دوفصلنامه طب جنوب
پژوهشكده زيست- پزشكي خليج فارس
مركز تحقيقات طب گرمسيري و عفوني خليج فارس
دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بوشهر
سال دهم، شماره ۱، صفحه ۸۱ - ۷۵ (شهريور ۱۳۸۶)

بررسي ابعاد جمعيت شناسي و روانشناختي خشونت خانگي عليه زنان در استان بوشهر

دكتر فاطمه خسروي زادگان[۱]، دكتر فاطمه عزيزي*[۲]، دكتر زهرا خسروي زادگان[۳]، دكتر محمدرضا مرواريدي[۴]

[۱]استاديار بيماري‌هاي اعصاب و روان، دانشكده پزشكي، دانشگاه علوم پزشكي بوشهر
[۲] پزشک عمومي، ام پي اچ، پژوهشگر مركز پژوهش‌هاي سلامت خليج فارس
[۳]پزشک عمومي، كارشناس پيشگيري از بيماري‌هاي واگير، مركز بهداشت استان بوشهر
[۴]پزشک عمومي، اورژانس مركز آموزشي درماني فاطمه زهرا (س) بوشهر

چكيده

زمينه: خشونت خانگي بر عليه زنان در اغلب موارد مخفي بوده و به صورت تكرار شونده و طولاني مدت وجود دارد. خشونت خانگي، به صورت مستقيم و غير مستقيم، يک عامل خطر براي سلامت جسمي و رواني بوده و با افزايش استفاده از خدمات سلامتي همراه است. خشونت شوهران عليه زنان نه تنها فرد و خانواده او ، بلكه اجتماع را نيز تحت تاثير قرار مي‌دهد.

مواد و روش‌ها: در يک مطالعه مجموعه موارد، ۱۰۰ نفر زن ساكن استان بوشهر كه مورد خشونت خانگي واقع شده بودند به صورت مقطعي در سال ۱۳۷۹ مورد بررسي قرار گرفتند. براي اين افراد پرسشنامه تكميل شد و سه شاخص خشونت فيزيكي يا بدني، خشونت عاطفي و رفتارهاي كنترل كننده مورد بررسي قرار گرفتند

يافته‌ها: تمام زنان بررسي شده مورد هر سه نوع سوءرفتار عاطفي، جسمي و رفتارهاي كنترل كننده واقع شده بودند. مدت سوءرفتار در بيش از نيمي از افراد بيش از دو سال بود. در مجموع ۵۰/۶ درصد از انواع سوءرفتارهاي انجام شده در سطح شديد و خيلي شديد بود. كناره گيري اجتماعي (۳۸ درصد)، سر درد (۵۰ درصد)، كابوس ديدن (۲۵ درصد)، بد رفتاري با فرزندان (۳۹ درصد) و بي‌قراري (۳۲ درصد) بيشترين علائم مشكلات جسمي، رفتاري، فردي و اجتماعي و روحي را تشكيل مي‌دادند. ترس براي از دست دادن فرزند (۲۳ درصد)، ترس از آبرو (۱۹ درصد) و عدم آگاهي (۱۷ درصد) شايع‌ترين دلايل عدم افشاگري خشونت توسط زنان بود.

نتيجه‌گيري: اين مطالعه نشانگر شديد بودن و طولاني مدت بودن رفتار هاي خشونت آميز عليه زنان و وجود علائم بيماري‌هاي جسمي و روحي در زنان مورد خشونت بررسي شده در استان بوشهر مي‌باشد.

واژگان كليدي: خشونت خانگي، زنان، سوء رفتار، اجتماعي
دريافت مقاله: ۱۳۸۵/۸/۴ - پذيرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۰

* بوشهر، خيابان امام خميني، مركز تحقيقات طب گرمسيري و عفوني خليج فارس، كد پستي: ۷۵۱۴۷-۶۳۴۴۸ Email: fa_azizi@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

خشونت خانگي بر عليه زنان در اغلب موارد مخفي بوده و به صورت طولاني مدت وجود دارد. خشونت خانگي يک خطر سلامتي عمده بوده که افراد را از کليه گروه‌هاي نژادي، اجتماعي و اقتصادي تحت تاثير قرار مي‌دهد (۲-۱) و منجر به آسيب‌هاي بدني و ديگر عواقب کوتاه مدت و طولاني مدت سلامتي از جمله بيماري‌هاي رواني و عوارض حاملگي مي‌گردد (۳).

