

خشونت خانگی و وضعیت روانی و جسمی زنان

ناهد ستایش: دستیار تخصصی پزشک خانواده، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. nsetayen2@gmail.com

خدیجه ازوجی: متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. dr.kh.ezoji@gmail.com

مجید بخشی زاده: متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. dr.bakshshizade@gmail.com

*مرزیه نجومی: استاد، متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول). mnojomi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی، علت اکثر آسیب‌های عمدی در زنان میانسال است. هدف این مطالعه، شناسایی ارتباط بین سلامت جسمی و روانی در زنان و تجربه خشونت توسط آنان می‌باشد.

روش کار: مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی با نمونه‌گیری به صورت در دسترس بوده و در میان ۵۰۱ زن متأهل که به درمانگاه و خانه‌های تحت پوشش مرکز صفادشت مراجعه می‌کردند انجام شده است. اطلاعات در طول شش ماه توسط پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36)، پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-12) برای بررسی سلامت روان و چک لیستی برای وجود خشونت خانگی جمع‌آوری شد. سپس داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، جداول و نمودارها، آزمون‌های کای دو و تی توصیف و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد بررسی $32/8 \pm 0/45$ سال بود. شیوع خشونت خانگی نوع فیزیکی $5/5\%$ و روحی روانی 83% به دست آمد. در زنان مورد مطالعه، میانگین نمره سلامت روان $18/9 \pm 2/3$ بدست آمد. میانگین نمره کیفیت زندگی این زنان در همه ابعاد مورد بررسی حداقل $4/4 \pm 1/7\%$ و حداکثر $69/3 \pm 1/23\%$ بود. در بین زنانی که مورد خشونت واقع شده بودند $9/5\%$ سابقه بیماری جسمی و $8/7\%$ سابقه بیماری روحی روانی داشتند. این نسبت‌ها در گروه زنان بدون خشونت خانگی به ترتیب یک و ۳ درصد گزارش شد و از نظر آماری معنی‌دار بدست آمد. کیفیت زندگی زنان بدون سابقه خشونت در همه ابعاد بالاتر از زنان با سابقه خشونت بود.

نتیجه‌گیری: بین سابقه بیماری روانی و جسمی و کیفیت زندگی زنان با سابقه خشونت خانگی ارتباط دیده شد. زنانی که سابقه خشونت خانگی داشتند، از سلامت جسمی و روانی کمتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بدون سابقه خشونت خانگی برخوردار بودند.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، سلامت جسمی، سلامت روانی، زنان

مقدمه

خشونت خانگی به خشونتی گفته می‌شود که در محیط خصوصی خانواده به وقوع می‌پیوندد. در دنیای امروز، خشونت خانگی واقعیتی غیرقابل انکار است، خشونت‌هایی که مخصوص جامعه یا طبقه خاصی نیست و در همه کشورهای دنیا و طبقات اجتماعی مختلف می‌توان آن را یافت (۱).

بزرگ‌ترین ریسک فاکتور برای ابتلا به خشونت خانگی در بزرگسالی، زن بودن و داشتن تجربه بدرفتاری در کودکی است و به‌طور کلی زنان بیشتر از مردان دچار خشونت خانگی می‌شوند. به‌طور

سیستماتیک خشونت خانگی با توجه شیوع بالاتر آن باید در تمام مراکز سلامت روان مورد ارزیابی و غربالگری قرار گیرد. هرچند ریسک فاکتورهایی از قبیل افسردگی، سوءمصرف مواد، آسیب‌ها و اختلالات فیزیکی فرد نیز وجود دارد (۲).

در مطالعه‌ای در هند نشان داده شد که کلیه خشونت‌های فیزیکی در افرادی که از مشکل ذهنی و روانی رنج می‌برند افزایش می‌یابد. در این مطالعه شیوع مشکلات روانی در بین زنان مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته در حدود 47% بوده است (۳). در مطالعه‌ای دیگر زنانی که خشونت خانگی

روزانه به مراکز بهداشتی درمانی، هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی زنان روستاهای تابعه صفادشت بود.

