بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان باردار ساکن شهرستان اسدآباد در سال ۱۴۰۰

نسترن اسدی[۱]، اکرم محبوبی راد[۲]، سیده زهرا معصومی[۳]، فریده کاظمی[۴]، مسعود خداویسی[۵]

۱. دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران.
۲. دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران.
۳. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۵. استاد، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره سیزدهم/ شماره ۲/ تابستان ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان یک مشکل عمده بهداشت عمومی و نقض حقوق بشر زنان است، شناسایی موارد در معرض خطر کمک شایانی در پیشگیری از عواقب ناخوشایند آن خواهد داشت. لذا این مطالعه با هدف تعیین فراوانی خشونت خانگی و انواع آن در زنان باردار همسردار ساکن در شهر اسدآباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش بصورت مقطعی برروی ۲۶۰ نفر از زنان باردار همسردار شهرستان اسدآباد در سال ۱۴۰۰ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته خشونت خانگی دارای روایی صوری و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹بود که به کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی شهری داده شد و میانگین نمره انواع حیطه‌های خشونت روانی، فیزیکی، اقتصادی، جنسی،کلامی، اجتماعی، عاطفی، باورهای مرد سالارانه و یادگیری خشونت با توجه به امتیاز حاصل از پرسشنامه و با استفاده از نرم افزار *spss* و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن زنان در این مطالعه(۶/۱ ±۲۸/۷) و میانگین سن همسران آنها (۳۴/۲±۵/۳۱) بود. بیشترین میانگین نمره در حیطه باورهای مرد سالارانه با میانگین نمره ۲۱/۳۸± ۱۰۸/۴۳بود و کمترین نمره در حیطه کلامی با میانگین نمره ۲/۴۶± ۱۳/۳۰بوده است. به طورکلی میانگین کل نمره خشونت خانگی۲۸/۸۹± ۲۸/۴۷ بوده است. نتایج آنالیز تک متغیره با رگرسیون خطی نشان داد که بین سن بارداری، درآمد، تحصیلات و شغل زوجین، وضعیت مسکن، وضعیت جنس جنین، وضعیت بارداری، سابقه بیماری طبی همسر و سابقه مصرف دارو همسر با نمره خشونت خانگی در بارداری ارتباط معنی‌دار وجود دارد و نتایج آنالیز چند متغیره رگرسیون خطی، بین بارداری برنامه‌ریزی نشده با خشونت خانگی ارتباط معناداری نشان داد. (*p-value*<۰/۰۰۱) .

نتیجه‌گیری: با توجـه به نتایج به دست آمده در مورد وضعیت خشونت خانگی و عوامل مهم مرتبط با آن، پیشنهاد می‌شودکه غربالگری خشونت خانگی در مراقبت‌های دوران بارداری با تأکید بر فاکتورهای خطر شناسایی شده انجام شود.

واژگان کلیدی: بارداری ، خشونت ،خشونت علیه زنان، مردسالاری

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

Email: zahramid2001@gmail.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

مقدمه

خشونت علیه زنان یک مشکل گسترده بهداشت عمومی درسطح جهانی است. سازمان جهانی بهداشت خشونت زنان را به صورت هرگونه عملی بر علیه جنس زن که باعث آسیب جسمی، روانی یا جنسی گردد تعریف می‌کند از دیدگاه سازمان ملل خشونت خانگی عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید و رفتار آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود که می‌تواند در اشکال روحی-روانی، جنسی، جسمی و رفتارهای کنترل کننده توسط همسر و یا سایر اطرافیان اعمال شود (۱, ۲). بر اساس یک تحلیل جهانی، بیش از یک نفر از هر چهار زن قبل از ۵۰ سالگی خشونت شریک جنسی را تجربه می‌کنند. شیوع خشونت خانگی در نقـــاط مختلف دنیـــا متفاوت است، به طوری که در مکزیک ۳۵٪ و در بنگلادش ۵۰٪ زنان خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند که سالانه در آمـــریکا ۸ تا ۱۲ میـــلیون زن در معرض خطر خشونت قرار می‌گیرند و ۱/۸ میلیون زن به وسیله شوهران خود مضروب می‌شوند (۳).

درمطالعات انجام شده، در بین انواع خشونت با توجه به شدت آن، خشونت جنسی و سپس خشونت روانی بیشترین میزان را بخود اختصاص داده است (۱, ۴). بر اساس نتایج بدست آمده از سایر مطالعات شایع‌ترین خشونت‌های اعمال شده علیه زنان خـشونت کلامـی- روانی است. خشونت‌های جنسی، اقتصادی و فیزیکی به ترتیـب در مراتب بعدی گزارش شده است (۵). هرچنـد مـسئله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده ای در کلیه کشورهای جهـان دارد اما به دلیل عدم اعلام، عدم ثبـت یـا کـم شـماری، آمـار خیلی دقیقی از آن در دست نیست (۶). خود زنان نیز در این مشکل آماری دخیل هستند چرا که گاهی حاضرند سال‌ها چنـین مـشکلی را بدوش بکشند ولی بخود جرات نمی‌دهند درباره آن، بـا کـسی گفتگو کنند لذا بنظر مـی‌رسـد میـزان واقعـی خـشونت‌ها بیشتر از ارقـام گـزارش شـده باشـد (۷). باوجود اینکه زنان در تمامی گروه‌های سنی درمعرض خطر خشونت خانگی قرار دارند اما برخی گروه‌ها شامل نوجوانان، زنان با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و زنان باردار در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۸, ۹).

