Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3), winter, pp 278 - 291

Relationship Between Domestic Violence and Health-Promoting Behavior

Anvar-Sadat Nayebinia[1*]

1. Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

***Corresponding Author:** Anvar-Sadat Nayebinia, **Email:** anvar.nayebi@gmail.com

Received: 23 December 2023 **Accepted:** 15 February 2024

Abstract

Background & Aim: Violence against women is related to a chain of health issues and affects women's health behaviors and ability to seek any type of health care. The purpose of this study is to determine the relationship between domestic violence and health-promoting behaviors in women.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted on 380 abused women who referred to Karaj health centers in 2020 with cluster sampling method. Data were collected using the standardized and localized questionnaires of the World Health Organization on domestic violence and health-promoting behaviors, and data analysis was performed using SPSS version 24 software.

Results: The results of the Spearman correlation test showed that the total score of health-promoting behaviors has a negative and significant relationship with the total score of domestic violence (r=0.16), mental violence (r=0.16), and sexual violence (r=0.13). The regression results showed that different dimensions of domestic violence together can predict 2% of the total score of health promoting behaviors (R=0.17, R^2adj=0.02).

Conclusion: violence can affect women's health behaviors and prevention of violence can be an important step in the development of women's health and of course the health of the whole society.

Keywords: women, domestic violence, Health-Promoting Behaviors

How to cite this article: Nayebinia AS. Relationship Between Domestic Violence and Health-Promoting Behavior. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; 9(3): 278 – 291. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-590-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

ارتباط خشونت خانگی با رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت

انور سادات نایبی نیا

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

***نویسنده مسئول:** انور سادات نایبی نیا، **ایمیل:** anvar.nayebi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۲ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۱۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان به زنجیره‌ای از مسائل بهداشتی مرتبط است و بر رفتارهای بهداشتی و توانایی زنان برای جستجوی هر نوع مراقبت بهداشتی تاثیر می‌گذارد. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر تعیین ارتباط بین خشونت خانگی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۳۸۰ زن خشونت دیده‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کرج در سال ۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد و بومی‌سازی شده‌ی خشونت خانگی سازمان بهداشت جهانی و رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت جمع‌آوری شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت ارتباط منفی و معنی‌داری با نمره‌ی کل خشونت خانگی (r=۰/۱۶) و نمره خشونت روانی (r=۰/۱۶) و خشونت جنسی (r=۰/۱۳) دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که ابعاد مختلف خشونت خانگی با هم می‌توانند حدود ۲ درصد از نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت را پیش‌بینی کنند (۰/۰۱۹= R^2adj، ۰/۱۷- R).

نتیجه‌گیری: خشونت می‌تواند بر رفتارهای بهداشتی زنان موثر باشد و پیشگیری از خشونت می‌تواند گام مهمی در توسعه‌ی سلامت زنان و بالطبع سلامت کل جامعه باشد.

واژه‌های کلیدی: زنان، خشونت خانگی، رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

مقدمه

توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با توجه به نقش محوری در مراقبت‌های بهداشتی(۱) به عنوان یک استراتژی ضروری برای کاهش نابرابری در سلامت و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های اولیه مورد توجه قرار گرفته است(۲) و شامل انجام رفتارهایی است که منجر به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل آنها بر سلامت و در نهایت ارتقاء سلامت خود و جامعه خواهد شد(۳). این رفتارها با ایجاد یک رویکرد مثبت در زندگی راهی برای سلامت و خودشکوفایی فراهم می‌کند(۴) و با بهبود سبک زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، امید به زندگی را افزایش می‌دهد(۵) و به عنوان یک راه اساسی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن در نظر گرفته شده است(۶). رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت یک الگوی چندبعدی از خودکارآمدی، حفظ و نگهداری و یا ارتقاء سطح رفاه و خودشکوفایی کامل افراد می‌باشد(۷, ۸) و از این رو از تعیین‌کننده‌های مهم وضعیت سلامتی به شمار می‌آیند(۹). تحقیقات نشان داده که علت بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامتی، سبک زندگی و نوع رفتارهای بهداشتی مردم است و انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ کنند(۱۰). همچنین این رفتارها به عنوان یک اقدام پیشگیرانه در برابر مشکلات مرتبط با سلامتی، وسیله‌ای برای بهبود سلامت زنان شناخته شده است(۱۱, ۱۲). Yunو همکاران (۲۰۱۲) با مطالعه بر روی ۳۷۸ پرستار شاغل در بیمارستان نشان دادند که رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت بر کیفیت زندگی شامل ابعاد اعتمادبه‌نفس، روابط عاطفی و روابط خانوادگی تاثیر مثبت و معنی‌داری دارند(۱۳). ارتقاء رفتارهای بهداشتی در زنان خشونت دیده برای تطابق با خشونت و بالا بردن سطح بهداشتی آنها ضروری است(۱۴). نتایج مطالعه‌ی کیفی نایبی نیا و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد نیاز به ایجاد انگیزه برای خودمراقبتی و پذیرش مسئولیت نسبت به سلامتی از جمله نیازهای بهداشتی زنان خشونت دیده می‌باشد(۱۵).

