

## طراحی و ارزیابی پرسش‌نامه سنجش آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی علیه زنان

دکتر مسعود احمدزاداصل<sup>(1)</sup>، دکتر فرنوش داودی<sup>(2)</sup>، دکتر نوشین زارعی<sup>(1)</sup>،  
دکتر هما محمدصادقی<sup>(3)</sup>، دکتر نوشین خادم‌الرضا<sup>(1)</sup>، دکتر مریم رسولیان<sup>(4)</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر طراحی و ارزیابی پرسش‌نامه سنجش میزان آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی علیه زنان بود. **روش:** این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول مؤلفه‌های پرسش‌نامه با استفاده از نظرات صاحب‌نظران طراحی و روایی آن با اخذ نظرات 10 نفر صاحب‌نظر تأیید شد. سپس با اجرای آزمایشی آن بر روی 30 نفر از زنان متأهل منطقه 9 تهران، میزان پایایی با استفاده از شاخص آلفای کرونباخ تعیین شد. در مرحله دوم با اجرای پرسش‌نامه نهایی بر روی 615 زن متأهل ساکن مناطق 22 گانه تهران (15 نفر در هر خوشه در 42 محله در 22 منطقه تهران)، اطلاعات جمع‌آوری و سپس با استفاده از تحلیل عامل و محاسبه شاخص‌های آماری، مؤلفه‌های پرسش‌نامه شناسایی شد. **یافته‌ها:** میانگین سن ( $\pm$ خطای معیار) افراد مورد بررسی  $42/6(\pm 0/9)$  سال و میانگین مدت زمان ازدواج آنها  $22(\pm 0/8)$  سال بود.  $42/3\%$  آنها دیپلم و  $22/4\%$  بالاتر از دیپلم، شغل  $82/4\%$  خانه‌دار و  $96/1\%$  در ازدواج اول خود بودند. در حوزه آگاهی 5 عامل مرتبط با خشونت به دست آمد و میانگین نمرات به دست آمده در زنان مورد مطالعه معادل  $51\%$  آگاهی صحیح بود. بیشترین آگاهی صحیح مربوط به پیامدها و قابل پیشگیری بودن و کمترین میزان آگاهی صحیح در درجه اول مربوط به اپیدمیولوژی و عوامل مرتبط، سپس اثرات بر فرزندان به خصوص فرزند دختر بود. میزان پایایی پرسش‌نامه در قسمت آگاهی  $0/769$ ، و در قسمت نگرش  $0/64$  بود. **نتیجه‌گیری:** ابزار طراحی شده قابلیت استفاده با روایی و پایایی مناسب در زنان ایرانی دارد. حوزه‌های مختلف آگاهی به خصوص اثرات خشونت بر فرزند دختر نیاز به توجه برای انجام مداخلات مناسب دارد. **کلیدواژه:** خشونت خانگی علیه زنان؛ همسرآزاری؛ آگاهی نسبت به خشونت خانگی علیه زنان؛ نگرش نسبت به خشونت خانگی علیه زنان؛ طراحی پرسش‌نامه

[دریافت مقاله: 1391/1/31؛ پذیرش مقاله: 1391/6/19]

### مقدمه

نمایند (1، 2). خشونت خانگی و تجاوز<sup>3</sup> در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به ترتیب حدود 5 و 19 درصد از کل بار بیماری‌ها را در زنان 15-44 ساله به خود اختصاص داده است (3).

خشونت خانگی به‌طور معمول به یکی از این اشکال بروز

خشونت خانگی<sup>1</sup> از معضله‌های جامعه امروزی است که از سوی سازمان جهانی بهداشت<sup>2</sup> (WHO) به عنوان یک اولویت سلامتی اعلام شده، از همه کشورهای جهان خواسته شده برنامه‌هایی برای شناسایی و مقابله با این مشکل طراحی و اجرا

(1) روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (2) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پزشکی اجتماعی؛ (3) دستیار تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (4) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران - دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، کوچه شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دورنگار: 021-66506862 (نویسنده مسئول).

E-mail: rasoulmian.m@gmail.com

1- domestic violence  
3- rape

2- World Health Organization

می‌کند (4): 1- خشونت روانی و کلامی: مانند استفاده از شیوه‌های مزوی کننده (مانند تضعیف روابط زن با اطرافیان، جلوگیری از تماس تلفنی یا ملاقات با خانواده و دوستان) یا القای ترس (مانند تهدید به صدمه جسمانی، تهدید به دور کردن فرزندان یا صدمه به آنان) یا دشنام و ناسزا، تحقیر، قهر کردن و صحبت نکردن؛ 2- خشونت اقتصادی: مانند خودداری از پرداخت پول و تأمین مالی همسر یا آزار زن در محیط کار به طوری که منجر به از دست دادن منبع درآمدش شود؛ 3- خشونت جسمانی: مانند پرتاب اشیاء به سمت همسر، حمله فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت، لگد و...) یا جلوگیری از دست‌یابی همسر به خدمات بهداشتی؛ 4- خشونت جنسی: هر نوع رابطه جنسی با همسر که بدون رضایت او یا با خشونت و روش‌های غیرطبیعی انجام شود.

خشونت علیه زنان، عامل عمده‌ای در ایجاد آسیب‌های جسمی و روانی زنان است (3، 5-7).

شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بررسی‌های انجام‌شده در کشورها و فرهنگ‌های مختلف، نشان‌گر فراگیر بودن آن است. در گزارش‌هایی از آمریکا، کانادا، کشورهای آمریکای شمالی، اروپایی و آسیای جنوب شرقی میزان خشونت فیزیکی 16-46 درصد گزارش شده است (2، 7-12). هم‌چنین میزان خشونت خانگی در شهرهای مختلف ایران 14/6-42/4 درصد گزارش شده است (13-25).