اثرات خشونت بر زنان باردار یک موضوع بحرانی است زیرا علاوه بر پیامدهای جسمی و روانی که بر زنان باردار خواهد گذاشت، سلامت جنین او را نیز تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. بر اساس مطالعات اخیر ۶۰ درصد از زنان ایرانی انواع مختلفی از خشونت‌های خانگی را در دوران حاملگی تجربه می‌کنند که صدمات جسمانی و روانی مهمی را برای زنان باردار و فرزندان او به بار می‌آورد (۶). مکانیسم زمینه‌ساز جهت اعمال خشونت در دوران بارداری ناشناخته باقی مانده است؛ انتقال به نقش والدی و نگرانی از ایفای درست این مسئولیت مهم، کاهش روابط جنسی در این دوران، آسیب‌پذیری زنان در دوره بارداری، تغییر در الگوی ارتباطی قبل بارداری، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیر طبیعی همسر در خصوص بارداری، بارداری ناخواسته، تعیین جنسیت کودک و عدم تطابق آن با خواسته همسر می‌تواند زمینه‌ساز اعمال خشونت باشد(۱۰, ۱۱).

بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و به طبع همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگر مانند خشونت می‌تواند اثرات سویی بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض می‌تواند باعث افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان شود (۱۲). مادرانی که در معرض خشونت خانگی قرار داشته‌اند بیشتر در معرض عوارضی مانند خونریزی، زایمان زودرس، مسمومیت حاملگی و حتی سقط جنین قرار می‌گیرند. خشونت بر بهداشت روانی و اعتماد به نفـس زن لطمه زده و خطر افسردگی بعد از زایمان و خودکشی را افزایش می‌دهد محققان دریافته‌اند زنان خشونت دیده نسبت به سایر زنان ۳/۳ برابر بیشتر به سمت افسردگی سوق پیدا می‌کنند (۱, ۱۳). خشونت شدید و مداوم می‌تواند باعث ایجاد استرس شدید در مادر و منجر به ترشح بیش از اندازهٔ هورمون کورتیزول شود. سطح بالای هورمون کورتیزول در بدن مادر به جنین منتقل شده و می‌تواند منجر به آسیب‌های مغزی به جنین شود. این مشکلات می‌تواند منجر به مشکلات احساسی و رفتاری کودک و اختلال در تکامل

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

عاطفی و شناختی گردد (۹, ۱۰, ۱۴). تجربه خشونت و آزار در زنان به ویژه زنان باردار و آگاهی از اهمیت خشونت خانگی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه درخور توجه جدی است و این مهم متأسفانه از دید برخی جوامع از جمله جامعه ما پوشیده مانده است (۱۵).

هرچند در مطالعات متعددی به بررسی فراوانی انواع خشونت در زنان باردار ایرانی پرداخته شده است ولی به دلیل همه‌گیر بودن این مشکل در روابط زوجین و به ویژه عوارض آن بر بارداری و جنین نیاز به انجام مطالعات گسترده و متفاوت دیگر در اقوام ایرانی با رویکردهای متنوع فرهنگی در برابر زنان وجود دارد. لذا این پژوهش به بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان اسدآباد پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی طراحی و اجرا شده است. جامعه‌ی مورد مطالعه ۲۶۰ نفر از مراجعین باردار همسردار تحت پوشش مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر اسدآباد بوده است. به منظور دستیابی به نمونه‌های مورد پژوهش پس از تصویب طرح و اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر به کلیه پایگاه‌های بهداشتی (شش پایگاه) شهرستان اسدآباد مراجعه نموده و مراجعین باردار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب نموده و پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت از انجام مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته خشونت خانگی علیه زنان توسط زنان باردار مراجعه کننده تکمیل شده است. این پرسشنامه با توجه به مطالعات مشابه انجام شده داخلی و خارجی در این زمینه تهیه شده است (۱۶, ۱۷). همچنین روایی صوری و محتوای آن به تایید ۱۰ نفر از متخصصین بهداشت باروری رسیده است. پایایی پرسشنامه در این مطالعه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ محاسبه گردید. پرسشنامه دو بخش دارد. بخش اول مشخصات دموگرافیک با ۲۱ سوال و بخش دوم سوال‌های مربوط به انواع خشونت خانگی (۷۶ سوال) بوده است. سوالات بخش دوم به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، هیچوقت) طراحی شده است. بر اساس مطالعات مشابه حیطه‌های این پرسشنامه (۱۶, ۱۷) شامل خشونت جسمی (۶ سوال)، روانی (۶ سوال)، جنسی (۴ سوال)، اقتصادی (۵ سوال)، باورهای مرد سالارانه (۲۹ سوال)، سنت‌ها و یادگیری خشونت (۶ سوال)، عاطفی (۵ سوال)، کلامی (۱۰سوال) و اجتماعی(۵ سوال) تنظیم شده است. در تفسیر نتایج میانگین نمره حیطه‌های مختلف خشونت خانگی، کمترین میانگین نمره به معنای بالاترین خشونت در نظر گرفته شده است.

