

خشونت خانوادگی

مروئه وامقی*

مقدمه

خشونت خانگی یا خشونت در میان افراد خانواده سابقه‌ای طولانی در تاریخ بشر دارد و در متون مذهبی و تاریخی به نمونه‌های آن مکرراً اشاره شده است (Edleson, 1999). خشونت در خانواده، در مفهوم عام، خشونت افراد خانواده نسبت به یکدیگر، از جمله زن و شوهر یا شرکای جنسی نسبت به یکدیگر، بزرگسالان نسبت به کودکان، برادران و خواهران نسبت به یکدیگر، و خشونت نسبت به سالمندان خانواده را شامل می‌شود.

خشونت با زنان در خانواده در تمام نقاط جهان و در طبقات اجتماعی مختلف دیده می‌شود و شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰ تا ۷۶ درصد زنان مورد تهاجم مردانی قرار می‌گیرند که با آنها زندگی می‌کنند (رفیعی فر و پارسانیا، ۱۳۸۰). کودکان نیز در همه جهان

مورد خشونت والدین و مراقبان خود قرار می‌گیرند و گرچه آمار موثق بسیار اندک است، تخمین زده شده است که تنها در سال ۲۰۰۰، تعداد کودکان زیر ۱۵ سالی که در خانواده به قتل رسیده‌اند در جهان بالغ بر ۵۷ هزار نفر بوده است (WHO, 2002). بسیاری معتقدند که خشونت خانگی در نتیجه مختل شدن ساختارهای اخلاقی خانواده در دهه‌های اخیر رو به افزایش است (Levin, 1986). از

سویی، برخی محققان براساس الگوی جزر و مد در توجه به خشونت خانگی معتقدند که این نوع خشونت بیش از آنکه افزایش یافته باشد، قابل مشاهده شده است (Gordon, 1988).

در ایران، براساس نتایج چندین مطالعه، شیوع بالایی از خشونت خانگی علیه زنان (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ سیف ربیعی و دیگران، ۱۳۸۱) و کودکان (شهنی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲؛ ویزه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ دستجردی، ۱۳۸۴؛ زرگر و نشاطدوست، ۱۳۸۵) در خانواده گزارش شده است. پیشگیری و مهار خشونت با زنان و کودکان در خانواده و پیامدهای فردی و اجتماعی آن مستلزم شناخت درست وضعیت و علل و نتایج آن است. جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات حاصل از شواهد علمی، سیاست‌گذاران را در برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد یاری می‌دهد و محققان را به زوایای تاریک مسئله در کشور و رفع خلأهای اطلاعاتی رهنمون می‌سازد. در این گزارش تلاش شده است تا براساس شواهد تحقیقی گردآوری‌شده مربوط به محدوده زمانی ۱۳۸۷-۱۳۸۰، تصویر مستندی از مسئله خشونت خانگی در ایران شامل خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده ارائه شود.

۱. تعاریف

* دکترای روان‌پزشکی

۱.۱. خشونت

هل دادن، پرت کردن، پیچ و تاب دادن، مشت زدن، سیلی زدن، اقدام به خفه کردن و سوزاندن بروز می‌یابد.

خشونت روانی: گانلی و شکتر تهدید، حمله به اموال و دارایی‌ها، حمله به حیوانات اهلی منزل، آزار عاطفی، جداسازی و منزوی کردن، و استفاده از کودک علیه زن را مصادیق خشونت روانی برمی‌شمارند. اما در نگاهی فراگیرتر به مفهوم خشونت خانگی، به‌ویژه در بعد روانی، خشونت گاه طیف وسیع‌تری از رفتارها مانند کنترل رفتار و تعیین آنچه زن می‌تواند یا نمی‌تواند انجام دهد، محروم کردن از اطلاعات، خرج کردن پولی که متعلق به زن است، ایجاد محدودیت در رفت و آمد یا دسترسی به تلفن را نیز دربرمی‌گیرد (Saltzman et al., 1999).

خشونت جنسی: تحت فشار قرار دادن برای رابطه جنسی، رابطه جنسی با تهدید و اجبار، اشکال ناخواسته رابطه جنسی، رابطه جنسی در زمان نامناسب، و رابطه جنسی با زور و فشار از موارد اعمال خشونت جنسی است.

خشونت اقتصادی: خشونت اقتصادی رفتارهایی مانند قطع هزینه رفت و آمد، غذا، پوشاک، سرپناه و پول را شامل می‌شود.

شایان ذکر است که محدوده‌های واضح و مشخصی میان انواع آزار وجود ندارد و معمولاً اشکال مختلف آزار به صورت همزمان بروز می‌کنند. برای مثال، بدرفتاری روانی اغلب زمانی رخ می‌دهد که انواع دیگر سوءرفتار وجود داشته باشد. برخی از متخصصان معتقدند که بدرفتاری روانی زیربنای انواع دیگر بدرفتاری‌هاست. بنابراین، خشونت جسمی و جنسی و عاطفی را می‌توان اشکالی از مرحله حاد اعمال سلطه و کنترل تلقی کرد (ibid.).

۳.۱. خشونت با کودکان (کودک‌آزاری) و انواع آن

در «گزارش مشورتی سازمان جهانی بهداشت در خصوص پیشگیری از کودک‌آزاری» بدرفتاری با کودک چنین تعریف شده است: «کودک‌آزاری یا بدرفتاری با کودک همه انواع بدرفتاری جسمی و/ یا عاطفی، آزار جنسی، سهل‌انگاری یا رفتار ناشی از سهل‌انگاری، یا بهره‌کشی اقتصادی و سایر انواع بهره‌کشی را شامل می‌شود که منجر به آسیب بالفعل یا بالقوه به سلامت، حیات، رشد یا کرامت کودک در محدوده روابط مبتنی بر مسئولیت، اعتماد یا قدرت شود» (WHO, 1999).

سازمان جهانی بهداشت خشونت را چنین تعریف می‌کند: «استفاده عمدی از نیروی جسمی یا قدرت، به صورت تهدید یا عملی علیه خود یا دیگری یا یک گروه که منجر به آسیب، مرگ، آزار روانی، مشکلات رشدی یا محرومیت می‌گردد یا با احتمال بالای آن همراه است» (WHO, 1996). براساس آنکه خشونت را چه کسی اعمال کند، آن را به سه طبقه خشونت معطوف به خود، خشونت بین‌فردی و خشونت جمعی تقسیم می‌کنند. به منظور شناخت اشکال اختصاصی‌تر خشونت، این سه طبقه بزرگ به زیرگروه‌های دیگری تقسیم می‌شوند. بر این اساس، خشونت بین‌فردی به دو زیرگروه تقسیم می‌شود (WHO, 2002):

- خشونت خانوادگی و نسبت به شریک جنسی که میان افراد خانواده و شرکای جنسی و معمولاً (نه همیشه) در خانه اتفاق می‌افتد؛
- خشونت میان افراد غیرفامیل که حتی ممکن است یکدیگر را نشناسند و معمولاً در خارج از خانه اتفاق می‌افتد.

۲.۱. خشونت خانگی

مفهوم خشونت خانگی دربرگیرنده خشونت در میان افراد خانواده است، اما به طور معمول به «خشونت میان بزرگسالانی که شریک جنسی و/ یا عاطفی یکدیگر هستند» اطلاق می‌شود (Fantuzzo and Wanda, 1999). خشونت خانگی یا خانوادگی عناوین دیگری نیز همچون همسرآزاری، زن‌آزاری، شریک‌آزاری، و خشونت زناشویی می‌یابد که ممکن است به جای هم به کار روند. براساس یک تعریف بالینی «خشونت خانگی عبارت است از الگوی رفتارهای تهاجمی و سرکوبگرانه شامل حملات جسمی، جنسی، روانی و همچنین فشارهای اقتصادی که افراد بزرگسال یا نوجوان علیه شریک عاطفی و/ یا جنسی خود به کار می‌برند» (Ganley and Schechter, 1996).

گانلی و شکتر (1996)، براساس نوع رفتار فرد آزارگر، خشونت خانگی را به انواع زیر تقسیم کرده‌اند:

خشونت جسمی: خشونت جسمی در رفتارهایی مانند خراشیدن با ناخن، گاز گرفتن، چنگ زدن، تکان دادن، تنه زدن،

سازمان جهانی بهداشت کودک آزاری را در پنج دسته

طبقه‌بندی می‌کند (ibid.):

آزار جسمی: عملی منجر به وارد آمدن آسیب جسمی یا احتمال آن، ناشی از تعامل یا نبود تعاملی قاعداً در کنترل والدین یا فردی که در جایگاه مسئولیت، قدرت یا اعتماد قرار گرفته و ممکن است یک بار یا تکرارشونده باشد.

آزار عاطفی: ناتوانی در فراهم کردن محیط حمایت‌کننده و متناسب برای رشد کودک، از جمله در دسترس بودن یک الگوی اولیهٔ دلبستگی، به گونه‌ای که کودک نتواند به طیفی از شایستگی‌های عاطفی و اجتماعی تثبیت‌شدهٔ متناسب با استعدادهای فردی خود در زمینهٔ اجتماعی که در آن زندگی می‌کند دست یابد. همچنین رفتارهایی با کودک که موجب آسیب به سلامت یا رشد جسمی، روانی، روحی، اخلاقی یا اجتماعی وی یا بروز احتمال بالای آن شود. این رفتارها قاعداً باید در محدودهٔ کنترل والدین یا فردی باشد که رابطه‌ای مبتنی بر مسئولیت، اعتماد یا قدرت با کودک دارد و شامل محدود کردن حرکت، الگوهای افترا زدن، سپر بلا کردن، تهدید، ترساندن، تبعیض، تمسخر یا سایر انواع غیرجسمی رفتارهای خصومت‌آمیز و طردکننده است.

سهل‌انگاری و رفتار ناشی از سهل‌انگاری: ناتوانی در فراهم کردن امکانات رشد در همهٔ جنبه‌های سلامت و آموزش، رشد عاطفی، تغذیه، سرپناه، و شرایط زندگی امن در محدودهٔ منابعی که قاعداً در دسترس خانواده یا مراقبان است و منجر به آسیب به سلامت جسمی، روانی، روحی، اخلاقی و اجتماعی کودک یا بروز احتمال بالای آن شود. این رفتارها شامل ناتوانی در نظارت بر کودک و محافظت او از خطرات تا حد ممکن نیز می‌شود.

آزار جنسی: درگیر شدن کودک در یک فعالیت جنسی که آن را به طور کامل درک نمی‌کند، قادر به رضایت آگاهانه از آن نیست، یا از نظر رشدی برای آن آمادگی ندارد و نمی‌تواند رضایت دهد، یا قوانین یا تابوهای اجتماع را زیر پا می‌گذارد. آزار جنسی کودک عبارت از فعالیت جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا کودکی دیگر است که از نظر سنی یا رشدی در موقعیت برخوردار از مسئولیت، اعتماد یا قدرت قرار داشته باشد و فعالیت با نیت ارضای نیازهای طرف دیگر صورت می‌گیرد. کودک آزاری جنسی شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نیست:

- ترغیب یا مجبور کردن کودک به شرکت در هر فعالیت جنسی غیرقانونی؛
- بهره‌کشی از کودک در روسپی‌گری یا سایر فعالیت‌های جنسی غیرقانونی؛
- بهره‌کشی از کودک برای هرزه‌نگاری و تهیهٔ کالاهای آن.

بهره‌کشی: استفاده از کودک در کار یا سایر فعالیت‌های سودآور برای دیگران، مثل روسپی‌گری. این فعالیت‌ها به سلامت جسمی یا روانی، آموزش، یا رشد روحی، اخلاقی، اجتماعی و عاطفی کودک آسیب می‌رسانند.

۲. رویکرد نظری: خشونت خانوادگی و توسعه

خشونت علیه زنان، به‌خصوص خشونت همسر یا شریک جنسی، تا سال‌های اخیر، در بسیاری از حکومت‌ها تنها یک مشکل اجتماعی کوچک تلقی می‌شده است. امروزه تا حد زیادی، بر اثر تلاش‌های سازمان‌های زنان و شواهد برآمده از تحقیقات، خشونت علیه زنان مورد توجه جهانی قرار گرفته و تهدید مهمی برای توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی تلقی می‌شود. اهداف توسعهٔ هزاره، که هم‌اکنون مهم‌ترین اولویت‌های توسعه‌ای جامعهٔ جهانی است، جامعهٔ بین‌المللی را به اقداماتی با تأکید بر توسعهٔ انسانی پایدار به عنوان کلید پیشرفت اجتماعی و اقتصادی فرامی‌خواند، و شاخص‌های آن در سطح وسیعی برای اندازه‌گیری فرایند توسعه در سطح ملی و جهانی پذیرفته شده‌اند. در بیانیهٔ هزاره به روشنی بر اطمینان از تأمین حقوق و فرصت‌های برابر برای زنان و مردان تأکید شده و در اهداف توسعهٔ هزاره برابری و توانمندی زنان مورد توجه خاص قرار گرفته است. به علاوه، برابری جنسیتی برای دستیابی به سایر اهداف توسعهٔ هزاره ضروری شمرده شده است. در نگاه اول به نظر می‌رسد که رابطهٔ میان توسعهٔ پایدار و خشونت علیه زنان در بیانیهٔ هزاره تصریح نشده است، اما بررسی دقیق‌تر نشان می‌دهد که خشونت با زنان هم به عنوان مظهر نابرابری مفرط جنسیتی و هم ابزار تداوم آن به شدت با اهداف هزاره مرتبط است. به علاوه، اهداف هزاره استدلال‌ها و ورودی‌های قدرتمندی برای رویکردهای مختلف به منظور ریشه‌کنی خشونت علیه زنان فراهم می‌آورد (WHO, 2005). هرچند در اهداف توسعهٔ هزاره خشونت با کودکان همانند

وضعیت خشونت علیه زنان و تبعات آن برای توسعه انسانی مورد توجه قرار نگرفته است، در تعدادی از آنها، به وضعیت کودکان و بهبود آن در جهت تحقق اهداف توسعه توجه جدی شده است. علاوه بر در نظر گرفتن وضعیت سلامت، رفاه و آموزش کودکان به طور عام، از اجزای اهداف مورد نظر نیز مصادیق خشونت علیه کودکان در مفهوم فراگیر آن در ابعاد جسمی، روانی، جنسی و سهل انگاری استنباط می شود. از جمله، هدف نخست از اهداف توسعه هزاره ریشه کنی فقر و گرسنگی را با توجه به وضعیت کودکان مورد توجه قرار داده است، هدف شماره دو به دسترسی همگانی به آموزش ابتدایی پرداخته، و هدف شماره چهار کاهش مرگ و میر کودکان را مد نظر قرار داده است.^۱ به این ترتیب، بهبود وضعیت سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان از طریق مهار و کاهش اعمال خشونت و آسیب والدین به سلامت روانی و جسمی و جنسی کودکان را می توان در تحقق اهداف هزاره مورد توجه قرار داد. همچنین تغذیه و آموزش کودکان، که بی توجهی به آنها از مصادیق سهل انگاری نسبت به کودکان به شمار می رود، در اهداف توسعه هزاره، در ریشه کنی فقر و گرسنگی و تلاش برای دسترسی به آموزش ابتدایی در نظر گرفته شده است.

به علاوه، تحقق برخی از اهداف هزاره به شکل غیرمستقیم بر وضعیت کودکان و خشونت علیه آنها مؤثر خواهد بود چنانکه با توجه به اهمیت نقش عوامل اجتماعی در سلامت جسمی و روانی افراد جامعه می توان انتظار داشت که افزایش دسترسی والدین به آموزش و اشتغال، کاهش فقر در خانواده از طریق بهبود سلامت جسمی و روانی والدین، افزایش مهارت های تربیت کودک، و کاهش استرس های محیطی به مهار و کاهش خشونت با کودکان بینجامد.

۳. وضعیت خشونت خانوادگی علیه زنان و کودکان در جهان

۱.۳. خشونت علیه زنان

طبق آمار سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت، از هر سه زن یک نفر در طول زندگی خود مورد خشونت خانگی واقع می شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰). مروری بر مطالعات مربوط به ۳۵

کشور جهان پیش از سال ۱۹۹۹ نیز نشان می دهد که ۱۰ تا ۵۲ درصد زنان مورد مطالعه گزارش کرده اند که در مقطعی از زندگی تحت آزار شریک جنسی خود قرار گرفته و ۱۰ تا ۳۰ درصد آنها مورد آزار جنسی قرار داشته اند (WHO, 2005). همچنین براساس نتایج ۴۸ پیمایش جمعیت عمومی از سراسر جهان، بین ۱۰ تا ۶۹ درصد زنان گزارش کرده اند که در مقطعی از زندگی مورد آزار جسمی شریک جنسی خود قرار گرفته اند (WHO, 2002). مطالعه سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت در مورد سلامت و خشونت خانگی علیه زنان بر مبنای اطلاعات مربوط به بیش از ۲۴ هزار زن در ۱۵ منطقه از ۱۰ کشور جهان شامل بنگلادش، برزیل، اتیوپی، ژاپن، نامیبیا، پرو، ساموآ، صربستان و مونتنگرو، تایلند و جمهوری متحد تانزانیا نشان داده است که فراوانی خشونت جسمی، جنسی یا هر دو از طرف شریک جنسی در طول زندگی زنان ۱۵ تا ۷۱ درصد و در بیشتر مناطق بین ۲۹ تا ۶۲ درصد بوده است. زنان در ژاپن کمترین میزان تجربه خشونت جسمی یا جنسی، و زنان شهرستان های کشورهای بنگلادش، اتیوپی، پرو و تانزانیا بیشترین میزان را داشته اند. همچنین در کشورهایی که شهرهای بزرگ و شهرستان ها هر دو مورد مطالعه قرار گرفته اند، میزان کلی خشونت شریک جنسی در شهرستان ها که جمعیت روستایی بیشتری را در خود جای می دهند بالاتر بوده است (WHO, 2005).