در بررسی‌های بسیاری مشخص شده است که در صورت نبود پرسش مستقیم در مورد خشونت علیه زنان توسط مراقبان سلامت، این مسأله توسط مراجعان ابراز نخواهد شد و بهترین راه برای شناسایی موارد خشونت علیه زنان پرسش مستقیم از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و سلامتی در خصوص خشونت علیه زنان می‌باشد (26). خشونت خانگی علیه زنان به عنوان موضوعی که تحت تأثیر عوامل فرهنگی و ارزش‌های فردی- اجتماعی است (27)، همواره مورد توجه نظام سلامت و پژوهشگران بوده و ابزارهای مختلفی برای شناسایی خشونت علیه زنان طراحی شده است (28، 29). چالش‌های زیادی در مورد ابزارهای ارزیابی کننده خشونت خانگی مطرح شده، که طراحی ابزارهای آسان و سریع (30) و قابل استفاده در محیط‌های درمانی و اورژانس‌ها (31) از جمله آنهاست.

در بیشتر بررسی‌های منتشر شده به نگرش و آگاهی کارکنان درمانی و مددکاری در مورد خشونت خانگی، به عنوان یکی از موانع شناسایی و ارائه خدمات به این افراد

پرداخته شده است (32، 33) و در مورد وضعیت آگاهی و نگرش زنان نسبت به خشونت خانگی بررسی‌های کمی یافت شد. گذشته از آن در بررسی‌های مختلف در این حوزه از ابزار ثابت و استاندارد استفاده نشده است (34-36). بنابراین با توجه به اثر بارز ویژگی‌های فرهنگی در این حوزه، طراحی و معیارسازی ابزارهای بومی هماهنگ با ویژگی‌های هر منطقه بسیار ضروری است. با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر طراحی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی یک ابزار برای سنجش میزان آگاهی و نگرش زنان در مورد خشونت خانگی علیه زنان در نمونه‌ای از زنان متأهل در شهر تهران بود.

### روش

پژوهش حاضر به صورت مقطعی و در دو مرحله انجام شد: در مرحله نخست پرسش‌نامه «سنجش آگاهی و نگرش درباره خشونت خانگی علیه زنان» طراحی و روایی<sup>1</sup> و پایایی<sup>2</sup> آن با استفاده از نظرات افراد خبره و اجرای آزمایشی بر روی نمونه‌ای از زنان متأهل ساکن شهر تهران بررسی شد. در مرحله دوم برای بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه، نمونه 615 نفری از زنان متأهل ساکن شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت.

برای طراحی پرسش‌نامه «سنجش آگاهی و نگرش درباره خشونت خانگی علیه زنان» از پرسش‌نامه استفاده شده در طرح «پیش‌گیری از خشونت خانگی در نظام بهداشتی» (37) استفاده شد.

**پرسش‌نامه آگاهی و نگرش در مورد خشونت خانگی از دو بخش آگاهی و نگرش تشکیل شده است.** قسمت آگاهی پرسش‌نامه شامل 14 سؤال است که پاسخ آنها به صورت «بله»، «خیر» و «نمی‌دانم» است که به ازای هر پاسخ درست یک نمره مثبت و به ازای هر پاسخ نادرست یک نمره منفی و به ازای پاسخ «نمی‌دانم» هیچ نمره‌ای به پرسش‌نامه تعلق نمی‌گیرد. دامنه امتیازهای هر پرسش‌نامه بین 14- تا 14 می‌باشد، در سؤالات 3 و 6 پرسش‌نامه پاسخ «خیر» پاسخ درست بوده و در بقیه سؤالات پاسخ «بله» پاسخ درست محسوب می‌گردد.

قسمت نگرش پرسش‌نامه شامل هشت سؤال می‌باشد که با مقیاس لیکرت پنج تایی -کاملاً موافقم، موافقم، نظری

نظام دار، از هر چند واحد مسکونی متوالی، از زنگ‌های موجود در هر ساختمان بر اساس عدد تصادفی به دست آمده برای هر خوشه از سایت random.org، یک واحد انتخاب شد. پرسشگری از زن خانواده (همسر سرپرست خانوار) انجام شد. در صورت نبود فرد مورد نظر در واحد مسکونی، دوباره سه ساعت بعد به آن واحد مراجعه می‌شد. در صورتی که فرد مورد نظر دوباره حضور نداشت یا همکاری نمی‌کرد، در هر پلاک یکی دیگر از واحدهای مسکونی انتخاب می‌شد. در صورت نبودن یا همکاری نکردن تمامی واحدهای مسکونی پلاک مورد نظر، نخستین پلاک بعدی سمت راست جایگزین شد. نشانی سرخوشه‌های نمونه‌گیری از مرکز آمار ایران یا شهرداری تهران یا طرح‌های مشابه انجام گرفته در مورد نمونه‌گیری منزل به منزل در تهران در دو سال اخیر دریافت شد و هر پرسشگر برنامه‌ای برای پرسشگری از حدود شش خوشه (120 نمونه) دریافت کرد.

با توجه به برآورد حجم نمونه با کاربرد فرمول مقایسه نسبت استفاده از خدمات سلامت در زنان با و بدون خشونت (که هدف اصلی مطالعه مادر بود)، حجم نمونه حدود 630 نفر برآورد. در نهایت از 22 منطقه شهرداری تهران، دو محله در مرحله نخست و 40 محله در مرحله دوم نمونه‌گیری شدند. از هر محله 15 نمونه و در مجموع 630 نمونه بررسی شد که با توجه به کیفیت نداشتن و اطلاعات ناقص در 15 مورد، تعداد نمونه نهایی 615 مورد بود. نمونه زنان متأهل 84-18 ساله با دست کم یک سال سابقه زندگی مشترک بودند و برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه داشتند.

