

خشونت خانگی علیه زنان باردار و عوامل مؤثر بر آن (مورد مطالعه: شهر کرمان)

دکتر سوده مقصودی^۱، فاطمه یاری‌نسب^۲ و فاطمه ابراهیمی^۳

تاریخ وصول: ۹۴/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۲۷

چکیده:

خشونت علیه زنان هر عمل خشونت‌آمیزی است که مبتنی بر جنسیت بوده و لزوماً یا احتمالاً منجر به آسیب‌ها و صدمات جسمانی، جنسی و روانی و یا باعث رنج و زحمت زنان شود. موضوع خشونت علیه زنان در دوران بارداری به دلیل سلامت فرزند و مادر، جایگاه خاص خود را دارد زیرا استرس‌ها و اضطراب‌های مادر در دوران بارداری علاوه بر روح و جسم او بر سلامت جنین نیز تأثیر منفی می‌گذارد. بررسی دلایل خشونت علیه زنان باردار هدف اصلی این پژوهش می‌باشد. بدین منظور تعداد ۲۵۰ زن باردار در کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان زنان و زایمان شهر کرمان بر اساس نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده و در دسترس، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر به روش پیمایشی و با استفاده از ابزار پرسشنامه انجام گرفته و جهت بررسی ارتباط بین متغیرها، شدت و ضعف آنها و پیش‌بینی متغیر وابسته از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شده است. یافته‌های تحقیق نشان داد که بیشتر خشونت‌های وارد بر این زنان به ترتیب خشونت روانی - کلامی (۲۵/۳۵٪)، خشونت فیزیکی (۱۶٪) و خشونت جنسی (۱۴/۴۳٪) بوده و بین خشونت شوهران علیه زنان باردار با متغیرهای اعتماد زوجین به یکدیگر، روابط جنسی و اجتماعی رضایت بخش و همکاری زوجین با یکدیگر همبستگی معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین در مجموع این متغیرها توانستند ۶۳/۴٪ خشونت علیه زنان باردار را تبیین کنند.

مفاهیم کلیدی: خشونت خانگی، زنان باردار، شهر کرمان

^۱ استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان (نویسنده‌ی مسئول) smaghsoodi@uk.ac.ir

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه شهید باهنر کرمان yarinasab.f@gmail.com

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه شهید باهنر کرمان arghavan.red.92@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

یکی از موضوعات مورد توجه در زمینه‌ی سلامت روان زنان، اثرات روان‌شناختی و جامعه‌شناختی خشونت علیه زنان است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ خشونت عبارت است از «استفاده‌ی عمدی از قدرت بدنی، تهدید یا فعلی علیه خود، دیگری یا علیه گروه یا اجتماع که هر کدام به احتمال قوی به آسیب، مرگ و آسیب روانی منجر می‌شود» (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲: ۴). خشونت در واقع نوعی آسیب اجتماعی پنهان است و در همه‌ی جوامع دیده می‌شود. این معضل اجتماعی زمینه‌ساز بروز سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی در قربانیان آن به شمار می‌رود (شبانی و همکاران، ۲۰۰۸: ۲۷۳-۲۶۹)؛ که طیفی از رفتارهای بسیار تند و آسیب‌زا تا عکس‌العمل‌های منفی چون بی‌تفاوتی و کم‌توجهی را در بر دارد (شانون^۲، ۲۰۰۹؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) خشونت مردان علیه زنان ابعاد متعددی را شامل می‌شود که در این راستا می‌توان به خشونت فیزیکی یعنی آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک، ضرب و جرح با استفاده از دست یا ابزارهای دیگر، خشونت روانی (تهدید، تحقیر، سرزنش کلامی، فحاشی) خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زن، در انزوای اجتماعی قرار دادن، ممنوعیت ارتباط با دیگران) و خشونت جنسی اشاره نمود (کلاینک، ۱۳۸۲: ۲۴). اعمال خشونت علاوه بر آسیب مستقیم در اثر ضربه‌های جسمی، بر بهداشت روانی و اعتماد به نفس زن لطمه می‌زند (اصلانی، ۱۳۷۹: ۲۳). خشونت آسیب‌پذیری زنان را در ناخوشی و ناتوانی و حدود مشارکتشان در توسعه‌ی اجتماعی اقتصادی جامعه، افزایش داده و خطر آسیب زدن، مرگ و مجموعه مسائل فیزیکی، عاطفی و اجتماعی را افزایش می‌دهد (ایزنستات و بانکرافت^۳، ۱۹۹۹: ۸۹۲-۸۸۶). بخشی از زنانی که قربانی خشونت جنسیتی می‌شوند؛ باردارند و عجیب است که بیشترین این خشونت در اشکال جسمی و روحی و اجتماعی توسط نزدیک‌ترین شخص به آنان یعنی شوهرانشان اعمال می‌شود (محمدی‌اصل، ۱۳۸۸: ۱۴۸-۱۴۷).

خشونت می‌تواند وضعیت بهداشت باروری زنان را تحت تأثیر قرار دهد و سبب افزایش مرگ و میر و مشکلات و ناتوانی‌ها برای مادران، مرده‌زایی، زایمان زودرس، خونریزی‌های غیر طبیعی دستگاه تناسلی و بیماری‌های التهابی لگن شود (محمدی و همکاران، ۲۰۱۱: ۴۴۵-۴۳۷؛ اکی یوز^۴، ۲۰۰۸). همچنین به وزن پایین هنگام تولد منجر

^۱ World Health Organization (WHO)

^۲ Shannon

^۳ Eisenstat, Bancroft

^۴ Akyuz

شود (بالووک و فارلن^۱، ۱۹۸۹: ۱۱۵۵-۱۱۵۳). علاوه بر این، بعضی از محققان همبستگی مثبتی بین خشونت علیه زنان و حاملگی ناخواسته (کراج^۲ و همکاران، ۲۰۰۲: ۱۴۹-۱۸۱) و انتقال بیماری‌های مقاربتی (کیوگلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۰: ۱۴۲۱-۱۴۱۵؛ دانکل^۴، ۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند. پیامد اعمال خشونت علیه زنان باردار بسیار سنگین است. آنان به فرزندپروری دل نمی‌دهند و کودکانی کم‌وزن به دنیا می‌آورند و به انواع اختلالات جسمانی و روحی دچار می‌شوند و اگر دست به تخریب خویش زنند، ممکن است تا عقیمی و مرگ در حین زایمان، خودکشی یا قربانی شدن توسط شوهران هم پیش روند. خشونت علیه زنان باردار نه تنها سلامت روحی - جسمانی آنان را برای انجام وظیفه‌ی اجتماعی به مخاطره می‌اندازد؛ بلکه بسته به ارزش‌های قومی و بروز شرایطی چون طلاق و متارکه و تعدد زوجات و کثرت فرزندان، آثار مخرب چندگانه‌ای بر زنان باقی می‌گذارد که در شخصیت کودکان از لحاظ بهره‌ی هوشی و مهارت‌پذیری شغلی منعکس شده و از آنجا به کل جامعه تعمیم می‌یابد (محمدی‌اصل، ۱۳۸۸: ۱۴۸). عواقب منفی اجتماعی نیز نظیر افزایش هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ابتلاء زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت، کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی می‌باشند (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴). البته اگر چه نتایج خشونت علیه زنان مهم است، اما آمار زنانی که قربانی این مشکل هستند و انواع خشونت‌هایی که آنها تحمل می‌کنند به سختی بدست می‌آید (گیلبرت^۵، ۱۹۹۶: ۸۸۶-۸۷۳). بنا به اهمیت موضوع این پژوهش و با توجه به نتایج و عواقب خشونت علیه زنان باردار تحقیق حاضر به بررسی علل خشونت خانگی علیه زنان باردار شهر کرمان پرداخته و بدین منظور اطلاعات لازم از زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان زنان و زایمان شهر کرمان گردآوری شده است. لازم به ذکر است که هیچ پژوهشی در این زمینه در این شهر انجام نشده که لزوم تحقیق در این رابطه را دو چندان می‌کند.

اهداف پژوهش

۱- بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان باردار.

¹ Bullock&Farlane

² Krug

³ Quigley

⁴ Dunkle

⁵ Gilbert

۲- بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای روابط بین فردی (اعتماد زوجین به یکدیگر، روابط جنسی رضایت‌بخش، روابط اجتماعی رضایت‌بخش، همکاری زوجین با یکدیگر) و خشونت شوهران علیه زنان باردار.

۳- بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای دموگرافیک (فاصله‌ی سنی زوجین، تفاوت تحصیلات، شغل، تفاوت درآمد زوجین) و خشونت شوهران علیه زنان باردار.

