پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۱، پی در پی ۹۷، صفحات ۲۵ تا ۳۶
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰

خشونت خانگی در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در ایران، بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت

فرنوش معافی[۱]، ماهرخ دولتیان[۲]، دکتر حمیرا سجادی[۳]، زینب علیمرادی[۱]، دکتر آرش میراب‌زاده[۴]، زهره محمودی[۵]*

۱. عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۲. عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۴. استاد، روانپزشک، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران
۵. عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج

چکیده

سابقه و هدف: خشونت خانگی، مشکلی جهانی بوده که در دوران بارداری منجر به پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی بسیاری می‌شود. از میان عوامل مرتبط با خشونت خانگی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، از بحث برانگیزترین موضوعات حیطه‌ی سیاست گذاری‌های سلامت می‌باشند. لذا این پژوهش به منظور بررسی مقالات انجام شده در ارتباط با شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری در ایران، بر اساس چهارچوب مفهومی کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت، انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی مروری، کلیه‌ی مقالات منتشر شده‌ی ایرانی با طراحی توصیفی و تحلیلی و کلمات کلیدی خشونت، همسرآزاری، سوء رفتار، حاملگی، بارداری و violence، abuse، pregnancy و Iran در قسمت عنوان، چکیده و کلیدواژه که در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ در ۴ پایگاه اطلاعاتی از جمله پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران، بانک اطلاعات نشریات کشور و PubMed چاپ شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در نهایت، ۳۸ مقاله شامل ۵ مقاله انگلیسی و ۳۳ مقاله فارسی، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، برای بررسی نهایی انتخاب شدند. شیوع کلی خشونت خانگی در دوران بارداری بین ۱۹/۳ درصد تا ۹۴/۵ درصد گزارش شده بود. از بین عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری، وضعیت اقتصادی نامطلوب، ناخواسته بودن بارداری، ازدواج بدون رضایت، سابقه‌ی افسردگی، اعتیاد زن و همسر و ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری، ارتباط مستقیم، و تحصیلات زن و همسر، اشتغال زن و همسر، رضایت از زندگی مشترک و حمایت اجتماعی، ارتباط معکوس داشتند.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای خشونت خانگی در دوران بارداری مسأله‌ای مهم و قابل بررسی و توجه می‌باشد که می‌توان با شناسایی عوامل خطر آن در دوران بارداری، از شیوع آن کاست. از آنجا که عوامل اجتماعی بسیاری، این پدیده را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نیاز به انجام مطالعات وسیع‌تر برای شناسایی مکانیسم‌های وقوع خشونت خانگی ضروری است.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، بارداری، شیوع، عوامل مرتبط

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Moafi F, Dolatian M, Sajjadi H, Alimoradi Z, Mirabzadeh A, Mahmoodi Z. Domestic violence and its associated factors in Iran: according to World Health Organization model. Pejouhandeh 2014;19(1):25–36.

مقدمه

بیش از یک دهه است که در کشورهای توسعه یافته، خشونت علیه زنان به عنوان مشکلی بزرگ و در حال گسترش در میان محققان و سیاستمداران حیطه‌ی سلامت، مطرح شده است (۱ و ۲). خشونت خانگی مشکلی جهانی است که در اکثر کشورها و در تمام اقشار جامعه و طبقات اقتصادی- اجتماعی، دیده می‌شود. با این وجود، زنان واقع در سنین باروری، بیشتر در معرض خشونت خانگی بوده و بارداری نیز دوره‌ی آسیب پذیری منحصر به فردی محسوب می‌شود (۳). از آنجایی که

*نویسنده مسؤول مکاتبات: ماهرخ دولتیان؛ تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پست الکترونیک: mhdolatian@gmail.com

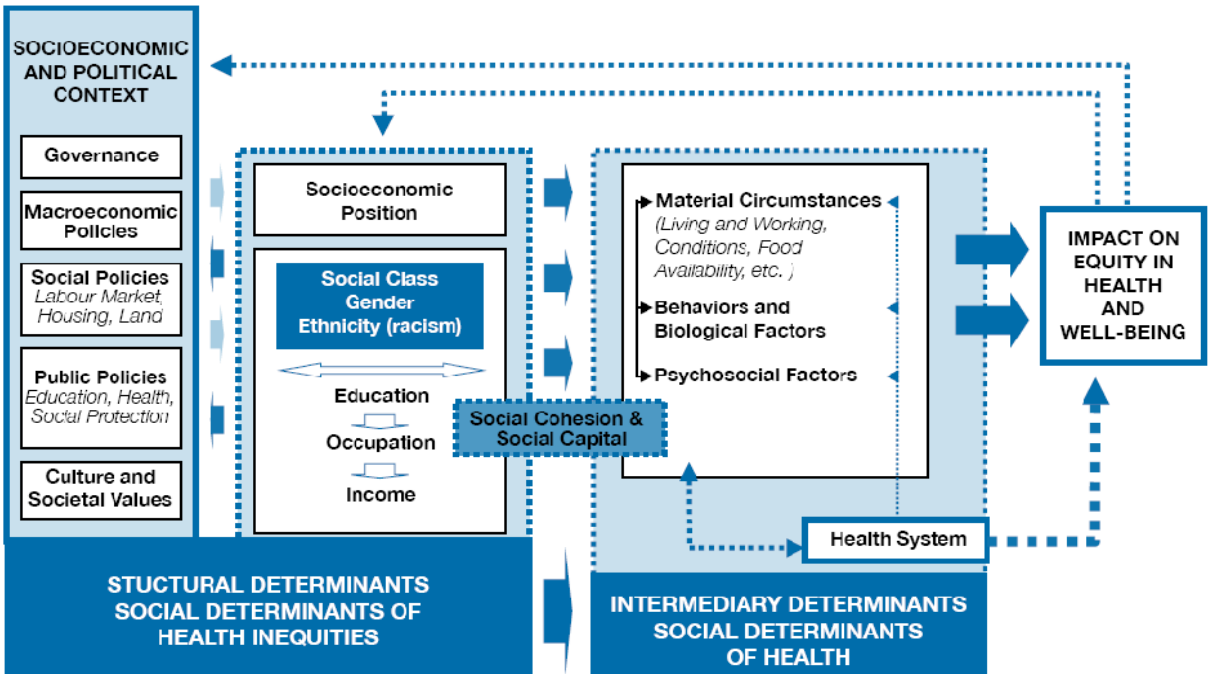
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

این پدیده در دوران بارداری منجر به پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد از جمله وزن‌گیری نامناسب مادر، آنمی، عفونت، خونریزی‌های سه ماهه اول و دوم، زایمان زودرس، افزایش فشار خون، ادم، تهوع و استفراغ یا دهیدراتاسیون شدید، عفونت سیستم ادراری و همچنین ویزیت‌های بیمارستانی به دلایل ذکر شده می‌شود، توجه زیادی را به خود جلب کرده است (۴ و ۵). خشونت خانگی در دوران بارداری شایع می‌باشد و به استثنای پره اکلامپسی، از شیوع تمام حالات عمده‌ی پزشکی که از طریق غربالگری روتین دوران بارداری تشخیص داده می‌شوند، بیشتر می‌باشد (۶).

خشونت خانگی در دوران بارداری، به عنوان خشونت جسمی، جنسی یا روانی/عاطفی، یا تهدید به خشونت جسمی یا جنسی تعریف می‌شود که توسط همسر یا شریک جنسی، پدر، مادر، خواهر، برادر و یا یکی از بستگان به زن باردار تحمیل می‌شود (۷). استرالیا، کلمبیا، دانمارک و فیلیپین با ۲ درصد، دارای کمترین و اوگاندا با ۱۳/۵ درصد، واجد بیشترین شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری هستند (۸). این میزان در کشورهای درحال توسعه نیز بین ۴ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (۹) و بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در ۹۰ درصد موارد، خشونت خانگی توسط پدر بیولوژیک کودک اعمال می‌شود (۱۰).