پرسشگری در سه زمان صبح، ظهر و عصر و در تمام روزهای های هفته به صورت متناسب توزیع شده بود تا امکان شرکت زنان با ویژگی‌های مختلف (از نظر حضور در منزل) در طرح وجود داشته باشد. در صورت عدم حضور فردی در واحد مسکونی مجدداً 3 ساعت بعد به آن واحد مراجعه می‌گردید و در صورت عدم پاسخدهی در مراجعه مجدد نمونه دیگری جایگزین می‌شد. پرسشگران در این طرح ابتدا خود و اهداف طرح را معرفی می‌کردند و نیز مجوزهای قانونی اجرای طرح را که از نیروی انتظامی اخذ شده بود را در صورت لزوم ارایه می‌داند و سپس در صورت موافقت زن متأهل ساکن خانوار نمونه، پرسشگری انجام می‌شد. در صورت عدم تمایل نمونه‌ها برای پاسخدهی دو بار تلاش برای

ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم - قابل پاسخدهی بود. سؤالات 1-5 به صورت نگرش منفی و سؤالات 6-8 به صورت نگرش مثبت بودند به این صورت که در سؤالات نگرش منفی پاسخ در طیف مخالف و کاملاً مخالف نشان دهنده نگرش مطلوب و در سؤالات نگرش مثبت پاسخ در طیف موافق و کاملاً موافق نشان دهنده نگرش مطلوب بود.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه به روش استفاده از نظرات افراد صاحب‌نظر، پرسش‌نامه‌ها به همراه فرم نظرسنجی از طریق ایمیل به 10 نفر از افراد باتجربه و دارای سابقه کار در زمینه خشونت خانگی، یا طراحی و اجرای طرح‌های پرسش‌نامه‌ای ارسال گردید و سپس با جمع‌بندی نظرات ایشان پرسش‌نامه نهایی تدوین شد. در بررسی روایی پرسش‌نامه سه سؤال در مورد هر یک از آیتم‌های پرسش‌نامه مطرح شد: (1) آیا منظور سؤال به صورت روشن و واضح بیان شده است؟ (برای ارزیابی روایی ظاهری<sup>1</sup>)، (2) آیا سؤال آنچه را که مدنظر دارد به صورت دقیق می‌سنجد؟ (برای ارزیابی روایی محتوا<sup>2</sup>)، (3) آیا این سؤال با مجموعه سؤالات دیگر هماهنگی دارد؟ (برای ارزیابی روایی ساختاری<sup>3</sup>)؛ برای هر یک سؤالات جواب «بله»، «خیر» و یا «تیز به اصلاح دارد» در نظر گرفته شده بود. بر اساس نظرات داده شده از سوی صاحب‌نظران در صورت توافق بیش از 80% آنان سؤالات به عنوان نهایی در نظر گرفته می‌شد. با توجه به نظرات جمع‌آوری شده در پرسش‌نامه نهایی بیش از 80% افراد نظرخواهی شده در خصوص سه سؤال پرسیده شده از آنها با آیتم‌های پرسش‌نامه موافق بودند و به این ترتیب پرسش‌نامه به عنوان این که دارای اعتبار و روایی مناسب است مورد قبول قرار گرفت. همچنین برای ارزیابی روایی ساختاری پرسش‌نامه از روش تحلیل عامل<sup>4</sup> نیز استفاده شد.

این بررسی در ماه‌های شهریور و مهر سال 1390 در مناطق 22 گانه شهرداری تهران به صورت مراجعه خانه به خانه در واحدهای مسکونی انجام شد. نمونه مرحله نخست عبارت بود از 30 نفر در دو محله از منطقه نُه تهران. انتخاب این منطقه و محله‌های آن به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی صورت گرفت. در این مرحله پایایی با روش ثبات درونی<sup>5</sup> بررسی شد. در مرحله دوم، در هر منطقه با توجه به جمعیت ساکنان اعلامی از سوی مرکز آمار ایران، با استفاده از جدول اعداد تصادفی از میان محله‌های هر منطقه، یک تا سه محله برای نمونه‌گیری انتخاب شد. سپس در هر محله به صورت راست‌گردان و به روش نمونه‌گیری تصادفی

1- face validity  
2- content validity  
3- construct validity  
4- factor analysis  
5- internal consistency

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16<sup>3</sup> انجام شد. پایایی به روش ثبات درونی با محاسبه شاخص آلفای کرونباخ<sup>4</sup> محاسبه شد. برای بررسی روایی ساختاری روش تحلیل عامل به کار رفت. با توجه به در نظر گرفتن میزان KMO برای قابل قبول بودن همبستگی بین عوامل و معنی دار بودن آزمون کرویت بار تلت برای تطابق با جامعه در هر گروه از سؤالات عامل‌های تعیین کننده بدست آمد. برای تحلیل عامل از نرم افزار SPSS استفاده شد و با استفاده از روش principal determinant<sup>5</sup> و استفاده از روش چرخش<sup>5</sup> عوامل برای بدست آوردن بیشترین همبستگی بین سؤالات و عوامل بدست آمده به صورت واریماکس و انتخاب تعداد عوامل با استفاده از معیار  $Eigenvalue > 1$  صورت گرفت.

### یافته‌ها

میانگین (و خطای معیار<sup>6</sup>) سن، مدت زمان ازدواج و سن در زمان ازدواج نمونه‌ها به ترتیب 42/6 (0/9)، 22 (0/8) و 19/8 (0/2) سال بود. تحصیلات 35/2 درصد، 42/3 درصد و 22/4 درصد آزمودنی‌ها به ترتیب زیردپلم، دیپلم و بالاتر از دیپلم بود. 82/4 درصد، 3/6 درصد، 10/3 درصد و 2/5 درصد آزمودنی‌ها به ترتیب خانه‌دار، بازنشسته، شاغل و بیکار بودند. 96/1 درصد ازدواج اول و 3/4 درصد ازدواج دوم داشتند.

بیش از 80 درصد صاحب‌نظران با سؤال‌های پرسش‌نامه موافق بودند، بنابراین روایی هر دو قسمت پرسش‌نامه تأیید شد. میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه «سنجش آگاهی و نگرش درباره خشونت خانگی علیه زنان» برای قسمت آگاهی و نگرش به ترتیب 0/759 و 0/64 به دست آمد.

