

## عوامل مرتبط با خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مراکز واکسیناسیون شهر تهران

افسانه توسلی<sup>۱</sup>، نیره احمدی<sup>۲</sup>، فهیمه احمدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است و در همه اعصار وجود داشته است. پژوهش حاضر باهدف روشن‌تر شدن ابعاد خشونت علیه زنان باردار و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی بر روی ۲۷۰ زن متأهل است؛ که از اردیبهشت تا آبان ماه سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی و واکسیناسیون شهر تهران مراجعه کرده‌اند. روش تحقیق پیمایش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی ساخت‌یافته بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲، تجزیه و تحلیل شدند و در این راستا از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی، تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تفاوت میانگین استفاده گردید.

**یافته‌ها:** با توجه به نتایج پژوهش ۸۲/۸ درصد زنان حداقل یکی از انواع خشونت را در دوران بارداری تجربه کرده‌اند. در مورد ابعاد خشونت، خشونت مالی با ۲۹/۶۶ درصد شایع‌ترین نوع خشونت و خشونت جسمی با ۱۳/۴۳ درصد کم‌ترین میزان خشونت را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین نتایج حاکی از آن است که با سطح معنی‌داری ۵ درصد، افزایش تحصیلات زن ( $r = -14$ ) و مرد ( $r = -11$ )، عاملی مؤثر در کاهش خشونت‌های جسمی، مالی و اجتماعی است. به‌علاوه هرچه محل تولد مردان از محیط‌های کوچک روستایی به شهرهای بزرگ نزدیک‌تر شده، میزان خشونت (به‌جز بعد مالی خشونت) نیز ( $r = -22$ ) کاهش یافته است. زنان با خواستگاه روستایی یا شهر کوچک، بیشتر مورد خشونت واقع شده‌اند و نیز با افزایش سطح توسعه فرهنگی محل سکونت، میزان خشونت اعمال‌شده در ابعاد مالی ( $r = -171$ )، جسمی ( $r = -13$ ) و اجتماعی ( $r = -15$ ) کاهش یافته است. میزان خشونت مردان فارس از خشونت مردان کرد، ترک و سایر قومیت‌ها کم‌تر بوده است. همچنین دو متغیر نگرش‌های فرهنگی مولد ( $r = 50$ ) و مانع خشونت ( $r = -40$ ) بیشترین شدت رابطه را با متغیر شاخص خشونت داشته‌اند. به‌علاوه شکل‌گیری نگرش‌های فرهنگی در زنان، رابطه معنی‌داری با متغیرهای سن، تحصیلات، توسعه فرهنگی محل سکونت و محل تولد آنان دارد؛ اما بین قومیت زنان و نگرش‌های فرهنگی مولد و مانع خشونت در آنان رابطه معنی‌داری دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، افزایش سطح تحصیلات زنان و مردان، توسعه‌ی فرهنگی محله‌ها و اصلاح نگرش‌های فرهنگی در سطح خانواده از جمله عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان باردار هستند.

**کلمات کلیدی:** خشونت خانگی، خشونت علیه زنان، بارداری، عوامل فرهنگی، نگرش‌های فرهنگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۱۸، مرداد ۱۳۹۸، ص ۳۹۱-۳۷۹

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تلفن: ۰۲۱-۸۵۶۹۲۴۸۷

Email: afsaneh\_tavassoli@alzahra.ac.ir

### مقدمه

رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی، عاطفی یا رنج زنان همراه می‌گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، سلب مطلق اختیار یا آزادی صورت گرفته و در جمع و یا خفا رخ دهد (۳). خشونت علیه زنان و به‌خصوص خشونت علیه زنان باردار مسئله‌ای است که به‌طور جدی

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار آزاردهنده به‌منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی تحمیل می‌شود (۱، ۲). سازمان بهداشت جهانی در این زمینه می‌نویسد: خشونت علیه زنان عبارت است از هرگونه

<sup>۱</sup> دانشیار گروه مطالعات زنان، دانشکده‌ی علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهراء (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشکده‌ی علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهراء

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشکده‌ی علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهراء

است (۱۱). حسن و همکارانش در مطالعه‌ی خود میزان خشونت خانگی علیه زنان باردار، در شهرهای میاندوآب، مه‌باد و بناب را به ترتیب ۷۸ درصد، ۶۷/۴ درصد و ۹۴/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۷). همچنین مطابق نتایج پژوهش باه‌ری و همکارانش در شهر کرج، فراوانی خشونت روانی- کلامی علیه زنان باردار ۵۰ درصد، خشونت جنسی ۴۵/۲ درصد و خشونت فیزیکی ۱۶/۷ درصد بود (۲). نتایج مطالعه سرایلو و همکارانش نیز بیانگر شیوع خشونت خانگی ۴۶ درصد در شهر مینودشت بود، که بیشترین نوع خشونت به ترتیب خشونت روانی ۳۵ درصد، فیزیکی ۷/۸ درصد و جنسی ۳/۲ درصد بود (۱۲).

در سایر مطالعاتی که در ایران صورت گرفته عوارض مختلفی از عواقب سوء رفتار بر مادران باردار گزارش شده است؛ که در آن‌ها تناقض‌های زیادی در رابطه با فراوانی، شیوع خشونت خانگی در بارداری و عوارض آن وجود دارد، متأسفانه فقدان دسترسی به آمار شیوع خشونت و پیامدهای آن در بسیاری از نقاط ایران به وضوح دیده می‌شود. به‌رحال این دو مسئله مشکلی است که در سطح گسترده با عدم شناسایی دقیق و به‌موقع روبرو می‌باشند. برآورد گردیده است که تنها ۳ درصد از مادران تحت خشونت، توسط تیم بهداشت و درمان شناسایی می‌شوند و آن‌ها نیز در اکثر موارد در مواجهه با این مددجویان عملکرد مسئولانه‌ای نداشته و با دید اغماض از آن عبور می‌نمایند (۷). عوامل مختلفی با بروز خشونت‌های خانگی در دوران بارداری مرتبط‌اند، که از آن جمله می‌توان به زندگی شهرنشینی، نداشتن منبع درآمد مستقل، نارضایتی زنان از زندگی مشترک، سطح تحصیلات پایین زن و همسر، شغل همسر، سن ازدواج، مشکلات اقتصادی، دوری از خانواده، انزوای اجتماعی و کمبود ارتباط با دوستان و خانواده اشاره کرد (۲). همچنین در مطالعه‌ی اما فلو و همکارانش (۲۰۱۳) در مورد یافته‌های سازمان ملل متحد در خصوص خشونت مردان در آسیا و اقیانوس آرام بر روی ۱۰۱۷۸ مرد، مشخص شد که فاکتورهای مرتبط با ارتکاب خشونت بر اساس کشور و نوع خشونت متفاوت است. بر اساس مؤلفه‌های مربوط به جمعیت، در ارتکاب خشونت فاکتورهای مرتبط با جنسیت و روابط مانند: تجربیات مربوط به آسیب‌های دوران کودکی، سوءمصرف الکل، افسردگی، آموزش کم، فقر و دخالت در باندها و مبارزه با سلاح‌ها از اهمیت بیشتری برخوردارند (۱۳).