روش کار

مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بوده و نمونه‌های مورد مطالعه به صورت نمونه‌گیری در دسترس از زنان ازدواج کرده که به در مانگاه و خانه‌های تحت پوشش مرکز صفادشت مراجعه کردند و تمایل و زمان کافی برای پر کردن پرسشنامه داشتند، انتخاب شده است. حجم نمونه پژوهش ۵۰۱ نفر بوده است.

از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی SF-36 برای بررسی کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت کلی ۱۲ سؤالی (Questionnaire General Health) GHQ-12 برای بررسی سلامت روان و چک لیستی برای غربالگری خشونت خانگی استفاده شد.

پرسشنامه SF-36 دارای ۸ دسته سؤال است که به بررسی کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، محدودیت در انجام فعالیت در اثر آسیب روحی، انرژی و خستگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، درد بدنی، تغییرات سلامت و سلامت کلی می‌پردازند. هر سؤال از صفر تا صد نمره‌گذاری شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر در آن مورد است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد بررسی شده است و در مطالعات متعدد نیز در ایران از آن استفاده کرده‌اند (۹).

پرسشنامه GHQ-12 برای بررسی سلامت روان یک پرسشنامه ۱۲ سؤالی است که به روش لیکرتی (۰-۱-۲-۳) نمره دهی می‌شود و حداکثر نمره به‌دست‌آمده ۳۷ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در مطالعات اثبات شده است (۱۰).

چک‌لیست غربالگری خشونت خانگی شامل ۲۴ سؤال در مورد خصوصیات جمعیت شناختی زن و شوهر شامل سطح تحصیلات زنان و همسرانشان، شغل زنان (خانه‌دار، شاغل) و همسرانشان (کارگر،

سایکولوژیک را تجربه کرده بودند به‌طور مشخص از سلامت روانی و فیزیکی پایین‌تری برخوردار بودند. خطر نسبی برای سلامت فیزیکی ۱/۶۹ و برای سلامت روانی ۱/۷۴ بود (۴).

در مطالعه‌ای در استرالیا، بسیاری از مشکلات سلامتی از قبیل آلرژی، مشکلات تنفسی، درد، احساس خستگی، مشکلات گوارشی، ترشحات واژینال، مشکلات بینایی، شنوایی، کمبود آهن، آسم، برونشیت، آمفیزم و سرطان سرویکس ارتباط واضحی با خشونت خانگی داشته است، یعنی در قربانیان خشونت خانگی شیوع بالاتری داشته است (۵).

کیفیت زندگی در زنانی که تحت خشونت خانگی قرار دارند نیز از موارد مورد بحث است. مفهوم کیفیت زندگی توجه به معنویات و احساسات فردی و تمامی سطوح نیازها از نیازهای فیزیولوژیک تا نیاز به خود شکوفایی را در برمی‌گیرد. ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به‌عنوان سه ویژگی اساسی برای کیفیت زندگی مطرح می‌شوند. عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی تفاوت درک شده از دیدگاه فرد است بین آنچه هست و آنچه باید باشد (۶).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که کیفیت زندگی و سلامت روان در زنانی که تحت خشونت خانگی قرار دارند در مقایسه با گروه کنترل که تجربه خشونت خانگی را ندارند اختلاف معناداری دارد (۷).

با توجه به تحلیل ملی بر روی خشونت خانگی که در سال ۱۳۸۰ در ۲۸ استان کشور انجام شده است ۶۶٪ از خانواده‌های ایرانی حداقل یک بار تجربه خشونت خانگی را داشته‌اند. در این مطالعه زنان روستایی نسبت به شهری بیشتر قربانی خشونت بودند. زاهدان و سمنان به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین موارد خشونت را نشان دادند (۸).

