

## The Prevalence of Spouse Abuse During Pregnancy and Its Related Factors in Guilan Province in 2019

Sakineh Keshavarz Mohammadian<sup>1</sup>, Behzad Damari<sup>2</sup>, Fardin Mehrabian<sup>3</sup>, Maryam Shakiba<sup>4</sup>

1. Master of Public Health-mph student in Social Determinant of Health-SDH, Vice-chancellor for health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5223-2917.

2. Associated Professor, Community-Medicine Specialist, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author), Tel: +98-21-88956978, Email: bdamari@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6456-1064.

3. Professor, Department of Health Education and Promotion, Health and Environment Research Center, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0002-9613-2395.

4. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, Cardiovascular Diseases Research Center, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID ID: 0000-0002-7497-6001.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Spousal abuse in pregnancy leads to adverse consequences in mother and neonate and its prevalence is far higher than other dangerous complications during pregnancy. The aim of this study was to determine the prevalence of spousal abuse during pregnancy and its related factors in Guilan Province.

**Materials and Methods:** This cross-sectional and descriptive-analytical study included 1541 parous women referring to 160 selected health care delivery units for their babies' two-month vaccination in 2019. We used random multi-stage cluster sampling for sample collection. Data were collected using a valid and reliable self-administered questionnaire consisted of demographic variables and spouse abuse questionnaire during pregnancy. Using SPSS-26 software, data were analyzed by descriptive and analytical tests such as mean, chi-square and binary logistic regression.  $\alpha < 0.05$  was considered significant.

**Results:** The mean (SD) age of the women participating in the study was  $29.2 \pm 5.6$  years. The overall prevalence rate of spousal abuse in pregnancy was 71.3% and women had been abused by their spouses at least once during pregnancy with frequency of "sometimes" to "always". The prevalence rates of emotional (the most common), physical and sexual violence were 69.5%, 32.2% and 15.1% respectively. Husbands' substance abuse (Odd Ratio-OR= 2.38, 95% CI: 1.7, 3.34), couples' dissatisfaction of the gender of the fetus (OR= 1.91, 95% CI: 1.09, 3.35), lack of family support for mothers (OR = 1.63, 95% CI: 1.03, 2.57) and extended family (OR = 1.38, 95% CI: 1.03, 1.84) were found to be positively and significantly associated with spousal abuse during pregnancy.

**Conclusion:** Use of effective strategies in order to reduce the factors associated with spousal abuse can be effective in preventing and decreasing the rate of this social problem and its negative consequences.

**Keywords:** Spousal emotional abuse, Physical spousal abuse, Sexual spousal abuse, Pregnancy.

**Received:** Mar 11, 2021

**Accepted:** Aug 28, 2021

**How to cite the article:** Sakineh Keshavarz Mohammadian, Behzad Damari, Fardin Mehrabian, Maryam Shakiba The Prevalence of Spouse Abuse During Pregnancy and Its Related Factors in Guilan Province in 2019. SJKU 2022;27(3):66-76.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

شیوع همسرآزاری در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در استان گیلان در سال ۱۳۹۸

## سکینه کشاورز محمدیان<sup>۱</sup>، بهزاد دمازی<sup>۲</sup>، فردین مهربانیان<sup>۳</sup>، مریم شکیبا<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی مقطع mph، گرایش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۵۲۲۳-۲۹۱۷
۲. دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، گروه حکمرانی و سلامت، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۳۳۲۳۰۰۷۸-۰۱۳، پست الکترونیک: bdamari@gmail.com، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۴۵۶-۱۰۶۴
۳. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، مرکز تحقیقات بهداشت و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۶۱۳-۲۳۹۵
۴. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۷۴۹۷-۶۰۰۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** همسرآزاری در بارداری منجر به پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد می‌شود و شیوع آن به مراتب بیش از سایر عوارض خطرناک دوران بارداری است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع همسرآزاری در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در استان گیلان است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش از دسته مطالعات مقطعی و توصیفی-تحلیلی با روش پیمایشی است که در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۵۴۱ نفر از زنان زایمان کرده به ۱۶۰ واحد ارائه خدمات بهداشتی منتخب برای واکسیناسیون دوماهگی شیرخوارشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای تصادفی بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک و پرسشنامه «همسرآزاری در بارداری» که روایی و پایایی آن محاسبه شده بود، جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی شامل میانگین، کای-دو و رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS-26 و در سطح معنی‌داری  $\alpha < 0/05$  تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین (انحراف معیار) سنی زنان مورد مطالعه ۲۹/۲ (۵/۶) سال بود. شیوع کلی همسرآزاری در بارداری ۷۱/۳ درصد بود و زنان حداقل یک بار در دوران بارداری، مورد همسرآزاری در سطح فراوانی «گاهی» تا «همیشه» قرار گرفتند. همسرآزاری عاطفی (شایع‌ترین)، جسمی و جنسی به ترتیب ۶۹/۵، ۳۲/۲ و ۱۵/۱ درصد گزارش شد. سوءمصرف مواد توسط همسر (CI: ۱/۷-۳/۳۴) عدم رضایت زوجین از جنسیت جنین (OR: ۱/۹۱، ۹۵٪ CI: ۱/۰۹-۳/۳۵)، عدم برخورداری مادر از حمایت خانواده (OR: ۱/۰۳-۲/۵۷، ۹۵٪ CI: ۱/۰۳-۲/۵۷) و زندگی در خانواده گسترده (OR: ۱/۶۳، ۹۵٪ CI: ۱/۰۳-۱/۸۴)، به طور مثبت و معنی‌داری با همسرآزاری در دوران بارداری ارتباط دارد.

