ORIGINAL ARTICLE

The prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum in Iran

Mohammad Esmaeil Motlagh[1],
Farahnaz Torkestani[2],
Hassan Ashrafian Amiri[3],
Seyed-Mozaffar Rabiee[4],
Laleh Radpooyan[5],
Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani[6],
Bahram Tahmasby[7]

[1] Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran
[2] Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, I.R. Iran
[3] Internal Disease Specialist, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran
[4] Associate Professor, Department of Anesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran.
5 BSc in Midwifery, Department of Health, Ministry of health, Tehran, I.R. Iran
[6] Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran
[7] Assistant Professor, Department of Nursing and Midwifery, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R. Iran

(Received Jan 30, 2017 Accepted may 24, 2017)

Abstract

Background and purpose: Violence against women is considered a form of domestic violence. During pregnancy it could cause a range of adverse outcomes for mother and baby. This study aimed to determine the prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum and its related factors.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted on the incidence of maternal mortality in 2015 in six provinces in Iran. In each province 24 public health centers were selected using stratified random sampling. In each center, 15-20 mothers who had at least one session of prenatal care were examined. Data was collected simultaneously from the records available in health centers and interviewing the mothers, then analyzed in SPSS18 at a significance level of $\alpha < 0.05$.

Results: Among 2704 mothers participating in the study, the prevalence of physical violence during pregnancy and postpartum was 8.10% and 28% suffered from psychological violence. Among 31 variables studied, 10 had a significant relationship with both physical abuse and psychological violence ($P>0.05$). Multistage multivariate analysis of variance showed that 7 variables had significant relationship with physical violence, and 6 variables were associated with psychological violence ($P>0.05$).

Conclusion: Despite records available in family's' files, a considerable rate of domestic violence was observed against mothers in Iran, therefore, health providers are ought to prevent this by taking appropriate actions.

Keywords: domestic violence, physical violence, psychological violence, prevalence, violence, pregnancy

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (150):78- 88.(Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 150 تیر سال 1396 (88-78)

شیوع همسرآزاری علیه مادران در دوران بارداری و پس از زایمان در ایران

محمداسماعیل مطلق[1]
فرحناز ترکستانی[2]
حسن اشرفیان امیری[3]
سیدمظفر ربیعی[4]
لاله رادپویان[5]
سیدداود نصرالله‌پور شیروانی[6]
بهرام طهماسبی[7]

چکیده

سابقه و هدف: همسرآزاری به عنوان یکی از انواع خشونت‌های خانگی است که اگر در دوره بارداری شایع باشد می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد ایجاد نماید. این مطالعه به منظور تعیین شیوع همسرآزاری علیه مادران در دوران بارداری و پس از زایمان و عوامل وابسته به آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر اساس میزان بروز مرگ مادر در شش استان ایران در سال 1394 انجام گرفت. در هر استان 24 مرکز بهداشتی دولتی به طور طبقه‌ای و تصادفی انتخاب شدند. در هر مرکز منتخب 15 تا 20 مادری که حداقل با یک بار مراقبت دوره بارداری تحت پوشش بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها به طور هم‌زمان از پرونده بهداشتی و مصاحبه با مادران جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS18 در سطح معناداری $\alpha>0/05$ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در بین 2704 مادر شرکت‌کننده در مطالعه، میزان شیوع خشونت جسمی در طول دوران بارداری و پس از زایمان 10/8 درصد و میزان خشونت روحی 28 درصد بود. از بین 31 متغیر مورد بررسی با همسرآزاری، ارتباط 10 متغیر هم با همسرآزاری جسمی و هم با همسرآزاری روحی معنی‌دار بود($p>0/05$). با آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای ارتباط معنی‌داری 7 متغیر با خشونت جسمی و 6 متغیر با خشونت روحی به تایید رسید($p>0/05$).

استنتاج: این مطالعه نشان داد که میزان شیوع همسرآزاری در مادران ایرانی برخلاف مستندات ثبتی موجود در پرونده خانوار، بسیار قابل ملاحظه است و ضرورت دارد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به پیشگیری و یا تعدیل آن اقدامات متناسب انجام دهند.

واژه های کلیدی: همسرآزاری، خشونت جسمی، خشونت روحی، شیوع خشونت، دوره بارداری.

