

بررسی شیوع خشونت خانگی در زنان باردار و عوامل مرتبط با آن

فهیمة رنجبر^۳

خدیدجه میرزایی نجم آبادی^۲

خدیدجه سرایلو^۱

*زهرا بهبودی مقدم^۴

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی در بارداری تهدیدی جدی بر سلامت جسمی، روحی و روانی مادر و جنین و در نهایت برای سلامت جامعه می‌باشد. هدف از مطالعه، تعیین شیوع خشونت خانگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری مینودشت بوده است.

روش بررسی: این پژوهش به صورت مقطعی و بر روی ۳۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مینودشت که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه خشونت خانگی (CTS2) بود که پژوهشگر با مصاحبه ساختار یافته آن را تکمیل نمود. سپس اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: شیوع خشونت خانگی ۴۶ درصد بود و بیشترین نوع خشونت به ترتیب خشونت روانی (۳۵٪)، فیزیکی (۷/۸٪) و جنسی (۳/۲٪) بود. ارتباط معنی داری بین سن، سطح تحصیلات و شغل زن و همسر با خشونت خانگی مشاهده نشد. بارداری ناخواسته ارتباط معنی داری با بروز خشونت علیه زنان باردار داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به احتمال بروز خشونت خانگی در زنان باردار، خصوصا در صورتی که بارداری ناخواسته باشد، توصیه می‌شود که مراکز بهداشتی درمانی بطور معمول غربالگری خشونت خانگی در بارداری را انجام دهند تا بتوانند موارد خشونت خانگی را شناسایی نموده و در صورت لزوم مشاوره انجام دهند.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی، زنان باردار، حاملگی ناخواسته

تاریخ دریافت: ۹۵/۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۸

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی خشونت علیه زنان را هر گونه رفتار خشن و وابسته به جنسیت که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی، عاطفی یا رنج زنان همراه است، تعریف کرده است چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، سلب مطلق اختیار یا آزادی صورت گرفته و در جمع و یا خفا رخ دهد^(۱). خشونت علیه زنان کاملاً جهانی بوده و از دیدگاه‌های مختلفی چون دیدگاه اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، جمعیت‌شناختی و بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است^(۲). بر پایه گزارش‌های موجود از هر چهار زن یک نفر در معرض خشونت است و تقریباً ۷۵ درصد زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند^(۳) که این امر سلامت جسمی و روحی آنان را تحت تأثیر قرار داده و گاه آنها را به سوی خودکشی سوق می‌دهد^(۴).

خشونت خانگی رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است که ۴۵ درصد زنان از آن رنج می‌برند^(۵). خشونت خانگی یک الگوی رفتاری است که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید و رفتار آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود^(۶). سازمان بانک جهانی تخمین می‌زند که تجاوز جنسی و خشونت خانگی ۱۹ درصد از کل بار بیماری‌های زنان ۴۴-۱۹ ساله را در کشورهای غیر صنعتی را شامل می‌شود. خشونت خانگی یکی از دلایل از دست دادن سال‌های زندگی توأم با سلامتی به دلیل آسیب ناشی از خشونت و همچنین مرگ‌های زودرس ناشی از خشونت است^(۷). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۷ اعلام کرد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در یک بررسی سراسری انجام شده در ایران، حدود ۶۵ درصد بوده است^(۸).

مادر شدن رویای دیرینه هر زنی است که بلوغ را تجربه می‌کند. جهت تحقق این رویا و رفع دیگر نیازهایی که در مقابل مادر شدن کم‌رنگ‌تر ولی به هر حال حائز اهمیت است، ازدواج صورت می‌گیرد و ابتدایی‌ترین شکل جامعه

