

بررسی میزان شیوع خشونت علیه زنان باردار در ایران: مطالعه‌ی مرور نظام‌مند و فراتحلیل

ابوذر سلیمانی^۱، علی دل‌پیشه^۲، علیرضا احمدی^۳، ناهید خادمی^۴، بهزاد جعفری‌نیا^۵، کوروش سایه‌میری^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خشونت علیه زنان در دوران بارداری به صورت خزنده‌ای در حال افزایش و به صورت یک چالش اجتماعی نامحسوس درآمده است؛ و با توجه به اینکه در مطالعات مختلف، آمارهای مختلفی از این مشکل منتشر شده است در مطالعه حاضر سعی شده آمار جامع و قابل اتکایی از این معضل به روش مرور نظام‌مند و فراتحلیل ارائه شود تا برای آن بتوانند با دید وسیع‌تری اقدام به چاره‌جویی کرد.

روش بررسی: ۲۲ مطالعه با استفاده از کلیدواژه‌های خشونت خانگی، خشونت علیه زنان، خشونت دوران بارداری، همسر آزاری، violence during pregnancy، domestic violence، از بانک‌های اطلاعاتی موجود در سطح کشور شامل Magiran - medlib - sid - iranmedex و نیز بانک‌های اطلاعاتی لاتین Pubmed - Science Direct - Scopus - Google scholar به دست آمد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۱/۱) و فراتحلیل (مدل اثرات تصادفی) انجام شده و ناهمگونی بین مطالعات با استفاده از آزمون I^2 بررسی شده است.

یافته‌ها: پس از انجام آنالیز آماری میزان شیوع کل خشونت در ۱۵۶۱۰ مادر باردار ۵۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۳ تا ۶۲) و میزان انواع خشونت‌های فیزیکی، جنسی و روحی روانی به ترتیب خشونت فیزیکی ۱۹ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۲ تا ۲۶) خشونت جنسی ۳۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲۳ تا ۳۸) و خشونت روحی روانی ۴۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۸ تا ۵۱) برآورد شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد شیوع بالای خشونت در دوران بارداری وابستگی زیادی با سطح تحصیلات و شغل افراد در هر دو جنس دارد که این دو مقوله رابطه تنگاتنگی با سطح فرهنگی اجتماعی جامعه دارند. لذا افزایش تسهیلات تحصیلی و شغلی می‌تواند یک راهبر بنیادی در کاهش این معضل باشد.

کلیدواژه‌ها: زنان باردار، خشونت، دوران بارداری، فراتحلیل، مرور نظام‌مند

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۷۶، بهمن ۱۳۹۴، ص ۹۸۶-۹۷۳

آدرس مکاتبه: ایلام، خیابان پژوهش، بانگنجان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، صندوق پستی: ۱۳۸-۶۹۳۱۵ ایران، تلفن: ۰۸۴۱۲۲۲۷۱۰۳

Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir

مقدمه

خشونت در خانواده و یا به‌اصطلاح خشونت مردان علیه زنان در خانواده است (۱).

خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری، تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود. بارداری به‌تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر مانند خشونت،

خانواده اصلی‌ترین هسته‌ی هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روان است که نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان دارد و مادران نقش محوری، در حفظ این حریم را بر عهده‌دارند. یکی از پدیده‌های خانوادگی که امروزه موردتوجه محققان، جامعه‌شناسان و روانشناسان قرار گرفته است، اعمال

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۲ استادیار اپیدمیولوژی بالینی گروه پزشکی اجتماعی و اپیدمیولوژی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۳ استادیار اپیدمیولوژی، معاون بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۴ پزشک، مدیر گروه پیشگیری از بیماری‌ها، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

^۶ دانشیار آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. (نویسنده مسئول)

می‌تواند اثرات سوئی بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض باعث افزایش میزان مرگومیر مادران و نوزادان می‌شود (۲).

بارداری یک دوره پرخطر برای زنان خشونت دیده است زیرا علاوه بر آسیب به مادر، سلامت جنین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، چراکه ارتباط بین خشونت دوران بارداری و آسیب‌های فیزیکی روانی پیامدهای بد بارداری و مرگ مادران باردار در مطالعات مختلف تأیید شده است (۳).

