DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 2, Summer

Received: 26.10.2024 Accepted: 23.04.2025 Published: 06.07.2026

Factors Affecting the Level of Domestic Violence against Women and Attitudes toward It: A Cross-Sectional Study

Masoumeh Rostami[1], Atefeh Zahedi[2], Sasan Navkhasi[1], Maryam Asadi[3], Marzieh Aslani[1]

Original Article

Abstract

Background: Violence against women and girls is one of the most severe manifestations of gender inequality and is widely recognized as a violation of human rights. This study aimed to investigate the factors influencing the prevalence of domestic violence against women and the attitudes toward it among female staff at the School of Medical Sciences, Asadabad, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2022 among 193 employed married women at the School of Medical Sciences in Asadabad, selected through convenience sampling. Data were collected using the Haj-Yahia Violence against Women Questionnaire and a questionnaire assessing attitudes toward domestic violence against women. Data analysis was performed using SPSS software, with a significance level set at $P < 0.05$.

Findings: The mean level of domestic violence against women was 36.61 ± 4.75, with the subcomponents of psychological, physical, sexual, and economic violence recorded at 20.08, 11.20, 3.30, and 2.02, respectively. Statistically significant correlations were found with factors including the individual's age, age at marriage, women's education level, spouse's education, place of residence, number of children, method of acquaintance with the spouse, financial status, and the spouse's history of psychiatric disorders ($P = 0.05$). Additionally, the mean attitude score of the women surveyed toward violence against women was 37.89 ± 2.51, with subcomponents related to the effects of domestic violence tracking and legal support for domestic violence recorded at 23.29 and 14.60, respectively. Significant relationships were also identified with factors such as age, age at marriage, place of residence, spouse's education, and the spouse's experience of witnessing violence during childhood ($P = 0.05$).

Conclusion: Given the significant influence of the demographic characteristics of the women studied and their spouses on the prevalence of domestic violence and attitudes toward it, implementing educational programs that focus on increasing public awareness, improving the overall educational level of the community, providing premarital education, and facilitating access to mental health services may effectively reduce domestic violence against women in the future. Further qualitative and interventional studies involving larger populations are recommended.

Keywords: Domestic violence; Attitudes; Women

Citation: Rostami M, Zahedi A, Navkhasi S, Asadi M, Aslani M. **Factors Affecting the Level of Domestic Violence against Women and Attitudes toward It: A Cross-Sectional Study.** J Health Syst Res 2026; 22(2): 338-46.

1- Instructor, Department of Nursing, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
2- Instructor, Department of Public Health, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
3- BSc Student, Student Research Committee AND Department of Nursing, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
Corresponding Author: Masoumeh Rostami; Instructor, Department of Nursing, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran
Email: rostamimasomeh1361@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677 Published by Vesnu Publications

عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن: یک مطالعه مقطعی

معصومه رستمی[1]، عاطفه زاهدی[2]، ساسان ناوخاصی[1]، مریم اسدی[3]، مرضیه اصلانی[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خشونت علیه زنان و دختران یکی از شدیدترین مصادیق نابرابری جنسیتی است که اغلب به عنوان نقض حقوق بشر محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی شاخص‌های مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن از دیدگاه کارکنان زن دانشکده علوم پزشکی اسدآباد انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۱ بر روی ۱۹۳ زن متأهل شاغل در دانشکده علوم پزشکی اسدآباد انجام گردید. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه سنجش خشونت نسبت به زنان حاج یحیی و پرسش‌نامه بررسی نگرش نسبت به خشونت خانگی علیه زنان بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین میزان خشونت خانگی علیه زنان، ۴/۷۵ ± ۳۶/۶۱ و زیرمؤلفه‌های خشونت روانی، فیزیکی، جسمی و اقتصادی به ترتیب ۲۰/۰۸، ۱۱/۲۰، ۳/۳۰ و ۲/۰۲ به دست آمد و با شاخص‌های سن فرد، سن ازدواج، میزان تحصیلات زنان، تحصیلات همسر، محل زندگی، تعداد فرزندان، نحوه آشنایی فرد با همسرش، وضعیت مالی و سابقه ابتلای همسر به بیماری‌های روان‌پزشکی ارتباط معنی‌داری داشت (P = ۰/۰۵). همچنین، میانگین میزان نگرش زنان مورد بررسی به خشونت علیه زنان، ۲/۵۱ ± ۳۷/۸۹ و در دو زیرمؤلفه اثرات پیگیری خشونت خانگی و حمایت‌های قانونی خشونت خانگی به ترتیب ۲۳/۲۹ و ۱۴/۶۰ گزارش شد و با سن افراد، سن ازدواج، محل زندگی، تحصیلات همسر و شاهد خشونت بودن همسر در دوران کودکی رابطه معنی‌داری را نشان داد (P = ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش مؤثر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی و همسرانشان بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت آن، اجرای برنامه‌های آموزشی با تکیه بر افزایش آگاهی عمومی، افزایش سطح تحصیلات آحاد جامعه، آموزش‌های قبل از ازدواج و فراهم‌سازی خدمات ارتقای سلامت روان در جامعه، می‌تواند در کاهش پدیده خشونت خانگی علیه زنان در آینده مؤثر باشد. انجام تحقیقات کیفی و مداخله‌ای در جوامع بزرگ‌تر در آینده توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی؛ نگرش؛ زنان

ارجاع: رستمی معصومه، زاهدی عاطفه، ناوخاصی ساسان، اسدی مریم، اصلانی مرضیه. **عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن: یک مطالعه مقطعی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۲): ۳۴۶-۳۳۸

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۸/۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۲/۳ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۴/۱۵