و بنیاد جوامع بزرگتر یعنی خانواده تشکیل می‌گردد و این زن است که یکی از ارکان خانواده را تشکیل می‌دهد تا هم به رویای خود جامه حقیقت ببوشاند و هم بقای نسل بشر را تضمین کند. خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری، تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود. بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر مانند خشونت، می‌تواند اثرات سوئی بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض باعث افزایش میزان مرگ و میر مادران و نوزادان می‌شود^(۹). ارتباط بین خشونت دوران بارداری و آسیب‌های فیزیکی و روانی پیامدهای بد بارداری و مرگ مادران باردار در مطالعات مختلف تأیید شده است. بر اساس اعلام مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها (CDC) خشونت در بارداری ممکن است شایع‌تر از مشکلاتی مانند دیابت، پر اکلامپسی و نقص لوله عصبی باشد^(۹) که به صورت روتین در طی بارداری غربالگری می‌شوند^(۱۰،۱۱). بارداری ناخواسته، تأخیر در مراقبت پره‌ناتال، افزایش وزن نامناسب، سقط، زایمان زودرس، دکولمان، وزن کم هنگام تولد، کاهش حرکات و رشد جنین، لیبر کاذب، اختلال تغذیه، آنمی، بزهکاری، ابتلا به بیماریهای منتقله از راه جنسی، مصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگی و خودکشی در زنان تجربه‌کننده خشونت خانگی بالاتر است^(۱۲-۱۴). بارداری ناخواسته با پیامدهای منفی از جمله مرگ مادری، عوارض ناشی از سقط‌های غیرقانونی و غیر ایمن، تأخیر در شروع مراقبت‌های بارداری، وزن کم هنگام تولد نوزاد، افزایش احتمال سیگار کشیدن، مصرف الکل، کاهش احتمال شیردهی و خطر برای کودک شیرخوار همراه است. بیشتر زنان به علت پاسخ خشونت آمیز شریک جنسی خود ممکن است از بحث پیرامون بارداری هراس داشته باشند^(۱۵). با توجه به شواهد فراوان به نظر می‌رسد که به احتمال زیاد، شمار زیادی از زنان باردار مراجعه‌کننده به

سوال) و خشونت منجر به صدمه (شش سوال) را می‌سنجد. نمره‌گذاری آن بسیار ساده است و اگر فردی به هر کدام از سوالات پاسخ مثبت بدهد، به معنای داشتن تجربه خشونت در آن بعد است. لازم به ذکر است که این ابزار توسط نویسندگان مسئول روا و پایا شده است و در چندین مقاله مورد استفاده قرار گرفته است. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و بررسی دقیق آن‌ها و بعد از آن که اطلاعات در برگ کد گذاری وارد شد، مجدداً اشکالات موجود تصحیح گردید. سپس داده‌ها وارد محیط نرم افزار SPSS گردید و یک بار دیگر داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت تا از ورود صحیح داده‌ها اطمینان حاصل شود. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل) استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس جدول شماره یک، در مجموع ۱۳۸ نفر (۴۶٪) خشونت خانگی را تجربه کرده بودند و ۱۶۲ نفر (۵۴٪) سابقه‌ای از اعمال خشونت را نداشتند. از بین انواع خشونت، بیشترین نوع آن روانی بوده (۳۵٪)، و خشونت فیزیکی (۷/۸٪) و خشونت جنسی (۳/۲٪) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. هیچ کدام از این زنان سابقه‌ای از خشونت منجر به صدمه شدید را گزارش نکردند.

جدول شماره ۱: شیوع انواع خشونت خانگی در زنان باردار

انواع خشونت	تعداد	در صد
فیزیکی	۲۶	۷/۸
روانی	۱۰۵	۳۵
جنسی	۷	۳/۲
خشونت کلی	۱۳۸	۴۶

بر اساس جدول شماره دو، میانگین سنی زنان باردار دارای خشونت خانگی $25/76 \pm 5/21$ سال و میانگین سنی همسران با خشونت خانگی $29/46 \pm 5/29$ سال بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره

مراکز بهداشتی درمانی ارایه کننده خدمات دوران حاملگی، قربانیان خشونت هستند و دچار پیامدها و عوارض ناشی از آن می‌شوند که قطعاً تاثیر جبران ناپذیری بر سلامت، بهداشت و اقتصاد خانواده و جامعه می‌گذارد. امید است نتایج این پژوهش بتواند با تعیین شیوع خشونت علیه زنان باردار و شناسایی عوامل مرتبط با آن، راهکاری مناسب برای پیشگیری از خشونت علیه زنان ارائه دهد.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که بر روی ۳۰۰ زن سالم باردار ۴۰-۱۵ ساله که در تابستان ۹۱ به مراکز بهداشتی درمانی شهری مینودشت مراجعه نمودند انجام شد. نمونه‌گیری به طور مستمر و در دسترس از تمام زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری (شهرستان مینودشت ۲ مرکز بهداشتی درمانی شهری دارد که هر دو مرکز انتخاب شدند) که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند و مایل به شرکت در این مطالعه بودند انجام شد. پژوهشگر پس از کسب اجازه از دانشگاه و دریافت تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۱۶۹۴۰-۹۹-۰۲-۹۱، و تعیین روایی و پایایی ابزارها، به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده و با ارائه معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولین این مرکز، شروع به نمونه‌گیری نمود. پژوهشگر ابتدا خود را معرفی و هدف از پژوهش را بیان نموده و پس از جلب همکاری مشارکت کنندگان در پژوهش و اخذ رضایت نامه از آنها، پرسشنامه‌ها را طی مصاحبه ساختار یافته تکمیل نمود.

در این پژوهش پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (۱۳ سوال) و پرسشنامه استاندارد خشونت خانگی (the Revised Conflict Tactics Scales OR CTS2) که شامل ۳۰ سوال است مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه ابعاد مختلف خشونت از جمله خشونت جسمی (۱۲ سوال)، روانی (هشت سوال)، جنسی (چهار

یک شرح داده شده است. ارتباط معنی‌داری بین سن زن و همسر، سطح تحصیلات زن و همسر و شغل زن و همسر با خشونت خانگی مشاهده نشد. آزمون مورد استفاده کای اسکویر و آزمون تی مستقل بود.

جدول شماره ۲: ارتباط بین مشخصات فردی واحدهای پژوهش با خشونت در طی بارداری

P-Value	خشونت خانگی		مشخصات
	خیر	بلی	
p= ۰/۰۶	۲۴/۶± ۵/۱۸	۲۵/۷± ۵/۲۰	M ± SD سن زن
P=۰/۲۱	۲۸/۴۶ ± ۵/۵۹	۲۹/۴۶± ۵/۲۹	M ± SD سن همسر
P=۰/۸	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	زیر دیپلم
	۵۰ (۵۵/۵۶)	۴۰ (۴۴/۴)	دیپلم
	۷۲ (۵۰/۷)	۷۰ (۴۹/۳)	دانشگاهی
P= ۰/۴	۵۱ (۵۳/۱۳)	۴۵ (۴۶/۸۷)	زیر دیپلم
	۷۵ (۵۵/۵۶)	۶۰ (۴۴/۴۴)	دیپلم
	۳۶ (۵۲/۱۷)	۳۳ (۴۷/۸۳)	دانشگاهی
P= ۰/۱۹	۱۴۸ (۵۵/۰۲)	۱۲۱ (۴۴/۹۸)	خانه دار
	۱۴ (۴۵/۱۶)	۱۷ (۵۴/۸۴)	شاغل
	۸۰ (۵۶/۷۴)	۶۱ (۴۳/۲۶)	آزاد
P= ۰/۱۵	۴۴ (۵۵)	۳۶ (۴۵)	کارمند
	۳۶ (۵۲/۱۷)	۳۳ (۴۷/۸۳)	کارگر
	۲ (۲۰)	۸ (۸۰)	بیکار
P<۰/۰۰۰	۱۴۰ (۶۲/۷۸)	۸۳ (۳۷/۲۲)	خواسته
	۲۲ (۲۸/۵۷)	۵۵ (۷۱/۴۳)	ناخواسته

بر اساس جدول شماره سه، از بین انواع خشونت، خشونت روانی ($p<۰/۰۰۱$) و خشونت جنسی ($P=۰/۰۴$) ارتباط معنی‌داری با حاملگی ناخواسته داشتند. آزمون مورد استفاده کای اسکویر و آزمون دقیق فیشر بود.