در دنیای امروز، دیدگاه‌های سلامت، چشم‌انداز وسیع‌تری پیدا کرده و در طی سال‌های اخیر، تعیین‌کننده های اجتماعی سلامت، از بحث برانگیزترین موضوعات در حیطه‌ی سیاست‌گذاری‌های سلامت بوده‌اند و از آنجایی که شیوع خشونت خانگی در جوامع در حال توسعه و توسعه نیافته بالاتر می‌باشد، باید به دنبال علل خشونت نیز در میان عوامل اجتماعی بود (۱۳-۱۱). مطالعات نشان داده است که عواملی مانند درآمد کم و سطح پایین تحصیلات در زن و مرد، می‌توانند به عنوان عوامل خطر برای خشونت خانگی در دوران بارداری محسوب شوند (۹).

بر طبق چهارچوب مفهومی کمیسیون تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت، عوامل کلیدی مؤثر بر سلامت عبارتند از: عوامل اجتماعی- سیاسی، ساختاری و اجتماعی واسط. عوامل ساختاری و اقتصادی- اجتماعی شامل درآمد، تحصیلات، اشتغال، طبقه‌ی اجتماعی، جنسیت، نژاد/قومیت و عوامل بینابینی شامل شرایط محیط زندگی (محل سکونت، قدرت خرید و محیط کار)، شرایط روانی- اجتماعی (استرس‌های روانی- اجتماعی، شرایط زندگی و روابط بین فردی استرس‌آور، کنترل استرس و حمایت اجتماعی)، عوامل رفتاری و بیولوژیک (تغذیه، فعالیت فیزیکی، مصرف الکل و تنباکو و عوامل ژنتیکی) و عوامل مربوط به نظام سلامت می‌باشد (شکل ۱) (۱۴).



شکل ۱. مدل نهایی چهارچوب مفهومی کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت (۱۴).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

در طی سال‌های اخیر، مطالعات گوناگونی پیرامون شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری در ایران صورت گرفته است. دانستن شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری، به سیاستمداران کمک می‌کند تا به وسعت مشکل پی‌ببرند و اولین قدم در جهت اجرای مداخلات به منظور پیشگیری و درمان است. همچنین، شناسایی گروه‌های در معرض خطر خشونت خانگی، به برنامه‌ریزی صحیح‌تر و هدفمندتر در جهت حل این مشکل، کمک می‌کند. در نتیجه هدف این پژوهش، بررسی شیوع خشونت خانگی گزارش شده در مطالعات گوناگون در ایران و جمع‌بندی و دسته‌بندی عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری بر اساس چهارچوب مفهومی کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، مروری بر مقالات نویسندگان ایرانی است که به زبان فارسی یا انگلیسی در مورد شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (the Iranian scientific information database, SID)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (index of articles published in Iranian biomedical journals, IranMedex)، بانک اطلاعات نشریات کشور (the scientific magazines bank of Iran, Magiran) و پایگاه اطلاعاتی بین المللی (Database of United States National Library of Medicine, PubMed) به چاپ رسیده‌اند.

در این بررسی، مقالات منتشر شده در محدوده‌ی زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ با استفاده از ترکیب کلمات کلیدی "خشونت، همسرآزاری، سوء رفتار" و "حاملگی، بارداری" در منابع فارسی و "abuse" و "violence" و pregnancy در منابع انگلیسی پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی در قسمت عنوان، چکیده و کلیدواژه و ترکیب کلیدواژه‌ی Iran در قسمت affiliation با "abuse" و "violence" و pregnancy در قسمت Abstract/Title پایگاه اطلاعاتی PubMed، جستجو شدند. لازم به ذکر است با یافتن مقالات اولیه، کلیدواژه‌های متعدد دیگری با توجه به نتایج قبلی برای یافتن مقالات مرتبط دیگر مورد جستجو قرار گرفتند. در این مرحله، ۵۲۴ مقاله انگلیسی و فارسی به دست آمد که بر اساس معیارهای ورود، بررسی و در نهایت وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود، شامل موارد زیر بودند:

- طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ انجام شده باشند.
- در جمعیت زنان باردار ایرانی و در ایران انجام شده باشند.
- حاوی اطلاعات یا داده‌هایی در خصوص شیوع خشونت در دوران بارداری باشند.
- حاوی اطلاعات یا داده‌هایی در خصوص عوامل مرتبط با خشونت در دوران بارداری باشند.

با بررسی اولیه در عنوان و چکیده‌ی مقالات به دست آمده، از بین ۵۲۴ مقاله‌ی به دست آمده، ۳۴۲ مقاله، غیر مرتبط با موضوع خشونت و بارداری بودند که کنار گذاشته شدند. از بین ۱۸۲ مقاله‌ی دیگر، جامعه‌ی مورد مطالعه در ۲ مقاله، زنان غیر ایرانی و در ۳ مطالعه، زنان غیر باردار بودند.همچنین، دسترسی به متن کامل یک مقاله امکان پذیر نبود و ۱۳۸ مقاله نیز در بانک‌های اطلاعاتی مورد بررسی، تکرار شده بودند. در نهایت ۳۸ مقاله که شامل ۵ مقاله‌ی انگلیسی و ۳۳ مقاله‌ی فارسی که دارای معیارهای ورود فوق‌الذکر بودند، انتخاب و متن کامل آنها دریافت شد.

یافته‌های این مطالعات از نظر شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری، مورد بررسی قرار گرفتند. از بین ۳۸ مقاله، ۳۵ مطالعه به روش توصیفی (طولی و مقطعی) و ۳ مطالعه به روش تحلیلی (کوهورت و مورد- شاهدی) انجام شده بود. خشونت خانگی در دوران بارداری در این مطالعات به صورت خشونت کلی یا خشونت خانگی و ابعاد آن از جمله خشونت جسمی یا فیزیکی، عاطفی یا روانی یا روحی- روانی، جنسی، اقتصادی، اجتماعی و گفتاری یا کلامی مورد بررسی قرار گرفته بود. ابزار سنجش خشونت خانگی در ۲۹ مقاله، پرسشنامه‌ی خود ساخته، در ۲ مقاله، Abuse Assessment Screen (۱۵ و ۱۶) و در یک مقاله، فرم اصلاح شده‌ی این پرسشنامه بر اساس فرهنگ کشور (۱۷) و در ۲ مقاله ترکیب این پرسشنامه با Index of Spouse Abuse (۶ و ۱۸)، در ۲ مقاله‌ی دیگر مقیاس تدابیر حل اختلاف (۱۹ و ۲۰)، در یک مقاله، از پرسشنامه‌ی غربالگری و ارزیابی خشونت پارکر و مک فارلن و در نهایت در یک مقاله، از ترکیب پرسشنامه‌های Abuse Assessment Screen، Index of Spouse Abuse، Partner Violence Screen، Women Abuse Screening و Severity of Violence against Women Scale (۲۱) استفاده شده بود. همچنین خشونت خانگی در ۳ مقاله به صورت اعمال خشونت از طرف همسر و خانواده‌ی وی به زن باردار (۲۴-۲۲) و در مطالعات دیگر، تنها از سوی همسر تعریف شده بود. داده‌های مطالعات در دوران بارداری، زایمان یا بعد از زایمان با هدف بررسی شیوع خشونت و عوامل

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

مرتبط با آن در دوران بارداری جمع‌آوری شده بودند. محیط پژوهش در مقالات بخش زایمان، پس از زایمان بیمارستان و مراکز بهداشتی- درمانی بودند.