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل کلیه زنان باردار دارای همسر ساکن شهر اسدآباد و مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش بوده است.

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار *spss* و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر در ۲۶۰ نفر از مادران باردار دارای معیارهای ورود به مطالعه، میزان شیوع خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه خشونت خانگی مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج بدست آمده میانگین سن زنان در این مطالعه (۶/۱ ±۲۸/۷) و میانگین سن همسران آنها (۳۴/۲±۵/۳۱) بوده و نیز متوسط طول مدت ازدواج زوجین ۶/۵ سال و میانگین سن بارداری آنها ۲۷/۳ هفته بوده است (جدول ۱).

بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین حیطه مربوط به باورهای مرد سالارانه با میانگین نمره۲۱/۳۸± ۱۰۸/۴۳وکمترین میانگین نمره۱/۲۳± ۱۹/۴۸ در حیطه جنسی بوده است. به طورکلی میانگین کل نمره خشونت خانگی۲۸/۸۹± ۲۸/۴۷ بوده است. (جدول ۲).

نتایج آنالیز تک متغیره با رگرسیون خطی نشان داد از بین متغیرهای ذکر شده در جدول، متغیرهای سن بارداری، درآمد، تحصیلات خانم و همسر، شغل خانم و همسر، وضعیت مسکن، وضعیت جنس جنین، وضعیت بارداری، سابقه بیماری طبی همسر و سابقه مصرف دارو همسر با نمره خشونت خانگی در بارداری ارتباط معنی‌دار وجود دارد. جهت انجام آنالیز

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

چندمتغیره، متغیرهایی که $p\text{-value} \leq ۰/۱$ داشتند وارد مدل رگرسیون خطی شدند. نتایج نشان داد که از این متغیرها فقط وضعیت بارداری با خشونت خانگی ارتباط معنادار دارد ($p\text{-value}=۰/۰۰۹$) بطوری که نمره خشونت در زنان با بارداری ناخواسته ۹/۷۸ کمتر از زنان با بارداری خواسته می‌باشد. گرچه میزان بتای (*Beta*) این ارتباط ۰/۱۶ است و نشان می‌دهد این ارتباط در منطقه ضعیف قرار دارد. همچنین از بین متغیرهای مورد بررسی، تحصیلات خانم و همسر دارای ارتباط قویتری با خشونت خانگی می‌باشد گرچه این ارتباط از نظر آماری معنادار نیست (جدول ۳).

جدول(۱)- اطلاعات دموگرافیک و زمینه ای مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر		تعداد	(درصد)
تعداد پسر	صفر	۱۵۵	(۵۹/۶)
	۱	۹۱	(۳۵/۰)
	۲	۱۲	(۴/۶)
	۳	۲	(۰/۸)
تعداد دختر	صفر	۱۵۲	(۵۸/۵)
	۱	۸۶	(۳۳/۱)
	۲	۲۰	(۷/۷)
	۳	۲	(۰/۸)
تحصیلات خانم	بیسواد	۱	۰/۴
	خواندن و نوشتن	۳۲	۱۲/۳
	دیپلم و زیر دیپلم	۱۳۳	۵۱/۲
	فوق دیپلم	۲۸	۱۰/۸
	لیسانس	۶۰	۲۳/۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	۲/۳
تحصیلات همسر	بیسواد	۲	۰/۸
	خواندن و نوشتن	۳۴	۱۳/۱
	دیپلم و زیر دیپلم	۱۱۱	۴۲/۷
	فوق دیپلم	۴۱	۱۵/۸
	لیسانس	۶۵	۲۵
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۲/۷
شغل مادر	شاغل	۳۱	۱۱/۹
	خانه دار	۲۲۹	۸۸/۱

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

شغل همسر	کارمند	۵۷	۲۱/۹
	کارگر	۵۹	۲۲/۷
	شغل آزاد	۱۴۳	۵۵
	بیکار	۱	۰/۴
وضعیت مسکن	رهن یا اجاره	۹۶	۳۶/۹
	منزل شخصی	۱۱۲	۴۳/۱
	خانه سازمانی	۲	۰/۸
	زندگی با خانواده همسر	۵۰	۱۹/۲
وضعیت بارداری	خواسته (برنامه‌ریزی شده)	۱۴۹	۵۷/۳
	ناخواسته (برنامه‌ریزی نشده)	۱۱۱	۴۲/۷

جدول(۲)- میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ابعاد مختلف پرسشنامه خشونت خانگی

حیطه‌ها	میانگین	انحراف معیار	*CI* ۹۵٪
عاطفی	۲۲/۶۱	۲/۷۶	۲۲/۲۴ ،۲۲/۹۳
روانی	۲۸/۶۸	۵/۶۲	۲۸/۰۱ ،۲۹/۴۳
اجتماعی	۱۳/۸۱	۱/۷۸	۱۳/۵۶ ،۱۴/۰۰
اقتصادی	۲۴/۰۸	۵/۳۴	۲۳/۳۷ ،۲۴/۷۳
جسمی	۲۹/۷۲	۳/۷۰	۲۹/۳۶ ،۲۴/۳۰
جنسی	۱۹/۴۸	۱/۲۳	۱۹/۳۱ ،۱۹/۶۳
کلامی	۱۳/۳۰	۲/۴۶	۱۲/۹۹ ،۱۳/۶۱
باورهای مرد سالارانه	۱۰۸/۴۳	۲۱/۳۸	۱۰۵/۸۷ ،۱۱۱/۲۴
سنت‌ها	۲۸/۱۸	۵/۱۶	۲۷/۵۲ ،۲۸/۸۴
نمره کل	۲۸/۴۷	۲۸/۸۹	۲۸۸/۴۷ ،۲۹۲/۰۹