مقدمه

خشونت علیه زنان و دختران یکی از شدیدترین مصادیق نابرابری جنسیتی است که اغلب به عنوان نقض حقوق بشر محسوب می‌شود (۱). این مسأله در سطح جهانی و به طور خاص در کشورهای توسعه نیافته وجود دارد و عواقب منفی گسترده‌ای را نه تنها برای قربانیان مستقیم آن، بلکه برای فرزندان، اعضای خانواده و جوامع ایجاد می‌کند (۱). از نظر سازمان ملل متحد، هرگونه اقدام خشونت‌آمیز مبتنی بر جنسیت که منجر به آسیب یا رنج جسمی، جنسی یا روانی زنان شود و یا تهدید به چنین اعمالی و همچنین، اجبار یا سلب اختیار از آزادی چه در زندگی عمومی و چه در زندگی خصوصی، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (۲). قانون حمایت از زنان در برابر خشونت خانگی نیز خشونت خانگی را بدرفتاری جسمی، جنسی و عاطفی توسط همسران فعلی یا گذشته و یا شرکا و اعضای خانواده تعریف می‌کند (۳). آمار میزان شیوع خشونت خانگی در جهان متفاوت می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO) تخمین می‌زند که بیش از یک سوم زنان در جهان قربانی خشونت جسمی یا جنسی شده و کشورهای کم‌درامد به طور نامتناسبی تحت تأثیر قرار گرفته‌اند (۴). در آلمان از هر چهار زن، یک نفر (۲۵ درصد) خشونت جنسی یا فیزیکی را توسط شریک خود تجربه کرده است. در بریتانیا ۲۱ درصد از زنان حداقل یک‌بار در طول زندگی خشونت فیزیکی و یا تهدید شدن را توسط شریک زندگی خود تجربه کرده‌اند (۵). نتایج پژوهشی بر روی ۸۵۲ زن در کشور پرتغال نشان داد که ۴۳/۴ درصد از افراد مورد بررسی مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند (۶). در ایران نیز شیوع خشونت خانگی طبق مطالعه ملی در ۲۸ استان کشور، به طور متوسط ۶۶ درصد گزارش شده است (۱).

۱- مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران
۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسد آباد، اسدآباد، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی، گروه پرستاری و کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران
نویسنده مسؤول: معصومه رستمی؛ مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران
Email: rostamimasomeh1361@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

خشـــونـت خانگی علیه زنان می‌تواند در ابعاد مختلفی اتفاق بیفتد: ۱- آزار جسـمی: صـدمه زدن یا تلاش برای صدمه زدن به شریک زندگی با زور فیزیکی (ضـربه زدن، لگد زدن و یا انواع دیگر نیروهای فیزیکی)، ۲- آزار جنسی: مجبور کردن شـریک زندگی بدون رضـایت برای شرکت در یک عمل جنسی، ۳- سوء اسـتفاده عاطفی: تهدید کردن شـریک زندگی یا بی‌ارزش کردن احسـاس عزت نفس او، ۴- تهدید به آزار جسمی یا جنسی: استفاده از کلمات، حرکات، اسلحه و یا وسـایل دیگر برای نشـان دادن قصد آسیب رساندن (۷). نتایج یک تحقیق در ایران، میزان شیوع خشونت جسمی علیه زنان را ۱۵ تا ۴۶ درصد، خشونت جنسی را ۴۲ درصد و خشونت روان‌شناختی را ۸۲ درصد گزارش کرده است (۵).

تجارب حاصـل از پناهگاه‌های زنان مورد آزار و مراکز مشاوره نشان می‌دهد که خشـونت خانگی می‌تواند برای هر زنی اتفاق بیفتد؛ صـرف نظر از سـطح تحصـیلات، ملیت، درامد، مذهب، سن و قومیت. قربانیان و سوء استفاده کنندگان در میان تمام طبقات اجتماعی یافت می‌شوند (۸). دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل عنوان کرده است که برخی از جرایم مربوط به خشونت خانگی علیه زنان به دروغ تحت عنوان «خودکشـی» یا «تصـادف» برچسـب‌گذاری شـده اسـت (۳). پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شـده، ثابت کرده اسـت که مانع قابل توجه برای کمک به خشـونت خانگی، تردید زنان در افشـای سـوء اسـتفاده و اغلب ترس از سـرزنش یا عدم اعتقاد به علت آسـیب‌دیدگی است (۳). چندین دلیل دیگر برای عدم افشـای سـوء اسـتفاده وجود دارد که از آن جمله می‌توان به عادی‌سـازی خشـونت در خانواده به عنوان یک عمل قابل قبول، ترس از عواقبی مانند قربانی شـدن مجدد توسـط مجرم و یا تهدید به از دسـت دادن فرزندان اشاره کرد (۳). شـواهد نشـان می‌دهد که حداقل در برخی شرایط، یک رابطه علی دو طرفه بین اختلالات روانی و خشـونت خانگی و سـوء استفاده وجود دارد (۹). در یک بررسی سـیسـتماتیک و متاآنالیز، سه برابر افزایش احتمال اختلالات افسردگی، چهار برابر افزایش احتمال اختلالات اضـطرابی و هفت برابر افزایش احتمال اختلال اسـترس پس از سـانحه (Post-traumatic stress disorder یا PTSD) برای زنانی که خشونت خانوادگی و سوء استفاده را تجربه کرده بودند، گزارش شده است (۹).

از طرف دیگر، نگرش، عنصـر مهمی در تحلیل خشونت علیه زنان می‌باشد. نگرش، نقش مهمی در ارتکاب به انواع خشـونت‌ها، پاسخ قربانیان و پاسخ جامعه به خشـونت علیه زنان ایفا می‌کند (۱۰). پژوهشـگران اسـتدلال می‌کنند که نگرش‌ها و باورهایی که در جهت تقویت پایگاه و قدرت مردانه باشـد، می‌تواند توجیهی برای اسـتفاده ازخشـونت علیه زنان در راسـتای حفظ موقعیت برتر در خانواده‌ها فراهم آورد و فرهنگ نیز می‌تواند نگرش‌هایی را که به تسـلط مرد و انقیاد زن مشـروعیت می‌بخشد، شکل دهد. جوامعی با میزان کمتر خشونت علیه زنان، جوامع دارای نگرش مساوات طلبانه‌ای هستند (۱۰). همچنین، نحوه نگرش زنان می‌تواند در تصمیم‌گیری آن‌ها برای مداخله، پاسخگو کردن جامعه و اجرای قوانین و مقررات تأثیر زیادی داشته باشد (۱۱).