ایالات متحده آمریکا

پیمایش ملی خشونت خانوادگی^۲ در آمریکا، که در سال های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۷ با ۶۰۰۰ نمونه اجرا شد، نشان داده است که از هر ۱۰۰۰ زن آمریکایی، ۱۱۶ نفر نوعی از خشونت جسمی یا کلامی و ۳۴ نفر خشونت شدید شریک جنسی مرد را گزارش کرده اند؛ و از هر ۱۰۰۰ زن، ۴۴ نفر مرتکب خشونت جسمی یا کلامی نسبت به شریک جنسی مرد خود شده اند. پیمایش ملی قربانی جرم^۳ نیز، که در دپارتمان قضایی آمریکا طراحی و از طریق تلفن و با نمونه ای شامل ۴۹۰۰۰ خانواده در سال ۱۹۹۳ اجرا شده است، شیوع سالیانه خشونت جسمی علیه زنان از جانب شریک جنسی و/ یا عاطفی را ۹/۳ نفر از هر ۱۰ هزار زن آمریکایی برآورد کرده است (Fantuzzo and Wanda, 1999).

2. National Family Violence Survey (NFVS)

3. National Crime Victimization Survey (NCVS)

۱. قابل دسترسی در <http://www.un.org/millenniumgoals/poverty.shtml>

کشورهای آسیایی داده‌های مختلفی را از شیوع خشونت جسمی به دست می‌دهند. شیوع تمام عمر خشونت جسمی در کامبوج ۱۶ درصد، در فیلیپین براساس مطالعه ملی ۱۰ درصد، در مناطق مختلف هندوستان و در رابطه جاری از ۳۰ تا ۴۵ درصد، و در جمهوری کره شیوع در یک سال هدف مطالعه ملی ۳۸ درصد تخمین زده شده است (WHO, 2002).

منطقه خاورمیانه

مطالعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ در ۴۸ کشور جهان، سه بررسی در مورد خشونت خانگی در منطقه خاورمیانه را نیز دربرمی‌گیرد. در این مطالعات، شیوع خشونت جسمی نسبت به زنان از جانب شریک جنسی در مصر در آن سال ۱۶ درصد و در طول عمر ۳۴ درصد برآورد شده است. شیوع خشونت جسمی در آن در اسرائیل ۳۲ درصد و در غزه و کرانه باختری ۵۲ درصد تخمین زده شده که در میان کشورهای مورد مطالعه بالاترین میزان است (ibid.).

۲.۳. خشونت علیه کودکان

براساس گزارش خشونت و سلامت سازمان جهانی بهداشت، مطالعات در نواحی مختلف جهان نشان می‌دهند که کودکان نیز در بسیاری از مواقع قربانی آزار یا سهل‌انگاری و نیازمند خدمات و مراقبت‌های پزشکی می‌شوند (ibid.). در بیشتر مناطق جهان، پسران بیشتر از دختران قربانی کتک و تنبیه بدنی می‌شوند در حالی که دختران با خطر بالاتر نوزادکشی، آزار جنسی، سهل‌انگاری، و وادار شدن به تن‌فروشی مواجهند. در بسیاری از کشورها، زنان بیشتر از مردان از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند اما در مواردی که خشونت جسمی منجر به مرگ کودک شده است، بیشتر پدران عامل خشونت بوده‌اند (ibid.). تعداد کودکانی که در جهان مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند نامشخص است اما یافته‌های مطالعات بین‌المللی که از سال ۱۹۸۰ انجام شده حاکی از آن است که در حدود ۲۰ درصد زنان و ۱۰-۵ درصد مردان در کودکی آزار جنسی دیده‌اند (Finkelhor, 1994). آزار روانی کودکان تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل فرهنگی است و به روش‌های تربیت کودکان در فرهنگ‌های مختلف بستگی دارد. شواهدی وجود دارد که فریاد زدن بر سر کودکان واکنش

همچنین، براساس نتایج پیمایش ملی خشونت علیه زنان^۱ اجراشده در سال ۲۰۰۰، سالیانه در حدود ۴/۸ میلیون تجاوز جنسی و حمله جسمی به زنان و ۲/۹ میلیون حمله جسمی به مردان در امریکا رخ می‌دهد (Tjaden and Thoennes, 2000).

اروپا

براساس نتایج مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای مختلف، شیوع تمام عمر خشونت خانگی در هلند ۲۱ درصد، در نروژ ۱۸ درصد، در سوئیس ۲۱ درصد و در ترکیه ۵۸ درصد گزارش شده است (WHO, 2002). پیمایش جرم در بریتانیا^۲، که وقوع یا تهدید به خشونت جسمی نسبت به زنان ۱۶ تا ۵۹ ساله را از جانب شریک جنسی آنان در سال ۱۹۹۶ مورد بررسی قرار داده، نشان داده است که ۲۳ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان در طول عمر خود مورد حمله فیزیکی شریک جنسی قرار گرفته‌اند (Mirrlees-Black, 1999).

آسیا

در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در ۱۵ منطقه جهان، وضعیت خشونت خانگی در برخی کشورهای آسیایی شامل بنگلادش، تایلند و ژاپن نیز بررسی شده است (WHO, 2005). براساس این گزارش، شیوع تمام عمر خشونت جسمی شریک جنسی با زنان در مناطق شهری بنگلادش ۴۰ درصد، شیوع خشونت جنسی ۳۷ درصد، و وقوع خشونت جسمی و جنسی هر دو ۵۳ درصد گزارش شده است. در مناطق روستایی، میزان شیوع به ترتیب ۴۲، ۵۰ و ۶۲ درصد بوده که شیوع بالاتر خشونت جنسی را در مقایسه با مناطق شهری نشان می‌دهد. در تایلند، شیوع در مناطق شهری به ترتیب ۲۳، ۳۰ و ۴۱ درصد و در مناطق روستایی ۳۴، ۲۹ و ۴۷ درصد گزارش شده است که شیوع بالاتر خشونت جسمی را در مناطق روستایی نشان می‌دهد. در مناطق شهری ژاپن، شیوع خشونت جسمی ۱۳ درصد، خشونت جنسی ۶ درصد، و هر دو نوع خشونت ۱۵ درصد گزارش شده است که پایین‌ترین میزان شیوع خشونت در میان کشورهای مورد مطالعه بوده است. مطالعات انجام‌شده در برخی دیگر از

1. National Violence Against Women Survey (NVAW)

2. British Crime Survey (BCS)

و مکرر شامل زدن با اشیاء، سوزانده شدن یا محروم شدن از غذا را تجربه کرده‌اند و تقریباً نیمی از والدین رومانیایی اظهار کرده‌اند که مرتب کودکان خود را می‌زنند و در ۱۶ درصد موارد تنبیه با یک وسیله صورت می‌گیرد (WHO, 2002).

آسیا

مطالعه‌ای جدید در جمهوری کره نشان داده است که ۶۷ درصد والدین کتک زدن کودکان به منظور تربیت آنها را تأیید کرده‌اند (ibid.). داده‌های طرح بررسی جهانی آزار در محیط خانواده^۱ در مورد گزارش مادران از رفتارهای تربیتی نشان می‌دهد که ۳۶ درصد والدین در مناطق شهری هند و ۲۱ درصد در فیلیپین از ضربه زدن با اشیاء به قسمت‌های مختلف بدن کودک به عنوان تنبیه استفاده می‌کنند. همچنین در چین خشونت شدید والدین ۴۶۱ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است (ibid.).

۴. وضعیت خشونت خانوادگی در ایران

۱.۴. قوانین مرتبط با خشونت علیه زنان

قوانین جاری: قوانین جاری کشور را از حیث ارتباط آن با مسئله خشونت خانگی علیه زنان می‌توان از زاویه برابری حقوق زن و مرد در خانواده در ابعاد اقتصادی، روانی، جسمی و جنسی و میزان حمایت قوانین از زنان در مقابل تضییع حقوق ایشان از سوی همسر مورد بررسی قرار داد. در تحلیلی کلی، قوانین موضع‌گیری تبعیض‌آمیزی در مورد حقوق زنان در خانواده در مقایسه با مردان دارد، به گونه‌ای که مردان در روابط خانوادگی از حقوق و امتیازات بالاتری برخوردارند و قانون خود اعمال محدودیت، کنترل و خشونت یک‌سویه مرد را نسبت به همسر خود در روابط خانوادگی مجاز می‌شمارد. در عین حال، موادی از قانون مدنی که از زنان در مقابل مصادیق تضییع حقوق آنان در خانواده حمایت می‌کند، در بسیاری از موارد به دلیل وجود نکات مبهم و مد نظر قرار ندادن اجزای موضوع مورد نظر قانون یا ضعف رویه اجرایی قوانین، امکان حمایت کامل از زنان را فراهم نمی‌سازد.

در توصیف جنبه تبعیض‌آمیز بودن قوانین می‌توان به ماده

مشترک والدین نسبت به کودکان در بسیاری از کشورهای جهان است. اما رفتارهایی مانند تهدید کودکان به ترک آنها یا حبس کردن در خانه در کشورهای مختلف شیوع متفاوتی دارد. در مجموع می‌توان گفت مطالعات اندکی در مورد چگونگی تعریف کودکان و والدین از سهل‌انگاری و تفاوت‌های میان آنها انجام شده است. هرچند خشونت‌های شدیدتر مانند سوزاندن یا تهدید با چاقو یا اسلحه بسیار کمتر گزارش شده است، گزارش‌های مشابه از کشورهای مختلف نشان می‌دهد که تنبیه‌های خشن بدنی از جانب والدین در همه جا و در حد قابل ملاحظه‌ای وجود داشته است (WHO, 2002).

ایالات متحده آمریکا

در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده، براساس داده‌های مربوط به ۳/۷ میلیون کودک از همه ایالات کشور، ۷۷۲ هزار کودک قربانی کودک‌آزاری بوده‌اند؛ به عبارت دیگر، از هر ۱۰ هزار کودک، ۱۰/۳ نفر مورد آزار واقع شده‌اند. براساس این مطالعه ملی، در سراسر کشور، ۹/۱ درصد کودکان مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و شیوع بدرفتاری روانی ۷/۳ درصد گزارش شده است (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). حدود ۳۳ درصد قربانیان بدرفتاری کمتر از ۴ سال، ۲۳/۶ درصد بین ۴-۷ سال و ۱۸/۹ درصد بین ۸-۱۰ سال سن داشته‌اند و شیوع آزار در دو جنس تقریباً مساوی بوده است (ibid.). در کانادا یک مطالعه ملی از موارد ارجاع‌شده به خدمات رفاه کودک نشان داد که، در میان موارد سهل‌انگاری نسبت به کودکان، ۱۹ درصد سهل‌انگاری جسمی، ۱۲ درصد ترک، ۱۱ درصد سهل‌انگاری تحصیلی و ۴۸ درصد آسیب فیزیکی ناشی از نبود مراقبت کافی بوده است (Troeme and Wolfe, 2001).

اروپا

مرور مطالعات انجام‌شده در خصوص آزار جسمی، جنسی و سهل‌انگاری در اروپا نشان می‌دهد که ۳۶-۶ درصد دختران و ۱۵-۱ درصد پسران زیر ۱۶ سال تجربه آزار جنسی را ذکر کرده‌اند. اما در مورد آزار جسمی این رقم ۵۰-۵ درصد گزارش شده است. پراکندگی داده‌ها در مطالعات مانع از جمع‌بندی روشنی در خصوص آزار روانی کودکان است (Lampe, 2002). نتایج پیمایشی در رومانی نشان داده است که ۴-۶ درصد کودکان آزار جسمی شدید

1. World Studies of Abuse in the Family Environment (WorldSAFE)

۱۱۰۵ قانون مدنی اشاره کرد که «در روابط زوجین ریاست خانواده را از خصایص شوهر» می‌داند. همچنین می‌توان به موادی قانونی اشاره کرد که ایجاد محدودیت‌های اجتماعی برای همسر از جانب شوهر را، که مصداق آزار یا خسونت روانی و اقتصادی است، مورد تأیید قرار داده است. از جمله، ماده ۱۱۱۷ قانون مدنی تصریح می‌کند که «شوهر می‌تواند زن خود را از حرفه یا صنعتی که منافعی مصالح خانوادگی یا حیثیات خود یا زن باشد منع کند» و تعیین مصادیق آن نیز بر عهده همسر است. همچنین براساس ماده ۱۱۱۴ قانون مدنی «زن باید در منزلی که شوهر تعیین می‌کند سکنی نماید مگر آنکه اختیار تعیین منزل به زن داده شده باشد» یا طبق ماده ۱۸ قانون گذرنامه «زنان شوهردار ولو کمتر از ۱۸ سال تمام صرفاً با موافقت کتبی شوهر حق خروج از کشور را دارند» (شادی‌طلب، ۱۳۸۵).

در قانون مدنی ایران، پدر دارای ولایت قهری است اما مادر از حق ولایت بر فرزند خود محروم است مگر آنکه به موجب وصیت پدر، ولی خاص طفل شود. ماده ۱۱۸۰ قانون مدنی در این خصوص چنین آورده است: «طفل صغیر تحت ولایت قهری پدر و جد پدری خود می‌باشد و همچنین است طفل غیررشید یا مجنون در صورتی که عدم رشد یا جنون او متصل به صغر باشد» (همان).

در خصوص مصادیق قانونی مجاز شمردن اعمال خسونت مرد نسبت به همسر، در مورد خسونت‌های جسمی می‌توان به ماده ۶۳۰ قانون مجازات اسلامی اشاره کرد که صراحتاً خسونت شوهر نسبت به همسر و حتی قتل وی را در مورد خاص مجاز می‌شمارد: «هرگاه مردی همسر خود را در حال زنا با مرد اجنبی مشاهده کند و علم به تمکین زن داشته باشد می‌تواند در همان حال آنان را به قتل برساند و در صورتی که زن مکره باشد (به اجبار تن به عمل جنسی داده باشد) فقط مرد را می‌تواند به قتل برساند. حکم ضرب و جرح نیز در این موارد مانند قتل است» (سجادی، ۱۳۸۸).

همچنین مجازات قتل زنان در مقایسه با مردان در قوانین مدنی کمتر است. براساس ماده ۳۰۰ قانون مجازات اسلامی «دیه قتل زن مسلمان خواه عمدی خواه غیرعمدی نصف دیه مرد مسلمان است». نیز براساس ماده ۲۰۹ قانون مجازات اسلامی «هرگاه مرد مسلمانی عمداً زن مسلمان را بکشد محکوم به قصاص است لیکن باید ولی زن قبل از قصاص قاتل، نصف دیه مرد را به او بپردازد» (همان).

از سویی، ماده ۱۱۱۵ قانون مدنی در حمایت از زنان در برابر مخاطرات جانی و مالی و اخلاقی در خانواده تصریح می‌کند که «اگر بودن زن با شوهر در یک منزل متضمن خوف ضرر بدنی یا مالی یا شرافتی برای زن باشد زن می‌تواند مسکن علیحده اختیار کند و در صورت ثبوت مظنه ضرر مزبور محکمه حکم بازگشت به منزل شوهر نخواهد داد و مادام که زن در بازگشتن به منزل مزبور معذور است نفقه بر عهده شوهر خواهد بود». اما حکم موضوع این ماده حق مرد را در انتخاب مسکن به طور کامل محدود نمی‌سازد و صرفاً به زن حق می‌دهد که با مرد در یک محل زندگی نکند. به این ترتیب، زن در انتخاب محل سکونت آزاد نیست و اگر در خصوص محل سکونای زن بین زوجین توافق حاصل نشود، دادگاه طبق ماده ۱۱۱۶ قانون مدنی، با جلب نظر اقربای نزدیک طرفین، منزل زن را معین خواهد کرد و در صورتی که اقربایی نباشد، خود محکمه محل مورد اطمینانی را تعیین می‌کند (شادی‌طلب، ۱۳۸۵).

همچنین، به منظور حمایت اقتصادی از زنان همسردار، در ماده ۱۱۰۶ قانون مدنی تصریح شده است که در عقد دائم، نفقه زن به عهده شوهر است و مصادیق نفقه در ماده ۱۷۰۷ به این ترتیب بیان شده است: «نفقه عبارت است از همه نیازهای متعارف و متناسب با وضعیت زن از قبیل مسکن، البسه، غذا، اثاث منزل و هزینه‌های درمانی و بهداشتی و خادم در صورت عادت یا احتیاج به واسطه نقصان یا مرض» (مصوب ۱۳۸۱/۸/۱۹). ماده ۱۱۱۱ قانون مدنی نیز می‌گوید: «زن می‌تواند در صورت استنکاف شوهر از دادن نفقه به محکمه رجوع کند. در این صورت محکمه میزان نفقه را معین و شوهر را به دادن آن محکوم خواهد کرد». همچنین در ماده ۱۱۲۹ قانون مدنی، در جهت حمایت از زن در مقابل نفقه پرداخت نکردن شوهر، تصریح شده است: «در صورت استنکاف شوهر از دادن نفقه و عدم امکان اجرای حکم محکمه و الزام او به دادن نفقه زن می‌تواند برای طلاق به حاکم رجوع کند و حاکم شوهر او را اجبار به طلاق می‌نماید. همچنین است در صورت عجز شوهر از دادن نفقه». در تبصره این ماده، در حمایت از زن در برابر انواع خسونت نیز قانون‌گذار یکی از موارد عسر و حرج یعنی «به وجود آمدن وضعیتی که ادامه زندگی را برای زوجه با مشقت همراه ساخته و تحمل آن مشکل باشد» را «ضرب و شتم یا هرگونه سوءاستفاده مستمر زوج که عرفاً با توجه به وضعیت زوجه قابل تحمل نباشد» ذکر می‌کند (سجادی، ۱۳۸۹).