خشونت، صرفاً بر قربانیان تأثیر ندارد؛ بلکه سلامت و رفاه خانواده، دوستان و جامعه‌ی قربانیان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). در واقع خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌گردد (۱۲).

سلامت زنان را در ابعاد مختلف تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. وسعت خشونت علیه زنان به گستردگی تاریخ بشر است و در همه اعصار وجود داشته است. خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است و با توجه به ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکان متفاوت می‌باشد. خشونت اصولاً فرهنگ، مذهب، منطقه زیستی و مرزهای اقتصادی را درمی‌نوردد و به شکل‌های گوناگون اعمال می‌شود (۴). خشونت خانگی شایع‌ترین شکل خشونت در خانواده‌های ایرانی می‌باشد، که دربرگیرنده‌ی کلیه‌ی رفتارهای هجومی و سرکوب‌گرایانه همچون حملات فیزیکی، حملات روانی، فشارهای اجتماعی و فشارهای اقتصادی است. خشونت غالباً از سوی افرادی که با فرد ارتباط نزدیک دارند اعمال می‌شود؛ اما ابعاد گستردگی و نوع خشونت در بین خانواده‌ها متفاوت است (۵).

افزایش خشونت علیه زنان در تمام کشورها، حتی کشورهای پیشرفته‌ای که قوانین جدی علیه ترویج خشونت وضع کرده‌اند، نگران‌کننده است. بر اساس آمارهای بین‌المللی، از هر ۵ زن حداقل یک زن در طول زندگی خود توسط همسرش مورد خشونت خانگی قرار می‌گیرد (۶). شیوع این مسئله در کشورهای در حال توسعه بین ۱۵ تا ۷۱ درصد و در کشورهای توسعه‌یافته ۱۹ تا ۳۰ درصد است (۷). با توجه به برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۴۵ درصد از زنان از خشونت خانگی رنج می‌برند. خشونت علیه زنان امری جهانی است؛ ۳۱ تا ۳۵ درصد زنان آمریکایی مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می‌گیرند. متأسفانه ۱۵ تا ۲۵ درصد زنان آمریکایی حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند (۴). سینگها و همکارانش در سال ۲۰۱۸ در پژوهشی که بر روی ۴۲۶ زن باردار انجام داده‌اند، نشان داده‌اند که تقریباً از هر ۱۰ زن سه زن (۲۸/۹ درصد) در معرض خشونت همسر در دوران بارداری هستند (۸). در سال ۲۰۱۲ نیز انولادو و همکارانش در یک مطالعه توصیفی- مقطعی در شمال نیجریه نشان دادند از ۲۰۱ زن باردار ۲۸/۹ درصد در طول مدت بارداری قبلی خود با خشونت مواجه شدند و ۳۱/۸ درصد خشونت را در بارداری شاخص تجربه کردند. شایع‌ترین نوع خشونت، مقاربت جنسی اجباری، تهدید و کتک زدن بود که به ترتیب ۶۰/۹ درصد، ۲۰/۳ درصد و ۱۸/۷ درصد را به خود اختصاص داده بودند (۹). همچنین در مطالعه‌ی مروری و فراتحلیل که توسط کریمی و همکاران در سال ۱۳۹۵ بر روی مقالات فارسی و انگلیسی سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ انجام شد، شیوع خشونت فیزیکی طی بارداری در جهان ۱۸ درصد و در ایران ۲۳ درصد و خشونت روانی طی بارداری در جهان ۳۸ درصد و در ایران ۴۴ درصد برآورد گردید (۱۰).

در ایران، میزان خشونت اعمال‌شده بر زنان باردار در مطالعه‌ی صالحی و مهرعلیان بسیار بالا و بیش از ۶۰ درصد گزارش شده

بارداری به‌تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی را بر فرد تحمیل می‌کند و به طبع همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر مانند خشونت، می‌تواند اثرات زیان باری بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض می‌تواند باعث افزایش مرگومیر مادران و نوزادان شود (۴، ۱۲، ۱۵).

با توجه به نتایج مطالعات صورت گرفته در این زمینه خشونت علیه زنان باردار عوارض نامطلوبی برای مادر، جنین و نوزاد در پی دارد. آسیب‌های ناشی از این خشونت می‌تواند نقش زن به‌عنوان مادر و همسر را تحت‌الشعاع قرار داده و کانون خانواده را متشنج کند. از آنجایی که خانواده در حقیقت واحد بنیادی جامعه می‌باشد، جامعه نیز از این تلاطم در امان نبوده و این ناآرامی خانواده، به طرق مختلف در جامعه ظهور و بروز می‌یابد. بنابر این پیشگیری از خشونت خانگی برای تداوم و سلامت خانواده و جامعه امری بسیار مهم تلقی می‌شود. مهم‌ترین راه پیشگیری از این معضل بهداشتی و اجتماعی آموزش مهارت زندگی به‌خصوص تأکید بر ارتباط و آموزش است (۱۶).

هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار استان تهران و همچنین عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان باردار می‌باشد. در این مطالعه علاوه بر بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای زمینه‌ای شامل: تحصیلات، سن، قومیت، محل تولد و منطقه سکونت (از نظر توسعه‌ی فرهنگی) و خشونت علیه زنان باردار به بررسی رابطه‌ی بین باورهای فرهنگی‌ای که مانع اعمال خشونت و نگرش‌های فرهنگی‌ای که زمینه‌ساز اعمال خشونت علیه زنان باردار هستند؛ پرداخته شده است.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است که در ماه‌های اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۷ انجام شده است. ۲۷۰ نفر زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و واکسیناسیون شهر تهران که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس برای مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش متأهل بودن و داشتن حداقل یک سابقه‌ی بارداری در ۵ سال اخیر بوده است. از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود در مورد بارداری اخیر خود به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند و نیز از ذکر مشخصات خود بپرهیزند. همچنین به آنان اطمینان خاطر داده شده بود که اطلاعات ایشان صرفاً جهت دستیابی به هدف تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش تحقیق به‌صورت پیمایشی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی ساخت‌یافته‌ی محقق ساخته بود. به‌منظور تدوین پرسشنامه محقق ساخته، ابتدا مبانی نظری پژوهش با اتکا بر