خشونت خانگي، به صورت مستقيم و غيرمستقيم، يک عامل خطر براي مشکلات سلامت جسمي و سلامت رواني بوده (۴) و با افزايش استفاده از خدمات سلامتي همراه است (۵ و ۶). شيوع آن حداقل در حد سرطان پستان و بسيار شايع‌تر از بيمارهاي تيروئيد و افزايش فشارخون و سرطان کولون که غربالگري در سطح اوليه خدمات سلامتي براي آنان انجام مي‌گردد، مي‌باشد (۲). در بين کليه زنان مراجعه کننده براي خدمات سلامتي در ايالات متحده شيوع سالیانه خشونت خانگي ۴ تا ۳۲ درصد و شيوع آن در طي زندگي از ۳۳ تا ۳۹ درصد متغير است (۴). دو مطالعه انجام شده در انگليس شيوع خشونت خانگي را در طي زندگي ۳۹ و ۶۰ درصد نشان دادند (۷ و ۸). علت تفاوت در شيوع‌هاي گزارش شده در مطالعات مختلف، طيف در نظر گرفته شده جهت خشونت خانگي مي‌باشد. در مطالعه ديگري در شهر لندن ۴۱ درصد زنان خشونت جسمي را در طي زندگي تجربه کرده بودند. عوامل خطر گزارش شده جهت خشونت در طي ۱۲ ماه گذشته در اين مطالعه شامل طلاق يا جدا شدن، حاملگي در سال قبل، سن کمتر از ۴۵ سال و عدم اشتغال بود. از طرفي عوامل طلاق يا جدايي، تنها بودن، بچه داشتن و حاملگي در سال قبل نيز با تجربه خشونت در طي زندگي ارتباط معنادار داشتند (۹). در آمريکا، ۵۸/۷ درصد از زنان بررسي شده خشونت جسمي يا جنسي را در طي زندگي تجربه نموده بودند. در ۳۹/۱ درصد از اين موارد، خشونت جسمي شديد بوده و تنها عامل خطر، شاخص پائين اقتصادي اجتماعي بود (۱۰). مطالعات جمعيتي نيز نشان دهنده وقوع يکي از اشکال خشونت خانگي در هرسال در ۱۶ درصد ارتباطات مي‌باشد و در ۶ درصد موارد اين خشونت از نوع شديد است (۱۱).

خشونت شوهران عليه زنان نه تنها از لحاظ فردي و خانوادگي بلکه از نظر اجتماعي نيز داراي اهميت مي‌باشد. اثرات خشونت عليه زنان، فرزندان را نيز تحت الشعاع قرار مي‌دهد و ريشه بسياري از انحرافات و مشکلات عاطفي و رواني کودکان و نوجوانان در خانواده پرتنش نهفته است. بد رفتاري با زنان بر اثر تکرار و تعميم به صورت يک ويژگي شخصيتي نمودار مي‌شود و تاثيرات زيانبار خود را بر روابط اجتماعي بر جاي مي‌گذارد (۱۲). کودکان در خانواده-هايي که سوء رفتار وجود دارد به احتمال بيشتري توسط سايرين مورد سوء رفتار واقع مي‌شوند، همچنين اين کودکان خشونت را پذيرفته و در بزرگسالي به ميزان بيشتري آن را تکرار مي‌کنند (۱۳).

اين مطالعه با هدف بررسي مشخصات روحي، رواني و اپيدميولوژي مجموعه مواردي که در استان بوشهر از طرف شوهران مورد خشونت خانگي واقع شده بودند انجام گرديد.