با توجه به اینکه منطقه مورد تحقیق این بررسی مهاجرپذیر و هم مهاجرگریز می‌باشد و به دلیل پدیده حاشیه‌نشینی و با توجه به مشاهده موارد زیاد قربانیان خشونت خانگی در بین مراجعین

می‌باشد. معیار پذیرش نمونه تمایل به شرکت آن‌ها در مطالعه بود. در طول ۶ ماه از سال ۱۳۹۴ داده‌ها اندازه‌گیری شد بدون اینکه نام و مشخصات فردی پرسیده شود و بدون اینکه پرسشنامه‌های پر شده از آن‌ها تحویل گرفته شود، بلکه مراجعه‌کنندگان پس از تکمیل پرسشنامه آن را داخل جعبه می‌انداختند. مراجعین باسواد خود پرسشنامه را پر می‌کردند ولی برای افراد بی‌سواد، پرسشنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت تا به کمک فردی مورد اعتماد در مرکز خوانده و تکمیل شود، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 22، جداول و نمودارها و آزمون‌های تی و کای دو داده‌ها توصیف و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۵۰۱ زن وارد مطالعه شده و

شغل آزاد، کارمند، بیکار، سایر)، تعداد دفعات ازدواج (یک‌بار و بیش از یک‌بار)، وضعیت مسکن (منزل شخصی، استیجاری، سایر شرایط سکونت)، تعداد فرزندان (بدون فرزند، یک، دو، سه فرزند و بالاتر) و داشتن و نداشتن بیماری جسمی اعم از بیماری‌های مزمن مثل فشارخون و... و معلولیت‌ها و یا بیماری روانی اعم از اختلالات خلقی نظیر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات نظیر سایکوز، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی و ... بود و ۲۸ سؤال در مورد خشونت (فیزیکی و روحی روانی) و عوامل مرتبط با خشونت بود.

پرسشنامه‌ها در مراکز صفادشت و امیرآباد، پایگاه صفادشت، خانه بهداشت‌های یوسف‌آباد، قوام، ارسطو، کوشکک، دهک، سلمیان وامین آباد که تحت پوشش صفادشت می‌باشند پر شد. مرکز صفادشت جز شبکه بهداشت و درمان ملارد

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک زنان مورد بررسی

متغیرها	تعداد	درصد
سطح تحصیلات زنان	بیسواد و ابتدائی	۱۴۲ (۳۰/۳٪)
	زیر دیپلم	۲۰۱ (۴۰/۹٪)
	دیپلم	۱۴۰ (۲۵٪)
سطح تحصیلات همسران	لیسانس و بالاتر	۱۸ (۳/۸٪)
	بیسواد و ابتدائی	۱۸۲ (۳۶/۸٪)
	زیر دیپلم	۲۱۰ (۴۰/۷٪)
شغل زنان	دیپلم	۱۰۱ (۲۰/۹٪)
	لیسانس و بالاتر	۸ (۱/۶٪)
	خانه‌دار	۴۳۶ (۸۷٪)
شغل همسران	شاغل	۶۵ (۱۳٪)
	کارگر	۲۳۷ (۴۷/۴٪)
	شغل آزاد	۱۳۰ (۲۶٪)
تعداد دفعات ازدواج	کارمند	۵۲ (۱۰/۴٪)
	بیکار	۲۵ (۵٪)
	سایر	۵۷ (۱۱/۲٪)
وضعیت مسکن	یک‌بار ازدواج	۴۶۹ (۹۳/۶٪)
	بیش از یک‌بار ازدواج	۳۲ (۶/۴٪)
	منزل شخصی	۲۹۶ (۵۹/۲٪)
تعداد فرزندان	منزل استیجاری	۱۷۶ (۳۵/۲٪)
	سایر شرایط سکونت	۲۹ (۵/۶٪)
	بدون فرزند	۷۲ (۱۴/۴٪)
تعداد دفعات ازدواج	یک فرزند	۱۴۹ (۳۳/۵٪)
	دو فرزند	۱۴۲ (۲۹/۷٪)
	سه فرزند و بالاتر	۱۳۸ (۲۲/۴٪)