یافته‌ها

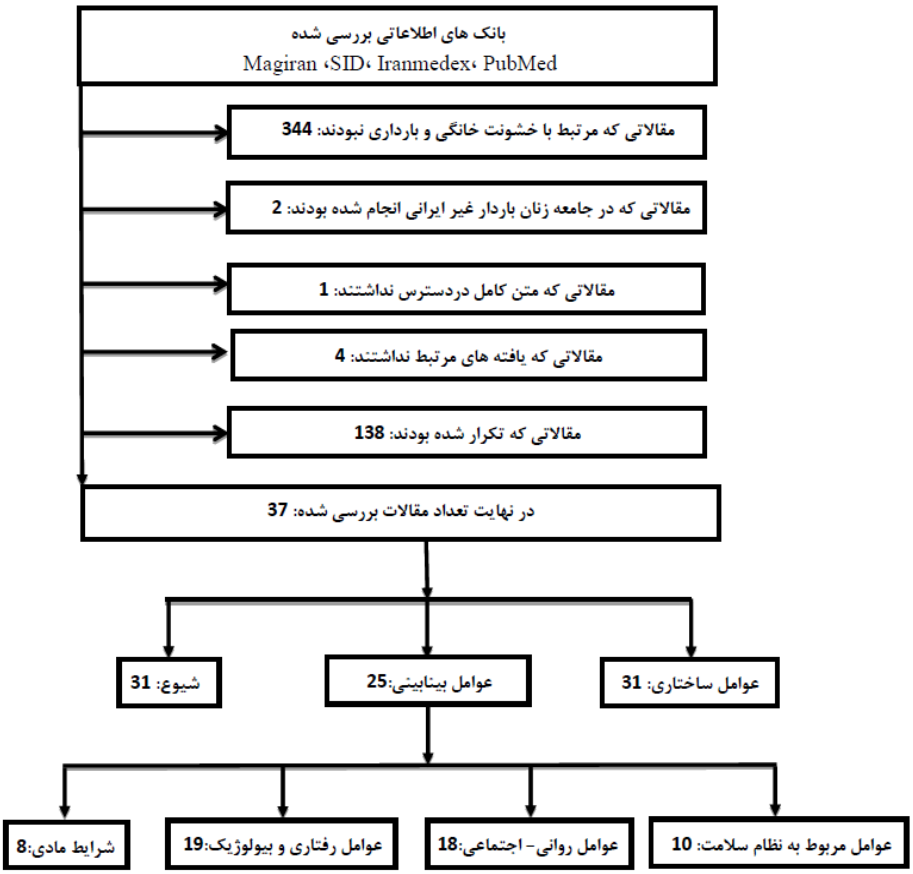
نتایج مقالات وارد شده به این مطالعه به صورت شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری بر اساس چهارچوب مفهومی کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت، تقسیم بندی شده و مورد بررسی و جمع‌بندی قرار گرفت.

۱- شیوع خشونت

از میان ۳۸ مطالعه‌ی مورد بررسی، ۳۱ مطالعه، شیوع خشونت خانگی کل و ابعاد آن را در دوران بارداری گزارش کرده بودند (جدول ۱). شیوع خشونت خانگی کل در ۱۸ مطالعه با عناوین خشونت خانگی، خشونت خانوادگی، همسرآزاری و سوء رفتار، مورد بررسی قرار گرفته بود. شیوع خشونت خانگی کل در دوران بارداری بین ۹۴/۵-۱۹/۳ درصد گزارش شده بود.

شیوع خشونت جسمی (فیزیکی) در ۲۵ مطالعه با سؤالاتی در رابطه با هرگونه درگیری فیزیکی، سیلی زدن، کتک زدن، مشت زدن، لگد زدن، ضربه زدن، هل دادن، بریدن، خراشیدن، گاز گرفتن، پارگی، زخم زدن، کشیدن مو، سوزانیدن یا داغ کردن، اقدام به خفه کردن، پرتاب اشیاء به سمت فرد، استفاده از شلاق، استفاده از اسلحه گرم و سرد، شکستگی استخوان و آسیب اندام داخلی و خارجی، تهدید به اعمال آسیب یا متارکه و سؤالاتی از این قبیل، بررسی شده بود. شیوع خشونت جسمی در دوران بارداری بین ۱/۵ تا ۴۴/۱ درصد گزارش شده بود.

شیوع خشونت عاطفی (روانی، روحی- روانی)، در ۲۲ مقاله با سؤالاتی پیرامون ترس از همسر (احساس ناخوشایند)، مشاجرات لفظی، بی‌احترامی (توهین کردن)، فحاشی (دشنام دادن)، قهر کردن، بهانه جویی (عیب جویی مداوم)، تحقیر کردن در انظار، تحقیر خانواده‌ی زن، قطع نفقه (خرجی ندادن) و عدم تهیه‌ی خوراک، پوشاک و مسکن (مایحتاج زندگی)، سوء ظن (تهمت زدن)، کتک زدن کودکان به منظور اذیت همسر، ممانعت از اشتغال به کار، تهدید و یا تخریب



شکل ۲. مراحل جستجو و طبقه‌بندی موضوعی مقالات، یافته‌ها.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

اموال و دارایی زن، ممانعت از استفاده از دارایی‌های شخصی، ممانعت همسر از دریافت خدمات بهداشتی- درمانی، محدود کردن ارتباط با خانواده و دوستان و همسایگان، عدم ابراز علاقه (بی‌اعتنایی)، تهدید به طلاق یا محدود کردن ارتباط با خانواده، تهدید جان از سوی همسر و سؤلاتی از این قبیل سنجیده شده بود. شیوع خشونت عاطفی در دوران بارداری بین ۷/۲ تا ۶۰/۵ درصد گزارش شده بود.

شیوع خشونت جنسی در ۱۸ مطالعه با سؤالاتی پیرامون رابطه‌ی جنسی با اجبار، تهدید، آزار و زور کلامی یا فیزیکی بدون تمایل و رضایت زن، مجبور کردن زن به انجام روابط جنسی واژینال یا غیر واژینال و از راههای غیر متعارف، دیدن عکس یا فیلم‌های مبتذل و انجام رابطه‌ی جنسی با افراد دیگر، انجام عمل جنسی با خشونت، ترک رابطه‌ی جنسی، آسیب فیزیکی در روابط جنسی و سؤالاتی از این قبیل سنجیده شده بود. شیوع خشونت جنسی در دوران بارداری بین ۱/۵ تا ۵۵/۱ درصد گزارش شده بود.

شیوع خشونت اقتصادی با سؤالاتی پیرامون پرداخت پول به اکراه از طرف شوهر و عدم مشورت با همسر در مورد امور مالی منزل در دو مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته و ۲۳ درصد گزارش شده بود. شیوع خشونت اجتماعی نیز در یک مطالعه ۱۳/۵ درصد گزارش شده بود.

۲- عوامل مرتبط با خشونت خانگی

از میان ۳۸ مقاله‌ی مورد بررسی، یافته‌های ۳۱ مقاله شامل عوامل مرتبط با خشونت خانگی بودند. بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت و همچنین با توجه به یافته‌های مقالات مورد بررسی، عوامل مرتبط با خشونت خانگی در این مطالعات به صورت عوامل ساختاری و اقتصادی- اجتماعی از جمله تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، جنسیت، نژاد/قومیت، عوامل بینابینی از جمله شرایط محیط

جدول ۱. شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری در مطالعات سالهای ۲۰۱۳-۲۰۰۰.

