

## عوامل موثر بر شدت خشونت خانگی در زنان باردار: مطالعه‌ای مقطعی در شمال شرق ایران

اشرف صابر<sup>۱</sup>، مریم امیدی<sup>۲</sup>، فرشته عیدی<sup>۳</sup>، مهدیس محرابی بردر<sup>۴</sup>، رحمن پناهی<sup>۵</sup>، زهرا مقدسی<sup>۶</sup>، شیوا پورعلی رودبته<sup>۷</sup>، احمدرضا شمس آبادی<sup>۸</sup>

- ۱- مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران
- ۲- کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
- ۳- کاندیدای دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۴- کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
- ۵- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
- ۶- کارشناس مامایی، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
- ۷- دانشجوی دکتری، واحد تحقیقات سلامت روانی و رفاه (emPower)، گروه زنان و زایمان، دانشگاه ملیورن، استرالیا
- ۸- استادیار، گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

**مقدمه و اهداف:** خشونت علیه زنان باردار نقض واضح حقوق بشر زنان است و با عوارض بسیاری برای مادر و جنین همراه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر شدت خشونت خانگی در زنان باردار انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. شرکت کنندگان ۲۳۴ زن با بارداری کم خطر (۴۰-۲۸ هفته) بودند که به بخش زایمان بیمارستان بنت الهدی شهر بجنورد مراجعه کرده بودند. مادران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با استفاده از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک-مامایی و پرسشنامه خشونت علیه زنان تبریزی (۲۰۱۳) داده‌ها گردآوری شدند. داده‌ها با به کارگیری رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میزان شیوع خشونت علیه زنان باردار (تجربه دست کم مورد یکی از انواع خشونت خانگی توسط همسر) ۶۴/۶ درصد به دست آمد. از میان کسانی که خشونت را تجربه کرده بودند، ۳۶/۱ درصد در دوران بارداری خشونت با شدت کم و بسیار خفیف و ۶۳/۹ درصد خشونت با شدت متوسط را تجربه کردند. هیچ کدام از واحدهای پژوهش خشونت با شدت زیاد را تجربه نکرده بودند. بین جنسیت نوزاد و شدت خشونت ارتباط معنی داری وجود داشت ( $P=0/03$ ). مادران دارای نوزاد پسر (۹۱/۰۶۹-۱/۰۹۳،  $CI95\%: OR = 3/14$ ) برابر بیشتر در معرض شدت خشونت متوسط قرار داشتند. **نتیجه‌گیری:** اکثر زنان در این مطالعه از خشونت خانگی با شدت متوسط رنج برده بودند. در بین زنان باردار دارای نوزاد با جنسیت پسر شدت خشونت بیشتر بود. بنابراین ضروری است که در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و حمایتی جهت پیشگیری از بروز خشونت خانگی و کاهش تاثیرات منفی ناشی از آن، به این زنان توجه بیشتری مبذول گردد.

تاریخ دریافت  
۱۴۰۳/۰۱/۱۴

تاریخ پذیرش  
۱۴۰۳/۰۵/۱۰

نویسنده رابط  
اشرف صابر

ایمیل نویسنده رابط

[asaber1369@yahoo.com](mailto:asaber1369@yahoo.com)

نشانی نویسنده رابط

دانشکده علوم پزشکی اسفراین،  
معاونت آموزشی، پژوهشی و  
فرهنگی

**واژگان کلیدی:** خشونت خانگی، شدت، زنان، بارداری

## مقدمه

خشونت خانگی عبارت است از رفتارهای هجومی و سرکوب‌گرانه شامل: حملات فیزیکی، جنسی، روانی و همچنین اعمال فشار اقتصادی توسط هر فرد بالغ و جوان نسبت به فردی که با او ارتباط نزدیک و تنگاتنگ دارد. خشونت خانگی اغلب توسط همسر انجام می‌شود (۱). در یک مطالعه مروری که در ایران سال ۱۳۹۴ توسط سلیمانی و همکاران انجام شد، میزان شیوع کل خشونت در ۱۵۶۱۰ مادر باردار ایرانی ۵۲ درصد برآورد

شد (۲). در ایران طبق مطالعه مروری حاج نصیری و همکاران در بازه زمانی ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۴ شیوع انواع خشونت خانگی شامل خشونت عاطفی ۵۹ درصد، خشونت جسمی ۴۵ درصد و خشونت جنسی ۳۲ درصد گزارش شده است. بر اساس اسناد سازمان جهانی بهداشت شیوع خشونت علیه زنان در خانواده‌ها بیش از ابتلا به سرطان و تصادفات جاده‌ای است و عامل مرگ و معلولیت جسمانی زنان در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۴۴ سال است (۳). زنان حامله به دلیل شرایط خاصشان شانس بیشتری برای خشونت دارند (۴). عواملی