مقدمه

همسرآزاری به عنوان یکی از انواع خشونت‌های خانگی شامل هر گونه رفتاری است که به صورت عملی، توسط همسر نسبت به زن صورت می‌گیرد. این نوع خشونت، در برگیرنده بدرفتاری‌های جسمانی، عاطفی و جنسی است که به منظور اعمال سلطه، اقتدار و تحکیم قدرت خود نسبت به زن و دیگر اعضاء خانواده به کار می‌رود(1). سازمان بهداشت جهانی (WHO) هم هر گونه عمل خشونت‌آمیز شوهر علیه زن را که منجر به صدمات عاطفی، روانی، جسمی یا جنسی در وی شده یا به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت او تاثیر داشته باشد، همسرآزاری تعریف نمود(2). در حال حاضر خشونت علیه زنان یکی از

مولف مسئول: سیدداود نصرالله‌پور شیروانی - بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت Email: dnshirvani@gmail.com
1. استاد، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی، اهواز، ایران
2. دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
3. متخصص داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
4.. دانشیار، گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
5. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
6. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
7. استادیار، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1395/11/3 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/12/11 تاریخ تصویب : 1396/3/3

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

مشکلات 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 قرار می‌گیرند و اگر این خشونت به موازات دوره بارداری و پس از زایمان انجام گیرد، پیامدهای نامطلوب آن به مراتب گسترده‌تر خواهد بود. مطالعات نشان می‌دهند خشونت علیه زنان در دوره 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 فشارخون، ادم، تهوع و استفراغ یا دهیدراتاسیون شدید، عفونت سیستم ادراری و هم چنین ویزیت‌های بیمارستانی به دلایل ذکر شده می‌شود(3-5). به عبارتی همسرآزاری و نادیده گرفتن حقوق زنان خصوصاً در دوران بارداری و پس از زایمان می‌تواند اثرات مخربی در زندگی فردی، اجتماعی، بهداشتی و قانونی زنان داشته و صدمات جبران ناپذیری را به کانون خانواده و اجتماع وارد آورد(6). به همین خاطر توجه به میزان شیوع و عوامل مرتبط با همسرآزاری در جوامع مختلف هر روز وسیع‌تر شده و مطالعات متعددی که به ابعاد مختلف همسرآزاری می‌پردازند، همواره رو به افزایش می‌باشد.

در خصوص میزان شیوع همسرآزاری گزارشات متفاوتی در دنیا منتشر شده است که دامنه همسرآزاری را از سطح پایین تا سطح خیلی بالا نشان می‌دهد. طبق گزارش سازمان ملل متحد شیوع همسرآزاری در نیوزیلند 17 درصد، کلمبیا 20 درصد، بلژیک و نروژ 25 درصد، ایالات متحده آمریکا 28 درصد، کره 38 درصد و در گینه جدید 58 تا 67 درصد زنان از سوی همسرانشان مورد اذیت و آزار قرار می‌گیرند(7). در ایران مطالعات پراکنده‌ای که از گروه‌های مختلف جمعیتی انجام گرفت سطح همسرآزاری را متفاوت نشان می‌دهد. در مطالعه سلیمانی و همکاران که در بخش پس از زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال 1388 انجام شد، فراوانی همسرآزاری به طور کلی 56/3 درصد (338 مورد از 600 نمونه) به دست آمد که همسرآزاری عاطفی 42/9 درصد، روانی 2/1 درصد و جسمی 1/5 درصد بود. در این مطالعه گرچه ارتباط بین همسرآزاری و زایمان زودرس معنی‌دار بود ولی تفاوت بین میزان همسرآزاری عاطفی با همسرآزاری روانی و جسمی بسیار قابل ملاحظه می‌باشد(8). در مطالعه‌ای که شاکری‌نژاد با بررسی 132 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر زنجان در سال 1388 انجام داد، میانگین رخداد خشونت طی بارداری 28 درصد بود. تجربه خشونت در زنان 20 تا 29 ساله بیش‌تر از زنان سنین بالاتر بود. 73/7 درصد خشونت عاطفی و کلامی، 28/8 درصد خشونت جنسی، 28 درصد خشونت روانی- اجتماعی، 22/7 درصد خشونت فیزیکی و 10/6 درصد خشونت شدید را گزارش نمودند. ارتباط قوی بین ترس از شوهر و خشونت فیزیکی، خشونت روانی- اجتماعی و خشونت عاطفی وجود داشت. مردانی که اقدام به شکستن اشیاء می‌نمودند، میزان خشونت بیش‌تری را نشان داده بودند. پدیده چند همسری در افزایش رخداد خشونت تاثیر داشت و 15/2 درصد از پاسخ دهندگان برای پایان دادن به خشونت به دفعات از وساطت خانواده بهره‌مند شدند(9). در مطالعه کیوان‌آرا و همکاران شایع‌ترین خشونت اعمال شده علیه 390 نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان در سال1390، خشونت عاطفی 52/8 درصد، خشونت کلامی 47/7 درصد، خشونت مالی 35/4 درصد و خشونت جسمی با 24/9 درصد بود (10). مطالعات مذکور چه در خارج از کشور و چه در داخل کشور عمدتاً میزان‌های غیریکسانی از همسرآزاری را گزارش نمودند که از دلایل آن می‌توان به اختلاف سطح فرهنگی و تحصیلات، تهیدستی، دموکراسی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

خودسانسوری، غالب بودن یا نبودن مردسالاری و موارد دیگر مرتبط با نمونه پژوهش را ذکر نمود(11).