نویسنده	سال	نوع مطالعه	تعداد نمونه	محل پژوهش	خشونت خانگی کل	جسمی	عاطفی	جنسی	اقتصادی	اجتماعی
جهانفر و همکاران (۲۵)	۲۰۰۳	مقطعی	۱۸۰۰	تهران	۶۰/۶	۱۴/۶	۶۰/۵	۲۳/۵	-	-
صالحی و مهرعلیان (۲۶)	۲۰۰۳	توصیفی-تحلیلی	۱۶۰۰	شهرکرد	۶۷/۵	۳۴/۵	۵۱/۷	۱۳/۸	-	-
بداغ آبادی (۲۷)	۲۰۰۵	توصیفی-تحلیلی	۵۸۷	سبزوار	-	۱۴/ ۵	-	-	-	-
فرامرزی و همکاران (۲۸)	۲۰۰۵	توصیفی	۳۲۷۵	بابل	-	۹/۱	۳۰/۸	۱۹/۲	-	-
نجومی و اکرمی (۲۹)	۲۰۰۶	مقطعی	۴۰۶	تهران	-	۱۰/۷	-	-	-	-
باباپور و همکاران (۶)	۲۰۰۷	توصیفی-تحلیلی	۲۶۰	تبریز	۴۹/۲	۲۳/۶	۲۵/۶	-	-	-
دولتیان و همکاران (۲۲)	۲۰۱۰	کوهورت	۱۲۰	مریوان	-	۲۵/۸	۷۴/۲	۸۹/۲	-	-
دولتیان و همکاران (۲۳)	۲۰۰۸	کوهورت	۲۴۰	مریوان	-	۱۲/۹	۳۷/۱	۴۴/۶	-	-
دولتیان و همکاران (۳۰)	۲۰۰۸	کوهورت	۵۰۰	گچساران	۴۸/۶	۱۴/۲	۴۸/۴	۱۸/۶	-	-
خسروی و همکاران (۳۱)	۲۰۰۸	مقطعی	۸۴۰	سنندج	۶۰/ ۵	۸/۵	۵۷	۱۸/۸	-	-
باقرزاده و همکاران (۳۲)	۲۰۰۸	توصیفی-تحلیلی	۴۰۰	شیراز	-	۲۲	۴۷/۵	۲۲/۳	۲۳	۱۳/۵
سالاری و نخعی (۳۳)	۲۰۰۸	مقطعی	۴۱۶	کرمان	-	۲۵	۳۵	-	-	-
درتاج رابری و همکاران (۱۵)	۲۰۱۰	مقطعی	۳۷۰	تهران	۵۹/۷	-	-	-	-	-
حسامی و همکاران (۲۴)	۲۰۱۰	مقطعی	۲۴۳	مریوان	۶۸/ ۷	۱۶/۹	۵۴/۳	۵۵/۱	-	-
محمد حسینی و همکاران (۳۴)	۲۰۱۰	مقطعی	۳۰۰	جهرم	۴۲	۱۰	۳۳	۱۷/۳	-	-
حسن‌زاده و همکاران (۱۶)	۲۰۱۱	مقطعی	۳۰۰	اهواز	۱۹/۳	۲/۷	۱۴	۹/۳	-	-
				میاندواب	۷۸	۱۲/۲	۷/۲	۱۳/۸		
حسن و همکاران (۳۵)	۲۰۱۱	توصیفی-تحلیلی	۱۹۵۰	مهاباد	۶۷/۴	۲۲/۳	۸/۳	۸/۶	-	-
				بناب	۹۴/۵	۳۴/۹	۸/۱	۱/۵		
خدیوزاده و عرفانیان (۳۶)	۲۰۱۱	توصیفی-تحلیلی	۱۹۰	مشهد	۶۴/۱	۱۶/۵	۴۶/۷	۵۱/۶	-	-
محمدی و همکاران (۳۷)	۲۰۱۱	مقطعی	۶۹	تهران	۶۹/۳	۸۵/۳	۸۶/۷	۷۶	-	-
محمدی و همکاران (۳۸)	۲۰۱۱	مقطعی	۹۸	تهران	۷۲/۸	-	-	-	-	-
شمسی و بیاتی (۳۹)	۲۰۱۲	مقطعی	۴۰۰	اراک	۳۴/۵	۱۱	۵۶	-	۲۳	-
سلیمانی و همکاران (۴۰)	۲۰۱۲	مقطعی	۶۰۰	تهران	۵۶/۳	۱/۵	۴۲/۹	-	-	-
باهری و همکاران (۴۱)	۲۰۱۲	مقطعی	۱۶۸	کرج	-	۱۶/۷	۵۰	۴۵/۲	-	-
کفایی عطریان و همکاران (۴۲)	۲۰۱۲	توصیفی	۱۴۳	کاشان	-	۴/۹	۱۰/۴	۴/۹	-	-
باهری و همکاران (۴۳)	۲۰۱۲	مقطعی	۳۳۵	کرج	۵۱/۹	۱۱/۶	۴۰	۳۷/۳	-	-
محمدی و همکاران (۴۴)	۲۰۱۲	مقطعی	۱۷۰	همدان	-	۸۸/۷	-	-	-	-

از آنجایی که ۴ مقاله در مجلات دیگر با یافته‌های یکسانی از مطالعات مشابهی به چاپ رسیده بودند، لذا جدول شامل ۲۷ مقاله می‌باشد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

زندگی، شرایط روانی- اجتماعی، عوامل رفتاری و عوامل مربوط به نظام سلامت تقسیم بندی و بررسی شدند.

۲-۱ عوامل ساختاری

اشتغال زن در ۱۶ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که از این میان، ۹ مطالعه حاکی از ارتباط اشتغال زن با کاهش خشونت خانگی کلی بود. ارتباط اشتغال زن با بعد جسمی در ۳ مطالعه (۲۹، ۴۱ و ۴۶) و با ابعاد روانی-کلامی و جنسی در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که ارتباط معناداری داشت (۴۱). اشتغال همسر در ۱۴ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که از این بین، ۸ مطالعه بیانگر ارتباط بیکاری همسر یا داشتن شغل کم درآمد با خشونت خانگی کلی بودند. از میان این مطالعات، ۳ مورد ارتباط اشتغال مرد با بعد جسمی خشونت خانگی را نشان داده بودند (۲۷، ۳۲ و ۴۶). در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران، ارتباط وضعیت اشتغال همسر با بعد عاطفی، اجتماعی و اقتصادی خشونت خانگی نشان داده شده بود، در حالی که این عامل با بعد جنسی ارتباط معناداری نداشت (۴۷).

تحصیلات زن در ۲۴ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که از این میان، ۱۲ مطالعه حاکی از ارتباط معکوس این عامل با خشونت خانگی کلی بودند. ارتباط بعد جسمی خشونت خانگی با تحصیلات زن نیز در ۷ مطالعه بررسی شده بود که ۴ مطالعه بیانگر ارتباط معنادار بودند (۲۰، ۲۷، ۲۹، ۳۴، ۴۱، ۴۶ و ۴۷). ارتباط بعد جنسی و عاطفی خشونت خانگی با تحصیلات زن در ۴ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که ارتباط معنادار بعد جنسی در ۳ مطالعه و بعد عاطفی در ۲ مطالعه نشان داده شده بود (۲۰، ۳۴، ۴۱ و ۴۷). ارتباط بعد اجتماعی و اقتصادی خشونت خانگی با تحصیلات زن در یک مطالعه بررسی شده بود که تنها بعد اجتماعی ارتباط معناداری داشت (۴۷). تحصیلات همسر در ۱۹ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که از این میان ۱۱ مطالعه حاکی از ارتباط معکوس این عامل با خشونت خانگی کلی بودند. در ۲ مطالعه ارتباط بعد جسمی خشونت خانگی با سطح تحصیلات همسر نشان داده شده بود (۶ و ۴۶). یافته‌های مطالعه‌ی محمد حسینی و همکاران، ارتباط معناداری را میان بعد عاطفی خشونت خانگی با تحصیلات همسر نشان داده بودند در حالی که این ارتباط در مورد خشونت جنسی صادق نبود (۳۴).

وضعیت اقتصادی در ۱۵ مطالعه بررسی شده بود. وضعیت اقتصادی در این مطالعات به صورت مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب، و همچنین میزان درآمد خانواده و کفایت درآمد خانواده، مورد بررسی قرار گرفته بود. از این بین، ۱۱ مقاله در زمینه‌ی ارتباط این عامل با خشونت خانگی کل انجام شده بود که ۸ مورد حاکی از ارتباط میزان درآمد ناکافی/ نامطلوب/ عدم کفایت درآمد خانواده با شیوع بیشتر خشونت خانگی کل بودند. در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران، ارتباط این عامل خطر با بعد عاطفی خشونت خانگی، معنی‌دار بود، در حالی که این ارتباط در مورد ابعاد جنسی، اجتماعی و اقتصادی صادق نبود (۴۷). ۴ مطالعه، ارتباط بعد جسمی خشونت خانگی را با این عامل سنجیده بودند که ۳ مطالعه حاکی از ارتباط معناداری بودند (۶، ۲۷، ۴۶ و ۴۷). وضعیت مسکن و متراژ مسکن به عنوان جزئی از عوامل اقتصادی به ترتیب در ۲ و یک مطالعه بررسی شده بود که وضعیت مسکن در یک مطالعه ارتباط معناداری با خشونت خانگی کل داشت. طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی نیز در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که بین این عامل با خشونت خانگی ارتباط معناداری یافت نشد.