بر اساس تحلیل عاملی انجام شده در مورد سؤالات حیطه آگاهی در مورد خشونت خانگی در پرسش‌نامه پیوست با در نظر گرفتن گزینه‌های آنالیز عامل که در قسمت روش کار ذکر شده است، پنج عامل برای 14 سؤال مرتبط با خشونت بدست آمد، به این ترتیب که سؤالات 1 و 2 در عامل 1 (تعریف خشونت)، سؤالات 3-6 در عامل 2 (اپیدمیولوژی و عوامل مرتبط)، سؤالات 7-10 در عامل 3 (پیامدها) و سؤالات

جلب همکاری آنان با ارایه توضیحات در مورد اهمیت تحقیق برای ارتقای سلامت زنان و نیز بررسی موانع احتمالی در خصوص نگرانی از پاسخدهی به سؤالات انجام می‌شد و در نهایت در صورت عدم تمایل به شرکت بعد از دو بار تلاش نمونه دیگری جایگزین می‌گردید.

پیش از گردآوری داده‌ها، برای بررسی میزان پاسخ‌گویی و مشکلات احتمالی در ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسشگری روی 30 نفر از افراد نمونه به صورت آزمایشی انجام شد تا مشکلات احتمالی در فرآیند اجرا استخراج و اصلاحات لازم انجام شود. پس از نهایی شدن ابزار گردآوری اطلاعات، در یک کارگاه دو ساعته، به پنج پرسشگر دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر در رشته‌های مرتبط با روانشناسی و علوم اجتماعی آموزش‌های لازم برای شیوه پرسشگری، شیوه پاسخ‌گویی به پرسش‌های احتمالی و فرآیند انجام کار داده شد. پرسش‌نامه‌ها در هر دو مرحله به روش خودایفا<sup>1</sup> تکمیل شد. در صورتی که نمونه مورد بررسی سواد کافی نداشت یا نمی‌توانست به‌نهایی پرسش‌نامه را تکمیل کند، سؤال‌ها توسط پرسشگر برای او خوانده می‌شد (بدون دادن توضیح و تفسیر مفهوم سؤال) و پاسخ پرسش‌شونده ثبت می‌شد. آدرس سرخوشه‌های نمونه‌گیری از طریق مرکز آمار ایران و یا شهرداری تهران و یا طرح‌های مشابه انجام گرفته در خصوص نمونه‌گیری‌های منزل به منزل در تهران در 2 سال اخیر، اخذ گردید و هر پرسشگر برنامه‌ای برای پرسشگری در حدود 6 خوشه (120 نمونه) را دریافت کرد. پرسشگری به صورت دوره‌ای در مدت یک ماه در مناطق اشاره شده در روش نمونه‌گیری توسط پرسشگران انجام گردید. پرسش‌نامه‌ها بی‌نام بودند و از تمام نمونه‌ها رضایت آگاهانه با ارایه اطلاعات مربوط به اهداف، کاربرد نتایج، عدم اجبار به شرکت اخذ شد.

در مورد پنج درصد پرسش‌نامه‌ها که به صورت تصادفی ساده از میان کل پرسش‌نامه‌ها انتخاب می‌شد، در مدت دو روز پس از پرسشگری کنترل کیفیت فرآیند گردآوری داده‌ها و کیفیت داده‌ها به عمل آمد (توسط دو نفر سرپرست پرسشگری). کیفیت تکمیل داده‌ها از نظر میزان داده‌های ناقص تعیین می‌شد و در صورتی که میزان داده‌های ناقص<sup>2</sup> در مورد متغیرهای اصلی کمتر از پنج درصد بود، پرسشگری مورد قبول واقع می‌شد. در غیر این صورت از کل خوشه دارای داده‌های ناقص، دوباره پرسشگری می‌شد.

1- self-administered  
2- missing data  
3- Statistical Package for the Social Science-version 16  
4- Cronbach's  $\alpha$   
5- rotation  
6- Standard Error

شد که گروه اول حاوی سؤالات مربوط به نگرش علت، اثرات، پیگیری (سؤالات 5-1) و گروه دوم مربوط به سؤالات نگرش جنبه های حمایتی - قانونی (سؤالات 8-6) نسبت به خشونت بود (جدول 2).

مجموع نمره نگرش مناسب (با دامنه 5-40) برابر با  $33/6 \pm 0/3$  بود که نشان دهنده این است نمره نگرش مناسب در  $81/6 \pm 0/86$  درصد نمونه ها است. همان طور که مشاهده می شود در نمرات نگرش مناسب در مواردی که سؤال در مورد نگرش جنبه های حمایتی - قانونی نگرش است بهتر از سؤالات نگرش در سایر حیطه ها (علت، کارآیی، پیگیری) می باشد. (جدول 2).

11 و 12 در عامل 4 (اثرات بر فرزندان بود) و نیز سؤالات 13 و 14 در عامل 5 (قابل پیشگیری بودن) قرار گرفتند (جدول 1).

میانگین نمرات بدست آمده در زنان مورد مطالعه (با دامنه 14- تا 14)  $7/14 \pm 0/14$  بود (معادل 51% آگاهی صحیح). بیشترین آگاهی صحیح در گروه 3 و 5 سؤالات (مربوط به پیامدها و قابل پیشگیری بودن) و در مرحله بعدی در مورد گروه 1 (تعریف خشونت همسرآزاری) بود و کمترین میزان آگاهی صحیح در درجه اول مربوط به گروه 2 سؤالات (آییدمیولوژی و عوامل مرتبط) و سپس گروه 4 سؤالات (اثرات بر فرزندان بود) (جدول 1).

