خشونت خانگی و وضعیت روانی و جسمی زنان

ناهید 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، ایرانdrbakhshizade@gmail.com .
***مرضیه 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 دریافت: ۹۵/۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۶

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 تو صیفی – مقطعی با نمونه‌گیری به صورت در د سترس بوده و در میان ۵۰۱ زن متأهل که به درمانگاه و خانه‌های تحت پو شش مرکز صفادشت مراجعه می‌کردند انجام‌شده 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 وتحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد بررسی ۰/۴۵±۳۲/۸ سال بود. شیوع خشونت خانگی نوع فیزیکی ۵۸/۵٪ و روحی روانی ۸۳٪ به دست آمد. در زنان مورد مطالعه، میانگین نمره سلامت روان ۲/۳±۱۸/۹ بدست امد. میانگین نمره کیفیت زندگی این زنان در همه ابعاد موردبررسی حداقل ۱/۷±۵۴/۴٪ و حداکثر ۱/۲۳±۶۹/۳٪ بود. در بین زنانی که مورد خشونت واقع شده بودند ۹/۵٪ سابقه بیماری جسمی و ۸/۷٪ 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 باسابقه 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، خ شونت خانگی واقعیتی غیرقابل‌انکار است، خشونت‌هایی که مخصوص جامعه یا طبقه‌ی خا صی نی ست و در همه ک شورهای 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 به‌طورکلی 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 م شکلات روانی در بین زنان مورد خ شونت فیزیک قرارگرفته در حدود ۴۷٪ بوده است (۳).

در مطالعه‌ای دیگر زنانی که خشونت خانگی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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 موردبحث است. مفهوم کیفیت زندگی توجه به معنویات و احساسات فردی و تمامی سطوح نیازها از نیازهای فیزیولوژیک تا نیاز به خودشکوفایی 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 یک‌بار تجربه خشونت خانگی را داشته‌اند. در این مطالعه زنان روستایی نسبت به شهری بیشتر قربانی خشونت بودند. زاهدان و سمنان به ترتیب بالاترین و پایین ترین موارد خشونت را نشان دادند (۸).

با توجه به اینکه منطقه مورد تحقیق این بررسی مهاجرپذیر وهم مهاجر گریز می‌باشد و به دلیل پدیده حاشیه‌نشینی و با توجه به مشاهده موارد زیاد قربانیان خشونت خانگی در بین مراجعین 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 موردمطالعه به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از زنان ازدواج‌کرده که به درمانگاه 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 صفرتا 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 اثبات‌شده 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،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

شـــغل آزاد، کارمند، بیکار، ســـایر)، تعداد دفعات ازدواج (یک‌بار و بیش از یک‌بار)، وضـعیت مسـکن (منزل شخصی، استیجاری، سایر شرایط سکونت)، تعداد فرزندان (بدون فرزند، یک، دو، ســـه فرزند و بالاتر) و دا شتن و ندا شتن بیماری ج سمی اعم از بیماری‌های مزمن مثل فشارخون و...و معلولیت‌ها و یـا بیمـاری روانی اعم از اختلالات خلقی نظیر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات نظیر سایکوز، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی و ... بود و ۲۸ سؤال در مورد خشـــونت (فیزیکی و روحی روانی) و عوامل مرتبط با خشونت بود.

پرسشنامه‌ها در مراکز صفادشت و امیرآباد، پایگاه صـفادشـت، خانه بهداشـت‌های یوسـف‌آباد، قوام، ارسـطو، کوشـکک، دهک، سـلمیان وامین آباد که تحت پوشـش صـفادشـت می‌باشـند پر شـد. مرکز صـفادشـت جز شـبکه بهداشـت و درمان ملارد 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 پرشده از آن‌ها تحویل گرفته شـــود، بلکه مراجعه‌کنندگان پس از تکمیل پرســـشـــنامه آن را داخل جعبه می‌انداختند. مراجعین باسواد خود پرسشنامه را پر می‌کردند ولی برای افراد بی‌سـواد، پرسـشـنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت تا به کمک فردی مورد اعتماد در مرکز خوانده و تکمیل شود،

با ا ستفاده 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 شـــده و

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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

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

مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران ۳۲/۸±۰/۴ سال بود. میانگین سنی همسران آن‌ها برابر ۳۷/۶±۰/۴ سال به دست آمد. میانگین اختلاف سنی همسران ۴/۷±۰/۲ سال بود. ازلحاظ 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. ازلحاظ شغل، اکثریت زنان، خانه‌دار ۴۳۶ نفر (۸۷٪) و در بین همسرانشان، کارگر ۲۳۷ نفر (۴۷/۴٪) بودند. ۴۶۹ نفر (۹۳/۶٪) تجربه یک بارازدواج، 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 ازنظر 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).

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= ۰/۰۲). 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= ۰/۰۱).

در بررسی سلامت روان با پرسشنامه GHQ12، میانگین نمره به‌دست‌آمده در زنان، ۱۸/۹±۲/۳ بود این میانگین در گروه زنان خشونت دیده ۱۸/۸±۲/۳ و در گروه خشونت ندیده ۱۹±۲/۳ بود. این اختلاف ازنظر آماری معنی‌دار نبود.

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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۸۴/۸٪ از زنان موردمطالعه تجربه خشونت خانگی توسط همسرانشان را گزارش کردند. ۹/۵ درصد از زنان با سابقه خشونت خانگی در شرح‌حال خود بیماری جسمی و ۸/۷ درصد بیماری روحی روانی را ذکر کردند. ازنظر 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 بدرفتاری 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 انجام‌شده در کشور آزار روحی روانی شایع‌ترین نوع خشونت خانگی بوده است (۱۲، ۱۳).

مروری بر مطالعات، عوارض روان‌شناختی خشونت نظیر اضطراب، رفتارهای خودکشی، سوءمصرف 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 خشونت خانگی حدوداً ۶۹٪ بود. اختلاف آماری معنی‌داری نیز بین این دو گروه وجود داشت. در مطالعات دیگر نیز کاهش کیفیت زندگی در زنان قربانی خشونت خانگی بیان‌شده است (۱۶، ۱۷).

بر اساس این مطالعه، بین سابقه بیماری روانی و جسمی و کیفیت زندگی زنان باسابقه 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 ان 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. peghah 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 violenece against women and their mental health status in a clony 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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

10. Mehdi Ebadi ea. 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.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

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%±1.7 and maximum 69.3%±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

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]