نظریات جامعه‌شناختی در رابطه با خشونت علیه زن باردار گردآوری گردید. سپس با توجه به مبانی نظری و مطالعات پیشین در این زمینه، چارچوب نظری مطالعه نوشته شد. در مرحله‌ی بعد با بررسی و بازبینی چندباره چارچوب نظری توسط محققین، مؤلفه‌هایی که بیانگر خشونت علیه زنان باردار بود استخراج گردید. در نهایت پس از مدل‌سازی و اندیکاتورسازی، گویه‌های پرسشنامه تهیه گردید. پرسشنامه تدوین‌شده دارای ۴۷ گویه و با توجه به هدف تحقیق دارای سه بخش عمده است: بخش اول شامل سؤالات زمینه‌ای باهدف دستیابی به مشخصات فردی فرد پاسخ‌دهنده و همسر او می‌باشد و شامل ۱۲ گویه است. بخش دوم سؤالات مربوط به ارزیابی خشونت خانگی و عوامل مؤثر بر آن بوده که شامل ۲۴ گویه است. بخش سوم و پایانی نیز به بررسی عوارض نامطلوب خشونت بر مادر و جنین اختصاص دارد و شامل ۱۱ گویه می‌باشد. سؤالات بخش ارزیابی خشونت خانگی و عوامل مؤثر بر آن با توجه به ابعاد خشونت که شامل حملات فیزیکی، حملات روانی، فشارهای اجتماعی و فشارهای اقتصادی است (۵)، در ۴ بخش انتخاب شد و فشار اقتصادی با عدم تأمین مالی، فشار اجتماعی با منع ملاقات و ارتباط با دوستان، اقوام و خانواده و منع حضور در فعالیت‌های اجتماعی، حملات روانی با تهدید، فحاشی و دادوفریاد، توهین و تحقیر، قهر، بهانه‌گیری، تقاضای سقط جنین، سوءظن، غیبت و ارتباط با زنان دیگر و حملات فیزیکی نیز با کتک زدن، سوزاندن، پرتاب اشیاء، فشردن گلو، کوبیدن به دیوار، کشیدن مو و... مجموعاً با ۱۳ گویه سنجیده شد. همچنین در این بخش پرسشنامه با توجه به اثر منابع در دسترس همسر بر اعمال خشونت علیه زن (۱۷)، ۳ گویه برای سنجش منابع در دسترس شوهر در نظر گرفته شد و نیز با توجه به اینکه باورها و عقاید زنان و مردان در خصوص خشونت در خانواده شکل می‌گیرد (۱۸)، ۸ گویه نیز به سنجش باورهای فرهنگی مربوط به خشونت اختصاص داده شد. نهایتاً در بخش پایانی پرسشنامه با توجه به تأثیر عوارض نامطلوب خشونت دوران بارداری بر مادر و جنین در منابع مورد مطالعه (۶، ۱۵)، ۱۱ گویه به بررسی این عوارض اختصاص داده شد؛ که شامل ترس از زایمان، افسردگی پس از زایمان، تغذیه نوزاد با شیر خشک، زایمان سزارین، سقط، پارگی زودرس پرده‌ها، محدودیت رشد جنین، (FGR) دکولمان جفت، مرگومیر پری‌ناتال، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد (۲۵۰۰ گرم یا کم‌تر) بود.

روش امتیازدهی به سؤالات بر اساس طیف لیکرت (گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) و در مورد باورهای فرهنگی (گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف) و امتیازات به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ بود. اطلاعات پرسشنامه پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲)

جهت سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای «خشونت علیه زنان باردار»، «باورهای فرهنگی مولد خشونت» و «باورهای فرهنگی مانع خشونت» به ترتیب ۰/۹، ۰/۷ و ۰/۶ محاسبه گردید. لذا پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است.

### یافته ها

در این مطالعه ۲۷۰ زن در شهر تهران که در ۵ سال اخیر حداقل یک سابقه بارداری داشته‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند. میانگین سنی زنان ۲۷ سال و میانگین سن مردان شان ۳۳ سال است. سایر ویژگی‌های مشارکت کنندگان در جدول (۱) آمده است.

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این راستا از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تفاوت میانگین در سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده گردید.

با توجه به پژوهش میرزایی و همکارانش مناطق ۲۲ گانه‌ی تهران، از نظر توسعه یافتگی فرهنگی - تفریحی در پنج دسته خوشه بندی گردید. منطقه ۶ در خوشه فراتوسعه یافته، مناطق ۱، ۲، ۳ و ۷ در خوشه توسعه یافته رو به بالا، مناطق ۴، ۵، ۱۱ و ۱۳ در خوشه نیمه برخوردار، مناطق ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ در خوشه توسعه یافته رو به پایین و منطقه ۱۷ در خوشه محروم قرار گرفتند. (منبع شماره ۱۹).

روایی محتوایی و صوری گویه‌های پرسشنامه مورد استفاده، توسط تعدادی متخصص صاحب نظر در این زمینه سنجیده شد.

جدول (۱): ویژگی‌های مشارکت کنندگان

درصد زنان	
۳۸/۹	فرا توسعه یافته
۲۱/۱	توسعه یافته رو به بالا
۲۵/۲	توسعه یافته متوسط
۱۱/۱	توسعه یافته رو به پایین و محروم
۳/۷	نامشخص
قومیت	
۵۶/۳	فارس
۲۵/۹	ترک
۵/۲	کرد
۷/۸	لر
۴/۴	سایر
محل تولد	
۵/۲	روستا
۲۴/۴	شهر کوچک
۱۵/۲	شهر بزرگ
۵۵/۳	پایتخت

کرده‌اند)، ۶۸/۹ درصد از زنان سطح خیلی کمی از خشونت را تجربه کرده‌اند و آماره فراوانی تجمعی نشان می‌دهد که ۷۴/۴ درصد زنان نمونه میزان خشونت‌تی که در طول مدت بارداری تجربه کرده‌اند در سطح بسیار کم بوده است.

جدول (۲) فراوانی سطوح شاخص خشونت در زمان بارداری را در بین زنان نمونه نشان می‌دهد.

داده‌ها نمایانگر آن است که ۱۷/۲ درصد زنان هیچگونه خشونت‌تی را در طول مدت بارداری خود تجربه نکرده‌اند (و به عبارتی دیگر ۸۲/۸ زنان حداقل یکی از انواع خشونت را تجربه

**جدول (۲): فراوانی سطوح شاخص خشونت در زمان بارداری**

میزان خشونت	سطح خشونت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
۰	عدم خشونت	۴۳	۱۷/۲	۱۷/۲
۱-۲۰	خشونت بسیار کم	۱۳۷	۵۷/۲	۷۴/۴
۲۰-۴۰	خشونت کم	۳۱	۱۱/۵	۸۶/۸
۴۰-۶۰	خشونت متوسط	۸	۳/۰	۹۰/۰
۶۰-۸۰	خشونت تا حدودی زیاد	۴	۱/۵	۹۱/۶
۸۰-۱۰۰	خشونت زیاد	۲۱	۷/۸	۱۰۰/۰
	بی پاسخ	۲۰	۷/۴	۱۰۰/۰
	کل	۲۷۰	۱۰۰	۱۰۰