بر اساس مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی پیامدهای نامطلوب بارداری به دنبال خشونت در این دوران، خشونت در طول بارداری ممکن است مستقیماً باعث ترومای جنسی یا فیزیکی و به‌طور غیرمستقیم منجر به استرس (۴،۵)، سقط (۶)، زایمان زودرس (۲،۴،۸) تولد کودکان با وزن پایین زمان تولد (۲،۴،۸)، جدایی زودرس جفت، عفونت پرده جفت (۷)، آپگار پایین نوزاد و زایمان سزارین شود (۸).

مطابق اعلام مرکز کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌ها (CDC) خشونت در بارداری ممکن است شایع‌تر از مشکلاتی مانند دیابت پر اکلامسی و نقص لوله عصبی باشد (۹) که به‌صورت روتین در طی بارداری غربالگری می‌شوند (۱۱،۱۰).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از چندین کشور در سال ۲۰۰۵ بیش‌تر از ۴۵ درصد زنان باردار، سابقه‌ای از همسر آزاری را در بارداری ذکر کرده‌اند (۵) مطالعات نشان داده‌اند که خشونت، بدرفتاری و ضرب و شتم زنان در بسیاری از کشورهای جهان به یک معضل اجتماعی بسیار شایع و جدی تبدیل شده است (۱۲). در ۴۸ مطالعه جمعیت شناختی در سراسر دنیا، بین ۱۰ تا ۶۹ درصد زنان در مرحله‌ای از زندگی خود مورد همسر آزاری قرار گرفته‌اند (۱۳).

پژوهشی در آمریکا نشان داد که زنان آمریکایی در طول دوره زندگی‌شان به نحوی تحت خشونت بوده‌اند. (۴) بر اساس نتایج تحقیقات ملی آمریکا در سال ۱۹۹۸ از کل زنان موردبررسی، ۵۲ درصد تحت حملات جسمی قرار گرفتند بود که درصد ۷۵ این حملات از سوی همسران آن‌ها اعمال شده بود. بخشی تحقیقات ملی آمریکا شیوع خشونت را در زنان بارداری که فرزند زنده به دنیا آورده بودند، بین ۰.۹ درصد تا ۲۰ درصد و با تخمینی بین ۳/۹ درصد تا ۸/۳ درصد به دست آورده است ولی آنچه مسلم است، که شیوع این معضل در دوران بارداری به‌مراتب بیش از سایر حالات غیرطبیعی است، لذا به‌طور روتین در طی بارداری زنان باردار مورد غربالگری قرار می‌گیرند (۱۴).

میزان خشونت اعمال‌شده در زنان ایرانی در مطالعات انجام‌شده در برخی از مطالعات بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است (۱۸-۱۵) این آمار بر اساس نتایج تحقیق ۱۳۸۲ جهان فر و همکاران در

سال در شهر تهران، ۶۱ درصد گزارش‌شده است (۱۹) و در مطالعه حاجی خانی و همکاران در سال ۲۰۱۴ در گرگان نشان داد خشونت در زنان ۶۶ درصد گزارش‌شده است (۲۰). دامنه این اختلاف آمار در مطالعات مختلف در ایران بیش از ۸۸ درصد است و با توجه به اینکه خشونت می‌توان در هر زمانی از زندگی روی داده و سلامت و سعادت آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۸) از سوئی توجه به این موضوع که خشونت یک اپیدمی پنهان و مداوم است (۲۱) و راجع به شیوع این معضل اجتماعی و عوامل مؤثر در آن نمی‌توان اطلاعات دقیقی پیدا کرد (۲۲،۲۳) و اهمیت بیش‌ازپیش این موضوع بر آن شدیم تا تمام نتایج کسب‌شده در اختیار راه، با روش مرور نظام‌مند و فرا تحلیل (متاآنالیز) دوباره بررسی و آمارهایی قابل‌تکثیر را ارائه دهیم تا مدیران ذی‌ربط در برنامه‌ریزی برای مقابله با این معضل اجتماعی بتوانند با دید وسیع‌تری اقدام به سیاست‌گذاری و چاره‌جویی کنند.

