

بررسی شیوع خشونت خانگی علیه زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت و

ارتباط آن با اختلالات رفتاری کودکان در شهر زاهدان

فاطمه لیموپور^۱، حسین انصاری^۲، مجید سرتیپی^۳، زهرا عرب برزو^۴، عزیزاله اربابی سرجو^۵، محمدعلییادگاری^۶

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲- استاد اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- استادیار اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

ایران

۴- استادیار آمار زیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۵- دانشیار آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۶- استادیار پرستاری، گروه اتاق عمل و هوشبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v22i2.22725](https://doi.org/10.18502/ijre.v22i2.22725)

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه و اهداف: خشونت خانگی یکی از انواع آسیب های اجتماعی علیه زنان است که بر سلامت مادران و فرزندان اثرات منفی می گذارد. این مطالعه به منظور بررسی شیوع مواجهه با خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر زاهدان و ارتباط آن با اختلالات رفتاری در کودکان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۴ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در زاهدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نمونه گیری به روش چند مرحله ای بود. داده ها با استفاده از دو پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی و پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از آزمون های مجذور کای و رگرسیون لجستیک در نرم افزار Stata 14 تحلیل شد.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد شیوع کلی مواجهه با خشونت در زنان و اختلالات رفتاری در کودکان به ترتیب ۴۳ درصد (۳۸/۴۰-۴۷/۶۰) درصد: CI ۹۵ درصد و ۲۳/۳ درصد (۱۹/۴۰-۲۷/۲۰) درصد: CI ۹۵ درصد می باشد. خشونت خانگی با اختلالات رفتاری ارتباط معنی داری نشان داد (OR: ۲/۱۷، CI: ۱/۳۴-۳/۵۲). همچنین در رگرسیون لجستیک متغیرهای سن و اعتیاد پدر، سابقه خشونت در کودکی والدین در کنار مواجهه با خشونت خانگی مادر در مدل نهایی ارتباط خود را با اختلالات رفتاری نشان دادند ($P \geq 0.05$).

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان دهنده ارتباط خشونت خانگی علیه مادر بر سلامت رفتار کودکان است. یافته ها حاکی از ضرورت مداخلات جامع و چندجانبه ای که هم به زنان آسیب دیده و هم به کودکان در معرض خطر کمک کند، تأکید می کند.

تاریخ دریافت

۱۴۰۳/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش

۱۴۰۵/۰۵/۰۷

نویسنده رابط

حسین انصاری

ایمیل نویسنده رابط

Ansarih88@gmail.com

نشانی نویسنده رابط

زاهدان، میدان دکتر حسایی، پردیس
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده
بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی

واژگان کلیدی: خشونت خانگی،

اختلالات رفتاری، زنان، کودکان،

ایران

مقدمه

خشونت خانگی^۱ به عنوان یکی از شایع ترین آسیب های اجتماعی، به طیفی از رفتارهای خشونت آمیز علیه زنان اطلاق می شود (۱). این پدیده در اشکال مختلفی بروز می یابد که عمدتاً در چهار دسته ی خشونت فیزیکی (از

جمله کتک زدن، ضرب و شتم و هرگونه آزار بدنی)، خشونت کلامی (شامل توهین، تحقیر و فحاشی)، خشونت روانی (مانند رفتارهایی که موجب تخریب اعتماد به نفس و کرامت زن می شود) و خشونت اقتصادی دسته بندی می شوند (۲). پدیده خشونت علیه زنان، فراتر از یک آسیب اجتماعی، به عنوان معضلی در حوزه بهداشت

¹ Domestic Violence

عمومی و نقض حقوق بنیادین بشر شناخته می‌شود (۳). بر اساس مطالعات انجام‌شده در ۱۶۱ کشور و منطقه طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲، تقریباً ۳۰ درصد از زنان جهان (معادل یک‌سوم از جمعیت آنان) در دورانی از زندگی خود قربانی انواع خشونت بوده‌اند (۳). همچنین، در یک مطالعه شیوع مواجهه با خشونت خانگی در زنان در کشورهای آمریکا ۵۹ درصد، اردن ۴۰ درصد و در ایران ۶۱/۸ درصد گزارش شده است (۴، ۵).

خشونت می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر سلامت زنان داشته باشد از آنجا که زنان، مادران کودکانی هستند که قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (۶)، این تأثیرات منفی می‌تواند کودکان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. کودکانی که در خانواده‌های شاهد خشونت خانگی علیه مادران خود هستند، به طور غیر مستقیم قربانی این پدیده بوده و طیف وسیعی از اختلالات رفتاری^۱ را بروز می‌دهند (۷). مواجهه با این صحنه‌ها می‌تواند منجر به بروز علائم عقب‌ماندگی رشدی در آنان شود که از مهم‌ترین مصادیق آن، تأخیر در کسب مهارت‌های زبانی و افزایش سطح اضطراب است (۲). یک مطالعه بر روی کودکان ۵ ساله نشان داده است که مواجهه با خشونت علیه مادر، به طور قابل توجهی بر رشد روانی و رفتاری کودک تأثیر منفی دارد؛ به طوری که با افزایش شدت و تعدد خشونت، احتمال بروز این اختلالات نیز به طور معناداری افزایش می‌یابد (۸، ۹). این کودکان اغلب مشکلاتی از قبیل کم‌بود توجه، کاهش عزت نفس و اختلال در برقراری ارتباط سالم با اعضای خانواده و همسالان را تجربه می‌کنند (۱۰). با در نظر گرفتن این پیامدهای ناگوار، مداخله زودهنگام برای حمایت از کودکانی که در معرض خشونت خانگی علیه مادر قرار دارند، نه تنها یک اقدام حفاظتی، بلکه یک ضرورت برای تضمین سلامت نسل آینده به شمار می‌آید (۱۱).