مواد و روش‌کار

در يک مطالعه مجموعه موارد، ۱۰۰ نفر زن ساکن استان بوشهر که مورد خشونت خانگي واقع شده

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

بودند به صورت مقطعي در سال ۱۳۷۹ مورد بررسي قرار گرفتند و براي آنان پرسشنامه تكميل شد.

روش نمونه‌گيري در اين مطالعه گلوله برفي بود، به اين صورت كه براي زناني كه به دلايل مختلف به پزشک مراجعه كرده بودند و مورد سوء رفتار واقع شده بودند پرسشنامه تكميل گرديد و از آنان خواسته شد كه اگر كسان ديگري را مي‌شناسند كه مورد سوء رفتار واقع شده‌اند براي تكميل پرسشنامه معرفي نمايند. از بين ۴۰۰ نفر از زنان شناسايي شده كه مورد سوء رفتار واقع شده بودند تنها ۱۰۰ نفر پاسخگويي به پاسخنامه را پذيرفتند. روش جمع آوري اطلاعات پرسشنامه با سوالات استاندارد شده باز وبسته بود كه به صورت حضوري تكميل گرديد.

خشونت شوهران عليه زنان در خانواده، هر نوع رفتاري كه فرد به قصد اثبات قدرت براي نظارت بر زن داشته باشد در نظر گرفته شد (۱۴). از بين شاخص‌هاي خشونت شوهران عليه زنان در خانواده شاخص‌هاي خشونت فيزيكي يا بدني، خشونت عاطفي و رفتارهاي كنترل كننده مورد بررسي قرار گرفتند. خشونت فيزيكي يا بدني شامل انواع سوء رفتار بدني مانند محبوس كردن، سيلي زدن، خفه كردن، لگد زدن، خشونت عاطفي شامل بدرفتاري‌هايي مانند فرياد زدن، ترساندن، تهديد به مرگ و تحقير مكرر و **رفتارهاي كنترل كننده** شامل سوء رفتارهايي مانند عدم اجازه جهت جلوگيري از بچه دار شدن به زن، و ممانعت از مراجعه به پزشک در نظر گرفته شد. تقسيم بندي اين شاخص‌ها در چهار سطح بسيار شديد، شديد، متوسط و خفيف انجام گرديد.

يافته‌ها

ميزان ۲۲ درصد از زنان مورد بررسي بي سواد يا داراي تحصيلات نهضت، ۴۱ درصد داراي تحصيلات دبستان تا راهنمايي، ۳۲ درصد دبيرستان يا ديپلم و ۵ درصد داراي تحصيلات ليسانس و بالاتر بودند. شوهران اين زنان در ۱۲ درصد موارد بي‌سواد يا داراي سواد نهضت، ۳۹ درصد در حد ابتدايي تا راهنمايي، ۴۰ درصد داراي تحصيلات مقطع دبيرستان تا ديپلم و ۹ درصد داراي تحصيلات ليسانس و بالاتر بودند. كمترين فراواني خشونت در زنان و شوهران مربوط به گروه داراي تحصيلات دانشگاهي و بيشترين فراواني مربوط به گروه داراي تحصيلات ابتدايي و راهنمايي بود. از نظر شغل ۸۲ درصد از زنان در اين مطالعه خانه دار و بقيه شاغل بودند. در اين مطالعه ۷۹ درصد از زنان و ۷۴ درصد از شوهران بررسي شده به تكاليف مذهبي پاي بند بودند. اعتياد به مواد مخدر در ۱۳ درصد شوهران زنان مورد مطالعه مشاهده شد. همچنين ۱۷ درصد از شوهران داراي سابقه محكوميت كيفري بودند. در ۱۷ درصد از شوهران زنان بررسي شده سابقه ازدواج قبلي وجود داشت.

بررسي وضعيت سلامت جسمي و روحي زنان در اين مطالعه، بيانگر سلامت جسمي در ۸۶ درصد آنان و سلامت رواني در ۶۱ درصد آنان بود.