با توجه به نقش مهم زن در خانواده و همچنین، عمومیت و هزینه‌های مالی و جانی و پیامدهایی که خشـونت خانگی می‌تواند در جامعه و خانواده‌ها با خود به همراه آورد پژوهش در مورد آن نه تنها به درک عمیق‌تری از ریشه‌ها و پیامدهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصـادی این پدیده کمک می‌کند، بلکه می‌تواند منجر به توسـعه راهکارهای مؤثر برای پیشـگیری و حمایت از قربانیان نیز شـود. از سوی دیگر، نظر به این که بیشتر مطالعات انجام شده در ایران در جمعیت عمومی زنان جامعه صـورت گرفته و تحقیقات کمی به بررسـی شیوع خشونت خانگی در زنان کارمند و با موقعیت اجتماعی و تحصـیلی مناسـب پرداخته اسـت، پژوهش حاضـربا هدف بررسی شاخص‌های مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن در کارکنان زن شاغل در دانشکده علوم پزشکی اسدآباد انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی و جامعه تحقیق شـامل تمام زنان متأهل شـاغل در دانشـکده علوم پزشکی اسدآباد بود که پس از توضیح اهداف پژوهش، با رضایت آگاهانه در این طرح شرکت کردند. پژوهشگر ابتدا با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشـکده علوم پزشـکی اسـدآباد و دریافت معرفی‌نامه از دانشـکده، جهت اخذ نمونه‌های مطالعه به ادارات، مراکز بهداشـتی- درمانی و بیمارسـتان‌های تحت پژوهش مراجعه نمود. دانشـکده علوم پزشـکی اسـدآباد چهار معاونت درمان، بهداشت، آموزش و توسعه دارد که تمامی کارمندان شاغل در آن تحت نظر یکی از این معاونت‌ها مشـغول به کار می‌باشند. به منظور محاسبه حجم نمونه، پس از مشـخص کردن تعداد کل کارمندان زن شاغل در دانشکده علوم پزشکی اسدآباد بر اسـاس تحقیقات مشـابه (۱۲) و احتساب ۱۰ درصد ریزش تعداد کل نمونه‌ها، ۱۹۳ نفر تعیین گردید. سپس متناسب با تعداد افراد شاغل در هر معاونت، سهمیه هر معاونت مشـخص و نمونه‌گیری به صـورت در دسترس انجام شد. معیار ورود به پژوهش شـامل کارمند زن شـاغل در ادارات مختلف دانشـکده علوم پزشـکی اسـدآباد، تمایل به شرکت در مطالعه و نداشتن مشکل روانی حاد شناخته شده در زمـان انجـام تحقیق بود. عـدم تمـایل به شـــرکت در پژوهش و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش: در این مطالعه از سـه پرسـش‌نامه اطلاعات دموگرافیک، پرسـش‌نامه اسـتاندارد سـنجش خشـونت نسبت به زنان حاجیحیی و پرسش‌نامه نگرش به خشونت خانگی علیه زنان استفاده شد.

پرسـش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: در این پرسش‌نامه متشکل از ۱۴ ویژگی دموگرافیک افراد از جمله سـن، میزان تحصـیلات، محل سکونت، تعداد سال‌های زندگی مشـترک، تعداد فرزندان، نحوه آشـنایی با همسـر، سـن ازدواج، وضـعیت مالی، تحصـیلات همسر، شغل همسر، اعتیاد همسر به الکل و مواد مخدر و شاهد خشـــونت خانگی علیه زنان بودن در دوران کودکی (خود فرد و همســـر فرد) و سابقه ابتلای همسر به بیماری روانی شناخته شده بود.

پرسـش‌نامه اسـتاندارد سـنجش خشـونت نسـبت به زنان حاجیحیی: این پرسـش‌نامه شامل ۳۲ سؤال می‌باشد که علاوه بر سنجش میزان خشونت خانگی نسبت به زنان، چهار خرده مقیاس «خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی» را نیز می‌سـنجد. خرده مقیاس خشـونت روانی با سـؤالات ۱ تا ۱۶، خرده مقیاس خشونت فیزیکی با سؤالات ۱۷ تا ۲۷، خرده مقیاس خشونت جنسی با سؤالات ۲۸ تا ۳۰ و خرده مقیاس خشـونت اقتصـادی با سـؤالات ۳۱ و ۳۲ مورد ارزیابی قرار گرفت. سـؤالات پرسـش‌نامه سه گزینه «هرگز، یک بار، دو بار یا بیشتر» دارد که در صـورت پاسـخ به گزینه اول، امتیاز ۱، پاسخ به گزینه دوم، امتیاز ۲ و پاسخ به گزینه سـوم، امتیاز ۳ را کسب خواهد نمود. امتیاز کلی پرسش‌نامه مذکور بین ۳۲ تا ۹۶ در نظر گرفته شـده اسـت. تفسیر نتایج به این شرح بود که هرچه امتیاز به دسـت آمده از این پرسـش‌نامه بیشـتر باشـد، نشان دهنده میزان بیشتر خشونت نسـبت به زنان بود و بر عکس. همچنین، برای مشـخص شدن امتیاز هر یک از خرده مقیاس‌ها، امتیاز حاصل از سؤالات هر خرده مقیاس با هم جمع شد. ضریب Cronbach´s alpha برای چهار مؤلفه این ابزار به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

و ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب Cronbach´s alpha پرسش‌نامه در مطالعه جعفریان و همکاران نیز ۰/۸۲ گزارش شد (۱۳). ضریب Cronbach´s alpha در تحقیق حاضر، ۰/۷۸ به دست آمد که قابل قبول بود.

پرسش‌نامه نگرش به خشونت خانگی علیه زنان: این پرسش‌نامه متشکل از ۸ سؤال و هدف آن، ارزیابی نگرش به خشونت خانگی علیه زنان از ابعاد مختلف (علت، اثرات، پیگیری، حمایتی- قانونی) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای است که امتیاز مربوط به هر گزینه به صورت «کاملاً مخالفم: ۵، مخالفم: ۴، نظری ندارم: ۳، موافقم: ۲ و کاملاً موافقم: ۱» و سؤالات ۶ تا ۸ به صورت بر عکس «کاملاً مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، نظری ندارم: ۳، موافقم: ۴ و کاملاً موافقم: ۵» نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۱ تا ۵ علت، اثرات و پیگیری را بررسی می‌کند و سؤالات ۶ تا ۸ ابعاد حمایتی- قانونی را مورد بررسی قرار می‌دهد. امتیاز کلی پرسش‌نامه مذکور بین ۸ تا ۴۰ در نظر گرفته شده است. نمرات کلی بالاتر نشان دهنده نگرش منفی‌تر فرد پاسخ دهنده نسبت به خشونت خانگی علیه زنان می‌باشد و بر عکس. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد نیز مجموع امتیازات مربوط به تک‌تک سؤالات هر بعد با هم جمع شدند. در پژوهش احمدزاده اصل و همکاران، روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط نظر استادان مربوطه و روایی سازه با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از Cronbach´s alpha، ۰/۶۴ به دست آمده است (۱۴).

داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آزمون‌های t، One-way ANOVA و همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

پژوهشگران در تمام طول مطالعه به دستورالعمل‌های اخلاقی اعلامیه Helsinki پایبند بودند. شرکت‌کنندگان در مورد اهداف تحقیق مطلع شدند و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آن‌ها اخذ گردید. همچنین، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه و نزد پژوهشگر باقی می‌ماند و نتایج آن به صورت کلی و ناشناس منتشر می‌شود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۹۳ نفر از کارمندان زن دانشکده علوم پزشکی اسدآباد مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱). بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۲/۸ درصد) در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و همسران آن‌ها (۱۹۳ نفر)

متغیر		تعداد (درصد)	متغیر		تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۰-۲۰	۶۳ (۳۲/۶)	نحوه آشنایی با همسر	سنتی بدون اصرار فرد یا خانواده	۱۰۹ (۵۶/۵)
	۴۰-۳۱	۱۰۲ (۵۲/۸)		انتخاب فرد	۸۱ (۴۲)
	۵۰-۴۱	۲۸ (۱۴/۵)		اصرار خانواده	۳ (۱/۵)
سن ازدواج (سال)	کمتر از ۲۰	۳۸ (۱۹/۷)	وضعیت مالی	ضعیف	۰ (۰)
	۳۰-۲۰	۱۳۹ (۷۲/۰)		متوسط	۸۵ (۴۴/۰)
	۴۰-۳۱	۱۶ (۸/۳)		خوب	۱۰۸ (۵۶/۰)
تحصیلات	زیر دیپلم	۹ (۴/۷)	تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۲۷ (۱۴/۰)
	دیپلم یا کاردانی	۴۸ (۲۴/۹)		دیپلم یا کاردانی	۴۵ (۲۳/۳)
	کارشناسی	۱۱۰ (۵۷/۰)		کارشناسی	۶۳ (۳۲/۶)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۶ (۱۳/۵)		کارشناسی ارشد و بالاتر	۵۸ (۳۰/۱)
شغل همسر	کارمند	۱۲۰ (۶۲/۲)	سال‌های زندگی مشترک	کمتر از ۱	۹ (۴/۷)
	آزاد	۶۹ (۳۵/۸)		۳-۱	۲۰ (۱۰/۴)
	بیکار	۴ (۲/۱)		۵-۳	۳۰ (۱۵/۵)
				۱۰-۵	۶۰ (۳۱/۱)
				بیشتر از ۱۰	۷۴ (۳۸/۳)
زن شاهد خشونت خانگی در دوران کودکی بوده است.	بله	۶۳ (۳۲/۶)	همسر شاهد خشونت خانگی در دوران کودکی بوده است.	بله	۵۷ (۲۹/۵)
	خیر	۱۳۰ (۶۷/۴)		خیر	۱۳۶ (۷۰/۵)
سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی شناخته شده	بله	۱۲ (۶/۲)	اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص، الکل و...	بله	۴ (۲/۱)
	خیر	۱۸۱ (۹۳/۸)		خیر	۱۸۹ (۹۷/۹)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

سن ازدواج اغلب آن‌ها (۷۲ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی و سطح تحصیلات بیشتر نمونه‌ها (۵۷/۰ درصد) و همسرانشان (۳۲/۶ درصد) در حد کارشناسی بود و اغلب آن‌ها(۵۶/۰ درصد) وضعیت مالی خوبی داشتند. اغلب افراد شرکت‌کننده سابقه بیماری روان‌پزشکی شناخته شده نداشتند(۹۳/۸ درصد). شغل همسران بیشتر آن‌ها (۶۲/۲ درصد) کارمند بود و ۵۶/۵ درصد از شرکت‌کنندگان نیز به صورت سنتی با همسرانشان آشنا شده بودند. اغلب نمونه‌ها (۶۷/۴ درصد) و همسرانشان(۷۰/۵ درصد) در دوران کودکی شاهد خشونت خانگی علیه زنان نبودند. بیشتر شرکت‌کنندگان و همسران آن‌ها به مواد مخدر، قرص و الکل و... اعتیاد نداشتند(۹۷/۹ درصد) (جدول ۱).

میانگین میزان خشونت نسبت به زنان، ۴/۷۵ ± ۳۶/۶۱ بود که در مقایسه با مقدار میانه پرسش‌نامه، میزان پایین‌تری داشت و این تفاوت معنی‌دار بود(P = ۰/۰۵۰). میانگین میزان نگرش به خشونت، ۲/۵۱ ± ۳۷/۸۹ به دست آمد که در مقایسه با مقدار میانه به طور معنی‌داری بالاتر بود (P = ۰/۰۵۰). همچنین، میانگین امتیاز پرسش‌نامه خشونت خانگی در چهار خرده مقیاس «خشونت روانی، فیزیکی، جسمی و اقتصادی» با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به ترتیب ۲۰/۰۸، ۱۱/۲۰، ۳/۳۰ و ۲/۰۲ گزارش گردید که مقایسه میانگین در هر چهار خرده مقیاس با میانه آن‌ها پایین‌تر بود. میانگین امتیاز پرسش‌نامه نگرش نسبت به خشونت خانگی در دو خرده مقیاس اثرات پیگیری خشونت خانگی و حمایت‌های قانونی خشونت خانگی با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ به ترتیب ۲۳/۲۹ و ۱۴/۶۰ به دست آمد که در هر دو مورد از مقدار میانه بیشتر بود (جدول ۲).

میزان خشونت خانگی علیه زنان با شاخص‌های سن فرد، سن ازدواج، میزان تحصیلات زنان، تحصیلات و شغل همسر، نحوه آشنایی فرد با همسرش، وضعیت مالی، تعداد سال‌های زندگی مشترک و سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی شناخته شده ارتباط معنی‌داری داشت (P = ۰/۰۵۰). شاخص‌های شاهد خشونت خانگی بودن علیه زنان در دوران کودکی فرد یا همسر وی و اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص و الکل ارتباط معنی‌داری با میزان خشونت خانگی نسبت به زنان نداشت (P = ۰/۰۵۰) (جدول ۳).