مواد و روش کار

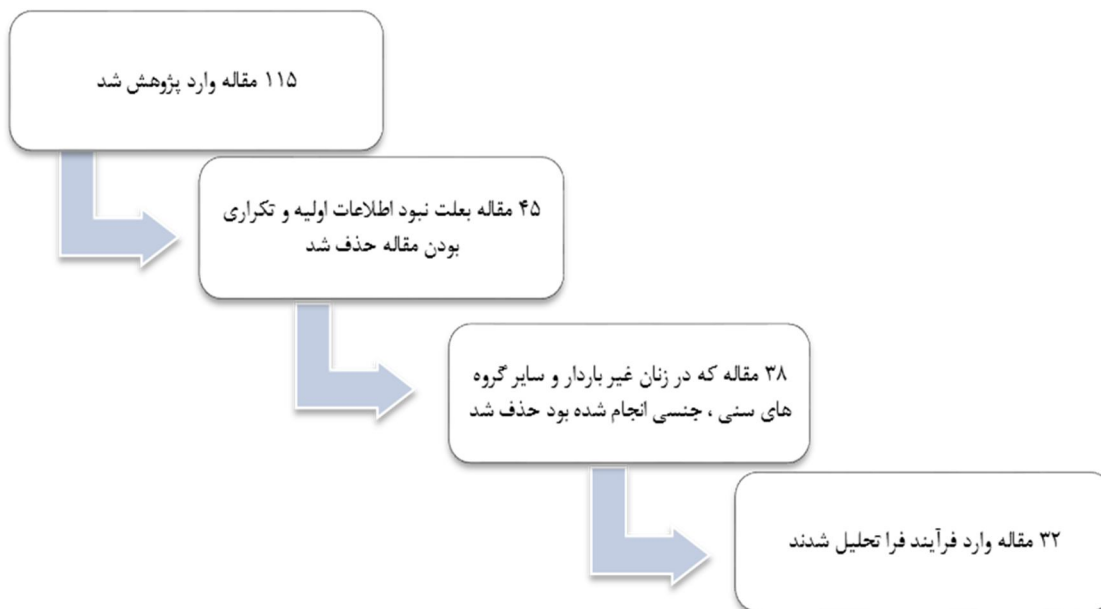
پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مرور نظام‌مند و فرا تحلیل (متاآنالیز) میزان شیوع خشونت در زنان باردار ایرانی است که به روش گردآوری و مرور مستندات و مقالات و فرا تحلیل منابع موجود انجام‌گرفته است. برای یافتن بررسی‌های انجام‌شده در کشور از مقاله چاپ‌شده در مجلات داخلی و خارجی موجود در بانک‌های اطلاعاتی science direct, arandoc, magiran, sid, ranmedex و scopus, pubmed و همچنین مقالات ارائه‌شده در همایش‌ها و پایان‌نامه‌های استفاده شد. سازوکار جستجوی مقاله‌ها به‌طور عمده با استفاده از جستجوی نظام‌مند کلیدواژه‌های فارسی با همه‌ی ترکیبات احتمالی کلمات مهم واصلی انجام شد. در این پژوهش برای بالا بردن حساسیت در جستجو از کلیدواژه‌های عمومی فارسی مانند خشونت خانگی، خشونت علیه زنان، خشونت دوران بارداری، همسر آزاری و کلیدواژه‌های انگلیسی مانند، violence during domestic violence.pregnancy استفاده شد. درنهایت پس از پیدا کردن مقاله انجام‌شده پیرامون خشونت علیه زنان در دوران بارداری و انتخاب مقالاتی که در ارتباط کامل با موضوع پژوهش بودند.

بر اساس معیارهای ورود و خروج، چکیده مقالات توسط دو محقق مورد مطالعه قرار گرفته، سپس مقالات غیر مرتبط رد و مقالات مرتبط با پژوهش جهت دریافت متن کامل آن‌ها و استخراج داده‌ها مشخص شدند. پس از ورود مقالات پذیرفته‌شده به مطالعه و تأیید کنترل کیفی به‌وسیله چک‌لیست تهیه‌شده از قبل، مطالعات آماده استخراج داده‌ها شدند. چک‌لیست آماده‌شده جهت استخراج داده‌ها شامل متغیرهای: عنوان مقاله، مکان مقاله، زمان مطالعه، اندازه نمونه و شیوع کل خشونت علیه زنان در دوران بارداری، شیوع انواع

کاهش خطای انسانی و تورش اندازه‌گیری اطلاعات مورد نیاز طبق چک‌لیست توسط دو محقق به‌طور جداگانه استخراج و نتایج هر دو محقق باهم تطبیق داده شد. تمامی مطالعات از نوع مقطعی (توصیفی تحلیلی) که از نمونه‌های در دست رس استفاده کرده بودند و ابزارهای گردآوری داده‌ها اکثر مطالعات از پرسشنامه خودساخته‌ای استفاده کرده بودند که برگرفته از مطالعات داخلی و خارجی که با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون شده و مصاحبه استفاده کرده بودند. در نهایت هر کدام از مقالات که میزان شیوع خشونت فیزیکی، جنسی و روانی و شیوع کل ذکر شده بود ارزیابی و اکثر مقالات وارد فرآیند پردازش شدند (جدول ۱).