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

- محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، در تحقیقی با عنوان بررسی وضعیت بهداشت باروری زنان خشونت دیده مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۳۸۹، وضعیت بهداشت باروری ۶۹ زن که حداقل به بار تجربه یک نوع خشونت را داشته‌اند مورد بررسی قرار داد که یافته‌ها نشان داد ۶۹/۳ درصد هر سه نوع خشونت؛ ۸۵/۳٪ خشونت جسمی، ۸۶/۷ درصد خشونت عاطفی، ۷۶ درصد خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. ۵۱/۶ درصد سابقه‌ی سقط و ۶۲/۹ درصد بارداری ناخواسته داشتند و همچنین آنان اختلال عملکرد جنسی، رابطه‌ی جنسی مقعدی و رابطه‌ی جنسی دهانی مشاهده شده بود.

- باهری، ضیایی و ضیغمی محمدی (۱۳۹۱)، در تحقیقی تأثیر خشونت‌های خانگی در مادران باردار بر پیامد حاملگی در مراجعین به مراکز درمانی شهر کرج را نشان داد و اعلام کردند که اختلاف آماری معناداری بین مجموع خشونت خانگی، خشونت کلامی و روانی، خشونت جنسی و خشونت فیزیکی وجود داشت. خشونت کلامی و روانی با کاهش وزن زمان تولد، خشونت جنسی با پارگی زودرس پرده‌ها و خشونت فیزیکی با سقط بعد از ۱۲ هفته ارتباط معناداری داشت (باهری و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۷).

- محمدی و میرزایی (۱۳۹۱)، در بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان (مطالعه: شهرستان روانسر) نشان دادند که بین تصور اقتدارگرایانه‌ی مرد از نقش خود و خشونت علیه زنان رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و بین کمک و همکاری شوهر در کارهای منزل با خشونت علیه زنان رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری مشاهده شد؛ همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که بین تجربه‌ی خشونت زن و مرد در خانواده‌ی مبدأ و خشونت علیه زنان رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد.

- خدیوزاده و عرفانیان (۱۳۹۰)، در مقایسه‌ی خشونت‌های خانگی قبل و طی بارداری و عوامل مرتبط با آن، اعلام کردند که میزان کلی انواع خشونت قبل از بارداری ۸۲/۹٪ و

در بارداری ۶۴/۱٪ بود. شایع‌ترین نوع خشونت در دوران بارداری خشونت جنسی (۵۱/۶٪) و قبل از بارداری خشونت روانی (۶۷/۶٪) بود. انواع خشونت در بارداری با ناخواسته بودن بارداری و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی رابطه‌ای نداشت ولی با سابقه‌ی خشونت در خانواده همسر، ازدواج بدون رضایت زن، چندهمسری بودن مرد، اعتیاد و سابقه‌ی محکومیت کیفری همسر رابطه‌ی معنی‌دار داشت.

- معصومه حسن و همکاران (۱۳۸۹: ۸۲)، در پژوهشی با عنوان خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط که در میاندوآب، مهاباد و بناب انجام شده بود یافته‌ها نشان دادند که بین اعمال خشونت و متغیرهای سن ازدواج زن، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان حمایت خانواده زن از وی، سیگار کشیدن زن ارتباط معناداری وجود دارد و میزان شیوع خشونت خانگی اعمال شده بر زنان باردار در هر سه شهر به گونه‌ی نسبی بالا بوده است.

- مرضیه عارفی (۱۳۸۲)، در بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه اعلام کرد که زنان بین سنین ۱۷ تا ۳۲ بیشترین خشونت را تجربه می‌کنند (۵۶٪) و ۶۰٪ زنانی که مورد خشونت مردان خود قرار می‌گیرند، دارای تحصیلات ابتدایی و ۲۵٪ آنان بی‌سواد می‌باشند. نتایج حاکی از آن است که بیشترین میزان خشونت از نوع جسمی و فیزیکی است (۵۰٪) و سپس خشونت روانی و مالی به ترتیب ۲۵/۷ و ۳۲/۲ درصد را نشان می‌دهد. درصد بالای خشونت به اعتیاد مربوط می‌شود و در رتبه‌ی بعدی، علت خشونت به مسائل مالی - اثری برمی‌گردد.

ب) تحقیقات خارجی

- آل سر کال^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، تحقیقی با عنوان خشونت همسران علیه زنان در دبی، که بر روی ۷۰۰ زن در حال ازدواج بین سنین ۱۵-۴۹ سال در دبی انجام دادند مشخص شد که زنان در طول مدت زناشویی‌شان حداقل یک‌بار خشونت فیزیکی را تجربه کرده‌اند. سوء استفاده ۲۲٪، سوء استفاده روانی که شایع‌ترین شکل آن بود ۴۱٪ و خشونت فیزیکی ۲۲٪ رخ داده بود. قربانیان دچار مشکلات از جمله راه رفتن، سرگیجه، پریشانی، افکار مربوط به خودکشی نسبت به زنان غیر آزار دیده قرار داشتند.

^۱ Al Serkal

- ایسمایلووا و باسل^۱ (۲۰۱۴)، در تحقیقی با عنوان خشونت فیزیکی، جنسی و نتایج بارداری ناخواسته در سه کشور آذربایجان، مولداوی و اوکراین که در آن سقط جنین مجاز بود و اغلب به عنوان شکلی از کنترل بارداری استفاده می‌شد انجام گرفت که نشان داد زنانی که خشونت جسمی و جنسی از همسران خود را تجربه کرده بودند، به‌طور مداوم خطرات بیشتری برای سقط جنین و یا تولد نوزاد ناخواسته داشته‌اند.

- مور^۲ (۲۰۰۸)، انواع خشونت علیه زنان و عوامل مؤثر بر خشونت همسران در توگو (افریقای جنوبی) را بررسی کرد. شرکت‌کنندگان گزارش کرده‌اند که قربانی اشکال مختلف خشونت شده‌اند. بعضی از این اشکال خشونت که علیه زنان اعمال شده، روانی، فیزیکی و حتی جنسی بوده است. بعضی از مردها از محرومیت جنسی بعنوان مجازات علیه همسرانشان استفاده می‌کنند. خشونت فیزیکی بیشترین گزارش را داشته (۷۲٪) و اکثر مرتکبان خشونت، همسران، والدین، خویشاوندان و معلمان بودند. بعلاوه ۱۹٪ پاسخگویان قربانی ختنه‌ی زنان بودند. دومین نوع خشونت، محرومیت اقتصادی است که ۴۸٪ زنان آن را گزارش کرده‌اند.

- بیهانوت و سن^۳ (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای با عنوان خشونت علیه زنان در مردان آسیای جنوبی که با هدف اینکه آیا خشونت با فرهنگ‌پذیری و نگرش نقش‌های جنسیتی مرتبط است یا خیر دریافتند که نگرش به نقش جنسیتی با فرهنگ و نگرش نسبت به خشونت علیه زنان رابطه دارد. به این معنی که هر چه فرهنگ‌پذیری پایین‌تر باشد پذیرش بالاتری نسبت به خشونت همسر وجود دارد.

مبانی نظری پژوهش

نظر به اینکه خشونت علیه زنان در خانواده مسئله‌ای است جهانی، بازتاب آزار زنان در جامعه‌ی بین‌المللی نیز وسیع بوده است. در چهارمین کنفرانس حقوق بشر در وین (۱۹۹۷)، خشونت علیه زنان یکی از سوژه‌های دارای اولویت برای بررسی در کنفرانس تشخیص داده شد و این نکته‌ی مهم مورد تأکید قرار گرفت که خشونت، جسم، روان و آزادی زنان را تهدید می‌کند. شرکت‌کنندگان در چهارمین کنفرانس حقوق بشر تأکید کردند که قضاات، دفاتر پلیس، دفاتر وکالت، کانون‌های حمایت از خانواده، معلمان، پدران و

¹ Ismayilova & Bassel

² Moore

³ Bhanot, Senn

بطور کلی حامیان حقوق زنان، باید ریشه‌های فرهنگی "همسرآزاری" را بررسی کنند. همچنین آن‌ها اعلام کردند که نگرش مردان نسبت به زنان را باید تغییر داد و زنان نیز باید به مردان یاری رسانند تا در برداشته‌های خود نسبت به جنس زن تجدید نظر کنند (کار، ۱۳۸۷: ۱۴).