بر اساس تحلیل عامل انجام شده، سؤالات در مورد نگرش در مورد خشونت خانگی علیه زنان به دو دسته عمده تقسیم

جدول 1- توزیع نمرات آگاهی در مورد آیتیم های مختلف خشونت خانگی علیه زنان در زنان متأهل ساکن مناطق 22 گانه تهران\*

عامل	شماره سؤال	عنوان سؤال	همبستگی با میانگین (بین 1 و -1) عامل مرتبط (خطای معیار)
نهمین	1	مردی که زنش را به دلیل نافرمانی کتک می زند، همسرآزاری کرده است؟	0/780
	2	بی مهری کردن به همسر به هر نوعی به معنی همسرآزاری است؟	0/748
آییدمیولوژی	3	جر و بحث در خصوص مسائل زندگی، بدون توهین کلامی و دعوای فیزیکی، نوعی همسرآزاری است؟	0/522
	4	همسرآزاری در بیشتر خانواده ها اتفاق می افتد؟	0/698
	5	همسرآزاری بیشتر در خانواده های کم درآمد اتفاق می افتد؟	0/673
	6	مردی که بعد از کتک زدن زنش معذرت خواهی کند، دیگر او را نمی زند؟	-0/387
پیامدها	7	مردی که زنش را کتک می زند، نیاز به مشاوره یا درمان دارد؟	0/651
	8	کتک خوردن زن می تواند زن را بیمار کند؟	0/799
	9	زیاد کتک خوردن زن، می تواند زن را افسرده کند؟	0/810
	10	کتک زدن زن توسط شوهر، روی بچه ها اثر بد می گذارد؟	0/772
یادگیری فرزندان	11	پسری که پدرش مادرش را کتک می زند، بیشتر امکان دارد در آینده زنش را کتک بزند؟	0/764
	12	دختری که پدرش مادرش را کتک می زند، بیشتر امکان دارد در آینده از شوهرش کتک بخورد؟	0/756
پیشگیری	12	مرد می تواند عصبانیتش را طوری نشان دهد که به زنش صدمه ای وارد نشود؟	0/843
	14	زن می تواند رفتارهایی یاد بگیرد که هنگام عصبانیت همسر، کمتر صدمه ببیند؟	0/829

\* Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.=0.706 ; Bartlett's Test of Sphericity P<0.001

جدول 2- توزیع نمرات نگرش در مورد آیتم‌های مختلف خشونت خانگی علیه زنان در زنان متأهل ساکن مناطق 22 گانه تهران\*

عامل‌ها	شماره سؤال	عنوان سؤال	همبستگی با عامل مرتبط	میانگین با دامنه 1-5 (خطای معیار)	آلفای کرونباخ
عملت اثرات، بی‌گیری	1	به نظر من، زنی که بارها به درخواست زناشویی همسرش جواب رد می‌دهد، مستحق کتک خوردن است.	0/648	4/2 (0/07)	
	2	به نظر من، اگر زنی از شوهرش کتک می‌خورد، خودش مقصر است.	0/629	3/7 (0/08)	
	3	به نظر من، کتک خوردن زن توسط شوهر یک مسأله خصوصی است و در مورد آن نباید با هیچ کس (حتی مشاور یا دوستان) صحبت کرد.	0/669	3/97 (0/08)	0/69
	4	به نظر من، کتک خوردن گهگاهی زن توسط شوهر، به حفظ زندگی آن‌ها کمک می‌کند.	0/600	4/6 (0/05)	
	5	به نظر من، زنی که مردانگی و غیرت شوهرش را زیر سؤال می‌برد، مستحق کتک خوردن است.	0/729	3/7 (0/08)	
قانونی - حمایتی	6	به نظر من، قانون باید زانی را که از شوهرانشان کتک می‌خورند، حمایت کند.	0/807	4/4 (0/07)	
	7	به نظر من، کتک زدن یک انسان به هر علتی جرم است.	0/834	4/4 (0/07)	0/76
	8	به نظر من، یک مرد حق ندارد به هر دلیلی همسرش را کتک بزند.	0/808	4/5 (0/06)	

\* Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.=0.730 ; Bartlett's Test of Sphericity P<0.001

## بحث

هدف پژوهش حاضر، طراحی پرسش‌نامه‌ای برای سنجش میزان آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی بود. یافته‌ها نشان‌گر پایایی مناسب هر دو پرسش‌نامه طراحی شده در پژوهش حاضر بود.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان‌گر آن بود که میزان آگاهی زنان متأهل تهرانی از تعریف همسرآزاری، پیامدهای مضر خشونت بر قربانی و روش‌های پیش‌گیری از آن در سطح مناسب و قابل قبولی بود. ولی میزان آگاهی آنان در مورد اپیدمیولوژی و اثرات مضر خشونت بر فرزندان (به‌ویژه فرزند دختر) پایین بود. هم‌چنین نگرش زنان مورد بررسی نسبت به جنبه‌های مختلف خشونت خانگی به‌نظر مطلوب بود. پژوهش‌های انجام‌شده در مناطق مختلف بیشتر بر آگاهی و نگرش کارکنان نظام سلامت در مورد خشونت خانگی و اثر آن بر شناسایی موارد خشونت در مراکز بهداشتی - درمانی تمرکز کرده‌اند (51-46). کارالیس<sup>3</sup> و همکاران (52) در مورد نگرش مراجعان زن مراکز پزشکی در میامی<sup>4</sup> آمریکا نشان دادند که آنان انتظار دارند پزشکان و پرسنل سلامت در مورد خشونت از آن‌ها سؤال کنند.