با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی، امروزه خشونت علیه زنان به عنوان یک مشکل اجتماعی بزرگ در همه‌ی جوامع مورد توجه واقع شده است(۱۶, ۱۷) . براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) از هر سه زن یک زن تحت خشونت قرار می‌گیرد(۱۷). حاجی نصیری و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای متاآنالیز شیوع خشونت خانگی را در ایران ۶۶ درصد گزارش کردند(۱۸). خشونت خانگی شامل هرگونه سوء استفاده جسمی، روانی و جنسی باشد(۱۹) و به زنجیره‌ای از مسائل بهداشتی و سلامت مرتبط است که می‌تواند با ایجاد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

صدمات فیزیکی، بیماری‌های روان تنی، اختلال عاطفی و حتی مرگ، بر سلامت زنان تاثیر بگذارد(۲۰). دستیار و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ی خود بر روی ۳۰۵ زن باردار نشان دادند که خشونت خانگی ارتباطی منفی و معنی‌دار با سلامت معنوی زنان دارد(۲۱). اعمال خشونت‌آمیز، افراد را در معرض آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی قابل‌توجهی قرار می‌دهد و بر سلامت و کیفیت زندگی قربانیان و خانواده‌های آنها اثرات مخرب و ماندگار می‌گذارد(۲۲, ۲۳). نتایج مطالعه‌ای که قراچه و همکاران (۲۰۱۶) بر روی ۳۴۱ زن انجام دادند نشان داد که ۴۴/۵ درصد از زنان خشونت خانگی را گزارش کرده‌اند و نمره‌ی هر دو بعد سلامت فیزیکی و روانی در زنان خشونت دیده پایین تر از زنانی است که تجربه‌ی خشونت نداشته‌اند(۲۴). ارتقاء رفتارهای خشونت دیده در زنان خشونت دیده برای تطابق با خشونت و بالا بردن سطح بهداشتی آنها ضروری است(۱۴) لذا با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان خشونت دیده که منجر به بسترسازی مناسب برای ارتقاء سطح بهداشتی زنان و بالطبع کل جامعه می‌گردد مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی با رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی است. برای دست یافتن به اهداف تحقیق، بیش‌ترین حجم نمونه‌ی محاسبه‌شده به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. لذا با توجه به شیوع خشونت ۶۶٪ در زنان ایرانی براساس مطالعه‌ی حاجی نصیری و همکاران (۲۰۱۶)(۱۸)، حجم نمونه ۳۴۴ نفر محاسبه شد؛(α=۰/۰۵، CI=۰/۹۵، P=۰/۶۶، d=۰/۰۵) و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه ۳۸۰ نفر، در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{z_{1-\varepsilon/2}^{2} p(1-p)}{d^{2}}$$

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از زنان متاهل ۱۵ تا ۴۹ سال که براساس پرسشنامه خشونت خانگی، تحت خشونت قرار داشتند، داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن به زبان فارسی، ساکن کرج و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری خوشه‌ای در مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج انجام شد. داده‌های با استفاده از سه پرسشنامه‌ی خشونت خانگی، پرسشنامه نیازهای بهداشت باروری زنان خشونت دیده و پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت جمع‌آوری شد.

پرسشنامه خشونت خانگی: پرسشنامه خشونت خانگی که براساس مطالعه‌ی سازمان بهداشت جهانی طراحی شده است، خشونت اعمال‌شده توسط همسر در طول یک سال گذشته در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

سه حیطه‌ی جسمی، جنسی و عاطفی را می سنجد. در این پرسشنامه خشونت فیزیکی با ۱۰ سؤال، خشونت جنسی با ۵ سؤال و خشونت عاطفی با ۱۱ سؤال مورد ارزیابی قرارمی گیرد. تعداد موارد انواع خشونت براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت محاسبه می‌گردد. زنی خشونت دیده در نظر گرفته می‌شود که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی بدهد. زنانی که ۱بار تا ۲ بار خشونت داشته باشند در گروه خشونت خفیف، زنانی که ۳-۵ بار تجربه خشونت را ذکر کنند در گروه متوسط و زنانی که بیش از ۵ بار تجربه را ذکر کنند در گروه خشونت شدید قرار می‌گیرند(۲۵). اعتبار پرسشنامه در ایران توسط حاجیان و همکاران (۲۰۱۴) بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برای حیطه‌ی جسمی ۰/۹۲ و حیطه‌ی روانی و جنسی ۸۹/ به دست آمد(۲۶). در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹ تأیید شد.

پرسشنامه رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت: این پرسشنامه ۵۲ سوالی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت را در شش بعد مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۱۲ سوال)، فعالیت فیزیکی (۷ سوال)، تغذیه (۹ سوال)، رشد معنوی (۱۱ سوال)، مدیریت استرس (۸ سوال) و روابط بین فردی (۵ سوال)، بررسی می‌کند. هر سوال به صورت لیکرت از ۱ تا ۴ (هرگز، گاهی اوقات، معمولا و همیشه) نمره دهی می‌شود. محدوده‌ی نمره کل از ۵۲ تا ۲۰۸ می‌باشد و نمره‌ی بالاتر به معنای وضعیت بهتر رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت می‌باشد. روایی این پرسشنامه در ایران در سال ۲۰۱۲ توسط تیموری و همکاران با ضریب آلفای ۰/۸۵ تایید شد(۲۷).

آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد. داده‌های مرتبط به عوامل دموگرافیک و ابعاد خشونت و نیازهای بهداشت باروری با فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار) توصیف شد. نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف ارزیابی شد، با توجه به نرمال نبوده داده‌ها ارتباط بین متغیرها با استفاده از آزمون اسپیرمن تعیین شد. برای بررسی تاثیر خشونت بر رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت از رگرسیون خطی (Enter Method) استفاده شد. در مطالعه‌ی حاضر پایایی پرسشنامه با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶ تأیید شد.

پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش، شرکت‌کنندگان از نظر معیارهای ورود به مطالعه بررسی‌شده و نیز رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد، در مرحله‌ی بعد فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه خشونت خانگی در اختیار افراد قرار گرفت. بعد از تکمیل، پرسشنامه‌ی خشونت خانگی، پرسشنامه‌ها بلافاصله بررسی و افراد خشونت دیده شناسایی شدند، در نهایت پرسشنامه‌ی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت در اختیار زنان خشونت دیده قرار گرفت. درصورتی که نمونه‌های پژوهش، سوالات پرسشنامه را متوجه نمی‌شدند سوالات توسط

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

پژوهشگر به آنها توضیح داده می‌شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به حجم نمونه‌ی تعیین شده ادامه پیدا کرد. در تمامی موارد به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم در مورد محرمانه ماندن تمام اطلاعات، داده شد. در پایان از افراد مورد پژوهش تقدیر به عمل آمد. مطالعه حاضر دارای تأییدیه اخلاق با کد IR.IAU.PIAU.REC.1399.007 می‌باشد. شرکت در این مطالعه کاملا اختیاری و با کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بوده است. همچنین مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، محرمانه باقی ماند.

یافته‌ها

مطالعه‌ی حاضر بر ۳۸۰ زن خشونت دیده انجام شد، میانگین سن زنان(۷/۲۷) ۳۵/۵۵ بود. بیشتر زنان در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال قرار داشتند، بیش از ۹۰ درصد زنان تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند و ۶۰/۸ درصد از آنها شاغل بودند. (جدول شماره ۱) از انواع خشونت، خشونت روانی بیش‌ترین (۶۹/۵ ٪) و خشونت جنسی (۳۳/۹ ٪) کمترین میزان شیوع را به خود اختصاص دادند و۳۷/۶ درصد زنان خشونت شدید را گزارش نمودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر حسب مشخصات فردی زنان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	تعداد(درصد)	نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت	
		Mean (SD)	P value
سن			
۱۵-۲۴	۲۹ (۷/۶)	۶۴/۵۴ (۵/۹۱)	۰/۷۰**
۲۵-۳۴	۱۳۲(۳۴/۷)	۵۴/۴۸ (۶/۱۴)	
۳۵-۴۴	۱۷۴ (۴۵/۸)	۵۲/۵۵ (۷/۶۴)	
≥۴۵	۴۵ (۱۱/۸)	۵۴/۲۴ (۶/۱۱)	
تعداد فرزندان			
۰-۱	۱۷۵(۴۶/۱)	۵۳/۰۲ (۷/۰۶)	۰/۱۶**
۲-۳	۱۹۶(۵۱/۶)	۵۴/۲۶ (۶/۶۱)	
>۳	۹ (۲/۴)	۴۹/۵۵ (۸/۱۴)	
تعداد سقط			
۰-۱	۳۲۲(۸۴/۷)	۵۴/۰۴ (۶/۵۷)	۰/۱۱**
۲-۳	۵۳(۱۳/۹)	۵۱/۱۷ (۷/۹۵)	
>۳	۵ (۳/۱)	۴۹/۶۰ (۱۰/۰۳)	
تحصیلات زن			
کمتر از دیپلم	۳۲(۸/۴)	۵۰/۱۰ (۸/۰۶)	۰/۰۴*
دیپلم و بالاتر	۳۴۸(۹۱/۶)	۵۳/۹۰ (۶/۷۰)	
تحصیلات همسر			
کمتر از دیپلم	۴۸(۱۲/۶)	۴۹/۴۴ (۸/۸۴)	>۰/۰۱*
دیپلم و بالاتر	۳۲۲(۸۷/۴)	۵۴/۱۸ (۶/۳۶)	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