با وجود شواهد فوق درباره پیامدهای خشونت، درک دقیق الگوی این پدیده و تأثیرات آن در بافت‌های جغرافیایی و فرهنگی خاص ضروری است. شهر زاهدان با ویژگی‌های منحصر به فرد جمعیتی، فرهنگی و اقتصادی، از این قاعده مستثنی نیست. با این حال، یک شکاف دانش آشکار در مورد همراهی بین خشونت خانگی علیه زنان و اختلالات

رفتاری کودکان در این منطقه وجود دارد. علاوه بر این، در حالی که شیوع خشونت خانگی در ایران در مطالعات پیشین حدود ۶۱/۸ درصد گزارش شده (۴)، اما میزان دقیق شیوع این پدیده در بین زنان شهر زاهدان و به طور همزمان، میزان شیوع اختلالات رفتاری در کودکان آنان ناشناخته است.

بنابراین، مطالعه حاضر با دو هدف اصلی تعیین شیوع خشونت خانگی علیه زنان در شهر زاهدان، و بررسی ارتباط بین قرار گرفتن کودکان در معرض این خشونت و بروز اختلالات رفتاری در آنان طراحی شد. نتایج این پژوهش می‌تواند مبنای علمی مناسبی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای بومی و سیاست‌گذاری‌های سلامت عمومی در این منطقه فراهم کند.

روش کار

مطالعه حاضر به روش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود، که بر روی زنان مراجعه‌کننده به همراه کودک خود به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه احمدی (۱۲) با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$)، قدرت آزمون ۸۰ درصد و خطای مجاز ۰/۰۵، ۳۰۲ نفر برآورد شد. با توجه به ماهیت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای در این مطالعه، اثر طرح (design effect) به دلیل افزایش واریانس ناشی از خوشه‌بندی در محاسبه حجم نمونه لحاظ گردید. با استناد به مطالعات مشابه و با در نظر گرفتن ضریب همبستگی درون‌خوشه‌ای (ICC)، اثر طرح معادل ۱/۵ در نظر گرفته شد. بدین ترتیب، ۴۵۴ نفر به عنوان حجم نمونه نهایی تعیین شدند.

روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای انجام شد. برای این منظور، شهر زاهدان به ۵ منطقه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شد. سپس، لیست مراکز سلامت هر منطقه جمع‌آوری شد و به صورت تصادفی، ۵ مرکز از هر منطقه انتخاب گردید. در نهایت، از هر یک از این ۲۵ مرکز، به تعداد ۱۸ نمونه و در مجموع ۴۵۴ نمونه با روش در دسترس و با توجه به معیارهای ورود، انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، متأهل بودن و

¹ Behavioral disorders

داشتن کودک ۴ تا ۶ ساله بود. همچنین معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری داده‌ها تکمیل پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به خشونت خانگی و اختلالات رفتاری کودکان توسط مادران بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل سوالات فرم اطلاعاتی سه بخشی بود:

(الف) اطلاعات دموگرافیک: داده‌های سن، تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان با چک‌لیست محقق‌ساخته گردآوری شد. برای سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی با به بکارگیری از متغیرهای سطح سواد و شغل والدین، میزان دارایی خانوار (مانند ماشین، مالکیت خانه، تلویزیون، یخچال و ...) به روش تجزیه مولفه‌های اصلی از Cat PCA^۱ ساخته شد. سپس نمرات حاصل از این شاخص بر اساس کرتایل‌های توزیع نرمال استاندارد شده (Standardized Z-scores) به سه گروه پایین (کمتر از -۰/۳۳)، متوسط (-۰/۳۳ تا +۰/۳۳) و بالا (بیشتر از +۰/۳۳) تقسیم شدند تا حجم گروه‌ها متوازن گردد.

(ب) پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی: برای سنجش خشونت خانگی از پرسشنامه محسنی تبریزی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ استفاده شد (۱۳). این پرسشنامه شامل ۶۱ گویه بود و نمره‌دهی آن در دو بخش مجزا انجام شد: بخش اول برای ارزیابی فراوانی رفتارهای خشونت‌آمیز بر اساس طیف لیکرت از صفر تا چهار (از "هیچ‌وقت" تا "همیشه") و بخش دوم برای سنجش نگرش فرد نسبت به خشونت بر اساس طیف لیکرت از صفر تا چهار (از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم") طراحی شده بود. در مطالعه حاضر، روایی این پرسشنامه با نظر متخصصان و پایایی آن با اجرای آزمایشی بر روی ۳۰ نمونه و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تأیید شد. این پرسشنامه ابعاد خشونت کلامی، جسمانی و روانی را اندازه می‌گیرد.

(ج) پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC): برای سنجش اختلالات رفتاری کودکان از پرسشنامه مشکلات رفتاری کوای و پترسون استفاده شد که پایایی آن در مطالعه‌ای با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش شده است (۱۴). این پرسشنامه

شامل ۸۸ سوال و ۴ خرده‌مقیاس اختلال سلوک، مشکلات توجه-نارسایی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب-گوشه‌گیری بود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس سه‌گزینه‌ای از ۰ تا ۲ (از «عدم اختلال» تا «وضعیت حاد اختلال») انجام شد. بر اساس راهنمای پرسشنامه و مطالعه اعتباریایی کوای و پترسون (۱۹۸۸)، نمره خام بالاتر از ۶۵ (معادل انحراف معیار بالاتر از میانگین) به عنوان "مبتلا به اختلال رفتاری" و نمره ۶۵ و کمتر به عنوان "فاقد اختلال رفتاری" در نظر گرفته شد. حداکثر نمره قابل کسب برای هر خرده مقیاس، دو برابر تعداد گویه‌های آن خرده مقیاس و حداقل نمره صفر در نظر گرفته شد. بر این اساس، دامنه کلی نمرات مشکلات رفتاری بین صفر تا ۱۷۶ متغیر بود. در نهایت، برای تحلیل‌های آماری، نمره کل کودکان بر اساس نقطه برش استاندارد پرسشنامه به یک متغیر دوحالته "مبتلا به اختلال رفتاری" و "فاقد اختلال رفتاری" تبدیل شد. در مطالعه حاضر، روایی این پرسشنامه با تأیید متخصصان مربوطه و پایایی آن با اجرای آزمایشی بر روی ۳۰ نمونه و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ تأیید شد.