خانگی در زنان باردار در شمال شرق ایران، شهرستان بجنورد انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر به روش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود و در بازه زمانی مرداد ۱۳۹۹ تا شهریور ۱۴۰۰ انجام شد. حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۹) (۴) با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن  $p=0/33$ ، خطای ۰/۰۶ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد حداقل ۲۳۶ نفر تعیین شد. پس از اخذ مجوز کد اخلاق پژوهش از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی اسفراین (با شماره IR.ESFARAYENUMS.REC.1399.008) به مسئولین ذی ربط، پژوهشگر به بخش زایمان بیمارستان بنت الهدی شهر بجنورد مراجعه نمود. شرکت کنندگان از بین زنان باردار ساکن شهر بجنورد که جهت زایمان به بیمارستان بنت الهدی شهر بجنورد مراجعه می‌کردند، در صورت داشتن معیارهای ورود شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن تاهل و زندگی با همسر خود در زمان انجام مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، عدم تجربه حوادث تلخ و یا از دست دادن بستگان در ماه‌های اخیر، عدم ابتلا به عوارض بارداری شناخته شده مانند هیپرتانسیون و دیابت، عدم ابتلا به به بیماری مزمن روانی یا جسمی یا سابقه ابتلا به آنها، عدم استعمال دخانیات و سوء مصرف مواد مخدر، فقدان سابقه تولد نوزاد با ناهنجاری‌های مادرزادی، فقدان سابقه سقط مکرر بعد از هفته ۱۲ حاملگی، فقدان سابقه زایمان زودرس، حاملگی تک قلو، عدم باروری با IVF و IUI، به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند. سپس در خصوص اهداف پژوهش، حق شرکت آزادانه، حق خروج از مطالعه در هر مرحله بنا به درخواست خود، محرمانه و بی نام بودن پرسشنامه‌ها و محفوظ ماندن نام و آدرس برای واحدهای پژوهش توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. سپس پرسشنامه در اختیار واحدهای پژوهش قرار

همچون کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیر طبیعی همسر در خصوص بارداری (۵)، احساسات دوگانه زن در بارداری، آسیب-پذیری زنان در این دوره و بالا رفتن فشار اقتصادی می-توانند از عوامل مؤثر برای افزایش بروز خشونت در دوران بارداری باشند (۶). خشونت خانگی از جمله متغیرهای اجتماعی است که می‌تواند تحت تاثیر عوامل گوناگونی چون شغل و درآمد، خانواده، تحصیلات، سوء مصرف مواد مخدر، الکل، محل تولد و رشد، عوامل شخصیتی، رفتاری و فیزیولوژیکی قرار گیرد (۷) و لازم است که همواره مورد مطالعات پی در پی قرار گیرد (۸). خشونت خانگی در دوران بارداری یک نگرانی قابل توجه برای سلامت عمومی است زیرا می‌تواند هم برای زن باردار و هم برای سلامت جنین تهدید کننده باشد (۹). خشونت مرتبط با بارداری خطر مرگ و میر پری ناتال (۹، ۱۰)، سقط جنین (۹)، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد (۹-۱۱)، محدودیت رشد داخل رحمی (IUGR) و استرس، افسردگی، سندرم استرس بعد از سانحه و خودکشی در مادران را افزایش می‌دهد (۱۱). هر چند که مطالعات مشابهی در خصوص بررسی شیوع خشونت تا به حال در استان‌های مختلف و خارج از کشور انجام گرفته است، اما مطالعات در خصوص عوامل مؤثر بر شدت خشونت بسیار اندک بوده و با نتایج متناقضی همراه بوده است. مطالعه حاضر در شهر بجنورد انجام گرفته است. شهر بجنورد در مرکز استان خراسان شمالی در شمال شرق ایران واقع شده است. اقوامی که در بجنورد زندگی می‌کنند عبارتند از: مردم فارس زبان از جمله بومیان فارسی که در محل به نام تات نامیده می‌شوند، ترک‌زبان‌ها، کردزبان‌ها و ترکمن زبان‌ها (۱۲). قومیت و فرهنگ مراحل مختلف باروری و بارداری را به عنوان یک پدیده زیستی تحت تأثیر قرار می‌دهند. بدون دانش و درک ناکافی در مورد مشکلات زنان، سیاست‌ها جهت ارتقاء سلامت مادران عقیم خواهد ماند (۱۳). لذا با توجه به موارد ذکر شده، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر شدت خشونت

(۱۵). بنابراین، اگر نمره کل برای هر نوع خشونت برابر با صفر باشد، این طور در نظر گرفته می‌شود که زن از خشونت رنج نمی‌برد، در حالی که اگر نمره کل برابر با یک یا بیشتر باشد، این طور در نظر گرفته می‌شود که زن از خشونت رنج می‌برد. سپس در بین زنان خشونت دیده، شدت خشونت خانگی بر اساس نمره کسب شده از پرسشنامه خشونت تیزی و همکاران (۱۴) به سه سطح کم (کسب نمره بین ۱ تا ۶۰)، متوسط (کسب نمره بین ۶۰ تا ۱۲۰) و زیاد (کسب نمره بالاتر از ۱۲۰) طبقه بندی می‌شود. داده‌ها پس از گردآوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ شدند. توصیف داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی مثل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار انجام شد. سپس برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه و شدت خشونت در زنان از رگرسیون لجستیک استفاده شد. همچنین آلفا در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

با ۲۳۶ زن باردار مصاحبه شد. ۳۰ نمونه به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند. میزان پاسخ‌دهی ۸۷٪ بود. میانگین سنی مادران باردار  $26/93 \pm 6/22$  سال و همسرانشان  $32/63 \pm 5/11$  سال بود. در زمان مصاحبه میانگین سن بارداری زنان  $38/79 \pm 1/59$  هفته بود. ۳۴٪ زنان باردار پرابیمی گراوید بودند. تعداد فرزندان قبلی در ۶/۳٪ موارد یک، ۲۸/۶٪ موارد دو، ۱۷/۵٪ موارد سه و بیشتر و ۱۳/۶٪ موارد  $\leq 4$  فرزند بود. ۸۹/۳٪ (نفر ۱۸۴) زنان باردار خانه دار بودند. ۲۰/۹٪ (نفر ۴۳) بارداری‌ها ناخواسته بود. تحصیلات ۸۶/۴٪ (نفر ۱۵۱) مادران سیکل و پایین‌تر بود. ۹۲/۲٪ (نفر ۱۹۰) مادران باردار شغل و درآمدی نداشتند و ۶۲/۲٪ آنها ساکن روستا بودند. ۲۷/۲٪ (نفر ۵۶) زنان باردار با همسرانشان نسبت فامیلی داشتند. ۵۴/۴٪ (نفر ۱۱۲) ۶ سال و بیشتر از زمان ازدواجشان گذشته بود. در ۲۶/۲٪ (نفر ۵۴) ۱-۳ سال و ۱۴/۶٪ (نفر ۳۰) ۴-۵ سال و ۳/۹٪ (نفر ۸) کمتر از یک سال از زمان ازدواج سپری شده بود. جنسیت جنین در ۴۸/۵٪ (۱۰۰ جنین) پسر و در باقی موارد دختر بود. میزان شیوع خشونت علیه زنان باردار توسط همسر که دست کم