شغل زن			
خانه‌دار	۱۵۰(۳۹/۲)	۵۲/۹۶ (۷/۱۱)	۰/۰۹*
شاغل	۲۳۱(۶۰/۸)	۵۳/۹۸ (۶/۷۳)	
شغل همسر			
بیکار	۱۵(۴)	۵۰/۱۸ (۷/۶۳)	۰/۰۲*
شاغل	۳۶۵(۹۶)	۵۳/۷۱ (۶/۸۴)	

*Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis Test

جدول شماره۲: توزیع فراوانی خشونت خانگی و ابعاد آن در زنان شرکت‌کننده در مطالعه

خشونت خانگی	بدون خشونت	خفیف	متوسط	شدید	Mean (SD)
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
فیزیکی	۱۶۴(۴۳/۲)	۱۱۱(۲۹/۲)	۵۴(۱۴/۲)	۵۱(۱۳/۴)	۱۱/۷۵(۴/۹۷)
جنسی	۲۵۱(۶۶/۱)	۶۳(۱۶/۶)	۲۸(۷/۴)	۳۸(۱۰)	۶/۴۷(۳/۱۳)
روانی	۱۱۶(۳۰/۵)	۱۰۲(۲۶/۸)	۶۶(۱۷/۴)	۹۶(۲۵/۳)	۱۵/۷۰(۷/۲۷)
هر نوع خشونت	-	۱۵۰(۳۹/۵)	۸۷(۲۲/۹)	۱۴۳(۳۷/۶)	۳۳/۹۳(۱۳/۳)

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت ارتباط منفی و معنی‌داری با نمره‌ی کل خشونت خانگی (r=۰/۱۶) و نیز خشونت روانی (r=۰/۱۶) و جنسی (r=۰/۱۳) دارد. در بین ابعاد رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت، بعد تغذیه با هیچ‌کدام از انواع خشونت ارتباط معنی‌داری نداشت و بعد رشد معنوی با تمام انواع خشونت ارتباط منفی و معنی‌دار داشت.(جدول شماره ۳).

جدول شماره۳: ارتباط خشونت خانگی و ابعاد آن با رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت بر اساس آزمون پیرسون

	r											Mean (SD)
۱-خشونت فیزیکی	۱	۰/۵۸**	۰/۴۱**	۰/۷۴**	-۰/۱۰*	-۰/۱۰	-۰/۰۳	-۰/۱۱*	-۰/۰۱	-۰/۰۵	-۰/۰۷	۱۱/۳۲(۵/۰۵)
۲- خشونت روانی		۱	۰/۵۵**	۰/۹۳**	-۰/۱۱*	-۰/۲۱**	-۰/۱۵*	-۰/۱۵**	-۰/۰۶	۰/۱۰*	۰/۱۶**	۱۵/۳۸(۷/۳۸)
۳- خشونت جنسی			۱	۰/۶۳**	-۰/۱۰	-۰/۱۲*	-۰/۰۳	-۰/۲۰**	-۰/۰۵	-۰/۰۹	-۰/۱۳*	۶/۳۱(۳/۱۱)
۴- نمره ی کل خشونت				۱	-۰/۱۲*	-۰/۱۹**	-۰/۱۲*	-۰/۱۸**	-۰/۰۶	-۰/۰۹	-۰/۱۶**	۳۳/۰۲(۱۳/۶۱)
۵- روابط بین فردی					۱	۰/۴۶**	۰/۳۴**	۰/۶۹**	۰/۵۲**	۰/۵۸**	۰/۷۷**	۲۴/۷۷(۴/۲۴)
۶-مسئولیت						۱	۰/۵۱**	۰/۴۲**	۰/۵۰**	۰/۴۷**	۰/۷۱**	۲۰/۲۵(۴/۳۸)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