در ایران بحث خشونت خانگی برای مدتی طولانی مسکوت گذاشته شده بود و دربارهی آن بحثی نمی‌شد. اما به علت توجهی که افراد مختلف در حوزه‌ی کاری خود به این پدیده نشان دادند و همچنین به علت تأکیدی که در اجلاس ۱۹۹۵ پکن بر محور نگران‌کننده‌ی خشونت علیه زنان به وجود آمد و دولت‌ها خود را موظف به از میان بردن و یا کاهش آن دیدند، همچنین به سبب آغاز فعالیت‌های سازمان‌های غیر دولتی و افزایش خشونت‌های خانوادگی و مطرح شدن آن از طریق رسانه‌های عمومی، ضمن تأکید بر روی اتفاقات فاجعه‌آمیز درون خانواده، می‌توان گفت که از سال ۱۳۷۶ به بعد اولین پژوهش‌های علمی در این حوزه شروع شد و این بحث در سمینارها، سخنرانی‌ها و گردهمایی‌های مختلف طرف توجه قرار گرفت. در ادامه‌ی این روند سازمان‌های دولتی سعی در ایجاد امکاناتی برای زنان در معرض خشونت خانوادگی کردند، دانشجویان رشته‌های مختلف، پایان‌نامه‌های خود را به این بحث اختصاص دادند و افراد مختلف در حوزه‌های علوم اجتماعی، روانشناسی، پزشکی، جرم‌شناسی و حتی نیروهای انتظامی در این زمینه دست به پژوهش زدند (اعزازی، ۱۳۸۳: ۵۰).

انواع خشونت و پیامدهای آن

خشونت‌های جسمی و جنسی و پیامدهای آن

خشونت جسمی علیه زنان به صور گوناگون اعمال می‌شود و به هر نوع رفتار خشن از کتک زدن تا تجاوز جنسی که جسم زن را مورد آزار قرار دهد اطلاق می‌شود (کار، ۱۳۸۷: ۶۳). لیز کلی^۱ (۱۹۹۸)، خشونت جنسی را هر نوع عمل فیزیکی، بصری، کلامی، یا جنسی تعریف کرده است که زن یا دختر در زمان وقوع یا بعدتر، آن را به صورت تهدید یا ارباب یا حمله‌ای احساس کند که اثرش با تحقیر همراه باشد و توانایی برقراری تماس نزدیک صمیمانه را از او سلب کند (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۲۲۴).

^۱ Liz Kelly

اثرات خشونت جسمی و جنسی می‌تواند شامل شکستگی‌ها، زخم‌ها، بریدگی‌ها، جراحات داخلی، آسیب‌های اعضای تناسلی، سقط جنین، بیماری‌های مقاربتی و ایدز باشد (عارفی، ۱۳۸۲: ۱۰۸).

خشونت روانی و پیامدهای آن

خشونت روانی شامل اعمالی مانند تحقیر، تمسخر، توهین، فحش، متلک و تهدید به طلاق می‌باشد که می‌تواند باعث خدشه‌دار شدن آبرو و حیثیت زن شود. زنی که قربانی خشونت است نیازمند حفظ اسرار است. نه تنها نباید درباره‌ی این موضوع با کسی خارج از خانه صحبت شود، بلکه در داخل خانه هم بحثی در مورد خشونت صورت نمی‌گیرد. قانون «حرف زن»، در حقیقت، فرد خشن را به ادامه‌ی کنترل قدرت و خشونتش توانا می‌کند. وقتی زن یا دختری که مورد خشونت قرار می‌گیرد نمی‌تواند راز خود را با کسی در میان بگذارد، بعد از مدتی مسئولیت مورد سوء استفاده قرار گرفتن را به گردن می‌گیرد و این واقعیت را می‌پذیرد و بالاخره احساس پوچی عمیقی در وجودش تجربه می‌کند: فقدان خودارزشی (عارفی، ۱۳۸۲: ۱۰۹).

چارچوب نظری پژوهش

با رجوع به تعابیری که نظریه‌های مختلف خشونت از خشونت خانگی ارائه داده‌اند، به نظر می‌رسد که هیچ نظریه‌ای به تنهایی نمی‌تواند بطور کامل، همه‌ی دلایل خشونت را تبیین کند. هر نظریه‌ای بر جنبه‌های متفاوتی از خشونت و خشونت خانگی تأکید نموده و جنبه‌های دیگر را مورد انکار قرار داده است. بنابراین آنچه در نظریات و تحقیقات مربوط به خشونت خانگی مهم است، درک بهتر از چگونگی گسترش و دوام و استمرار رفتار خشونت‌گرایانه در دوره‌ی کوتاهی از زمان یا برای همیشه است. بنابراین در اینجا به نظر می‌رسد که تنها راه رسیدن به هدف که تبیین علل خشونت خانگی علیه زنان می‌باشد تلاش برای تلفیق و آمیختن نظریه‌های موجود می‌باشد تا بیشترین تعداد متغیرهای مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان باردار به آزمون گذاشته‌ی خود تنها با یک عامل در نظر گرفته نشده باشد. برای تشریح این مسئله به لحاظ نظری، با نگرشی به علل خشونت علیه زنان با تأکید بر زنان باردار به بررسی دیدگاه‌های برخی صاحب‌نظران در این امر پرداخته می‌شود.

پارسونز^۱ (۱۹۹۵)، با توجه به الگوی نقش‌ها، دو نقش متفاوت را در خانواده مطرح می‌کند. از نظر او مرد نقش ابزاری^۲ و زن نقش بیانگر^۳ دارد. نقش ابزاری بیشتر شامل حالات مردانه و نقش بیانگر شامل حالات زنانه است، به اعتقاد او این تقسیم نقش باعث حفظ وحدت خانوادگی می‌شود؛ زیرا نقش مرد، دادن پایگاه اجتماعی به خانواده از طریق شغل مرد و حفظ امنیت و آسایش خانواده از طریق درآمد شغلی اوست و نقش زن ایجاد روابط عاطفی (بیانگر) در درون خانواده و حفظ روابط عاطفی ضروری برای اعضای خانواده که از مشکلات گوناگون رنج می‌برند، است. پارسونز این تقسیم نقشی را بهترین شکل، برای حفظ وحدت خانوادگی می‌داند و تداخل هر نوع نقش دیگر را سبب برهم خوردن تعادل زندگی به حساب می‌آورد؛ زیرا بخصوص در حالت اشتغال زن، او حالت بیانگر را از دست داده و تبدیل به رقیب شغلی شوهر خود می‌شود، رقابت زن و شوهر با یکدیگر سبب ناهماهنگی و نابسامانی خانواده می‌شود (اعزازی، ۱۳۸۷: ۱۲۰ به نقل از معینی و کاظمی، ۱۳۸۹: ۱-۱۶)؛ همچنین تحقیقات بات در مورد نقش‌های زناشویی و شبکه‌ی روابط خانواده نشان داد که گوناگونی‌های مشهودی در نحوه‌ی عمل به نقش‌های زناشویی از طرف شوهران و زنان به چشم می‌خورد. الیزابت بات^۴ به نوعی به روابط متقابل بین همسران در خانواده اشاره و دو الگوی متفاوت از روابط خانوادگی را معرفی می‌کند. او الگوی اول را مناسبات تفکیکی نقش‌های زناشویی نام‌گذاری کرده است. این الگو روابطی را توضیح می‌دهد که در آن زن و شوهر قائل به تفاوت واضحی در وظایف خود هستند و نقش‌های خانوادگی را به دقت تفکیک کرده و منافع علایق و فعالیت جداگانه‌ای دارند. بات از الگوی دوم با عنوان مناسبات نقش‌های مشترک نام می‌برد که نقطه‌ی مقابل نظریه‌ی تفکیک نقش‌های پارسونز است. در این نوع از مناسبات زن و شوهر در اکثر فعالیت‌ها با هم همفکری دارند و تضاد منابع و علایقشان حداقل است. نظریه‌ی بات مشخصاً به شبکه‌ی روابط خانوادگی و اجتماعی خانواده اشاره دارد و به این نتیجه می‌رسد که در خانواده‌هایی که تقسیم وظایف در آن‌ها سنتی است شبکه‌ی روابط اجتماعی به صورت متصل و محدود ظاهر می‌شود، اما زن و شوهری که به صورت مشارکتی زندگی می‌کنند دارای شبکه‌ی اجتماعی پراکنده‌اند و در این حالت خشونت به حداقل می‌رسد (رئیسی، ۱۳۹۱: ۲۷).

^۱ Talcott Parsons

^۲ instrumental

^۳ expressiveness

^۴ Elizabet Batt

بات معتقد بود هرچه شبکه‌ی روابط خانواده پراکنده‌تر باشد، خانواده‌ی نوع دوم بیشتر احتمال بروز دارد و تفکیک نقش‌های زناشویی کاهش پیدا می‌کند (محمدی و میرزایی، ۱۳۹۱). با استفاده از نظریه‌ی نقش پارسونز و شبکه‌ی روابط خانوادگی بات می‌توان متغیر همکاری زوجین را تبیین کرد.