نتایج این تحقیق نشان داد که ۲۶ درصد زنان حاملگی ناخواسته داشتند و ۱۹ درصد زنانی که حاملگی آنها ناخواسته بود مورد خشونت واقع شده بودند. بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری با بروز خشونت علیه زنان داشت ($p<۰/۰۰۱$).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی انواع خشونت خانگی و ارتباط آن با حاملگی ناخواسته

P-Value	کل	حاملگی ناخواسته		انواع خشونت
		بلی	خیر	
P= ۰/۲۱	۲۶ (۱۸/۸)	۹ (۶/۵)	۱۷ (۱۲/۳)	خشونت فیزیکی
P= ۰/۰۰۱	۱۰۵ (۷۶/۱)	۴۲ (۳۰/۴)	۶۳ (۴۵/۶)	خشونت روانی
P= ۰/۰۴	۷ (۵/۱)	۴ (۲/۸۹)	۳ (۲/۱)	خشونت جنسی
p< ۰/۰۰۱	۱۳۸ (۱۰۰)	۵۵ (۳۹/۸)	۸۳ (۶۰/۱)	خشونت کلی

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر تعیین شیوع خشونت خانگی در زنان باردار و تعیین عوامل مرتبط با آن بود. میزان شیوع خشونت خانگی در زنان باردار مورد مطالعه ۴۶ درصد بود که بیشتر از نوع روانی بوده (۳۵٪) بود و خشونت فیزیکی (۷/۸٪) و جنسی (۳/۲٪) در رده‌های بعدی قرار داشتند. در مطالعه افتخار اردبیلی، خشونت خانگی در ایران ۶۱/۸ درصد گزارش شده است^(۱۶). Gohjson و همکاران طی مطالعه‌ای در انگلستان خشونت در دوران حاملگی را در ۱۷ درصد نمونه‌ها گزارش کردند^(۱۷). در فلوریدا در یک بررسی نه درصد از خانم‌های حامله کتک خوردن و صدمه دیدن در اثر خشونت خانگی را گزارش نمودند و شش درصد احساس نا امنی در زندگی را گزارش کردند^(۱۸). نتایج پژوهش بختیاری و امیدبخش در زابل نیز نشان داد که ۳۴ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سابقه خشونت، ۷۱ درصد دارای علائم روانی-جسمی و ۱۳ درصد در معرض خشونت جنسی بوده‌اند^(۱۹). هاشمی نسب میزان شیوع خشونت در زنان باردار در بیمارستان‌های شهر سنندج را ۵۸ درصد گزارش نمود^(۲۰). در زمینه شیوع خشونت نتایج گوناگونی گزارش شده است که این تنوع نه تنها به اختلاف سطوح آن بین شرایط و جوامع بستگی دارد، بلکه به تفاوت در روش تحقیق، تکنیک‌های نمونه‌گیری و تفاوت‌های فرهنگی در تمایل پاسخگویان به افشای تجارب زناشویی آنها مربوط می‌شود.

گاهی اگر همسران دریابند که زنان از روش قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند یا وقتی زنان بخواهند با همسرانشان در مورد استفاده از کاندوم مذاکره نمایند زنان در معرض خطر خشونت قرار می‌گیرند^(۱۵). بنابراین زنانی که خشونت فیزیکی از سوی همسر را تجربه می‌کنند، با احتمال کمتری پیشگیری از بارداری را می‌پذیرند و لذا بیشتر احتمال دارد بارداری ناخواسته را تجربه کنند^(۲۱).

ارتباطی بین سن زن و خشونت خانگی یافت نشد که این یافته با مطالعه افتخار اردبیلی و همکاران همخوانی دارد^(۱۶). همچنین در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات زن و همسر و خشونت خانگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ولی مطالعه Kocacik و Doghan، بین سطح تحصیلات پایین همسر و خشونت علیه زنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نمود^(۲۱) که البته می‌توان گفت که زنان دارای تحصیلات پایین‌تر به احتمال بیشتری شاغل نیستند و به دلیل نداشتن استقلال اقتصادی، زمینه قرار گرفتن در معرض خشونت از طرف همسر در آنها بیشتر است.