میانگین میزان نگرش به خشونت در زنان مورد بررسی، ۲/۵۱ ± ۳۷/۸۹ و در مقایسه با مقدار میانه به طور معنی داری بالاتر بود (P = ۰/۰۵۰). بین میزان نگرش زنان نسبت به خشونت خانگی علیه زنان با سن افراد، سن ازدواج آن‌ها، تحصیلات همسر و شاهد خشونت خانگی بودن همسران آن‌ها در دوران کودکی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۵۰). بیشترین میزان نگرش منفی نسبت به خشونت خانگی در سن ازدواج ۲۰ تا ۳۰ سال مشاهده شد. تحصیلات، سال‌های زندگی مشترک، نحوه آشنایی با همسر، وضعیت مالی، اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص و الکل و سابقه ابتلای فرد به بیماری روان‌پزشکی با میزان نگرش نسبت به خشونت خانگی ارتباط معنی‌داری نداشت (P > ۰/۰۵۰) (جدول ۴).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی شاخص‌های مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن در زنان شاغل دانشکده علوم پزشکی اسدآباد انجام شد. نتایج نشان داد که میزان بروز خشونت خانگی علیه زنان مورد بررسی کم بود. در سراسر جهان نیز مقادیر متفاوتی از میزان خشونت خانگی علیه زنان از ۱۰تا ۶۹ درصد در کل زندگی گزارش شده است (۱). در همین راستا، در مطالعه‌ای که در کشورهای صحرای آفریقا انجام گرفت، شیوع خشونت خانگی کلی ۱۹ درصد گزارش گردید (۱۵) که با یافته‌های تحقیق حاضر هم‌راستا می‌باشد. در پژوهش مروری دیگری که در کشور اتیوپی انجام شد، شیوع مادام‌العمر خشونت خانگی علیه زنان توسط همسر یا شریک صمیمی در بین ۱۰ مطالعه، بین ۲۰ تا ۷۸ درصد بود. بیشتر زنان در مقابل خشونت خانگی سکوت کرده بودند و حدود سه چهارم زنان کتک زدن فیزیکی زن را پذیرفته بودند (۱۶) که بیان‌کننده نگرش زنان به خشونت خانگی بود. تحقیقی در بندرعباس، شیوع خشونت خانگی را ۹۳ درصد و بسیار بالا گزارش کرد (۱۲) که با یافته‌های بررسی حاضر مغایرت داشت. در پژوهش دیگری که در هند انجام شد نیز شیوع خشونت خانگی در بین زنان مورد بررسی بین ۳۰ تا ۴۱ درصد از تجربه در تمام زندگی تا تجربه در یک‌سال گذشته متفاوت بود (۱۷). علت تفاوت در نتایج مطالعات می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌ها و عدم بیان حقایق توسط آزمودنی‌ها، ترس و شرم از افشای حقایق، تفاوت‌های فرهنگی و نژادی، متفاوت بودن تعریف خشونت خانگی از دیدگاه افراد مختلف (تفاوت در نگرش نسبت به خشونت خانگی)، ویژگی‌های فردی و خانوادگی، هنجارهای فرهنگی و جنسیتی (که خشونت علیه زنان را حمایت می‌کنند) و... باشد.

در تحقیق حاضر در بررسی خشونت خانگی بر اساس زیرمؤلفه‌های آن، به ترتیب خشونت روانی بیشترین و خشونت اقتصادی کمترین میزان را داشت و خشونت فیزیکی و جنسی به ترتیب رتبه‌های دوم و سوم را از نظر زیرمؤلفه‌های خشونت خانگی در بین زنان داشتند.

جدول ۲. میانگین حیطه‌های خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن در مقایسه با مقدار میانه

متغیر		میانگین ± انحراف معیار	میانه	آزمون Independent t	میانه	مقدار P
مؤلفه‌های نگرش به خشونت خانگی	اثرات پیگیری خشونت خانگی	۲۳/۲۹ ± ۲/۰۰	۱۵	۵۷/۷۶	۲۴	< ۰/۰۰۱
	حمایت قانونی خشونت خانگی	۱۴/۶۰ ± ۰/۹۱	۹	۸۵/۰۳		
مؤلفه‌های خشونت خانگی نسبت به زنان	خشونت روانی	۲۰/۰۸ ± ۳/۸۷	۳۲	-۴۲/۷۱	۶۴	< ۰/۰۰۱
	خشونت فیزیکی	۱۱/۲۰ ± ۱/۲۵	۲۲	-۱۱۹/۶۱		
	خشونت جنسی	۳/۳۰ ± ۰/۷۵	۶	-۴۹/۴۲		
	خشونت اقتصادی	۲/۰۲ ± ۰/۲۵	۴	-۱۰۵/۹۲		

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

جدول ۳. میانگین میزان خشونت خانگی نسبت به زنان بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی (۱۹۳ نفر)