**نتیجه‌گیری:** اتخاذ راهکارهای مؤثر در کاهش عوامل مرتبط با همسرآزاری می‌تواند در پیشگیری و کاهش این معضل اجتماعی و پیامدهای منفی آن مؤثر باشد.

**کلمات کلیدی:** همسرآزاری عاطفی، همسرآزاری جسمی، همسرآزاری جنسی، بارداری.

وصول مقاله: ۹۹/۱۲/۲۱ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۶

همسرآزاری به «هرگونه رفتار خشن و وابسته به جنسیت توسط شریک جنسی فعلی یا سابق که موجب آسیب شده یا

مقدمه

با احتمال آسیب جسمی، جنسی، عاطفی یا رنج زنان همراه باشد و می‌تواند با تهدید، سلب مطلق اختیار یا آزادی صورت گرفته و به صورت آشکار یا پنهان رخ دهد» اطلاق می‌شود (۱). همسرآزاری رایج‌ترین نوع خشونت خانگی است؛ ولی متأسفانه بسیاری از موارد آن مخفی می‌ماند. خشونت اعمال شده از سوی همسر، تأثیر شدیدی بر سلامتی زنان داشته و بیانگر این واقعیت است که پدیده خشونت علیه زنان، می‌بایست به عنوان یک چالش مهم بهداشت عمومی در جهان مورد توجه قرار گیرد (۲). بار اجتماعی و بهداشتی ناشی از خشونت، تأثیر ماندگار و مادام‌العمری بر سلامت زنان می‌گذارد (۳). همسرآزاری قابل پیش‌بینی و پیشگیری بوده و در همه کشورها صرف‌نظر از شرایط اقتصادی، اجتماعی، مذهبی یا فرهنگی آن‌ها رخ می‌دهد (۴).

بارداری زمان کلیدی و مهمی برای شروع یا تقویت همسرآزاری است چون زنان در دوران بارداری به لحاظ جسمی و روحی آسیب پذیرترند (۵). شیوع همسرآزاری در بارداری به مراتب بیشتر از عوارض بارداری مانند پره‌اکلامپسی و دیابت است که به صورت معمول در طی بارداری غربالگری می‌شوند (۶). همسرآزاری در دوران بارداری منجر به پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد از جمله وزن‌گیری نامناسب مادر، آنمی، عفونت، خونریزی‌های سه ماهه اول و دوم، افزایش فشارخون، ادم، زایمان زودرس، تهوع و استفراغ یا دهیدراتاسیون شدید، عفونت سیستم اداری و همچنین ویزیت‌های بیمارستانی به دلایل فوق می‌شود (۷، ۸). خشونت علیه زنان کل افراد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ که می‌توان به عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی، بروز مشکلات رفتاری، عاطفی و مدرسه‌ای در کودکان و سوءمصرف مواد و روابط جنسی ناامن در نوجوانان اشاره نمود (۹). از این رو امروزه توجه به برآورد میزان شیوع همسرآزاری و ابعاد آن و همچنین عوامل مرتبط با همسرآزاری در جوامع مختلف گسترش یافته است.

گزارش‌های جهانی در مورد میزان شیوع همسرآزاری متفاوت است؛ متوسط میزان جهانی همسرآزاری در دوران

بارداری، ۱۹/۸ درصد و میزان خشونت عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب ۲۸/۴ درصد، ۱۳/۸ درصد و ۸ درصد است. این میزان در کشورهای توسعه یافته ۱۳/۳ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۷/۷ درصد و همچنین از کشوری به کشور دیگر از ۱ درصد در کانادا، ۴ درصد در چین، ۵ درصد در انگلیس، ۲۵ درصد در مکزیک و ۶۳ درصد در برزیل متفاوت است (۱۰).

شیوع همسرآزاری در ایران نیز بر اساس بررسی‌های مختلف متفاوت گزارش شده است؛ مطالعه مروری معافی و همکاران (۱۳۹۳) در مادران باردار ایرانی نشان داد که شیوع کلی همسرآزاری در دامنه وسیعی بین ۱۹/۳ درصد در اهواز تا ۹۴/۵ درصد در شهرستان‌های میاندوآب، مهاباد و بناب قرار دارد؛ همچنین شیوع آن در سه حیطه عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب در دامنه ۶۰/۵-۷/۲ درصد، ۴۴/۱-۱/۵ درصد و ۵۵/۱-۱/۵ درصد گزارش شد (۱۱). شیوع همسرآزاری در مطالعه شاکری نژاد (۱۳۹۲) در زنجان ۷۲ درصد و در مطالعه سرایلو و همکاران (۱۳۹۵) در مینودشت ۴۶ درصد گزارش شد (۱۳)، (۱۲).

بی‌سواد یا کم‌سوادی، سوءمصرف مواد، درآمد پایین، بارداری ناخواسته، ناکافی بودن مراقبت‌های دوران بارداری، عدم رضایت از زندگی مشترک و فقدان حمایت اجتماعی از جمله عوامل خطر همسرآزاری هستند (۱۱، ۱۰، ۵). تنوع نرخ خشونت در مطالعات داخلی و خارجی را می‌توان به عواملی مانند تفاوت در روش اجرای پژوهش، تعاریف متفاوت از همسرآزاری، عدم وجود ابزار استاندارد و تفاوت‌های فرهنگی جامعه نسبت داد.