دوبوار از جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی بعنوان عامل تداوم سلطه‌ی مرد بر زن یاد می‌کند. به اعتقاد وی، شخصیت دختران و زنان می‌توانست بسیار متفاوت با الگوهای نابرابر کنونی شکل گیرد، مشروط بر اینکه دختر بچه‌ها از ابتدا با همان توقعات و پاداش‌ها و همان سختگیری‌ها و آزادی‌هایی تربیت می‌شدند که برادرانشان تربیت می‌شوند (بستان، ۱۳۸۲؛ به نقل از محمدی و میرزایی ۱۳۹۱). نحوه‌ی برخورد والدین با فرزندان باعث می‌شود ویژگی‌هایی همچون پرخاشگری، موفقیت، رقابت، اتکای به نفس و استقلال بیشتر از پسر مورد انتظار باشد؛ همچنین بیشتر به آن‌ها توصیه می‌شود که برای احقاق حق خود ایستادگی کنند. در عوض از دختر انتظار می‌رود که سازش کند، صلح‌جو باشد، اختلافات را نه با جنگ و جدال بلکه با صحبت حل‌وفصل کند و مهربان و مراقبت‌کننده باشد (راس، ۱۳۷۳: ۲۷۵)؛ بنابراین، می‌توان گفت جامعه‌پذیری جنسیتی با نهادینه کردن نابرابری از یک‌سو و تداوم بخشیدن به آن در نسل‌های آینده از سوی دیگر می‌تواند در حکم بسترهای نابرابر جنسیتی شناخته شود. طبق الگوی جامعه‌پذیری جنسیتی که در آن مردانگی ارزش محسوب می‌شود، زنان موجوداتی تابع و مطیع در ساختار مردسالار خانواده‌اند و در حوزه‌های خصوصی خانواده محصورند و مردان در دنیای معمولی حضور و اشتغال دارند (ابوت و والاس، ۱۳۸۰: ۱۲۸). بر اساس این نظریه، فرآیند جامعه‌پذیری در خانواده گرایش‌های جنسیت زن و مرد را در خانواده درونی می‌کند و آن را به فرزندان انتقال می‌دهد و باعث دائمی شدن سلطه‌ی مرد و مطیع بودن زن می‌شود. چرا که معمولاً از زنان تصویری آرام، مطیع، منفعل، عاطفی و وابسته و از مردان تصویری مستقل، استوار، شایسته، توانا و مصمم ترسیم کرده است و در چنین شرایطی، زنان نقش سنتی مطیع بودن خود را در مقابل نقش سلطه‌گری مرد می‌پذیرند.

یکی از مسائل فمنیست‌ها توجه به موقعیت نابرابر زنان و مردان در جامعه است که به برقراری روابط سلطه می‌انجامد. دیدگاه‌های گوناگون سعی در مشخص کردن علت و چگونگی سلطه مردان بر زنان کردند. در دیدگاه‌های فمنیسم مارکسیستی و سوسیالیسم، مردسالاری در بافتی ماتریالیستی بررسی می‌شود. با وجود تفاوت در تبیین علت سلطه، هر

دو دیدگاه بر تغییرات ساختاری جامعه بعنوان عامل سلطه تأکید دارند و جهان‌شمول بودن مردسالاری آن را رد می‌کنند. مالکیت خصوصی در شکل‌گیری ازدواج، تک همسر است و مطرح می‌کند که تا قبل از ازدواج تک همسر، فعالیت زنان دارای جنبه‌ی اجتماعی بوده و بدین علت زنان و مردان دارای موقعیتی برابر با یکدیگر در جامعه بودند (اعزاز، ۱۳۸۳: ۵۹).

هر چند که فعالیت فمنیست‌ها در این حوزه بسیار فراوان بوده است اما از آنجا که تنها یک نظریه‌ی فمنیستی وجود ندارد، نمی‌توان تنها به یک دیدگاه مشترک اشاره کرد. آنچه مهم است و همه بر آن اتفاق نظر دارند این است که خشونت علیه زنان بازتابی از یک جامعه‌ی مردسالار است که در آن روابط نابرابر قدرت در جامعه وجود داشته و خشونت در حفظ و بقای این روابط نابرابر قدرت عمل می‌کند (همان: ۶۸). ایده‌ی اصلی این نظریه این است که فرایندهای اجتماعی و اقتصادی مستقیم و غیر مستقیم در جهت حمایت از نوعی نظم اجتماعی خاص و ساختار خانوادگی پدرسالار عمل می‌کند. پدرسالاری باعث می‌شود زن‌ها پایین‌تر قرار بگیرند و الگوی تاریخی خشونت سیستمی علیه زنان شکل بگیرد. از این منظر، علت اصلی خشونت زناشویی در ساختار خانواده‌ی سنتی قرار دارد که نوعی نظم اقتدارگرایانه‌ی مردسالار است. علاوه بر این، محققان فمنیست برتری مرد را به شکل آشکار و مشخص علت اصلی خشونت خانگی می‌دانند. تجزیه و تحلیل فمنیستی از کتک زدن زن توسط مرد، از بسیاری از جهات انتقاد از مردسالاری است (محمدی و میرزایی، ۱۳۹۱: ۱۲). فایرستون^۱ معتقد است اولین تقسیم طبقاتی، میان دو طبقه‌ی زنان و مردان و بر اساس نقش متفاوت آنان در روابط بازتولیدی به وجود آمده است. بنابراین درک فرودستی زنان در جامعه از طریق تبیین‌های زیستی و نه تبیین‌های اقتصادی ممکن است. از آنجا که اساس فرودستی زنان در نقش زیستی آنان در روابط بازتولیدی نهفته است، بنابراین در اثر یک انقلاب در حوزه‌ی تکنولوژی باروری امکان از میان بردن تفاوت در زنان و مردان به وجود می‌آید.

در دیدگاه‌های مختلف فمنیست، مردسالاری در برگرفته‌ی نیروی کار، نظارت بر کار خانگی بدون دستمزد زنان، همچنین تمایلات جنسی و بازتولید است. در تعریفی گسترده می‌توان مردسالاری را بعنوان سازمانی نظام‌یافته از فرادستی مردان و فرودستی زنان برشمرد (اعزاز، ۱۳۸۳: ۶۱). مطابق این دیدگاه، می‌توان متغیر روابط اجتماعی را تبیین نمود.

^۱ Firestone

به اعتقاد فوکویاما^۱ (۲۰۰۴)، اعتماد اجتماعی، جزء اساسی سرمایه‌ی اجتماعی است. سرمایه‌ی اجتماعی، قابلیت است که شیوع اعتماد در یک جامعه یا بخشی از آن برمی‌خیزد و می‌تواند در کوچک‌ترین و بنیادی‌ترین گروه اجتماعی، یعنی خانواده و نیز در بزرگ‌ترین گروه‌ها، مثل ملت و همه‌ی گروه‌های دیگر درون آن گنجانده شود (فوکویاما، ۲۰۰۴، به نقل از تاج‌بخش، ۱۳۸۴: ۵۵). به یقین، اعتماد یکی از مهم‌ترین کیفیت‌ها در هر رابطه‌ی نزدیک و صمیمی است و اغلب در کنار تعهد و عشق بعنوان هسته‌ی مرکزی رابطه‌ی ایده‌آل در نظر گرفته می‌شود (براون^۲، ۲۰۰۱). اعتماد باوری قوی به اعتبار، صداقت و توان یک فرد، انتظاری مطمئن و اتکا به یک ادعا با اظهارنظر، بدون آزمون کردن است (لیون^۳، ۲۰۰۲). اعتبار همسر به اعتقاد پیوتر زتومپکا^۴ یکی از منابع اصلی اعتماد می‌باشد. وی وجهه یا اعتبار افراد را برآیند ثبت اعمال گذشته می‌داند و معتقد است اعتماد، در واقع حاصل تجربه‌ی چند ساله‌ای است که کسب کرده‌ایم. ممکن است ما دارای تجربه‌ی برخورد مستقیم با برخی افراد بوده و بر پایه‌ی آن تجربیات به آنان اعتماد کرده باشیم یا اعتماد خود را از دست بدهیم. بنابراین هر چه آشنایی ما با افراد بهتر و بیشتر و ثبت رفتار قابل اعتماد آن‌ها منظم‌تر باشد، تمایل ما به اعتماد بالاتر خواهد بود. دومین منبع اعتماد از نظر زتومپکا، عملکرد است. عملکرد به معنای اعمال واقعی است؛ یعنی رفتاری که در حال حاضر نتایجی را به بار آورده است. در رابطه با زوجین برخی خصوصیات آن‌ها: نظیر خوش‌قولی، عمل به وعده‌ها، برآوردن خواسته‌ها و انتظارات و ... در این زمینه مؤثر است (زتومپکا، ۱۳۸۴؛ به نقل از موسوی و موسوی، ۱۳۹۲: ۳۵). بر اساس این نظریه می‌توان متغیر اعتماد زوجین را استخراج نمود.