خشونت فیزیکی، جنسی و روانی، شیوع خشونت در مردان بارده‌های مختلف تحصیلی و شغلی، شیوع خشونت در زنان بارده‌های مختلف تحصیلی و شغلی و سایر متغیرهای مؤثر بود. تمامی داده‌ها از مطالعات خارج‌شده و در فرم ذکر شده وارد گردیدند.

طی جستجو تا تاریخ ۰۱/۰۳/۲۰۱۵ تعداد ۱۱۵ مقاله مورد بررسی قرار گرفتند. پس‌از این مرحله تعداد ۷۰ مقاله که شامل اطلاعات اولیه بود، به‌طور کامل مورد مطالعه قرار گرفتند. سپس ۳۸ مورد از مقاله‌ها به دلیل در دسترس نبودن میزان شیوع و یا بررسی خشونت در سایر گروه‌های جنسی و یا سنی یا زنان غیر باردار از مطالعه حذف شدند و در نهایت ۳۲ مقاله که طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۴ انجام شده بود وارد فرآیند آنالیز شدند (شکل ۱). سپس برای



شکل (۱): فلوچارت فرآیند ورود و خروج مقالات بررسی شده به مطالعه

یافته‌ها

در ۳۲ مطالعه مورد بررسی کلیه اطلاعات در رابطه با انواع خشونت علیه زنان باردار شامل خشونت فیزیکی، جنسی و روحی روانی و همچنین شیوع خشونت بر اساس متغیرهای همچون میزان تحصیلات، اشتغال و اعتیاد در هر دو جنس و همچنین سال‌های سپری شده از ازدواج، بر اساس محل انجام مطالعه، نویسنده اول، سال انجام مطالعه و تعداد شرکت کننده استخراج شد. بیشترین میزان شیوع انواع خشونت علیه زنان باردار مربوط به مطالعه انجام‌شده توسط محمدی در همدان در سال ۲۰۱۲ با ۸۸.۸۲ درصد و کمترین میزان شیوع مربوط به مطالعه جوکار در سال ۲۰۰۳، در یاسوج با ۸ درصد بود (جدول شماره ۱)

آنالیز آماری:

در این مرحله مطالعات انجام‌گرفته در زمینه شیوع خشونت علیه زنان باردار جمع‌آوری شده و با توجه به این‌که میزان شیوع دارای توزیع دوجمله‌ای بود، واریانس هر مطالعه از طریق واریانس توزیع دوجمله‌ای محاسبه شد. وزن داده‌شده به هر مطالعه، متناسب با عکس واریانس بوده و همچنین جهت بررسی ناهمگنی بین داده‌های تمام مطالعات از شاخص I^2 استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA (نسخه ۱۱/۱) انجام شد و در مورد آزمون ناهمگنی میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول (۱): مشخصات مقالات مورد بررسی شیوع خشونت علیه زنان باردار در ایران