داشته است. تحصیلات مردان نیز با خشونت و ابعاد آن (به جز بعد خشونت روانی) رابطه کاهشی با شدت ضعیف داشته است. یعنی افزایش تحصیلات عاملی در کاهش خشونت‌های جسمی، مالی و اجتماعی بوده است. در مورد بالاتر بودن سطح تحصیلات مرد نسبت به زن، نتایج نشان داد با بالاتر رفتن تحصیلات مرد نسبت به زن خشونت مالی و خشونت اجتماعی کم‌تری نسبت به زن اعمال شده است. محل تولد مرد رابطه کاهشی با شدت ضعیف با خشونت و ابعاد آن (به جز بعد خشونت مالی) داشته است. یعنی هرچه محل تولد مردان از محیط‌های کوچک روستایی به شهرهای بزرگ و پایتخت نزدیک‌تر شده است میزان خشونت اعمال شده توسط آنان (به جز بعد خشونت مالی) نیز کاهش یافته است. اما محل تولد زن تنها با شاخص خشونت رابطه معنی‌داری با شدت ضعیف داشته است که نشان می‌دهد زنانی با خواستگاه روستایی یا شهر کوچک بیشتر مورد خشونت واقع شده‌اند.

میانگین شاخص خشونت و ابعاد آن در دوران بارداری در بین افراد نمونه را در طیفی از ۰ تا ۱۰۰ سنجیده شده است. مطابق نتایج شاخص کلی خشونت ۱۸/۶۱ درصد می‌باشد که طبق جدول (۲) در سطح بسیار کم قرار دارد. در مورد ابعاد خشونت، خشونت مالی ۲۹/۶۶ درصد (شایع‌ترین نوع خشونت)، خشونت اجتماعی ۱۹/۲۲ در صد، خشونت روانی ۱۸/۲۹ در صد و خشونت جسمی ۱۳/۴۳ درصد (کم‌ترین میزان خشونت) را به خود اختصاص داده‌اند.

به‌منظور بررسی رابطه متغیرهای مستقل رتبه‌ای تحقیق با متغیر خشونت و ابعاد آن از آزمون همبستگی رواسپیرمن استفاده کرده‌ایم (جدول (۳)). نتایج حاکی از آن است که بین سن زنان و سن مردانشان با میزان خشونت اعمال شده بر زنان در طول دوره بارداری رابطه معناداری وجود ندارد. تحصیلات زنان رابطه کاهشی با شدت ضعیف با خشونت و ابعاد آن (به جز بعد خشونت روانی)

**جدول (۳): همبستگی\* متغیرهای زمینه‌ای با میزان خشونت دیدگی و ابعاد آن در دوران بارداری**

شاخص خشونت	خشونت جسمی	خشونت مالی	خشونت اجتماعی	خشونت روانی	شاخص خشونت
سن زن	R	۰/۰۵۴	۰/۰۷۹	۰/۰۲۷	۰/۰۲۷
	P	۰/۱۸۸	۰/۱۰۰	۰/۳۳۶	۰/۳۳۷
سن مرد	r	-۰/۰۰۵	-۰/۰۹۲	۰/۰۱۷	۰/۰۱۴
	P	۰/۴۳۸	۰/۴۶۸	۰/۳۹۶	۰/۴۱۳
تحصیلات زن	r	-۰/۱۸۹xx	-۰/۲۵۷xx	-۰/۰۷۵	-۰/۱۴۴x
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۱۱۶	۰/۰۱۱
تحصیلات مرد	r	-۰/۲۱۳xx	-۰/۲۹۸xx	-۰/۰۴۵	-۰/۱۱۹x
	P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۰	۰/۰۳۲
سطح تحصیلات بالاتر در مرد	r	-۰/۰۹۹	-۰/۱۶۰	-۰/۰۷۴	-۰/۱۳۷
	P	۰/۱۰۸	۰/۰۰۹	۰/۲۴۲	۰/۰۷۷
محل تولد مرد	r	-۰/۱۴۷	-۰/۰۲۲	-۰/۱۸۰	-۰/۲۲۱
	P	۰/۰۱۹	۰/۲۲۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰
محل تولد زن	r	۰/۱۱۵	۰/۰۸۲	-۰/۱۰۱	-۰/۱۲۷
	P	۰/۶۳	۰/۱۶۵	۰/۱۰۶	۰/۰۴۷

\* ضریب همبستگی اسپیرمن

جهت بررسی رابطه قومیت مرد با میزان خشونت اعمال شده از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است.

**جدول (۴):** آنالیز واریانس رابطه قومیت مرد با میزان خشونت دیدگی در دوران بارداری

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات		
۰/۰۱۱	۳/۳۴۸	۵/۴۷۴	۴	۲۱/۸۹۶	میان گروهی	خشونت مالی
		۱/۶۳۵	۲۶۱	۴۲۶/۷۹۹	درون گروهی	
			۲۶۵	۴۴۸/۶۹۵	کل	
۰/۱۹۴	۱/۵۲۹	۲۹۶/۰۱۹	۴	۱۱۸۴/۰۷۷	میان گروهی	شاخص خشونت
		۱۹۳/۶۲۶	۲۴۴	۴۷۲۴۴/۶۷۸	درون گروهی	
			۲۴۸	۴۸۴۲۸/۷۵۵	کل	

جدول (۴) نشان می‌دهد بین شاخص کلی خشونت و قومیت مرد رابطه وجود ندارد و تنها رابطه بین قومیت مرد و بعد خشونت مالی معنی‌دار است. جدول (۵) نتایج آزمون‌های تعقیبی بین قومیت مرد و خشونت مالی را نشان می‌دهد.

**جدول (۵):** آزمون LSD بین قومیت مرد و خشونت مالی

سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین	قومیت مرد	قومیت مرد
۰/۰۴۱	-۰/۶۹۱۶۷*	کرد	فارس
۰/۲۱۱	-۰/۴۰۰۰۰	لر	
۰/۰۰۹	-۰/۵۰۹۲۹*	ترک	
۰/۰۱۴	-۰/۷۳۳۳۳*	سایر موارد	
۰/۵۰۷	۰/۲۹۱۶۷	لر	کرد
۰/۶۱۲	۰/۱۸۲۳۸	ترک	
۰/۹۲۲	۰-۰/۰۴۱۶۷	سایر موارد	
۰/۷۵۰	-۰/۱۰۹۲۹	ترک	لر
۰/۴۱۸	-۰/۳۳۳۳۳	سایر موارد	
۰/۴۸۹	-۰/۲۲۴۰۴	سایر موارد	

قومیت‌ها کم‌تر بوده است. و قومیت‌های: سایر قومیت‌ها، کرد، ترک، لر و فارس به ترتیب بیشترین میزان خشونت را اعمال کرده‌اند. برای بررسی رابطه بین همسانی قومیتی زوجین با خشونت و ابعاد آن از آزمون تفاوت میانگین استفاده شد. نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه دارای ازدواج درون قومی و برون قومی در میزان خشونت و ابعاد آن وجود ندارد.