بر طبق نظریه‌ی منابع در دسترس گود^۵، هر چه میزان دسترسی زنان به منابع اقتصادی، تحصیلاتی و حمایت‌های خانوادگی بیشتر باشد کمتر مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود قرار می‌گیرند؛ زیرا هر قدر میزان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی افزایش پیدا کند، به همان نسبت توانایی برخورد با آسیب‌های اجتماعی در آن‌ها بیشتر خواهد شد. گود معتقد بود که نظام خانواده مانند هر نظام یا واحد اجتماعی دیگر نظامی اقتداری دارد و هر کس به منابع مهم خانواده (مانند شغل،

¹ Fokouyama

² Brown

³ Lyon

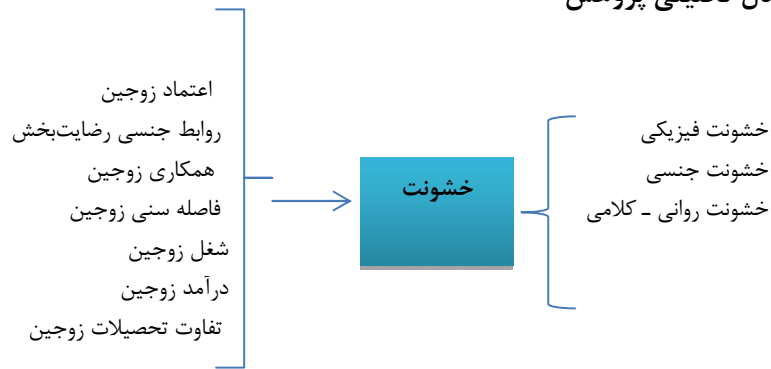
⁴ Sztompka

⁵ Wiliam Good

تحصیلات، درآمد و مهارت اطلاعات و حمایت‌های خانوادگی) بیشتر از دیگران دسترسی داشته باشد، می‌تواند سایر اعضای خانواده را به فعالیت در جهت امیال خود وادار کند و تصمیم‌گیری‌های مهم با اوست (گود ۱۹۸۹، به نقل از خاقانی فرد، ۱۳۹۰: ۸۰-۵۵). بر اساس این نظریه‌ها در خانواده برخلاف سایر گروه‌ها، سلسله مراتب بر اساس تخصص به صلاحیت و لیاقت مرتب نمی‌گردد بلکه بر اساس جنسیت، سن و قدرت اقتصادی تنظیم می‌شود که البته، بیشتر قدرت اقتصادی و منابع مالی در دست مردان بوده و از لحاظ سنی نیز بزرگ‌تر از زنان می‌باشند. وجود عدم تناسب‌ها در این گروه ناهمگون سبب به وجود آمدن تضادهای آشکار و پنهان می‌شود. این تضادها، ویژگی‌ها و کارکردهای مناسب خانوادگی را از بین می‌برد. رفع تضادهای خانوادگی با استفاده از وسایل قدرت و در مواردی از راه خشونت امکان‌پذیر می‌گردد (حسن و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۲). متغیرهایی مانند سن، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی خانواده را می‌توان با استفاده از نظریه‌ی منابع گود دریافت کرد.

در زمینه‌ی رابطه‌ی جنسی می‌توان گفت که اگر چه زندگی زناشویی سعادت‌مندانه فقط تا اندازه‌ای مربوط به رابطه‌ی جنسی است ولی این رابطه ممکن است از مهم‌ترین علل خوشبختی یا عدم خوشبختی در زندگی زناشویی باشد. زیرا اگر این رابطه قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و به خطر افتادن سلامت روان می‌شود (شاملو، ۱۳۸۰). فروید، میل جنسی را امری طبیعی و فیزیولوژیک می‌داندست که بر اساس نیازهای انسانی است و به عقیده‌ی مازلو، در سال ۱۹۶۰، برآورده نشدن این نیاز، تعالی انسان را به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (علی‌اکبری، ۱۳۸۹: ۲۰۰). مطالعات متعدد نشان داده که منشأ بسیاری از مشکلات زناشویی ناشی از نامناسب بودن روابط جنسی است، زیرا اگر به هر دلیلی رابطه‌ی جنسی سالم میان زوجین برقرار نشود، یکی از دو طرف ناراضی، دلخور و دلزده خواهد شد که درگیری، مشکلات ارتباطی و خشونت را بین همسران به وجود می‌آورد (موحد و عزیز، ۱۳۹۰: ۱۹۳). بر اساس پژوهش محمدخانی و همکاران "خشونت جنسی و نگرش‌های زناشویی" تجربه‌ی حمله‌ی جسمانی و پرخاشگری با احتمال افزایش تحمیل جنسی بویژه در زنان همراه بود. به عبارتی نگرش‌های زناشویی نارسا نقش قابل توجهی در شکل‌گیری و تداوم خشونت زناشویی ایفا می‌کند. بر اساس پژوهش‌های پیشین می‌توان متغیر رضایت از روابط جنسی را استخراج و در این پژوهش استفاده نمود. نمودار زیر روابط بین متغیرهای این تحقیق را در قالب مدل تجربی پژوهش نشان می‌دهد.

مدل تحلیلی پژوهش



فرضیات پژوهش

- ۱- به نظر می‌رسد بین اعتماد زوجین به یکدیگر و خشونت شوهران علیه زنان باردار رابطه وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد بین روابط جنسی رضایت‌بخش زوجین و خشونت شوهران علیه زنان باردار رابطه وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین روابط اجتماعی رضایت‌بخش و خشونت شوهران علیه زنان باردار رابطه وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین همکاری زوجین با یکدیگر و خشونت شوهران علیه زنان باردار رابطه وجود دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد بین متغیرهای زمینه‌ای (فاصله‌ی سنی زوجین، تفاوت تحصیلات، شغل زوجین، تفاوت درآمد زوجین) با یکدیگر و خشونت شوهران علیه زنان باردار رابطه وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق به روش پیمایش اجتماعی انجام گرفته است. ابتدا منابع موجود در زمینه‌ی پژوهش به روش اسنادی و بررسی ادبیات موضوع جمع‌آوری شده و چارچوب نظری تحقیق تهیه گردیده است. سپس متغیرها و شاخص‌ها بر اساس چارچوب نظری تبیین و اطلاعات موردنیاز به‌وسیله‌ی پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند. در مرحله‌ی بعد اطلاعات موجود با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با توجه به سطح سنجش در سطوح توصیف

و تحلیل پردازش گردیده است. در این پژوهش برای بررسی میزان ارتباط بین دو متغیر از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شده است. پرسشنامه نیز، تکنیک به کار گرفته شده در این پژوهش می‌باشد.

جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه‌ی آماری پژوهش زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های استان کرمان می‌باشند. حجم نمونه‌ی این تحقیق تعداد ۲۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان زنان و زایمان شهر کرمان می‌باشد. حدود ۵۴ مطب در شهر کرمان وجود دارد که تخمین زده شد تعداد ۱۸۲۵۰ زن باردار در طول سال به مراکز بهداشتی درمانی، کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان مراجعه می‌کنند که این تعداد در فرمول تعیین حجم نمونه کوکران قرار گرفت که تعداد ۳۰۰ نفر بود ولی ۴۶ نفر پرسشنامه را رد کرده و یا ناقص پر کرده بودند که بر همین اساس ۲۵۰ نفر بعنوان تعداد نمونه‌ی نهایی انتخاب شد.

شیوه نمونه‌گیری و ابزار جمع‌آوری اطلاعات

روشی که برای نمونه‌گیری مورد استفاده قرار گرفته، دو روش تصادفی طبقه‌بندی شده و در دسترس می‌باشد. در ابتدا تمامی کلینیک‌ها مورد شناسایی قرار گرفتند و در مرحله‌ی بعد بر حسب پراکندگی محیطی کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان تعدادی بصورت تصادفی انتخاب شدند. در هرکدام از مکان‌های موردنظر تعدادی پرسشنامه بصورت اتفاقی جمع‌آوری شد، بدین معنی که هرکدام از پاسخگویان که باردار و در دسترس بوده و البته مایل به پاسخگویی بودند مورد پرسش قرار می‌گرفتند زیرا موضوع خشونت در خانواده به دلیل حیثیتی بودنش از جمله موضوعاتی است که ایرانیان کمتر مایل به دادن اطلاعات در موردش هستند؛ لذا اگر چه انتخاب مطب‌ها و کلینیک‌ها تصادفی صورت گرفته اما انتخاب زنان بستگی به میل شخصی شان داشته است.