خواهد گرفت تا آنها را تکمیل نمایند. سوالات توسط مصاحبه کننده پرسیده و توضیح داده می‌شد و توسط زن باردار پرسشنامه تکمیل می‌شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم همکاری در حین مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۲ بخش بود که عبارتند از: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و زمینه‌ای که شامل سوالاتی درباره سن، سن همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، جنسیت نوزاد، مدت زمان ازدواج، محل سکونت، وضعیت مسکن، نسبت فامیلی با همسر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، تعداد فرزندان و سابقه سقط جنین، رعایت قرنطینه خانگی بود.

۲- بخش دوم شامل پرسشنامه روا و پایای موجود جهت سنجش خشونت خانگی علیه زنان بود. این پرسشنامه توسط محسنی تیزی و همکاران (۲۰۱۳) (۱۴) طراحی شده و دارای ۶۰ سوال است به طوری که ۲۶ سوال درباره سنجش انواع همسرآزاری در ابعاد جسمی، جنسی، اقتصادی، روانی، ۲۸ سوال درباره باورهای مرد سالارانه، سنت‌ها و تربیت خانوادگی و ۶ سوال درباره یادگیری خشونت است. نمره- گذاری سوالات بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، گاهی، بندرت، هرگز) و (کاملاً موافق، موافق، بی- نظر، مخالف و کاملاً مخالف) است. به پاسخ‌های کاملاً مخالف و هرگز نمره صفر و به پاسخ‌های کاملاً موافق و همیشه، نمره ۴ داده می‌شود (۱۴). در مطالعه تیزی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۳ به دست آمد که نشان می‌دهد، پایایی پرسشنامه در حد کافی است. همچنین روایی پرسشنامه به روش محتوایی تایید شده است (۱۴). ضمناً در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۹۲ به دست آمد. از بین افرادی که به سوال‌های مورد مطالعه پاسخ دادند ۱۳۳ نفر دارای خشونت خانگی بودند که این تعداد وارد تحلیل‌های بعدی شدند. در این مطالعه برای خشونت علیه زنان باردار، تعریف عملیاتی WHO برای شیوع خشونت علیه زنان اتخاذ شد: "نسبت زنانی که همیشه با شریک زندگی می‌کنند و حداقل یک عمل خشونت را گزارش می‌کنند"

مورد یکی از انواع خشونت خانگی قرار گرفته بودند ۶۴/۶ درصد (۱۳۳ نفر) به دست آمد. تحلیل نهایی روی داده‌های حاصل از ۱۳۳ پرسشنامه افرادی که خشونت را تجربه کرده بودند انجام شد. شایع‌ترین خشونت خانگی: خشونت روان ۵۶/۳ درصد (۱۱۶ نفر) بود، خشونت جنسی ۳۰/۶ درصد (۶۳ نفر)، خشونت اقتصادی ۱۲/۱ درصد (۲۵ نفر) و جسمی ۱۸/۹ درصد (۳۹ نفر) در مراتب بعدی قرار داشتند.

شاخص‌ترین شکل بروز خشونت روانی: توهین، ناسزا گفتن، بی‌احترامی (۴۲/۲٪)، جسمانی: سیلی زدن (۱۴/۶٪)، اقتصادی: کنترل وسواس گونه مخارج منزل (۱۸٪) و جنسی: برقراری رابطه جنسی بر خلاف میل (۲۵/۷٪) بود.

توزیع فراوانی سطح شدت خشونت اعمال شده در بین زنان باردار مورد مطالعه به شرح ذیل بود. ۳۶/۱ درصد (۴۸ نفر) در دوران بارداری خشونت با شدت کم و بسیار خفیف و ۶۳/۹ درصد (۸۵ نفر) خشونت با شدت متوسط را تجربه کردند. هیچ کدام از واحدهای پژوهش خشونت با شدت زیاد را تجربه نکرده بودند. همچنین نتایج نشان داد میانگین (انحراف معیار) شدت خشونت اعمال شده علیه زنان (۲۳/۵۲) (۶۳/۵۳) از ۲۴۰ بود و سطح متوسطی داشت.