بنا به تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همسرآزاری هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد. در مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان در سطح اول نظام شبکه ایران، همسرآزاری به دو طبقه خشونتی جسمی و روحی تقسیم شده است. همسرآزاری به دلیل این که یک عامل تهدیدکننده بر سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود و در صورت وقوع نیازمند به مداخلات فردی، خانوادگی و بعضاً جمعی است، جمع‌آوری اطلاعات مرتبط به آن در نظام مراقبت سلامت ضروری و غیرقابل اجتناب خواهد بود. این مطالعه به منظور تعیین شیوع همسرآزاری علیه مادران در دوران بارداری و پس از زایمان و عوامل وابسته به آن انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در پاییز 1394 انجام گرفت. جامعه پژوهش زنان سنین باروری بودند. بر اساس مطالعه ملی بررسی روند مرگ مادران ایران طی سال‌های 1386 تا 1391 و تقسیم کل استان‌های ایران به سه گروه کم خطر، دارای خطر متوسط و پرخطر مرگ مادران(12) و به جهت ارتباط موضوع و مشابهت نمونه پژوهش با مطالعه فوق، شش استان شامل استان‌های چهارمحال بختیاری و همدان با کم‌تر از 15 مورد مرگ مادر در یکصد هزار تولد زنده از مناطق کم خطر، استان‌های آذربایجان غربی و خراسان رضوی با 15 تا 25 مورد مرگ از مناطق دارای خطر متوسط و استان‌های گلستان و هرمزگان با مرگ بالای 25 مورد از مناطق پرخطر به صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر استان منتخب با توجه به برآورد حجم نمونه (Z=%95 ، P=0/5، d=%5) و پیش‌بینی بررسی بیش از 400 مادر، 24 مرکز بهداشتی - درمانی شهری و روستایی بخش دولتی ایران به تناسب توزیع جغرافیایی جمعیت به صورت طبقه‌ای و تصادفی انتخاب و در هر مرکز بهداشتی درمانی منتخب، 15 تا 20 نفر از مادرانی که در دوره بارداری تحت پوشش و بیش از دو ماه قبل از مطالعه زایمان نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیست طراحی شده بر اساس چارچوب فرم‌های مراقبتی پرونده بهداشتی مادران حاوی متغیرهایی شامل منطقه مورد بررسی، محل سکونت (شهری/ روستایی)، جمعیت شهری شهرهای مورد بررسی، سن، تحصیلات و شغل مادر، سن، تحصیلات و شغل همسر، مراقبت پیش از بارداری، تعداد بارداری، سقط، مرده‌زایی، فرزندان زنده، مواجه با عامل خطر و بیماری در طول بارداری، کم‌خونی سه ماهه اول و سه ماهه سوم مادر، زمان شروع اولین مراقبت بارداری، تعداد مراقبت دوره بارداری و پس از زایمان مادر بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی منتخب و بررسی مستندات پرونده بهداشتی تکمیل گردید. به موازات و تکمیل آن پرسش نامه 38 سئوالی شامل نوع منزل مسکونی (آپارتمانی/غیرآپارتمانی)، مالکیت منزل مسکونی (شخصی/غیرشخصی)، برخورداری از اتومبیل شخصی یا خانوادگی، فاصله بین محل سکونت تا مرکز دریافت خدمات (با پای پیاده و با وسیله نقلیه)، شرایط بروز حاملگی (خواسته و ناخواسته از دیدگاه مادر و همسرش)، تعداد ازدواج مادر، نسبت فامیلی با همسر، داشتن خاطرات تلخ و ناگوار مرتبط با دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان، 13 سوال در خصوص مشارکت مردان در مراقبت‌های دوره بارداری و هم‌چنین مطابق راهنمای برنامه کشوری مادری ایمن در زمینه خشونت جسمی (مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن‌موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو) و خشونت روانی (انتقاد ناروا، تحقیر، بد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک) طراحی گردید که روایی آن با نظرخواهی از 7 نفر شامل 2 کارشناس شاغل در اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، دو متخصص زنان عضو هیات علمی، سه کارشناس مامای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی به شکل صوری تایید و پایایی آن با آزمون کرونباخ به میزان 89 درصد محاسبه شد .

با توجه به کد اخلاقAJUMS.REC.1393.119، برای هر مادر منتخب توضیحات مختصری در خصوص هدف طرح و مدت زمان لازم برای پرسشگری ارائه شد و بعد از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشگری توسط کارشناسان زن آموزش دیده انجام گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون Chi-Square برای متغیرهای کیفی اسمی و آزمون Stepwise Backward Logistic Regression Model برای متغیرهای طبقه‌بندی شده دو گروهی در نرم‌افزار SPSS18 در سطح معناداری α0>/05 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از بین 2788 مادر شرکت‌کننده در مطالعه، 2702 نفر (96/9 درصد) به سوال خشونت جسمانی و 2704 نفر (97 درصد) به سوال خشونت روحی به صورت خوداظهاری یا خودایفاد پاسخ دادند. میزان شیوع خشونت جسمانی در طول دوران بارداری و پس از زایمان از سطح به ندرت تا همیشه 10/8 درصد و میزان خشونت روحی 28 درصد بود. جدول شماره 1 ارتباط بین متغیرهایی که هم با همسرآزاری جسمی و هم با همسرآزاری روحی مادران معنی‌دار بود را نشان می‌دهد.