ثانویه از بزه‌دیدگی و هم در چارچوب پیشگیری اولیه قابل تحلیل و بررسی است.

قوانین کیفری: در قوانین کیفری، غالباً بدون آنکه تعریفی از کودک‌آزاری ارائه شود، مصادیق آزار کودکان و سوءاستفاده از آنها تعیین شده است. قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، باب دوم قانون مجازات عمومی (مصوب ۱۳۰۴ و اصلاحی ۱۳۵۲) به جنحه و جنایت نسبت به اطفال اختصاص داشت. بعد از پیروزی انقلاب، با تصویب قانون تعزیرات (۱۳۶۲)، در بخشی از آن با عنوان «جرایم علیه اشخاص و اطفال»، برخی از جرایم علیه اطفال مورد توجه قرار گرفت. با تصویب کتاب پنجم از قانون مجازات اسلامی در سال ۱۳۷۵ نیز عنوان فوق در فصل هفدهم این قانون حفظ گردید. در آذر ۱۳۸۱، تحت تأثیر یافته‌های روان‌شناختی، جرم‌شناختی و جامعه‌شناختی و به منظور حمایت از کودکان و کاهش و پیشگیری از کودک‌آزاری، قانونی با عنوان «قانون حمایت از کودکان و نوجوانان» به تصویب نمایندگان مجلس شورای اسلامی رسید. این قانون بدین جهت که نخستین بار اصطلاح «کودک‌آزاری» را وارد متون حقوق کیفری ایران کرد و به تعریف آن و ذکر مصادیقش پرداخت بسیار حائز اهمیت است (زینالی، ۱۳۸۲ به نقل از مدنی، ۱۳۸۵). در ماده ۲ این طرح آمده است: «هر نوع اذیت و آزار کودکان و نوجوانان که موجب شود به آنان صدمه جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شده و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد ممنوع و مستوجب تعزیر است.» هنگام تصویب نهایی قانون در آذر ۱۳۸۱، تنها عبارت «مستوجب تعزیر است» از آخر ماده حذف شد و طرح پس از رفت و برگشت‌های فراوان بین مجلس و شورای نگهبان، و پذیرش نظرات شورای نگهبان در مجلس، در ۹ ماده به تصویب و در نهایت به تأیید شورای نگهبان نیز رسید.

مواد ۳ و ۴ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مقرر می‌دارد که «هرگونه خرید، فروش، بهره‌کشی و به‌کارگیری کودکان به منظور ارتکاب اعمال خلاف از قبیل قاچاق، ممنوع و مرتکب حسب مورد علاوه بر جبران خسارت وارده به شش ماه تا یک سال زندان و یا به جزای نقدی از ده میلیون ریال تا بیست میلیون ریال محکوم خواهد شد». مطابق ماده ۴ قانون فوق «هرگونه صدمه و اذیت و آزار و شکنجه جسمی و روحی کودکان و نادیده گرفتن عمدی سلامت و بهداشت روانی و جسمی و ممانعت از تحصیل

همین‌طور در ماده ۱۱۱۹ قانون مدنی در حمایت از زن آمده است: «طرفین عقد ازدواج می‌توانند هر شرطی که مخالف با مقتضای عقد مزبور نباشد در ضمن عقد ازدواج یا عقد لازم دیگر بنمایند مثل اینکه شرط شود هرگاه شوهر... برعلیه حیات زن سوءظن یا سوءرفتاری نماید که زندگانی آنها با یکدیگر غیرقابل تحمل شود زن وکیل و وکیل در توکیل باشد که پس از اثبات تحقق شرط در محکمه نهایی خود را مطلقه سازد» (همان).

۲.۴. قوانین مرتبط با کودک‌آزاری

قوانین مدنی: در قلمرو حقوق مدنی، کودکانی را که در معرض انواع بدرفتاری و سوءاستفاده قرار دارند کودکان در معرض خطر می‌نامند (نجفی ابرندآبادی و هاشم‌بیگی، ۱۳۷۷ به نقل از مدنی، ۱۳۸۵). قوانین مدنی با سازوکارهای خاص خود از چنین اطفالی حمایت می‌کنند. پیشگیری ثانویه از بزه‌دیدگی اطفال ناظر بر اطفال در معرض خطر بزه‌دیدگی و همچنین اتخاذ اقدام‌هایی در جهت جلوگیری از ورود مجدد طفل به حیطه بزه‌دیدگی است. در واقع، این نوع پیشگیری بیشتر معطوف به کودکان در معرض خطر است. از جمله این قوانین ماده ۱۱۷۳ قانون مدنی است که، با ذکر مصادیقی از وضعیت کودکان در معرض خطر، در حقیقت به پیشگیری توجه و، با پیش‌بینی ضمانت اجرای سلب حق حضانت از پدر و مادر در شرایطی که احتمال بزه‌دیدگی طفل یا تکرار بزه‌دیدگی وی می‌رود، به نوعی پیشگیری در جهت حمایت از اطفال اقدام کرده است.

در مورد اطفالی هم که به دلیل نداشتن سرپرست در معرض سوءاستفاده و بدرفتاری قرار دارند، می‌توان با مداخله زودرس و از طریق نهادهای رسمی و غیررسمی از بزه دیدگی اولیه یا تکرار بزه‌دیدگی آنها در جامعه جلوگیری کرد. از جمله قوانینی که به این منظور پیش‌بینی شده‌اند می‌توان به «قانون حمایت از کودکان بدون سرپرست» (مصوب ۲۹ اسفند ۱۳۵۳) و «قانون زنان و کودکان بی‌سرپرست» (مصوب ۲۴ آبان ۱۳۷۱) اشاره کرد.

همچنین قوانین مدنی ایران، با مقرر ساختن سازوکارهای خاص نظیر حضانت، ولایت، الزام به انفاق اطفال، وصایت، قیمومیت، و فرزندخواندگی، به حمایت از اطفال پرداخته‌اند تا مانع از در معرض خطر قرار گرفتن سلامت روانی و اخلاقی و جسمی و وضعیت اجتماعی آنان شوند. اقدامات فوق هم در قالب پیشگیری

جمهوری مسئول اجرای مفاد این سند است. بر این اساس، مرکز امور زنان و خانواده موظف است، با همکاری دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی ذی‌ربط و سازمان‌های غیردولتی، راهکارهای اجرایی مفاد این سند را در چارچوب سیاست‌های کلی تدوین و برحسب مورد، اجرای آن را پیگیری نماید (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۵).

عمده‌ترین هدف مورد توجه در برنامه جامع را می‌توان «عدالت جنسیتی» دانست. در متن سند آمده است: «جمهوری اسلامی ایران اصل را بر 'عدالت اجتماعی' برای تمامی شهروندان بدون در نظر گرفتن سن، جنس و قومیت نهاده است.» در واقع، مهم‌ترین هدف مورد توجه این برنامه که با استناد به روح کلی قانون اساسی تدوین شده «ناظر بر مساوات و برابری زنان و مردان» است. البته، در بخش دیگری از هدف‌گذاری این برنامه که متکی بر «سند چشم‌انداز ۲۰ساله کشور» است، بر «تحکیم قداست نهاد خانواده» تأکید شده است که بیشتر متوجه نقش مادری زنان در تربیت فرزندان است. در این سند، پس از تشریح اهداف کلی و کیفی برنامه جامع، ظرفیت‌ها و تنگناهای مرتبط با وضعیت زنان شرح داده شده است و در ادامه، با توجه به ظرفیت‌ها و تنگناهای مورد اشاره، اهداف کمی و جزئی‌تر این برنامه از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸ تدوین شده و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تحقق این اهداف در قالب چهار محور تشریح شده است. عناوین این محورها عبارت‌اند از: ۱) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت تحقق عدالت اجتماعی و امنیت انسانی، ۲) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت ارتقای کیفیت زندگی، افزایش سلامت و تأمین اجتماعی زنان، ۳) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت توسعه دانش و آگاهی و ارتقای بهره‌وری سرمایه انسانی زنان به منظور حضور مؤثر آنان در عرصه‌های مختلف، و ۴) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت ایجاد بسترهای لازم برای افزایش سهم زنان در عرصه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی کشور.

براساس این محورهای چهارگانه، چهارده اقدام مشخص اجرایی در قالب برنامه‌های زمانمند برای اجرا در طول سال‌های مورد نظر برنامه چهارم توسعه مقرر شده است. برخی اقدامات در نظر گرفته شده را می‌توان به طور غیرمستقیم و با برداشتی عام از مفهوم خشونت علیه زنان در خانواده، مرتبط با آن در نظر گرفت. برنامه تقویت بنیان خانواده، که اجرای آن در بلندمدت بر عهده

آنان ممنوع و مرتکب به سه ماه و یک روز تا شش ماه حبس یا ده میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌گردد». این قانون حاوی نوآوری‌هایی در جهت بهبود شرایط کودکان بوده است که آنها را می‌توان این‌گونه برشمرد:

- ورود اصطلاح «کودک‌آزاری» به متون حقوق کیفری ایران: براساس مواد ۲ و ۵ که متأثر از مواد ۱۹ و ۳۴ کنوانسیون حقوق کودک به تصویب رسیده‌اند.
- افزایش سن طفولیت در حوزه بزه‌دیدگی‌های مربوط به این قانون به ۱۸ سال: براساس ماده ۱ این قانون، کلیه اشخاصی که به ۱۸ سال تمام شمسی نرسیده‌اند از حمایت‌های مقرر در این قانون بهره‌مند می‌شوند.
- جرم‌انگاری رفتارهایی که کودک‌آزاری محسوب می‌شوند: براساس این قانون، هرگونه اذیت و آزار و صدمه زدن به کودکان، شکنجه جسمی و روحی آنان، نادیده گرفتن سلامت عمومی و بهداشت روانی و جسمی کودکان، ممانعت از تحصیل آنان، و نیز هرگونه خرید و فروش، بهره‌کشی، و به‌کارگیری کودکان به منظور ارتکاب اعمال خلاف، جرم تلقی و برای آن مجازات تعیین شده است.
- جنبه عمومی بخشیدن به جرم کودک‌آزاری: براساس ماده ۵ این قانون، کودک‌آزاری از جرایم عمومی است و نیاز به شکایت شاکی خصوصی ندارد.
- اجباری کردن گزارش موارد کودک‌آزاری و تعیین ضمانت اجرا: کلیه افراد و مؤسسات و مراکزی که به نحوی مسئولیت نگهداری و سرپرستی کودکان را بر عهده دارند، به محض مشاهده موارد کودک‌آزاری، مراتب را برای پیگرد قانونی و اتخاذ تصمیم مقتضی به مقامات صالح قضایی اعلام می‌کنند (یونیسف ایران، ۱۳۸۵).

۳.۴. سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده

در جهت اجرای سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه، و همچنین تحقق اهداف سند چشم‌انداز ۲۰ساله کشور، «برنامه جامع توسعه مشارکت زنان» تدوین شده که متن کامل آن در جلد دوم اسناد برنامه چهارم توسعه آمده است، و مرکز امور زنان و خانواده ریاست

اجتماعی و روانی افراد جامعه و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. پایگاه سلامت اجتماعی مکانی است که همهٔ اقشار و گروه‌های اجتماع می‌توانند برای دریافت راهنمایی، اطلاعات یا خدمات اولیه در ارتباط با مسائل اجتماعی، فردی، حقوقی و غیره مراجعه کنند. از جمله موارد مورد توجه این پایگاه‌ها ارائهٔ خدمات مختلف مشاورتی و مددکاری، حقوقی، قضایی و انتظامی، اجتماعی، آموزشی و اطلاع‌رسانی به افراد درگیر در خشونت‌های خانوادگی است.

خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳): با توجه به وظایف سازمان بهزیستی کشور در خصوص لزوم حمایت از افراد در معرض آسیب اجتماعی، معاونت اجتماعی این سازمان خط تلفن سه‌رقمی اورژانس اجتماعی را به منظور دستیابی آسان و سریع افراد گروه‌های هدف دایر کرده است. علاوه بر امکان مشاورهٔ تلفنی، مددکاران اجتماعی در خودروهای ۱۲۳ نیز مشاورهٔ رایگان و کوتاه‌مدت حضوری ارائه می‌دهند و مراجعه‌کنندگان را برای ادامهٔ مشاوره به مراکز دیگر معرفی می‌کنند. ارائهٔ خدمات به صورت شبانه‌روزی و هدف از آن دسترسی داشتن همهٔ افراد جامعه به خدمات تخصصی است.

طرح آموزش پیش از ازدواج: آموزش پیش از ازدواج از سال ۱۳۸۱ در دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور به عنوان برنامه‌ای پیشگیرانه و ارتقایی در دستور کار قرار گرفت. اهداف کلی آن عبارت‌اند از ارتقای کیفیت و سلامت ازدواج و پیشگیری از آسیب‌های مرتبط با ازدواج مانند همسرآزاری و کودک‌آزاری.

طرح آموزش زندگی خانوادگی: این طرح را معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی با هدف ارتقای مهارت‌های ارتباطی (گفت‌وگو)، ارائهٔ مفهوم تعارض و شیوهٔ نگرش به آن در زندگی خانوادگی، بحث در مورد شیوه‌های سازنده و مخرب حل تعارض، آشنایی با مهارت حل تعارض در زندگی خانوادگی، جلب توجه شرکت‌کنندگان به اهمیت گفت‌وگو در زندگی خانوادگی، آشنایی با گفت‌وگو و ویژگی‌های گفت‌وگوی مؤثر، مهارت یافتن شرکت‌کنندگان در گفت‌وگوی خانوادگی، آشنایی با مهارت‌های فرزندپروری و تبدیل آن به کاری رضایت‌بخش، بررسی تأثیر والد شدن بر روابط زوجی و خانوادگی، و بررسی برخی عقاید رایج در مورد فرزندپروری اجرا می‌کند. خدمات طرح عبارت‌اند از: معرفی خدمات سازمان بهزیستی به تماس‌گیرندگان، اعزام واحد سیار اورژانس اجتماعی به

مرکز امور زنان و خانواده نهاده شده، و ایجاد نظام رفاه و تأمین اجتماعی زنان، که در میان‌مدت وظیفهٔ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در نظر گرفته شده است، از این جمله‌اند. از میان اقدامات پیش‌بینی‌شده، امحای خشونت علیه زنان را می‌توان مرتبط‌ترین برنامه با خشونت خانگی تلقی کرد که مسئول اجرای آن در درازمدت وزارت رفاه است (همان).

در میان سازمان‌های دولتی، سازمان بهزیستی بیشترین سهم را در فعالیت‌های مربوط به خشونت خانگی دارد و برخی نهادهای دیگر مانند وزارت رفاه، وزارت کشور و وزارت بهداشت نیز در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در این حوزه نقش ایفا می‌کنند. سازمان بهزیستی خدماتی در قالب چند طرح اجرایی به زنان و کودکان خشونت‌دیده ارائه می‌کند. به علاوه، به منظور پیشگیری از خشونت در خانواده نیز خدماتی به خانواده‌ها ارائه می‌شود. مهم‌ترین این خدمات عبارت‌اند از:

مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی (اورژانس اجتماعی):

مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی که در تمامی مراکز استان‌ها و برخی شهرهای کوچک‌تر مستقرند خدمات مددکاری، روان‌شناسی و حقوقی به زنان و کودکان آزاردیده ارائه می‌دهند و، در صورت لزوم، امکان اقامت کوتاه‌مدت آنها را در مرکز یا ارجاع کودکان به مراکز نگهداری درازمدت را فراهم می‌کنند. این مراکز به صورت شبانه‌روزی مراجعان را از طریق مراجعهٔ مستقیم، تماس با تلفن ۱۲۳، و ارجاع از دستگاه‌های قضایی و انتظامی پذیرش می‌کنند.

تفاهم‌نامه همکاری سازمان بهزیستی و قوه قضاییه:

براساس این تفاهم‌نامه که بین معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی و ادارهٔ کل امور فرهنگی و اجتماعی قوهٔ قضاییه منعقد شده است، سازمان بهزیستی نسبت به پذیرش و ارائهٔ خدمات تخصصی به بزه‌دیدگان (به‌ویژه زنان و کودکان) معرفی‌شدهٔ دستگاه قضایی که در معرض خشونت‌های خانگی (کودک‌آزاری، همسرآزاری، معلول‌آزاری، والدین‌آزاری و...) قرار داشته‌اند اقدام می‌کند و تسهیلات اسکان موقت برای این گروه از زنان و کودکان در معرض آسیب و آسیب‌دیدهٔ اجتماعی فراهم می‌آورد.

طرح پایگاه سلامت اجتماعی: هدف این طرح که مجری

آن معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی است ارتقای سطح سلامت

محل، ارائه راهنمایی‌های لازم به تماس‌گیرندگان، ارجاع تماس‌گیرندگان به مراکز تابعه سازمان (توان‌بخشی، پیشگیری و اجتماعی)، و ارجاع افراد به مراکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (اورژانس اجتماعی).

۴.۴. شاخص‌های وضعیت خشونت علیه زنان در خانواده^۱

تنوع مطالعات مربوط به خشونت علیه زنان در دوره زمانی ۱۳۸۰-۱۳۸۶ از حیث گروه‌های مورد مطالعه شامل زنان در جمعیت عمومی، زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، زنان مراجعه‌کننده به مراکز انتظامی و پزشکی قانونی، تنوع شهرهایی که مطالعات در آنها انجام شده است، همچنین تنوع ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات مختلف سبب شده است که نمودار روند شیوع شکل کاملاً نامنظمی به خود بگیرد و تحلیل آن امکان‌پذیر نباشد. مشخصات این مطالعات در جدول ۱ آمده است.