جدول ۳- ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت روان زنان با تجربه خشونت خانگی از سوی همسر با استفاده از پرسشنامه‌های SF36 و GHQ12

p	انحراف معیار	میانگین	تعداد	تجربه رفتار پرخاشگر از سوی همسر	نمره پرسشنامه
۰/۲۷۴	۲/۲	۱۹/۰۶	۲۱۴	خیر	GHQ12
	۲/۳	۱۸/۸	۲۸۷	بله	
۰/۰۱۴	۲۶/۹	۷۲/۷	۲۱۱	خیر	کارکرد جسمی
	۲۷/۲	۶۶/۶	۲۹۰	بله	
۰/۰۰۰۱	۳۵/۷	۶۲/۲	۲۱۱	خیر	اختلال نقش به خاطر
	۳۸/۱	۴۸/۸	۲۹۰	بله	سلامت جسمی
۰/۰۰۰۱	۱۷/۳	۶۳/۸	۲۱۱	خیر	انرژی /
	۱۷/۳	۵۳/۴	۲۹۰	بله	خستگی
۰/۰۰۰۱	۱۶/۲	۶۶/۹	۲۱۱	خیر	بهبودی هیجانی
	۱۶/۲	۵۶/۸	۲۹۰	بله	
۰/۰۰۰۱	۱۹/۶	۷۶/۲	۲۱۱	خیر	کارکرد اجتماعی
	۲۱/۳	۶۱/۵	۲۹۰	بله	ابعاد مختلف پرسشنامه SF36
۰/۰۰۰۱	۲۳/۷	۷۳/۵	۲۱۱	خیر	درد
	۲۵/۷	۶۰/۹	۲۹۰	بله	
۰/۰۰۰۱	۱۹/۷	۶۷/۲	۲۱۱	خیر	سلامت عمومی
	۲۰/۱	۵۶/۴	۲۹۰	بله	
۰/۰۰۰۱	۳۶/۷	۶۹/۲	۲۱۱	خیر	اختلال نقش به خاطر
	۴۰/۸	۴۳/۸	۲۹۰	بله	سلامت هیجانی

بین سابقه بیماری‌های جسمی و روحی روانی در زنان و تجربه آن‌ها از داشتن خشونت خانگی ارتباط نشان داده شد. در بین زنان مورد خشونت قرار گرفته، در حدود ۹/۵٪ سابقه بیماری جسمی و در بین زنان گروه مقابل تنها یک نفر این سابقه را ذکر می‌کرد ($p=0/02$). از نظر سابقه بیماری روحی، روانی، ۸/۷٪ از زنان مورد خشونت قرار گرفته در برابر حدود ۳٪ از زنانی که سابقه خشونت نداشتند، گزارش شد. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/01$).

در بررسی سلامت روان با پرسشنامه GHQ12، میانگین نمره به‌دست‌آمده در زنان، $18/9 \pm 2/3$ بود. این میانگین در گروه زنان خشونت دیده $18/8 \pm 2/3$ و در گروه خشونت ندیده $19 \pm 2/3$ بود. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

در بررسی کیفیت زندگی در زنان با پرسشنامه SF36، به‌طور کلی امتیاز همه ابعاد در زنان بدون خشونت به‌طور معنی‌داری بالاتر از زنان مورد خشونت قرار گرفته بود (جدول ۲).

مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران $32/8 \pm 0/4$ سال بود. میانگین سنی همسران آن‌ها برابر $37/6 \pm 0/4$ سال به دست آمد. میانگین اختلاف سنی همسران $4/7 \pm 0/2$ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات در زنان مورد مطالعه و همسرانشان، بیشترین آن‌ها زیردیپلم و به ترتیب با فراوانی ۲۰۱ نفر (۴۰/۹٪) و ۲۱۰ نفر (۴۰/۷٪) بودند. از لحاظ شغل، اکثریت زنان، خانه‌دار ۴۳۶ نفر (۸۷٪) و در بین همسرانشان، کارگر ۲۳۷ نفر (۴۷/۴٪) بودند. ۴۶۹ نفر (۹۳/۶٪) تجربه یک بار ازدواج، ۲۹۶ نفر (۵۹/۲٪) دارای منزل شخصی و ۱۴۹ نفر (۳۳/۵٪) از زنان یک فرزند داشتند. ۴۱ خانم (۸/۲٪) سابقه بیماری جسمی داشتند. همچنین از نظر سابقه اختلالات روانی در این مطالعه، ۳۹ خانم (۷/۷٪) سابقه اختلالات روانی گزارش کردند. ۲۹۳ نفر (۵۸/۵٪) تجربه خشونت فیزیکی و ۴۱۶ نفر (۸۳٪) تجربه خشونت روحی روانی را ذکر کردند. در مجموع ۴۲۵ نفر (۸۴/۸٪) از زنان این مطالعه، تجربه حداقل یک نوع از انواع خشونت را داشتند (جدول ۱).

خشونت خانگی حدوداً ۶۹٪ بود. اختلاف آماری معنی داری نیز بین این دو گروه وجود داشت. در مطالعات دیگر نیز کاهش کیفیت زندگی در زنان قربانی خشونت خانگی بیان شده است (۱۶، ۱۷). بر اساس این مطالعه، بین سابقه بیماری روانی و جسمی و کیفیت زندگی زنان با سابقه خشونت خانگی ارتباط دیده شد. زنانی که سابقه خشونت خانگی نداشتند از سلامت جسم، روان و کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان بدون سابقه خشونت خانگی برخوردار بودند. لذا پیشنهاد می‌گردد با توجه به اهمیت خشونت خانگی و اثرات آن بر سلامت زنان، پزشکان و سیستم سلامت حساسیت بیشتری به این مشکل نشان داده و غربالگری خشونت خانگی در برنامه‌های مراکز جامع خدمات سلامت قرار بگیرد.

منابع

1. Firozi G. domestic violence and violence against children. pegah hozeh. 2009;266:13.
2. Roberts G, O'Toole BI, Lawrence JM, Raphael B. Domestic violence victims in a hospital emergency department. Med J Aust. 1993; 159(5):307-10.
3. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. J Fam Violence. 1999;14(2):99-132.
4. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence Arch Fam Med. 2000;9(5):451.
5. Loxton D, Schofield M, Hussain R, Mishra G. History of domestic violence and physical health in midlife. Violence Against Women. 2006;12(8):715-31.
6. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
7. Shama AK, Vachher AS. Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. Ind J community Med. 2010;35:403-405.
8. Results of national study on domestic violence in 28 provinces. Retrieved from <http://www.isna.ir/news/8307-07024/>. Accessed on April 2017.
9. Ali Montazeri. Translation, reliability and validity of Persian standard tools SF36. Paiesh. 2005;5:49-56.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۸۴/۸٪ از زنان مورد مطالعه تجربه خشونت خانگی توسط همسرانشان را گزارش کردند. ۹/۵ درصد از زنان با سابقه خشونت خانگی در شرح حال خود بیماری جسمی و ۸/۷ درصد بیماری روحی روانی را ذکر کردند. از نظر سلامت روان با پرسشنامه GHQ12، بالای ۹۰٪ زنان در معرض مشکلات روان قرار داشتند. کیفیت زندگی زنان بدون تجربه خشونت خانگی، در همه ابعاد، بالاتر از زنان با سابقه خشونت بود.

در این مطالعه در حدود ۸۵٪ از زنان مورد مطالعه تجربه خشونت خانگی توسط همسرانشان را گزارش کردند. طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت ۲۵-۵۰٪ زنان در کشورهای مختلف مورد بد رفتاری همسرانشان قرار می‌گیرند (۱۱). در ایران بررسی‌های گوناگون شیوع همسر آزاری را در طیف وسیعی بین ۲۷-۸۳٪ گزارش کرده‌اند (۱۲).