بررسی میزان شیوع همسرآزاری در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن به برنامه‌ریزان و سیاست‌گزاران کمک می‌کند با رفع عوامل مرتبط، بتوانند گامی مؤثر در کاهش این معضل مهم بردارند تا بدین ترتیب با کاهش پیامدهای منفی مادری-نوزادی حاصل از خشونت، ضمن ارتقای شاخص‌های اجتماعی بهداشتی از بار سلامتی و اقتصادی ناشی از خشونت بکاهند. با توجه به این که تاکنون مطالعه جامعی در این زمینه

در زنان باردار استان گیلان انجام نشده، بررسی حاضر با هدف «تعیین شیوع همسرآزاری در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در استان گیلان در سال ۱۳۹۸» صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مقطعی و توصیفی-تحلیلی با روش پیمایشی است و بر روی ۱۵۴۱ نفر مادر انجام شد که برای واکسیناسیون دوماهگی شیرخوار خود به ۱۶۰ واحد ارائه خدمات بهداشتی منتخب استان گیلان (۵۹ واحد شهری، ۱۰ واحد حاشیه شهر، ۹۱ واحد روستایی) در سال ۱۳۹۸ مراجعه نمودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی بود؛ بدین گونه که در ابتدا سهم نسبی هر شهرستان (به تفکیک مناطق سه گانه روستا، شهر و حاشیه شهر) بر اساس عملکرد واکسیناسیون پنتاوالان نوبت اول تعیین شد؛ سپس در هر شهرستان واحدهای ارائه خدمت متناسب با کل واحدهای آن شهرستان به عنوان خوشه و به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ در مرحله بعدی سهم نسبی هر خوشه از تعداد نمونه‌های شهرستان تعیین گردید و در مرحله آخر پرسشگری از مادران مراجع به روش دسترسی آسان انجام شد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان شیوع ( $P=10/8$ ) برگرفته از مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۶)، سطح اطمینان ( $Z=1.96$ )، دقت ( $d=2\%$ )، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه ( $N = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$ ) و با احتساب تعدیل اثر طرح (۱/۵ برابر) و ریزش (۱۰ درصد) تعداد ۱۵۴۱ نفر برآورد گردید (۱۴).

معیار ورود به مطالعه: مراجعه به واحدهای ارائه خدمات بهداشتی جهت واکسیناسیون دوماهگی شیرخوار، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تمایل به همکاری؛ معیار خروج از مطالعه: عدم تمایل به ادامه همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش زیر بود:

بخش اول شامل ۳۸ سؤال برای بررسی متغیرهای زمینه‌ای در زوجین مانند سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، سوءمصرف مواد، طول مدت ازدواج، تمایل به ازدواج، رضایت از زندگی مشترک، تعداد بارداری، خواسته بودن بارداری، احساس رضایت از جنسیت نوزاد، دریافت مراقبت بارداری، وجود حس اعتماد بین زوجین و برخورداری مادر از حمایت خانواده است.

بخش دوم پرسشنامه استاندارد «همسرآزاری در بارداری» برگرفته از مطالعه پناغی و همکاران (۱۳۹۶) که روایی و پایایی آن محاسبه شده و مشتمل بر ۴۴ گویه (بدرفتاری عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب ۲۰، ۱۰ و ۱۴ گویه) با طیف چهارگانه لیکرت (هرگز، گاهی، اغلب و همیشه) بود. معیار همسرآزاری تجربه کردن حداقل یک مورد از رفتارهای خشونت‌آمیز در هر یک از سه سطح (گاهی، اغلب و همیشه) و در هریک از سه حیطه بدرفتاری (عاطفی، جسمی و جنسی) بود. در بررسی روایی ملاک، ضریب همبستگی پیرسون پرسشنامه همسرآزاری با پرسشنامه خودکارآمدی شرر و پرسشنامه افسردگی بک بین ۰/۳۱ تا ۰/۴۵ و در بررسی روایی همگرا با پرسشنامه راهبردهای حل تعارض مقدار ضریب همبستگی ۰/۶ به دست آمد که رضایت بخش بود. همچنین تفاوت معنی‌دار نمره عامل‌های همسرآزاری بین زنان متقاضی طلاق و غیرمتقاضی طلاق روایی تشخیص پرسش‌نامه را تأیید کرد؛ پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰/۹۵ و در عامل بدرفتاری عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش شد (۱۵).

پس از اطمینان بخشی در رعایت محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت، پرسشنامه‌ها به صورت خودایفا تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و در سطح معنی‌داری  $\alpha < 0/05$  و آزمون‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای دو و

رگرسیون لجستیک) انجام و مقادیر نسبت شانس، فاصله اطمینان و P-Value هر متغیر محاسبه شد.

### یافته‌ها

همه مادران به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. سن اغلب زنان، زیر ۳۰ سال (۵۸/۷ درصد) و همسران، بالای ۳۰ سال (۶۶/۵ درصد) با میانگین و انحراف معیار ۲۹/۲ و ۵/۶ سال در زنان