شكل ازدواج زنان در اين مطالعه مورد بررسي قرار گرفت كه در بيشترين موارد به صورت خواستگاري (۳۰ درصد)، عشق و علاقه (۲۴ درصد)، صلاحديد خانواده (۱۶ درصد) و نسبت فاميلي (۱۶ درصد) بود. از نظر نحوه آشنايي زوجين با يكديگر نيز در ۳۷ درصد موارد شوهر غريبه و در ۱۷ درصد موارد فاميل نزديک بود. در ۱۶ درصد موارد نيز نسبت دور فاميلي وجود داشت. ۴۰ درصد زنان بررسي شده از زندگي با شوهران خود نا راضي بودند كه در اين گروه نسبت سوء رفتار عاطفي شديد (۷۰ درصد افراد) بيشتر از

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

سایر گروه‌ها (۵۳ درصد موارد) بود.

در ۶۵ درصد از موارد خشونت، فرد مقصر شوهر بود. در ۳۳ درصد موارد زن و شوهر و تنها در ۲ درصد آنان زن به تنهايي مقصر بود. در ۲۹ درصد از موارد سوءرفتار عاطفي و ۲۸ درصد از سوءرفتارهاي بدني مدت سوءرفتار بين دو تا هشت سال بود. در ۳۲ درصد از موارد سوءرفتار عاطفي و ۲۵ درصد از سوءرفتارهاي بدني نيز فرد به مدت بيش از ۸ سال تحت خشونت واقع شده بود.

بيشترين مشكلات فردي و اجتماعي متعلق به كناره‌گيري اجتماعي (۳۸ درصد)، علائم اضطراب جدايي (۳۳ درصد)، رفتار مخالف (۱۱ درصد) و ترس از غريبه‌ها (۱۱ درصد) بود.

شايع‌ترين علامت نارحتي‌هاي جسمي سر درد بود (۵۰ درصد موارد). در ۲۱ درصد موارد نيز علائم سوختگي و در ۸ درصد افراد سقط جنين در اثر ضرب و شتم شوهر وجود داشت.

بيشترين نشانه افسردگي در افراد مورد مطالعه كابوس ديدن (۲۵ درصد) و سپس از دست دادن اشتها (۱۸ درصد) و احساس گناه (۱۶ درصد) بود.

شايع‌ترين مشكلات رفتاري زنان مورد مطالعه بد رفتاري با فرزندان (۳۹ درصد)، بي‌توجهي به زندگي (۲۵ درصد) و خودكشي و خودسوزي (۱۲ درصد) بود.

بيشترين علائم ضربه‌هاي روحي در افراد بررسي شده بي‌قراري و بيداري (۳۲ درصد)، عدم تمركز (۲۴ درصد) و نگراني بيش از حد (۱۲ درصد) بود . ترس براي از دست دادن فرزند (۲۳ درصد)، ترس از آبرو (۱۹ درصد) و عدم آگاهي (۱۷ درصد) شايع‌ترين دلايل عدم افشاگري خشونت توسط زنان بود (جدول ۱).

جدول ۱: علل افشا نكردن خشونت شوهران توسط زنان در استان بوشهر در سال ۱۳۷۹

ترس براي از دست دادن فرزند	۲۳ %	ترس براي از دست دادن سر پناه	۱۳ %
ترس از آبرو	۱۹ %	عشق به همسر	۱۳ %
عدم اطلاع و آگاهي از حقوق خود	۱۷ %	ترس از باور نكردن سايرين	۵ %
ترس از آزار و اذيت بدني	۵ %	ترس از طرد شدن از طرف ديگران	۱ %
ترس از آسيب به نزديكان	۱ %	ساير علل	۳ %

بيشترين عكس العمل زنان در برابر خشونت در ۲۷ درصد موارد قهر كردن، در ۲۱ درصد فرياد و گريه و در ۱۹ درصد موارد سكوت بود .