متغیر		میانگین ± انحراف معیار	آزمون Fisher's exact	مقدار P*	متغیر		میانگین ± انحراف معیار	آزمون Fisher's exact	مقدار P*
سن (سال)	۳۰-۲۰	۵/۵۵ ± ۳۵/۶۳	۴/۷۱	۰/۰۱۰	نحوه آشنایی با همسر	سنتی بدون اصرار فرد یا خانواده	۴/۹۷ ± ۳۷/۹۴	۱۱/۱۱	< ۰/۰۰۱
	۴۰-۳۱	۳/۰۸ ± ۳۶/۵۹				انتخاب فرد	۳/۸۶ ± ۳۴/۸۱		
	۵۰-۴۱	۶/۸۵ ± ۳۸/۸۹				اصرار خانواده	۳/۴۶ ± ۳۷/۰۰		
سن ازدواج (سال)	کمتر از ۲۰	۶/۳۷ ± ۳۸/۹۷	۶/۶۴	۰/۰۰۲	وضعیت مالی	ضعیف	۰	۱۹/۸۶	< ۰/۰۰۱
	۳۰-۲۰	۴/۲۰ ± ۳۶/۱۶				متوسط	۴/۶۱ ± ۳۸/۲۵		
	۴۰-۳۱	۲/۸۳ ± ۳۴/۹۳				خوب	۴/۴۸ ± ۳۵/۳۲		
تحصیلات	زیر دیپلم	۷/۳۱ ± ۳۷/۵۵	۱۰/۶۳	< ۰/۰۰۱	تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۴/۱۲ ± ۳۷/۴۰	۹/۳۷	< ۰/۰۰۱
	دیپلم یا کاردانی	۶/۳۴ ± ۳۹/۴۳				دیپلم یا کاردانی	۶/۶۳ ± ۳۹/۰۲		
	کارشناسی	۳/۳۶ ± ۳۵/۹۴				کارشناسی	۳/۴۲ ± ۳۶/۶۰		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲/۵۹ ± ۳۳/۹۲				کارشناسی ارشد و بالاتر	۳/۴۵ ± ۳۴/۳۹		
شغل همسر	کارمند	۴/۴۵ ± ۳۷/۹۴	۵/۰۶	۰/۰۰۷	سال‌های زندگی مشترک	کمتر از ۱	۰/۵۰ ± ۳۲/۳۳	۹/۶۹	< ۰/۰۰۱
	آزاد	۵/۰۷ ± ۳۷/۹۷				۳-۱	۱/۴۵ ± ۳۲/۷		
	بیکار	۱/۷۳ ± ۳۳/۵۰				۵-۳	۴/۴۷ ± ۳۵/۸۶		
						۱۰-۵	۴/۱۷ ± ۳۶/۶۵		
						بیشتر از ۱۰	۵/۱۷ ± ۳۸/۴۷		
زن شاهد خشونت خانگی در دوران کودکی بوده است.	بله	۴/۱۱ ± ۳۶/۸۸	۰/۳۰	۰/۵۸۰	همسر شاهد خشونت در دوران کودکی بوده است.	بله	۳/۶۷ ± ۳۶/۶۱	۰	۰/۹۹۰
	خیر	۵/۰۵ ± ۳۶/۴۸				خیر	۵/۱۵ ± ۳۶/۶۱		
سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی	بله	۸/۴۴ ± ۴۱/۰۸	۱۱/۹۱	۰/۰۰۱	اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص، الکل و...	بله	۱/۷۳ ± ۳۳/۵۰	۱/۷۵	۰/۱۸۰
	خیر	۴/۲۸ ± ۳۶/۳۲				خیر	۴/۷۸ ± ۳۶/۶۸		

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

جدول ۴. میانگین میزان نگرش به خشونت خانگی علیه زنان بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی (۱۹۳ نفر)

متغیر		میانگین ± انحراف معیار	آزمون Fisher's exact	مقدار P*	متغیر		میانگین ± انحراف معیار	آزمون Fisher's exact	مقدار P*
سن (سال)	۳۰-۲۰	۳۸/۳۸ ± ۱/۶۱	۴/۲۲	۰/۰۱۰	نحوه آشنایی با همسر	سنتی بدون اصرار فرد یا خانواده	۳۷/۸۱ ± ۳/۰۰	۰/۲۱	۰/۸۰۰
	۴۰-۳۱	۳۷/۹ ± ۲/۰۷				انتخاب فرد	۳۸/۰۱ ± ۱/۶۷		
	۵۰-۴۱	۳۶/۷۵ ± ۴/۵۷				اصرار خانواده	۳۷/۳۳ ± ۲/۳۱		
سن ازدواج (سال)	کمتر از ۲۰	۳۷/۶۰ ± ۳/۳۲	۴/۶۱	۰/۰۱۰	وضعیت مالی	ضعیف	۰	۰/۸۲	۰/۳۶۰
	۳۰-۲۰	۳۸/۱۵ ± ۱/۷۴				متوسط	۳۷/۷۰ ± ۳/۰۸		
	۴۰-۳۱	۳۶/۲۵ ± ۴/۶۴				خوب	۳۸/۰۳ ± ۱/۹۵		
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۶/۱۱ ± ۲/۶۲	۲/۱۱	۰/۱۰۰	تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۳۸/۷۷ ± ۲/۲۴	۲/۸۴	۰/۰۴۰
	دیپلم یا کاردانی	۳۸/۳۵ ± ۲/۸۰				دیپلم یا کاردانی	۳۷/۱۳ ± ۳/۸۶		
	کارشناسی	۳۷/۸۶ ± ۲/۵۳				کارشناسی	۳۷/۷۹ ± ۱/۹۶		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۷/۷۶ ± ۱/۳۳				کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۸/۱۷ ± ۱/۵۱		
شغل همسر	کارمند	۳۷/۸۴ ± ۲/۴۲	۵/۶۱	۰/۰۰۴	سال‌های زندگی مشترک	کمتر از ۱	۳۸/۸۸ ± ۱/۳۶	۰/۷۰	۰/۵۹۰
	آزاد	۳۸/۲۰ ± ۲/۵۵				۳-۱	۳۸/۱۵ ± ۱/۳۴		
	بیکار	۳۴/۰۰ ± ۱/۱۵				۵-۳	۳۸/۰۶ ± ۲/۱۸		
						۱۰-۵	۳۷/۹۳ ± ۱/۶۷		
						بیشتر از ۱۰	۳۷/۵۹ ± ۳/۳۹		
زن شاهد خشونت خانگی در دوران کودکی بوده است.	بله	۳۸/۸۰ ± ۱/۶۶	۱۳/۳۱	< ۰/۰۰۱	همسر شاهد خشونت در دوران کودکی بوده است.	بله	۳۸/۹۳ ± ۱/۵۶	۱۴/۸۳	< ۰/۰۰۱
	خیر	۳۷/۴۴ ± ۲/۷۲				خیر	۳۷/۴۵ ± ۲/۷۰		
سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی	بله	۳۷/۲۵ ± ۳/۹۱	۰/۸۳	۰/۳۶۰	اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص، الکل و...	بله	۳۹/۰۰ ± ۱/۱۵	۰/۷۹	۰/۳۷
	خیر	۳۷/۹۳ ± ۲/۴۰				خیر	۳۷/۸۶ ± ۲/۵۲		

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677] [Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