نحوه سنجش متغیرهای پژوهش

متغیر گرایش به خشونت علیه زنان باردار با استفاده از طیف لیکرت و در قالب سؤالات چندگزینه‌ای سنجیده شد. برای سنجش متغیرهای مستقل سؤالات محقق ساخته‌ای طراحی شد. بدین ترتیب که مثلاً برای سنجش متغیر «میزان همکاری مرد در

منزل» سؤالاتی طرح شد تا زنان باردار بتوانند نظر خود را بیان کنند به طور مثال «همسر من در نظافت منزل به من کمک می‌کند».

یافته‌های پژوهش

الف) آمار توصیفی

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که ۴۴/۱٪ شوهران دارای شغل آزاد، ۳۹/۸٪ دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۶۷/۳٪ مشارکت‌کنندگان خانه‌دار و ۳۵/۸٪ دارای تحصیلات دیپلم بودند؛ همچنین میانگین فعالیت اجتماعی مشارکت‌کنندگان ۳۹/۹۶٪ همکاری زوجین ۳۵/۸۱٪ و میانگین اعتماد زنان به شوهرانشان ۲۸/۹۸٪ بوده است. به‌علاوه میانگین سن مشارکت‌کنندگان ۲۷/۹ و سن همسر ۳۱/۱۲ سال بود.

در خصوص متغیر درآمد نتایج نشان داد که ۳۴/۳٪ مشارکت‌کنندگان دارای درآمد ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان بودند، ۱۶/۹٪ دارای درآمد ۱ میلیون تا ۵۰۰ هزار تومان، ۷/۱٪ دارای درآمد ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار تومان به بالا و ۷/۱٪ نیز دارای درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان بودند.

جدول ۱: میانگین خشونت علیه زنان باردار

جمع	خشونت روانی - کلامی	خشونت جنسی	خشونت فیزیکی	میانگین
۵۵/۷۸	۲۵/۳۵	۱۴/۴۳	۱۶	
۱۹/۵۴	۱۰/۴۶	۱/۹۷	۷/۱۱	انحراف معیار

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، کل خشونت اعمال‌شده ۵۵/۷۸٪ است که بیشترین میزان خشونت به ترتیب خشونت روانی - کلامی ۲۵/۳۵٪، خشونت فیزیکی ۱۶٪ و خشونت جنسی ۱۴/۴۳٪ می‌باشد.

ب) آزمون فرضیات

از آنجا که سطح سنجش متغیرهای تحقیق فاصله‌ای - ترتیبی فرض شده است؛ لذا محققان در بررسی رابطه‌ی بین دو متغیر از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده نموده‌اند که در جدول زیر تنها نتایج حاصل از آزمون پیرسون آمده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیرهای پژوهش	خشونت فیزیکی	خشونت روانی - کلامی	همکاری زوجین	اعتماد زوجین	رضایت از عملکرد جنسی	رضایت از روابط اجتماعی زوجین
خشونت فیزیکی						
خشونت روانی - کلامی	۰,۱۰۹					
همکاری زوجین	-۰,۱۱۲	**۰,۳۲۴				
اعتماد زوجین	**۰,۲۳۴	*۰,۲۰۹	**۰,۴۰۳			
رضایت از عملکرد جنسی	*۰,۱۹۷	**۰,۳۲۶	**۰,۲۵۱	*۰,۱۸۰		
رضایت از روابط اجتماعی	**۰,۷۸۸	**۰,۴۱۷	*۰,۱۷۱	**۰,۲۴۸	*۰,۱۹۰	۱

P<۰/۰۰۱**

P<۰/۰۱*

برای ارزیابی همبستگی بین متغیرهای پژوهش با مؤلفه‌های خشونت زوجین (خشونت جسمی و روانی - کلامی) از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آن در جدول بالا آمده است. بجز همکاری زوجین که با خشونت جسمی معنادار نیست؛ بقیه‌ی متغیرهای پیش‌بینی با مؤلفه‌های خشونت زوجین رابطه‌ی معنادار دارند. بدین معنی که هر چه رضایت از رابطه‌ی جنسی، همکاری زوجین، اعتماد و رضایت از روابط اجتماعی بیشتر بوده خشونت کمتری نیز علیه زنان باردار اعمال شده است.

جدول ۳: پیش‌بینی خشونت علیه زنان باردار بر اساس سن شوهران

ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
سن	۰/۰۷	۰/۰۰۶	۱/۲۴	۰/۲	۰/۰۷

برای بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که سن زوجین نتوانست به‌طور معنادار خشونت آن‌ها را پیش‌بینی کند ($B = ۰/۰۷$ و $P > ۰/۰۵$).

جدول ۴: پیش‌بینی خشونت علیه زنان باردار بر اساس تحصیلات شوهران

ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
تحصیلات	۰/۰۸	۰/۰۰۷	۱/۵۶	۰/۲	-۰/۰۸

برای بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که تحصیلات زوج نتوانست به طور معنادار خوشونت آنها را پیش‌بینی کند ($B = -0/87$ و $P > 0/05$).

جدول ۵: پیش‌بینی خوشونت علیه زنان باردار بر اساس شغل شوهران

ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
شغل	0/06	0/004	0/90	0/3	-0/06

برای بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که شغل زوج نتوانست به طور معنادار خوشونت آنها را پیش‌بینی کند ($B = -0/06$ و $P > 0/05$).

جدول ۶: پیش‌بینی خوشونت علیه زنان باردار زوجین بر اساس درآمد شوهران

ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
درآمد	0/04	0/002	0/39	0/5	-0/04

برای بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که درآمد زوج نتوانست به طور معنادار خوشونت آنها را پیش‌بینی کند ($B = -0/04$ و $P > 0/05$).

تحلیل رگرسیون

جدول ۷: پیش‌بینی خوشونت بطور کلی بر اساس عملکرد زوجین

گام	ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
گام اول	رضایت از روابط اجتماعی	0/756	0/564	325/969	0/000	-0/751
گام دوم	رضایت از روابط اجتماعی	0/784	0/614	199/650	0/000	-0/708
	رضایت از عملکرد جنسی					-0/228
گام سوم	رضایت از روابط اجتماعی	0/797	0/634	144/660	0/000	-0/689
	رضایت از عملکرد جنسی					-0/194
	همکاری زوجین					-0/149

همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون عملکرد زناشویی زوجین بر روی خشونت نشان می‌دهد که در گام نخست متغیر رضایت از روابط اجتماعی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معناداری برخوردار است ($P < 0/001$ و $r = -0/751$)، در گام دوم، رضایت از روابط اجتماعی ($P < 0/001$ و $r = -0/708$)؛ و متغیر رضایت از عملکرد جنسی ($P < 0/001$ و $r = -0/228$)، قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معنادار نشان داد. در گام سوم رضایت از روابط اجتماعی ($P < 0/001$ و $r = -0/689$)، متغیر رضایت از عملکرد جنسی ($P < 0/001$ و $r = -0/194$) و متغیر همکاری زوجین ($P < 0/001$ و $r = -0/149$)، بطور معنادار خشونت علیه زنان باردار را پیش‌بینی می‌کنند. بدین ترتیب این متغیرها در گام آخر، حدود ۶۳ درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی خشونت را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/634$).

جدول ۸: پیش‌بینی خشونت فیزیکی بر اساس عملکرد زوجین

گام	ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
گام اول	رضایت از روابط اجتماعی	0/78	0/62	413/86	0/000	-0/78

همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون عملکرد زوجین بر روی خشونت علیه زنان باردار نشان می‌دهد که متغیر رضایت از روابط اجتماعی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معناداری برخوردار است ($P < 0/000$ و $r = -0/78$) و حدود ۶۲ درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی خشونت فیزیکی را تبیین می‌کند ($R^2 = 0/62$).