در مطالعه حاضر بارداری ناخواسته ارتباط معنی‌داری با بروز خشونت روانی و جنسی علیه زنان داشت که با مطالعه Shahina مشابه است. در این مطالعه بین حاملگی ناخواسته و خشونت همسر ارتباط وجود داشته است. احتمال بارداری ناخواسته در بین زنانی که مورد خشونت فیزیکی و جنسی توسط شریک جنسی‌شان قرار گرفته‌اند نیز ۴۱ درصد بیشتر از سایرین بوده است. استفاده از قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری یا صحبت زنان با همسرانشان در مورد استفاده از کاندوم آنها را در معرض خطر خشونت قرار می‌دهد^(۱۵). بنابراین زنانی که خشونت فیزیکی از سوی همسر را تجربه می‌کنند، با احتمال کمتری پیشگیری از بارداری را می‌پذیرند و لذا بیشتر احتمال دارد بارداری ناخواسته را تجربه کنند^(۲۲). همچنین خشونت خانگی یک عامل خطر برای بارداری ناخواسته و سقط عمدی در میان زنانی که برای مراقبت‌های بعد از سقط مراجعه کرده‌اند نیز گزارش شده است^(۲۳). در مطالعه‌ای که در برزیل انجام شده است، سابقه خشونت همسر قبل از بارداری نیز با بارداری ناخواسته مرتبط بوده است^(۲۴). در مطالعه‌ای که هاشمی نسب در سنندج انجام داد زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند بیشتر در معرض ضرب و شتم فیزیکی همسرشان (خشونت فیزیکی خانگی) قرار داشتند^(۲۰). نتایج تحقیق دولتیان و همکاران در سال ۱۳۸۸ نیز این موضوع را تایید می‌کند که بارداری ناخواسته در زنانی که تحت سوء رفتار

پرسشگری را انجام داد، سعی شد تا این مشکل تا حد امکان رفع گردد.

توجه به سلامت جسمی و روانی افراد خانواده و شناسایی عواملی که زمینه آسیب را فراهم می‌کنند بسیار مهم است. با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و همسر آزاری در این مطالعه پیشنهاد می‌شود که مراقبین بهداشتی در خصوص نحوه برخورد و چگونگی شناسایی خشونت خانگی آموزش ببینند و به غربالگری خشونت خانگی در بارداری توجه ویژه نمایند. این غربالگری قدم مثبتی در جهت حفظ بنیان خانواده است و می‌تواند از این معضل رو به رشد اجتماعی به طور جدی پیشگیری نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۱ با کد ۱۶۹۴۰ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

هستند بیشتر است^(۲۵). نتایج پژوهش Karaoglu و همکارانش که روی زنان باردار در ترکیه انجام شد، نشان می‌دهد که سیگار کشیدن مداوم زن، حاملگی ناخواسته و درآمد کم خانواده از دلایل مهم تحت خشونت قرار گرفتن زن در دوران بارداری هستند^(۲۶). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خشونت جنسی و روانی باعث بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی در زنان می‌شود. زنان افسرده به دلیل داشتن فرزند کوچک و برای محافظت از آن، در برابر خشونت مقاومت کرده و در خانه باقی می‌مانند^(۲۷). این در حالی است که یکی از مراقبت‌های دوران بارداری تلاش در جهت کاهش واکنش‌های روحی و روانی پس از زایمان است و غربالگری خشونت خانگی در دوران بارداری می‌تواند به میزان زیادی از بروز این عوارض در پس از زایمان بکاهد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر سختی برقراری ارتباط با شرکت کنندگان و پرسش در زمینه خشونت بود. از آن جایی که پژوهشگر بومی منطقه بود و خود نیز

فهرست منابع

1. Kalani Z, Pourmovahed Z, Dehghani K. [Control of Risky behavior in marital relationship: Assessment and Intervention]. *Toloo-E-Behdasht*, 2009;8:(3-4). Persian
2. Khosravi F, Hasheminasab L, ABD EM. [Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of Sanandaj hospitals]. *Urmia Med J* 2008;19(1):8-14. Persian.
3. Moasheri N, Miri M, Abolhasannejad V, Hedayati H, Zangoie M. [Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand]. *Modern Care Journal*. 2012;9(1):32-9. Persian.
4. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust*. 2001;175(4):199-201.
5. Organization WH. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. 2005. Available from: <http://www.WHO.org/>. 2006.
6. Bodaghabadi M. [Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to Mobini hospital in Sabzevar, Iran]. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 2005;12:41-6. Persian
7. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;275(24):1915-20.
8. Bodaghabadi M. [Prevalence of violence and related factors in pregnant women referring to Shahid Mobini hospital, Sabzevar]. *Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci*. 2007;11(1):71-6. Persian