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول (۳)- نتایج آنالیزتک متغیره و چندمتغیره عوامل مرتبط با خشونت خانگی در زنان باردار

متغیرها		آنالیز تک متغیره			آنالیز چند متغیره		
		b(۹۵٪ CI)	*Beta*	*p-value*	*b(۹۵٪ CI)*	*Beta*	*p-value*
سن (سال)		(-۰/۶۸ ،۰/۵۰) -۰/۰۹	-۰/۰۱	-۰/۳۱			
سن همسر (سال)		(-۰/۶۸ ، ۰/۶۸) ۰/۰۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۹۹			
سن بارداری (هفته)		(-۰/۹۷، -۰/۱۱) -۰/۵۴	-۰/۱۵	۰/۰۱	(-۰/۷۳ ،۰/۳۸) -۰/۱۷	-۰/۰۵	۰/۵۳
مدت ازدواج (سال)		(-۰/۸۲ ،۰/۷۱) -۰/۰۵	-۰/۰۰۸	۰/۸۹			
درآمد *۱۰^۶ (تومان)		(۱/۹۹ ،۴/۹۵) ۳/۴۷	۰/۲۸	<۰/۰۰۱	(-۰/۵۳ ،۳/۱۰) ۱/۲۸	۰/۱۰	۰/۱۶
تحصیلات	بی سواد	مرجع			مرجع		
	خواندن و نوشتن	(-۳۷/۱۴ ،۷۴/۹۳) ۱۸/۸۹	۰/۲۱	۰/۵۰	(-۳۹/۳۶ ،۶۹/۳۱) ۱۴/۹۷	۰/۱۶	۰/۵۸
	دیپلم	(-۲۴/۵۹ ،۸۶/۰۴) ۳۰/۷۲	۰/۵۳	۰/۲۷	(-۲۹/۷۴ ،۷۹/۴۴) ۲۴/۸۴	۰/۴۳	۰/۳۷
	فوق دیپلم	(-۱۱/۱۴ ،۱۰۱/۰۷) ۴۴/۹۶	۰/۴۸	۰/۱۱	(-۲۳/۸۴ ،۸۷/۹۳) ۳۲/۰۴	۰/۳۴	۰/۲۶
	لیسانس	(-۲۰/۹۰ ،۹۰/۲۴) ۳۴/۶۷	۰/۵۰	۰/۲۲	(-۳۰/۵۲ ،۷۹/۷۳) ۲۴/۶۰	۰/۳۶	۰/۳۸
	فوق لیسانس	(۳/۶۵ ،۱۲۲/۶۸) ۶۳/۱۶	۰/۳۳	۰/۰۳	(-۱۶/۷۶ ،۱۰۳/۶۳) ۴۳/۴۳)	۰/۲۳	۰/۱۵
تحصیلات همسر	بی سواد	مرجع			مرجع		
	خواندن و نوشتن	(-۲۸/۶۸ ،۵۲/۱۷) ۱۱/۷۴	۰/۱۸	۰/۵۶	(-۲۱/۵۹ ،۵۶/۹۰) ۱۷/۶۵	۰/۲۰	۰/۳۷
	دیپلم	(-۱۳/۱۵ ،۱۱/۶۶) ۲۶/۴۸	۰/۴۵	۰/۱۸	(-۱۴/۶۲ ،۶۲/۴۹) ۲۳/۹۳	۰/۴۰	۰/۲۲
	فوق دیپلم	(-۱۶/۹۰ ،۶۳/۵۵) ۲۳/۳۲	۰/۲۹	۰/۲۵	(-۲۰/۴۲ ،۵۸/۳۶) ۱۸/۹۶	۰/۲۴	۰/۳۴
	لیسانس	(-۶/۹۱ ،۷۲/۸۳) ۳۲/۹۶	۰/۴۹	۰/۱۰	(-۱۶/۸۸ ،۶۲/۷۰) ۲۲/۹۰	۰/۳۴	۰/۲۵