جهت بررسی عوامل موثر بر شدت خشونت علیه زنان باردار، تحلیل نهایی روی داده‌های حاصل از ۱۳۳ پرسشنامه افرادی که خشونت را تجربه کرده بودند، انجام شد (جدول ۲). از این تعداد، ۸۲ درصد (۱۰۹ نفر) از زنان باردار اعلام کردند که سابقه سقط جنین نداشته و ۵۱/۹ درصد (۶۹ نفر) گزارش کردند که جنسیت نوزادشان، مذکر است. میانگین (انحراف معیار) سن زنان باردار مورد مطالعه و همسرانشان به ترتیب برابر با (۵/۹۵۴) (۲۷/۴۳) و (۶/۴۱۴) (۳۱/۵۳) سال بود. در این مطالعه ۷۱/۳ درصد (۹۲ نفر) مادران باردار تحت خشونت قرنطینه خانگی را رعایت می‌کردند. جدول ۱، سایر مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای زنان باردار مورد خشونت را نشان می‌دهد. در متغیرهای نسبت فامیلی با همسر، شغل مادر و محل سکونت یک داده گمشده و در متغیرهای مدت زمان ازدواج و وضعیت مسکن یک داده گمشده وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد میانگین (انحراف معیار) شدت خشونت اعمال شده علیه زنان (۲۳/۵۲) (۶۳/۵۳) از ۲۴۰ بود و سطح متوسطی داشت. از بین عوامل بررسی شده، تنها بین جنسیت نوزاد و شدت خشونت ارتباط معنی داری وجود داشت (P=۰/۰۳). مادران دارای نوزاد پسر (۹/۰۶۹- OR = ۳/۱۴، CI95%: ۱/۰۹۳) برابر بیشتر در معرض شدت خشونت متوسط قرار داشتند.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای زنان باردار مورد خشونت

متغیر	فراوانی	درصد
<b>سطح تحصیلات</b>		
ابتدایی	۶۰	۴۵/۲
راهنمایی	۳۷	۲۷/۸
دیپلم	۲۰	۱۵
دانشگاهی	۱۶	۱۲
<b>سطح تحصیلات همسر</b>		
ابتدایی	۴۶	۳۴/۶
راهنمایی	۴۸	۳۶
دیپلم	۳۰	۲۲/۶
دانشگاهی	۹	۶/۸
<b>شغل</b>		
شاغل	۱۰	۷/۶
خانه دار	۱۲۲	۹۲/۴
<b>شغل همسر</b>		
کارمند	۷	۵/۳

کارگر	۵۴	۴۰/۶
سایر مشاغل آزاد	۷۲	۵۴/۱
<b>محل سکونت</b>		
شهر	۴۷	۳۵/۶
روستا	۸۵	۶۴/۴
<b>وضعیت مسکن</b>		
شخصی	۷۶	۵۸
استیجاری	۳۶	۲۷/۵
منزل خانواده شوهر	۱۹	۱۴/۵
<b>تعداد فرزند</b>		
بدون فرزند یا یکی	۴۸	۳۶/۱
دو فرزند	۳۹	۲۹/۳
سه و بیشتر	۴۶	۳۴/۶
<b>نسبت فامیلی با همسر</b>		
بله	۴۰	۳۰/۳
خیر	۹۲	۶۹/۷
<b>جنسیت نوزاد</b>		
پسر	۶۹	۵۱/۹
دختر	۶۴	۴۸/۱
<b>مدت زمان ازدواج</b>		
۵ سال و کمتر	۵۳	۴۰/۵
۶ و بیشتر از آن	۷۸	۵۹/۵
<b>حاملگی خواسته</b>		
بله	۱۰۶	۷۹/۷
خیر	۲۷	۲۰/۳
<b>سابقه سقط</b>		
خیر	۱۰۹	۸۲
بله	۲۴	۱۸

جدول شماره ۲- عوامل موثر بر شدت خشونت اعمال شده علیه زنان باردار با استفاده از رگرسیون لجستیک

متغیر	OR	CI	p-value
<b>سابقه سقط</b>			
بله	۱		
خیر	۱/۳۳۷	(۰/۳۳۹-۵/۲۷۴)	۰/۶۷۸
<b>حاملگی خواسته</b>			
بله	۱		
خیر	۱/۶۷۵	(۰/۴۳۸ - ۶/۴۰۴)	۰/۴۵۱
<b>جنسیت نوزاد</b>			
دختر	۱		
پسر	۳/۱۴۸	(۱/۰۹۳ - ۹/۰۶۹)	۰/۰۳۴
سن	۰/۹۳۶	(۰/۸۰۱ - ۱/۰۹۴)	۰/۴۰۴
سن همسر	۱/۱۳۷	(۰/۹۷۶ - ۱/۳۲۴)	۰/۰۹۹

<b>مدت زمان ازدواج</b>		
۰/۱۵۵	(۰/۰۷۸ - ۱/۴۹۹)	۰/۳۴۲ ۱
<b>نسبت فامیلی با همسر</b>		
۰/۱۵۵	(۰/۳۷۲ - ۳/۳۰۱)	۱/۱۰۷ ۱
<b>تعداد فرزندان</b>		
۰/۰۵۷	(۰/۹۴۰ - ۷۶/۰۱۲)	۸/۴۵۳
۰/۱۹۳	(۰/۶۰۲ - ۱۲/۳۶۰)	۲/۷۲۸
<b>سطح تحصیلات</b>		
		۱
۰/۰۵۳	(۰/۰۶۵ - ۱/۰۱۹)	۰/۲۵۷
۰/۵۹۷	(۰/۱۳۹ - ۳/۱۰۲)	۰/۶۵۸
۰/۰۷۰	(۰/۰۲۴ - ۱/۱۵۳)	۰/۱۶۸
<b>سطح تحصیلات همسر</b>		
		۱
۰/۲۰۴	(۰/۱۳۳ - ۱/۵۴۰)	۰/۴۵۲
۰/۶۵۸	(۰/۱۵۱ - ۳/۲۹۲)	۰/۷۰۶
۰/۲۳۴	(۰/۰۰۳ - ۴/۱۷۸)	۰/۱۰۹
<b>شغل همسر</b>		
		۱
۰/۹۳۴	(۰/۰۴۷ - ۲۷/۶۴۷)	۱/۱۴۴
۰/۲۸۷	(۰/۵۹۷ - ۵/۷۱۲)	۱/۸۴۷
<b>شغل</b>		
		۱
۰/۰۸۱	(۰/۰۱۸ - ۱/۲۶۶)	۰/۱۵۰
<b>محل سکونت</b>		
۰/۳۸۲	(۰/۴۸۴ - ۶/۶۴۰)	۱/۷۹۳
		۱
<b>وضعیت مسکن</b>		
		۱
۰/۱۷۰	(۰/۰۹۸ - ۱/۵۰۴)	۰/۳۸۵
۰/۴۳۵	(۰/۱۰۴ - ۲/۶۴۹)	۰/۵۲۴