و میانگین و انحراف معیار ۳۳/۳ و ۵/۶ سال در همسران بود؛ بیشتر مادران و همسران تحصیلات دانشگاهی (به ترتیب ۳۸/۸ درصد و ۳۶/۲ درصد) داشتند؛ مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر در ۱/۸ مادران و ۲۰/۴ درصد همسران گزارش شد (اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ و با در نظر گرفتن ریزش آمده است).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مادران باردار مورد مطالعه

| مشخصات دموگرافیک                                           | مادر<br>تعداد(درصد) | همسر<br>تعداد(درصد) | مشخصات دموگرافیک                       | تعداد(درصد) |
|------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------------|-------------|
|                                                            |                     |                     |                                        |             |
| <b>سن</b>                                                  |                     |                     | <b>تعداد بارداری</b>                   |             |
| > ۳۰ سال                                                   | ۹۰۴ (۵۸/۷)          | ۵۱۷ (۳۳/۵)          | یک بار                                 | ۷۶۲ (۴۹/۴)  |
| < ۳۰ سال                                                   | ۶۳۷ (۴۱/۳)          | ۱۰۲۴ (۶۶/۵)         | ۲ بار و بیشتر                          | ۷۷۹ (۵۰/۶)  |
| <b>تحصیلات</b>                                             |                     |                     | <b>نوع خانواده محل زندگی</b>           |             |
| ابتدائی تا راهنمایی                                        | ۳۵۲ (۲۲/۹)          | ۴۳۰ (۲۷/۹)          | هسته ای                                | ۱۲۲۱ (۷۹/۶) |
| متوسطه                                                     | ۵۸۸ (۳۸/۳)          | ۵۵۸ (۳۶/۲)          | گسترده                                 | ۳۲۰ (۲۰/۸)  |
| دانشگاهی                                                   | ۵۹۵ (۳۸/۸)          | ۵۵۳ (۳۵/۹)          |                                        |             |
| <b>شغل</b>                                                 |                     |                     | <b>منطقه سکونت</b>                     |             |
| خانه‌دار(مادر)/ بیکار(همسر)                                | ۱۳۰۳ (۸۴/۹)         | ۲۹ (۱/۹)            | شهر                                    | ۸۹۲ (۵۷/۹)  |
| آزاد                                                       | ۸۷ (۵/۷)            | ۱۲۵۷ (۸۱/۶)         | روستا                                  | ۴۶۸ (۳۰/۴)  |
| کارمند                                                     | ۱۴۵ (۹/۴)           | ۲۵۵ (۱۶/۵)          | حاشیه شهر                              | ۱۸۱ (۱۱/۷)  |
| <b>درآمد ماهانه خانوار (تومان)</b>                         |                     |                     | <b>وضعیت تمایل به ازدواج در زوجین</b>  |             |
| درآمد ندارم                                                | ۱۳۰۹ (۸۴/۹)         | ۳۸ (۲/۵)            | تمایل هر دو                            | ۱۵۰۵ (۹۸/۲) |
| کمتر از ۲ میلیون                                           | ۱۳۹ (۹)             | ۸۷۳ (۵۶/۷)          | عدم تمایل یک یا هر دو نفر              | ۲۸ (۱/۸)    |
| بیشتر از ۳ میلیون                                          | ۹۳ (۶)              | ۴۹۹ (۳۲/۴)          |                                        |             |
| نمی‌دانم                                                   | -                   | ۱۳۱ (۸/۵)           |                                        |             |
| <b>نوبت ازدواج اخیر</b>                                    |                     |                     | <b>وجود رابطه خویشاوندی بین زوجین</b>  |             |
| ازدواج اول                                                 | ۱۴۶۴ (۹۵/۳)         | ۱۴۴۶ (۹۴/۴)         | وجود دارد                              | ۱۲۰ (۷/۸)   |
| ازدواج دوم                                                 | ۷۳ (۴/۷)            | ۸۵ (۵/۶)            | وجود ندارد                             | ۱۴۱۱ (۹۲/۲) |
| <b>وجود رضایت از زندگی مشترک</b>                           |                     |                     | <b>دریافت مراقبت‌های حین بارداری</b>   |             |
| رضایت دارد                                                 | ۱۵۰۶ (۹۸)           | ۱۴۵۶ (۹۵)           | بلی                                    | ۱۴۶۴ (۹۵/۶) |
| رضایت ندارد                                                | ۳۱ (۲)              | ۱۰ (۰/۷)            | خیر                                    | ۶۸ (۴/۴)    |
| نمی‌داند                                                   | -                   | ۶۷ (۴/۴)            |                                        |             |
| <b>خواسته بودن بارداری</b>                                 |                     |                     | <b>احساس رضایت زوجین از جنسیت جنین</b> |             |
| خواسته                                                     | ۱۳۰۸ (۸۵/۲)         | ۱۳۲۴ (۸۶/۱)         | هر دو خوشحال                           | ۱۴۳۲ (۹۲/۹) |
| ناخواسته                                                   | ۲۲۸ (۱۴/۸)          | ۱۸۵ (۱۲)            | هر دو یا یک نفر ناراحت                 | ۱۰۹ (۷/۱)   |
| نمی‌داند                                                   | -                   | ۲۹ (۱/۹)            |                                        |             |
| <b>سوء مصرف مواد (اعتیاد به دخانیات، الکل و مواد مخدر)</b> |                     |                     | <b>وجود اعتماد در روابط بین زوجین</b>  |             |

|          |            |            |                                 |            |
|----------|------------|------------|---------------------------------|------------|
| دارد     | ۲۸(۱/۸)    | ۳۱۳(۲۰/۴)  | وجود دارد                       | ۱۴۹۷(۹۷/۶) |
| ندارد    | ۱۵۰۹(۹۸/۲) | ۱۲۰۴(۷۸/۴) | وجود ندارد                      | ۳۷(۲/۴)    |
| نمی‌داند | -          | ۱۹(۱/۲)    | برخورداری مادر از حمایت خانواده |            |
|          |            |            | بلی                             | ۱۳۹۱(۹۰/۸) |
|          |            |            | خیر                             | ۱۴۱(۹/۲)   |

شیوع کلی همسرآزاری در بارداری ۷۱/۳ درصد (۱۰۹۹ نفر) بود و مادران حداقل یکی از انواع همسرآزاری در سطح فراوانی «گاهی» تا «همیشه» را در طی بارداری اخیر خود تجربه کردند (۷۰/۳ درصد «گاهی»، ۰/۹ درصد «اغلب» و ۰/۱ درصد «همیشه»؛ شیوع همسرآزاری عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب ۶۹/۵ درصد (۱۰۷۱ نفر)، ۳۲/۲ درصد (۴۹۶ نفر) و ۱۵/۱ درصد (۲۳۳ نفر) بود؛ که مؤید شیوع بالای همسرآزاری در بارداری بوده و بیشتر در حیطه «عاطفی» و در سطح فراوانی «گاهی» رخ می‌دهد.