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

متغیرها		آنالیز تک متغیره			آنالیز چند متغیره		
		b(95٪ CI)	*Beta*	*p-value*	*b(95٪ CI)*	*Beta*	*p-value*
	فوق لیسانس	(۰/۸۴ ،۸۹/۸۷) ۴۵/۳۵	۰/۲۶	۰/۰۴	(-۹/۹۱ ،۷۹/۵۴) ۳۴/۸۱	۰/۱۹	۰/۱۲
شغل	خانه دار	مرجع			مرجع		
	کارمند	(-۲۷/۴۲ ،-۵/۹۲) -۱۶/۶۷	-۰/۱۹	۰/۰۰۲	(-۱۴/۰۶ ،۱۰/۵۶) -۱/۷۵	-۰/۰۲	۰/۷۷
شغل همسر	کارمند	مرجع			مرجع		
	کارگر	(-۳۱/۵۴ ،-۰/۱۰) -۲۱/۱۰	-۰/۳۰	<۰/۰۰۱	(-۱۵/۰۵ ،۱۲/۸۸) -۱/۰۸	۰/۰۱	۰/۸۷
	آزاد	(-۲۱/۷۷ ،-۴/۰۱) -۱۲/۸۹	-۰/۲۲	۰/۰۰۵	(-۱۱/۳۱ ،۱۱/۱۸) -۰/۰۶	-۰/۰۰۱	۰/۹۹
	بیکار	(-۷۰/۳۹ ،۴۱/۵۲) -۱۴/۴۳	-۰/۰۳	۰/۶۱	(-۴۶/۱۳ ،۶۴/۲۴) ۹/۰۵	۰/۰۱	۰/۷۴
وضعیت مسکن	اجاره	مرجع			مرجع		
	شخصی	(-۳/۲۹ ،۱۲/۶۴) ۴/۶۷	۰/۰۸	۰/۲۴	(-۳/۶۷ ،۱۲/۴۲) ۴/۳۷	۰/۰۷	۰/۲۸
	سازمانی	(-۲۹/۵۹ ،۵۰/۶۰) ۱۰/۵۰	۰/۰۳	۰/۶۰	(-۴۰/۱۲ ،۳۹/۲۵) -۰/۴۳	-۰/۰۰۱	۰/۹۸
	سایر	(-۲۱/۱۳ ،-۱/۰۴) -۱۱/۰۹	-۰/۱۵	۰/۰۳	(-۱۹/۵۸ ،۰/۷۰) -۹/۴۳	-۰/۱۲	۰/۰۶
جنسیت جنین	خواسته	مرجع			مرجع		
	ناخواسته	(-۱۰/۴۴ ،۱۱/۷۹) ۰/۶۷	۰/۰۰۷	۰/۹۰	(-۵/۷۳ ،۱۶/۴۲) ۵/۳۴	۰/۰۶	۰/۳۴
	ناشناخته	(-۰/۳۱ ،۲۵/۱۹) ۱۲/۴۳	۰/۱۲	۰/۰۵	(-۱۰/۲۹ ،۲۱/۹۴) ۵/۸۲	۰/۰۵	۰/۴۷
وضعیت بارداری	برنامه‌ریزی شده	مرجع			مرجع		
	بدون برنامه‌ریزی قبلی	(-۲۰/۱۷ ،-۵/۹۷) -۱۳/۰۷	-۰/۲۲	<۰/۰۰۱	(-۱۷/۰۶ ،-۲/۵۰) -۹/۷۸	-۰/۱۶	۰/۰۰۹
سابقه بیماری طبی	بله	مرجع					
	خیر	(-۱۴/۸۷ ،۷/۳۱) -۳/۷۸	-۰/۰۴	۰/۵۰			

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

متغیرها		آنالیز تک متغیره			آنالیز چند متغیره		
		b(95٪ CI)	*Beta*	*p-value*	*b(95٪ CI)*	*Beta*	*p-value*
سابقه بیماری طبی همسر	بله	مرجع			مرجع		
	خیر	(-۳۹/۴۹ ،-۳/۰۶) -۲۱/۲۸	-۰/۱۴	۰/۰۲	(-۳۱/۲۸ ،۶/۵۶) -۱۲/۳۶	-۰/۰۸	۰/۱۹
سابقه مصرف دارو	بله	مرجع					
	خیر	(-۳۰/۴۱ ،۵۰/۵۳) ۱۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۶۲			
سابقه مصرف دارو همسر	بله	مرجع			مرجع		
	خیر	(-۰/۳۶ ،۲۸/۹۰) ۱۴/۲۷	۰/۱۲	۰/۰۵	(-۲/۱۴ ،۲۷/۹۰) ۱۲/۸۸	۰/۱۰	۰/۰۹
سابقه بیماری روانی	بله	مرجع					
	خیر	(-۳۰/۰۴ ،۲۷/۴۵) -۱/۲۹	-۰/۰۰۵	۰/۹۲			
سابقه بیماری روانی همسر	بله	مرجع			مرجع		
	خیر	(-۱۰۳/۵۶ ،۱۰/۱۳) -۴۶/۷۱	-۰/۱۰	۰/۱۰	(-۷۵/۹۸ ،۴۶/۲۲) -۱۴/۸۷	-۰/۰۳	۰/۶۳

بحث

بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه بیشترین حیطه خشونت مربوط به خشونت جسمی و کمترین نمره در حیطه خشونت اجتماعی بوده است و به طورکلی میانگین کل نمره خشونت خانگی به میزان ۲۸/۴۷ مشاهده گردید.