در مورد نگرش خود زنان در مورد عوامل مؤثر بر خشونت، بررسی‌های منتشرشده کمی یافت شد. در بررسی‌های انجام‌شده در هند، نیجریه، زامبیا و ترکیه سطح

میزان آگاهی مردم در مورد خشونت خانگی و پیامدهای آن، یکی از عوامل اصلی در مداخله‌های پیش‌گیری و مقابله با خشونت علیه زنان است. شیوع<sup>1</sup> و بروز<sup>2</sup> خشونت خانگی در مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی تفاوت‌های بسیاری دارد. حتی در مناطق جغرافیایی مجاور، تفاوت‌های بسیاری در این زمینه وجود دارد که نشان‌گر آن است که عوامل فرهنگی و نگرشی در میزان بروز خشونت و درک افراد از وقوع خشونت اهمیت زیادی دارد (38، 39). بنابراین بررسی و اندازه‌گیری میزان آگاهی مردم از عوامل مرتبط با خشونت خانگی و نگرش آنان نسبت به این موضوع، در ارزیابی خشونت و برنامه‌ریزی برای مقابله با آن اهمیت بسیار دارد (40). با توجه به نقش تفاوت‌های فرهنگی و ارزشی در این موضوع لازم است تا برای سنجش نگرش و آگاهی در مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی، ابزارهای مناسب برای آن منطقه فرهنگی - اجتماعی به کار برده شود.

ابزارهای مختلفی برای اندازه‌گیری میزان خشونت در محیط‌های بالینی و غیربالینی طراحی و معیار شده است (28، 30، 41، 42). در ایران در بررسی‌های مختلف، از پرسش‌نامه‌هایی برای اندازه‌گیری میزان خشونت خانگی و گاهی اوقات میزان آگاهی در مورد خشونت خانگی علیه زنان استفاده شده است (43-45)، ولی پرسش‌نامه فارسی منتشرشده و معیاری در این زمینه وجود ندارد.

1- Prevalence  
3- Caralis

2- Incidence  
4- Miami

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد برنامه‌های مقابله با و پیش‌گیری از خشونت خانگی علیه زنان با تکیه بر افزایش آگاهی در زمینه اثر منفی وقوع خشونت بر فرزندان و نیز اطلاع‌رسانی در مورد عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر وقوع خشونت، می‌تواند در بهبود آگاهی زنان در مورد خشونت خانگی مؤثر باشد، هر چند میزان اثربخشی این مداخله‌ها در کاهش خشونت خانگی علیه زنان باید در پژوهش‌های آتی بررسی شود.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از افراد صاحب‌نظر کمک‌کننده در مرحله تعیین پایایی (خانم‌ها دکتر مرضیه نجومی، دکتر سپیده حبیب، دکتر مروثه وامقی، دکتر آمنه ستاره‌فروزان و آقایان دکتر کاوه علوی، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر ابولفضل محمدی، دکتر احمدرضا شمشیری، دکتر کورش کبیر و دکتر علی کبیر)، هم‌چنین از آقای حسین ابطحی و خانم میترا مرادپور برای همکاری در مراحل اجرایی صمیمانه قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از طرح «بررسی ارتباط استفاده از خدمات سلامت، ابتلا به افسردگی و اضطراب و افسردگی با ابتلا به خشونت خانگی در زنان متأهل شهر تهران» است که به‌عنوان قسمتی از دو پایان‌نامه رشته روانپزشکی دکتر مسعود احمدزاداصل و دکتر نوشین زارعی و نیز طرح مصوب شماره 89-04-121-12426 مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی تهران (مجری: دکتر مریم رسولیان) بود.]

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

### منابع

1. Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH; 2005.
2. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
3. Loke WC, Torres C, Bacchus L, Fox E. Domestic violence in a genitourinary medicine setting. An anonymous prevalence study in women. *Int J STD AIDS*. 2008; 19(11):747-51.

تحصیل پایین‌تر، شاغل نبودن زن در بیرون از منزل (به‌جز کشاورزی)، پذیرش الگوی اجتماعی پدرسالاری<sup>1</sup>، پذیرش فرهنگ مهریه و شیربها<sup>2</sup>، بعد بزرگتر خانواده، فقیربودن خانواده اصلی و سن پایین ازدواج عواملی بودند که باعث می‌شدند زنان با احتمال بیشتری خشونت همسران علیه خود را تحمل و توجیه کنند (34، 35، 53-55). هم‌چنین در مورد نگرش عاملان خشونت نیز مردانی که در کودکی در معرض خشونت خانگی بودند، به احتمال بیشتر در بزرگسالی انجام خشونت علیه همسران را قابل قبول می‌دانستند (56). در یک پژوهش نگرش نسبت به خشونت خانگی در کشورهای آسیایی در فاصله سال‌های 1998-2001 بررسی شد؛ سن پایین عامل مشترک مؤثر بر پذیرش و توجیه خشونت توسط همسران بود. دیگر عوامل در کشورهای مورد بررسی تفاوت‌های بارزی را نشان داد که می‌تواند نشان‌گر ویژگی‌های بومی در هر کشور و فرهنگ مجزای تأثیرگذار بر خشونت خانگی علیه زنان باشد (57). با این حال بررسی‌های منتشر شده کافی در مورد میزان آگاهی و نگرش مردم در مورد خشونت خانگی علیه زنان و تأثیر احتمالی آن بر ابتلا به خشونت خانگی وجود ندارد (58، 59).

هر چند یافته‌های پژوهش حاضر به صورت کلی به زنان متأهل شهر تهران قابل تعمیم است، با توجه به محدودیت‌های اجرایی و بودجه، محدودیت‌هایی در نمونه وجود داشت و بنابراین نمی‌توان یافته‌ها را بر پایه زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی (برای مثال سن پایین ازدواج، گروه‌های تحصیلی و شغلی و...) تحلیل کرد. از پرسش‌نامه‌های تدوین شده می‌توان در جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مراکز حمایت اجتماعی و مددکاری نیز استفاده کرد، ولی ممکن است به ارزیابی مجدد پایایی آن در این جمعیت‌های خاص نیاز باشد. در این مطالعه یک ابزار با اعتبار و پایایی مناسب برای سنجش نگرش و آگاهی زنان نسبت به خشونت خانگی طراحی و معرفی شد که می‌تواند در مطالعات آتی در مورد خشونت خانگی علیه زنان در ایران به کار رود. استفاده‌های آتی و انتشار نتایج در این خصوص در مرحله اول می‌تواند اطلاعات جامع‌تری در خصوص وضعیت آگاهی و نگرش نسبت به خشونت خانگی در زنان متأهل در ایران ارایه نماید و در مراحل بعدی اثر آن را بر ابتلا به خشونت خانگی و راه‌های اثرگذاری بر آگاهی و نگرش برای مقابله با خشونت خانگی را مورد بررسی قرار دهد.