«عمل نکردن به وعده داده شده» (۴۴/۹ درصد)، «داد زدن مکرر» (۲۹/۸ درصد) و «ترس از نه گفتن به همسر در موارد عدم تمایل به برقراری رابطه جنسی» (۴/۹ درصد) به ترتیب رایج‌ترین مصادیق خشونت‌های عاطفی، جسمی و جنسی بودند.

از میان ۲۵ متغیر مورد بررسی در زوجین، رابطه ۷ متغیر با همسرآزاری کلی و ابعاد عاطفی، جسمی و جنسی آن

معنی‌داری بود؛ به گونه‌ای که همسرآزاری کلی و ابعاد سه‌گانه آن با تمایل به ازدواج زوجین، رضایت مادر از زندگی مشترک، خواسته بودن بارداری در مادر و همسر، رضایت زوجین از جنسیت جنین، وجود اعتماد در روابط بین زوجین و برخورداری مادر از حمایت خانواده کاهش و با سوء مصرف مواد در همسر افزایش یافت. به علاوه ۳ عامل زندگی مستقل در خانواده هسته‌ای، ازدواج اول مادر و همسر و بارداری اول با کاهش همسرآزاری کلی رابطه معنی‌داری داشت؛ ولی معادله رگرسیون لجستیک نشان داد که فقط ۴ متغیر مداخله‌گر سوء مصرف مواد توسط همسر به میزان ۲/۳۸ برابر ( $P=0/0001$ )، عدم احساس رضایت زوجین از جنسیت جنین ۱/۹۱ برابر ( $P=0/024$ )، عدم برخورداری از حمایت خانواده ۱/۶۳ برابر ( $P=0/036$ ) و زندگی در خانواده گسترده ۱/۳۸ برابر ( $P=0/033$ ) احتمال بروز همسرآزاری کلی در مادران مورد مطالعه را افزایش می‌دهد (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط متغیرهای دموگرافیک و همسرآزاری کلی در مادران باردار استان گیلان

| متغیرهای دموگرافیک                                                   | OR<br>Exp (B) | CI (95%)  | p      |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|--------|
| سوء مصرف مواد در همسر (بلی - خیر)                                    | ۲/۳۸          | ۱/۷-۳/۳۴  | ۰/۰۰۰۱ |
| احساس زوجین از جنسیت جنین<br>(هر دو خوشحال - هر دو یا یک نفر ناراحت) | ۱/۹۱          | ۱/۰۹-۳/۳۵ | ۰/۰۲۴  |
| برخورداری مادر از حمایت خانواده<br>(بلی - خیر)                       | ۱/۶۳          | ۱/۰۳-۲/۵۷ | ۰/۰۳۶  |
| نوع خانواده محل زندگی (هسته‌ای - گسترده)                             | ۱/۳۸          | ۱/۰۳-۱/۸۴ | ۰/۰۳۳  |
| تمایل به ازدواج زوجین<br>(هر دو مایل - عدم تمایل یک نفر یا هر دو)    | ۲/۷۴          | ۰/۸۱-۹/۳  | ۰/۱۰۶  |

|       |            |      |                                                        |
|-------|------------|------|--------------------------------------------------------|
| ۰/۱۵۱ | ۰/۶۷-۱۳/۴۴ | ۲/۹۹ | رضایت مادر از زندگی مشترک (بلی - خیر)                  |
| ۰/۶۰۳ | ۰/۶۳-۲/۲۲  | ۱/۱۸ | خواسته بودن بارداری از نظر مادر<br>(خواسته - ناخواسته) |
| ۰/۲۸۸ | ۰/۷۴-۲/۸۲  | ۱/۴۴ | خواسته بودن بارداری از نظر همسر<br>(خواسته - ناخواسته) |
| ۰/۲۴۷ | ۰/۶-۷/۲۵   | ۲/۰۹ | وجود اعتماد در روابط بین زوجین<br>(دارد - ندارد)       |

همچنین سوء مصرف مواد توسط همسر به میزان ۱/۹۹ برابر  $(P=0/001)$ ، عدم احساس رضایت زوجین از جنسیت جنین ۱/۹۱ برابر  $(P=0/021)$ ، عدم برخورداری از حمایت خانواده نیز ۱/۸ برابر  $(P=0/011)$  احتمال بروز همسر آزاری عاطفی؛ عدم تمایل به ازدواج در زوجین ۳/۳ برابر  $(P=0/004)$  احتمال بروز همسر آزاری جسمی و ۴/۳۷ برابر  $(P=0/001)$  احتمال بروز همسر آزاری جنسی در مادران مورد مطالعه را افزایش می دهد.

ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن، اختلاف سنی زوجین، رابطه خویشاوندی زوجین، شهرستان و منطقه محل سکونت با همسر آزاری کلی و ابعاد عاطفی، جسمی و جنسی وجود نداشت؛ همچنین بین متغیرهای تحصیلات، قومیت، شغل، درآمد، طول مدت ازدواج زوجین و دریافت مراقبت های حین بارداری با همسر آزاری کلی رابطه معنی داری وجود نداشت.