شاخص‌های مرتبط با خشونت علیه زنان در خانواده که در این بخش توضیح داده خواهند شد عبارت‌اند از: شیوع آزار، نسبت شیوع انواع آزار، شیوع آزار جسمی، انواع آزار جسمی، شیوع آزار روانی، انواع آزار روانی، شیوع آزار جنسی، انواع آزار جنسی، عوامل فردی مرتبط با همسرآزاری در ایران شامل سن زن و مرد، مدت ازدواج، و تعداد فرزندان، و عوامل اجتماعی-اقتصادی شامل تحصیلات زن و مرد، شغل، وضعیت اقتصادی و اعتیاد مرد.

شیوع آزار

شیوع کلی خشونت شوهر نسبت به زن شامل خشونت جسمی، جنسی و روانی در مطالعات از ۱۷/۵ درصد در زنان باردار سبزوار (بداغ‌آبادی، ۱۳۸۴) تا ۹۳/۶ درصد در تنکابن (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. این طیف در تهران اندکی بسته‌تر است و شیوع خشونت از ۳۵/۷ درصد (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۸۱/۷

درصد (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲) گزارش شده است. در مطالعات مربوط به زنان در جمعیت عمومی، شیوع آزار در چهار مطالعه^۲ ۳۵/۷-۴۶ درصد (سیف ربیعی و دیگران، ۱۳۸۱؛ موسوی و اسحاقیان، ۱۳۸۳؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ بلالی میبدی و حسنی، ۱۳۸۸) و در پنج مطالعه^۳ ۶۲-۹۳/۶ درصد (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲؛ قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴) تخمین زده شده است. در حالی که شیوع خشونت با زنان باردار از ۱۷/۵ درصد در سبزوار (بداغ‌آبادی، ۱۳۸۴) تا ۶۷/۵ درصد در شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) و در سه مطالعه ۴۸/۶-۶۷/۵ درصد بوده است. در تنها مطالعه کشوری انجام‌شده در مراکز ۲۸ استان (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳)، شیوع حداقل یک بار تجربه خشونت در طول عمر ۶۶ درصد گزارش شده است.

نسبت شیوع انواع آزار

براساس نتایج یازده مطالعه (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷ الف؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ بلالی میبدی و حسنی، ۱۳۸۸؛ جعفرنژاد و دیگران، ۱۳۸۸؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ Faramarzi et al., 2005) بالاترین فراوانی در میان سه نوع آزار جسمی، روانی و جنسی مربوط به آزار روانی، و براساس نتایج هشت مطالعه (عارفی، ۱۳۸۲؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ بلالی میبدی و حسنی، ۱۳۸۸) کمترین فراوانی مربوط به آزار جنسی بوده است. در سه مطالعه مرتبط با دوران بارداری (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۰؛ ۱۳۸۷ الف؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷) بالاترین فراوانی مربوط به آزار جنسی یا روانی و کمترین آن مربوط به آزار جسمی بوده است.

شیوع آزار جسمی

شیوع آزار جسمی در مطالعات از ۸/۵ درصد در زنان باردار سنندج

۱. اطلاعات این بخش از نتایج ۴۸ مقاله به چاپ رسیده در مجلات علمی-پژوهشی به دست آمده است، شامل یک مطالعه کشوری در مراکز ۲۸ استان کشور، ۱۷ مطالعه در تهران، ۴ مطالعه در اصفهان، ۳ مطالعه در سنندج، ۳ مطالعه در بابل، ۲ مطالعه در هریک از شهرهای ارومیه، سمنان، سبزوار، مریوان، و یک مطالعه در هریک از شهرهای تنکابن، زنجان، یاسوج، بوشهر، هفشنجان، شهرکرد، اردبیل، گچساران، کرج، کرمان و مشهد، و یک مطالعه در سه شهر یاسوج، گچساران و دهدشت.

۲. حجم نمونه ۲۳۸۵ نفر

۳. حجم نمونه مطالعه کشوری ۱۴۶۶۲ نفر و چهار مطالعه دیگر ۱۶۴۴ نفر

عمومی به نظر می‌رسد.

شیوع آزار روانی

شیوع خشونت روانی در مطالعات از ۲۹ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۹۱ درصد در میان دانشجویان تنکابن (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. شیوع در تهران ۲۹-۸۵/۴ درصد و در استان‌ها ۳۷/۱-۹۱ درصد (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴؛ دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است.

جمعیت عمومی: شیوع خشونت روانی در جمعیت عمومی براساس نتایج مطالعات از ۲۹ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۹۱ درصد در میان دانشجویان تنکابن (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است.

زنان باردار: شیوع آزار روانی در دوران بارداری محدوده کوچک‌تری دارد و از ۳۷/۱ درصد در مریوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) تا ۵۷ درصد در سنج (خسروی و دیگران، ۱۳۸۷) برآورد شده است.

انواع آزار روانی

آزار روانی نیز در مطالعات برحسب انواع و شدت مورد بررسی قرار گرفته است. انواع آزار روانی در مطالعات عبارت است از: فحاشی و ناسزاگویی، داد زدن، تحقیر و سرزنش، بدبینی، کنترل رفت و آمد و ممانعت از خروج از منزل، بی‌توجهی به احساسات، صحبت نکردن، جلوگیری از تحصیل، جلوگیری از اشتغال، جلوگیری از ارتباط با خانواده، تهدید به گرفتن فرزندان، و تهدید به طلاق. همچنین در برخی مطالعات، انواع خشونت روانی براساس شدت طبقه‌بندی شده‌اند. به رغم آنکه در مطالعات مختلف، خشونت روانی با تعاریف و مصادیق متفاوتی بررسی شده است، در مجموع، شایع‌ترین انواع خشونت روانی فحاشی و داد زدن، تحقیر و کم‌محلّی، و بی‌توجهی شوهر به احساسات زن ذکر شده است.

شیوع آزار جنسی

شیوع آزار جنسی در مطالعات از ۱۰ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۴۴/۶ درصد در جمعیت زنان باردار مریوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است. در تهران، شیوع ۱۰ درصد (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) و ۳۰/۴ درصد (قهاری و دیگران، ۱۳۸۵) و در استان‌ها ۱۲/۲-۴۴/۶ درصد (نریمانی و

هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) تا ۵۵/۶ درصد در زنان جمعیت عمومی کرمان (بالالی‌میدی و حسنی، ۱۳۸۸) گزارش شده است. در تهران، شیوع خشونت جسمی از ۱۱/۹ درصد (نجومی و اکرمی، ۱۳۸۱) تا ۳۱/۵ درصد (قهاری و دیگران، ۱۳۸۵) و در شهرستان‌ها ۵۵/۶-۸/۵ درصد (هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵؛ بالالی‌میدی و حسنی، ۱۳۸۸) بوده است.

جمعیت عمومی: در مطالعات مربوط به زنان در جمعیت عمومی، شیوع آزار جسمی در دو مطالعه^۱ ۵۵ درصد (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴) و ۵۵/۶ درصد (بالالی‌میدی و حسنی، ۱۳۸۸) و در نُه مطالعه^۲ ۱۱/۹-۳۶/۴ درصد (نجومی و اکرمی، ۱۳۸۱؛ صابریان و دیگران، ۱۳۸۳؛ الف؛ همتی، ۱۳۸۳؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۵؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ Ghazizadeh, 2005) تخمین زده شده است.

زنان باردار: شیوع آزار جسمی در دوران بارداری نیز از ۸/۵ درصد در سنج (هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) تا ۳۴/۵ درصد در شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) برآورد شده است.

انواع آزار جسمی

آزارهای جسمی در مطالعات مختلف به تفکیک نوع و شدت بررسی شده‌اند. انواع خشونت واردشده بر زنان در مطالعات سیلی زدن، هل دادن، کتک زدن با دست، کتک زدن با مشت و لگد، کتک زدن با کمربند، هل دادن و پرت کردن، پرتاب اشیاء، سوزاندن، اقدام به خفه کردن، و چاقو زدن ذکر شده است. همچنین انواع خشونت در مطالعات برحسب شدت آنها از خشونت‌های بدون آسیب جدی یا با آسیب خفیف مانند کبودی و خراشیدگی تا خشونت‌های منجر به آسیب شدید یا پایدار مانند شکستگی و سوختگی طبقه‌بندی شده‌اند. در همه مطالعات، شیوع خشونت‌های با شدت کمتر و بدون آسیب جدی مانند سیلی زدن و کتک زدن با مشت و لگد بالاتر از خشونت‌های شدید مانند سوزاندن و زدن با ایجاد شکستگی بوده است. شیوع خشونت‌های شدید علیه زنان باردار کمتر از جمعیت

۱. حجم نمونه ۷۵۳ نفر

۲. حجم نمونه مطالعه کشوری ۱۴۶۶۲ نفر و هشت مطالعه دیگر ۵۶۱۸ نفر

اقتصادی مرتبط شامل تحصیلات والدین، شغل والدین، درآمد خانواده و اعتیاد در خانواده.

شیوع و بروز

شیوع کلی خشونت خانگی با کودکان در دو مطالعه بررسی و ۳۳ درصد (شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) و ۳۴ درصد (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰) گزارش شده است. هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که بروز کودک‌آزاری را برآورد کرده باشد، اما تعدادی از مطالعات شیوع کودک‌آزاری را به تفکیک انواع آن گزارش کرده‌اند.

نسبت شیوع انواع آزار

از میان انواع خشونت نسبت به کودکان در خانواده، در برخی از مطالعات (زمانی فرد، ۱۳۸۴؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ دستجردی، ۱۳۸۴) خشونت جسمی و در تعدادی دیگر (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲) خشونت روانی بالاترین شیوع را داشته است. در هیچ مطالعه‌ای خشونت جنسی یا سهل‌انگاری بالاترین شیوع را نداشته است. کمترین شیوع در برخی مطالعات (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) مربوط به آزار جنسی و در برخی (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) مربوط به آزار جسمی و در یک مطالعه مربوط به سهل‌انگاری (زمانی فرد، ۱۳۸۴) بوده است.

شیوع آزار جسمی

شیوع آزار جسمی در مطالعات از ۱۷/۵ درصد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷) در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان تهران تا ۵۸/۲ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است. در استان‌ها شیوع خشونت جسمی از ۲۰/۲ درصد (میری و دیگران، ۱۳۸۴) در دانش‌آموزان دبیرستانی بم تا ۵۲/۸ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است.

شیوع آزار روانی

شیوع آزار روانی در مطالعات از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۹۱/۶ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در

آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است.

جمعیت عمومی: شیوع آزار جنسی در جمعیت عمومی از ۱۰

درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۴۲/۴ درصد در زنان شهر بابل (Faramarzi et al., 2005) گزارش شده است.

زنان باردار: شیوع آزار جنسی در بارداری از ۱۳/۸ درصد در

شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) تا ۴۴/۶ درصد در میوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) تخمین زده است. به این ترتیب، بالاترین رقم شیوع خشونت جنسی مربوط به دوران بارداری است.

انواع آزار جنسی

انواع آزار جنسی در مطالعات عبارت است از: قطع رابطه جنسی، رابطه جنسی اجباری و با زور و فشار، عدم رضایت جنسی زن از رابطه جنسی، و رابطه جنسی با روش‌های نامطلوب (رابطه غیرواژینال). مطالعات محدود بوده است، اما به نظر می‌رسد شایع‌ترین آزار جنسی برقراری رابطه جنسی اجباری و بدون رضایت زن است.

۵.۴. شاخص‌های وضعیت خشونت علیه کودکان در خانواده^۱

با توجه به محدودیت تعداد مطالعات، نبود مطالعات کشوری، تنوع جغرافیایی مطالعات، تنوع جمعیت مورد مطالعه از حیث سن، تنوع ابزار مورد استفاده، انواع متعدد آزار، و تمرکز مطالعات بر انواع متفاوتی از آزار کودکان، تعیین روند براساس نتایج مطالعات امکان‌پذیر نیست. مشخصات این مطالعات در جدول ۲ آمده است. شاخص‌های استخراج شده از مطالعات که در این بخش توضیح داده خواهند شد عبارت‌اند از: شیوع و بروز کلی آزار کودک، نسبت شیوع انواع آزار، شیوع آزار جسمی، جنسی، روانی، و سهل‌انگاری، جنسیت کودک، هویت فرد آزارگر، عوامل فردی و خانوادگی مرتبط شامل سن کودک، ویژگی‌های فردی و خانوادگی کودک، ویژگی‌های روانی والدین، بعد خانوار، طلاق والدین، و عوامل اجتماعی و

۱. اطلاعات این بخش از مرور ۲۰ مقاله و پایان‌نامه حاصل از مطالعات در تهران و شهرستان‌ها به دست آمده است، شامل ۱۱ مطالعه در تهران، یک مطالعه در شش شهر استان‌های آذربایجان شرقی و غربی، و یک مطالعه در هریک از شهرهای اصفهان، خرم‌آباد، نهاوند، سمنان، بم، اهواز، رفسنجان و کرمان. اکثریت قریب به اتفاق این مطالعات در کتاب *کودک‌آزاری* تألیف دکتر سعید مدنی قهفرخی (۱۳۹۰) به چاپ رسیده که نگارنده از آن در این بخش استفاده فراوان برده است.

وقوع می‌یابد. آزارگری هریک از افراد خانواده شامل پدر و مادر، برادر و خواهر، ناپدری و نامادری و حتی بستگان درجه دوم گزارش شده است، اما غالباً بستگان درجه یک، عمدتاً پدر، و پس از وی مادر و پس از آنها برادران، بیشترین خشونت را نسبت به کودکان اعمال کرده‌اند.

۶.۴. عوامل مرتبط با خشونت خانوادگی

عوامل فردی مرتبط با همسرآزاری

سن زن و مرد: در اغلب مطالعات، رابطه معناداری میان سن زن و وقوع خشونت علیه وی مشاهده شده است اما در برخی مطالعات با افزایش سن بر وقوع خشونت افزوده و در برخی از آن کاسته شده است. در مطالعه ملی خشونت علیه زنان نیز بالاترین فراوانی وقوع خشونت در مورد زنان ۵۹-۵۰ سال و کمترین فراوانی در مورد زنان ۲۴-۲۰ سال گزارش شده است (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳). بیشتر مطالعاتی که رابطه معنادار معکوس بین سن زن و فراوانی خشونت یا فراوانی بالاتر خشونت را در مورد زنان با سن کمتر نشان داده‌اند (افتخار و دیگران، ۱۳۸۳؛ ربانی و جوادیان، ۱۳۸۶؛ فرخ اسلاملو و بوشهری، ۱۳۸۶؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷) مربوط به زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مراجع حمایتی و قانونی هستند. براساس نتایج کلی مطالعات می‌توان نتیجه گرفت که فراوانی خشونت خانگی با افزایش سن زن بالاتر می‌رود. سن مرد نیز در بیشتر مطالعات رابطه معناداری با وقوع خشونت داشته است اما جهت این رابطه مشخص نیست.

مدت ازدواج: بیشتر مطالعات وجود رابطه‌ای معنادار را میان مدت ازدواج و فراوانی خشونت خانگی تأیید می‌کنند، هرچند در برخی مطالعات جهت رابطه مشخص نیست و در برخی نیز این رابطه مستقیم و در تعدادی معکوس ذکر شده است.

تعداد فرزندان: بیشتر مطالعات رابطه معناداری میان تعداد فرزندان و خشونت خانگی نشان می‌دهند اما جهت رابطه نامشخص یا در برخی مستقیم و در تعدادی معکوس است.

عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با همسرآزاری

تحصیلات زن و مرد: در اکثر مطالعات، رابطه‌ای معنادار و معکوس میان میزان تحصیلات زن و شیوع خشونت خانگی به معنی بالاتر بودن فراوانی خشونت خانگی با زنان بی‌سواد یا دارای

دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است. در صورت در نظر نگرفتن مطالعه نامداری (۱۳۸۲) با شیوع ۹۱/۶ درصد و مطالعه شهنی ییلاق و دیگران (۱۳۸۶) با شیوع ۷۰ درصد که بیشترین میزان‌های گزارش شده هستند، در سایر مطالعات، شیوع از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در نهاوند تا ۴۹/۴ درصد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷) در تهران برآورد شده است. در استان‌ها نیز شیوع از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در نهاوند تا ۹۱/۶ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در خرم‌آباد گزارش شده است.

شیوع آزار جنسی

شیوع خشونت جنسی در مطالعات از ۴/۴ درصد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵) در اصفهان و مربوط به کودکانی که با خط تلفن کودک‌آزاری تماس گرفته‌اند تا ۳۴/۱ درصد (محمدخانی، ۱۳۸۰) در کودکان مقطع راهنمایی شهر تهران گزارش شده است. شیوع در استان‌ها از ۴/۴ درصد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵) در اصفهان تا ۳۲/۵ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در کودکان مقطع راهنمایی خرم‌آباد برآورد شده است.

شیوع سهل‌انگاری

شیوع سهل‌انگاری از ۲۱/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۳۶/۴ درصد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷) در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران گزارش شده است. در استان‌ها شیوع از ۲۱/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۳۴ درصد (شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) در کودکان مقطع راهنمایی اهواز برآورد شده است.

جنسیت کودکان آزاردیده

نتایج مطالعات در خصوص شیوع خشونت در دو جنس متفاوت است و تعدادی از مطالعات شیوع کلی خشونت را در دختران و برخی در پسران بالاتر گزارش کرده‌اند. همچنین شیوع برخی انواع خشونت در دو جنس متفاوت ذکر شده اما به دلیل محدودیت تعداد مطالعات، جمع‌بندی از نتایج آنها مقدور نیست.