جدول شماره1 نشان می‌دهد که از بین 30 متغیر مورد بررسی، 10 متغیر هم با همسرآزاری جسمی و هم با همسرآزاری روحی رابطه معنی‌دار وجود داشت.

بین همسرآزاری روحی و مناطق مختلف بر حسب خطر مرگ مادر(بیش‌تر بودن خشونت روحی در مناطق کم‌خطر و خطر متوسط نسبت به مناطق پرخطر)، نسبت فامیلی(بیش‌تر بودن خشونت روحی در بین زوجین غیرفامیل)، تعداد فرزندان(بیش‌تر بودن خشونت روحی در خانواده دارای کم‌تر از 3 فرزند)، تعداد مراقبت پس از زایمان(بیش‌تر بودن خشونت روحی در مادران با مراقبت کم‌تر از سه بار)، تحصیلات مادر(بیش‌تر بودن خشونت روحی در مادران با تحصیلات بالاتر از دوره متوسطه) رابطه معنی‌دار وجود داشت (p>0/05)

بین همسرآزاری جسمی و تعدد ازدواج(دو برابر بودن خشونت جسمی در مادران با بیش از یکبار ازدواج)، سن همسر(بیش‌تر بودن خشونت جسمی در همسران با سن کم‌تر از 30 سال)، تحصیلات همسر(بیش‌تر بودن خشونت جسمی در همسران با تحصیلات کم‌تر از دبیرستان) رابطه معنی‌دار وجود داشت (p>0/05)

بین جمعیت شهری، شروع مراقبت دوره بارداری، تعداد مراقبت دوره بارداری، کم‌خونی سه ماهه اول و سه ماهه سوم مادر، مدت زمان طی شدن بین منزل و واحد بهداشتی(با پای پیاده و با وسیله نقلیه)، شغل مادر، شغل همسر، سابقه سقط، سابقه مرده‌زایی مادر، علائم خطر در دوره بارداری، نوع منزل مسکونی(آپارتمانی/غیرآپارتمانی) و همسرآزاری جسمی و روحی رابطه معنی‌دار وجود نداشت(0/05 >p)به عبارتی ارتباط 13 متغیر مورد بررسی هم با همسرآزاری جسمی و هم با همسرآزاری روحی غیرمعنی‌دار بود.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت آنالیز دو متغیره دو به دو که 10 متغیر هم با همسرآزاری جسمی و هم با همسرآزاری روحی رابطه معنی‌دار وجود داشت، جداگانه با آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای (Backward LR)مورد بررسی قرار گرفت. جدول شماره2 ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک را به طور هم‌زمان با همسرآزاری جسمی و روحی نشان می‌دهد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

جدول شماره 1: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک مادران و همسرآزاری

متغیرهای دموگرافیک	میزان مشارکت	همسرآزاری جسمانی				همسرآزاری روحی			
		عدم مواجه با همسرآزاری	مواجه با همسرآزاری	کل	P	عدم مواجه با همسرآزاری	مواجه با همسرآزاری	کل	P
منطقه سکونت	شهری	1331(91/2)	129(8/8)	1460	0/046	1007(68/9)	454(30/1)	1461	/001
	روستایی	1155(93/0)	87(7/.)	1242		1000(80/5)	243(19/5)	1243	0
مالکیت منزل مسکونی	ملکی/ شخصی	1598(93/0)	121(7/0)	1719	0/010	1331(77/2)	392(22/8)	1723	/001
	غیرملکی/ غیرشخصی	868(90/3)	93(9/7)	961		660(68/8)	299(31/2)	959	0
اتومبیل شخصی	داشتند	1188(94/7)	67(5/3)	1255	0/001	967(96/9)	291(23/1)	1258	/002
	نداشتند	1259(89/7)	145(10/3)	1404		1007(71/8)	396(28/2)	1403	0
سن مادر	زیر 28 سال	1207(9/5)	127(9/5)	1334	0/003	962(72/1)	372(27/9)	1334	/007
	28 سال و بالاتر	1239(93/4)	87(6/6)	1326		1013(76/3)	314(23/7)	1327	0
تعداد بارداری	2-1 بار	1171(90/7)	120(9/3)	1291	0/010	927(71/7)	366(28/3)	1293	/002
	بیش از 2 بار	1315(93/2)	96(6/8)	1411		1080(76/5)	331(23/5)	1411	0
شرایط بروز حاملگی	خواسته	2164(92/9)	166(7/1)	2330	0/001	1772(76/0)	560(24/0)	2332	/001
	ناخواسته	318(86/8)	49(13/4)	367		233(63/3)	135(36/7)	368	0
سابقه مراقبت پیش از	نداشتند	1171(90/7)	120(9/3)	1291	0/010	927(71/7)	366(28/3)	1293	/002
بارداری	داشتند	1315(93/2)	96(6/8)	1411		1080(76/5)	331(23/5)	1411	0
مشارکت مردان در مراقبت-	ناکافی	949(87/1)	141(13/9)	1090	0/001	650(59/5)	442(40/5)	1092	/001
های بارداری	کافی	1537(95/3)	75(4/7)	1612		1357(84/2)	255(15/8)	1612	0
خاطرات تلخ و ناگوار دوره	نداشتند	1555(95/3)	76(4/7)	1631	0/001	1285(78/8)	346(21/2)	1631	/001
بارداری	داشتند	875(86/5)	136(13/5)	1011		680(67/2)	332(32/8)	1012	0
خاطرات تلخ دوره زایمان و	نداشتند	1096(94/7)	61(5/3)	1157	0/001	846(81/8)	211(18/2)	1157	/001
پس اززایمان	داشتند	1332(89/8)	152(10/2)	1484		1015(68/3)	471(31/7)	1486	0