پذیری‌برای سلامت						
۷- فعالیت فیزیکی (ورزش)	۱	۰/۳۸**	۰/۴۷**	۰/۵۷**	۰/۷۱**	۱۶/۳۶(۴/۵۸)
۸- رشد معنوی		۱	۰/۵۵**	۰/۶۲**	۰/۸۰**	۲۶/۱۹(۵/۰۱)
۹- تغذیه			۱	۰/۵۵**	۰/۷۷**	۲۴/۰۱(۴/۲۲)
۱۰- مدیریت استرس				۱	۰/۸۱**	۱۹/۴۸ (۳/۹۸)
۱۱- نمره ی کل رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت					۱	۱۳۱/۰۸(۲۰/۵۳)

**P<0.01, *P<0.05

در آزمون رگرسیون خطی، تمام انواع خشونت خانگی با هم وارد مدل شدند، نتایج نشان داد که بین این متغیرها با هم و نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت، ارتباط معنی‌داری وجود دارد و ابعاد مختلف خشونت خانگی باهم می‌توانند ۲ درصد از نمره‌ی کل رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت را پیش‌بینی کنند(R^2adj=۰/۰۲، R=۰/۱۷). با این وجود در مورد هیچ یک از انواع خشونت به تنهایی بر روی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت تاثیر معنی‌داری گزارش نشد(جدول شماره۴).

جدول شماره۴: رابطه خشونت خانگی و ابعاد ان با نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت براساس رگرسیون خطی چند متغیره

متغیر	R	R^2	R^2_{adj}	B	S.E	□	F
خشونت فیزیکی	۰/۱۷۰	۰/۰۲۹	۰/۰۱۹	۸/۹۲	۱۸/۰۶	۰/۱۳	۲/۸۰*
خشونت روانی				۵/۹۳	۲۵/۵۴	۰/۱۰	
خشونت جنسی				۰/۴۷	۱۰/۴۶	۰/۰۸	
نمره‌ی کل خشونت خانگی				۲۵/۲۶	۵۰/۷۳	۰/۳۷	

*P<0.05

بحث

رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت راهی برای کنترل سلامتی است. ارتقای سلامت با تأکید بر شیوه‌های زندگی مثبت منجر به بهبود سلامت و کیفیت زندگی شده و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد(۲۸). در مطالعه‌ی حاضر میانگین (SD) نمره‌ی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت (۲۰/۵۳) ۱۳۱/۰۸ و در سطح خوب(۲۹) بود. در بررسی‌های مختلف بر روی زنان، میانگین نمره‌ی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت بالاتر از مطالعه‌ی حاضر گزارش شده است: فهیمی و همکاران (۲۰۲۰) در زنان میانسال (۱۹/۲) ۱۴۵/۸(۳۰)، عابدی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

و همکاران (۲۰۱۸) در زنان سن باروری (۲۳/۸) ۱۳۵/۵(۳۱) باکوئی و همکاران (۲۰۱۷) در زنان سن باروری (۲۲/۳۷) ۱۳۶/۶۴ (۳۲).

براساس نتایج مطالعه‌ی حاضر خشونت روانی با شیوع حدود ۷۰ درصد شایع‌ترین نوع خشونت بود. طبق گزارش WHO (۲۰۱۲) خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت بوده و تا ۷۵ درصد زنان در طول زندگی آن را تجربه می‌کنند(۳۳). مطالعات مختلف در ایران نیز این یافته را تأیید می‌کنند: در مطالعه‌ی جهرمی و همکاران (۲۰۱۶) ۴۹/۴ درصد زنان یکی از انواع خشونت را گزارش کردند که بین انواع خشونت شایع‌ترین نوع آن، خشونت روانی (۴۴/۴ ٪) بود(۳۴). مطالعه‌ی متاآنالیز حاجی نصیری و همکاران (۲۰۱۶) نیز شیوع خشونت خانگی در زنان ایرانی را ۶۶ درصد گزارش کرد(۱۸). این نتایج نشان‌دهنده‌ی شیوع بالای خشونت و به خصوص خشونت روانی در جامعه‌ی مورد مطالعه است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت ارتباط منفی و معنی‌داری با خشونت خانگی (r=۰/۱۶) دارد. براساس یافته‌های مطالعه‌ی مروری بزرگی و همکاران (۲۰۱۷) یکی از تکنیک های مؤثر بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی زنان توانمندسازی در مقابل خشونت می‌باشد(۳۵) و مطالعات مختلف نشان می‌دهند رفتارهای پرخطر بهداشتی در میان افراد خشونت دیده بیشتر دیده می‌شود؛ نتایج مطالعه‌ی Berenson و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که رفتارهای پرخطر بهداشتی همچون مصرف الکل و تنباکو و رفتارهای پر خطر جنسی در دختران نوجوانی که تجربه‌ی خشونت داشته‌اند به طور معنی‌داری بالاتر گزارش می‌شود(۳۶). Francisco و همکاران (۲۰۱۳) و Bauer و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه‌ی خود افزایش رفتارهای پرخطر جنسی را در بین زنان خشونت دیده گزارش کردند(۳۷, ۳۸). این نتایج در راستای نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهند زنان خشونت دیده کمتر از سایر زنان، به رفتارهای بهداشتی روی می‌آورند و خشونت خانگی می‌تواند بر حیطه‌های سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیرگذار باشد. نتایج مطالعه‌ی شایان و همکاران (۲۰۱۵) بر روی ۱۹۷ زن خشونت دیده نشان داد که خشونت از هر نوع، پیش‌بینی کننده بروز اختلال در سلامت عمومی فرد می‌باشد(۳۹). نتایج مطالعه‌ی دولتیان و همکاران (۲۰۱۲) با مقایسه‌ی دوگروه زنان خشونت دیده و زنانی که تحت خشونت نبوده‌اند نشان داد که در کلیه ابعاد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی نمرات گروه خشونت دیده به طور معنی‌داری بالاتر از گروه بدون خشونت بود و میزان خشونت خانگی بالا بر سلامت موثر است(۴۰).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