جدول ۹: پیش‌بینی خشونت روانی - کلامی بر اساس عملکرد زوجین

گام	ردیف	R	R ²	F	Sig	Sig
گام اول	رضایت از روابط اجتماعی	0/41	0/17	53/04	0/000	-0/41
گام دوم	رضایت از روابط اجتماعی	0/49	0/24	39/58	0/000	0/000
	همکاری زوجین					
گام سوم	رضایت از روابط اجتماعی	0/52	0/27	32/28	0/000	0/000
	همکاری زوجین					
	رضایت از عملکرد جنسی					

همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون عملکرد زوجین بر روی خشونت روانی - کلامی نشان می‌دهد که در گام نخست متغیر رضایت از روابط اجتماعی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معناداری برخوردار است ($p < 0/001$ و $r = -0/41$). در گام دوم، رضایت از روابط اجتماعی ($p < 0/001$ و $r = -0/37$) و متغیر همکاری زوجین ($p < 0/001$ و $r = -0/26$) قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معنادار نشان می‌دهد. در گام سوم رضایت از روابط اجتماعی ($p < 0/001$ و $r = -0/34$)، متغیر همکاری زوجین ($p < 0/001$ و $r = -0/21$) و متغیر رضایت جنسی ($p < 0/001$ و $r = -0/20$) بطور معنادار خشونت روانی - کلامی را پیش‌بینی می‌کنند. بدین ترتیب این متغیرها در گام آخر، حدود ۲۷ درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی خشونت روانی - کلامی را تبیین می‌کنند ($R^2 = 0/27$).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی شناسایی عوامل مرتبط با خشونت شوهران علیه زنان باردار صورت گرفت. این مقاله نشان داد که ۳۵/۸٪ زنان باردار دارای تحصیلات دیپلم بودند و ۶۷/۳٪ خانه‌دارند. در حالیکه ۴۴/۱٪ شوهران شغل آزاد داشتند و ۳۹/۸٪ هم از نظر تحصیلات در سطح دیپلم بودند. در این پژوهش جهت بررسی فرضیات تحقیق از آزمون رگرسیون گام‌به‌گام و همبستگی پیرسون استفاده شد که در نتیجه‌ی آزمون فرضیات مشخص شد که خشونت شوهران علیه زنان باردار با اعتماد زوجین به یکدیگر، روابط جنسی و اجتماعی رضایت‌بخش زوجین و همکاری زوجین با یکدیگر رابطه‌ی معناداری داشتند. در حالی‌که بین متغیر وابسته و متغیرهای سن، میزان تحصیلات، شغل و درآمد زوج رابطه‌ای مشاهده نشد.

بطور کلی نتایج نشان داد میانگین خشونت علیه زنان ۵۵/۷۸ درصد بود که بیشترین میزان خشونت به ترتیب خشونت روانی - کلامی با میانگین ۲۵/۳۵٪، خشونت فیزیکی ۱۶٪، خشونت جنسی ۱۴/۴۳٪ می‌باشد بین همکاری، رضایت جنسی و عملکرد اجتماعی زوجین با خشونت همسر رابطه‌ی معنادار وجود دارد. بین عملکرد اجتماعی با خشونت فیزیکی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. بین همکاری، رضایت جنسی و عملکرد اجتماعی زوجین با خشونت روانی - کلامی آن‌ها رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

نتایج تحلیل رگرسیون عملکرد زوجین بر روی خشونت همسر نشان می‌دهد که متغیر رضایت از روابط اجتماعی از بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی برخوردار است

($p < 0/001$ و $r = -0/751$). عملکرد زوجین بر روی خشونت فیزیکی زوجین نشان می‌دهد که متغیر رضایت از روابط اجتماعی از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معناداری برخوردار است ($p < 0/000$ و $r = -0/78$). عملکرد زوجین بر روی خشونت روانی - کلامی نشان می‌دهد که متغیر رضایت از روابط اجتماعی از بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی برخوردار است ($p < 0/001$ و $r = -0/41$). هر چه قدر رضایت از روابط اجتماعی بالا باشد میزان خشونت کمتر می‌شود.

نتیجه‌ی این پژوهش با محمدی و میرزایی (۱۳۹۱)، محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، آل سرکان و همکاران (۲۰۱۴) و لهسایی و مدنی (۱۳۸۹)، همخوانی دارد. محمدی و میرزایی به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین کمک و همکاری شوهر در کارهای منزل با خشونت وجود دارد. یافته‌های محمدی و همکاران نشان داد زنان حداقل یک بار هر سه نوع خشونت جسمی، عاطفی و جنسی را تجربه کرده‌اند. در تحقیق آل سرکان خشونت روانی شایع‌ترین شکل خشونت همسران بود و در مطالعه‌ی لهسایی‌زاده و مدنی، متغیر روابط جنسی و اجتماعی رضایت‌بخش همچون مطالعه‌ی مذکور رابطه‌ی معناداری با متغیر وابسته داشت؛ همچنین نتایج تحقیق، رابطه‌ی معناداری بین مشخصات جمعیت‌شناختی و خشونت نشان نداد که با نتایج خدیوزاده و عرفانیان (۱۳۹۰: ۵۶-۴۷)، همسو بوده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش همکاری باعث کاهش بروز خشونت می‌شود مسئله‌ی خشونت علیه زنان در جامعه، محصول بنیادی اندیشه‌ی مردسالاری است. در حقیقت ساختار جامعه به تبعیت از این تفکر شکل می‌گیرد. بعلاوه ضرب و جرح زنان در بسیاری از ارزش‌های صوری مورد تأیید است و بستگی زیاد به نقش‌های جنسیتی پذیرفته‌شده‌ی آن جامعه دارد. زنی که به کرات مورد خشم و آزار مرد خود قرار می‌گیرد، به مرور عزت نفسش کاهش می‌یابد و این امر را بدیهی می‌شمارد و به تدریج احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. گسترش برابری نقش‌های جنسیتی زن و مرد در خانواده، از طریق آموزش مخصوصاً از طریق برنامه‌های تلویزیونی و سریال‌های تلویزیونی می‌تواند باعث کاهش تفاوت‌های جنسیتی و در نتیجه تفکیک نقش‌های جنسیتی شود؛ و به تبع آن گسترش مشارکت مردان در کارهای خانه و مراقبت از فرزندان را به دنبال خواهد داشت و از طرفی سبب از بین رفتن تصور اقتدارگرایانه و تصور منفعل و سلطه‌پذیر زن می‌شود و از طرف دیگر زنان فرصت بیشتر برای اشتغال در بیرون خواهند داشت که سبب بهتر شدن سطح زندگی و رفاه خانواده خواهد شد؛ که خود عاملی در کاهش خشونت است. همچنین از آنجا که جامعه‌پذیری جنسیتی در دوران کودکی و در خانواده شکل می‌گیرد

آموزش به والدین در شیوه‌ی تربیت فرزندان و از بین بردن حس برتری‌جویی در فرزندان پسر و حس منفعل بودن دختران در همان ابتدای کودکی و القای این حس در کودکان از طریق مدرسه و آموزش در مدرسه و نیز کتاب داستان و برنامه‌های تلویزیونی در آموزش فرزندان در کودکی می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد.

مسائل جنسی و نیز خشونت جنسی در بسیاری از جوامع و کشور ما مورد غفلت و چشم‌پوشی واقع شده است. زیرا عکس‌العمل اجتماعی که نسبت به مسائل جنسی وجود دارد، زن را مجبور به پذیرش و سکوت در مورد آن می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش که هر چه قدر رضایت جنسی بالا باشد میزان خشونت کمتر می‌شود باید این نکته را مدنظر قرار داد و به زوجین از طریق کارگاه‌های آموزشی و مشاوره در این زمینه خصوصاً در دوران بارداری آموزش‌های لازم داده شود.

از آنجایی که اعتماد ستون خانواده است و ثبات و آرامش خانواده درگرو اعتماد زوجین به یکدیگر می‌باشد، و همچنین نتایج این پژوهش نیز حاکی از آن بود که هر چه قدر اعتماد زوجین بیشتر باشد میزان خشونت نیز کاهش می‌یابد پیشنهاد می‌شود تحقیقات جامعه‌شناختی بیشتری در زمینه‌ی بررسی عوامل تأثیرگذار بر اعتماد زوجین به همدیگر انجام شود.