## بحث

### خشونت خانگی

هدف مطالعه حاضر بررسی عوامل موثر بر شدت خشونت خانگی در زنان باردار انجام شد. علی‌رغم تلاش‌هایی که برای از بین بردن همه اشکال خشونت علیه زنان در سطح جهان انجام شد، شیوع کلی خشونت علیه زنان باردار که دست کم

مورد یکی از انواع خشونت خانگی توسط همسر قرار گرفته بودند، در این مطالعه ۶۴/۶ درصد (۱۳۳ نفر) بود. در مدت زمانی مشابه با این انجام این کار، کارهای تحقیقاتی مشابه دیگری در استان‌های دیگر انجام گرفته است که شیوع متفاوتی را ذکر کرده‌اند. در مطالعه مقطعی Maharlouei و همکاران (۲۰۲۳) که در سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱ در شهر شیراز انجام شد، شیوع کلی خشونت در بین ۸۳۰ زن باردار ۹۳/۱

استفاده، حجم نمونه و ویژگی‌های اجتماعی فرهنگی و محیطی شرکت‌کنندگان باشد (۱۸). ما دریافتیم که نسبت بالایی از این زنان باردار انواع مختلف خشونت را در طول همه‌گیری کرونا تجربه کردند.

در این مطالعه، خشونت روانی همانند برخی پژوهش‌های دیگر انجام شده در مناطق دیگر ایران (۱۶-۱۹، ۲۲) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. خشونت مالی در رتبه بعدی قرار داشت. بسیاری از شرکت‌کنندگان و همسرانشان در مطالعه ما از سطح اقتصادی-اجتماعی پایینی برخوردار بودند، چرا که سطح تحصیلات پایینی داشتند (سیکل و پایین تر)، در مناطق روستایی و در خانواده‌هایی با سطح درآمد ماهانه بسیار کم زندگی می‌کردند و درصد بسیار ناچیزی از همسران آنها در مشاغل دولتی شاغل بودند. در دوران قرنطینه کرونا این افراد نسبت به اقشار دیگر از نظر خشونت مالی بیشتر آسیب پذیرتر بودند (۲۳).

در مطالعه حاضر بیشترین مورد خشونت جنسی، برقراری رابطه جنسی بر خلاف میل (۲۵/۷ درصد) در طی دوران بارداری بود. این یافته با نتایج مطالعه مردانی در سال ۱۳۸۸ همخوانی دارد که نشان داد بیشترین نوع خشونت جنسی در زنان باردار شروع رابطه جنسی بدون رضایت همسر بود (۱۶/۷ درصد) (۲۴). با توجه به شرایط فیزیکی و جسمانی مادر در دوران بارداری میزان شیوع خشونت جسمانی (۱۸/۹ درصد) و جنسی (۳۰/۶ درصد) کمتر گزارش شد، ولی در عوض خشونت‌های عاطفی و کلامی که می‌تواند سلامت روحی و روانی مادر را به مخاطره اندازد، بیشتر بود.

با توجه به شرایط و محدودیت‌های دوران بارداری در رابطه جنسی به دلیل تغییرات فیزیکی و فیزیولوژیکی و ممنوعیت‌های موردی جهت پیشگیری از برخی عوارض دوران بارداری، رابطه جنسی در بارداری تحت تاثیر قرار می‌گیرد و افزایش میزان مواجهه با خشونت جنسی در زنان باردار نسبت به جمعیت عمومی زنان گواهی بر این ادعا می‌باشد (۲۵).

درصد بود (۱۶). در مطالعه مقطعی Naghizadeh (۲۰۲۱) بیش از یک سوم زنان باردار (۳۵/۲٪) مراجعه کننده به کلینیک زنان و زایمان بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز خشونت خانگی را تجربه کرده بودند (۱۷). در مطالعه توصیفی مقطعی Roozbahani (۲۰۲۳) بر روی ۵۶۰ زن باردار داوطلب با سن بارداری ۲۸ تا ۳۵ هفتگی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران طی سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۱، بیش از ۵۰ درصد زنان در دوران بارداری مورد خشونت خانگی قرار گرفته بودند (۱۸). در مطالعه توصیفی مقطعی Saeedi و همکاران (۲۰۲۴) در سال ۲۰۲۱ بر روی ۴۲۳ زن متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر ساوه، ۵۹/۶٪ شرکت‌کنندگان در معرض خشونت خانگی بودند (۱۹). شیوع خشونت در مطالعه ما از برآورد خشونت علیه زنان باردار کشور ایران که توسط سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) بررسی شد (شیوع ۵۲ درصد در ۱۵۶۱۰ مادر باردار)، بیشتر بود (۲). علاوه بر این، برخی منابع شیوع خشونت را ۶۰-۴۰ درصد و سازمان جهانی بهداشت ۵۰-۲۵ درصد گزارش نموده است (۲۰). از آنجایی که این مطالعه در طول زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شده است و بیشتر زنان باردار با توجه به اینکه در گروه پر خطر قرار داشتند، توصیه به رعایت قرنطینه خانگی می‌شدند لذا این عامل می‌تواند در شیوع و شدت خشونت تاثیرگذار باشد. چرا که زنان در طول دوره قرنطینه برای مدت طولانی‌تری با همسرشان در خانه در تماس مستقیم هستند که می‌تواند میزان خشونت خانگی را افزایش دهد (۲۱). در این مطالعه ۷۱/۳ درصد مادران باردار تحت خشونت قرنطینه خانگی را رعایت می‌کردند. محققان در مورد شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری که کاهش می‌یابد، تقریباً یکسان می‌ماند یا افزایش می‌یابد، اختلاف نظر دارند. با این وجود به دلیل اینکه شیوع خشونت خانگی در بارداری در کشورهای مختلف و استان‌های مختلف داخل کشور متفاوت است، نتیجه‌گیری مقایسه‌ای به دلیل تفاوت در آن دشوار است. واضح است که تفاوت در نوع خشونت خانگی در مطالعات مختلف ممکن است به دلیل تفاوت در تعاریف خشونت، درک مادران از خشونت خانگی، ابزارهای مورد