9. Bullock L, Bloom T, Davis J, Kilburn E, Curry MA. Abuse Disclosure in Privately and Medicaid-Funded Pregnant Women. *J Midwifery Women Health*. 2006;51(5):361-9.
10. Moraes CL, Amorim A, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;95(3):254-60.
11. Humphreys J, Campbell JC. Family violence and nursing practice: Springer Publishing Company; 2010.
12. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2007;7(1):7-13.
13. Lazenbatt A, Thompson-Cree ML, McMurray F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*. 2005;21(4):322-34.
14. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11.
15. Begum S, Dwivedi S, Pandey A, Mittal S. Association between domestic violence and unintended pregnancies in India: findings from the National Family Health Survey-2 data. *Natr Med J India*, 2010;23(4).
16. Ardabily HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;112(1):15-7.
17. Johnson J, Haider F, Ellis K, Hay D, Lindow S. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*. 2003;110(3):272-5.
18. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: Survey of patients and healthcare providers. *J Womens Health*. 2008;17(4):557-67.
19. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. [Comparative study of contexts and the effects of domestic violence in women resorting to legal medical center in Bobol]. *Journal of Behbood*. 2003;19:28-36. Persian
20. Hasheminasab L. [Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2007;11(4):32-41. Persian
21. Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croat Med J*. 2006;47(5):742-9.
22. Stephenson R, Koenig MA, Acharya R, Roy TK. Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in rural India. *Stud Fam Plann*. 2008;39(3):177-86.
23. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health*. 2006;11(1):90-101.
24. Azevêdo ACdC, Araújo TVBd, Valongueiro S, Ludermir AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2013;29(12):2394-404.
25. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. [Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes]. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010;13(4):261-9. Persian
26. Karaoglu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Gunes G, et al. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *Eur J Public Health*. 2006;16(2):149-56.
27. Martin SL, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R. Domestic violence in northern India. *Am J Epidemiol*. 1999;150(4):417-26.

Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence against Pregnant Women

Sarayloo KH. PhD Cand¹

Mirzaei Najmabadi KH. PhD²

Ranjbar F.PhD³

Behboodi Moghadam Z. PhD⁴

Abstract

Background & Aims: Domestic violence during pregnancy can seriously threaten the physical and mental health of mother and baby and finally is a serious threat to public health. The purpose of this study is to determine the prevalence and risk factors for domestic violence against pregnant women in an Iranian setting.

Material & Methods: In this cross-sectional survey, 300 pregnant women with the inclusion criteria were selected with Convenience sampling in Urban Health Center in Minoodasht, Golestan, Iran. In the present study we used the demographic questionnaire and the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). The researcher completed the questionnaires through structured interviews. Finally, the data were analyzed by using SPSS software version 18 and descriptive and inferential statistics (Chi-square, Exact Fisher and t-test).

Results: The prevalence of domestic violence was 46%. The most common type of violence was psychological (35%), physical (7/8%) and sexual (3/2%) respectively. There was no significant relationship between age, education and occupation of women and their spouse with domestic violence. Unwanted pregnancy was significantly associated with the incidence of violence against women ($P < 0.05$).

Conclusions: Because of negative effects of domestic violence during pregnancy, it is recommended that all health centers routinely screen the domestic violence especially in unwanted pregnancies.

Key word: Domestic Violence, Pregnant Women, Unwanted Pregnancy.

Received: 7 Nov 2016

Accepted: 6 Feb 2017

¹ PhD candidate in Reproductive Health, Nursing and Midwifery schools, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

² Associate professor, Nursing and Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ Assistant professor, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Associate professor, Reproductive Health department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) Tel: 021-61054215 Email: behboodi@tuma.ac.ir