مکان مطالعه	نویسنده	سال انجام	حجم نمونه	خشونت فیزیکی	خشونت جنسی	خشونت روانی	خشونت کل	کران بالا	کران پایین
ارومیه ۲۴	اسلام لو	۲۰۱۴	۳۱۳	۱۰.۲	۱۷.۲	۴۳.۵	۵۵.۹	۶۱	۵۰
گرگان ۲۵	حاجی خواه	۲۰۱۴	۳۰۱	۲۸.۲۴	۳.۶۵	۳۴.۵۶	۶۶.۴۵	۷۲	۶۱
آذربایجان غربی ۲۶	حسن	۲۰۱۳	۱۳۰۰	۴۴.۱	۳۰.۲	۴۶	۷۲.۷	۷۵	۷۰
زنجان ۲۷	شاکر نژاد	۲۰۱۳	۱۳۲	۲۲.۷	۲۸.۸	۶۴.۶	۷۲	۸۰	۶۴
تبریز ۲۸	علیزاده	۲۰۱۳	۶۵۸	۴.۵			۲۴.۶	۲۸	۲۱
کرج ۲۹	باهر	۲۰۱۲	۳۳۵	۱۱.۶	۳۷.۳	۴۰	۵۱.۹	۵۷	۴۷
همدان ۳۰	محمدی	۲۰۱۲	۱۷۰				۸۸.۸۲	۹۴	۸۴
کرج ۳۱	باهر	۲۰۱۲	۱۶۸	۱۶.۷	۴۵.۲	۵۰			
تهران ۳۲	سلیمانی	۲۰۱۲	۶۰۰	۱.۵		۴۵	۵۶.۳	۶۰	۵۲
مشهد ۳۳	خدیو زاده	۲۰۱۱	۱۹۰	۱۶.۵	۵۱.۶	۴۶.۷	۶۴.۱	۷۱	۵۷
تهران ۳۴	درتاج رابری	۲۰۱۰	۳۷۰				۵۹.۷	۶۵	۵۵
مریوان ۳۵	حسامی	۲۰۱۰	۲۴۳	۱۶.۹	۵۵.۱	۵۴.۳	۶۸.۷	۷۵	۶۳
آذربایجان غربی ۳۶	حسن	۲۰۱۰	۱۹۵۰	۶۹.۴	۲۳.۹	۲۳.۶	۷۹.۹۴	۷۸	۸۲
اهواز ۳۷	حسن‌زاده	۲۰۱۰	۳۰۰	۲.۷	۹.۳	۱۴	۱۹.۳	۲۴	۱۵
اراک ۳۸	شمسی	۲۰۱۰	۴۰۰	۱۱		۵۶	۳۴.۵	۳۹	۳۰
چهرم ۳۹	محمد حسینی	۲۰۱۰	۳۰۰	۱۰	۱۷.۳	۳۳	۴۲	۴۸	۳۶
گچساران ۴۰	دولتیان	۲۰۰۹	۵۰۰	۱۴.۲	۱۸.۶	۴۸.۴	۴۸.۶	۵۳	۴۴
کرمان ۴۱	سالاری	۲۰۰۸	۴۱۶	۲۵		۳۵			
کهگیلویه ۴۲	انصاری	۲۰۰۸	۳۱۸	۴۰	۶۱	۷۰.۷	۸۶.۳	۹۰	۸۳
مریوان ۴۳	دولتیان	۲۰۰۸	۲۴۰	۲۵.۸	۸۹.۲	۷۴.۲	۵۰	۵۶	۴۴
سنندج ۴۴	دولتیان	۲۰۰۸	۲۴۰	۱۲.۹	۴۴.۶	۳۷.۱			
تبریز ۴۵	ستار زاده	۲۰۰۸	۲۵۸	۲۳.۶		۲۵.۶	۴۹.۲	۵۵	۴۳
کاشان ۴۶	کفایی عطریان	۲۰۰۸	۱۴۳	۴.۹	۴.۹	۱۰.۴	۱۳.۲	۱۹	۸
شیراز ۴۷	باقر زاده	۲۰۰۷	۴۰۰	۲۲	۲۲.۳	۴۷.۵			
سبزوار ۴۸	بداغ‌آبادی	۲۰۰۷	۵۸۷	۱۴.۵			۱۴.۵	۱۲	۱۷

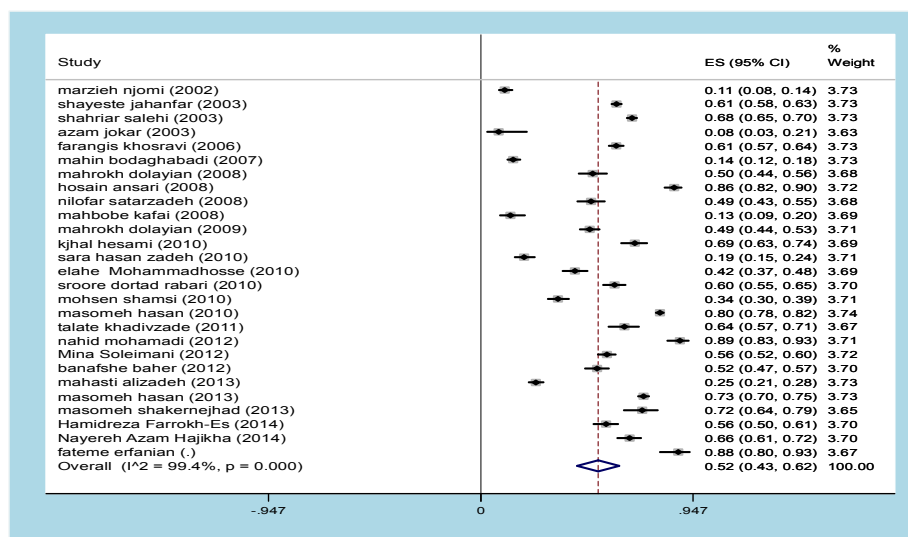
57	64	60.5	57	18.8	8.5	840	2006	خسروی	سنندج	۴۹
0	16	8				40	2003	جوکار	یاسوج ۵۰	
58	63	60.6	60.5	23.5	14.60	1800	2003	جهان فر	تهران ۵۱	
65	70	67.5	51.7	13.8	34.50	1600	2003	صالحی	شهرکرد	۵۲
8	16	10.7				406	2002	نجومی	تهران ۵۳	
81	95	88.1				92		عرفانیان	مشهد ۵۴	
			87	6.8	72			بریری	زاهدان	۵۵