در این بررسی با توجه به عوامل مختلف تاثیرگذار در اعمال خشونت خانگی نسبت به زنان، بر روی جنبه‌های مختلف خشونت تأکید شده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت ۱۶ تا ۵۲ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می‌شوند و ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان در کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده‌اند (۱۸). مطالعات مختلف در ایران هم یافته‌های متفاوتی را نشان می‌دهد از جمله در گرگان شیوع ۸۳/۵ درصد، در کرمان ۴۶ درصد، در خوزستان ۴۷/۳ درصد و تهران ۸۸/۳ درصد خشونت را برآورد کردند (۵). از علل تفاوت میزان شیوع در مناطق مختلف، می‌توان به تفاوت فرهنگی، اجتماعی و گاها اقتصادی نام برد که این امر می‌تواند در عدم گزارش زنانی که مورد خشونت خانگی قرار گرفته‌اند مؤثر باشد.

در این مطالعه بیشترین میانگین نمره در حیطه‌ی باورهای مردسالارانه و کمترین میانگین نمره در حیطه کلامی بوده است. خشونت کلامی نوع دیگری از خشونت است که در خانه علیه زنان استفاده می‌شود. از جمله می‌توان به دشنام و بکار بردن کلمات رکیک، بهانه‌گیری‌های پی درپی، داد و فریاد و بداخلاقی، بی‌احترامی، رفتارآمرانه و تحکم‌آمیز و دستور دادن‌های پی درپی، تهدید به آزار یا کشتن وی، تحقیر زن، قهر و صحبت نکردن و ممنوعیت ملاقات با دوستان اشاره کرد. این نوع خشونت موجب بروز روحیه پوچی یا خودنابودسازی، گریز از مشارکت اجتماعی و اضطراب در زنان می‌شود خشونت به عنوان رفتاری علیه تمامیت جسمی یا معنوی، اخلاقی، روحی، اموال یا ارزش‌های فرهنگی و سمبلیک دیگری تعریف می‌شود (۱۹).

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

با توجه به نتایج این پژوهش وضعیت جنس جنین با میزان خشونت ارتباط معناداری داشت. با توجه به فرهنگ خاص جمعیت بررسی شده، این احتمال قوی را می‌توان مطرح کرد که خانواده‌هایی که قبلا دارای فرزند دختر بوده و در حال حاضر هم جنسیت جنین دختر تعیین شده است، همین موضوع به یکی از عوامل اختلاف در خانواده تبدیل شده که به دلیل آگاهی پایین فرهنگی، اجتماعی و تعصب بیش از حد در مورد ضرورت داشتن فرزند پسر، باعث بروز خشونت برعلیه زن باردار خواهد شد. که این مسئله با نتایج تحقیقات *Tunçalp* و *Kamal* در سال ۲۰۱۳مطابقت داشته است (۲۰, ۲۱). در نتایج برخی مطالعات در کشورهای درحال توسعه نیز بین جنس دختر و وقوع خشونت خانگی ارتباط معناداری مشاهده شده است (۲۲, ۲۳).

در این مطالعه سن بارداری و میزان تحصیلات به عنوان یکی از فاکتورهای مهم در ارتباط معنادار با بروز خشونت خانگی قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعات بیشترین وقوع خشونت در سنین حاملگی پایین تر رخ می‌دهد (۲۴, ۲۵). از سویی محققین بر این باورند که زنان و مردان تحصیل کرده به دلیل وجود تعاملات بیشتر اجتماعی، امکان تطابق و همگرایی بیشتری در مواجهه با مسائل و مشکلات بوجود آمده خواهند داشت، لذا این امر در زنان باردار با میزان تحصیلات کمتر، باعث بروز خشونت خانگی و قدرت دفاع کمتر نسبت به زنان با تحصیلات بالاتر می‌شود (۲۵).

نتایج نشان داد که درصد بالایی از افراد شرکت‌کننده در منزل استیجاری و یا همراه با خانواده همسر خود زندگی می‌کنند و نکته جالب توجه اینکه این موضوع ارتباط معناداری را در میزان بروز خشونت خانگی در یافته‌های ما نشان داد. اکثر مردانی که در این مطالعه نسبت به زنان باردار خود خشونت داشتند، درآمد کمتری نسبت به بقیه شرکت‌کنندگان داشتند که با توجه به تاثیر وضعیت اقتصادی در وضعیت روانی و پرخاشگری فرد، این مسئله قابل پیش‌بینی است. نتایج سایر مطالعات نیز داده‌های مطالعه حاضر را تایید می‌نمایند (۲۶).

براساس نتایج مطالعه حاضر نمره خشونت در زنان با بارداری ناخواسته ارتباط معنادار داشته است. که این نتایج با داده‌های سایر مطالعات همسو بوده است، در سایر مطالعات زنانی که خشونت را تجربه می‌کنند، بیشتر با بارداری ناخواسته مواجه می‌شوند و این زنان برای رهایی از روابط خشونت آمیز به دنبال سقط جنین می‌باشند و آمار سقط جنین در این گروه از زنان بالا می‌باشد (۲۷-۲۹).