براساس داده‌های جدول (۵) می‌توان گفت میزان خشونت اعمال شده توسط مردان در بین قومیت فارس تفاوت معنی‌داری با قومیت‌های کرد، ترک و سایر قومیت‌ها دارد اما با قومیت لر تفاوت معنی‌داری ندارد. آماره تفاوت میانگین جدول (۵) نشان می‌دهد میزان خشونت مردان فارس از خشونت مردان کرد، ترک و سایر

**جدول (۶):** نتایج تفاوت میانگین خشونت و ابعاد آن به تفکیک همسانی قومیتی زوجین

سطح معنی‌داری	Df	T	قومیت همسان		
			قومیت ناهمسان	قومیت همسان	
			۷۵	۱۹۴	
۰/۷۵۵	۲۴۸	۰/۳۱۲	۲۲/۲۲	۲۲/۸۴	شاخص خشونت
۰/۹۲۱	۲۶۲	۰/۰۹۹	۳/۵۱	۳/۵۴	خشونت اجتماعی
۰/۶۱۳	۲۵۴	۰/۵۰۷	۱۵/۰۴	۱۵/۷	خشونت روانی
۰/۲۵۳	۲۶۶	-۱/۱۴۶	۲/۳۳	۲/۱۲	خشونت مالی
۰/۸۹۵	۲۶۶	-۰/۱۳۴	۱/۵۵	۱/۵۳	خشونت جسمی

جدول (۷) نتایج آزمون همبستگی رو اسپرمن بین سطوح توسعه فرهنگی محل سکونت و میزان خشونت اعمال شده و ابعاد آن را نشان می‌دهد که حاکی از آن است که بین خشونت مالی، خشونت جسمی و خشونت اجتماعی با توسعه فرهنگی محل سکونت رابطه‌ی معکوسی وجود دارد، یعنی با افزایش سطح توسعه فرهنگی محل سکونت میزان خشونت در این ابعاد کاهش یافته است اما بین شاخص کلی خشونت و بعد روانی با توسعه فرهنگی محل سکونت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

**جدول (۷): آزمون همبستگی رو اسپرمن رابطه توسعه فرهنگی محل سکونت با میزان خشونت دیدگی و ابعاد آن در دوران بارداری**

خشونت مالی	خشونت جسمی	خشونت اجتماعی	خشونت روانی	شاخص خشونت
ضریب همبستگی	-۰/۱۳۷x	-۰/۱۵۵x	-۰/۰۲۶	-۰/۰۴۷
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۰۵	۰/۰۲۸	۰/۰۱۳	۰/۴۶۶
N	۲۵۸	۲۵۸	۲۴۶	۲۴۰

نتایج آزمون همبستگی بین دو متغیر نگرش‌های فرهنگی مولد خشونت و نگرش‌های فرهنگی مانع خشونت نمایانگر آن است که رابطه معناداری بین باورهای فرهنگی و شاخص خشونت و تمام ابعاد آن وجود دارد. با افزایش باور به نگرش‌های مولد خشونت در زنان میزان خشونت اعمال شده بر آنان نیز با ضریب ۵۰ درصد افزایش یافته است اما با افزایش باور به نگرش‌های مانع خشونت، میزان خشونت وارد شده بر زنان با ضریب ۴۰ درصد کاهش یافته است. همچنین جدول (۸) نشان می‌دهد این همبستگی بین باورهای فرهنگی و خشونت در مورد بعد اجتماعی خشونت از شدت بیشتری برخوردار است.

**جدول (۸): آزمون همبستگی پیرسون رابطه نگرش‌های فرهنگی با میزان خشونت دیدگی در دوران بارداری**

خشونت مالی	خشونت جسمی	خشونت اجتماعی	خشونت روانی	شاخص خشونت
ضریب همبستگی	۰/۴۳۸xx	۰/۵۲۲xx	۰/۴۷۱xx	۰/۵۰۱xx
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
N	۲۶۶	۲۶۲	۲۵۴	۲۴۸
ضریب همبستگی	-۰/۳۸۴xx	-۰/۴۱۸xx	-۰/۳۸۸xx	-۰/۴۰۷xx
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
N	۲۶۵	۲۶۱	۲۵۳	۲۴۷

با توجه به اهمیت این دو متغیر این سؤال مطرح می‌شود که متغیرهای زمینه‌ای تحقیق چه رابطه‌ای با نگرش‌های فرهنگی دارند، جدول (۹) به آزمون همبستگی این روابط پرداخته است.

**جدول (۹): آزمون همبستگی رو اسپرمن رابطه متغیرهای زمینه‌ای بانگرش‌های فرهنگی**

سن زن	تحصیلات زن	توسعه یافتگی مناطق در عامل فرهنگی-تفریحی	محل تولد زن
ضریب همبستگی	-۰/۲۹۷xx	۰/۱۲۹x	-۰/۱۹۸
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۰۰	۰/۰۳۹	۰/۰۰۷
N	۲۶۸	۲۵۸	۲۵۸
ضریب همبستگی	۰/۳۱۶xx	-۰/۲۴۰xx	۰/۰۵۵
سطح معنی‌داری دو طرفه	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۸۵
N	۲۶۷	۲۵۷	۲۵۹

است اما بین محل تولد زن و نگرش‌های مانع خشونت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. جدول (۱۰) آنالیز واریانس رابطه قومیت با میزان خشونت دیدگی در دوران بارداری نشان می‌دهد. طبق این جدول رابطه معنی‌داری بین قومیت زنان و نگرش‌های فرهنگی مولد و مانع خشونت در آنان وجود ندارد.

نتایج جدول نشان می‌دهد با بالاتر رفتن سن، تحصیلات و میزان توسعه فرهنگی محل سکونت زن، به طور معنی‌داری میزان نگرش‌های مولد خشونت کاهش و میزان نگرش‌های مانع خشونت افزایش یافته است. بین محل تولد زن و نگرش‌های مولد خشونت رابطه معنی‌داری وجود دارد یعنی با تغییر محل تولد از روستا به شهرها و محیط‌های بزرگ‌تر نگرش‌های مولد خشونت کاهش یافته

**جدول (۱۰): آنالیز واریانس رابطه قومیت با نگرش‌های فرهنگی**

معنی‌داری	سطح	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات		
			۰/۹۵۹	۱۰	۹/۵۸۷	میان گروهی	نگرش‌های مولد
			۰/۷۵۷	۲۵۷	۱۹۴/۶۲۵	درون گروهی	خشونت
				۲۶۷	۲۰۴/۳۱۲	کل	
			۰/۶۳۳	۱۰	۶/۳۳۳	میان گروهی	نگرش‌های مانع
			۰/۹۸۶	۲۵۶	۲۵۲/۳۹۸	درون گروهی	خشونت
				۲۶۶	۲۵۸/۶۳۱	کل	