بحث

اگرچه زنان از تمامي گروه‌هاي اقتصادي و اجتماعي مورد سوءرفتار واقع مي‌شوند، ولي شواهد نشان دهنده بالاتر بودن خشونت خانگي در گروه‌هاي با وضعيت اقتصادي و اجتماعي پايين مي‌باشد (۱۰، ۱۵ و ۱۷)

مطالعه انجام شده در آمريكا نشان دهنده ارتباط قوي‌تر موجود بين سواد و شغل شوهران با خشونت عليه زنان، نسبت به سواد و شغل خود زنان مي‌باشد (۱۰). در مطالعه بوشهر نيز بيشتر افرادي كه تحت خشونت واقع شده بودند داراي تحصيلات پايين‌تر از مقطع ديپلم بودند و شيوع خشونت عليه زنان در افرادي كه شوهران آنان از مقطع دبيرستان فارغ التحصيل نشده بودند ۴۹/۴ درصد بود. در مقابل تنها ۲۰/۲درصد از زناني كه شوهران آنان سطح تحصيلات ديپلم و بالاتر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

داشتند مورد سوءرفتار واقع شده بودند. همچنين درصد زنان بدون شغل در اين مطالعه بالا بود و تنها ۱۸ درصد آنان شاغل بودند.

در مطالعه شهني ييلاق (۱۸) رضايت زن از زندگي زناشويي به عنوان مهم‌ترين پيش بيني كننده خشونت مردان نسبت به همسران خود تعيين گرديد. در مطالعه ما نيز بيشتر زنان از زندگي با شوهران خود ناراضي بودند. همچنين در افرادي كه از زندگي با شوهران خود ناراضي بودند نسبت سوء رفتار عاطفي شديد بيشتر از ساير گروه‌ها بود.

نحوه‌هاي گوناگون آشنايي زن و شوهر با يكديگر و همچنين ازدواج آنان در مطالعه بوشهر مشابه مطالعه انجام شده در تهران (۱۹) مي‌باشد كه شناخت قبلي طرفين از يكديگر، داشتن نسبت فاميلي دور يا نزديک باعث كاهش زن آزاري نمي‌شد.

مطالعه انجام شده در بوشهر نشان دهنده وجود علائم مشكلات جسمي، رفتاري، فردي و اجتماعي و روحي در تمامي افرادي كه تحت خشونت واقع شده بودند مي‌باشد. در مطالعه آمريكا نيز ارتباط خشونت شوهران با پيامدهاي جسمي و روحي در زنان شامل انواع شرايط مزمن و جسمي، اضطراب و افسردگي، خودكشي و اختلال اضطراب پس از وقوع حادثه مشاهده شده است (۱۰). قربانيان خشونت خانگي اغلب با جراحاتي كه اظهار مي‌دارند ناشي از تصادف است، افسردگي يا صدمه به خود به مراقبت‌هاي اوليه مراجعه مي‌نمايند (۲۰).

در زنان بررسي شده در استان بوشهر در ۲۱ درصد موارد علائم سوختگي وجود داشت. در مطالعه انگليس نيز علائم آسيب بدني در ۲۱درصد موارد مشاهده گشت (۹). همچنين مطالعات انجام شده در آمريكا نشان دهنده وجود آسيب بدني در ۴۱ تا ۵۱ درصد از زناني كه مورد خشونت جسمي واقع شده بودند، مي‌باشد(۱۵، ۲۱ و ۲۲). سابقه خودكشي در ۱۲ درصد از زنان در مطالعه ما مشابه ساير مطالعات از جمله مطالعه آمريكا مي‌باشد كه ۱۶ درصد زنان اقدام به خودكشي نموده بودند (۱۱).

خشونت خانگي به علت ايجاد ترس تمايل فرد را به انجام وظيفه مادري كاهش مي‌دهد و در نهايت به غفلت از كودک منجر مي‌شود (۲۰). در مطالعه بوشهر نيز شايع‌ترين علامت مشكل رفتاري در زنان بررسي شده بدرفتاري با فرزندان بود.