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد که در قالب طرح تحقیقاتی با شماره ۱۱۲۹۱ و کد اخلاق IR.ZAUMC.REC.1403.087 انجام شد. رضایت نامه شفاهی از مراجعین گرفته شد و اطمینان داده شد که از ذکر نام و اطلاعات شخصی آن‌ها در پژوهش خودداری شود. همچنین ذکر شد که عدم قبول شرکت در پژوهش، یا ادامه ندادن به همکاری، هیچ گونه تاثیری در بر خدمات بهداشتی و درمانی به فرد ندارد. این موضوع در فرایند اخذ رضایت آگاهانه، رعایت شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Stata نسخه ۱۴ استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، متغیرهای کمی با میانگین $\pm$ انحراف معیار و متغیرهای کیفی با تعداد و درصد گزارش شدند. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای-دو (χ^2) یا دقیق فیشر (در مواردی که شرایط استفاده از کای-دو فراهم نبود) و به منظور بررسی مقایسه در گروه‌های متغیر کمی از آزمون ANOVA استفاده گردید. همچنین، به منظور شناسایی متغیرهای مستقل مؤثر بر اختلالات رفتاری و کنترل اثر

^۱ Categorical Principal Component Analysis

تشخیص داده شد، از روش حذف موردی (Listwise deletion) استفاده گردید و تحلیل نهایی بر روی ۴۴۲ نمونه انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه مقطعی، ۴۵۴ مادر با میانگین سنی $2/6 \pm$ ۳۱ سال مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۸۸/۷۷ درصد) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۴/۰۵ درصد) بودند. میانگین سنی پدران $7/10 \pm$ ۳۵/۶۰ سال بود.

شیوع خشونت خانگی علیه زنان ۴۳ درصد (۴۷/۶۰-۳۸/۴۰ درصد: CI ۹۵) و شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ۲۳/۳ درصد (۲۷/۲۰-۱۹/۴۰ درصد: CI ۹۵) بدست آمد.

مخدوش‌کننده‌های احتمالی، از رگرسیون لجستیک چندمتغیره به روش Forward: LR استفاده شد.

در این مطالعه به دلیل عدم دسترسی به ضریب همبستگی درون‌خوشه‌ای (ICC) دقیق برای اعمال اثر طرح (Design effect)، از روش‌های استاندارد رگرسیون لجستیک استفاده گردید. برای تعدیل اثر خوشه‌بندی، متغیر "مرکز سلامت" به عنوان یک متغیر مستقل در مدل اولیه وارد شد تا اثر سلسله‌مراتبی داده‌ها کنترل شود. سطح معنی‌داری آماری ($P \leq 0/05$) در نظر گرفته شد.

از مجموع ۴۵۴ پرسشنامه تکمیل شده، در ۱۲ مورد (حدود ۲/۶ درصد از داده‌ها) حداقل یک سوال بدون پاسخ باقیمانده بود. به دلیل اینکه میزان داده‌های گمشده کمتر از ۵ درصد بود و الگوی گمشدگی تصادفی (MAR)

جدول شماره ۱- نتایج تحلیل تک‌متغیره ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک و اختلالات رفتاری کودکان

متغیرهای دموگرافیک		اختلالات رفتاری		Univariate	
		دارد (درصد)	ندارد (درصد)	P	OR (۹۵ درصد CI)
سن مادر	زیر ۳۰ سال	۸۳ (۳۵/۳۲)	۱۵۲ (۶۴/۶۸)	۰/۰۱	۱/۹۶ (۱/۰۲-۴/۶۶)
	۳۰ تا ۴۰	۴۰ (۲۳/۱۲)	۱۳۳ (۷۶/۸۸)		۱/۰۸ (۱/۰۱-۲/۶۶)
	بالتر از ۴۰ سال	۱۰ (۲۱/۷۴)	۳۶ (۷۸/۲۶)		۱
شغل مادر	خانه‌دار	۱۱۷ (۲۹/۰۳)	۲۸۶ (۷۰/۹۷)	۰/۷۳	۰/۸۹ (۰/۴۶-۱/۸۰)
	شاغل	۱۶ (۳۱/۳۷)	۳۵ (۶۸/۶۳)		۱
تحصیلات مادر	بی سواد	۳۳ (۳۰)	۷۷ (۷۰)	۰/۴۲	۰/۹۱ (۰/۴۱-۲/۰۷)
	زیر دیپلم	۶۳ (۳۱/۵۰)	۱۳۷ (۶۸/۵۰)		۰/۹۸ (۰/۴۷-۲/۰۹)
	دیپلم	۲۲ (۲۲/۶۸)	۷۵ (۷۷/۳۲)		۰/۶۲ (۰/۲۷-۱/۴۷)
	دانشگاهی	۱۵ (۳۱/۹۱)	۳۲ (۶۸/۰۹)		۱
سن پدر	زیر ۳۰ سال	۴۹ (۳۶/۳۰)	۸۶ (۶۳/۷۰)	۰/۰۳	۲ (۱/۱۴-۳/۵۳)
	۳۰ تا ۴۰	۵۳ (۲۹/۶۱)	۱۲۶ (۷۰/۳۹)		۱/۴۷ (۱/۰۳-۲/۵۶)
	بالتر از ۴۰ سال	۳۱ (۲۲/۱۴)	۱۰۹ (۷۷/۸۶)		۱
شغل پدر	بیکار	۱۵ (۴۶/۸۸)	۱۷ (۵۳/۱۳)	۰/۰۴	۳/۲۳ (۱/۱۳-۵/۳۰)
	آزاد	۱۰۶ (۲۸/۹۶)	۲۶۰ (۷۱/۰۴)		۱/۴۹ (۱/۰۵-۳/۲۳)
	کارمند	۱۲ (۲۱/۴۳)	۴۴ (۷۸/۵۷)		۱
تحصیلات پدر	بی سواد	۲۲ (۳۷/۹۳)	۳۶ (۶۲/۰۷)	۰/۲۴	۲/۱۶ (۰/۸۹-۵/۳۳)
	زیر دیپلم	۶۵ (۳۰/۵۲)	۱۴۸ (۶۹/۴۸)		۱/۵۵ (۰/۶۸-۳/۳۵)
	دیپلم	۳۳ (۲۶/۶۱)	۹۱ (۷۳/۳۹)		۱/۲۸ (۰/۵۸-۲/۹۲)
	دانشگاهی	۱۳ (۲۲/۰۳)	۴۶ (۷۷/۹۷)		۱
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	پایین	۴۵ (۳۱/۵۰)	۹۸ (۶۸/۵۰)	۰/۱۵	۱/۲۵ (۰/۹۲-۱/۶۸)
	متوسط	۴۴ (۳۰/۸۰)	۹۹ (۶۹/۲۰)		۱/۲۰ (۰/۸۸-۱/۶۲)
	بالا	۴۲ (۲۹/۷۰)	۱۰۰ (۷۰/۳۰)		۱