در مطالعه ما همراهی هر دو نوع خشونت روحی و فیزیکی بیشترین شیوع را داشته است. در بیشتر مطالعات انجام شده در کشور آزار روحی روانی شایع‌ترین نوع خشونت خانگی بوده است (۱۲، ۱۳).

مروری بر مطالعات، عوارض روان‌شناختی خشونت نظیر اضطراب، رفتارهای خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، افسردگی، اختلال تنش پس از سانحه، اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب منتشر را گزارش کرده است (۱۴، ۱۵).

در این مطالعه در حدود ۱۰ درصد از زنان مورد خشونت قرار گرفته سابقه بیماری جسمی داشتند. پژوهش در مورد زنان تحت آزار، تأثیر خشونت را بر سلامت جسمی قربانی نشان داده است. این زنان شیوع بالاتری از علائم جسمی شامل سردردها، درد مزمن، مشکلات خواب و استفاده بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی دارند (۱۴).

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در همه ابعاد مورد بررسی در زنان با سابقه خشونت خانگی از گروه مقابل کمتر بود. نمره کیفیت زندگی زنان خشونت دیده حدوداً ۵۶٪ و در زنان بدون داشتن

10. Mehdi Ebadi et al. Translation determine the reliability and validity of the 12-item General Health Questionnaire GHQ-12. Paiesh. 2002;3:46-39.

11. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. The Lancet. 2006;368(9543):1260-9.

12. Balali Meybodi EA. Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009;15(3):300-7.

13. Shahriar Salehi EA. The prevalence of domestic violence in pregnant women referring to health centers of Shahrekord city, in 2003. Shahrekord University of Medical Sciences. 2003;8(2).

14. Katz LF. Domestic violence and vagal reactivity to peer provocation. Biol Psycho. 2007;74(2):154-64.

15. Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, Padberg FT, Matsumura JS, Kohler TR, et al. Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm :a randomized trial. Jama 2009;302(14):1535-42.

16. Laffaye C, Kennedy C, Stein MB. Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. Violence Vict. 2003;18(2):227-38.

17. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. Qual Life Res. 2006;15(6):959-65.

Domestic violence and physical and mental state of women

Nahid Setayesh, MD, Resident of Family Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. nsetayen2@gmail.com

Khadijeh Ezoji, MD, specialist of Community Medicine, Department of Community Medicine, babol University of Medical Sciences, babol, Iran. dr.kh.ezoji@gmail.com

Majid Bakhshizadeh, MD, specialist of Community Medicine, Department of Community Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. drbakhshizade@gmail.com

***Marzieh Nojomi**, MD, MPH, Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Preventive Medicine Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). mnojomi@gmail.com

Abstract

Background: Domestic violence is the main cause of intentional damage in middle-aged women. The aim of the study was to identify the relationship between women physical and psychological health and violence experience.

Methods: This study was a cross - sectional study with a convenience sample of 501 married women that covered by health center of Safadasht. Data were collected during six months by the SF-36 questionnaire for quality of life, GHQ-12 questionnaire was used to assess mental health and domestic violence, and then the data were analyzed using descriptive methods, chi-square and t-tests.

Results: The mean age of subjects was 32.8 ± 0.45 years. In general the prevalence of domestic violence was 84.8%. 40 (97.6%) patients with history of history of physical illness had at least one domestic violence. Mean of women's mental health score was 18.9 ± 2.3 . Women's quality of life in all domains was at least $54.4\% \pm 1.7$ and maximum $69.3\% \pm 1.23$, respectively. 37 (94.9%) of abused women reported a history of mental illness, while 2 (5.1%) reported no history of violence. 40 (97.6%) of abused women reported a history of physical illness, versus 1 (2.4%) of non-abused women. Quality of life in women with no history of domestic violence was better than women with a history of domestic violence.

Conclusion: A relationship was observed between history of mental and physical illness and quality of life in women with a history of domestic violence. Women who had not a history of domestic violence had better mental and physical health and better quality of life.

Keywords: Domestic violence, Physical health, Mental health, Women