4. Barrier PA. Intimate partner violence. In: Lang R, Hensrud D, editors. Clinical preventive medicine. AMA press; 2004.
5. Johnson JK, John R, Humera A, Kukreja S, Found M, Lindow SW. The prevalence of emotional abuse in gynaecology patients and its association with gynaecological symptoms. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 133(1):95-9.
6. Cooper C, Manela M, Katona C, Livingston G. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: Prevalence, correlates and validation of instruments. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23(3):283-8.
7. Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Violence Vict.* 2009; 24(2):265-79.
8. Smith MD. The incidence and prevalence of woman abuse in Toronto. *Violence Vict.* 1987; 2(3):173-87.
9. Bagley C. The prevalence and mental health sequels of child sexual abuse in a community sample of women aged 18 to 27. *Can J Commun Ment Health.* 1991; 10(2):103-16.
10. Marinheiro AL, Vieira EM, de Souza L. Prevalence of violence against women users of health services. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(4):604-10.
11. Johnson KB, Das MB. Spousal violence in Bangladesh as reported by men: Prevalence and risk factors. *J Interpers Violence.* 2009; 24(6):977-95.
12. Perera B, Ostbye T, Ariyananda PL, Lelwala E. Prevalence and correlates of physical and emotional abuse among late adolescents. *Ceylon Med J.* 2009; 54(1):10-5.
13. Eftekhari H, Kakoyi H, Forouzan A, Baradaran Eftekhari M. Demographic characteristics of spouse abuse victims in forensic medicine centers. *Social Welfare Quarterly.* 2004; 3(12):258-70. [persian]
14. Kamrani Fakor S. Prevalence of domestic violence experienced by fugitive and nonfugitive children *Social Welfare Quarterly.* 2006; 6(22):197-218. [persian]
15. Gharebaghi R. Violence against women. *Dard journal.* 2001; 2(11):13-6. [persian]
16. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. Comparative study of determinants and consequences of violence against women in Babol forensic medicine center, 2001. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2003; 7(4):28-35. [persian]
17. Bodaghabadi M. Study of pregnancy outcome in violence victims in Sabzevar Mobini hospital. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2005; 12(3):41-6. [persian]
18. Narimani M, Aghamohammadian H. Study of domestic violence against women and its correlates in Ardabil households. *Mental Health basics Quarterly.* 2005; 7(27-28):107-13.
19. Hemmati R. Frequency of spouse abuse and its determinants in Islamabad region of Zanjan, 2003. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services.* 2005; 13(50):36-43. [persian]
20. Jalali D, aghae A, Rahbarian J. Study of perceived violence among women with addict spouse. *Women Studies.* 2006; 4(2):5-28.
21. Hashemi L. Study of prevalence, outcomes and correlates of physical domestic violence in pregnant women in obstetrics ward of Sanandaj hospitals. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences.* 2006; 11:32-41. [persian]
22. Ghahhari S, Mazdarani S, Alireza K, Mehran Z. Spouse Abuse in Sari-Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2008; 2(1):11-5. [persian]
23. Salari Z, Nakhaee N. Identifying types of domestic violence and its associated risk factors in a pregnant population in Kerman hospitals, Iran Republic. *Asia Pac J Public Health.* 2008; 20(1):49-55.
24. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict.* 2010; 25(1):116-27.
25. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2005; 11(5-6):870-9.



26. Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 2002; 18(4):268-78.
27. Douki S, Nacef F, Belhadj A, Bouasker A, Ghachem R. Violence against women in Arab and Islamic countries. *Archives of Women's Mental Health*. 2003; 6:165-71. *Arch Women Ment Health*
28. Judith McFarlane, Barbara Parker, Karen Soeken, Linda Bullock. Assessing for abuse during pregnancy severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *J Am Med Assoc*. 1992; 267:3176-8.
29. Jacquelyn C. Campbell. *Danger Assessment*. 2004, [cited 2004]; Available from: <http://www.dangerassessment.org>.
30. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, L. AH, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *J Am Med Assoc*. 1997; 277:1357-61.
31. Grunfeld AF, Ritmiller S, Mackay K, Cowan L, Hotch D. Detecting domestic violence against women in the emergency department: A nursing triage model. *J Emerg Nurs*. 1994; 20:271-4.
32. Fawole OI, Yusuf BO, Dairo MD, Fatiregun A. Intimate partner violence and primary health care workers: Screening and management. *Niger Postgrad Med J*. 2010; 17(2):138-46.
33. Natan MB, Rais I. Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *J Trauma Nurs*. 2010;17(2): 112-7.
34. Lawoko S. Factors associated with attitudes toward intimate partner violence: A study of women in Zambia. *Violence Vict*. 2006; 21(5):645-56.
35. Antai DE, Antai JB. Attitudes of women toward intimate partner violence: A study of rural women in Nigeria. *Rural Remote Health*. 2008; 8(3):996.
36. Flood M, Pease B. Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma Violence Abuse*. 2009; 10(2):125-42.
37. Bolhari J, Rasoulian M. Prevention of Domestic violence in Health System. Ministry of Health and Medical Education, Department of addiction, social and mental health; 2012. [persian]
38. Schow D. The culture of domestic violence advocacy: Values of equality/behaviors of control. *Women Health*. 2006; 43(4):49-68.
39. Bent-Goodley TB. Culture and domestic violence: Transforming knowledge development. *J Interpers Violence*. 2005; 20(2):195-203.
40. Moracco KE, Hilton A, Hodges KG, Frasier PY. Knowledge and attitudes about intimate partner violence among immigrant Latinos in rural North Carolina: Baseline information and implications for outreach. *Violence Against Women*. 2005; 11(3):337-52.
41. Vega EM, O'Leary KD. Test-retest reliability of the revised conflict tactics scales (CTS2). *J Fam Viol*. 2007; 22:703-8.
42. Lesley Laing. Risk assessment in domestic violence. *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse*. 2004 (?):1-17.
43. Hamzeh B, Garousi Farshi M, Laflamme L. Opinions about potential causes and triggers of intimate partner violence against women: A population-based study among married men from Kermanshah city, Iran. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008; 15(4):253-63.
44. Hamzeh B, Farshi MG, Laflamme L. Opinions of married women about potential causes and triggers of intimate partner violence against women. A cross-sectional investigation in an Iranian city. *BMC Public Health*. 2008; 8:209.
45. Pournaghash-Tehrani S, Ehsan HB, Gholami S. Assessment of the role of religious tendency in domestic violence. *Psychol Rep*. 2009; 105(3 Pt 1):675-84.
46. Ernst AA, Weiss SJ, Hogley K, Medoro I, Baker JJ, Kanter J. Brief intervention for perpetration of intimate partner violence (IPV): Simulation versus instruction alone. *South Med J*. 2011; 104(6):446-55.
47. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent*. 2010; 20(5):361-5.