توضیح: با استفاده از روش کرتایل‌های استاندارد، حجم سه گروه تقریباً برابر (۱۴۳، ۱۴۳ و ۱۴۲ نفر) شد. در تحلیل تک‌متغیره، اختلالات رفتاری کودکان با سن پایین‌تر مادر و پدر، و بیکاری پدر ارتباط آماری معناداری نشان داد ($P \leq 0.05$). به‌طور مشخص: شانس اختلالات رفتاری در کودکانی با پدر بیکار، در مقایسه با کودکان دارای پدر کارمند، $3/23$ برابر بود ($CI: 1/13-5/3$) ۹۵ درصد، ($OR: 3/23$). شانس این اختلال در کودکانی با مادران زیر ۳۰ سال، در مقایسه با مادران بالای ۴۰ سال، $1/96$ برابر بود ($CI: 1/02-4/66$) ۹۵ درصد، ($OR: 1/96$). همچنین این شانس در کودکانی با پدران زیر ۳۰ سال، در مقایسه با پدران بالای ۴۰ سال، ۲ برابر بود ($CI: 1/14-3/53$) ۹۵ درصد، ($OR: 2$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل تک‌متغیره ارتباط متغیرهای خشونت خانگی با اختلالات رفتاری کودکان

متغیرهای مربوط به ازدواج		اختلالات رفتاری		Univariate	
		دارد (درصد)	ندارد (درصد)	P	OR (۹۵ CI درصد)
سن ازدواج مادر	زیر ۲۰ سال	۹۷ (۲۹/۴۸)	۲۳۲ (۷۰/۵۲)	۰/۸۸	۱/۰۳ (۰/۶۴-۱/۶۸)
	بالا ۲۰ سال	۳۶ (۲۸/۸۰)	۸۹ (۷۱/۲۰)		
مدت زمان ازدواج	زیر ۶ سال	۴۳ (۳۴/۹۶)	۸۰ (۶۵/۰۴)	۰/۱	۱/۴۳ (۰/۸۹-۲/۲۸)
	بالای ۶ سال	۹۰ (۲۷/۱۹)	۲۴۱ (۷۲/۸۱)		
اختلاف سنی والدین	کوچکتر از شوهر	۱۲۰ (۲۹/۳۴)	۲۸۹ (۷۰/۶۶)	۰/۷۵	۱/۵۲ (۰/۳۹-۸/۶۳)
	همسن	۱۰ (۳۲/۲۶)	۲۱ (۶۷/۷۴)		
	بزرگتر از شوهر	۳ (۲۱/۴۳)	۱۱ (۷۸/۵۷)		
تعداد فرزندان	یک	۱۵ (۳۴/۰۹)	۲۹ (۶۵/۹۱)	۰/۰۵	۱/۷۹ (۰/۸-۳/۸۷)
	دو	۳۵ (۳۴/۶۵)	۶۶ (۶۵/۳۵)		
	سه	۴۵ (۳۲/۳۷)	۹۴ (۶۷/۶۳)		
	چهار و بیشتر	۳۸ (۲۲/۳۵)	۱۳۲ (۷۷/۶۵)		
اعتیاد مادر	دارد	۳۷ (۳۹/۷۸)	۵۶ (۶۰/۲۲)	۰/۰۱	۱/۸۲ (۱/۰۹-۳)
	ندارد	۹۶ (۲۶/۵۹)	۲۶۵ (۷۳/۴۱)		
اعتیاد پدر	دارد	۵۵ (۴۱/۳۵)	۷۸ (۵۸/۶۵)	۰/۰۰۰۳	۲/۱۹ (۱/۳۹-۳/۴۴)
	ندارد	۷۸ (۲۴/۳۰)	۲۴۳ (۷۵/۷۰)		
سابقه خشونت در کودکی مادر	دارد	۵۸ (۵۲/۷۳)	۵۲ (۴۷/۲۷)	<۰/۰۰۱	۴ (۲/۴۷-۶/۴۵)
	ندارد	۷۵ (۲۱/۸۰)	۲۶۹ (۷۸/۲۰)		
سابقه خشونت در کودکی پدر	دارد	۳۶ (۵۶/۲۵)	۲۸ (۴۳/۷۵)	<۰/۰۰۱	۳/۸۸ (۲/۱۷-۶/۹۵)
	ندارد	۹۷ (۲۴/۸۷)	۲۹۳ (۷۵/۱۳)		
چند همسری پدر	دارد	۸ (۲۵)	۲۴ (۷۵)	۰/۵۷	۰/۷۹ (۰/۲۹-۱/۸۸)
	ندارد	۱۲۵ (۲۹/۶۲)	۲۹۷ (۷۰/۳۸)		
مواجهه کلی با خشونت خانگی مادر	دارد	۸۹ (۶۵/۴۱)	۱۰۶ (۳۴/۵۹)	<۰/۰۰۱	۴/۰۱ (۲/۵۶-۶/۳۰)
	ندارد	۴۵ (۳۴/۶۴)	۲۱۵ (۶۶/۳۶)		