يافته‌هاي ساير مطالعات نشان دهنده پائين بودن گزارش خانگي توسط زنان مي‌باشد (۲۳). ترس از دست دادن فرزند، ترس از آبرو و عدم آگاهي، از علل عمده افشا نكردن خشونت در مطالعه بوشهر بود. مطالعه گلدينگ نشان داده كه احساس شرمساري و درماندگي از مورد سوءرفتار واقع شدن، اطمينان نداشتن از مكاني كه مي‌توانند مراجعه كنند و كمكي كه ممكن است دريافت دارند و ترس از انجام كاري كه شايد اوضاع را بدتر كند در اين عدم افشاگري نقش دارند (۲۰). بسياري از زناني كه مورد سوءرفتار واقع مي‌شوند اين موضوع را به صورت مخفي نگه مي‌دارند و تا زماني كه از آنان سئوال نگرد و يا احساس اطمينان نكنند آن را آشكار نمي‌كنند (۲۴) .

مدت سوءرفتار در بيشتر از ۵۰ درصد از موارد سوء رفتار عاطفي و بدني بيش از ۲ سال بود. يافته‌هاي ساير مطالعات نيز نشان داده‌اند كه خشونت خانگي يک مشكل تكرار شونده است (۱۱ و ۲۵). در مطالعه انجام شده در آمريكا نيز ۸۶ درصد افراد قبلاً مورد سوء رفتار واقع شده بودند (۱۱).

۳۹/۱ درصد از موارد خشونت جسمي در امريكا به صورت شديد گزارش شده است (۱۰). در حالي كه

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

در مطالعه بوشهر ۶۷ درصد از سوء رفتارهاي انجام شده بدني از نوع شديد بودند. با توجه به اين كه در مطالعه ما تنها ۱۰۰ نفر از بين ۴۰۰ فرد مورد خشونت واقع شده حاضر به شركت در مطالعه شدند، امكان دارد افرادي حاضر به شركت در مطالعه شده باشند كه درجات شديدتري از خشونت را تجربه كرده بودند.

در يک فراگرد كلي، يافته‌هاي اين مطالعه نشانگر شديد بودن سوءرفتارهاي انجام شده، طولاني بودن مدت آن و وجود علائم بيماري‌هاي جسمي و روحي در كليه زنان بررسي شده دراستان بوشهر مي‌باشد.

با وجود تغييرات عظيم و شگرف در الگوها و نهادهاي اجتماعي، خانواده هم‌چنان به عنوان مهم‌ترين و اساسي ترين شبكه اجتماعي زندگي هر فرد است. خشونت شوهران عليه زنان در خانواده نه تنها خانواده كه بلكه جامعه را متلاشي مي‌سازد. بنا بر اين اقدامات اساسي در جهت كاهش و زدودن خشونت شوهران عليه زنان در خانواده در سطح محلي، ملي و بين المللي يک ضرورت اجتناب ناپذير است.

پزشكان در سطح اوليه مراقبت و كاركنان بخش اورژانس بايستي احتمال سوء رفتار را در تمامي زناني كه با كبودي يا جراحات بر روي سر، دست و پا يا قفسه سينه مراجعه مي‌كنند به خصوص افرادي كه سابقه جراحات قبلي نيز دارند مد نظر قرار دهند. آموزش پرسنل در مراقبت‌هاي عمومي، بخش‌هاي اورژانس و تصادف و كلنيک‌هاي قبل از تولد مود نياز مي‌باشد. مديريت خشونت خانگي توسط سازمان‌هاي مختلف و در رأس آنان خدمات اجتماعي بايستي انجام گيرد.