بر اساس سایر مطالعات نیز بین میزان بروز سقط با خشونت خانگی در زنان باردار ارتباط مستقیمی وجود دارد که این عامل هم می‌تواند معلول خشونت خانگی باشد و هم نتیجه بارداری ناخواسته در خانواده‌ای که خشونت خانگی در آن روی می‌دهد (۲۲, ۳۰). در نتایج دیگری از داده‌های این مطالعه بین سابقه بیماری قبلی و مصرف دارو در همسر و وقوع خشونت خانگی ارتباط معناداری مشاهده شده است که اسماعیلویو و همکاران نیز در مطالعه خود نتایج مطالعه ما را تایید کرده‌اند (۲۹). خشونت علیه همسر (زن) به چند صورت خشونت احساسی، کلامی، اقتصادی، جنسی و بدنی خود را نشان می‌دهد. از عوامل مؤثر بر این نوع خشونت می‌توان از مشکلات اقتصادی مانند فقر یا بیکاری، مصرف الکل به وسیله شوهر، برآورده نشدن انتظارات مربوط به نقش‌های جنسیتی توسط زن یا شوهر و دخالت دیگران در امور زندگی زوجین نام برد. همچنین برخی موانع ناشی از باورهای نهادینه شده مانند عقاید و باورهای مردسالارانه، عدم شناخت جایگاه خانوادگی و اجتماعی زنان در تحکیم بنیان خانواده و ....به تداوم این مشکل کمک می‌کند (۳۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر و داده‌های به دست آمده از اکثر مطالعات خشونت خانگی علیه زنان در دوران بارداری واقعه‌ای بسیار دردناک و یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی در سرتاسر جهان است که صدمات جسمانی و روانی مهمی را برای زنان باردار و فرزندان در طیف‌های متفاوتی ایجاد می‌نماید، از این طیف می‌توان به آثار سوء بارداری‌های ناخواسته، سقط جنین، افسردگی، اقدام به خودکشی در زنان و عوارض بارداری و زایمان برای مادران و نوزادان نام برد (۱۸, ۲۲, ۳۲). و این مهم متأسفانه از دید برخی جوامع از جمله جامعه ما پوشیده مانده است. مسئله خشونت علیه زنان آنچنان فراگیر و بدون مرز است که نهادهای جهانی نظیر سازمان ملل متحد و سازمان‌های دفاع از حقوق بشر را

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

واداشته است که نسبت به ایـن موضـوع واکـش نشان دهند، به‌طوری‌که در قطعنامه کنفـرانس حقـوق بـشر کـه در سال ۱۹۹۷ در وین برگزار شد به ایـن نکتـه تاکیـد شده است که " باید در نگرش مردان به زنان تغییر داده شود و زنان به مردان یاری برسانند که در برداشت‌های خود نسبت به زنان تجدید نظر کنند" (۱۵).

لذا پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران نسبت به فرهنگ‌سازی برای تقویت جایگاه و ارزش‌های انسانی، ارتقاء سطح بهداشت و حقوق باروری در جامعه، آگاه‌سازی مردان نسبت به ابعاد مختلف خشونت و تأثیر منفی آن بر وضعیت فعلی و آینده خانواده، گسترش فرهنگ و تسهیلات مشاوره خانواده، استفاده از بستر ارائه خدمات بهداشتی و آموزشی جهت درک و کاهش خشونت در خانواده اقدام نمایند و برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی خاص و مدونی جهت پیشگیری یا مواجهه با خشونت خانگی ترسیم نمایند.

نتیجه‌گیری

با توجـه به نتایج به دست آمده در مورد وضعیت خشونت خانگی و عوامل مهم مرتبط با آن، پیشنهاد می شودکه غربالگری خشونت خانگی در مراقبت‌های دوران بارداری با تأکید بر فاکتورهای خطر شناسایی شده انجام شود و سیاست‌گذاری‌های برنامه‌های سلامت مادران و نوزادان بر تدوین مداخلات اصلاحی در راستای پیشگیری و کاهش خشونت‌های خانگی متمرکز گردد .

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی که با شماره طرح۱۴۰۰۰۴۰۱۲۶۴۱ و کد اخلاق *IR.UMSHA.REC.*۱۳۹۸.۸۵۴ در دانشگاه علوم پزشکی همدان به تصویب رسیده است. بدین وسیله از مسئولین محترم دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اساتید و پرسنل و زنان بارداعزیزی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