مقایسه خشونت خانگی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار در دو جمعیت شهری و روستایی شهرستان زرنده، به این نتیجه رسیدند که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه زنان باردار شهری و روستایی از نظر خشونت جسمانی، روانی و جنسی وجود دارد. به علاوه بین سن، سن همسر و تحصیلات همسر با انواع خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱). بشیری خطیبی و فخرايي (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی با هدف بررسی علل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر پرخاشگری در میان خانواده‌های تبریز، نشان دادند که پرخاشگری خانوادگی با سطح تحصیلات و سن رابطه معنی‌داری دارد (۲۱). در مطالعه‌ی گلو (۲۰۱۳) که با هدف مشخص کردن برخی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی خشونت خانگی انجام شده بود، نتایج نشان داد که میزان تحصیلات زن و وضعیت شغلی او پیش‌بینی‌کننده‌های مهم خشونت خانگی هستند (۲۲). نتیجه‌ی پژوهش فانگ سین لی و همکارانش (۲۰۱۵) بر روی ۴۹۷ زن که خشونت خانگی را گزارش کرده بودند، بیانگر آن است که زنان قربانی خشونت تايوانی در مقایسه با زنان قربانی خشونت مهاجر، سن، تحصیلات و نرخ اشتغال بیشتری داشتند (۲۳). در مورد محل تولد مرد هرچه محل تولد مردان از محیط‌های کوچک روستایی به شهرهای بزرگ و پایتخت نزدیک‌تر شده است میزان خشونت (به جز بعد خشونت مالی) نیز کاهش یافته است. اما محل تولد زن تنها با شاخص خشونت رابطه معنی‌داری با شدت ضعیف داشته است که نشان می‌دهد زنانی با خواستگاه روستایی یا

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ۲۷۰ زن ساکن تهران که در ۵ سال اخیر حداقل سابقه یک بارداری داشته‌اند، از جهت تجربه خشونت در دوره بارداری، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. داده‌ها نمایانگر آن بود که ۱۷/۲ درصد زنان هیچگونه خشونتی را در دوره بارداری تجربه نکرده‌اند (و به عبارت دیگر ۸۲/۸ درصد زنان حداقل یکی از انواع خشونت را تجربه کرده‌اند) و میزان خشونتی که ۶۸/۹ درصد از زنان تجربه کرده‌اند در سطح خیلی کم بوده است. در مورد ابعاد خشونت مالی با ۲۹/۶۶ درصد شایع‌ترین نوع خشونت و خشونت جسمی با ۱۳/۴۳ درصد کم‌ترین میزان خشونت را به خود اختصاص داده‌اند.

یافته‌های استنباطی این پژوهش نشان می‌دهد که افزایش تحصیلات زن و مرد، عاملی مؤثر در کاهش خشونت‌های جسمی، مالی و اجتماعی بوده است. در مورد بالاتر بودن سطح تحصیلات مرد نسبت به زن، نتایج نشان داد با بالاتر رفتن تحصیلات مرد نسبت به زن، میزان خشونت مالی و خشونت اجتماعی کم‌تری نسبت به زن اعمال شده است. این یافته‌ها تاییدگر نتایج تحقیقات پیشین نیز می‌باشد. پژوهش نوری و همکارانش (۱۳۹۵) بیانگر آن است که ۸۴/۷۸ درصد از مادران باردار مورد بررسی آن‌ها تحت خشونت قرار گرفته‌اند که شایع‌ترین نوع خشونت، خشونت عاطفی بود. همچنین با افزایش تحصیلات خشونت علیه مادران کاهش پیدا کرد (۲۰). کمالی و همکارانش (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای به منظور



شهر کوچک، بیشتر مورد خشونت واقع شده‌اند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که اجتماعات کوچک و روستایی در اعمال خشونت بر زنان باردار مستعدترند. این یافته موید نتایج تحقیق کمالی و همکاران (۱۳۹۴) در رابطه بین محل سکونت و خشونت می‌باشد (۱). نتایج آزمون همبستگی بین سطوح توسعه فرهنگی محل سکونت و میزان خشونت اعمال شده و ابعاد آن حاکی از آن است که با افزایش سطح توسعه فرهنگی محل سکونت، میزان خشونت اعمال شده در ابعاد مالی، جسمی و اجتماعی کاهش یافته است اما بین شاخص کلی خشونت و بعد روانی با توسعه فرهنگی محل سکونت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه دارای ازدواج درون قومی و برون قومی در میزان خشونت و ابعاد آن وجود ندارد. اما بین قومیت مرد و میزان خشونت اعمال شده و ابعاد آن رابطه معنی‌داری مشاهده شد. میزان خشونت مردان فارس از خشونت مردان کرد، ترک و سایر قومیت‌ها کم‌تر بوده است. قومیت‌های؛ سایر قومیت‌ها، کرد، ترک، لر و فارس به ترتیب بیشترین میزان خشونت را اعمال کرده‌اند. این در حالی است که مطالعه‌ی حمیدی و همکارانش (۱۳۹۰) جهت بررسی رابطه عوامل فرهنگی خانواده با خشونت علیه زنان در شهرستان قروه، حاکی از آن است که تفاوت معناداری در میزان خشونت بین اقوام کرد و ترک وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره این تحقیق بیانگر این است که متغیرهای مستقل (عوامل فرهنگی) وارد شده برمدل قادر هستند ۴۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته (خشونت علیه زنان) را تبیین کنند (۲۴).

از میان متغیرهای مستقل این تحقیق، دو متغیر نگرش‌های فرهنگی مولد خشونت و نگرش‌های فرهنگی مانع خشونت بیشترین شدت رابطه را با متغیر شاخص خشونت داشته‌اند. از یک سو نتایج حاکی از آن است که نگرش‌های فرهنگی زنان، در اعمال خشونت علیه آنان بسیار مؤثر است. از طرف دیگر نتایج این پژوهش بیانگر آن است که شکل‌گیری نگرش‌های فرهنگی در زنان، خود دارای رابطه معنی‌داری با متغیرهای سن، تحصیلات، توسعه فرهنگی محل سکونت و محل تولد زنان می‌باشد اما در این تحقیق رابطه معنی‌داری بین قومیت زنان و نگرش‌های فرهنگی مولد و مانع خشونت در آنان دیده نشد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سالاری فر (۱۳۸۸) که با هدف بررسی علل و زمینه‌های خشونت خانگی علیه زنان، انجام شد هم‌خوانی داشت. او به این نتیجه رسید که علل فردی، علل تعامل میان فردی، علل اجتماعی و علل فرهنگی (مانند پذیرش اجتماعی خشونت، پیش‌داوری نسبت به زنان، وجود فرهنگ مردسالار و باور مردان در خصوص مجاز بودن رفتار خشونت‌آمیز) سهم قابل‌توجهی در خشونت خانگی دارند (۲۵).