اختلالات رفتاری با چندین عامل مرتبط با خشونت و سابقه خانوادگی ارتباط معنادار داشت: مواجهه مادر با خشونت خانگی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده بود، به‌طوری که شانس اختلال رفتاری در کودکان این مادران ۴/۰۱ برابر بیشتر بود (۹۵ CI: ۲/۵۶-۶/۳۰) درصد، (OR: ۴/۰۱).

سابقه خشونت در کودکی مادر (۹۵ CI: ۲/۵۷-۶/۴۵) درصد، ۴ (OR: ۳/۸۸) نیز با شانس بالاتر اختلالات رفتاری مرتبط بودند. اعتیاد پدر (۹۵ CI: ۱/۳۹-۳/۴۴) درصد، ۲/۱۹ (OR: ۱/۸۲) نیز از عوامل خطر معنادار بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳- تحلیل چندمتغیره عوامل مرتبط با اختلالات رفتاری کودکان

متغیرهای مستقل	β	S.E	P	OR (۹۵ CI درصد)
سن پدر	-۰/۷۳	۰/۳۱	۰/۰۱۸	۰/۴۸ (۰/۲۶-۰/۸۹)
اعتیاد پدر	۰/۶۱	۰/۲۳	۰/۰۱	۱/۸۴ (۱/۱۷-۲/۸۹)
مواجهه کلی با خشونت خانگی مادر	۰/۷۷	۰/۲۴	۰/۰۰۲	۲/۱۶ (۱/۳۵-۳/۴۵)
سابقه مواجهه با خشونت در کودکی مادر	۰/۸۸	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۲/۴۱ (۱/۴۲-۴/۰۹)
سابقه مواجهه با خشونت در کودکی پدر	۰/۷	۰/۳۱	۰/۰۲	۲/۰۱ (۱/۰۹-۳/۷۰)

توضیح: متغیر سن پدر به صورت پیوسته در مدل وارد شده است. OR کمتر از ۱ نشان می‌دهد با افزایش یک سال به سن پدر، شانس اختلال رفتاری در کودک ۵۲ درصد کاهش می‌یابد (یعنی پدران جوان‌تر خطر بالاتری دارند).

بحث

یافته‌های این مطالعه که با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی و بررسی ارتباط آن با اختلالات رفتاری کودکان در شهر زاهدان انجام شد، نشان داد که شیوع خشونت خانگی علیه زنان ۴۳ درصد و شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ۲۳/۳ درصد است. نتایج تحلیل چندمتغیره مؤید آن بود که مواجهه مادر با خشونت خانگی، سابقه خشونت در کودکی هر یک از والدین، اعتیاد پدر و سن پایین پدر از عوامل مستقل و معنادار مرتبط با اختلالات رفتاری کودکان هستند ($P < ۰/۰۵$). در این میان، قوی‌ترین ارتباط با اختلالات رفتاری کودکان به ترتیب مربوط به سابقه خشونت در کودکی مادر (OR = ۲/۴۱)، مواجهه با خشونت خانگی مادر (OR = ۲/۱۷)، سابقه خشونت در کودکی پدر (OR = ۲/۰۱) و اعتیاد پدر (OR = ۱/۸۴)

در مدل نهایی چندمتغیره، پس از تعدیل اثر سایر متغیرها، پنج عامل به عنوان پیش‌بین‌های مستقل و معنادار اختلالات رفتاری کودکان شناسایی شدند: ۱. مواجهه مادر با خشونت خانگی: شانس اختلال رفتاری در کودکان این مادران ۲/۱۶ برابر بیشتر بود (۹۵ CI: ۱/۳۵-۳/۴۵) (OR: ۲/۱۶) درصد، ۲. سابقه خشونت در کودکی مادر (۹۵ CI: ۱/۴۲-۴/۰۹) درصد، ۲/۴۱ (OR: ۲/۴۱) درصد، ۳. سابقه خشونت در کودکی پدر (۹۵ CI: ۱/۰۹-۳/۷۰) درصد، ۲/۰۱ (OR: ۲/۰۱) درصد، ۴. اعتیاد پدر (۹۵ CI: ۱/۱۷-۲/۸۹) درصد، ۱/۸۴ (OR: ۱/۸۴) درصد، ۵. سن پایین‌تر پدر (۹۵ CI: ۱/۱۶-۲/۲۵) درصد، ۱/۶۲ (OR: ۱/۶۲) (جدول شماره ۳)

هیجانات و رفتارهایش را تحت تاثیر قرار داده و وی را مستعد بروز علائم برونی‌سازی شده (مانند پرخاشگری) و درونی‌سازی شده (مانند اضطراب) می‌کند (۲۰). سوم، یافته جالب توجه این مطالعه، نقش سابقه خشونت در کودکی مادر بود. این نتیجه، از فرضیه "چرخه بین‌نسلی خشونت" حمایت می‌کند که طبق آن، تجربیات خشونت آمیز دوران کودکی می‌تواند الگوهای رفتاری و فرزندپروری را در بزرگسالی تحت تاثیر قرار داده و خطر انتقال مشکلات رفتاری به نسل بعد را افزایش دهد (۲۱). یافته این مطالعه که مواجهه با خشونت خانگی، شانس اختلال رفتاری را ۲/۱۷ برابر افزایش می‌دهد، شاهی قوی بر این مدعاست.