جنسیت نوزاد در ۶ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که یکی از این مطالعات حاکی از ارتباط معنادار این عامل با خشونت خانگی کلی بود. همچنین یافته‌های ۲ مطالعه در زمینه‌ی بعد جسمی (۶ و ۴۸) و یک مطالعه در زمینه‌ی بعد عاطفی (۱۸) حاکی از عدم ارتباط این ابعاد با جنسیت نوزاد بودند. همچنین جنسیت فرزندان نیز در ۲ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که هر دو مطالعه حاکی از عدم ارتباط معنادار این عامل با خشونت خانگی بودند.

نژاد/قومیت، تنها در یک مطالعه بررسی شده بود که ارتباط معناداری بین خشونت خانگی کلی و قومیت فارس، ترک و سایر اقوام یافت نشد.

۲-۲- عوامل بینابینی

شرایط محیط زندگی از جمله محل سکونت (شهر یا روستا) در ۸ مطالعه بررسی شده بود. از این میان ۳ مطالعه حاکی از ارتباط محل سکونت زن باردار با خشونت خانگی کلی بودند. ۲ مطالعه به بررسی ارتباط این عامل با بعد جسمی خشونت خانگی پرداخته بودند که یکی از مطالعات حاکی از ارتباط معنادار بین این عوامل بود (۲۶ و ۲۷). همچنین، ارتباطی میان این عامل با بعد عاطفی خشونت خانگی مشاهده نشده بود (۱۸).

شرایط روانی- اجتماعی از جمله سابقه افسردگی در زن در ۲ مطالعه بررسی شده بود که یک مطالعه حاکی از ارتباط معنادار بود. حمایت اجتماعی در ۲ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که در یک مطالعه، حمایت خانواده‌ی زن از وی سبب کاهش شیوع خشونت خانگی کلی شده بود. ارتباط تمایل به بارداری به صورت خواسته یا ناخواسته بودن بارداری

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

و رضایت از بارداری، در ۱۶ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود. از این بین، ارتباط خشونت خانگی کل با تمایل به بارداری در زن در ۱۰ مطالعه گزارش شده بود که ۶ مطالعه حاکی از ارتباط معنادار بودند. همچنین ارتباط این عامل با بعد جسمی خشونت خانگی در ۵ مطالعه بررسی شده بود که ۳ مطالعه ارتباط معناداری را نشان داده بودند (۶، ۲۹ و ۴۶-۴۸). یافته‌های مطالعه‌ی ستارزاده و همکاران، ارتباط معناداری را میان این عامل با بعد عاطفی خشونت خانگی نشان داده بودند (۱۸). در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران نیز از میان ابعاد جسمی، عاطفی، جنسی، اجتماعی و اقتصادی خشونت خانگی، تنها بعد اجتماعی با تمایل به بارداری ارتباط معناداری داشت (۴۷). ارتباط رضایت همسر از بارداری در ۲ مطالعه بررسی شده بود که معنادار بود (۶ و ۱۹). در ۲ مطالعه، ارتباط ازدواج بدون رضایت زن با خشونت خانگی، گزارش شده بود. هاشمی‌نسب و همکاران، این ارتباط را با بعد جسمی و خدیوزاده و همکاران، علاوه بر بعد جسمی، وجود این ارتباط را با بعد عاطفی نیز نشان داده بودند اما این عامل با بعد جنسی خشونت خانگی ارتباط معناداری نداشت (۳۶ و ۴۶). رضایت از زندگی مشترک نیز در مطالعه‌ای بررسی شده بود که حاکی از ارتباط معنادار با بعد جسمی خشونت خانگی داشت. تعدد همسر نیز به عنوان عامل خطری برای خشونت خانگی در ۲ مطالعه بررسی شده بود که یکی از مطالعات حاکی از ارتباط معنادار این عامل با خشونت خانگی کلی (۳۶) و دیگری با بعد جسمی خشونت خانگی بود (۲۷). طلاق والدین زن نیز در یک مطالعه بررسی شده بود که ارتباط معناداری با خشونت خانگی نداشت.

عوامل رفتاری از قبیل اعتیاد زن به تریاک در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که ارتباط معناداری با خشونت خانگی کلی داشت. کفایی و همکاران نیز گزارش کرده بودند که مصرف یکی از انواع سیگار، مشروبات الکلی یا مواد مخدر با یکی از انواع خشونت خانگی از انواع روحی-روانی، جسمی یا جنسی مرتبط است (۴۲). اعتیاد مرد در ۱۴ مطالعه بررسی شده بود که نتایج ۹ مطالعه حاکی از ارتباط معنادار این عامل با خشونت خانگی کلی بود. به جز ۶ مطالعه که منظور خود را از اعتیاد بیان کرده بودند، سایر مطالعات، سوء مصرف مواد را در نظر گرفته بودند. در این ۶ مطالعه، اعتیاد در ۲ مورد به معنای اعتیاد به تریاک (۲۷ و ۴۹) و در ۴ مطالعه‌ی دیگر علاوه بر مواد، مصرف الکل و سیگار هم جزء موارد اعتیاد در نظر گرفته شده بودند (۲۱، ۴۳-۴۱). ارتباط اعتیاد همسر با بعد جسمی خشونت خانگی در ۶ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که سه مطالعه حاکی از ارتباط معنادار بودند (۱۶، ۲۷، ۳۲، ۳۴، ۴۲ و ۴۶). همچنین ارتباط این عامل با بعد عاطفی و جنسی خشونت خانگی در ۵ مطالعه بررسی شده بود، که ۴ مطالعه، میان بعد عاطفی و ۲ مطالعه میان بعد جنسی خشونت خانگی با اعتیاد همسر، ارتباط معناداری را نشان داده بودند (۱۶، ۳۲، ۳۴، ۴۱ و ۴۲). در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران، ارتباط اعتیاد همسر با بعد اجتماعی و اقتصادی خشونت خانگی نیز گزارش شده بود (۴۷).

سیگار کشیدن زن در ۵ مطالعه بررسی شده بود که ۲ مطالعه حاکی از ارتباط این عامل با خشونت خانگی کلی بودند. در ۲ مطالعه‌ی دیگر، ارتباط بعد جسمی خشونت خانگی با این عامل نشان داده شده بود (۲۹ و ۳۲). همچنین، یافته‌های مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران، حاکی از ارتباط بعد عاطفی و عدم ارتباط بعد جنسی، اجتماعی و اقتصادی خشونت خانگی با سیگار کشیدن زن بودند (۴۷). سیگار کشیدن همسر در ۹ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که ۴ مطالعه حاکی از ارتباط معنادار این عامل با خشونت خانگی کلی بودند. ارتباط معنادار سیگار کشیدن همسر با بعد جسمی خشونت خانگی در ۳ مطالعه (۶، ۳۲ و ۴۶) و بعد عاطفی خشونت خانگی در ۲ مطالعه (۱۸ و ۳۲) گزارش شده بود. در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران، ارتباط این عامل با بعد جنسی، اجتماعی و اقتصادی نیز سنجیده شده بود که ارتباط معناداری یافت نشد (۴۷). کشیدن قلیان در زن و مرد نیز در یک مطالعه بررسی شده بود که ارتباط معناداری با خشونت خانگی داشت.