در مطالعه‌ی حاضر از بین ابعاد رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت فقط بعد رشد معنوی با تمام انواع خشونت ارتباط منفی و معنی‌دار داشت زارعی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای بر روی ۱۵۰ زوجشان دادند که بین پارامترهای زندگی معنوی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد معنویت یک حوزه مهم از ابعاد شخصیتی می‌باشد که به فرد کمک می‌کند در جهت توسعه شخصی حرکت کند(۴۱). دستیار و همکاران (۲۰۲۲) با مطالعه بر روی ۳۰۵ زن باردار تحت خشونت خانگی نشان دادند که نمره سلامت معنوی با نمره خشونت خانگی رابطه آماری معکوس و معناداری دارد و .متغیرهای مدت ازدواج، شغل همسر و نمره خشونت خانگی پیش‌بینی نمره سلامت معنوی شرکت‌کنندگان می‌باشند(۲۱). نتایج مطالعه‌ی حاجی حیدری و سجادیان (۲۰۲۳) نشان داد که متغیرهای تاب‌آوری و سلامت معنوی به طور همزمان ۳۹/۵ درصد از متغیر افکار خودکشی زنان قربانی خشونت را پیش‌بینی می‌کنند(۴۲). وجود ارتباط معنی‌دار بین انواع خشونت و رشد معنوی در مطالعه‌ی حاضر، در کنار نتایج مطالعاتی که ارتباط رضایت زناشویی، خشونت و معنویت را نشان می‌دهند، نظریه پندر در مورد سلامت معنوی را تایید می‌نمایند که سلامت معنوی را به عنوان دریافت عشق، شادی، آرامش و رضایت، توانایی برای کشف هدف اصلی خود در زندگی، و چگونگی کمک به خود و دیگران تعریف می‌کند(۴۳) و می‌توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی بیشتر از سایر ابعاد سلامت می‌تواند تحت تاثیر تجربه‌ی خشونت قرار گیرد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که در مورد سایر ابعاد رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت بعد روابط بین فردی با خشونت فیزیکی، خشونت روانی و نمره‌ی کل خشونت، بعد مدیریت استرس با خشونت روانی، بعد ورزش با خشونت روانی و نمره‌ی کل خشونت، بعد مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت با خشونت روانی، خشونت جنسی و نمره‌ی کل خشونت ارتباط منفی و معنی‌داری دارند. در مطالعه‌ای که افشانی و همکاران(۲۰۲۰) بر روی زنان متاهل انجام دادند نتایج نشان داد که بین سبک زندگی سلامت‌محور و خشونت خانگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد و بین تمامی ابعاد سبک زندگی سلامت‌محور (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روانی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد، پیشگیری از حوادث وسلامت محیطی) با خشونت خانگی علیه زنان رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت(۴۴). نتایج مطالعه‌ی فرکت و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که خشونت می‌تواند پیشگویی‌کننده‌ی رفتارهای خودزنی در زنان باشد و علاوه بر آن تجربه‌ی خشونت با

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

افسردگی ارتباط مثبت و معنی‌دار و با مهارت‌های ارتباطی و کنترل هیجان، ارتباط منفی و معنی‌داری دارد(۴۵).