علاوه بر این، چرخه بین‌نسلی خشونت نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. یافته ما مبنی بر ارتباط قوی سابقه خشونت در کودکی والدین (به ویژه مادر) با اختلالات رفتاری فرزندشان، این فرضیه را تقویت می‌کند که الگوهای رفتاری خشونت‌آمیز می‌توانند از نسلی به نسل دیگر منتقل شوند. والدینی که خود قربانی خشونت بوده‌اند، ممکن است در الگوهای فرزندپروری خود با چالش مواجه باشند. این یافته با نتایج مطالعه محمدی و همکاران که همبستگی قوی بین خشونت خانگی و سوء‌مصرف مواد در مادران را گزارش کردند (۲۲)، همسو است و نشان می‌دهد تجربیات کودکی می‌تواند طیفی از پیامدهای منفی در بزرگسالی به همراه داشته باشد.

در این مطالعه، عواملی مانند سابقه خشونت در کودکی اعتیاد والدین، سن پایین پدر و وضعیت مالی خانواده در مدل نهایی باقی ماندند ($P \leq 0.05$). با این حال، تاکید می‌شود که این متغیرها در چارچوب این پژوهش، عمدتاً به عنوان عوامل مخدوشگر یا تعدیلگر در رابطه اصلی در نظر گرفته شدند. برای مثال، احتمال می‌رود که اعتیاد پدر هم با افزایش خشونت خانگی و هم با افزایش استرس در محیط خانواده، یک عامل مخدوشگر قوی باشد. تحلیل چندمتغیره به ما این امکان را داد که اثر خالص رابطه بین خشونت خانگی و اختلالات رفتاری را پس از حذف اثرات این مخدوشگرهای مهم، برآورد کنیم. این امر قدرت و اعتبار داخلی یافته اصلی مطالعه را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد.

همچنین اختلالات رفتاری در کودکان با مادری که خشونت خانگی را تجربه می‌کند ۲/۱۶ برابر دیگر کودکان

بود. این ترتیب نشان می‌دهد که پیشینه ترومای کودکی در مادر، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری در نسل بعد است.

این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات در ایران و دیگر کشورها هم‌راستا است که نشان می‌دهد خشونت خانگی یک معضل اجتماعی گسترده و رو به افزایش است. کیسا^۱ و همکاران در مطالعه خود شیوع خشونت خانگی در اردن را ۵۰ درصد و یمن ۵۴ درصد گزارش داد و دلیل احتمالی آن وجود سنت و هنجار جنسیتی که از ضرب و شتم همسر در منطقه مورد مطالعه حمایت می‌کند (۱۵).

یافته‌های مطالعه گوهری و همکاران که بر روی ۱۰۰۰ نفر از زنان کرمان انجام شد، با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. در مطالعه ایشان، شیوع کلی خشونت خانگی ۴۴ درصد گزارش شد (۱۲). اگرچه حجم نمونه در مطالعه مذکور بزرگ‌تر بود، این همگرایی، حاکی از وسعت تقریباً یکسان این معضل در این دو منطقه از ایران است.

مطالعات در کشورهای همجوار مانند اردن ۵۰ درصد و یمن ۵۴ درصد نیز شیوعی بالاتر را نشان می‌دهند (۱۵). این الگو می‌تواند بازتابی از هنجارهای جنسیتی مشترک در منطقه باشد که خشونت علیه زنان را تا حدی تقویت می‌کند. از سوی دیگر، شیوع ۲۳/۳ درصدی اختلالات رفتاری در کودکان این مطالعه، در دامنه گزارش‌شده برای کشورهای جنوب صحرای آفریقا ۱۲-۳۳ درصد (۱۶) و نیز مطالعاتی از نیجریه ۱۳ درصد (۱۷) و آمریکا ۲۱ درصد (۱۸) قرار می‌گیرد. این تشابهات نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری کودکان، فارغ از مرزهای جغرافیایی، یک نگرانی جهانی در حوزه سلامت عمومی است.

ارتباط قوی بین خشونت خانگی و اختلالات رفتاری کودکان را می‌توان با چندین مکانیسم زیربنایی استناد کرد. نخست، از منظر نظریه دلبستگی، خشونت خانگی محیط خانواده را به یک محیط ترسناک و غیرقابل پیش‌بینی تبدیل می‌کند که احساس امنیت و دلبستگی ایمن کودک به مراقب اصلی (مادر) را به شدت مختل می‌سازد (۱۹). دوم، قرار گرفتن در معرض استرس مزمن ناشی از خشونت، می‌تواند منجر به بروز "استرس سمی" در کودک شود. این نوع استرس، با تاثیر منفی بر رشد ساختارها و مسیرهای عصبی، توانایی کودک در تنظیم