مصرف الکل توسط زن در یک مطالعه و در مرد در ۵ مطالعه بررسی شده بود که مصرف الکل در زن بدون ارتباط و در مقابل مصرف الکل توسط مرد در ۲ مطالعه، دارای ارتباط معناداری با خشونت خانگی کلی بود. همچنین این ارتباط در ۳ مطالعه با بعد جسمی خشونت خانگی نیز گزارش شده بود (۶، ۳۲ و ۴۶). یافته‌های مطالعه‌ی باقرزاده نشان داد که مصرف الکل توسط همسر با بعد عاطفی و اقتصادی خشونت خانگی ارتباط معنادار و با بعد جنسی و اجتماعی ارتباطی نداشت (۴۷).

نظام سلامت از جمله مراقبت‌های دوران بارداری، در ۱۱ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود. از بین این مطالعات، ۵ مطالعه ارتباط مراقبت‌های دوران بارداری را با خشونت خانگی کلی مورد بررسی قرار داده بودند که ۴ مطالعه حاکی از وجود ارتباط معنادار بودند. ۵ مطالعه نیز ارتباط این عامل را با بعد جسمی خشونت خانگی بررسی کرده بودند. از بین این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

مطالعات، دو مطالعه زمان دریافت اولین مراقبت دوران بارداری و همچنین تعداد دفعات مراقبت‌های دوران بارداری را بررسی کرده بودند که حاکی از وجود ارتباط معنادار هر دو عامل با بعد جسمی خشونت خانگی بودند (۶ و ۲۷). همچنین، یک مطالعه ارتباط این دو عامل را با بعد عاطفی خشونت خانگی سنجیده بود که ارتباط معناداری نداشت (۱۸). نوع بیمه‌ی سلامتی مادر در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود که حاکی از ارتباط این عامل با بعد جسمی خشونت خانگی بود.

جدول ۲. عوامل مرتبط با خشونت خانگی در دوران بارداری در مطالعات سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۰.

نویسنده، سال	تعداد نمونه	عوامل خطر ساختاری								شرایط محیط زندگی	شرایط روانی- اجتماعی									عوامل رفتاری								عوامل مربوط به نظام سلامت	
		اشتغال زن	اشتغال همسر	تحصیلات زن	وضعیت اقتصادی	طبقه اجتماعی- اقتصادی	جنسیت فرزندان	قومیت		محل سکونت	ازدواج بدون رضایت	تمایل به بارداری	تعدد همسر	حمایت اجتماعی	طلاق والدین زن	سابقه افسردگی	رضایت از زندگی مشترک	اعتیاد زن	اعتیاد همسر	سیگار کشیدن زن	سیگار کشیدن همسر	قلیان کشیدن زن	قلیان کشیدن همسر	مصرف الکل توسط زن	مصرف الکل توسط همسر	مراقبت های دوران بارداری	نوع بیمه سلامتی
خسروی و همکاران ۲۰۰۸ (۳۱)	۸۴۰	❋	❋	❋	×	❋				×																			
جعفرنژاد و همکاران ۲۰۰۹ (۱۹)	۱۰۲			×	×							❋																	
خدیوزاده و عرفانیان ۲۰۱۱ (۳۶)	۱۹۰			×	×		×			×	×	×	❋	❋													❋		
شمسی و بیاتی ۲۰۱۲ (۳۹)	۴۰۰	❋	❋	❋	❋							❋									❋								
صالحی و مهرعلیان ۲۰۰۳ (۲۶)	۱۶۰۰		❋	×	❋					×									❋										
رنجبر و همکاران ۲۰۱۲ (۴۹)	۴۰۰	×	❋	❋			❋	×		×		❋					❋		❋	×	❋	❋	❋	×	❋				
بهنام و همکاران ۲۰۰۸ (۲۰)	۲۹۰			❋	❋																								
دولتیان و همکاران ۲۰۰۸ (۳۰)	۵۰۰	❋	❋	❋	❋							❋							❋								❋		
حسن‌زاده و همکاران ۲۰۱۱ (۱۶)	۳۰۰				❋														❋		❋					❋			
درتاج رابری و همکاران ۲۰۱۰ (۱۵)	۳۷۰	❋	❋	❋	❋		×	×				❋							❋	❋	❋						❋		
سلیمانی و همکاران ۲۰۱۲ (۴۰)	۶۰۰	❋	×	×	❋																								
باقرزاده و همکاران ۲۰۰۸ (۴۷)	۴۰۰	×	❋	❋	×														❋	❋	❋					❋			
باهری و همکاران ۲۰۱۲ (۴۳)	۳۳۵	×	×	×	×														❋								❋		
باهری و همکاران ۲۰۱۲ (۴۱)	۱۶۸	❋		❋															❋										
حسن و همکاران ۲۰۱۱ (۳۵)	۱۹۵۰				❋									❋	×	❋					❋								
حسن و همکاران ۲۰۱۳ (۴۵)	۱۳۰۰	❋	❋	❋	❋																								
کفایی عطریان و همکاران ۲۰۱۲ (۴۲)	۱۴۳				×							×																	
نوابخش و همکاران ۲۰۰۸ (۵۰)	۶۰۰			❋	❋					×																			
حسامی و همکاران ۲۰۱۰ (۲۴)	۲۴۳	×		❋								×																	
دولتیان و همکاران ۲۰۱۰ (۲۲)	۱۲۰	×	×	×	×																								
دولتیان و همکاران ۲۰۰۸ (۲۳)	۲۴۰	❋		❋								×																	
جمشیدی‌منش و همکاران ۲۰۱۲ (۱۷)	۶۰۰	❋			❋																								
خداکرمی و همکاران ۲۰۰۹ (۲۱)	۱۵۳		❋	❋	❋														❋								❋		
محمد حسینی و همکاران ۲۰۱۰ (۳۴)	۱۳۰۰		❋	×	❋		×							×					❋		❋								
باباپور و همکاران ۲۰۰۷ (۶)	۲۶۰		❋		❋			×													❋					❋		❋	
بداغ آبادی ۲۰۰۵ (۲۷)	۵۸۷			❋	×		×			×						×			❋										
ستارزاده و همکاران ۲۰۰۷ (۱۸)	۲۶۰						×			❋																			×
هاشمی نسب ۲۰۰۷ (۴۶)	۸۴۰	❋	❋	×	❋			×		×									❋		❋					❋			
نجومی و اکرمی ۲۰۰۶ (۲۹)	۴۰۶	❋		❋																❋									
محمدی و همکاران ۲۰۱۱ (۳۸)	۹۸											❋																	

❋ ارتباط معنادار

× عدم ارتباط

[۱] منظور از اعتیاد در این مطالعات تنها اعتیاد به تریاک می‌باشد.

[۲] اعتیاد در این مطالعات علاوه بر مواد مخدر، الکل و سیگار را هم شامل می‌شود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

بحث

در این مطالعه‌ی مروری، به دلایل ذکر شده، ۳۸ مقاله در مورد خشونت خانگی در بارداری، شیوع و عوامل مرتبط با آن در ایران مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعات مورد بررسی شیوع خشونت خانگی در بارداری، طیف وسیعی را شامل شده بود. این مسأله در مطالعات دیگر نیز مشهود است. در یک متاآنالیز شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری ۱ تا ۲۰ درصد گزارش شده بود (۵۶). در مطالعات دیگر این میزان نیز بین ۱ تا ۵۲/۲ درصد بود (۵۴-۵۲). تفاوت در روش انجام مطالعات، از قبیل جامعه‌ی مورد مطالعه، مشخصات واحدهای پژوهش، زمان پژوهش (اوایل یا اواخر بارداری)، تعریف پژوهشگر از خشونت خانگی و همچنین معیار بررسی خشونت خانگی می‌تواند دلیلی بر این یافته باشد.