هویت فرد آزارگر

تعداد مطالعات اندک است اما نتایج همان تعداد نشان می‌دهد که بیشترین آزار نسبت به کودکان در خانه و به دست افراد خانواده

وقوع آزار روانی، دو مطالعه با تفاوت قابل توجه شیوع مربوط به مقطع راهنمایی است (شهینی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲). اما در مورد آزار جنسی و سهل انگاری، محدودیت تعداد مطالعات و تفاوت یافته‌های مربوط به گروه‌های سنی یکسان مانع از تشخیص الگوی واضح سنی در کودکان آزار دیده است.

ویژگی‌های جسمی و روانی- اجتماعی کودک: در تعدادی از مطالعات، ویژگی‌های جسمی و روانی- اجتماعی کودکان ارتباط معناداری با وقوع خشونت در خانواده نسبت به آنها داشته یا تفاوت معناداری میان این ویژگی‌ها در کودکان آزار دیده و غیرآزار دیده وجود داشته است. از جمله، در کودکان ناشنوا، وقوع کودک‌آزاری جسمی، جنسی و روانی تفاوت معناداری با کودکان عادی و حتی نابینا داشته است و از آنها بیشتر بوده است (جلالی‌فر، ۱۳۸۵). همچنین در برخی مطالعات (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ شهینی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ ممقانی و جوانمرد، ۱۳۸۶؛ عزیززاده، ۱۳۸۵) میان وقوع کودک‌آزاری و مشکلات روان‌شناختی کودکان مانند کمبود عزت نفس و سازگاری، اختلالات رفتاری، بیماری‌های روانی، و عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان رابطه معناداری مشاهده شده است اما جهت این رابطه مشخص نیست.

ویژگی‌های روانی والدین: براساس نتایج برخی مطالعات، شیوع بالایی از مشکلات جسمی و روانی در والدین کودکان آزار دیده مشاهده می‌شود (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ تقی‌خانی، ۱۳۸۱). همچنین مطالعات دیگری حاکی از ضعف سلامت عمومی والدین کودکان آزار دیده نسبت به کودکان غیرآزار دیده است (شهینی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) و تفاوت معناداری میان نیمرخ روانی والدین کودک‌آزار با دیگران دیده می‌شود (مقمقانی و جوانمرد، ۱۳۸۶). در تعدادی از مطالعات نیز میان وضعیت روانی والدین و وقوع کودک‌آزاری ارتباط معناداری وجود دارد (صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲).

بعد خانوار: مطالعات محدودی که بعد خانوار کودکان آزار دیده را مورد بررسی قرار داده‌اند نشان می‌دهند که فراوانی کودک‌آزاری در خانواده‌های با بعد خانوار بالاتر بیشتر است، اما این رابطه در برخی از مطالعات (محمدخانی، ۱۳۸۰؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) معنادار و در برخی (عزیززاده، ۱۳۸۵؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۰) معنادار نبوده است.

تحصیلات ابتدایی در مقایسه با زنان باسواد و دارای تحصیلات بالاتر، به خصوص تحصیلات دانشگاهی، مشاهده شده است. چهار مطالعه که رابطه را غیرمعنادار برآورد کرده‌اند (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ جعفرنژاد و دیگران، ۱۳۸۸؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷؛ هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) مربوط به دوران بارداری بوده است. در خصوص تحصیلات مرد نیز اکثر مطالعات وجود رابطه معنادار معکوس میان میزان تحصیلات شوهر و خشونت نسبت به زن را مورد تأیید قرار داده‌اند. به عبارت دیگر، براساس نتایج اکثر مطالعات، با افزایش تحصیلات زن و مرد، به‌ویژه برخورداری از تحصیلات دانشگاهی، از میزان خشونت علیه زنان در خانواده کاسته می‌شود. سه مطالعه‌ای که رابطه را غیرمعنادار برآورد کرده‌اند (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷؛ هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) مربوط به دوران بارداری است.

شغل زن و مرد: تعدادی از مطالعات بالاتر بودن فراوانی خشونت نسبت به زنان خانه‌دار را در مقایسه با زنان شاغل نشان داده‌اند. همچنین رابطه میان بیکاری مرد و خشونت نسبت به همسر در برخی مطالعات معنادار بوده و برخی مطالعات نیز رابطه معناداری میان نوع اشتغال و خشونت نسبت به همسر نشان داده‌اند.

وضعیت اقتصادی: در اکثر مطالعات، رابطه معنادار معکوس میان خشونت علیه زنان در خانواده و درآمد خانواده، به معنی شیوع بالاتر خشونت نسبت به همسر در خانواده‌های با درآمد پایین‌تر مشاهده شده است.

اعتیاد شوهر به مواد مخدر و/ یا الکل: وجود رابطه معنادار میان اعتیاد به مواد مخدر و/ یا الکل و اعمال خشونت نسبت به همسر در اکثر مطالعات تأیید شده است که به معنی تفاوت معنادار میان دو گروه مردان معتاد و غیرمعتاد در خشونت با همسر است.

عوامل فردی و خانوادگی مرتبط با کودک‌آزاری

سن کودک: مطالعاتی که شیوع پایین‌تری از آزار جسمی (۲۰/۲-۱۷/۵ درصد) را گزارش کرده‌اند (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴) مربوط به مقطع دبیرستان و مطالعات حاکی از شیوع بالاتر (۵۸/۲-۳۳ درصد) این نوع خشونت (نامداری، ۱۳۸۲؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ شهینی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ زمانی فرد، ۱۳۸۴) مربوط به مقطع راهنمایی هستند. در خصوص سن

که بین وقوع کودک‌آزاری یا انواعی از آن و اعتیاد پدر، مادر یا هر دو در خانواده رابطه معناداری وجود دارد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲).

۵. بحث و نتیجه‌گیری

۱.۵. خشونت علیه زنان

شیوع خشونت: در ایران، براساس نتایج مطالعات در تهران و شهرهای دیگر کشور، شیوع کلی خشونت نسبت به زنان در خانواده طیف گسترده‌ای را از ۱۷/۵ تا ۹۳/۶ درصد دربرمی‌گیرد. آمار شیوع خشونت در کشورها تا حد زیادی با نوع تعاریف استفاده‌شده از خشونت در مطالعات، معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان، چگونگی پرسشگری، و میزان رعایت رازداری در هنگام جمع‌آوری داده‌ها مرتبط است. طیف گسترده شیوع خشونت در ایران نیز می‌تواند عمدتاً نتیجه روش‌شناسی متنوع مطالعات از جمله تعاریف عملیاتی خشونت علیه زنان در حیطه‌های مختلف خشونت، جمعیت هدف مطالعات (زنان باردار، زنان غیرباردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی، زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها، زنان در جمعیت عمومی)، ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات مختلف، و تنوع شهرهای محل مطالعه باشد.

شیوع در زیرگروه‌های جمعیتی: در مطالعات جمع‌آوری‌شده در گزارش حاضر، شیوع کلی و شیوع انواع خشونت خانگی در کشور در دو گروه جمعیت عمومی و/یا زنان باردار مورد بررسی قرار گرفته است. در خصوص شیوع کلی در جمعیت عمومی، که زنان غیرباردار تحت پوشش یا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی را نیز شامل می‌شود، دو طیف مختلف شیوع ۳۵/۷-۴۶ درصد و ۶۲-۹۳/۶ درصد مشاهده می‌گردد. با توجه به آنکه مطالعات مربوط به تهران و استان‌ها و زنان جمعیت عمومی و زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی در هر دو گروه توزیع یکنواختی دارد، تفاوت دو طیف را می‌توان ناشی از تفاوت روش‌شناسی مطالعات از جمله ابزار یا تفاوت در شیوع در شهرهای مختلف دانست. نکته قابل توجه قرار داشتن مطالعه کشوری خشونت خانگی با حجم نمونه نزدیک به ۱۵ هزار نفر در دسته دوم مطالعات است که وزن نتایج را به سمت شیوع بالاتر سنگین می‌کند. شیوع خشونت نسبت به زنان باردار در بیشتر مطالعات این

طلاق والدین: براساس نتایج مطالعات محدودی، میان وقوع کودک‌آزاری یا بعضی انواع آن و طلاق والدین رابطه معناداری وجود دارد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵).

عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کودک‌آزاری

تحصیلات والدین: نتایج بیشتر مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که سطح تحصیلات والدین کودکان آزاردیده پایین‌تر از والدین کودکان غیرآزاردیده است و بی‌سوادی و تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان در خانواده‌های کودکان آزاردیده و تحصیلات دانشگاهی در خانواده‌های کودکان غیرآزاردیده بیشتر است (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲). نتایج تعدادی از مطالعات رابطه میان تحصیلات والدین و وقوع کودک‌آزاری یا بعضی انواع آن را معنادار (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲) و نتایج برخی دیگر این رابطه را غیرمعنادار نشان می‌دهد (زمانی فرد، ۱۳۸۴؛ عزیززاده، ۱۳۸۵).

شغل والدین: یافته‌های بیشتر مطالعات حکایت از آن دارد که شیوع کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که در آنها پدر بیکار و مادر خانه‌دار است بیشتر از خانواده‌های دارای پدر و مادر شاغل است (بهاری، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲). در برخی مطالعات رابطه میان اشتغال والدین و وقوع کودک‌آزاری یا برخی انواع آن معنادار بوده (محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صبحائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) و در برخی دیگر رابطه معناداری میان این دو دیده نشده است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ عزیززاده، ۱۳۸۵).

درآمد خانواده: نتایج بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که میان وضعیت درآمد خانواده کودکان و وقوع آزار یا انواعی از آن رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که با کاهش درآمد خانواده شیوع آزار کودکان افزایش می‌یابد (بهاری، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ شهنی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ خلاصه‌زاده و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲).

اعتیاد در خانواده: نتایج تعدادی از مطالعات حاکی از آن است

کوچک‌تر است. مطالعه سازمان جهانی بهداشت که در برخی مناطق جهان مانند بنگلادش و اتیوپی، شهرهای بزرگ و کوچک هر دو را مورد بررسی قرار داده است حکایت از بالاتر بودن کلی میزان شیوع خشونت جسمی و جنسی در شهرهای کوچک دارد که جمعیت روستایی بیشتری را در خود جا می‌دهند (WHO, 2005). مطالعات دیگری نیز تفاوت میزان شیوع خشونت در مناطق مختلف یک کشور را نشان داده‌اند، و این تفاوت‌ها را کمتر از تفاوت‌های بین‌کشوری برآورد کرده‌اند. از جمله، شیوع کتک خوردن زنان از شوه‌ران در دو منطقه ایالت اوتارپرادش هندوستان ۱۸ تا ۴۵ درصد و خشونت جنسی ۱۴ تا ۳۶ درصد گزارش شده است (ibid.).

شیوع انواع آزار: در این گزارش، بالاترین فراوانی در میان انواع آزار در کشور در کل و در جمعیت عمومی مربوط به آزار روانی و کمترین میزان متعلق به آزار جنسی بوده است. کمتر بودن گزارش شیوع آزار جنسی در جمعیت عمومی می‌تواند با عدم تمایل زنان به افشای مسائل جنسی خود در خانواده، تلقی ایشان از مفهوم آزار جنسی، و همچنین نوع سؤالات و چگونگی طرح آنها از جانب پرسشگر ارتباط داشته باشد. در میان انواع آزار، خشونت روانی در مقایسه با انواع جسمی و جنسی آزار بیشتر وابسته به برداشت‌های فردی از رفتار همسر و تحت تأثیر عوامل فرهنگی است. همچنین در خصوص بالاتر بودن شیوع خشونت روانی باید گفت احتمالاً خشونت روانی در بسیاری از موارد همراه با خشونت جسمی و جنسی اتفاق می‌افتد چنانکه تحقیر شدن جزء لاینفک بسیاری از موارد خشونت جسمی و جنسی نیز هست. مطالعات نیز همزمانی وقوع خشونت روانی و خشونت فیزیکی را نشان داده‌اند (WHO, 2002). در حقیقت، موارد منفرد خشونت جسمی و جنسی در مقایسه با موارد منفرد خشونت روانی بسیار کمتر است و خشونت جسمی و جنسی غالباً توأم با خشونت روانی اتفاق می‌افتد. در دوران بارداری، بالاترین فراوانی خشونت مربوط به آزار جنسی و روانی و کمترین فراوانی مربوط به آزار جسمی بوده است. بیشتر بودن گزارش آزار جنسی در دوران بارداری می‌تواند ناشی از حساسیت بالاتر زنان باردار نسبت به روابط جنسی غیرمعمول و اجباری در دوران بارداری یا وقوع بالاتر آن و کاهش گزارش آزار جسمی ناشی از کاهش واقعی آزار جسمی با توجه به وضعیت بارداری از سوی همسر باشد. همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، وقوع همزمان انواع خشونت شایع است و، علاوه بر موارد منفرد خشونت روانی، خشونت

گزارش از ۴۸/۶ تا ۶۷/۵ درصد برآورد شده است. هرچند تقریباً همه مطالعات مربوط به شیوع خشونت نسبت به زنان باردار مذکور در این گزارش نمونه‌های خود را از میان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی انتخاب کرده‌اند که شیوع در آنها بالاتر به نظر می‌رسد و امکان مقایسه آن با میزان شیوع خشونت با زنان باردار در جمعیت عمومی فراهم نیست، در مجموع، میزان شیوع خشونت در دوران بارداری نزدیک به میزان شیوع آن در جمعیت عمومی و غیرباردار به نظر می‌رسد. گازماراریان و همکارانش، در مرور ۱۴ مطالعه در ایالات متحده در مورد خشونت خانگی با زنان باردار، به شیوع ۰/۹۲۰/۱ درصد دست یافتند (Jasinski, 2004). مطالعه دیگری در انگلستان شیوع خشونت در دوره بارداری را ۳ درصد برآورد کرده است (Bacchusa et al., 2004). تعدادی از مطالعات نیز شیوع خشونت در دوران بارداری را ۱۷-۵/۵ درصد برحسب جمعیت مورد مطالعه و روش‌شناسی مطالعه گزارش کرده‌اند، با تأکید بر اینکه برخی موارد خشونت در دوران بارداری هیچ‌گاه گزارش نشده است (WHO, 2006a). در مورد شیوع خشونت در دوران بارداری، تفاوت داده‌ها به جنبه‌های روش‌شناختی مطالعات نسبت داده شده است. از جمله، مطالعاتی که در محیط‌های درمانی انجام شده‌اند شیوع بالاتری از خشونت در دوران بارداری را در مقایسه با جمعیت عمومی نشان می‌دهند (ibid.). اگرچه پاره‌ای از مطالعات افزایش شیوع خشونت خانگی را در دوران بارداری نشان داده‌اند، براساس تحلیل نتایج چند مطالعه ملی در امریکا که خشونت نسبت به زنان باردار و غیرباردار را مقایسه کرده‌اند، خطر خشونت خانگی در دوران بارداری افزایش نمی‌یابد و زنان باردار بیش از زنان غیرباردار قربانی خشونت نمی‌شوند. اما این مطالعات برای ارزیابی تفاوت خشونت در دوران بارداری طراحی نشده و هیچ‌یک کاهش خشونت در بارداری را نیز نشان نداده‌اند (Jasinski, 2004).

محدودیت تعداد مطالعات مربوط به شیوع خشونت در زیرگروه‌ها مانند شهرهای کوچک و بزرگ سبب می‌گردد تا برآورد دقیق شیوع خشونت در زیرگروه‌های مختلف جمعیتی و مقایسه میان آنها دشوار گردد. از جمله اینکه غالب شهرهای مورد بررسی در مطالعات شیوع کلی خشونت مراکز استان‌ها بوده‌اند، لیکن با مقایسه نتایج مطالعات در تهران و سایر استان‌ها به نظر می‌رسد که دامنه شیوع خشونت در تهران در مقایسه با سایر استان‌ها

خشونت در مناطق مختلف جهان، به‌ویژه تفاوت‌های کوچک‌تر، به روش‌شناسی متفاوت مطالعات نسبت داده می‌شود، عوامل مرتبط با شیوع خشونت نیز مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. به نظر می‌رسد که مجموعه‌ای از عوامل فردی، موقعیتی، اجتماعی و فرهنگی در بروز خشونت نقش دارند.

در ارتباط با عوامل فردی مرتبط با وقوع خشونت خانگی و براساس نتایج تعدادی از مطالعات مذکور در این گزارش، با افزایش سن زنان بر شیوع خشونت با آنان افزوده می‌شود. این مطلب بیانگر آن است که خشونت خانگی طولانی‌مدت و تکرارشونده است. این یافته در تضاد با نتایج مطالعات خارج از ایران است که غالباً بالاترین شیوع خشونت را مربوط به زنان با سن کمتر دانسته‌اند (WHO, 2002, 2005). از آنجا که، براساس برخی شواهد مربوط به زنان مراجعه‌کننده به مراجع قانونی، با افزایش سن از میزان گزارش خشونت کاسته می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که زنان جوان‌تر بیشتر به مراکز حمایتی و قانونی مراجعه می‌کنند و با افزایش سن از میزان این مراجعات کاسته می‌شود. به این ترتیب، احتمالاً هرچه زمان بیشتری از ازدواج و تداوم خشونت می‌گذرد، زنان کمتر از حمایت‌های رسمی استفاده می‌کنند.