از جمله نقاط قوت در مطالعه‌ی حاضر، استفاده از پرسش‌های معتبر و بومی‌سازی شده و نمونه‌گیری خوشه‌ای بود که تعمیم‌پذیری مطالعه را افزایش می‌دهد. محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی بود که مستلزم اعتماد به پاسخ‌گویی صادقانه شرکت‌کنندگان می‌باشد و از طرفی با توجه به خصوصی بودن موضوع خشونت خانگی، دسترسی به شرکت‌کنندگان، با دشواری‌هایی همراه بود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر نتایج نشان داد که خشونت خانگی می‌تواند پیشگویی‌کننده‌ی وضعیت رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت در زنان باشد، با توجه به اهمیت سلامت در زنان و با توجه به این که بهبود بهداشت باروری برای سلامت زنان و کودکان آن‌ها مهم و حیاتی است و می‌تواند به طور مستقیم با سطح سلامت کل جامعه موثر باشد، اهمیت ارتقا رفتارهای بهداشتی در زنان خشونت دیده از جنبه‌های مهم سلامت جامعه محسوب می‌شود، لذا با ارتقاء دانش و رفتارهای بهداشتی می‌توان به آنها کمک کرد تا از نیازهای بهداشتی خودآگاهی بیشتری پیدا کنند و با برآورده ساختن آنها، کیفیت زندگی، سلامت و میزان بقای خود را بهبود بخشند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمام مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، مسئولان مراکز بهداشت و تمام افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی در انجام این مطالعه وجود نداشت.

References

1. Basharpoor S, Heydarirad H, Atadokht A, Daryadel SJ, Nasiri-Razi R. The role of health beliefs and health promoting lifestyle in predicting pregnancy anxiety among pregnant women. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015; 3(3): 171-80. [Persian]
2. Shahrokhi A, Qolizadeh A, Mohammadi F, Nasiri E. Health promoting behaviors and general health among the elderly in Qazvin: a cross sectional study. Elderly Health Journal. 2018;4(1):18-22. [Persian]
3. Mo PK, Winnie WM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. Social indicators research.2010; 95(3):503-17.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

4.Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Mohammadi E. Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: the experience of Iranian women of reproductive age. International journal of preventive medicine. 2013; 4(8): 929.
5. Tabrizi JS, Doshmangir L, Khoshmaram N, Shakibazadeh E, Abdolahi HM, Khabiri R. Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review. BMC Health Services Research.2024; 24(1):1-9.
6. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. Nursing Standard (through 2013). 2011;25(19):43.
7. Norouzinia R, Aghabarari M, Kohan M, Karimi M. Health promotion behaviors and its correlation with anxiety and some students' demographic factors of Alborz University of Medical Sciences. Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(4):39-49. [Persian]
8. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health promoting behaviors and their relationship with self-efficacy of health workers. Iran Journal of Nursing. 2017; 30(105):68-79. [Persian]
9. Mazloomi M, Fazelpour S, Askarshahi M. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of University Shahid Sadoqi Yazd academic staff in Iran. J Ilam Univ Med Sci.2013;23(3):12-21. [Persian]
10. Wittayapun Y, Tanasirirug V, Butsripoom B, Ekpanyaskul C. Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students of the faculty of nursing, Srinakharinwirot University, Thailand. Journal of Public Health.2010;40(2):215-25.
11. Amin-Shokravi F, Rajabi R, Ziaee N. Exercise effects on risk of cardiovascular disease among Iranian women. Asian journal of sports medicine. 2011; 2(1):37.
12. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Mohammadi E, Nedjat S. Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. International journal of public health.2014;59(3):465-73.
13. Yun J-Y, Ham O-K, Cho I-S, Lim J-Y. Effects of health promoting behaviors and mental health status of shift and non-shift nurses on quality of life. Journal of Korean public health nursing.2012; 26(2):268-79.
14. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. Increasing the Safety-Promoting Behaviors of Abused Women: In this study, a telephone intervention for victims of intimate-partner violence showed efficacy for ۱۸months. AJN The American Journal of Nursing. 2004;104(3):40-50.
15. NayebiNia AS, Dolatian M, Hasanpoor ASB, Ebadi A, Akbarzadeh BA. Exploring the Reproductive Health Needs of Violent Women: A Qualitative Study. International Journal of Womens Health and Reproduction. 2019;7(3):339-45.
16. Afkari ME, Latifi M, Taghdisi MH, Azam K, Estebsari F. Indicators Of Empowerment In Women Supported By Imam Khomeini Relief Committee Of Gorgan In Confrontation With Violence. Payavard Salamat. 2013;7(1):32-41. [Persian]
17. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization. 2013.
18. Hajnasiri H, Gheshlagh RG, Sayehmiri K, Moafi F, Farajzadeh M. Domestic violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(6).
19. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. The New England journal of medicine. 2019; 380(9): 850-57.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

20. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. Annals of epidemiology. 2010;20(8):575-83.
21. Dastyar N, Rafati F, Mehralizadeh A. Spiritual health in pregnant women with domestic violence experience in the south of Iran in 2020: A descriptive study. Journal of Hayat. 2022; 28(2):161-72. [Persian]
22. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. The American journal of emergency medicine.2020;38(12):2753.
23. Telles LE, Valenca AM, Barros AJ, da Silva AG. Domestic violence in the COVID- ۱۹ pandemic: a forensic psychiatric perspective. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020; 43(3): 233-4.
24. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic violence during pregnancy and women’s health-related quality of life. Global journal of health science. 2016; 8(2):27.
25. 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):160-9.
26. Hajian S, Vakilian K, Najm-abadi KM, Hajian P, Jalalian M. Violence against women by their intimate partners in Shahroud in northeastern region of Iran. Global journal of health science. 2014; 6(3):117.
27. Taymoori P, Moeini B, Lubans D, Bharami M. Development and psychometric testing of the Adolescent Healthy Lifestyle Questionnaire. Journal of education and health promotion. 2012; 1(20): 1-7. [Persian]
28. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. Western Journal of Nursing Research. 2000; 22(7):796-811.
29. Alzahrani SH, Malik AA, Bashawri J, Shaheen SA, Shaheen MM, Alsaib AA, et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. SAGE open medicine. 2019;7: 2050312119838426.
30. Shahhosseini Z, Bozorgi N. The effective techniques to promote self-care behaviors in women of reproductive age: A review study. Current Research in Medical Sciences. 2017; 2(1): 19-30.
31. Abedi P, Jorfi M, Afshari P, Fakhri A. How does health-promoting lifestyle relate to sexual function among women of reproductive age in Iran? Global health promotion. 2018;25(3):15-21.
32. Bakouei S, Bakouei F, Omidvar S, Bakhtiari A. Health-promoting behaviors and their predictors in iranian women of reproductive age: a cross-sectional study. International Quarterly of Community Health Education. 2017; 38(1): 3-8.
33. WHO. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. World Health Organization. 2012.
34. Jahromi MK, Jamali S, Koshkaki AR, Javadpour S. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. Global journal of health science. 2016; 8(5): 175.
35. Bozorgi N, Shahhosseini Z. The effective techniques to promote self-care behaviors in women of reproductive age: A narrative review study. NHJ. 2017; 2(1): 19-30. [Persian]
36. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs S. Exposure to violence and associated health-risk behaviors among adolescent girls. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2001; 155(11): 1238-42.
37. Francisco L, Abramsky T, Kiss L, Michau L, Musuya T, Kerrigan D, et al. Violence against women and HIV risk behaviors in Kampala, Uganda: baseline findings from the SASA! Study. Violence against women. 2013; 19(7): 814-32.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]

38. Bauer HM, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. Sexually transmitted diseases. 2002; 29(7): 411-16.
39. Shayan A, Masoumi SZ, Kaviani M. The relationship between wife abuse and mental health in women experiencing domestic violence referred to the forensic medical center of shiraz. Journal of Education and Community Health. 2015; 1(4):51-7.
40. Dolatian M , Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Evaluation of Prevalence of Domestic Violence and its Role on Mental Health. Pajoohande. 2012; 16(6):277-83. [Persian]
41.Zarei E, Ahmadisarkhooni T. Relationships between spiritual quotient and marital satisfaction level of men, women and couples referred to consultancy centers of Bandar Abbas. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2013; 7(1): 45.
42. HajiHeydari B, Sajjadian I. The role of resilience, emotion regulation and spiritual health in predicting suicidal ideation of women victims of violence in the corona. Journal of Islamic-Iranian Family studies. 2023; 3(3): 52-75. [Persian]
43. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice: Prentice Hall, Inc: Upper Saddle River, NJ; 2006.
44.Afshani S, Bonyad L. The relationship between health-based lifestyle and domestic violence. Journal of Social Work Research. 2020; 7(23): 47-84. [Persian]
45.Forket A, Akbari B, Hosseinkhanzadeh AA. Structural Patterns of Relationships of Depression, Emotional Breakdown, and Experience of Violence with Self-Harm Behaviors in Women: The Mediating Role of Social Skills, Emotion Control, and Body dissatisfaction. Quarterly Social Psychology Research. 2021; 11(42): 129-55.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2025-10-16]