در زمینه‌ی ابزار سنجش خشونت خانگی، اکثر مطالعات از پرسشنامه‌ی خودساخته‌ای استفاده کرده بودند که برگرفته از مطالعات داخلی و خارجی بوده که با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون شده بودند. بیشتر سؤالات مطرح شده در پرسشنامه‌ها مضمون یکسانی داشتند، با این وجود با الفاظ متفاوتی مطرح شده بودند که می‌تواند برداشت مددجو را از سؤال تحت تأثیر قرار دهد. Gazmararian و همکاران نیز در مطالعه‌ی مروری خود، استفاده از یک ابزار استاندارد به منظور بررسی شدت و تداوم خشونت خانگی در دوران بارداری و مقایسه‌ی نتایج مطالعاتی که در جوامع مختلف انجام شده را پیشنهاد کرده‌اند (۵۵). در زمینه‌ی ابعاد خشونت خانگی، بعد عاطفی شایع‌ترین شکل خشونت خانگی در دوران بارداری بود و در مرتبه‌ی بعدی، خشونت جنسی و سپس خشونت جسمی قرار داشت. این یافته در مطالعاتی که در پاکستان، هند و بنگلادش انجام شده بودند نیز گزارش شده بود (۵۶).

یافته‌های مطالعات مورد بررسی بیانگر ارتباط مستقیم وضعیت اقتصادی نامطلوب، ناخواسته بودن بارداری، ازدواج بدون رضایت، سابقه‌ی افسردگی، اعتیاد زن و همسر و ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری و ارتباط معکوس سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال زن و همسر، رضایت از زندگی مشترک و حمایت اجتماعی با خشونت خانگی در دوران بارداری بودند. با وجود اینکه از دیدگاه کارشناسان سلامت، خشونت علیه زنان مشکلی عالم‌گیر و چالشی بزرگ در سطح سلامت عمومی می‌باشد، آثار مخرب و آسیب‌های ناشی از خشونت خانگی در جوامعی که زنان محدودیت تحرک و وضعیت اقتصادی- اجتماعی نامناسب‌تر دارند و هیچ منبع و اختیاری برای کنترل این آثار ندارند، بیشتر می‌باشد. به عنوان مثال در کشورهای در حال توسعه نظیر پاکستان، که تبعیض جنسیتی در زمینه‌ی دسترسی به تحصیلات، بهداشت و کار وجود دارد، میزان خشونت خانگی در زنان بالاتر می‌باشد (۵۶). در این جوامع، دختران یاد می‌گیرند که نقش جنسیتی زنان پایین‌تر از مردان بوده و زنان همیشه به مردان وابسته‌اند و در مقام زن برای دفاع از خود در مقابل خشونت، امکانات محدودی دارند (۳۵). در کشورهای توسعه یافته نیز خشونت در گروه‌هایی با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط و تحصیل کرده، کمترین و در مقابل در زنان فقیرتر بیشترین میزان را دارد (۵۷).

تحصیلات زن و همسر به عنوان عاملی محافظتی در برابر خشونت در نظر گرفته می‌شوند. تحصیلات بالاتر همسر، به علت شناخت بیشتر وظایف اجتماعی و خانوادگی و داشتن رفتار مناسب‌تر با زن، موجب کاهش اعمال خشونت خواهد شد (۶). سطح تحصیلات زن، در سطح فردی، ارتباطی قوی و غیر خطی با خشونت دارد که تا حدودی به علت استانداردهای زندگی خانگی می‌باشد. با این وجود در سطح اجتماعی، به علت میزان پذیرش بدرفتاری نسبت به زن در جامعه تا حدودی از اثر محافظتی تحصیلات کاسته می‌شود (۵۸). همچنین سطح تحصیلات می‌تواند با تأثیر بر شغل و درآمد نیز اثرات خود را اعمال کند. وضعیت اشتغال منعکس‌کننده‌ی جایگاه اجتماعی بوده و با ایجاد دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بهتر و دسترسی به تحصیلات، پیامدهای سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴).

بیکاری مرد می‌تواند موجب استرس شود و به دلیل حضور بیشتر مرد در منزل، کشمکش‌های زناشویی به دلیل مشکلات مالی و اثرات روانی حاصل از آن، موجب اعمال خشونت علیه زن شود. در مقابل اشتغال و داشتن منبع درآمد مستقل تا زمانی که زن اجازه برداشت پول از بانک و دخل و تصرف در منبع درآمد را داشته باشد، به عنوان یک عامل محافظتی در برابر بیکاری مرد محسوب می‌شود (۴۸). در نتیجه استرس‌های ایجاد شده، راهکارهای مقابله‌ای فرد با استرس‌ها و محرومیت‌های مادی، از جمله مصرف الکل و تنباکو نیز می‌تواند عامل خطری برای همسرآزاری باشد (۱۴ و ۳۶). البته در زنان، مصرف مواد مخدر از جمله کشیدن سیگار از یک سو می‌تواند سازگاری منفی با خشونت و استرس‌های ناشی از آن باشد و از سوی دیگر می‌تواند سبب عصبانیت همسر و تشدید خشونت وی شود (۵۹). در مقابل، حمایت اجتماعی به عنوان حایلی در مقابل استرس عمل کرده و به افراد در جهت از بین بردن و اداره پیامدهای عوامل استرس‌زا، عوارض بیماری‌ها و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

غیره کمک می‌کند (۶۰). زنانی که حمایت کمی از طرف خانواده‌ی خود دریافت می‌کنند، بیشتر تحت خشونت خانگی قرار می‌گیرند (۶۱).

نتیجه‌گیری

علیرغم وجود تفاوت‌هایی که در روش اجرای مطالعات وجود داشت، شیوع هشداردهنده و بالای خشونت در دوران بارداری بیانگر این مطلب است که همه‌ی گروه‌های زنان در دوران باروری در معرض خطر خشونت خانگی قرار دارند و با توجه به اثرات نامطلوب خشونت خانگی بر باروری زنان، غربالگری خشونت و همچنین شناسایی زنان در معرض خطر در دوران بارداری ضروری می‌باشد. بدین طریق می‌توان در بسیاری از موارد با انجام اقدامات مناسب، از بروز پیامدهای نامطلوب خشونت جلوگیری نمود. همچنین از آنجایی که عوامل اجتماعی بسیاری، خشونت خانگی در دوران بارداری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نیاز به انجام مطالعات وسیع‌تر برای شناسایی مکانیسم‌های وقوع خشونت خانگی به واسطه‌ی تعیین‌کننده‌های اجتماعی ضروری است.

REFERENCES

1. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lorenzo R, editors. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

2. Espinosa R, Gutiérrez MI, Mena-Muñoz JH, Córdoba P. Domestic violence surveillance system: a model. Salud Pública de México 2008;50:s12–s18.

3. Doulatian M, Gharacheh M, Ahmadi M, Shams J, Alavi H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. Med J Hormozgan Univ 2010;13(4):260–9. (Full Text in Persian)

4. Taylor R, Nabors EL. Pink or blue ... black and blue? Examining pregnancy as a predictor of intimate partner violence and femicide. Violence Against Women 2009;15(11):1273–93.

5. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. J Women Health (Larchmt) 2006;15:934–40.

6. Babapor JN. Sattarzadeh, Khodaei R. Physical violence against pregnant women risk factors and relation to some pregnancy outcome in women referring to tabriz educational hospital in 2007. J Urmia Nurs Midwifery Faculty 2008; 5(4):141–6. (Full Text in Persian)

7. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. Am J Obstet Gynecol 2003;188(5):1341–47.

8. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, *et al*. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reprod Health Matters 2010;18(36):158–70.

9. Nasir K, Hyder AA.Violence against pregnant women in developing countries: review in evidence. Eur J Public Health 2003;13(2):105–7.

10. Fantasia HC, Sutherland MA, Fontenot HB, Lee-St John TJ. Chronicity of partner violence, contraceptive patterns and pregnancy risk. Contraception 2012;86(5):530–5.

11. Whitehead M. Inequalities in health: the black report: the health divide. Townsend P, Davidsen N, editors. Penguin. 1992.