رتبه‌بندی در گزارش انواع خشونت خانگی در پژوهش حاضر، از چند حیطه قابل بررسی است: با توجه به این که زنان مورد بررسی شاغل بودند، احتمالاً به دلیل این که وابستگی کمتری از نظر مالی به همسرانشان داشتند، شیوع خشونت اقتصادی در آنان کمتر بود. از طرف دیگر، خشونت اقتصادی ممکن است به روش‌های غیر مستقیم مانند کنترل درامد مالی نیز توسط همسران اتفاق بیفتد که شناسایی و گزارش آن دشوار است و این نیز می‌تواند دلیل احتمالی برای پایین بودن میزان شیوع آن باشد. همچنین، بالاتر بودن میزان شیوع خشونت روانی در زنان مورد بررسی می‌تواند احتمالاً به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات و بالا بودن آگاهی آن‌ها از مصادیق خشونت خانگی به خصوص خشونت روانی و گزارش آن باشد. در مطالعات مختلف نیز شیوع خشونت خانگی بر اساس زیرمؤلفه‌های آن متفاوت گزارش شده است. در تحقیق مروری که در ترکیه انجام شده بود، بیشترین شیوع مربوط به خشونت کلامی و سپس خشونت فیزیکی، عاطفی، اقتصادی و جنسی بود (۱۸) که تا حدودی با یافته‌های بررسی حاضر هم‌راستا می‌باشد. در پژوهش درخشان‌پور و همکاران نیز شایع‌ترین زیرمؤلفه خشونت خانگی، خشونت روانی و سپس کلامی و فیزیکی بود (۱۲) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در تحقیق حاضر، سن زنان مورد بررسی، سن ازدواج آن‌ها، سطح تحصیلات زنان و همسران آن‌ها، سابقه ابتلا به بیماری روانی شناخته شده و وضعیت مالی آن‌ها از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه آنان بود. شاخص‌های شاهد خشونت خانگی بودن علیه زنان در دوران کودکی در زنان مورد بررسی و همسران آن‌ها و اعتیاد همسران آن‌ها به مواد مخدر، قرص و الکل ارتباط معنی‌داری با میزان خشونت خانگی نسبت به زنان نداشت. در پژوهش‌های مشابه، سطح تحصیلات زنان و همسران آن‌ها، عدم رضایت مالی و اعتیاد همسران به مواد مخدر و الکل نیز عامل مؤثری بر میزان بروز خشونت خانگی علیه زنان بود (۱۹، ۱۶، ۱۲). بر اساس نظریه منابع، افرادی که به منابع قدرت مانند تحصیلات و درامد دسترسی ندارند، بیشتر از خشونت استفاده می‌کنند (۱۹) همچنین، پایین بودن سطح درامد می‌تواند در بروز تنش روانی مزمن و به دنبال آن، کاهش سطح تحمل و افزایش پرخاشگری مؤثر باشد (۱۲). این موضوع می‌تواند کمتر بودن میزان خشونت در زنان مورد بررسی مطالعه حاضر که همسران تحصیل‌کرده‌تری داشتند و یا از وضعیت مالی مناسبی برخوردار بودند را توجیه کند. همچنین، به نظر می‌رسد زنان تحصیل‌کرده بیشتر از حق و حقوق خود آگاهی داشته باشند (۱۱). از طرف دیگر، در تحقیق حاضر خشونت خانگی در زنانی که سابقه ابتلا به بیماری روانی داشتند، ارتباط معنی‌داری با میزان بروز خشونت علیه آنان داشت. شواهد نشان می‌دهد، حداقل در برخی شرایط، یک رابطه علی دو طرفه بین اختلالات روانی و خشونت خانگی و سوء استفاده وجود دارد (۹). همچنین، احتمالاً زنان با سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی به دلیل ضعف‌های عاطفی و روانی کمتر، قادر به دفاع از خود در برابر خشونت نمی‌باشند.