گزارش شده است (۲۸). نتایج مطالعه مروری Piquero (۲۰۲۱) نشان داد که بروز خشونت خانگی پس از قرنطینه طولانی مدت در طول بحران کووید-۱۹ افزایش یافته است (۲۹).

جنسیت نوزاد تنها عامل موثر بر شدت خشونت بود. میزان خشونت مواردی که جنسیت جنین پسر بود، بیشتر گزارش شد. با توجه به تمایل اکثر خانواده‌های ایرانی به داشتن فرزندان پسر، می‌توان ادعا کرد که این داده‌ها می‌تواند گمراه کننده باشد. نتایج مطالعه احمدی (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که والدین ایرانی بیشتر به داشتن فرزند با جنس مذکر (۵۵/۵ درصد) نسبت به دختر علاقه‌مند هستند (۳۰). فشار برای به دنیا آوردن پسر ممکن است سطح استرس، افسردگی و خشونت روانی علیه زنان باردار را افزایش دهد. نتایج تحقیق Pun (۳۱) و Dhillon (۳۲) این ادعا را تأیید می‌کند.

در مطالعه کیفی Pun (۲۰۱۶) در ۱۲ بحث گروهی متمرکز (۴۱ مرد و ۷۶ زن) در جامعه نپال، بحث‌ها نشان داد که خشونت روانی در دوران بارداری شیوع بیشتری دارد و یکی از دلایل خشونت روانی و استرس در بارداری ترجیح جنسیت پسر گزارش شده است. آنها اشاره کردند که ترجیح جنسیتی پسرشان ریشه در مسائل فرهنگی، سنت‌ها و باورهای مرد سالارانه دارد (۳۱).

در مطالعه Dhillon (۲۰۱۰)، یکی از عوامل خطر مستقل برای افسردگی پس از زایمان در میان زنان آسیایی ساکن در بریتانیا، ترجیح جنسیت پسر خانواده بود (۳۲).

روش خودگزارشی به عنوان روش جمع آوری داده‌ها و حجم نمونه کوچک و عدم تعمیم پذیری مطالعه به کل جمعیت زنان باردار با توجه به معیارهای ورود از محدودیت‌های قابل توجه در تحقیق حاضر بود.

### نتیجه‌گیری

شیوع خشونت در این مطالعه بالا بود. اکثر افراد تحت خشونت با شدت متوسط بودند. می‌توان ادعا کرد که اتخاذ محدودیت‌هایی مانند قرنطینه و فشار مالی پس

نتایج این مطالعه نشان داد که در حالی که خشونت خانگی در بین زنان باردار رایج بود، بیشتر زنان خشونت متوسطی را تجربه کرده بودند. مطالعه Jadgal و همکاران (۲۰۲۰) که با هدف ارزیابی شیوع خشونت خانگی (توسط همسر) در بین زنان باردار انجام شد، همین نتایج را گزارش کرد. بیش از ۸۰ درصد از زنان باردار خشونت خانگی متوسط را تجربه کردند. ۱۳ درصد خفیف و ۳ درصد بسیار خفیف را گزارش کردند. در این تحقیق از مقیاس اندازه‌گیری حل تعارض استفاده شده است. درصد (فرکانس) برای تعیین شدت و فراوانی خشونت خانگی (بسیار خفیف، خفیف، متوسط، شدید، بسیار شدید) استفاده شد. احتمال خشونت خانگی در زنان باردار که خود یا همسرانشان دارای تحصیلات ابتدایی (مدرسه) بودند، ۴ تا ۶ برابر بیشتر بود (۲۶).

در مقابل، تحقیقات توسلی (۱۳۹۷) روی زنان باردار نتایج متفاوتی را نشان داد. در مطالعه توسلی (۱۳۹۷) از ۲۷۰ زن متاهل که در مراکز پزشکی و واکسیناسیون مراجعه کرده بودند، حدود ۶۸/۹ درصد در دوران بارداری خشونت کم و بسیار خفیف را تجربه کردند. برای ارزیابی شدت خشونت از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، افزایش سطح تحصیلات زنان و مردان، توسعه فرهنگی محل سکونت و ارتقای نگرش فرهنگی در سطح خانواده از عوامل مؤثر بر کاهش خشونت علیه زنان باردار است (۲۷). البته مطالعات فوق قبل از انتشار ویروس کرونا انجام شده است. می‌توان اعلام کرد که اتخاذ محدودیت‌هایی مانند قرنطینه و فشار مالی پس از بحران کووید-۱۹ زنان را در معرض خطر بیشتر نه تنها بروز، بلکه همچنین شدت خشونت قرار می‌دهد (۲۳).