جدول شماره2: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با همسرآزاری جسمی و روحی مادران ایران

ردیف	نام متغیر مورد بررسی	همسرآزاری جسمی			همسرآزاری روحی		
		OR Exp(B)	فاصله اطمینان 95%	سطح معنی داری	OR Exp(B)	فاصله اطمینان 95%	سطح معنی داری
1	منطقه سکونت(شهری/روستایی*)				1/715	1/393-2/112	0/000
2	مالکیت منزل مسکونی (ملکی/غیرملکی*)				0/790	0/640-0/975	0/028
3	اتومبیل شخصی (داشتند/نداشتند*)	0/553	0/397-0/772	0/001	0/825	0/672-1/012	0/065
4	سن مادر (زیر 28 سال/ 28 سال وبالاتر*)	1/502	1/061-2/128	0/022	2/099	1/645-2/676	0/000
5	تعداد بارداری (تا دو بار/بیش از دو بار*)	1/526	1/020-2/282	0/040			
6	شرایط بروز حاملگی (خواسته/ ناخواسته*)	0/618	0/415-0/918	0/017	0/586	0/443-0/775	0/000
7	سابقه مراقبت پیش از بارداری (نداشتند/داشتند*)	1/383	1/007-1/900	0/045			
8	مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری(ناکافی/کافی*)	03/309	2/388-4/585	0/00	3/728	2/961-4/694	0/000
9	خاطرات تلخ و ناگوار دوره بارداری (نداشتند/داشتند*)	0/354	0/257-0/483	0/000			
10	خاطرات تلخ دوره زایمان وپس اززایمان(نداشتند/داشتند*)				0/581	0/472-0/715	0/000

در جدول شماره2 کلیه متغیرها به صورت کیفی دوحالته طبقه‌بندی شدند و گروه رفرنس هر کدام با ستاره مشخص شده است. همان طور که جدول شماره 2 نشان می‌دهد، در آنالیز واریانس چندمتغیره چند مرحله‌ای با چهار مرحله آزمون انجام شده، نهایتاً سه متغیر منطقه سکونت، مالکیت منزل مسکونی و خاطرات تلخ دوره زایمان و پس از زایمان به عنوان عوامل غیرتاثیرگذار در همسرآزاری جسمی و سه متغیر تعداد بارداری، سابقه مراقبت پیش از بارداری و خاطرات تلخ و ناگوار دوره بارداری به عنوان عوامل غیرتاثیرگذار در همسرآزاری روحی حذف شده است. بنابراین از بین هفت متغیر تاثیرگذار در همسرآزاری جسمی همگی معنی‌دار و از بین هفت متغیر تاثیرگذار در همسرآزاری روحی، تنها بین برخورداری از اتومبیل شخصی و همسرآزاری روحی ارتباط معنی‌دار وجود نداشت.