Reference

1. Bodaghabadi M. Prevalence of violence and related factors in pregnant women referring to Shahid Mobini hospital, Sabzevar. Med J Hormozgan Univ. 2007;11(1):71-6.
2. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women. Violence against women 9 March 2021 [
3. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. Obstetrics & Gynecology. 1999;93(5):661-6.
4. Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, posttraumatic stress, and childbearing. Journal of Midwifery & Women's Health. 2002;47(5):337-46.
5. Banaei M, Aliakbari SA, Ghalandari S, Eslami K. Assess the comparison of marital satisfaction between the abused and non-abused women. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(11):617-24.
6. Babaee E, Tehrani-Banihashem A, Asadi-Aliabadi M, Sheykholeslami A, Purabdollah M, Ashari A, et al. Population-based approaches to prevent domestic violence against women using a systematic review. Iranian journal of psychiatry. 2021;16(1):94.
7. Mojab S, Hassanpour A. The Politics and Culture of" Honour Killing": The Murder of Fadime § ahindal. Atlantis: Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice. 2003:56-70.
8. https://www.sciencedaily.com/releases/2022/03/220324143806.htm. One in four women experience domestic violence before age 50, analysis finds: McGill University; March 24 2022 [
9. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
10. Behnam H, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. The Horizon of Medical Sciences. 2008;14(2):70-6.
11. Hesami K, Dolatian M, Shams J, Majd HA. Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women. Iran Journal of Nursing. 2010;23(63):51-9.
12. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2005;105(2):357-63.
13. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. Med J Hormozgan Univ. 2010;13(4):260-9.
14. Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. The Journal of pediatrics. 2013;163(2):471-6.
15. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The lancet. 2002;360(9339):1083-8.
16. Masoumi SZ, Babahyidarian F, Sangestani G, Roshanaei G. Assessment of different types of domestic violence against pregnant mothers exposed to violence in Sahneh City. Pajouhan Scientific Journal. 2019;17(2):24-30.
17. Chernet AG, Cherie KT. Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. BMC women's health. 2020;20(1):1-7.
18. García-Moreno C. World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women´s Responses: World Health Organization (WHO); 2005.
19. Revita I, Triclarise R, Anggraini N, Gunawan F. Politeness IN domestic verbal violence against women IN Indonesia. Aksara. 2020;32(1):109-18.
20. Tunçalp Ö, Souza JP, Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2013;123(3):254-6.
21. Kamal SM. Domestic violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. Journal of family & reproductive health. 2013;7(1):11.
22. Dehghan M, Farokhzadian J, Ferdosi H, Abazari F, Jangipour Afshar P, Sheikhbardsiri H. Maternal–Fetal Attachment and Domestic Violence Against Iranian and Afghan Pregnant Women: A Cross-Cultural Study. Violence and Gender. 2021;8(4):218-24.
23. Sobhani S, Niknami M, Mirhaghjou SN, Atrkar Roshan Z. Domestic Violence and its Maternal and Fetal Consequences Among Pregnant Women. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2018;28(2):143-9.
24. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and neonatal outcomes: a Norwegian population-based cohort study. BMJ Open. 2014;4(10):e005935.
25. Taft AJ, Hooker L, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C, et al. Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. BMC medicine. 2015;13(1):1-10.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

26. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM. Income, Gender, and Forms of Intimate Partner Violence. J Interpers Violence. 2020;35(23-24):5500-25.
27. Sharman LS, Douglas H, Price E, Sheeran N, Dingle GA. Associations Between Unintended Pregnancy, Domestic Violence, and Sexual Assault in a Population of Queensland Women. Psychiatr Psychol Law. 2018;26(4):541-52.
28. Chibber KS, Biggs MA, Roberts SC, Foster DG. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. Women's Health Issues. 2014;24(1):e131-e8.
29. Ismayilova L. Intimate partner violence and unintended pregnancy in Azerbaijan, Moldova, and Ukraine: ICF Macro; 2010.
30. Taft AJ, Powell RL, Watson LF. The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste. Australian and New Zealand journal of public health. 2015;39(2):177-81.
31. Canete-Lairla M, Gil-Lacruz M. Psychosocial variables associated with verbal abuse as a form of intimate partner violence against women in a Spanish sample. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2018;27(3):237-55.
32. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: A community-based prevalence study. Medical journal of Australia. 2001;175(4):199-201.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]

The state of domestic violence in pregnant women living in Asadabad,2021

Nastaran Asadi[1], Akram Mahboobi Rad[2], Seyedeh Zahra Masoumi[3], Farideh Kazemi[4], Masoud Khodaveisi[5]

1. Nastaran Asadi, Asadabad Faculty of Medical Sciences, Asadabad, Iran.
2. Akram Mahboobi Rad, Asadabad Faculty of Medical Sciences, Asadabad, Iran.
3. Seyedeh Zahra Masoumi, Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.*
4. Farideh Kazemi, Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
5. Masoud Khodaveisi, Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

Abstract

Background and Objectives: *Violence against women is a major public health problem and a violation of women's human rights. Identifying at-risk cases will help prevent its unpleasant consequences. Therefore, this study was conducted to determine the frequency of domestic violence and its types in married pregnant women living in Asadabad.*

Materials and Methods: *This cross-sectional study was conducted on 260 married pregnant women in Asadabad in 2021 who were selected by available sampling method. The tool used in this research was a researcher-made domestic violence questionnaire. This questionnaire has faced validity and reliability with Cronbach's alpha coefficient of 0.9, which was given to all pregnant women referring to urban health centers and the average score of all types of psychological, physical, economic, sexual, verbal, social, emotional violence, patriarchal beliefs and learning violence was obtained according to the scores obtained from the questionnaire. It was analyzed using spss software and descriptive statistics.*

Results*: The mean age of women in this study was (28.7 ± 6.1) and the mean age of their husbands was (34.2 ± 5.31). The highest level of violence was related to patriarchal beliefs with an average score of 108.43±21.38 and the lowest score was seen in the field of verbal violence with a score of 13.30±2.46. In general, the average total score of domestic violence was 28.47±28.89. The results of univariate analysis with linear regression showed that there was a significant relationship between gestational age, income, education and occupation of the couple, housing status, fetal sex status, pregnancy status, medical history and drug use history of the spouse with domestic violence score in pregnancy. The results of multivariate linear regression analysis showed a significant relationship between unplanned pregnancy and domestic (p-value<0.001).*

Conclusion: *Considering the results obtained on the state of domestic violence and its related important factors, a domestic violence screening in prenatal care is recommended to be performed with emphasis on the identified risk factors.*

Keywords*: Pregnancy, Domestic Violence.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-28]