در مطالعه مروری Moreira و همکاران (۲۰۲۰)، محدودیت‌هایی مانند قرنطینه، ماندن در خانه، تعطیلی مدارس و مشاغل، گذراندن زمان بیشتری زوجها با هم در خانه در نتیجه محدودیت‌ها و تعطیلی مشاغل در طول بحران کووید-۱۹ دلایل افزایش خشونت خانگی



پژوهشی دانشکده علوم پزشکی اسفراین انجام شده است.

### سهم نویسندگان

سهم نویسنده اول به عنوان نویسنده مسئول در طراحی مطالعه، نگارش و تایید نسخه نهایی مقاله بود. نویسنده دوم در طراحی مطالعه و گردآوری داده‌ها، نویسنده سوم در در تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، نویسنده چهارم و هشتم در تهیه پیش‌نویس مقاله، نویسنده پنجم، ششم در جمع‌آوری داده‌ها و نویسنده هفتم در تهیه پیش‌نویس مقاله و تایید نسخه نهایی مقاله مشارکت داشتند.

### تعارض منافع

هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

از بحران کووید-۱۹ زنان را در معرض خطر بیشتر نه تنها بروز، بلکه همچنین شدت خشونت قرار داده است.

این مطالعه نشان داد که سطح متوسط خشونت در زنانی با ویژگی جنسیت پسر جنین بیشتر بوده است. بنابراین، مهم است که در هنگام توسعه و اجرای برنامه‌های آموزشی و حمایتی برای جلوگیری از وقوع خشونت و کاهش اثرات منفی آن، این زنان آموزش بیشتری دریافت کنند. همچنین با توجه به قومیت‌های متعدد در خراسان شمالی توصیه می‌شود که مطالعات آتی در این استان، این متغیر را در نظر بگیرند تا عامل-های زمینه‌ای فرهنگی به طور کامل شناخته شوند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه همکارانی که در بیمارستان بنت الهدی شهر بجنورد در این طرح پژوهشی یاری گرما بودند، کمال تشکر را داریم. این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی اسفراین است و با حمایت مالی معاونت

### References

1. Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry?. *International journal of law and psychiatry* 2020;71:101594. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>
2. Soleimani A, Delpisheh A, Ahmadi A, Khademi N, Jafarina B, Sayehmiri K. Prevalence of Violence Against Women in During pregnancy in Iran: A Systematic Review and Metaanalysis. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2016; 13(11):973-86. (Persian).
3. Hajnasiri H, Ghanei Gheslagh R, Karami M, Taherpour M, Khatooni M, SayehMiri K. Physical, sexual and emotional violence among Iranian women: a systematic review and meta-analysis study. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2017 Jan 10;21(6):110-21. (Persian). <https://doi.org/10.22102/21.6.110>
4. Masoumi S Z, Babahydarian F, Sangestani G, Roshanaei G. Assessment of Different Types of Domestic Violence Against Pregnant Mothers Exposed to Violence in Sahneh City. *Pajouhan Sci J* 2019; 17 (2) :24-30. (Persian). <https://doi.org/10.21859/psj.17.2.24>
5. 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 Mar 10;11(4):32-41. (Persian).
6. Thibaut F, van Wijngaarden-Cremers PJ. Women's mental health in the time of Covid-19 pandemic. *Frontiers in global women's health* 2020;1:588372. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.588372>
7. Ilyasu Z, Abubakar IS, Galadanci HS, Hayatu Z, Aliyu MH. Prevalence and risk factors for domestic violence among pregnant women in northern Nigeria. *Journal of interpersonal violence*. 2013;28(4):868-83. <https://doi.org/10.1177/0886260512455872>

8. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *The lancet*. 2002;359(9315):1423-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
9. Cha S, Masho SW. Intimate partner violence and utilization of prenatal care in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014 Mar;29(5):911-27. <https://doi.org/10.1177/0886260513505711>
10. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health*. 2015;24(1):100-6. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
11. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson II JE. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;217(2):141-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>
12. Abasi Z, Keshavarz Z, Abbasi Shavazi M. J, Ebadi A, Esmaili H, Ghorbani M. Causes of difference in the use of contraceptive methods in different ethnic groups. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2021; 24(1): 44-54. (Persian). <https://doi.org/10.22038/ijogi.2021.17992>
13. keshavar Z, Abassi Z, Abbasi-Shavazi M, Ebadi A, alavi moghadam F, Salari E. Ethnic ,cultures and reproductive behaviour in North Khorasan . *North Khorasan University of Medical Sciences* 2017; 9 (1) :109-119. (Persian). <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnkums.9.1.109>
14. Mohseni Tabrizi AR, Kaldi AR, Javadianzadeh M. The study of domestic violence in marrid women addmitted to yazd legal medicine organization and welfare organization. *Tolooebehdasht*. 2013;11(3):11-24. (Persian) .
15. World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