بحث

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری یک تهدید اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود. چرا که بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر زن باردار تحمیل می‌کند و همراه شدن آن با سایر عوامل استرس‌زا مانند خشونت می‌تواند اثرات سویی بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض باعث افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان هم شود(13). این مطالعه نشان داد که حدود 10 درصد مادران حداقل یک بار خشونت جسمانی و حدود 30 درصد حداقل یک بار خشونت روحی را در طول دوران بارداری و پس از زایمان اخیر خود تجربه کردند. یافته فوق با یافته‌های حاصله از داده‌های ثبتی موجود در پرونده بهداشتی مادران در واحدهای بهداشتی سطح اول نظام شبکه که تنها یک مورد از همسرآزاری گزارش شده بود بسیار مغایرت دارد(14). نتایج حاصل از این مطالعه در مقایسه با داده‌های ثبتی نشان می‌دهد که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت یا با دقت‌های ناکافی سطر و ستون‌های فرم‌های مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان از جمله مواجه با همسرآزاری را تکمیل می‌کنند و یا ممکن است به خاطر محدودیت‌های فرهنگی بستر مناسب برای شناسایی وقوع همسرآزاری وجود نداشته باشد و یا کارکنان بهداشتی به خطرات همسرآزاری و اهمیت شناسایی آن چندان واقف و حساس نباشند. این یافته خود می‌تواند کیفیت ثبت داده‌های مرتبط با مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان موجود در پرونده بهداشتی را ارزیابی و وسعت فاصله موجود هم می‌تواند برای مسئولین و کارشناسان ستاد استانی و شهرستانی یک مورد آگاهی‌دهنده محسوب شود که چگونه کیفیت ثبت مراقبت‌ها را کنترل و در صورت وجود انحرافات احتمالی، اقدامات اصلاحی را انجام دهند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد فراوانی خشونت روحی تقریباً سه برابر خشونت جسمانی شیوع داشت که با مطالعات دیگر محققان داخل کشور هم راستا می‌باشد(15). در مطالعه توصیفی- مقطعی شمسی و همکاران که 400 زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اراک در سال 1389 مورد بررسی قرار گرفتند، شیوع کلی خشونت در دوره بارداری 34/5 درصد تعیین شد. شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی به ترتیب 56 درصد، 48 درصد، 23 درصد و 11 درصد تعیین گردید که نشان می‌دهد خشونت‌های روحی- روانی بیش از سه برابر خشونت‌های جسمانی است(16). حدود سه برابر بودن خشونت روحی در این مطالعه و سایر مطالعات ایران چندان با مطالعات خارجی هم‌خوانی ندارد. در مطالعه‌ای که 7174 زن باردار از سال 2008 تا 2011 در مراقبت‌های معمول دوره بارداری در شش کشور اروپایی (بلژیک، ایسلند، دانمارک، استونی، نروژ و سوئد) از نظر سابقه مواجهه با سوء رفتار روحی، جسمی و جنسی مورد بررسی قرار گرفتند، 34/8 درصد از زنان باردار اظهار نمودند که در طول زندگی با یکی از انواع سوء رفتار مواجه شدند. در شش کشور اروپایی شیوع خشونت جسمی در 30/8-9/7 درصد، خشونت روحی 27/7-16/2 درصد و خشونت جنسی 21/1-8/3 درصد متغیر بود(17). در مطالعه‌ای که 232 زن باردار در پرتغال مورد بررسی قرار گرفتند، 15/5 درصد زنان در بارداری فعلی خود همسرآزاری را تجربه کردند. مواجه با خشونت فیزیکی 14/7 درصد و خشونت روحی 5/2 درصد بود(18). بالاتر بودن خشونت روحی- روانی در ایران شاید بیش‌تر به خاطر درک عمیقانه‌تر زنان جامعه و آشنایی بیش‌تر از حقوق مدنی خودشان باشد که شناخت وسیع‌تری از رفتارهای خوب و بد پیدا کرده و با معیارهای جدید اجتماعی و اخلاقی بین رفتارها تمایز قائل می‌شوند و بدین‌ترتیب رفتارهای ناپسند را در طبقه خشونت قرار می‌دهند. به عبارتی در دوره‌های گذشته هم ممکن بود همین میزان رفتارهای ناپسند بروز می‌داد ولی زنان احتمالاً این رفتارها را یک امر طبیعی ناشی از فرهنگ پسندیده جامعه منظور و تحمل آن را از وظایف

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

همسرداری می‌دانستند. بنابراین این احتمال وجود دارد در آینده هم به دلیل وسیع‌تر شدن تنویر افکار عمومی، بروز خشونت‌های روحی بیش‌تر از خشونت جسمی گزارش شود. پدیده ناگوار فوق می‌طلبانند که سیاست‌گذاران و مسئولین نظام آموزشی و فرهنگی کشور به موازات آشناتر کردن آحاد جامعه نسبت به برخورداری از حقوق اجتماعی و خانوادگی، راه کارهای کاربردی را در پیشگیری از بروز رفتارهای خشونت‌آمیز ترویج و مردان را از اعمال رفتارهای ناشایست برحذر دارند. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت هم باید این نکته را پراهمیت تلقی نمایند که در جلب مشارکت‌های مردان در مراقبت‌های بارداری نسبت به ارائه مشاوره موثر به مردان در پیشگیری از همسرآزاری و بروز خشونت‌های روحی و جسمی هوشمندی و تاکیدات لازم را داشته باشند.