فهرست منابع:

- آبوت، پاملا؛ والاس، کلر (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی زنان، ترجمه‌ی منیژه عراقی. تهران: نشر نی.
- اصلانی، مینا (۱۳۷۹). "خشونت خانوادگی علیه زنان"، مجله‌ی حقوق زنان، سال ۳، شماره‌ی ۲.
- اعزاز، شهلا (۱۳۸۳). "ساختار جامعه و خشونت علیه زنان"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره‌ی ۹.
- آقاخانی نادر؛ افتخاری، علی؛ زارعی خیرآباد، عباس؛ موسوی، احسان؛ دلیرراد، محمد؛ پزند، مریم؛ اقتدار، سامره و رهبر، نرگس (۱۳۹۱). "بررسی انواع خشونت شوهران علیه زنان و تأثیر عوامل مختلف در میزان بروز آن‌ها در زنان مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۹۰-۹۱"، مجله‌ی علمی پزشکی قانونی دوره‌ی ۱۸، شماره‌ی ۳-۲: ۱۴.
- باهری، بنفشه؛ ضیایی، مرجان و ضیغمی محمدی، شراره (۱۳۹۱). "تأثیر خشونت‌های خانگی در مادران باردار بر پیامد حاملگی در مراجعین به مراکز درمانی شهر کرج"، مجله‌ی پژوهشی حکیم، دوره‌ی پانزدهم، شماره‌ی ۲.
- تاج‌بخش، کیان (۱۳۸۴). "کاربرد و نظریه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی در تأمین اجتماعی"، مجموعه مقاله‌های سرمایه‌ی اجتماعی و رفاه اجتماعی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و توان‌بخشی.
- حسن، معصومه؛ کاشانیان، مریم؛ روحی، مریم؛ ویژه، مریم و حسن، مریم (۱۳۸۹). "خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط"، فصلنامه‌ی زن و جامعه، سال اول، شماره‌ی ۴.
- خاقانی‌فرد، میترا (۱۳۹۰). "بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران"، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، سال ۹، شماره‌ی ۲.
- خدیوزاده، طلعت و عرفانیان، فاطمه (۱۳۹۰). "مقایسه‌ی خشونت‌های خانگی قبل و طی بارداری و عوامل مرتبط با آن"، مجله‌ی زنان مامایی و نازایی ایران، دوره‌ی ۱۴، شماره‌ی ۴.
- راس، آلن (۱۳۷۳). روان‌شناسی شخصیت، ترجمه‌ی سیاوش جمال‌فر، تهران: مرکز.
- رئیزی، سمیه (۱۳۹۱)، بررسی کیفی خشونت علیه زنان در میان زنان بلوچ ایران‌شهر: کاربرد روش‌شناسی نظریه‌ی زمینه‌ای، رساله‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر، کرمان.

- شاملو، سعید (۱۳۸۰). بهداشت روانی، تهران: انتشارات رشد.
- عارفی، مرضیه (۱۳۸۲). "بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه"، مطالعات زنان، سال اول، شماره ۲.
- عزیزیان، رویا و ساروخانی، باقر (۱۳۸۰). "بررسی عوامل خشونت علیه زنان در مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی تهران"، مجله‌ی دانشکده‌ی بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، جلد ۲، شماره ۳.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۸۹). "رابطه‌ی عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی"، مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۳.
- کار، مهرانگیز (۱۳۸۷). پژوهشی درباره‌ی خشونت علیه زنان در ایران، تهران، انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- کلاینک، ال (۱۳۸۲). کنار آمدن با چالش‌های زندگی، ترجمه‌ی محمد نریمانی و اسماعیل ولی‌زاده، مشهد: آستان قدس رضوی.
- لهسایی‌زاده؛ عبدالعلی و مدنی، یوسف (۱۳۸۹). "گرایش شوهران به خشونت علیه همسران مطالعه موردی شهر شیراز"، فصلنامه‌ی زن و جامعه، سال اول، شماره ۱.
- محمدخانی، پروانه؛ آزادمهر، هدیه و متقی، شکوفه (۱۳۸۹). "رابطه خشونت جنسی و نگرش‌های زناشویی و همراهی انواع خشونت در روابط زناشویی"، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۳.
- محمدی، فائزه و میرزایی، رحمت (۱۳۹۱). "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان (مورد مطالعه: شهرستان روانسر)"، مطالعات اجتماعی ایران، دوره ۶، شماره ۱.
- محمدی، گوهر؛ اکبری، امیرعلی؛ رمضان‌خانی، صدیقه؛ علوی، علی و مجد، حمید (۱۳۹۰). "بررسی وضعیت بهداشت باروری زنان خشونت دیده مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۳۸۹"، پژوهنده (مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، سال شانزدهم، شماره ۵.
- محمدی‌اصل، عباس (۱۳۸۸). جنسیت و خشونت، تهران: گل‌آذین.
- معینی، سید رضا و کاظمی، سودابه (۱۳۸۹). "تحلیل روان‌شناختی علل خشونت شوهران نسبت به زنان؛ (مطالعه موردی: منطقه‌ی ۶ تهران)"، تحقیقات روان‌شناختی، شماره ۲.
- موحد، مجید و عزیزی، طاهره (۱۳۹۰). "مطالعه‌ی رابطه‌ی رضایت‌مندی جنسی زنان و تعارضات میان همسران"، زن در توسعه و سیاست، دوره ۹، شماره ۲.

موسوی، سید کمال‌الدین و موسوی، سید علی (۱۳۹۲). "تحلیل رابطه‌ی میان الگوی استفاده از تلفن همراه و اعتماد متقابل زناشویی"، مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران، دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۳.

Akyuz A, Sahiner GBakir B. (2008). "Marital Violence: Is it a Factor Affecting the Reproductive Health Status of women", *Journal FamViolence*; 23(6):437-445.

Al Serkal F, Hussein H, El Sawaf E, Al Faisal W, Hasan Mahdy N, Wasfy (2014). "Intimate Partner Violence against Women in Dubai: prevalence, Associated Factors and Health Consequences. Middle east", *Journal of psychiatry and alzheimers*, 5 (3):123.

Bhanot Surbhi, Senn.Charlene.y (2008). Attitudes Towards Violence Against Women In Men of South Asian Ancestry: Are Acculturation and Gender Role Attitudes Important Factors? *J Fam Viol* (. 22):25–31

Brown, D. (2001). The relationship between attachment styles, Trust and marital attitudes of college students. Faculty of the graduate school of psychology. Seton Hall University Los Angeles. California.

Bullock, L. & McFarlane, J. (1989). "The battering low birth weight connection", *The American Journal of Nursing*, (89): 1153–1155.

Dunkle, K. L. Jewkes, R. K. Brown, H. C. Gray, G. E. McIntyre, J.A. & Harlow, S. D. (2004). "Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa", *Lancet*, (363), 1415–1421.

Eisenstat, S. A. & Bancroft, L. (1999). "Domestic violence. The New England", *Journal of medicine*, (341), 886–892.

G Mohammadi, Ramezankhani A, Amiraliakbari S, Alavi Majd H, Farsar AR(2012). "Socially-Deviant Middle Eastern Women at a Great Risk of Poor Reproductive Health", *Iran Red Crescent Med J*; 14(3):146-152.

Gilbert, L. (1996). "Urban violence and health, South Africa", 1995. *Social Science and Medicine*, (43), 873–886.

Good William, J. (1989). *The family*, second edition, New Delhi, Prentice hall of India

Ismayilova L. El-Bassel N. (2014). "Intimate partner physical and sexual violence and pregnancy outcomes in the three former Soviet Union countries: Azerbaijan", Moldova, and Ukraine. *Violence against Women*, 20(6):633-652.

Krug, E. Dalhberg, L. Mercy, J. Zwi, A. & Lozano, R. (2002). "Sexual violence", *World report on violence and health Geneva: World Health Organization*:35, 149-181.

Lyon, F. (2002). "Trust, Network and norms", *The creation of social capital in agricultural economies in Ghana-world development*. 28 (4), 663-689.

Mohammadi G, AmirAliakbari S, Ramezankhani A, Alavi Majd H. (2011). "The reproductive health status of women with experience of violence in harm reduction centers in Tehran", 2010. *Pejouhandeh*; 16(5):219-225.

Moore. Ami R. (2008). "Types of Violence against Women and Factors Influencing Intimate partner violence in Togo (West Africa)", *J Fam Viol* (23):777-783.

Quigley, M. Morgan, D. Malamba, S. Mayanja, M. Okongo, L. Carpenter, L. et al. (2000). "Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, (23), 418-425.

Shabani S, Manso gindia N, Manso gindia, Bahraini NS. (2008). "Study of the susceptible factors in Ife abuse among women referred to Karaj forensic medicine center in 2005: a case - control study", *Med Sci J. Islam Azad Uni Tehran Med Branch*; 18 (4):269-273.

Shannon K, Kerr T, Strathdee S A, Shoveller J, Montaner J S, Tyndall MW (2009). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers (*339*): 293.

WHO (2004). Department of Reproductive Health and Research. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, Global strategy adopted by the 57th World Health*;WHO/RHR/04.8.

WHO (2002). *World report on violence & health. Geneva: World Health Organization*