16. Maharlouei N, Roozmeh S, Zahed Roozegar MH, Shahraki HR, Bazrafshan K, Moradi-Alamdarloo S, et al. Intimate partner violence during pregnancy in COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from South-west of Iran. *BMC public health* 2023;23(1):325. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15258-x>
17. Naghizadeh S, Mirghafourvand M, Mohammadirad R. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC pregnancy and childbirth* 2021;21:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03579-x>
18. Rozbahani S, Dolatian M, Mahmoodi Z, Zandifar A, Majd HA, Shams J. Investigating the Relationship Between Structural Determinants of Health and Domestic Violence Against Pregnant Women Based on the World Health Organization Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2023 Dec 31(In Press). <https://doi.org/10.5812/ijpbs-130911>.
19. Saeedi M, Taleb S. Evaluation of Domestic Violence Against Women and its Effective Factors During the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2024 Mar 10;19(4):267-79.
20. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi MA, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Med J Hormozgan Univ*. 2010 Jan 15;13(4):260-9. (Persian).
21. Agüero JM. COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World development* 2021;137:105217. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105217>
22. Hadiloo N, Lalooha F, Sarichloo ME, Oveisi S. Prevalence of Intimate Partner Violence in pregnant women during the COVID-19 epidemic in Qazvin-Iran 2021. *Discover Social Science and Health* 2024;4(1):11. <https://doi.org/10.1007/s44155-024-00075-3>
23. Sharma A, Borah SB. Covid-19 and Domestic Violence: an Indirect Path to Social and Economic Crisis. *J Fam Violence*. 2020;37(5):759-765. doi: 10.1007/s10896-020-00188-8 .
24. Mardani Hamule M, Heidari H. Assessment of pregnancy and types of violence against women and associated factors. *Bimonthly of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2009;7(3):173- 80. (Persian).
25. Jalili M, Kohan Sh, Tarrahi MJ, Torabi F. Domestic violence during pregnancy and its predictive factors during the COVID-19 epidemic among primiparous women in Isfahan. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2023; 29(1): 77-88. (Persian).
26. Jadgal MS, Zareipour M, Movahed E, Zareban I. Prevalence of domestic violence among pregnant women in Chabahar. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction* 2022;11(2): e120410. (Persian). <https://doi.org/10.5812/ijhrba-120410>
27. Tavassoli A., ahmadi N., Ahmadi F. Factors related to domestic violence against pregnant women referring to hospitals and vaccination centers in Tehran. *Nursing And Midwifery Journal*. 2019;17(5):379-91. (Persian).
28. Moreira DN, da Costa MP. 2020. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International journal of law and psychiatry* 2020;71:101606. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
29. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic-Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of criminal justice* 2021;74:101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
30. Ahmadi SF, Shirzad M, Kamali K, Ranjbar F, Behjati-Ardakani Z, Akhondi MM. Attitudes about sex selection and sex preference in Iranian couples referred for sex selection technology. *Journal of Reproduction & Infertility* 2015;16(1):36-42. (Persian). PMID: 25717434; PMCID: PMC4322180.
31. Pun KD, Infanti JJ, Koju R, Schei B, Darj E, ADVANCE Study Group. Community perceptions on domestic violence against pregnant women in Nepal: a qualitative study. *Global health action* 2016;9(1):31964. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31964>
32. Dhillon N, MacArthur C. Antenatal depression and male gender preference in Asian women in the UK. *Midwifery*. 2010;26(3):286-93. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.09.001>.

Tehran University of  
Medical Sciences

## Original Article

# Factors Affecting the Severity of Domestic Violence against Pregnant Women: A Cross-Sectional Study in Northeastern Iran

Ashraf Saber<sup>1</sup>, Maryam Omid<sup>2</sup>, Fereshteh Eidy<sup>3</sup>, Mahdis Mehrabi Bardar<sup>4</sup>, Rahman Panahi<sup>5</sup>, Zahra Moghadasi<sup>6</sup>, Shiva Pouraliroudbaneh<sup>7</sup>, Ahmadreza Shamsabadi<sup>8</sup>

- 1- Instructor, Master of Midwifery, Department of Nursing, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran
- 2- Master of Midwifery, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
- 3- Ph.D. Candidate of Biostatistics, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
- 4- Master of Midwifery, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
- 5- Assistant Professor, Department of Public Health, Qaen faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
- 6- Bachelor's degree in Midwifery, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
- 7- Ph.D. Scholar, Psychosocial Health and Wellbeing Research (emPower) Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Melbourne, Australia
- 8- Assistant Professor, Department of Health Information Management, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran

## Article Information

**Received**  
02 April 2024

**Accepted**  
31 July 2024

**Corresponding author**  
Ashraf Saber

**Corresponding author E-mail**  
[asaber1369@yahoo.com](mailto:asaber1369@yahoo.com)

**Keywords:**  
Domestic violence, Severity,  
Women, Pregnancy

## Abstract

**Background and Objectives:** Violence against pregnant women is a clear violation of women's rights associated with many consequences and complications both for the mother and fetus. In this study, we aimed to determine factors affecting the severity of domestic violence against pregnant women.

**Methods:** This cross-sectional descriptive-analytical study was carried out between July 2020 and September 2021. The participants were 234 women with low-risk pregnancies (28-40 weeks) who were transferred to the maternity ward of Bentolhoda Hospital in Bojnurd City. Mothers were selected by the convenience sampling method. A two-part questionnaire was used in this study, which included demographic and midwifery information questionnaires and a domestic violence questionnaire created by Tabrizi in 2013. Subsequently, the data were analyzed using logistic regression.

**Results:** The prevalence rate of violence against pregnant women (experiencing at least one type of domestic violence from the husband) was 64.6%. Among those who had experienced violence, 36.1% of the participants experienced low to very mild violence during pregnancy and 63.9% experienced moderate violence. However, severe violence was not experienced by any of the research units. Also, there was a significant relationship between babies' gender and the severity of violence ( $P=0.03$ ). Pregnant women with male fetus ( $OR = 3.14$ ,  $CI_{95\%}: 1.093-9.069$ ) were 3.14 times more exposed to violence with moderate severity.

**Conclusion:** In this study, most women suffered domestic violence with moderate severity. Among pregnant women with male fetuses, the severity of violence was even higher. Thus, it is necessary to pay a proper attention to the design and implementation of educational and support programs for these women to prevent domestic violence and reduce its adverse impacts.