این‌مطالعه نشان داد که بارداری ناخواسته نزدیک به 40 درصد شانس مادر در مواجه با خشونت جسمی و بیش از 40 درصد شانس مواجه با خشونت روحی را افزایش می‌دهد. بالاتر بودن شیوع خشونت در زنان با بارداری ناخواسته در مطالعه Goossens و همکاران هم مورد تائید قرار گرفت(19). در مطالعه Rodrigues و همکاران در پرتغال زنانی که تمایل به بارداری نداشتند شانس مواجهه با درد و رنج ناشی از خشونت همسر 4/3 برابر بیش‌تر بود(18).بالاتر بودن شیوع خشونت در زنان با بارداری ناخواسته شاید به این خاطر باشد که مردان به طور معمول زنان خود را در بروز حاملگی مقصر می‌دانند و این تصور را دارند که پیشگیری از بارداری از مسئولیت‌ها و وظایف زنان است. این یافته می‌تواند یک نکته مهمی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد که هوشیارانه‌تر و جدی‌تر مادرانی که قصد یا شرایط بارداری جدید را ندارند، شناسایی و با ارائه مشاوره‌های موثرتر و جلب مشارکت بیش‌تر مردان، بارداری ناخواسته را به حداقل برسانند و یا در صورت مواجهه با بروز حاملگی ناخواسته در اوایل مراقبت‌های بارداری جلسات مشاوره‌ای برای مردان هم برگزار نمایند.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد مشارکت ناکافی همسران در مراقبت‌های بارداری بیش از 3 برابر شانس مادر را در مواجهه با خشونت جسمی و نزدیک به 4 برابر شانس مادر را در مواجهه با خشونت روحی افزایش می‌دهد. در مطالعه Ribeiro و همکاران، زنانی که از حمایت ناکافی عاطفی - اجتماعی برخوردار بودند، 1/34 برابر بیش‌تر با خشونت روحی مواجه شدند(20). یافته‌های فوق می‌تواند مطالعه Aguiar و همکاران که بیان شده تشویق مردان برای مشارکت در مراقبت‌های دوره بارداری اولین گام مهم جهت ایجاد تعهد مردان در سلامت مادر و نوزاد است(21) را تقویت نماید.

یکی از یافته‌های این مطالعه وجود ارتباط معنی‌دار بین سطح خاطرات تلخ و ناگوار در دوره بارداری با همسرآزاری جسمی و بین سطح خاطرات تلخ و ناگوار در دوره زایمان و پس از زایمان با همسرآزاری روحی بود. به عبارتی مادرانی‌که خاطرات تلخ و ناگوار به جا مانده از دوران بارداری و پس از زایمان داشتند، به میزان بیش‌تری با همسرآزاری مواجه شدند. یافته فوق می‌تواند اثرات مخرب همسرآزاری را برجسته نماید بدین معنی که مادرانی که مورد اذیت و آزار جسمی و روحی قرار می‌گیرند، درد و رنج بعضاً ذاتی بارداری، زایمان و پس از زایمان را دیرتر فراموش می‌کنند و احتمالاً انگیزه کم‌تری برای بارداری بعدی خواهند داشت.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بین سن مادران و همسرآزاری جسمی و روحی ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه شمسی و همکاران هم افراد در سنین پایین‌تر بیش‌تر با همسرآزاری مواجه بودند(16). مورد فوق شاید به این دلیل باشد که افراد با گذشت زمان، وقتی که پا به سن بیش‌تری می‌گذارند کمی عاقل‌تر، فهیم‌تر و با تجربه‌تر می‌شوند و مهارت بیش‌تری در راستای خودکنترلی رفتارها کسب و از بروز

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

خشونت‌ها پرهیز می‌نمایند. بنابراین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ارائه مشاوره‌های پیشگیرانه لازم است افراد جوان‌تر را در اولویت بالاتری قرار دهند.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که همسرآزاری جسمانی با سطح تحصیلات همسران ارتباط معکوس دارد. در مطالعه مروری معافی و همکاران که تحصیلات زن در 24 مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود، 12 مطالعه حاکی از ارتباط معکوس این عامل با خشونت علیه زنان بود. همین‌طور تحصیلات همسر در 19 مطالعه مورد بررسی، در 11 مطالعه ارتباط معکوس بین تحصیلات و خشونت تائید شده بود(22). تاثیر افزایش سطح تحصیلات در کاهش خشونت علیه زنان خود می‌تواند یکی از شاخص‌هایی باشد که اثربخشی آموزش عمومی جامعه را نشان دهد. طبیعی است در جوامعی که سطح تحصیلات بالاتر باشد بروز خشونت‌های خانگی و خیابانی به مراتب کم‌تر خواهد بود. البته این مورد زمانی در عمده جوامع صدق می‌نماید که جامعه با مشکل اقتصادی یا محرومیت از حداقل‌های امور رفاهی مواجه نباشد(23).

در مطالعه حاضر بین همسرآزاری روحی و مناطق مختلف بر حسب خطر مرگ مادر ارتباط معنی‌دار وجود داشت و بر خلاف انتظار، خشونت روحی در مناطق کم‌خطر و خطر متوسط بیش‌تر از مناطق پرخطر بود. این اختلاف به احتمال زیاد به وضعیت فرهنگی و سطح تحصیلات افراد مرتبط می‌باشد(11). بر اساس فرض فوق بعضی از رفتارهایی که زنان ساکن مناطق کم خطر آن را جزء موارد همسرآزاری تلقی می‌کنند، ممکن است زنان ساکن مناطق پرخطر رفتارهای مشابه را به دلیل اختلاف سطح فرهنگی طبیعی یا عادی برداشت نموده و به عنوان همسرآزاری گزارش نکنند.