## بحث

همسر آزاری یک معضل اجتماعی، قانونی و سلامتی است که در دوران بارداری تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می شود؛ زیرا بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر زن باردار تحمیل می کند و همراهی آن با سایر عوامل استرس زا مانند همسر آزاری می تواند اثرات نامطلوب بر مادر و جنین گذاشته و نهایتاً منجر به افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان شود (۱۶). نتایج نشان داد که شیوع کلی همسر آزاری در بارداری ۷۱/۳ درصد بود و مادران حداقل یک بار در دوران بارداری تحت یکی از انواع

همسر آزاری قرار گرفتند. بالا بودن میزان همسر آزاری در دوران بارداری را می توان به ضعف حمایت های قانونی از حقوق زنان و عوامل فرهنگی اجتماعی حاکم بر جامعه مانند فرهنگ مردسالارانه نسبت داد؛ تغییرات مرتبط با بارداری از جمله افزایش احساس خستگی و همچنین تغییرات خلق و خوی زنان که با انجام نقش همسری تداخل ایجاد می کند نیز می تواند منجر به افزایش خطر خشونت شود. در مطالعه شاکری نژاد (۱۳۹۲) ۷۲ درصد از جامعه پژوهش حداقل یک پاسخ مثبت به یکی از انواع خشونت داده بودند که از نظر شیوع بالای خشونت با پژوهش حاضر مطابقت داشته و همسو می باشد (۱۲). میزان کلی انواع خشونت در بارداری در مطالعه خدیوزاده و عرفانیان (۱۳۹۰) ۶۴/۱ درصد بود که از نظر شیوع بالای خشونت با پژوهش حاضر در یک راستا قرار دارد (۱۷). مطالعه Chasweka و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که ۵۹ درصد زنان در بارداری تحت خشونت قرار دارند که از نظر شیوع بالا با نتایج این پژوهش همسو است (۱۸). در مطالعه Fekadu و همکاران (۲۰۱۸) نیز ۵۸/۷ درصد مادران حداقل یکی از انواع خشونت را در دوران بارداری تجربه کرده بودند که از نظر شیوع بالا با یافته های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۵)؛ اما میزان خشونت خانگی در زنان باردار در مطالعه باهری و همکاران (۱۳۹۱) ۳۰/۱ درصد گزارش شد که نسبت به نتایج مطالعه حاضر از شیوع پایین تری برخوردار بوده و با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۱۹). Antoniou و همکاران (۲۰۱۹) نیز شیوع خشونت در بارداری را ۶ درصد گزارش نمودند که در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر از میزان بسیار کمتری برخوردار

خانوادگی، اتخاذ راهکارهای کاربردی در پیشگیری از بروز رفتارهای خشونت‌آمیز مردان علیه زنان و اعمال حمایت قانونی از زنان و جلب مشارکت مردان در مراقبت‌های بارداری تأکید می‌کند.

«سوء مصرف مواد توسط همسر» به میزان ۲/۳۸ برابر احتمال بروز همسرآزاری کلی را افزایش می‌دهد. پرخاشگری اثر فوری مصرف الکل است، روند استدلال را از تعادل خارج کرده و فرد را برای رفتار خشونت‌آمیز آماده می‌کند. همچنین افراد وابسته به مواد مخدر شرایط عاطفی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی خاصی از جمله اعتماد به نفس پایین، عدم کنترل، کاهش تحمل ناامیدی، بی‌ثباتی عاطفی، عصبانیت و اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند که زمینه رفتارهای پرخاشگرانه و اعمال خشونت را فراهم می‌کند (۲۵). احتمال بروز خشونت در مطالعه Sinha و همکاران (۲۰۱۲) در مصرف الکل ۱۷/۵۹ بود که از نظر میزان تأثیر بر بروز خشونت با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۲). در مطالعه Priya و همکاران (۲۰۱۹) نیز احتمال بروز خشونت در مصرف الکل ۱/۲۵ و مواد مخدر ۳/۱۶ برابر بود که از نظر تأثیر بر بروز خشونت با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۳). همچنین در مطالعه رنجبر و همکاران (۱۳۸۸) نیز ارتباط معنی‌داری بین افزایش میزان همسرآزاری کلی و سوء مصرف مواد شامل سیگار، قلیان، الکل، داروهای آرام‌بخش و تریاک گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۲۴) در حالی که این رابطه در مطالعه Chasweka و همکاران (۲۰۱۸) تأیید نشد (۱۸).

«عدم احساس رضایت زوجین از جنسیت جنین» به میزان ۱/۹۱ برابر احتمال بروز همسرآزاری کلی را افزایش می‌دهد. بدرفتاری همسران می‌تواند یک نوع واکنش متعاقب احساس ناکامی و سرخورده‌گی حاصل از دلخواه نبودن جنسیت جنین باشد؛ همچنین در صورتی که زوجین هر دو از جنسیت جنین ناراضی باشند، تنش و کشمکش‌های حاصل از این نارضایتی منجر به بروز بدرفتاری می‌شود که در هردو صورت بر ضرورت سیاست‌گذاری‌های اصلاحی فرهنگی در جامعه

بوده و همسو نیست (۲۰). در مطالعه Finnbogadottir و همکاران (۲۰۱۶) نیز میزان خشونت در دوران بارداری ۲ درصد گزارش شد که این میزان بسیار کمتر از نتایج مطالعه حاضر بوده و با یافته مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۲۱). علت همسویی یا عدم همسویی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات استناد شده را می‌توان به ویژگی‌های فرهنگی، متدولوژی تحقیق و ابزارهای مورد استفاده در جوامع مورد پژوهش نسبت داد.