48. Skelton J, Herren C, Cunningham LL, Jr., West KP. Knowledge, attitudes, practices, and training needs of Kentucky dentists regarding violence against women. *Gen Dent*. 2007; 55(6):581-8; quiz 9-90, 99-600.
49. Hsieh NK, Herzig K, Gansky SA, Danley D, Gerbert B. Changing dentists' knowledge, attitudes and behavior regarding domestic violence through an interactive multimedia tutorial. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(5): 596-603.
50. Ernst AA, Houry D, Nick TG, Weiss SJ. Domestic violence awareness and prevalence in a first-year medical school class. *Acad Emerg Med*. 1998; 5(1):64-8.
51. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodriguez R. Knowledge of and opinions on violence against women among health professionals in specialized care. *Enferm Clin*. 2008; 18(4):175-82.
52. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South Med J*. 1997; 90(11):1075-80.
53. Marshall GA, Furr LA. Factors that affect women's attitudes toward domestic violence in Turkey. *Violence Vict*. 2010; 25(2):265-77.
54. Anand S, Sinha RK, Singh L. Cognition related to domestic violence in India: implications for reproductive health programme. *East Afr J Public Health*. 2010; 7(1):5-10.
55. Babu BV, Kar SK. Domestic violence in Eastern India: Factors associated with victimization and perpetration. *Public Health*. 2010; 124(3):136-48.
56. Zhu Y, Dalal K. Childhood exposure to domestic violence and attitude towards wife beating in adult life: A study of men in India. *J Biosoc Sci*. 2010; 42(2):255-69.
57. Rani M, Bonu S. Attitudes toward wife beating: A cross-country study in Asia. *J Interpers Violence*. 2009; 24(8):1371-97.
58. Sorenson SB, Taylor CA. Personal awareness of domestic violence: implications for health care providers. *J Am Med Womens Assoc*. 2003; 58(1):4-9.
59. Self-Brown S, Rheingold AA, Campbell C, de Arellano MA. A media campaign prevention program for child sexual abuse: Community members' perspectives. *J Interpers Violence*. 2008; 23(6):728-43.

Original Article

Design and Evaluation of an Inventory to Examine Knowledge and Attitude about Domestic Violence Against Women

Abstract

**Objectives:** The current study aimed to design and assess an inventory for the level of knowledge of and attitudes toward domestic violence against women.

**Method:** This study was conducted in two stages. Initially we drafted an inventory based on experts opinion, then validated it based on comments from ten experts. We then piloted the inventory in a sample of 30 married women in Tehran, using Cronbach's alpha to measure reliability. In the second stage of the study, the inventory was used in a sample of 615 married women from 22 districts in Tehran (15 samples in each cluster from 42 neighborhoods in the 22 districts in Tehran), and finally factor analysis was conducted to examine the statistical determinants in the inventory. **Results:** The mean ( $\pm$ SE) age and marriage duration in the sample were 42.6( $\pm$ 0.9) and 22( $\pm$ 0.8) years, respectively. 42.3 percent were educated at diploma level and 22.4% had higher levels of education. 82.4 percent were unemployed/housewives and 96.1% were in their first marriage. With respect to 'knowledge', five factors relating to violence were determined; the overall mean score for 'correct' knowledge obtained by the study participants was 51%. Specifically, participants had the greatest knowledge about the consequences and preventability of violence, and the least amount firstly about its epidemiology and secondly about its consequences on offspring (in particular on female offspring). Reliability levels for the 'knowledge' and the 'attitude' sections of the inventory were 0.769 and 0.64, respectively. **Conclusions:** The developed inventory showed acceptable validity and reliability in Iranian women. Research on different aspects of knowledge about domestic violence, especially consequences on daughters, is required for appropriate interventions.

**Key words:** domestic violence against women; spouse abuse; knowledge about domestic violence against women; attitudes toward domestic violence against women; questionnaire development

[Received: 19 April 2012; Accepted: 9 September 2012]

Masoud Ahmadzad-Asl<sup>a</sup>, Farnoush Davoudi<sup>a</sup>, Noushin Zarei<sup>a</sup>, Homa Mohammadsadeghi<sup>a</sup>, Nooshin Khademolreza<sup>a</sup>, Maryam Rasoulilian\*

\* Corresponding author: Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.  
Fax: +9821-66506862  
E-mail: [rasoulilian.m@gmail.com](mailto:rasoulilian.m@gmail.com)

<sup>a</sup> Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.