همچنین بشییری و کوهی (۱۳۹۶)، عوامل اجتماعی و عوامل فرهنگی مؤثر بر خشونت روانی علیه زنان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که ۲/۴۶ درصد از زنان خشونت دیده شهر سمنان خشونت روانی را در سطح بالا تجربه کرده‌اند. در این مطالعه بین فاصله سنی زوجین، یادگیری نقش‌های جنسیتی، فرهنگ مردسالاری در خانواده‌های زنان خشونت دیده و بروز خشونت روانی علیه زنان رابطه معنادار مستقیم و مثبت وجود داشت (۲۶). عسگری جمسی (۱۳۹۴) نیز در مطالعه‌ی خود نشان داد تصور اقتدارگرایانه مرد از نقش خود بر اعمال خشونت علیه زنان مؤثر است (۲۷). نتایج پژوهش شاکیا و همکاران (۲۰۱۸) با هدف ارزیابی شرایطی که فرد تحت آن خشونت مردان علیه زنان را توجیه می‌کند، نشان‌دهنده آن است که احتمال توجیه خشونت اعمال شده از سوی مردان در خانواده‌های منسجم‌تر کم‌تر است (۲۸). همچنین در مطالعه‌ی شاکیا و همکاران (۲۰۱۷) در مناطق روستایی هند مشخص شد که تغییر در پذیرش خشونت شوهر خشونت آینده را پیش‌بینی می‌کند، درحالی که خشونت جدیداً تجربه شده باعث کاهش پذیرش خشونت توسط زنان می‌شود (۲۹). شاکیا و همکارانش (۲۰۱۶) در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که خشونت بیشتر توسط افرادی پذیرفته می‌شود که حضور اجتماعی کم‌رنگ‌تری دارند. بر اساس نتایج آن‌ها به نظر می‌رسد غالباً هنجارهای خشونت در درون خانواده تقویت می‌شوند، در نتیجه خانواده احتمالاً منطقی‌ترین واحد هدف برای ایجاد تغییر است (۳۰). در مطالعه‌ی خواجه و همکارانش در سال ۲۰۰۷ در مورد نگرش مردان و زنان نسبت به ضرب و شتم زن در اردوگاه‌های پناهندگان فلسطین در اردن انجام دادند مشخص شد که ضرب و شتم زن از نظر اکثریت زنان و مردان در حداقل یکی از ۸ فرضیه ارائه شده به آن‌ها موجه است. در بین زنان، آن‌هایی که قربانی خشونت بوده‌اند احتمال بیشتری دارد موجه بودن ضرب و شتم زنان را گزارش کنند (۳۱). همچنین در پژوهش توسلی و همکارانش در سال ۱۳۹۳ مشخص گردید که بین سرمایه فرهنگی تجسم یافته و میزان خشونت روانی در بین زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده رابطه معناداری وجود دارد. به‌طوریکه هر چقدر سرمایه فرهنگی تجسم یافته در بین زنان افزایش یابد خشونت روانی علیه آن‌ها کاهش می‌یابد (۳۲).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش در درجه اول یافتن نمونه‌هایی بود که در فراغ بال یا بدون بی‌قراری‌های فرزند خردسال در مراکز درمانی حاضر به پاسخ‌دهی به پرسش‌های تحقیق باشند. همچنین با توجه به اینکه بخشی از سؤالات این پژوهش مربوط به حوزه‌ی خصوصی زندگی افراد و رابطه‌ی زناشویی آنان بود، مجاب کردن افراد نمونه به تکمیل کامل پرسشنامه دشوار

نیز بیشترین شدت رابطه را با متغیر شاخص خشونت داشته‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود افزایش سطح تحصیلات زنان و مردان، توسعه‌ی فرهنگی محله‌ها و اصلاح نگرش‌های فرهنگی در سطح خانواده در دستور کار دستگاه‌های ذی‌ربط قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه‌ی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، به‌ویژه پرسنل مراکز درمانی و واکسیناسیون شهر تهران و مادران عزیز که پاسخگوی سؤالات ما بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

بود، چراکه افراد عموماً حاضر به بر ملا کردن رابطه‌ی همسری خود نیستند. علاوه بر آن با توجه به اینکه برخی از نمونه‌ها در حضور همسرانشان یا همراه با آن‌ها مشغول به پاسخ دهی می‌شدند احتمال خودسانسوری در پاسخ‌ها نیز وجود داشت. همچنین، از آنجایی که برخی از سؤالات پرسشنامه مربوط به نظر همسر بود، امکان خطا در آن دسته از خانم‌هایی که بدون حضور همسر مشغول به پاسخ دهی بودند نیز وجود داشت.

نتایج پژوهش بیانگر آن که میزان خشونت اعمال شده با سطح تحصیلات زنان و مردان و توسعه‌یافتگی محل سکونت رابطه معکوس دارد. همچنین نگرش‌های فرهنگی مانع و مولد خشونت

### References:

1. Ali Kamali M, Rahimi Kian F, Mir Mohamad Ali M, Mehran A, Shafiei E. Comparison of domestic violence and its related factors in pregnant women in both urban and rural population in Zarand city, 2014. *J Clin Nurs Midwife* 2015; 4 (2) :69-78
2. Baheri B, Ziaie M, Zeighami Mohammadi, SH. Frequency of Domestic Violence in Women with Adverse Pregnancy Outcomes (Karaj 2007-2008) *Avicenna J Nurs Midfery Care* 2012; 20 (1) :31-41.
3. Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Vizheh M, Hassan M. Domestic Violence against Pregnant Women: Prevalence and Associated factors. *Sociology of Women (Journal of Woman and Society)* 2011;1(4):77-95.
4. Alizadeh M, Samadirad B, Ravanshad Y, Khamenian ZH, Azarfâr A. A Case Control Study of Married Women under the Violence during Pregnancy in Tabriz. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(3): 8-13
5. Tavasoli A, Monirifar S. A Sociological Study on the Effect of Social-Economic Status of Violence against Women during Marital life (Case Study: Employees and Staff of Azad University of Tehran). *JFR* 2009; 5(4):441-54.
6. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. Assessment of Association between Domestic Violence during Pregnancy with Fetal Outcome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(43): 21-9.
7. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Domestic violence: prevalence during pregnancy and associated maternal outcomes. *J Urmia Univ Med Sci* 2014; 24 (11) :894-903.
8. Singh JK, Evans-Lacko S, Acharya D, Kadel R, Gautam S. Intimate partner violence during pregnancy and use of antenatal care among rural women in southern Terai of Nepal. *Women Birth* 2018;31(2):96-102.
9. Esther A. Envuladu et al. Domestic violence among pregnant women attending antenatal clinic in a PHC facility in Jos north LGA Plateau State Nigeria. *EJMR* 2012; 1(5):63-8.
10. Karimi A, Daliri S, Sayehmiri K. The prevalence of physical and psychological violence during pregnancy in Iran and the world: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs Midwife* 2016 ; 5 (3) :73-88.
11. Salehi S, mehralian H. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 8 (2) :72-7 .
12. Sarayloo K, Mirzaei Najmabadi K, Ranjbar F, Behboodi Moghadam Z. Prevalence and Risk

