Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Prevalence of domestic violence and its relationship on mental health. *Pejouhandeh* . 2012;16(6):277-83. Persian
- Ghorbanali Pour M , Farahani H. The Effect of changing life style on increasing morited satisfaction. *Psychological Studies, Al-ZahraUniversity*.2008; 4(3):57-70.
- Ahmadi M, Rahnvardi M, Kiyani M, Purhoseingholi A. Study of Predisposing Factors for Domestic Violence among Women *J health and care* . 3. 2015; 17 (1) :70-81. Persian
- Latifi M, Taghdisi M, Estebarsari F, Rahimi Z, Joveini H. Survey of Wife Abuse and Influencing Social Factors Incidence of Domestic Violence in Tehranian Families.allborz research and science J. 3. 2014; 3 (1) :11-17. Persian
- Hajian, S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abad K, Hajianet P, Jalalian M. Violence against women bytheir intimate partners in northeastern region of Iran. *Global Journal of Health Science* . 2014; 6 (3):117-130. . Persian
- Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. *J Gorgan Uni Med Sci* . 2014; 16 (1) :126-131 .Persian
- Narimani M, Aghamohammadian HR. [A study of the extent of men's violence against women and its related variables among families inhabited in Ardabil city]. *J Fundam Ment Health* . 2005- 2006; 9(27-28): 107-13. Persian
- Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasgupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. *Indian journal of public health* . 2012 Jan 1;56(1):31.
- Mohseni Tabrizi A, Kaldi A, Javadianzadeh M. The Study of Domestic Violence in Marrid Women Addmitted to Yazd Legal Medicine Organization and Welfare Organization. *TB* . 2013; 11 (3) :11-24. . Persian
- Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of family violence* . 2010 May 1;25(4):369-82.
- Klomegah R et al .Intimate partner violence (IPV) in zambia: an examination of risk factors and gender perceptions. *Journal of Comparative Family Studies*.2008;39(4): 557-569.
- Boonzaier FA, van Schalkwyk S. Narrative possibilities: Poor women of color and the complexities of intimate partner violence. *Violence against women* . 2011 Feb;17(2):267-86.
- Hayati et al. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *BMC Women's Health* . 2011; 23(11): 52. Persian
- Haskell R, Graham K, Bernards S, Flynn A, Wells S. Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *International journal of mental health systems* . 2016 Feb 20;10(1):9.
- Shorey RC, Stuart GL, Moore TM, McNulty JK. The temporal relationship between alcohol, marijuana, angry affect, and dating violence perpetration: A daily diary study with female college students. *Psychology of addictive behaviors* . 2014 Jun;28(2):516.
- Rahmatian, A. A. Breaking down the social learning of domestic violence. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*.2009; 3(1), 62-66. Persian
- Pahl J, editor. *Private violence and public policy: The needs of battered women and the response of the public services*. Routledge; 2016 May 12.
- Bandura A .*Social Learning Theories*. New York, Academic Press (1975).

Factors Related to Domestic Violence against Female Employees in Educational Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences in 2016

Sheikhbardsiri H¹, Khademipour GH², Aminizadeh M³, Fatemian R⁴, Doustmohammadi MM^{5*}

Submitted: 2017.7.9

Accepted: 2018.2.12

Abstract

Background: Physical and verbal violence against hospital personnel is very critical problems that could influence the quality of clinical and nursing cares. Today, problem prevention and identification of related factors with domestic violence against women have been considered as a health priority in many countries. Therefore, due to the importance of this issue, this study aimed to determine related factors with domestic violence against women in educational hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This cross-sectional study was a descriptive-analytical one which conducted on 836 female employees using census method. Data collection performed using a researcher-made questionnaire. This questionnaire consisted of 34 items in four dimensions (physical, verbal and mental, sexual) and violence experienced by the husband. Data were analyzed using SPSS version 16 with descriptive statistics and analytic statistics such as Kolmogorov-Smirnov, ANOVA, independent t test, and Pearson correlation coefficient and multivariate regression.

Results: Study results revealed that verbal and mental (55.33%), physical (36.16%), and sexual (6.66%) violence were the most common type of violence against women, respectively. There was a significant statistically association between age gap, forced marriage, husband's addiction, income and precedent violence Experience and violence against women.

Conclusion: This study presented prevalence and related factors of domestic violence among women. Therefore, it is imperative that health authorities, especially hospital managers, pay attention to this phenomenon assessing further investigation of factors related to violence against women in order to take the necessary steps to mitigate and reduce related factors using life skills workshop, training and counseling for couples.

Keywords: Related factors of domestic, Domestic violence, Female employee, Education hospitals

1. PhD candidate in Health Emergencies Disaster, Student Research Committee, Faculty of Health Services Management and Information Science, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran.
2. Vice Chairman of Disaster and Emergency Management Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. PhD candidate in Health Emergencies Disaster, Department of Health in Emergency and Disaster Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4. MSc of Health services Management, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. MSc of Nursing, Disaster and Emergency Management Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, (*Corresponding author), Address; Shafa Crossroad, Support Deputy of Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Tel: 03431325820, Email: mahdiems@gmail.com