است ($P \leq 0/05$). در این راستا در مطالعه محمدی و همکاران نتایج بین خشونت خانگی و سوء مصرف مواد مادر همبستگی مستقیم قوی وجود داشت ($P \leq 0/05$). همچنین سایر متغیرها مانند تحصیلات، وضعیت مالی و اعتیاد پدران، پیش‌بینی کننده‌های خشونت خانگی و ارتباط آن با اختلالات رفتاری در کودکان بودند، به طوری که ۷۳/۲۸ درصد از واریانس را به خود اختصاص دادند (۲۳). در مغایرت با مطالعه حاضر در مطالعه تکسیرا لفا^۱ نشان داد که عوامل دموگرافیک مانند سن و تحصیلات والدین تأثیر کمتری بر اختلالات رفتاری کودکان داشتند و عوامل فرهنگی مانند ارزش‌های جمع‌گرایانه و حمایت خانوادگی نقش مهم‌تری ایفا کردند (۲۴). این تناقض بر اهمیت در نظر گرفتن بافت فرهنگی-اجتماعی خاص هر منطقه در تفسیر یافته‌ها تأکید می‌کند. ویژگی‌های منحصربه‌فرد شهر زاهدان، از جمله ترکیب قومی و شرایط مرزی، می‌تواند سهم متفاوتی از این متغیرها در بروز اختلالات رفتاری ایجاد کرده باشد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات با حجم نمونه بالا در مورد شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با اختلالات رفتاری کودکان در شهر زاهدان می‌باشد که خود می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت برنامه ریزی، غربالگری، و ارجاع زنان و کودکان آنان با معرض خطر فراهم نماید.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی هم بود، از مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر اینکه زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت (جامعه مورد مطالعه) ممکن است نماینده زنان جامعه نباشند. حجم بالای نمونه و این واقعیت که بسیاری از زنان جهت دریافت خدمات مختلف به مراکز مراجعه می‌نمایند ممکن است به حل این مشکل کمک نموده باشد. همچنین می‌توان به عدم همکاری مناسب زنان به دلیل خجالت و ترس از افشای پرسشنامه تکمیل شده، و یا ترس از انگ گذاری بر روی کودک خود اشاره نمود.

از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، عدم لحاظ اثر طرح (Design effect) ناشی از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای خوشه‌ای در محاسبه خطاهای معیار (Standard Errors) در مرحله تحلیل بود. اگرچه در محاسبه حجم

نمونه اثر طرح معادل ۱/۵ لحاظ گردید، اما به دلیل نرم‌افزاری و عدم دسترسی به ضریب همبستگی درون‌خوشه‌ای (ICC) دقیق، امکان اعمال صحیح تحلیل داده‌های پیچیده (Complex Analysis) فراهم نشد و تحلیل نهایی با فرض نمونه‌گیری ساده انجام شد. این مسئله ممکن است منجر به کوچکتر برآورد شدن خطاهای معیار و در نتیجه، باریکتر شدن فواصل اطمینان نسبت به حالت واقعی شود و احتیاط در تفسیر نتایج آماری (به ویژه در مورد P های مرزی) ضروری است. این نقص به عنوان یک محدودیت جدی مطالعه پذیرفته می‌شود.

یافته‌های این پژوهش با توجه به ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی خاص منطقه زاهدان به دست آمده و تعمیم آن به سایر مناطق ایران نیازمند مطالعات بیشتر است. با این وجود، حجم نمونه مناسب و روش‌شناسی دقیق تا حدی این محدودیت‌ها را جبران نموده است. انجام مطالعات طولی آینده‌نگر با استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) می‌تواند به درک جامع‌تری از این موضوع کمک کند.

پیشنهادهای برای تحقیقات آینده:

۱. انجام مطالعات طولی برای بررسی اثرات بلندمدت خشونت خانگی بر اختلالات رفتاری کودکان
۲. ارزیابی سایر ابعاد رشد کودک (جسمانی، حرکتی، عاطفی-اجتماعی)
۳. انجام پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر عوامل فرهنگی-اجتماعی مؤثر
۴. طراحی و ارزیابی برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر
۵. اجرای مطالعات چندمرکزی با توجه به تنوع فرهنگی مناطق مختلف
۶. بررسی نقش متغیرهای واسطه‌ای مانند حمایت‌های اجتماعی و تاب‌آوری مادران
۷. استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) برای تحلیل جامع‌تر

¹ Douglas Teixeira Leffa

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه حاکی از شیوع بالای خشونت خانگی علیه زنان و شیوع قابل توجه اختلالات رفتاری در کودکان در مراجعان مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان است. این شرایط، یک بحران بهداشت عمومی را نشان می‌دهد که نیازمند عزم جدی و اقدام فوری است. خشونت خانگی نه تنها سلامت زنان را به مخاطره می‌اندازد، بلکه تأثیرات عمیق و پایداری بر رشد روانی-اجتماعی کودکان بر جای می‌گذارد. بر این اساس، طراحی و اجرای سیاست‌های جامع حمایتی شامل غربالگری نظام‌مند، مداخلات مشاوره‌ای برای زنان و کودکان آسیب دیده، و برنامه‌های آموزشی برای کارکنان سلامت در سطح این مراکز ضروری به نظر می‌رسد. این مداخلات

می‌توانند در نهایت به شکستن چرخه خشونت و ارتقای سلامت نسل آینده کمک کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و تمامی افرادی که در پیشبرد این پژوهش، یاری رساندند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافع در مورد انتشار این مقاله وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش بخش‌های مختلف پژوهش مشارکت نموده‌اند.