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر نگرش منفی نسبت به خشونت خانگی علیه زنان داشتند. در مطالعه‌ای که در ترکیه به بررسی رابطه دانش و نگرش نسبت به خشونت با تشخیص خشونت علیه زنان در بین ۱۰۲۳ نفر از کارکنان بهداشتی فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی انجام شده بود، اغلب آنان دیدگاه غیر خشونت‌آمیز داشتند و نشان دهنده بهبود دیدگاه سنتی (دیدگاه کمتر مخالف) نسبت به خشونت علیه زنان دارد (۲۰) و با یافته‌های تحقیق حاضر هم‌راستا می‌باشد. همچنین، سن زنان و میزان سال‌های ازدواج، تحصیلات و شاهد خشونت خانگی بودن زنان یا همسران آن‌ها در دوران کودکی و شغل همسر، از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نگرش منفی زنان به خشونت خانگی بود. میزان نگرش زنان مورد بررسی نسبت به خشونت خانگی علیه زنان با سن افراد رابطه معنی‌داری داشت؛ به این صورت که زنان جوان‌تر در مقایسه با زنان با سنین بالاتر، نگرش منفی‌تری داشتند و بیشترین میزان نگرش منفی نسبت به خشونت خانگی در زنانی بود که در سن بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی ازدواج کرده بودند و این ارتباط معنی‌دار بود. در پژوهشی مشابه که در تهران به منظور بررسی عوامل مرتبط با شیوع خشونت خانگی در زنان انجام شد، برخی از زنان اظهار داشتند که با افزایش سن و افزایش سال‌های زندگی مشترک، آنان کم‌کم به این وضعیت عادت می‌کنند و به علت داشتن فرزند و اجتناب از درگیری‌های بیشتر، خشونت همسر را تحمل می‌کردند و گزارش نمی‌دادند (۱۱). افرادی که تحصیلات همسرشان زیر دیپلم و کارشناسی ارشد و بالاتر بود و خود و یا همسرشان شاهد خشونت خانگی علیه زنان در کودکی بودند، نگرش منفی‌تری نسبت به خشونت علیه زنان داشتند. مطالعه مشابهی نیز نشان داد که نگرش‌های حمایتی از خشونت علیه زنان، در مردان با سطح تحصیلات کمتر رایج‌تر است (۲۱). بنابراین، می‌توان گفت که سطح تحصیلات و آموزش، نقش حیاتی در نگرش و شناخت خشونت خانگی دارد (۲۲). افرادی که شغل همسرشان آزاد بود، نگرش منفی‌تری به خشونت خانگی داشتند و افرادی که همسرشان بیکار بودند، نگرش مثبت‌تری به خشونت خانگی داشتند. تحصیلات، سال‌های زندگی مشترک، نحوه آشنایی با همسر، سابقه ابتلا به بیماری روان‌پزشکی، اعتیاد همسر به مواد مخدر، قرص و الکل و وضعیت مالی ارتباط معنی‌داری را با میزان نگرش نسبت به خشونت خانگی نشان نداد. نتایج تحقیقی که به بررسی نگرش زنان مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی پرداخته بود، نشان داد زنان با تحصیلات بالاتر، نگرش منفی‌تری نسبت به خشونت زنان داشتند (۱۱) که با یافته‌های بررسی حاضر همسو نبود. علت این تفاوت می‌تواند در متفاوت بودن جامعه مورد بررسی باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. از جمله این که از پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی استفاده شد که می‌توانست بر پاسخ شرکت‌کنندگان تأثیر بگذارد. برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر، محققان تلاش کردند علاوه بر ارایه توضیحات تکمیلی به شرکت‌کنندگان، به آن‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات‌شان اطمینان دهند. با توجه به مقطعی بودن مطالعه، بررسی علیت بین متغیرها وجود نداشت. همچنین، نمونه‌گیری به صورت در دسترس صورت گرفت. تحقیق در جامعه محدودی انجام شد و تعمیم‌پذیری آن باید با احتیاط انجام گیرد. جهت رسیدن به بینش روشن‌تر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به بررسی و مقایسه نقش عوامل جمعیت‌شناختی در بروز خشونت خانگی در زنان و مردان در جوامع بزرگ‌تر به صورت مطالعات کیفی و مداخله‌ای پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش مؤثر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی و همسرانشان بر میزان خشونت خانگی علیه زنان و نگرش نسبت به آن، اجرای برنامه‌های آموزشی با تکیه بر افزایش آگاهی عمومی، افزایش سطح تحصیلات آحاد جامعه، آموزش‌های قبل از ازدواج و فراهم‌سازی خدمات ارتقای سلامت روان در جامعه می‌تواند در کاهش پدیده خشونت خانگی علیه زنان در آینده مؤثر باشد. انجام مطالعات کیفی و مداخله‌ای در جوامع بزرگ‌تر توصیه می‌گردد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۶۴، مصوب شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی اسدآباد می‌باشد که با کد اخلاق IR.ASAUMS.REC.1400.014 به تصویب رسید. بدین وسیله از شورای پژوهشی و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی اسدآباد به جهت حمایت مالی از این مطالعه و همچنین، شرکت‌کنندگانی که در انجام تحقیق حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Sheykh Bahaei JM, Bahraminezhad A, Bahrami Khoshkar M. Domestic violence against women in the light of the international human rights system. Medical Law Journal. 2021; 15(56): 445-61
2. Alsaleh A. Violence against Kuwaiti women. Journal of interpersonal violence. 2022; 37(5-6): NP3628-49.
3. Bhandari S. Coping strategies in the face of domestic violence in India. InWomen's Studies International Forum.2019; 74(1): 204-9.
4. Alesina A, Brioschi B, La Ferrara E. Violence against women: a cross-cultural analysis for Africa. Economica. 2021; 88(349): 70-104
5. Bolhari J, Amiri T, Karimi Keisomi I, Mohseni Kabir M. Domestic violence prevention advocacy program: a pilot study in Tehran urban area. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018; 24(2): 124-35
6. Coutinho E, Almeida F, Duarte J, Chaves C, Nelas P, Amaral O. Factors related to domestic violence in pregnant women. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015; 171: 1280.
7. Rabani N, Ahmadi M, Akbarzadeh Baghban A, Kiani M, Kazemi A, Moayed H. Examining the relationship between experience of domestic violence and conducting women's cancer screenings. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2023; 28(4): 204-13.
8. Flury M, Nyberg E. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Swiss medical weekly. 2010; 140(3536): w13099.
9. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. The Lancet Psychiatry. 2017; 4(2): 159-70.
10. Aliverdinia A, Habibi M. The Study of University Male Students Attitude toward Violence against Woman in Family Context: An Empirical Test of Akers Social learning Theory. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2016; 4(3): 15-38.
11. Mohtashami J, Yaghmaei F, Jafari A, Alavi Majd H, Ahmadi A. Related factors to coping with domestic violence in women who refer to Forensic Medicine Centers in Tehran. Journal of Health Promotion Management. 2014; 3(2): 54-64.
12. Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2014; 16(1): 126-31.
13. Jafarian T, Fathi M, Arshi M, Ghaderi R. The Effect of Men\'s Emotional Intelligence on Violence against Women among Married Couples. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017; 16(4): 76-83.
14. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammadsadeghi H, Khademolreza N, Rasoulian M. Design and evaluation of an inventory to examine knowledge and attitude about domestic violence against women. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2013; 19(1): 53-43
15. Ahinkorah BO, Kang M, Perry L, Brooks F, Hayen A. Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis. PloS one. 2021; 16(2): e0246308.
16. Semahegn A, Mengistie B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. Reproductive health. 2015; 12: 1-2.
17. Kalokhe A, Del Rio C, Dunkle K, Stephenson R, Metheny N, Paranjape A, Sahay S. Domestic violence against women in India: A systematic review of a decade of quantitative studies. Global public health. 2017; 12(4): 498-513.
18. Özcan NK, Günaydın S, Çitil ET. Domestic violence against women in Turkey: A systematic review and meta analysis. Archives of psychiatric nursing. 2016; 30(5): 620-9.
19. Kazemi Z, Ghassemi G. The social factors affecting domestic violence against women (case Study in Karaj city). Journal of Criminal Law and Criminology. 2023; 11(21): 131-63.
20. Gümüşsoy S, Dönmez S, Ekşi A, Dal NA. Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services. International emergency nursing. 2021; 56: 100975.
21. Sánchez-Prada A, Delgado-Alvarez C, Bosch-Fiol E, Ferreiro-Basurto V, Ferrer-Perez VA. Measurement of supportive attitudes towards intimate partner violence against women among a Spanish-speaker sample. Plos One. 2020; 15(11): e0241392.
22. Wang L. Factors influencing attitude toward intimate partner violence. Aggression and violent behavior. 2016; 29: 72-8.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1677]