براساس نتایج این گزارش، با افزایش میزان تحصیلات زن و مرد، به‌ویژه تا سطح تحصیلات دانشگاهی، از شیوع خشونت خانگی کاسته می‌شود. همچنین زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل مورد خشونت قرار می‌گیرند و بیکاری مردان نیز با افزایش شیوع خشونت خانگی همراه است. نتایج گزارش جهانی خشونت و سلامت نیز حاکی از آن است که تحصیلات پایین از عوامل همراه خشونت مردان نسبت به شریک جنسی خود است (WHO, 2002). در سایر کشورها هم وقوع خشونت با افزایش سطح تحصیلات زنان کاهش می‌یابد و زنان شاغل و دارای درآمد، کمتر از زنان خانه‌دار و بدون درآمد مورد خشونت واقع می‌شوند (WHO, 2000, 1999; Mirrlees-Black, 2005). به نظر می‌رسد که افزایش میزان تحصیلات زنان، با افزایش استقلال و خودمختاری و امکان کسب درآمد، و از طریق انتخاب همسر و مهار خشونت علیه زن در زندگی مشترک، عامل محافظت‌کننده‌ای در مقابل خشونت محسوب می‌گردد.

در این گزارش، شیوع خشونت خانگی با وضعیت اقتصادی خانواده نیز ارتباط معنادار دارد و با کاهش درآمد خانواده بر وقوع خشونت خانگی افزوده می‌شود. مطالعه سلامت و توسعه نیوزیلند،

فیزیکی نیز در بسیاری از موارد با آزار روانی همراه است (WHO, 2000, 2002). نتایج مطالعه راتنر^۱ در کانادا نشان می‌دهد که ۹۳ درصد زنانی که خشونت جسمی را تجربه کرده‌اند، همزمان خشونت روانی را نیز گزارش کرده‌اند. در مطالعه السبرگ^۲ در نیکاراگوئه نیز همزمانی خشونت روانی با جسمی ۹۴ درصد و خشونت جنسی و جسمی ۳۶ درصد ذکر شده است. مطالعه چند کشوری سازمان جهانی بهداشت شیوع خشونت روانی را ۷۵-۲۰ درصد گزارش کرده است که در مقایسه با سایر انواع خشونت بالاتر به نظر می‌رسد (WHO, 2005).

شیوع آزار جسمی در گزارش حاضر ۵۵/۶ - ۸/۵ درصد در شهرهای مختلف کشور برآورد شده است. اگرچه دامنه شیوع خشونت جسمی در تهران تاحدودی کوچک‌تر از استان‌هاست، در مجموع تفاوت قابل توجهی میان تهران و استان‌ها در شیوع خشونت جسمی دیده نمی‌شود. شیوع آزار روانی نیز در این مطالعه ۹۱-۲۹ درصد گزارش شده است. همچنین شیوع خشونت جنسی ۴۴/۶ - ۱۰ درصد تخمین زده شده است که میزان آن در استان‌ها از تهران بالاتر است. در تفسیر اغلب نتایج مربوط به آزار جنسی و آزار روانی، محدودیت تعداد مطالعات را در تهران همواره باید در نظر داشت. چنانکه پیش‌تر نیز در مورد شیوع کلی خشونت گفته شد، تفاوت میزان شیوع تا حد زیادی متأثر از جنبه‌های روش‌شناختی مطالعات است. در مطالعات جهانی هم تفاوت در میزان شیوع انواع خشونت در مناطق مختلف یک کشور مشاهده شده است. در حالی که میزان شیوع تمام عمر خشونت جسمی و جنسی شریک جنسی نسبت به زنان در مناطق شهری بنگلادش به ترتیب ۴۰ و ۳۷ درصد گزارش شده است، این میزان در مناطق روستایی به ترتیب ۴۲ و ۵۰ درصد است که شیوع بالاتر خشونت جنسی را در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری نشان می‌دهد. در تایلند نیز میزان شیوع خشونت جسمی و جنسی در مناطق شهری به ترتیب ۲۳ و ۳۰ درصد و در مناطق روستایی ۳۴ و ۲۹ درصد گزارش شده است که شیوع بالاتر خشونت جسمی را در مناطق روستایی نشان می‌دهد (ibid.).

عوامل مرتبط با خشونت خانگی: هرچند تفاوت میزان شیوع

1. Rutner

2. Elsborg

که یکی از معدود مطالعات طولی هم‌گروهی در زمینه خشونت علیه زنان است، نشان می‌دهد که فقر خانواده در دوران کودکی با کاهش دستیابی به امکانات تحصیلی و بزهکاری همراه با خشونت در نوجوانی یکی از مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های خشونت مردان نسبت به همسر در سنین بالاتر است (WHO, 2002). پیمایش جرم در بریتانیا نیز شیوع بالاتر خشونت علیه زنان در خانواده‌های با درآمد پایین را نشان می‌دهد (Mirrlees-Black, 1999).

وجود رابطه معنادار میان اعتیاد به مواد مخدر و/یا الکل و خشونت‌ورزی با همسر یا تفاوت معنادار میان دو گروه مردان معتاد و غیرمعتاد در اعمال خشونت نسبت به همسر نیز در اکثر مطالعات این گزارش تأیید شده است. مطالعه در خصوص رابطه مصرف مواد مخدر و اعمال خشونت در سایر کشورها در مقایسه با ایران کمتر از الکل بوده اما مطالعات فراوانی در سراسر جهان رابطه میان مصرف الکل و خشونت را مورد تأیید قرار داده‌اند. مطالعات مبتنی بر جمعیت در کشورهای برزیل، کامبوج، کانادا، شیلی، کاستاریکا، السالوادور، هند، اندونزی، افریقای جنوبی، اسپانیا، و ونزوئلا رابطه میان اعمال خشونت و مصرف الکل را در مردان نشان داده‌اند (WHO, 2002).

۲.۵. خشونت علیه کودکان

شیوع انواع خشونت: در این گزارش، محدودیت تعداد مطالعاتی که شیوع کلی آزار کودکان را برآورد کرده باشند مانع از ارائه آماری از شیوع کلی است، لیکن شیوع انواع خشونت نسبت به کودکان گزارش شده است. با این حال، در تفسیر نتایج مطالعات، محدودیت تعداد آنها را در همه موارد باید در نظر داشت.

شیوع خشونت جسمی نسبت به کودکان در این مطالعه از ۱۷/۵ تا ۵۲/۸ درصد در مناطق مختلف کشور گزارش شده است. آمارهای میزان شیوع خشونت جسمی با کودکان در سراسر جهان نیز براساس مطالعات جمعیت عمومی متفاوت است. در جهان و براساس داده‌های مطالعات، ۹۵-۸۰ درصد کودکان در خانه خود مورد تنبیه بدنی قرار می‌گیرند و در حدود یک‌سوم آنها تنبیه شدید بدنی با وسیله را تجربه می‌کنند (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۲). در مصر، ۳۷ درصد کودکان گزارش کرده‌اند که از والدین خود کتک می‌خورند و ۲۶ درصد آسیب‌های شدید مانند شکستگی را تجربه کرده‌اند. در جمهوری کره، ۴۵ درصد والدین لگد زدن به کودکان و

کتک زدن آنان را به عنوان تنبیه گزارش کرده‌اند. در رومانی، ۵۰ درصد والدین گفته‌اند که مرتب کودکانشان را می‌زنند. تفاوت در مناطق مختلف یک کشور نیز دیده می‌شود به طوری که در اتیوپی، ۲۱ درصد کودکان شهری و ۶۴ درصد کودکان روستایی کبودی و تورم ناشی از کتک خوردن از والدین را گزارش کرده‌اند (WHO, 2002).

شیوع آزار جنسی در کشور در این مطالعه ۴/۴-۳۴/۱ درصد گزارش شده است. در مطالعات سایر کشورها نیز تنوع قابل توجهی در آمارهای شیوع خشونت دیده می‌شود. این تنوع، علاوه بر تعاریف، به منابع متفاوت جمع‌آوری داده‌ها که در برخی کودکان، تعدادی نوجوانان و بزرگسالان، و در بعضی والدین بوده‌اند نسبت داده شده است. برای مثال، در مطالعه‌ای در رومانی، گزارش کودکان از تجربه خشونت جنسی ۹/۱ درصد و گزارش والدین از اعمال خشونت جنسی نسبت به فرزندان خود ۰/۱ درصد ذکر شده است (ibid.). در این مطالعه، برخی داده‌ها از کودکان سنین مختلف و تعدادی از بزرگسالان و در ارتباط با تجربه آزار در دوران کودکی گرفته شده است. براساس نتایج مطالعات منتشرشده، شیوع آزار جنسی در مردان ۱۹-۱ درصد و در زنان ۴۵-۹ درصد گزارش شده است و تفاوت‌ها ناشی از اختلاف واقعی شیوع در فرهنگ‌های مختلف و تفاوت روش‌های اجرای مطالعات دانسته شده است (ibid.). همچنین مطالعه سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته نشان داده است که ۱ تا ۲۱ درصد زنان قبل از ۱۵ سالگی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و در اکثریت موارد آزار به دست مردان خانواده صورت گرفته است (WHO, 2005).

شیوع آزار روانی در کشور نیز در این مطالعه طیف وسیعی از ۲۴/۵ تا ۹۱/۶ درصد داشته است. در خصوص آمارهای سایر کشورها باید گفت که، در مقایسه با خشونت جسمی و جنسی، توجه کمتری در مطالعات به خشونت روانی معطوف شده است. شیوع سهل‌انگاری در کشور در این مطالعه ۳۶/۴-۲۱/۵ درصد تخمین زده شده است. براساس نتایج دیگر مطالعات، کودکان بسیاری در جهان در معرض آزارهای روانی و سهل‌انگاری قرار می‌گیرند اما شیوع آن مشخص نیست. با این حال، در برخی کشورها، سهل‌انگاری بیشترین نوع بدرفتاری با کودکان را تشکیل می‌دهد (WHO, 2006b). به دلیل اختلاف تعاریف و نبود قوانینی که گزارش موارد سهل‌انگاری را اجباری کند، تخمین میزان شیوع

تشخیص الگوی سنی واضحی در کودکان آزار دیده شده است. در بسیاری از مطالعات، بخشی از آسیب پذیری کودکان در برابر خشونت خانگی اعم از جسمی، جنسی و حتی سهل انگاری به سن آنان مربوط دانسته شده است. بیشترین موارد خشونت منجر به مرگ در برخی کشورها مانند فیجی، سنگال، فنلاند و آلمان در کودکان زیر ۲ سال اتفاق افتاده است. کودکان سنین بالاتر بیشتر در معرض خطر خشونت های غیرمرگبار هستند اما سن وقوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است. مثلاً سن تجربه بیشترین خشونت جسمی در چین ۶-۳ سال، در هند ۱۱-۶ سال و در امریکا ۱۲-۶ سال ذکر شده است. شیوع آزار جنسی با نزدیک شدن به سن بلوغ افزایش می یابد و بیشترین میزان آن مربوط به دوران نوجوانی است (ibid.). در گزارش سالیانه بدرفتاری با کودکان در امریکا نیز بیشترین قربانیان را کودکان با سن پایین تر تشکیل می دهند و با افزایش سن از فراوانی قربانیان کاسته می شود (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

در تعدادی از مطالعات مذکور در این گزارش، ارتباط معناداری میان ویژگی های جسمی و روانی- اجتماعی کودکان و وقوع خشونت در خانواده نسبت به آنان وجود دارد یا، به عبارت دیگر، تفاوت معناداری میان این ویژگی ها در کودکان آزار دیده و غیرآزار دیده وجود داشته است. در راهنمای عمل و جمع آوری شواهد سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری از کودک آزاری، برخی ویژگی های کودکان از عوامل خطرزای مرتبط با کودک آزاری دانسته شده، از جمله در کودکان دارای نیازهای گسترده مانند کودکان زودرس، کودکانی که گریه مداوم دارند، کودکان دچار ناتوانی های جسمی و روانی و کودکان مبتلا به بیماری های مزمن (WHO, 2006b). گزارش خشونت و سلامت هم کودکان زودرس، دوقلوها و کودکان معلول را در معرض خطر بالاتر آزار جسمی و سهل انگاری می داند. اما یافته ها در مورد اهمیت عقب ماندگی ذهنی متناقض اند. این عقیده وجود دارد که در کودکان کم وزن، زودرس، بیمار یا معلول جسمی و ذهنی، دلبستگی شدید کودک به والدین وی را نسبت به خشونت آسیب پذیر می کند. با این حال به نظر نمی رسد که این خصوصیات، با در نظر گرفتن عوامل دیگر چون متغیرهای والدین و عوامل اجتماعی، عوامل خطر مهمی محسوب شوند (WHO, 2002).

براساس نتایج مطالعات محدودی در کشور، بیشترین آزار نسبت

مسئله یا مقایسه آن با سایر کشورها دشوار است. برای مثال، براساس نتایج یک مطالعه در کنیا، ترک کردن کودک و سهل انگاری شایع ترین جنبه کودک آزاری را از دید بزرگسالان تشکیل می دهد و ۲۱ درصد کودکان سهل انگاری نسبت به خود را گزارش کرده اند (WHO, 2002).

عوامل مرتبط با آزار کودکان: در این گزارش، تعدادی از مطالعات شیوع کلی خشونت را در دختران و برخی در پسران بالاتر گزارش کرده اند. همچنین شیوع برخی انواع خشونت در دو جنس متفاوت ذکر شده اما، به دلیل محدودیت تعداد مطالعات، جمع بندی نتایج آنها مقدور نیست. در بیشتر کشورها دختران بیش از پسران در معرض نوزادکشی، آزار جنسی، سهل انگاری تحصیلی و تغذیه ای و روسپی گری اجباری قرار می گیرند (ibid.). در برخی مطالعات، شیوع آزار جنسی نسبت به دختران ۱/۵ تا ۳ برابر بیش از پسران گزارش شده است. در بعضی کشورها، دختران اجازه رفتن به مدرسه را ندارند یا برای نگهداری از خواهران و برادران کوچک تر خود یا کمک به اقتصاد خانواده در خانه نگاه داشته می شوند (ibid.). اما در گزارش سالیانه بدرفتاری با کودکان در ایالات متحده، شیوع خشونت نسبت به دختران و پسران تقریباً مساوی ذکر شده است به طوری که ۴۸/۳ درصد قربانیان بدرفتاری پسر و ۵۱/۳ درصد آنها دختر بوده اند (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). دختران بیشتر از پسران در معرض نوزادکشی قرار دارند و پسران مورد تنبیه های بدنی خشن تری نسبت به دختران قرار می گیرند. علت این امر ممکن است آماده سازی پسران برای پذیرش نقش ها و مسئولیت های بزرگسالی یا ناشی از این عقیده باشد که پسران نیاز به سختگیری جسمی بیشتری دارند. شکاف قابل ملاحظه فرهنگی میان جوامع مختلف در زمینه نقش ها و ارزش های مربوط به زنان، مردان و کودکان می تواند تا حد زیادی تفاوت های موجود را توضیح دهد (WHO, 2002).

در این گزارش، مطالعاتی که شیوع پایین تری از آزار جسمی (۲/۲۰-۱۷/۵ درصد) را در کشور گزارش کرده اند مربوط به مقطع دبیرستان و مطالعات حاکی از شیوع بالاتر (۲/۵۸-۳۳ درصد) مربوط به مقطع راهنمایی هستند. در خصوص سن وقوع آزار روانی، دو مطالعه با تفاوت قابل توجه شیوع مربوط به مقطع راهنمایی است. در مورد آزار جنسی و سهل انگاری، محدودیت تعداد مطالعات و تفاوت یافته های مربوط به گروه های سنی یکسان مانع از

حکایت از آن دارد که شیوع کودک‌آزاری در خانواده‌های دارای پدر بیکار بیشتر از خانواده‌های با پدر شاغل است. همچنین سطح تحصیلات والدین کودکان آزاردیده پایین‌تر از والدین کودکان غیرآزاردیده است و بی‌سوادی و سطح تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان در خانواده‌های کودکان آزاردیده و تحصیلات دانشگاهی در خانواده‌های کودکان غیرآزاردیده بیشتر است.

بسیاری از یافته‌های مطالعات مربوط به خشونت خانگی در ایران با یافته‌های مطالعات انجام‌شده در دیگر کشورهای جهان هماهنگی دارد و خشونت نسبت به زنان و کودکان در ایران با سایر کشورهای جهان مشابهت‌های فراوان دارد. در داخل کشور تفاوت‌های قابل توجهی در میزان شیوع کلی و انواع خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده وجود دارد، لیکن عوامل مرتبط با خشونت در مطالعات داخل کشور و سایر کشورها مشابه به نظر می‌رسند. در تحلیل کلیه نتایج این مطالعات، تنوع روش‌شناسی و جمعیت‌های هدف مطالعات و محدودیت تعداد آنها همچنین نقاط ضعف طراحی و اجرای مطالعات باید در نظر گرفته شوند.