12. Motlagh ME, Oliaei manesh AR, Beheshtian M. Health and its social determinants. Tehran: Health policy council. Secretariat of social determinant of health. Ministry of Health and Medical Education; 2008. (Full Text in Persian)

13. World Health Organization. Commission on the social determinants of health: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. WHO, Geneva; 2008.

14. Solar O, Irwin A. A conceptual frame work for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health WHO Geneva: World Health Organization; 2010.

15. Dortag RS, Shekarabi R, Baniassad MM, Hosseini AF. Prevalence of violence among pregnant women attending to health care centers in west of Tehran. Iran J Nurs 2010;23(65):61–72. (Full Text in Persian)

16. Hasanzadeh S, Nouhjah S, Haghighizadeh MH. Prevalence of domestic violence against pregnant women and its related factors in women referred to health centers in 2010 in Ahvaz, Iran. Jentashapir J Health Res 2011;2(3):104–10. (Full Text in Persian)

17. Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in Iran. J Fam Reprod Health 2013;7(1):7–10.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

18. Sattarzadeh N, Khodai R. Risk factors of behavioral violence against pregnant women and its associated with pregnancy outcomes in medical- university hospitals in Tabriz. J Tabriz Nurs Midwifery 2009;11:10–7. (Full Text in Persian)

19. Jafarnezhad F, Moghadam Hosseini V, Soltanifar A, Ebrahimzadeh S. Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment. J Sabzevar Univ Med Sci 2009;16(1):35–42. (Full Text in Persian)

20. Behnam H, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. Ofogh-e-Danesh J 2008;14(2):70–6. (Full Text in Persian)

21. Khodakarami N, Naji H, Dashti MG, Yazdjerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2009;15(3):622–8.

22. Dolatian, M, Hesami, K, Shams J, Majd HA. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. Iran Red Crescent Med J 2010;12(4):377–83.

23. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Majd HA. Relationship between domestic violence during pregnancy with breastfeeding. J Faculty Nurs Midwifery (SBMU) 2008;18(61):1–8. (Full Text in Persian)

24. Hesami K, Dolatian M, Shams J, Majd HA. Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women. Iran J Nurs 23(63):51–9. (Full Text in Persian)

25. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science hospitals. J Fam Violence 2007;22(8):643–8.

26. Salehi S, Mehralian H. Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord. Shahrekord Univ Med Sci 2006;2:72–7. (Full Text in Persian)

27. Bodaghabadi M. Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to mobini hospital in Sabzevar, Iran. J Sabzevar Univ Med Sci 2005;12(3):41–6.

28. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Acta Med Iran 2005;43(2):115–22.

29. Nojoumi M, Akrami Z. Physical violence during pregnancy: prevalence and outcomes. Payesh (J Iran Inst Health Sci Res) 2003; 1(2):43–8. (Full Text in Persian)

30. Dolatian M, Gharache M, Ahamadi M, Shams J, Alavi Majd H. Evaluation of health outcomes with relation to intimate partner abuse among pregnant women attending Gachsaran Hospitals in 2007. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2008;13(2):57–68. (Full Text in Persian)

31. Khosravi F, Hasheminasab L. Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of Sanandaj hospitals. J Urmia Univ Med Sci 2008;19(1):8–14. (Full Text in Persian)

32. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaei H. Relationship between domestic violence during pregnancy and complications of pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz university of Medical Sciences. Ofogh-e-Danesh J 2008;13(4):51–8.

33. 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.

34. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2010;16(7):752–8.

35. Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Vizhe M, Hassan M. Domestic violence against pregnant women: prevalence and associated factors. Sociol Women (J Women Soc). 2011; 1(4):77–96. (Full Text in Persian)

36. Khadivzadeh T, Erfanian F. Comparison of domestic violence during pregnancy with the pre-pregnancy period and its relating factor. Iran J Obestet Gynecol Infertil 2011;14(4):47–56. (Full Text in Persian)

37. Mohammadi G, Amir Aliakbari S, Ramezankhani A, Alavi Majd H. The reproductive health status of women with experience of violence in harm reduction centers in Tehran, 2010. Pejouhandeh 2011;16(5):219–25. (Full Text in Persian)

38. Mohammadi G, Amiraliakbari S, Ramezankhani A, Majd HA. Poor reproductive health among a group of socially damaged Middle Eastern women: a cross-sectional study. Int J Women Health 2011;3:399–403.

39. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. J Gorgan Univ Med Sci 2011;13(4):67–75. (Full Text in Persian)

40. Soleimani M, Jamshidimanesh M, Daneshkojuri M, Hoseini F. Correlation between partner violence and preterm labor. J Qazvin Univ Med Sci 2012;15(4):53–9.

41. Baheri B, Ziaie M, and Zeighami Mohammadi SH. Frequency of domestic violence in women with adverse pregnancy outcomes (Karaj 2007–2008). Nasim-Danesh (Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty) 2012;20(1):31–8. (Full Text in Persian)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

42. Kafaei AM, Abbaszadeh F, Sarafraz N, Izady AF, Jafarabadi MA. Survey of domestic violence during gestation, in women referred to Kashan's Golabchi health clinics in 2008. J Zabol Univ Med Sci 2012;3(4):29–37. (Full Text in Persian)

43. Baheri B, Ziaie M, Zeighami Mohammadi Sh. Effect of domestic violence on pregnancy outcomes among pregnant women referring to Karaj medical centers. Hakim 2012;15(2):140–6. (Full Text in Persian)

44. Mohamadi N, Shobeiri F, Khodaveisi M. A Survey on physical violence during pregnancy. J Ilam Univ Med Sci 2012;20(3):38–45. (Full Text in Persian)

45. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. Assessment of association between domestic violence during pregnancy with fetal outcome. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013;16(43):21–9. (Full Text in Persian)

46. Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to Sanandaj labor unit. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2006;4:32–42. (Full Text in Persian)

47. Bagherzadeh R, Kheshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaei H, Heidari M. Demographic characteristics of women with domestic violence during pregnancy. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty 2009;16(2):5–12. (Full Text in Persian)

48. Bodaghabadi M. Prevalence of violence and related factors in pregnant women referring to Shahid Mobini Hospital, Sabzevar. Med J Hormozgan 2007;11(1):71–6. (Full Text in Persian)

49. Ranjbar H, Kohan M, Abbaszadeh A, Arab M, Pouryazdanpanah F. The survey of prevalence of violence against mother and substance abuse and their relation with low birth weight (LBW) and preterm birth in Kerman in 2008. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2011;14(6):15–23. (Full Text in Persian)

50. Navabakhsh M, Ghajavand K. Survey the violence elements on addicted men against pregnant women. Res Addict 2008;2(8):5–32. (Full Text in Persian)

51. Fried L, Cabral H, Amaro H, Aschengrau A. Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth. J Midwifery Women Health 2008;53(6):522–8.

52. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: implications for newborn nurses. Newborn Infant Nurs Rev 2007;7(1):7–13.

53. Sanchez SE, Alva AV, Diez Chang G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, *et al*. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. Matern Child Health J 2013;17(3): 485–92.

54. Makayoto LA, Omolo J, Kamweya AM, Harder VS, Mutai J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. Matern Child Health J 2013;17(3):441–7.

55. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. J Am Med Assoc (JAMA) 1996;275(24):1915−20.

56. Zakar R, Zakar M, Mikolajczyk R, Krämer A. Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan. Int J Gynecol Obstet 2012;117(1):10–4.

57. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002;359(9314):1331–6.

58. Boyle MH, Georgiades K, Cullen J, Racine Y. Community influences on intimate partner violence in India: Women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. Soc Sci Med 2009;69(5):691–7.

59. Avery M. Physical violence against pregnant women in North Carolina: 1997–2000. State Center for Health Statistics. Available from: http:// www.schs.state.nc.uc.

60. Spiegel D, Classen C. Supportive group therapy with cancer patients. New York, Basic Book; 1999.

61. Naved T, Persson A. Factors associated with physical spousal abused of wome dering pregnancy in Bangeladesh. Int Fam Plan Prespect 2008;34(2):71–8.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]