افزايش آگاهي زنان در خصوص حقوق فردي و اجتماعي و افزايش مهارت‌هاي زندگي به خصوص بيان و حل مشكل در جهت جلوگيري از تكرار خشونت شوهران عليه زنان مي تواند در كاهش خشونت شوهران عليه زنان كمک نمايد. افزايش اعتماد به نفس و كاهش احساس گناه و خشم زناني كه مورد خشونت شوهران قرار مي‌گيرند نه تنها به كاهش آسيب‌هاي جسمي و روحي آنان كمک مي‌كند، بلكه از بروز رفتارهاي خشونت آميز آنان با فرزندان، پرخاشگري منفعلانه آنان در خانواده از جمله كاهش مسئوليت پذيري و بروز احساس نارضايتي در آنان نيز جلوگيري مي‌نمايد. افزايش تيم‌ها و سيستم‌هاي حمايتي براي حمايت اجتماعي زنان مورد آسيب و آزار در افزايش احساس اطمينان و توانمندي آنان در شرايطي كه خشونت واقع مي گردد كمک كننده مي‌باشد.

تقدير و تشكر

با تشكر از سركار خانم شهامت و پرسنل محترم بهزيستي استان كه در انجام اين تحقيق ما را ياري دادند.

References:

1. McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. Acad Emerg Med 2005; 12 :712-22.
2. Sasseti MR. Domestic violence. Prim Care 1993; 20 :289-305.
3. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002; 325:314.
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359:1331-6.
5. Bergman B, Brismar B. A 5- year follow up study of 117 battered women. Am J Public Health 1991; 81:1486-9.
6. Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, et al. Medical care utilization pattern in women with diagnosed domestic violence. Am J Prev Med 2003; 24:9-15.
7. McGibbon A, Cooper L, Kelly L. What support? Hammersmith and Fulham council community police committee domestic violence

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]

project. London: Pollytechnic of North London, 1989.
8. Stanko E, Crisp D, Hale C, et al. Counting the costs: estimating the impact of domestic violence in the London Borough of Hackney. London: The children's Society and Hackney Safer Cities, 1997.
9. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324:1-6.
10. Malcoe LH, Duran BM, Montgomery JM. Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American Women: a cross- sectional study. BMC Medicine 2004; 2:20.
11. Berrios DC, Grady D. Domestic violence- risk factors and outcomes. West J Med 1991; 155:133-35.
۱۲. قاسم زاده ف. بد رفتاري با فرزندان، جامعه سالم، شماره ۲۸، ص ۹-۵۶.
13. Taket A, Nurse J, Smith K, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003; 327:673-6.
۱۴. اعزازي ش. جامعه شناسي خانواده. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
15. Rennison CM, Welchans S. Intimate partner violence Washington, DC: National Center for Justice. Bureau of Justice Statistics; 2000.
16. Moore AM: Intimate violence: does socioeconomic status matter? In Violence between Intimate Partners: Patterns, Causes, and Effects Edited by: Cardarelli AP. Boston: Allyn & Bacon; 1997:90-100.
17. Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Smith-Slep AM. Risk factors for male-to-female partner physical abuse. Aggress Violent Behav 2001; 6:281-352.
۱۸. شهني ييلاق م. رابطه برخي عوامل جمعيت شناختي با خشونت مردان نسبت به همسران خود در اهواز. مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد چمران اهواز. دوره سوم، سال چهارم، شماره‌هاي ۱و ۲، ص:۶۳-۳۹.
۱۹. نازپرور ب. بررسي موارد زن (همسر) آزاري فيزيكي در مراكز پزشكي قانوني. پايان نامه تخصصي پزشكي قانوني، دانشگاه علوم پزشكي تهران، دانشكده پزشكي، ۱۳۷۶.
20. Golding AMB. Domestic Violence. J R Soc Med 2002; 95:307-8.
21. Tjaden PG, Thoennes N: Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence Washington, DC: U.S. Dept. of justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice; 2000.
22. Greenfeld LA: Violence by intimates: analysis of data on crimes by current or former spouses, boyfriends, and girlfriends. Washington, DC: U.S. Dept of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics 2000.
23. Klap R, Tang L, Wells K, et al. Screening for domestic violence among women in the United States. JGIM 2007; 22:579-84.
24. Boyle A, Peter BJ. The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: a survey in three healthcare settings. Br J Gen Prac 2006; 56:258-61.
25. Hilberman E, Munson K. Sixty battered women. Victimology 1977-1978; 2:400-70.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-01]