- Factors for Domestic Violence against Pregnant Women. *IJN* 2017; 29 (104) :28-35.
13. Fulu, M et al. Prevalence of and factors associated with male perpetration of intimate partner violence: findings from the UN Multi-country Cross-sectional Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health* 2013(1): 187–207.
  14. Moeini B, Ezzati Rastegar K, Hamidi Y, Hosseini M, Soltanian A. Social determinants of intimate partner violence among Iranian pregnant women . *Koomesh* 2018; 20 (2) :350-7
  15. Golmakani N, Azmoude E. Domestic violence in pregnancy, outcomes and strategies: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(42):13-22.
  16. Ranji A, Sadrkhanloo M. Evaluation of domestic violence during pregnancy, its relation with some demographic factors and its effects on pregnancy outcomes in mothers referring to health centers in Urmia. *JWSF*. 2012; 5(15): 107-26.
  17. Mohamadi, F., Mirzaei, R. Social Factors Affecting Violence against Women (the city Rawansar). *JSS* 2013; 6(1): 101-29.
  18. Aliverdina A, Riahi M, Esfandiari F. Explaining the Attitudes of Girl Students towards Violence Against Women: An Empirical Test of Social Learning Perspective. *JSPI* 2010 1(7) :103-31.
  19. Mirzaei J, ahmadi S, lorestani A. Spatial Analysis of Prosperity Levels in Tehran Metropolis From the Perspective of Urban Economics. *IUESA* 2015; 3 (11) :59-77
  20. Noori A, Sanago A, Jouybari L, Azimi M. Survey of types of domestic violence and its related factors in pregnant mothers in Kalaleh at 2014. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017, 19(39):. 54-62.
  21. Fakhraee S, Bashiri Khatibi B. Social and Cultural Factors Influencing Family Violence in Tabriz. *JAS* 2013; 24(2): 221-33.
  22. Golu F. Predictors of Domestic Violence – Comparative Analysis. *Procedia Soc Behav Sci* 2014. 127: 611-5.
  23. Hsin Lee F. Conditions and Patterns of Intimate Partner Violence among Taiwanese Women. *Asian Nurs Res* 2015; 9: 91-5.
  24. Hamidi F, Mohammadi A, Mohammadi B, Investigating the Relationship between Family Cultural Factors and Violence against Women in Ghorveh County. *CWFS* 2011; 5(17): 43 -82.
  25. Salarifar M. An Explanation of the Causes and Grounds of Domestic Violence. *Studies in Islam and Psychology* 2009; 3(4): 7-41.
  26. Bashiri Y, Koohi SH, Social and Cultural Factors Influencing Psychological Violence Against Women (a Case Stusy in Sanandaj), First International Conference on Culture, Psychopathology and Education; 2017.
  27. Askari Jamsi Z. A study on kind and amount of domestic violence against pregnant women in the Kerman city and influencing factors. (Dissertation), Tehran: Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Letters and Humanities, Department of Social Sciences; 2015.
  28. Shakya HB, Perkins JM, Traeger M, Tsai AC, Bangsberg DR, Kakuhikire B, et al. Social network correlates of IPV acceptance in rural Honduras and rural Uganda. *SSM Popul Health* 2018;4:236–43.
  29. Shakya HB, Fleming P, Saggurti N, Donta B, Silverman J, Raj A. Longitudinal associations of intimate partner violence attitudes and perpetration: Dyadic couples data from a randomized controlled trial in rural India. *Soc Sci Med* 2017;179:97–105.

30. Shakya HB, Hughes DA, Stafford D, Christakis NA, Fowler JH, Silverman JG. Intimate partner violence norms cluster within households: an observational social network study in rural Honduras. *BMC Public Health* 2016;16:233.
31. Khawaja M, Linos N, El-Roueiheb Z. Attitudes of Men and Women Towards Wife Beating: Findings From Palestinian Refugee Camps in Jordan. *J Fam Viol* 2008. (23):211-8.
32. Tavasoli A, Karami Z, Amanollahi M. The Impact of Cultural Capital on Psychological Consequences (Case study of women referring to the courts of Tehran), First Scientific Conference on Educational Sciences and Psychology of Social and Cultural Dangers in Iran; 2014.

## FACTORS RELATED TO DOMESTIC VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN REFERRING TO HOSPITALS AND VACCINATION CENTERS IN TEHRAN

Dr Afsaneh Tavassoli<sup>1\*</sup>, Nayereh Ahmadi<sup>2</sup>, Fahimeh Ahmadi<sup>3</sup>

Received: 11 Apr, 2019; Accepted: 26 June, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** Violence against women is a universal phenomenon and has existed throughout all ages. This study aimed to clarify the dimensions of violence against pregnant women and its effective factors.

**Material & Methods:** This cross-sectional study was conducted on 270 married women who were referred to Tehran medical and vaccination centers in April to June 2018. The research method was Survey and data gathering tool were a constructed questionnaire. Data were analyzed by SPSS software version 22 and statistical tests of Correlation coefficient, one way ANOVA and mean difference were used.

**Results:** According to the results, 82.8% of women experienced at least one type of violence during pregnancy. Financial violence has been the most common type of violence and physical violence with 29.66% has the lowest prevalence. The results also indicate that with a significant level of 5%, the increase in women's ( $r = 14$ ) and men's ( $r = -11$ ) education is an effective factor in reducing physical, financial and social violence. In addition, as the men's place of birth ranges from small rural areas to major cities, the level of violence (except for the financial violence) has fallen ( $r = -22$ ). Women with a rural or small township are more under violence, and with the increase in the level of cultural development of the place of residence, the amount of violence in the financial ( $r=171$ ), physical ( $r=13$ ) and social ( $r = -15$ ) dimensions is reduced. Also, two variables of cultural attitudes that product ( $r=50$ ) and prevent ( $r = -40$ ) violence have had the highest relationship with the variable of violence index. In addition, the formation of cultural attitudes in women has a significant relationship with the variables of age, education, cultural development of the place of residence and place of birth, but there was no significant relationship between ethnicity of women and cultural attitudes that product and prevent violence.

**Conclusion:** According to the findings of this study, increasing the level of education of women and men, cultural development of neighborhoods and improving cultural attitudes at the family level are factors that affecting violence against pregnant women.

**Keywords:** Cultural Attitudes, Cultural Factors, Domestic Violence, Pregnancy, Violence against Women.

**Address:** Iran, Tehran, DehVanak, Alzahra University, Faculty of social sciences and economics, Department of women and family studies

**Tel:** +982185692487

**Email:** afsaneh\_tavassoli@alzahra.ac.ir

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of women and family studies, faculty of social sciences and economics, alzahra University (Corresponding Author)

<sup>2</sup> MSc Student in Women's Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Al-Zahra University

<sup>3</sup> MSc Student in Women's Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Al-Zahra University