References

- Wake AD, Kandula UR. The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic-"The shadow pandemic": A review of cross-sectional studies. *Women's health (London, England)*. 2022;18:17455057221095536.
- Bhatia A, Lokot M, Kenny L, Mathpati M, Cislighi B. Honor, violence, and children: A systematic scoping review of global evidence. *Child abuse & neglect*. 2024;151:106642.
- Hasanzadeh S, Mohammadpour Y, Davari R, Babaei M. Investigating the Relationship between Economic, Social, and Psychological Factors and the Resilience of Women Who Have Experienced Violence. *Iran J Epidemiol*. 2026; 21 (4):285-298
- Wang Y, Fu Y, Ghazi P, Gao Q, Tian T, Kong F, et al. Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health*. 2022;10(6):e820-e30.
- Saeedi M, Taleb S. Evaluation of Domestic Violence Against Women and its Effective Factors During the COVID-19 Pandemic. *Iran J Epidemiol*. 2024; 19 (4) :267-279
- Fakharzadeh L, Tahery N, Heidari M, Hatefi Moadab N, Zahedi A, Elhami S. Factors Associated with Prevalence of Domestic Violence in Women Referred to Abadan Health Centers in 1394. *irje* 2018; 13 (4) :328-336
- Lin IF, Brown SL, Mellencamp KA. The Roles of Gray Divorce and Subsequent Repartnering for Parent-Adult Child Relationships. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2022;77(1):212-23.
- Fakharzadeh L, Tahery N, Heidari M, Hatefi Moadab N, Zahedi A, Elhami S. Factors Associated with Prevalence of Domestic Violence in Women Referred to Abadan Health Centers in 1394. *Iran J Epidemiol*. 2018; 13 (4) :328-336
- Calvete E. Are All Child-to-Parent Violence Profiles Associated with Exposure to Family Violence? Findings from a Sample of Spanish Adolescents. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2023;11(12):1710
- Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(7):3432.
- Niu L, Li Y, Bai R, Pagán JA, Zhang D, Díaz A. Global prevalence of violence against children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*. 2024;154:106873.
- Ahmadi Gohari M, Baneshi MR, Zolala F, Garrusi B, Salarpour E, Samari M. Prevalence of Domestic Violence against Women and Its Visibility in Southeast Iran. *Iranian journal of public health*. 2023;52(3):646-54.
- Mohseni Tabrizi A, Keldi A, Javadianzadeh M. Investigating the state of domestic violence in married women referring to forensic medicine and welfare centers in Yazd city in 2009. *Toloe Behdasht Quarterly*. 2011;11(3):11-24.
- Quay HC, Peterson DR. Manual for the revised behavior problem checklist. University of Miami; 1987.
- Kisa S, Gungor R, Kisa A. Domestic Violence Against Women in North African and Middle Eastern Countries: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*. 2023;24(2):549-75.
- Yoosefi Lebni J, Saki M, Madineh D, Ziapour A, Ahmadi A, Torabi A. Social determinants of violence against adolescent married women and how the women respond to it: A qualitative study in the Kurdish areas of Iran. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2025;17(1):154-67.
- Stanley N, Chinwe ES. Prevalence of Mental Disorders in Abakaliki, Ebonyi State, Southeastern Nigeria. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2022 Jul-Aug;28(4):306-318.

18. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental Health Surveillance Among Children - United States, 2013-2019. *MMWR supplements*. 2022;71(2):1-42.
19. McIntyre CL, Goulter N, Moretti MM. Maltreatment and Parent-Child Attachment as Predictors of Dating Violence and Risky Sexual Behaviour Among High-Risk Teens. *J Child Adolesc Trauma*. 2024 Apr 2;17(3):751-765.
20. Kochanova K, Pittman LD, McNeela L. Parenting Stress and Child Externalizing and Internalizing Problems Among Low-Income Families: Exploring Transactional Associations. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022 Feb;53(1):76-88.
21. Juan SC, Washington HM, Kurlychek MC. Breaking the Intergenerational Cycle: Partner Violence, Child-Parent Attachment, and Children's Aggressive Behaviors. *J Interpers Violence*. 2020 Mar;35(5-6):1158-1181.
22. Saber A, Omid M, Eidy F, Mehrabi Bardar M, Panahi R, Moghadasi Z, et al. Factors Affecting the Severity of Domestic Violence against Pregnant Women: A Cross-Sectional Study in Northeastern Iran. *irje* 2024; 20 (2) :95-105
23. Mohammadi F, Barati M, Borzou SR, Ezati E, Mohammadi K, Mohammadi Z, et al. Investigating the relationship between domestic violence with substance abuse and suicide resilience in mothers with disabled children. *Frontiers in public health*. 2023;11:1223896.
24. Leffa DT, Caye A, Rohde LA. ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2022;57:1-18.

Tehran University of
Medical Sciences

Original Article

Prevalence of Domestic Violence Against Women Referring to Comprehensive Health Service Centers and Its Relationship with Children's Behavioral Disorders in Zahedan

Fatemeh Limoparvar¹, Hossein Ansari², Majid Sartipi³, Zahra Arab Borzu⁴, Azizollah Arbabisarjou⁵, Mohamad Ali Yadegari⁶

1- MSc, Epidemiology, Student Research and Technology Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2- Professor of Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3- Assistant Professor of Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

4- Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

5- Associate Professor of Nursing Education, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

6- Assistant Professor of Nursing, Department of Operating Room and Anesthesiology, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

DOI: [10.18502/irje.v22i2.22725](https://doi.org/10.18502/irje.v22i2.22725)

Article Information

Received

17 March 2025

Accepted

29 July 2026

Corresponding author

Hossein Ansari

Corresponding author E-mail

Ansarih88@gmail.com

Keywords:

Domestic violence, Behavioral disorders, Women, Children, Iran

Abstract

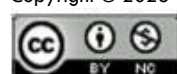
Background and Objectives: Domestic violence is one of the social harms against women that negatively affects the health of mothers and children. This study was conducted to investigate the prevalence of exposure to domestic violence among women referring to comprehensive health service centers in Zahedan city and its relationship with behavioral disorders in children.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 454 women referring to comprehensive health service centers in Zahedan in 2024. Sampling was performed using a multistage method. Data were collected using two standard questionnaires for measuring domestic violence against women by Mohseni Tabrizi and the Behavioral Problems of Children and Adolescents (RBPC) questionnaire by Quay and Peterson. Data were analyzed using chi-square tests and logistic regression in Stata14 software.

Results: The results of this study showed that the overall prevalence of exposure to violence in women and behavioral disorders in children were 43% (95% CI:38.40%-47.60%) and 23.3% (95% CI:19.40%-27.20%), respectively. Domestic violence was significantly associated with behavioral disorders (OR: 2.17, 95% CI: 1.34-3.52). In the final logistic regression model, the variables of father's age, father's addiction, parents' history of childhood violence, and maternal exposure to domestic violence remained significantly associated with children's behavioral disorders ($P \leq 0.05$).

Conclusion: The findings of this study demonstrate the relationship between maternal domestic violence and children's behavioral disorders. The findings emphasize the need for comprehensive and multifaceted interventions that help both affected women and children at risk.

Copyright © 2026 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.