در این مطالعه چون که همه اقشار جامعه مورد مطالعه قرار گرفتند احتمالاً بعضی از مادران آشنایی چندانی به موارد همسرآزاری نداشتند و در صورت مواجهه ممکن است آن را جز رفتارهای طبیعی ارزیابی نمودند. بعضی از مادران هم احتمالاً به دلیل محدودیت فرهنگی و ترس از همسر ممکن است در صورت مواجهه با همسرآزاری آن را گزارش نکردند. برای رفع محدودیت‌های احتمالی مذکور شاید مصاحبه در یک محیط دوستانه‌تر و در محدوده بیش‌تر کمک‌کننده باشد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که میزان شیوع همسرآزاری در مادران باردار ایرانی برخلاف مستندات ثبتی موجود در پرونده خانوار، بسیار قابل ملاحظه است و ضرورت دارد مدیران و کارشناسان ستاد استانی و شهرستانی و هم چنین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت وقوع این پدیده ناگوار را جدی گرفته و در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، نسبت به پیشگیری و یا تعدیل آن اقدامات متناسب انجام دهند.

سپاسگزاری

این مطالعه با گرانت شماره U-94072 دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مساعدت واحد سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران و با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه، بابل، شهرکرد، گلستان، مشهد، هرمزگان و همدان اجرا شد. از همه مساعدت کنندگان، معاونین بهداشتی، مدیر گروه و کارشناسان بهداشت خانواده استانی و شهرستانی و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی مذکور و هم‌چنین از کلیه پرسشگران و مادرانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

References

1. Anderson ML, Leigh IW. Internal consistency and factor structure of the revised conflict tactics scales in a sample of deaf female college students. J Fam Viol .2010; 25(5): 475–483.
2. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community .4th ed. Maryland :Mosby . 2006.
3. 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): 1273–1293.
4. 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: 934-940.
5. Abadi MN, Ghazinour M, Nygren L, Nojomi M, Richter J. Birth weight, domestic violence, coping, social support, and mental health of young Iranian mothers in Tehran. J Nerv Ment Dis. 2013;201(7):602-608.
6. Byrskog U, Olsson P, Essén B, Allvin MK. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Jan 16;15:1.
7. WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneve: Department of Gender and Women's Health, Family and Community Health .2002
8. Soleimani M, Jamshidimanesh M, Daneshkojuri M, Hoseini F. Correlation between partner violence and preterm labor. J Qazvin Univ Med Sci. 2012; 15 (4) :53-59. (Persian).
9. Shakerinezhad M. Domestic Violence and Related Factors in Pregnant Women. ZUMS Journal. 2013; 21 (89) :117-126. (Persian).
10. Keyvanara M, Saghafipour A, Rajati F, Abbasi MH, Matlabi M, Mirheidari M, Mohebi S. Domestic Violence against Women and Its Related Factors in Isfahan in 2011. j.health. 2015; 6 (4) :448-457. (Persian)
11. Velasco C, Luna JD, Martin A, Cano A, Martin-de-Las-Heras S. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: Application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014; 93(10): 1050-1058.
12. Aghdost AA. Torkestani F, Rasteghari A, Zolali F, Hajimagsoudi S, Hejazi S, et al. Analysis of the Maternal Mortality in Iran, 2007-2012. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2015; 22(6): 650-668. (Persian).
13. Quelopana AM1. Violence against women and postpartum depression: the experience of Chilean women. Women Health. 2012;52(5):437-453.
14. Motlagh ME, Torkestani F, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Radpooyan L, Assessment of prenatal and postnatal

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]

care in the first level of network system of Iran: 2015. Esfahan: Padideh Gooya. 2016. (Persian).

15. Karimi A, Daliri S, Sayehmiri K. The prevalence of physical and psychological violence during pregnancy in Iran and the world: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5 (3) :73-88. (Persian).
16. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. J Gorgan Uni Med Sci. 2011; 13 (4) :67-75. (Persian).
17. Lukasse M1, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H,ET AL. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014;93(7):669-677.
18. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AM, Monteiro JC. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(2): 206-213.
19. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, etal. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. Hum Reprod. 2016; 31(12): 2821-2833.
20. Ribeiro MR, da Silva AA, E Alves MT, Batista RF, de Rocha LM, Schraiber L, et B, al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:66.
21. Aguiar C, Jennings L. Impact of Male Partner Antenatal Accompaniment on Perinatal Health Outcomes in Developing Countries: A Systematic Literature Review. Matern Child Health J. 2015 ;19(9):2012-2019.
22. Farnoosh Moafi, Mahrokh Dolatian, Homeira Sajjadi, Zeynab Alimoradi, Arash Mirabzadeh, Zohreh Mahmoodi. Domestic violence and its associated factors in Iran: according to World Health Organization model . Pajoohandeh Journal. 2014; 19 (1) :25-36. (Persian).
23. Bagherzadeh R, Kheshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaee HR, Heidari M. Demographic Characteristics of Women with Domestic Violence During Pregnancy. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2008; 16 (2) :5-15. (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-07]