منابع

- آقاخانی، کامران، عباس آقابیکلویی و علی چهره‌ای. (۱۳۸۱)، «بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران در پاییز ۱۳۷۹»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ش ۳۱.
- احمدی، بتول، معصومه علی‌محمدیان، بنفشه گلستان، سیدعباس باقری یزدی و داوود شجاعی‌زاده. (۱۳۸۵)، «تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۴، ش ۲.
- احمدی، بتول، سیمین ناصری، معصومه علی‌محمدیان، محسن شمس، زینب رنجبر، مامک شریعت، عزیزه ابراهیم‌پور، ابوالقاسم پوررضا، محمود محمودی و مسعود یونس‌یان. (۱۳۸۷)، «دیدگاه زنان و مردان تهرانی و صاحب‌نظران درباره خشونت خانگی علیه زنان در ایران: یک پژوهش کیفی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۶، ش ۲.
- افتخار، حسن، حسین کاکویی، آمنه ستاره فروزان و منیر برادران افتخاری. (۱۳۸۳)، «ویژگی‌های فردی قربانیان همسرآزاری در مراجعین به مراکز سازمان پزشکی قانونی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲.
- امینی، آر.ش. (۱۳۸۰)، بررسی شیوع سابقه سوءرفتار جسمی و جنسی در یکصد بیمار بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم

به کودکان در خانه و به دست افراد خانواده صورت می‌گیرد و غالباً بستگان درجه اول، عمدتاً پدر و پس از وی مادر و پس از آنها برادران، بیشترین خشونت را نسبت به کودکان اعمال کرده‌اند. در امریکا، ۳۹ درصد موارد خشونت با کودک را مادر به تنهایی، ۱۸ درصد را پدر به تنهایی، و ۱۸ درصد را هر دو با هم مرتکب می‌شوند (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). از سویی، فرد آزارگر برحسب نوع آزار متفاوت است. در چین، شیلی، فنلاند، هند و ایالات متحده گزارش شده است که زنان بیش از مردان از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند. در کنیا نیز کودکان آزار بیشتری را از سوی مادر گزارش کرده‌اند. مردان بیشتر عامل ضربه‌های خطرناک به سر، آزارهای منجر به شکستگی و سایر آسیب‌های کشنده هستند (WHO, 2002). مرتکبین آزار جنسی دختران و پسران در بسیاری از کشورها عمدتاً مردان هستند که در مورد قربانیان دختر به بیش از ۹۰ درصد موارد می‌رسد (ibid.).

براساس نتایج برخی مطالعات در ایران، شیوع بالایی از مشکلات جسمی و روانی در والدین کودکان آزاردیده مشاهده می‌شود. در مطالعات مربوط به کشورهای دیگر نیز برخی خصوصیات شخصیتی و رفتاری با آزار و سهل‌انگاری نسبت به کودکان مرتبط دانسته شده است. والدینی که با احتمال بالاتری کودکان خود را مورد آزار قرار می‌دهند اعتماد به نفس پایین‌تر، کنترل کمتر بر تکانه‌ها، و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری دارند. مطالعات نشان داده‌اند که والدین آزارگر کم‌اطلاع‌اند و انتظارات غیرواقعی از رشد کودکان دارند. آنها خشم و رنجش بیشتری در برابر رفتارها و خلق کودکان خود نشان می‌دهند و کمتر نسبت به آنان حمایت‌کننده، مهربان، سرزننده و علاقه‌مندند و بیشتر خشن و کنترل‌کننده هستند (ibid.).

مطالعات متعددی در بسیاری از کشورها ارتباط قوی میان فقر و بدرفتاری با کودکان نشان داده‌اند. شیوع آزار در جوامع دارای سطوح بالاتر بیکاری و فقر بیشتر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فقر مزمن از طریق تأثیر بر رفتار والدین و دسترسی اندک به منابع جامعه بر کودکان تأثیرگذار است (WHO, 2000). در این گزارش نیز نتایج بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که میان وضعیت درآمدی خانواده کودکان و وقوع آزار با انواعی از آن رابطه معناداری وجود دارد به طوری که با کاهش درآمد خانواده، میزان شیوع آزار کودکان افزایش می‌یابد. به علاوه، یافته‌های بیشتر مطالعات

جلالی‌فر، صدیق. (۱۳۸۵)، مقایسهٔ کودک‌آزاری و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان دختر و پسر عادی و استثنایی (نابینا و ناشنوا) مقطع راهنمایی شهر تهران، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

جوکار، اعظم، سکینه گرمزئاد و محبوبه شریفی. (۱۳۸۴)، «بررسی شیوع سوءرفتار و برخی عوامل مؤثر در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج ۱۳۸۲»، *ارمغان دانش*، ش ۳۷.

خسروی، زهره و میترا خاقانی فرد. (۱۳۸۳)، «بررسی رابطهٔ همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر»، *مطالعات زنان*، س ۲، ش ۶.

خسروی، فرنگیس، لیلا هاشمی نسب و محمد عبداللهی. (۱۳۸۷)، «بررسی شیوع و پیامدهای همسرآزاری در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سمنان در سال ۱۳۸۵»، *مجلهٔ پزشکی ارومیه*، س ۱۹، ش ۱.

خسروی‌زادگان، فاطمه، فاطمه عزیزی، زهرا خسروی‌زادگان و محمدرضا مرواریدی. (۱۳۸۶)، «بررسی ابعاد جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی خشونت علیه زنان در استان بوشهر»، *طب جنوب*، س ۱۰، ش ۱.

خلاصه‌زاده، گلرسته، حمید بخشی، محمد ناظر، احمدرضا صیادی، مسعود پورغلامی و عبدالحمید ربانی. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۸۳»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دورهٔ ۶، ش ۱.

دستجردی، قاسم. (۱۳۸۴)، ارتباط بین انواع سوءاستفادهٔ دوران کودکی (کودک‌آزاری) و استفاده از مواد در دوران جوانی و بزرگسالی، پایان‌نامهٔ دکتری اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

دولتیان، ماهرخ، صدیقه امیرعلی‌اکبری، ناصر ولایی، محمود حجاران و مهدی بینا. (۱۳۸۰)، «بررسی عوارض کوتاه‌مدت ناشی از ضرب و جرح در خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی تهران، ۱۳۷۷-۷۸»، *پژوهنده*، دورهٔ ۶، ش ۴.

دولتیان، ماهرخ، مریم قراچه، محبوبه احمدی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷ الف)، «پیامدهای بهداشتی مرتبط با سوءرفتار همسر در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر گچساران در سال ۱۳۸۶»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی قم*، دورهٔ ۲، ش ۴.

دولتیان، ماهرخ، کژال حسامی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷ ب)، «بررسی رابطهٔ خشونت در بارداری با افسردگی پس از زایمان»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی کردستان*.

دولتیان، ماهرخ، کژال حسامی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷ ج)، «بررسی رابطهٔ خشونت خانگی با وضعیت شیردهی»، *نشریهٔ دانشکدهٔ پزشکی و مامایی شهید بهشتی*.

پزشکی ایران، پایان‌نامهٔ دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

انصاری، حسین، ظفر پریسای، ابراهیم رحیمی و فاطمه رخشانی. (۱۳۸۷)، «ارتباط خشونت‌های دوران بارداری با کم‌وزنی هنگام تولد نوزادان: مطالعهٔ مورد شاهدی»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی جهرم*، دورهٔ ۶، ش ۲.

بختیاری، افسانه و نادیا امیدبخش. (۱۳۸۲ الف)، «بررسی مقایسه‌ای زمینه‌ها و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی شهر بابل»، *فصلنامهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، س ۷، ش ۴.

_____ (۱۳۸۲ ب)، «بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۱.

بداغ‌آبادی، مهین. (۱۳۸۴)، «بررسی پیامد حاملگی در قربانیان خشونت مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار»، *مجلهٔ دانشکدهٔ علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دورهٔ ۱۲، ش ۳.

_____ (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع خشونت و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار»، *مجلهٔ پزشکی هرمزگان*، س ۱۱، ش ۱.

بلالی‌میبدی، فاطمه و مهدی حسنی. (۱۳۸۸)، «فراوانی خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان»، *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۵، ش ۳.

بهاری، رقیه. (۱۳۸۵)، بررسی عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری جسمی کودکان دختر و پسر در بین ارجاع‌شدگان به مراکز مداخله در بحران (۶ مرکز) در سال ۱۳۸۵ شهر تهران، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۴)، «بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی»، *دانشور*، ش ۱۳.

پورنقاش تهرانی، سید سعید و آناهیتا تاشک. (۱۳۸۶)، «بررسی و مقایسهٔ انواع خشونت خانوادگی در زنان و مردان در تهران»، *مطالعات روان‌شناختی*، س ۳، ش ۳.

تقی‌خانی، شیلا. (۱۳۸۱)، بررسی ویژگی‌های خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی، روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس والدین کودک‌آزار، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهرا.

جعفرنژاد، فرزانه، وحیده مقدم حسینی، عاطفه سلطانی‌فر و سعید ابراهیم‌زاده. (۱۳۸۸)، «بررسی ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار»، *مجلهٔ دانشکدهٔ علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دورهٔ ۱۶، ش ۱.

جلالی، داریوش، اصغر آقایی و جهان‌بخش رهبریان. (۱۳۸۵)، «بررسی خشونت تجربه‌شده در زنان دارای همسر معتاد»، *مطالعات زنان*، س ۴، ش ۲.

ربانی، رسول و سید رضا جوادیان. (۱۳۸۶)، «بررسی رفتار زنان در برابر خشونت شوهر» *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ش ۲۵.

رزاقی، عمران محمد، محسن نقوی، گلایل اردلان و سید عباس باقری یزدی. (۱۳۸۰)، *بررسی برخی از اشکال کودک‌آزاری در شهرستان سمنان و عوامل مؤثر بر آن*، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت روان.

رفیعی فر، شهرام و سعید پارسی نیا. (۱۳۸۰)، *خشونت علیه زنان*، تهران، تندیس.

زرگر، فاطمه و حمیدظاهر نشاط‌دوست. (۱۳۸۵)، «بررسی عوامل جمعیت‌شناختی و خانوادگی مؤثر در بروز کودک‌آزاری در شهر اصفهان»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۶.

زمانی فرد، مراد. (۱۳۸۴)، *شناسایی انواع بدرفتاری‌های والدین با کودکان در شهر نهاوند در سال تحصیلی ۸۴-۸۳*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۵)، *مجموعه اسناد ملی توسعه در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، ج ۲، تهران.

سازمان ملل متحد. (۲۰۰۲)، «گزارش کارشناس مستقل برای مطالعه سازمان ملل در زمینه خشونت علیه کودکان»، تهران، دفتر صندوق حمایت کودکان سازمان ملل متحد در ایران (یونیسف) با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سجادی، حمیرا، سعید مدنی و مروئه وامقی. (۱۳۸۸)، *مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سیاری، علی‌اکبر، سید عباس باقری یزدی، بهروز جلیلی، کتایون خوشابی، داوود شاه‌محمدی، فرید ایمان‌زاده و حسن کرمی. (۱۳۸۰)، «بررسی کودک‌آزاری جسمانی در مراجعین سه درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران»، *توانبخشی*، ش ۶ و ۷.

سیف ربیعی، محمدعلی، فهیمه رضانی‌تهرانی و زینت نادیا حتمی. (۱۳۸۱)، «همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن»، *پژوهش زنان*، دوره ۱، ش ۴.

شادی‌طلب، ژاله. (۱۳۸۵)، *بررسی و تحلیل قوانین، مقررات و تجارب دادگاه‌ها در زمینه کنترل خشونت مبتنی بر جنسیت*، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.

شعبانی، سعید، نسرین منصورنیا، محمدعلی منصورنیا و نغمه‌السادات بحرانی. (۱۳۸۷)، «بررسی عوامل مؤثر بر همسرآزاری در زنان ارجاع‌شده به پزشکی قانونی شهر کرج در سال ۱۳۸۴»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، س ۱۸، ش ۴.

شمس اسفندآباد، حسن و سوزان امامی‌پور. (۱۳۸۲)، «بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن» *پژوهش زنان*، دوره ۱، ش ۵.

شهاب، آذرمدخت. (۱۳۸۴)، *مقایسه نیم‌رخ روان‌شناختی، وضعیت اجتماعی-*

اقتصادی والدین کودک‌آزار با والدین غیرکودک‌آزار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

شهینی بیلاق، منیجه، نیلوفر میکائیلی، حسین شکرشکن و جمال حقیقی. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت‌شناختی در دانش‌آموزان دختر آزاردیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره ۳، س ۱۴، ش ۱ و ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس و بهناز بهنام. (۱۳۸۳ الف)، «بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان (۱۳۸۲)» *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، دوره ۶، ش ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس، بهناز بهنام و شهلا حقیقت. (۱۳۸۳ ب)، «بررسی عوامل مؤثر در بروز خشونت خانگی و روش‌های مقابله با آن از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۳.

صالحی، شهریار و حسینعلی مهرعلیان. (۱۳۸۵)، «بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان شهرکرد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره ۸، ش ۲.

صحبائی، فائزه، اقدس دواچی، زراعتی و زهرا نجفی. (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه عوامل خانوادگی، روانی و اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۱۶، ش ۱.

عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲)، «بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه»، *مطالعات زنان*، س ۱، ش ۲.

عزیززاده، فاطمه. (۱۳۸۵)، *مقایسه اختلال‌های رفتاری و میزان عزت نفس در کودکان آزاردیده و آزارن‌دیده*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.

عزیزیان، رؤیا، باقر ساروخانی و محمود محمودی. (۱۳۸۲)، «بررسی عوامل خشونت علیه زنان در مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۰»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی*، س ۲، ش ۳.

فرخ اسلاملو، حمیدرضا و بهزاد بوشهری. (۱۳۸۶)، «بررسی همسرآزاری و برخی عوامل مؤثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۴»، *مجله پزشکی ارومیه*، س ۱۸، ش ۳.

قاسم‌زاده، فاطمه. (۱۳۸۰)، *پژوهشی در مورد وضعیت کودک‌آزاری در ایران*.

قاضی طباطبائی، محمود. (۱۳۸۳)، *تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه*

اقتصادی والدین کودک‌آزار با والدین غیرکودک‌آزار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

شهینی بیلاق، منیجه، نیلوفر میکائیلی، حسین شکرشکن و جمال حقیقی. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت‌شناختی در دانش‌آموزان دختر آزاردیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره ۳، س ۱۴، ش ۱ و ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس و بهناز بهنام. (۱۳۸۳ الف)، «بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان (۱۳۸۲)» *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، دوره ۶، ش ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس، بهناز بهنام و شهلا حقیقت. (۱۳۸۳ ب)، «بررسی عوامل مؤثر در بروز خشونت خانگی و روش‌های مقابله با آن از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۳.

صالحی، شهریار و حسینعلی مهرعلیان. (۱۳۸۵)، «بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان شهرکرد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره ۸، ش ۲.

صحبائی، فائزه، اقدس دواچی، زراعتی و زهرا نجفی. (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه عوامل خانوادگی، روانی و اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۱۶، ش ۱.

عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲)، «بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه»، *مطالعات زنان*، س ۱، ش ۲.

عزیززاده، فاطمه. (۱۳۸۵)، *مقایسه اختلال‌های رفتاری و میزان عزت نفس در کودکان آزاردیده و آزارن‌دیده*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.

عزیزیان، رؤیا، باقر ساروخانی و محمود محمودی. (۱۳۸۲)، «بررسی عوامل خشونت علیه زنان در مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۰»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی*، س ۲، ش ۳.

فرخ اسلاملو، حمیدرضا و بهزاد بوشهری. (۱۳۸۶)، «بررسی همسرآزاری و برخی عوامل مؤثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۴»، *مجله پزشکی ارومیه*، س ۱۸، ش ۳.

قاسم‌زاده، فاطمه. (۱۳۸۰)، *پژوهشی در مورد وضعیت کودک‌آزاری در ایران*.

قاضی طباطبائی، محمود. (۱۳۸۳)، *تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه*

نریمانی، محمد و حمیدرضا آقامحمدیان. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل»، *اصول بهداشت روانی*، س ۷، ش ۳ و ۴.

ویژه، اورزولا، شهرام مرادی، زهرا فدایی و مجتبی حبیبی عسگرآباد. (۱۳۸۷)، «بررسی مقایسه‌ای شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه برحسب جنس، مقطع تحصیلی و سابقه طلاق در خانواده»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۱۴.

هاشمی‌نسب، لیلا. (۱۳۸۵)، «بررسی شیوع، پیامدها و عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنندج»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره ۱۱، شماره زمستان.

همتی، رضا. (۱۳۸۳)، «عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان: مطالعه موردی خانواده‌های تهرانی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲.

_____. (۱۳۸۴)، «بررسی فراوانی همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن در منطقه اسلام‌آباد زنجان، سال ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ش ۵۰.

یونسف ایران. (۱۳۸۵)، *گزارش وضعیت کودکان ایران در سال ۱۳۸۵*، تهران، شرکت فن‌آوران اثر.

زنان، تهران، مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری و وزارت کشور.

قهاری، شهربانو، محمدکاظم عاطف وحید و حمید یوسفی. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن، سال ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۵۰.

قهاری، شهربانو، لیلی پناغی، محمدکاظم عاطف وحید، الهام زارعی دوست و علیرضا محمدی. (۱۳۸۵)، «سلامت روانی زنان قربانی همسرآزاری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، دوره ۸، ش ۴.

مافی، مهوش و نسرین اکبرزاده. (۱۳۸۴)، «بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی خشونت‌گرایان در خانواده»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱، ش ۴ و ۵.

محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۰)، *شیوع کودک‌آزاری: شایع‌ترین الگوهای آزار در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران*، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محمدخانی، پروانه، محمدرضا محمدی، ابراهیم رضایی دوگانه و هدیه آزادمهر. (۱۳۸۵)، «آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی مردانی که مرتکب خشونت خانوادگی می‌شوند»، *توانبخشی*، دوره ۷، ش ۴.

محمدخانی، پروانه و هدیه آزادمهر. (۱۳۸۷)، «آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۷.

مدنی، سعید. (۱۳۹۰)، *خشونت علیه کودکان در ایران*، تهران، آشیان.

ملک‌افضلی، حسین، مرتضی مهدیزاده، احمدرضا زمانی و زیبا فرج‌زادگان. (۱۳۸۳)، «بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان، سال ۱۳۸۲»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۱۴، ش ۲.

مقانی، جعفر و غلامحسین جوانمرد. (۱۳۸۶)، «مقایسه علایم اختلال‌های روانی والدین کودک‌آزار و غیرکودک‌آزار و رابطه کودک‌آزاری با اختلال‌های رفتاری در کودکان»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۱۰، ش ۱ و ۲.