در این مطالعه همسرآزاری عاطفی، جسمی و جنسی به ترتیب ۶۹/۵، ۳۲/۲ و ۱۵/۱ درصد گزارش شد؛ خشونت عاطفی شایع‌ترین و خشونت جنسی کمترین نوع خشونت بود. بالاتر بودن همسرآزاری عاطفی را می‌توان به درک عمیق‌تر و آشنایی بیشتر مادران از حقوق مدنی خود نسبت داد که منجر به گزارش دهی بیشتر موارد خشونت می‌شود. پایین‌تر بودن میزان همسرآزاری جنسی نیز می‌تواند یا به دلیل اعتقادات مذهبی همسران و حفظ کرامت انسانی زنان باشد و یا به دلیل خودسانسوری مادران و احساس شرم از بیان آن تلقی نمود. در مطالعه سرایلو و همکاران (۱۳۹۵) میزان خشونت عاطفی و جنسی به ترتیب ۳۵ و ۳/۲ درصد گزارش شد که در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر از نظر شیوع خشونت از میزان بسیار کمتری برخوردار بوده و همسو نیست؛ ولی از نظر بیشتر بودن میزان خشونت عاطفی نسبت به خشونت جنسی با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۳)؛ نتایج مطالعه Finnbogadottir و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که میزان خشونت عاطفی و جنسی به ترتیب ۱/۶ و ۰/۱ درصد می‌باشد که گرچه در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر از میزان بسیار کمتری برخوردار بوده و با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد؛ ولی از نظر بیشتر بودن میزان خشونت عاطفی نسبت به خشونت جنسی با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا قرار دارد (۲۱).

نتایج حاصله بر مسئولیت نظام سلامت کشور در سیاست‌گذاری‌های مناسب و متناسب برای آشنایی جامعه علی‌الخصوص دختران از حقوق مسلم اجتماعی و

تأکید می‌کند. مطالعه رنجبر و همکاران (۱۳۸۸) نیز همسو با مطالعه حاضر نشان داد که عدم انطباق جنسیت جنین با خواسته همسر، باعث افزایش خشونت در زمان بارداری می‌گردد (۲۴).

«عدم برخورداری از حمایت خانواده»،  $1/62$  برابر احتمال بروز همسرآزاری کلی را افزایش می‌دهد. افراد بزرگ‌تر مانند والدین دارای تجارب ارزنده و بیشتری هستند و در اغلب فرهنگ‌ها نیز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بود و قابل احترام می‌باشند؛ بدیهی است که نقش حمایتی آن‌ها از زوجین می‌تواند تأثیر به‌سزایی در حل مشکلات اقتصادی، اجتماعی، عاطفی و ... نموده و به ایجاد و حفظ آرامش خانواده‌ها مخصوصاً زوجین جوان‌تر کمک کند. این احتمال در مطالعه ناود و همکاران (۲۰۰۸)  $1/35$  برابر بود که از نظر میزان تأثیر بر بروز خشونت با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۶)؛ مطالعه حسن و همکاران (۱۳۸۹) نیز نشان داد که حمایت خانواده منجر به کاهش بروز همسرآزاری کلی می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۷).

«زندگی در خانواده گسترده»،  $1/38$  برابر احتمال بروز همسرآزاری کلی در مادران مورد مطالعه را افزایش می‌دهد. در خانواده‌های هسته‌ای و مستقل به دلیل کمتر بودن تعداد اعضا و حضور یک نسل از افراد در خانواده؛ انتظاری‌رود حریم خصوصی، استقلال، رشد شخصیت و امنیت مالی افراد بیشتر از خانواده‌های گسترده تأمین شده و درگیری کمتری بین افراد خانواده نیز ایجاد شود. این احتمال در مطالعه گلچین و همکاران (۱۳۹۳)  $16/75$  برابر برآورد شد که بر نتایج به دست آمده مطالعه حاضر صحنه گذاشته و مطابقت دارد (۲۸). در مطالعه فخارزاده و همکاران (۱۳۹۴) نیز رابطه معنی‌داری بین همسرآزاری و تأثیر دخالت نابجای خانواده‌ها در زندگی زوجین به عنوان عامل محرک در بروز خشونت وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر همسویی دارد (۲۹)؛ اما در مطالعه Sinha و همکاران (۲۰۱۲) و مطالعه لطیفی و همکاران (۱۳۹۲) ارتباط بین هسته ای یا گسترده بودن

خانواده و همسرآزاری وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد (۲۲، ۳۰).

نقاط قوت مطالعه حاضر این است که اولین مطالعه پیمایشی در سطح استان گیلان بوده و به بررسی میزان شیوع کلی همسرآزاری در دوران بارداری و همچنین بررسی ابعاد سه‌گانه همسرآزاری عاطفی، جسمی و جنسی و بررسی شدت آن در سه سطح گاهی، اغلب و همیشه پرداخته است. از مهم‌ترین نقاط ضعف و محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم آشنایی مادران با مصادیق همسرآزاری و عادی تلقی نمودن رفتارهای خشونت‌آمیز همسر، خودسانسوری در گزارش خشونت به دلیل ترس از همسر یا محدودیت‌های فرهنگی، فراموشی تجارب خشونت‌آمیز دوران بارداری به دلیل زمان انجام پرسشگری (۲ ماه بعد از زایمان) و همچنین تکمیل پرسشنامه به روش خودایفا اشاره نمود. انجام مطالعاتی در زمینه ارزیابی ارتباط بین همسرآزاری در بارداری با پیامدهای مادری و نوزادی ضروری به نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری

میزان شیوع همسرآزاری در مادران باردار استان گیلان قابل‌ملاحظه است و انجام مداخلات اصلاحی و حمایتی گسترده و هم‌زمان برای کنترل عوامل مرتبط با همسرآزاری مانند آموزش جامعه؛ ارائه مراقبت‌های بهداشتی مناسب و حمایت‌های اجتماعی-حقوقی به منظور پیشگیری و مهار این چالش اجتماعی ضروری است.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مطالعه از حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه از این پروژه با شماره طرح IR.TUMS.SPH.REC.1398.151 تشکر و قدردانی می‌نمایند. نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. از همکاری و حمایت معاونین بهداشتی، مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان، مدیر گروه و کارشناسان سلامت مادران استان و شهرستان‌ها، کارکنان

مراکز بهداشتی درمانی منتخب و مادرانی که در اجرای این مطالعه همکاری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

#### منابع

1. Anderson M, Leigh I. Internal consistency and factor structure of the revised conflict tactics scale in a sample of deaf female college students. *J Fam Viol.* 2010; 25(5): 475-483.
2. World Health Organization. Ten facts about violence prevention. 2017; available at: URL: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>
3. World Health Organization. Landmark study on domestic violence. 2005; available at: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/>
4. Chan M, Clark H, Fedotov Y. Global status report on violence prevention. Publications of the WHO. 2014;p.74 [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/en](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en)
5. Fekadu E, Yigzaw G, Gelaye KA, Ayele TA, Minwuye T, Geneta T, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health.* 2018;18(1):138.
6. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):158-70.
7. 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.
8. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *J Women Health.* 2006; 15(8):934-40.
9. Violence against Women. The Health Sector Responds: World Health Organization; 2013. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/pvl\\_infographic.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/pvl_infographic.pdf).
10. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359-80.
11. 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. *Pejoohande.* 2014; 19(1):25-36. (In Persian)
12. Shakerinezhad M. Domestic Violence and Related Factors in Pregnant Women. *zumsj.* 2014; 21(89):117-126. (In Persian)
13. Sarayloo K, Mirzaei Najmabadi K, Ranjbar F, Behboodi Moghadam Z. Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence against Pregnant Women. *IJN.* 2017; 29(104):28- 35. (In Persian)
14. Motlagh M, Torkestani F, Ashrafian A. H, Rabiee S, Radpooyan L. The prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum in Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2017; 27 (150): 78-88. (In Persian)
15. Panaghi L, Ghahari Sh, Mokhtarnia I, Dasarband B, Nabavian V. Preliminary Study of Psychometric Features of Wife Abuse Questionnaire. *IJPCP.* 2017; 23(2):218-231. (In Persian)

16. Quelopana AM. Violence against women and postpartum depression: the experience of Chilean women. *Women health*. 2012; 25(5):437-453.
17. Khadivzadeh T, Erfanian F. Comparison of domestic violence during pregnancy with the Pre-pregnancy period and its relating factors. *IJOGL*. 2011; 14(4):47-56. (In Persian)
18. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Med J*. 2018; 30(3):191-196.
19. Baheri B, Ziaie M, Zeighami Sh. Effect of Domestic Violence on Pregnancy Outcomes among Pregnant Women Referring to Karaj Medical Centers. *Hakim Res J*. 2012; 15(2):140- 146. (In Persian)
20. Antoniou E, Iatrakis G. Domestic Violence During Pregnancy in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(21): 4222.
21. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 228.
22. Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasgupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. *Indian J Public Health*. 2012; 56(1):31-6.
23. Priya A, Chaturvedi S, Bhasin S, Bhatia M, Radhakrishnan G. Are pregnant women also vulnerable to domestic violence? A community based enquiry for prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8(5):1575-9.
24. Ranjbar H, Kohan M, Abbaszadeh A, Arab M, Poor-Yazdan-Panah, 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. *IJOGL*. 2012; 14(7):15-23. (In Persian)
25. Nejatizade AA, Roozbeh N, Yabandeh AP, Dabiri F, Kamjoo A, Shahi A. Prevalence of domestic violence on pregnant women and maternal and neonatal outcomes in Bandar Abbas, Iran. *Electron Physician*; 2017; 9(8):5166–5171. (In Persian)
26. Naved RT, Persson LA. Factors Associated with Physical Spousal Abuse of Women During Pregnancy in Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect*. 2008; 34(2):71–78.
27. Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Vizheh M, Hassan M. Domestic Violence against Pregnant Women: Prevalence and Associated factors. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2010; 1(4):61-77.( In Persian)
28. Hajikhani Golchin NA, Hamzehgardeshi Z, Hamzehgardeshi L, Shirzad Ahoodashti M. Sociodemographic Characteristics of Pregnant Women Exposed to Domestic Violence During Pregnancy in an Iranian Setting. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(4): e11989.
29. Fakharzadeh L , Tahery N , Heidari M , Moadab N , Zahedi A , Elhami S. Factors Associated with Prevalence of Domestic Violence in Women Referred to Abadan Health Centers in 1394. *IJE*. 2018; 13 (4):328-336. (In Persian)
30. Latifi M, Taghdisi M, Estebarsari F, Rahimi Z, Joveini H. Survey of Wife Abuse and Influencing Social Factors Incidence of Domestic Violence in Tehranian Families. *aumj*. 2014; 3(1):11-17. (In Persian)