موسوی، محسن و آزاده اسحاقیان. (۱۳۸۳)، «بررسی همسرآزاری در زنان شوهردار شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۱»، *پژشکی قانونی*، ش ۳۳.

میری، سکینه، گلناز فروغ عامری، سکینه محمدعلیزاده و فاطمه فرودینا. (۱۳۸۴)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری در دبیرستان‌های شهر بم در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ۱۳، ش ۱.

نامداری، پریسا. (۱۳۸۲)، «میزان شیوع سوءرفتار در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر خرم‌آباد»، *اندیشه و رفتار*، س ۹، ش ۱.

نجومی، مرضیه و زهره اکرمی. (۱۳۸۱)، «خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادی آن»، *پایش*، س ۲، ش ۱.

Bacchusa, L., G. Mezeya, S. Bewley. (2004), "Domestic Violence: Prevalence in Pregnant Women and Associations with Physical and Psychological Health", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 113: 6-11.

Edleson, J. L. (1999), "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence", *Journal of Interpersonal Violence* 14: 839-870.

Fantuzzo, J. W., K. M. Wanda. (1999), "Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence", *The Future of Children. Domestic Violence and Children* 9: 21-33.

Faramarzi, M., S. Esmailzadeh and S. Mosavi. (2005), "Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Babol City, Islamic Republic of Iran", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/5-6.

Finkelhor, D. (1994), "Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse", *The Future of Children* 31: 53-54.

Ganley, A. L. and S. Schechter. (1996), *Domestic Violence: A*

available at: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can

World Health Organization. (1996), *Violence: A Public Health Priority*, Geneva, World Health Organization Global Consultation on Violence and Health (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

———. (1999), *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention*, Geneva.

———. (2000), *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*, Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva.

———. (2002), *World Report on Violence and Health: Summary*, World Health Organization, Geneva.

———. (2005), *Addressing Violence against Women and Achieving the Millennium Development Goals*, Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health.

———. (2006a), *Gender-based Violence in the Western Pacific Region: A Hidden Epidemic?*, WHO Western Pacific Region.

———. (2006b), *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*, World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

National Curriculum for Children's Protective Services, San Francisco, Family Violence Prevention Fund.

Ghazizadeh, A. (2005), "Domestic Violence: A Cross Sectional Study in an Iranian City", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/5-6.

Gordon, L. (1988), *Heroes of Their Own Lives. The Politics and History of Family Violence: Boston 1880-1960*, New York, Viking.

Jasinski, J. L. (2004), "Pregnancy and Domestic Violence: A Review of the Literature", *Trauma, Violence, and Abuse* 5/1: 47-64.

Lampe, A. (2002), "The Prevalence of Childhood Sexual Abuse, Physical Abuse and Emotional Neglect in Europe", *Z Psychosom Med Psychother* 48/4: 370-380.

Levine, E. M. (1986). "Sociocultural Causes of Family Violence: A Theoretical Comment", *Journal of Family Violence* 1: 3-12.

Mirrlees-Black, C. (1999), *Domestic Violence: Findings from a New British Crime Survey Self-completion Questionnaire*, Home Office Research Studies (HORS).

Mousavi, S. M. and A. Eshagian. (2005), "Wife Abuse in Esfahan, Islamic Republic of Iran, 2002", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/ 5-6.

Saltzman, L. E. et al. (1999), *Intimate Partner Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*, Version 1.0, Atlanta, GA.

Tjaden, P. and N. Thoennes. (2000), *Extent, Nature, and*

Consequences of Intimate Partner Violence, US National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention, Washington, DC.

Troeme, N. H. and D. Wolfe. (2001), *Child Maltreatment in Canada: Selected Results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*, Ottawa.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2010), *Child Maltreatment 2008*,

جدول ۱. مشخصات مطالعات مربوط به خشونت علیه زنان

ردیف	نویسندگان	سال انتشار مطالعه	حجم نمونه	جمعیت نمونه	شیوع آزار جسمی	شیوع آزار جنسی	شیوع آزار روانی	نوع آزار	نتیجه
۱	دولتیان و دیگران	۱۳۸۰	۱۰۴ زن	زنان باردار مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	-	+
۲	نجمی و اکرمی	۱۳۸۱	۴۰۶ زن	زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان اکبرآبادی تهران	در دوران بارداری ۱۰/۷٪ و قبل از بارداری ۱۱/۹٪	-	-	+	+
۳	آقاخانی و دیگران	۱۳۸۱	نامشخص	زنان آزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	+	-
۴	سیف ربیعی و دیگران	۱۳۸۱	۳۸۴ زن	زنان متأهل تحت پوشش ۶ مرکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران	-	-	-	+	-
۵	بختیاری و امیدبخش	۱۳۸۲ الف	۵۰۸ زن	زنان شوهردار آزاردیده و غیرآزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر بابل	-	۱۳٪	-	-	+
۶	شمس اسفندآباد و امامی پور	۱۳۸۲	۴۰۰ زن	زنان متأهل ۱۸ تا ۴۰ ساله جمعیت عمومی	-	-	-	+	-
۷	عارفی	۱۳۸۲	۲۷۲ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به نیروی انتظامی شهرستان ارومیه	۵۰٪	۷۰٪	۲۶/۱۰٪	+	-
۸	عزیزیان و دیگران	۱۳۸۲	۱۲۰ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	+	-
۹	بختیاری و امیدبخش	۱۳۸۲ ب	۵۰۸ زن	زنان شوهردار آزاردیده و غیرآزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر بابل	-	۱۳٪	-	+	+
۱۰	صابریان و دیگران	۱۳۸۳ الف	۶۰۰ زن	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان	۱۷/۵۰٪	-	عاطفی- روانی ۶۰/۵٪ کلامی ۴۰/۵٪	+	-
۱۱	خسروی و خاقانی فرد	۱۳۸۳	۹۷ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به مجتمع قضایی خانواده شهر تهران	-	-	-	+	+
۱۲	ملک افصلی و دیگران	۱۳۸۳	۸۱۵ زن	زنان همسردار دو منطقه شهر اصفهان	-	-	-	+	-
۱۳	صابریان و دیگران	۱۳۸۳ ب	۱۲۰ زن	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان	-	-	-	+	-
۱۴	موسوی و اسحاقیان	۱۳۸۳	۳۸۶ زن	زنان شوهردار جمعیت عمومی شهر اصفهان	-	-	-	+	-
۱۵	همتی	۱۳۸۳	۳۲۰ خانوار	خانوارهای ساکن مناطق ۲۲ گانه تهران	۲۰٪	-	۴۰٪	+	-
۱۶	افتخار و دیگران	۱۳۸۳	۲۲۵ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به ۵ منطقه پزشکی قانونی شهر تهران	-	-	-	+	-

جدول ۱. (ادامه)

۱۷	قاضی طباطبائی	۱۳۸۳	۱۲۵۹۶ زن و ۲۰۶۶ زن	زنان متأهل مراکز ۲۸ استان کشور، پرونده های دادگاه های	۳۰٪	-	-	+	-
----	---------------	------	--------------------	---	-----	---	---	---	---

					خانواده، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی، بهزیستی، بنیاد شهید و جانبازان	مرد و ۱۰۰ هزار پرونده		
۱۸	پورنقاش تهرانی	۱۳۸۴	۵۰ زوج	زوجین درگیر خشونت خانگی مراجعه کننده به ۵ دادگاه خانواده و مراکز پزشکی قانونی	-	-	-	
۱۹	قهاری و دیگران	۱۳۸۴	۲۷۳ زن و ۵۴ مرد	دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن با سابقه ۲ سال تأهل	۵۵٪	۴۲٪	۹۱٪	+
۲۰	همتی	۱۳۸۴	۳۰۰ زن	زنان متأهل خانوارهای ساکن اسلام آباد زنجان	-	-	-	+
۲۱	جوکار و دیگران	۱۳۸۴	۵۱۷ زن	زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر یاسوج	۳۶/۴٪ قبل از بارداری و ۸٪ در بارداری	۲۲/۲٪	کلامی ۹/۶٪ عاطفی ۵۴/۲٪	+
۲۲	بداغ آبادی	۱۳۸۴	۵۸۷ زن	زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مبینی شهرستان سبزوار	۱۷/۵٪ در بارداری	-	-	-
۲۳	نریمانی و آقامحمدیان	۱۳۸۴	۴۰۰ خانواده	خانواده های ساکن در شهر اردبیل	۲۸/۵۰٪	۱۲/۲۰٪	۵۵/۵۰٪	+
۲۴	مافی و اکبرزاده	۱۳۸۴	۶۰ زوج	زوجین درگیر خشونت خانگی مراجعه کننده به دادگاه و زوجین خانواده های عادی منطقه ۷ آموزش و پرورش	-	-	-	+
۲۵	محمدخانی و دیگران	۱۳۸۵	۲۳۰ مرد	زنان و مردان متأهل جمعیت عمومی و مراجعه کنندگان به دادگاه خانواده تهران	-	-	-	+
۲۶	صالحی و مهرعلیان	۱۳۸۵	۱۶۰۰ زن	زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرکرد	۳۴/۵۰٪	۱۳/۸۰٪	۵۱/۷۰٪	+
۲۷	جلالی و دیگران	۱۳۸۵	۲۱۴ زن	همسران مردان معتاد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر هفشنجان	-	-	-	+
۲۸	هاشمی نسب	۱۳۸۵	۸۴۰ زن	زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر سمنان	۸/۵٪ در دوران بارداری	-	-	+
۲۹	قهاری و دیگران	۱۳۸۵	۱۱۸۶ زن	زنان متأهل کلیه مناطق تهران	۳۱/۵۰٪	۳۰/۴۰٪	۸۵/۴۰٪	+
۳۰	احمدی و دیگران	۱۳۸۵	۱۱۸۹ زن	زنان متأهل ساکن تهران	۳۰٪	۱۰٪	۲۹٪	+
۳۱	ربانی و جوادیان	۱۳۸۶	۱۲۵ زن	زنان آزار دیده مراجعه کننده به مراکز بهزیستی اصفهان	-	-	-	+
۳۲	خسروی زادگان و دیگران	۱۳۸۶	۱۰۰ زن	زنان آزار دیده استان بوشهر	-	-	-	+
۳۳	بداغ آبادی	۱۳۸۶	۵۸۷ زن	زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مبینی شهرستان سبزوار	۱۴/۵٪ در دوران بارداری	-	-	+

جدول ۱. (ادامه)

۳۴	فرخ اسلاملو و بوشهری	۱۳۸۶	۲۶۶ زن	زنان متأهل آزار دیده و غیر آزار دیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی ارومیه	-	-	-	+
----	----------------------	------	--------	--	---	---	---	---

۳۵	پورنقاش تهرانی و تاشک	۱۳۸۶	۴۰ زوج	زوج‌های مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده تهران به علت خشونت خانگی	-	-	-	+	
۳۶	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ الف	۵۰۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های گچساران	در دوران بارداری ۱۴/۲٪	۱۸/۶۰٪	۴۸/۴۰٪	+	-
۳۷	محمدخانی و آزادمهر	۱۳۸۷	۲۳۰ زن	زنان متأهل تهران	-	-	-	+	-
۳۸	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ ب	۲۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشتی-درمانی مریوان	-	-	-	-	+
۳۹	خسروی و دیگران	۱۳۸۷	۸۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر سنندج	در دوران بارداری ۸/۵٪	۱۸/۸۰٪	۵۷٪	+	+
۴۰	شعبانی و دیگران	۱۳۸۷	۲۰۰ زن	زنان متأهل خشونت‌دیده و غیرخشونت‌دیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی کرج	-	-	-	+	-
۴۱	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ ج	۲۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشتی-درمانی مریوان	۱۲/۹۰٪	۴۴/۶۰٪	۳۷/۱۰٪	-	+
۴۲	انصاری و دیگران	۱۳۸۷	مورد: ۳۱۸ مادر شاهد: ۳۱۸ مادر	مادران نوزادان دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و نوزادان با وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم در یاسوج، گچساران و دهدشت	-	-	-	-	+
۴۳	احمدی و دیگران	۱۳۸۷	۵۰ زوج و ۵۰ صاحب‌نظر و کارشناس	زوج‌های مناطق مختلف شهر تهران و صاحب‌نظران، متخصصین و دست‌اندرکاران اجرایی و سیاست‌گذاران مؤثر بر موضوع خشونت خانگی	-	-	-		
۴۴	بلالی میبدی و حسنی	۱۳۸۸	۴۲۶ زن	زنان شوهردار خانوارهای کرمانی	۵۵/۶۰٪	۲۸/۶۰٪	۷۸/۶۰٪	+	-
۴۵	جعفرنژاد و دیگران	۱۳۸۸	۱۰۲ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر مشهد				+	+
۴۶	Mousavi and Eshagian	۲۰۰۵	۳۸۶ زن	زنان متأهل خانوارهای اصفهان	-	-	-	+	-
۴۷	Faramarzi et al.	۲۰۰۵	۲۴۰۰ زن	زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی بابل	در یک سال منتهی به بررسی ۱۵٪، در دوران بارداری ۹/۱٪	در یک سال منتهی به بررسی ۴۲/۴٪، در دوران بارداری ۳۶/۳٪	در یک سال منتهی به بررسی ۸۱/۵٪، ۶۸٪، خفیف، در دوران بارداری ۸۲/۳٪	+	-
۴۸	Ghazizadeh	۲۰۰۵	۱۰۰۰ زن	زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی سنندج	-	-	-	+	-

جدول ۲. مشخصات مطالعات مربوط به خشونت علیه کودکان

ردیف	نویسندگان	سال انتشار مطالعه	حجم نمونه	جمعیت نمونه	شیوع آزار جسمی	شیوع آزار روانی	شیوع آزار جنسی	علل آسیب	پایه‌ها
------	-----------	-------------------	-----------	-------------	----------------	-----------------	----------------	----------	---------

۱	امینی	۱۳۸۰	۱۰۰ نفر	کودکان بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران	-	-	-	-	+
۲	قاسم‌زاده	۱۳۸۰	۱۰۵۰ نفر	تماس تلفنی ۱۰۵۰ نفر با صدای مشاور	-	-	-	-	+
۳	محمدخانی	۱۳۸۰	نامشخص	دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران	۵۰/۸٪	-	۳۴/۱٪	-	+
۴	رزاقی و دیگران	۱۳۸۰	نامشخص	خانواده‌های دارای کودکان ۵-۱۱ سال، ۱۱-۱۶ سال و ۱۲-۱۸ سال شهر سمنان	-	-	-	-	+
۵	سیاری و دیگران	۱۳۸۰	۳۰۱۹ نفر	کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورژانس کودکان شهر تهران	-	-	۱۲/۲٪	-	+
۶	تقی‌خانی	۱۳۸۱	۳۰ نفر	۱۵ والد کودک‌آزار و ۱۵ کودک زیر ۱۸ سال شهر تهران	-	-	-	-	+
۷	نامداری	۱۳۸۲	۲۴۰ نفر	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر خرم‌آباد	۵۸/۲٪	۹۱/۶٪	۳۲/۵٪	-	+
۸	زمانی فرد	۱۳۸۴	۲۰۰ نفر	کودکان ۱۱-۱۵ سال جمعیت عمومی شهر نهاوند	۳۲٪	۲۴/۵٪	-	-	+
۹	میری و دیگران	۱۳۸۴	نامشخص	دانش‌آموزان دختر و پسر اول تا سوم دبیرستان شهر بم	۲۰/۲٪	۳۳/۶٪	-	-	+
۱۰	دستجردی	۱۳۸۴	۴۰۰ نفر	والدین معتاد و سالم	۳۲/۵٪	۲۵/۵٪	۴۰٪ معتادان و ۲۵/۵٪ افراد سالم	-	+
۱۱	شهاب	۱۳۸۴	۶۰ نفر	والدین آزارگر مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید نواب صفوی شهر تهران و والدین غیرآزارگر	-	-	-	-	+
۱۲	بهاری	۱۳۸۵	۶۴ نفر	کودکان ارجاع‌شده به ۶ مرکز مداخله در بحران شهر تهران	-	-	-	-	+

جدول ۲. (ادامه)

۱۳	زرگر و نشاط‌دوست	۱۳۸۵	نامشخص	کودکانی که در شهر اصفهان با خط تلفن کودک‌آزاری تماس گرفته‌اند	۲۹/۹٪	۳۵/۹٪	۴/۴٪	-	+
----	------------------	------	--------	---	-------	-------	------	---	---

۱۴	جلالی‌فر	۱۳۸۵	۳۴۰ نفر	۱۲۰ کودک استثنایی (نابینا و ناشنوا) و ۱۲۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۵	صحابی و دیگران	۱۳۸۵	۱۲۰ نفر	دانش‌آموزان دبستان‌های دولتی دخترانه شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۶	عزیززاده	۱۳۸۵	۸۰ نفر	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۷	شهنی بیلاق و دیگران	۱۳۸۶	۲۰۰۰ نفر	دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر اهواز	۳۳٪	۷۰٪	-	+	-
۱۸	ممقانی و جوانمرد	۱۳۸۶	۶۱۲ نفر	کودکان مهدهای کودک و کودکان دبستان‌های ۶ شهر	-	-	-		
۱۹	خلاصه‌زاده و دیگران	۱۳۸۶	۶۴۸ نفر	والدین معتمد مراجعه‌کننده به کلینیک دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	-	-	-	+	-
۲۰	ویزه و دیگران	۱۳۸۷	۷۳۸ نفر	دانش‌آموزان دوره متوسطه شهرستان‌های استان تهران	۱۷/۵٪	۴۹/۴٪	-	+	-