فاصله اطمینان ۹۵ درصد

*اعداد ذکر شده بالای هر شهر، نشان‌دهنده شماره رفرنس مربوط به آن است.

ذکر شده و پاره‌خط‌های روبروی هر مطالعه فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می‌دهند و نقطه وسط هر پاره‌خط، برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می‌دهد. علامت لوزی میزان شیوع را برای کل مطالعه نشان می‌دهد و ابتدا و انتهای لوزی نشان‌دهنده فاصله اطمینان میزان شیوع در کل مطالعات می‌باشد.

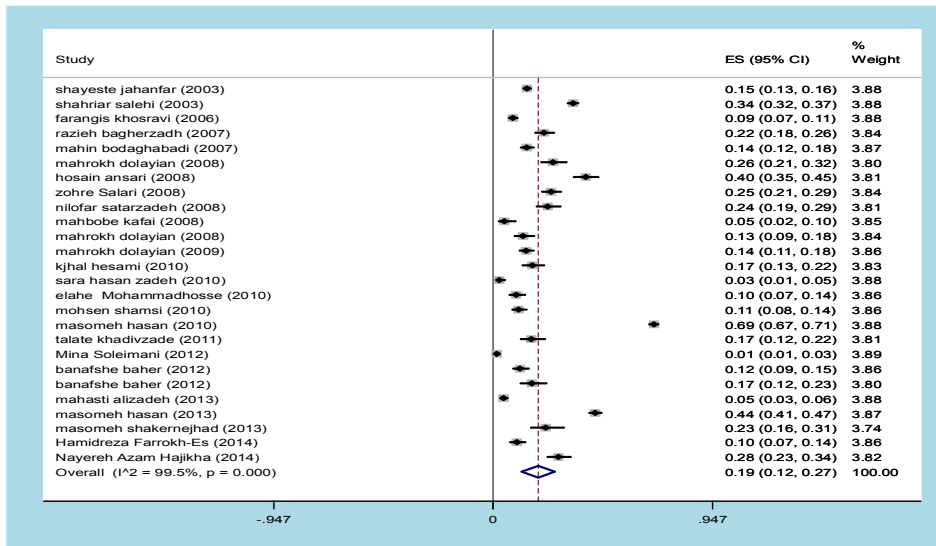
پس از آنالیز آماری ۳۲ مقاله در ۲۲ استان و با حجم نمونه ۱۵۶۱۰ مادر باردار با توجه به مدل اثرات تصادفی، میزان شیوع خشونت در دوران بارداری در ایران در مجموع، ۵۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۳ تا ۶۲) برآورد شد. (نمودار شماره ۱) در نمودار ارائه‌شده نام نویسنده اول و سال انجام پژوهش کنار هم



نمودار (۱): میزان شیوع انواع خشونت علیه زنان در دوران بارداری در پژوهش‌های مختلف انجام‌شده در کشور

اول و سال انجام پژوهش کنار هم ذکر شده و پاره‌خط‌های روبروی هر مطالعه فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می‌دهند و نقطه وسط هر پاره‌خط، برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می‌دهد. علامت لوزی میزان شیوع را برای کل مطالعه نشان می‌دهد و ابتدا و انتهای لوزی نشان‌دهنده فاصله اطمینان میزان شیوع در کل مطالعات می‌باشد.

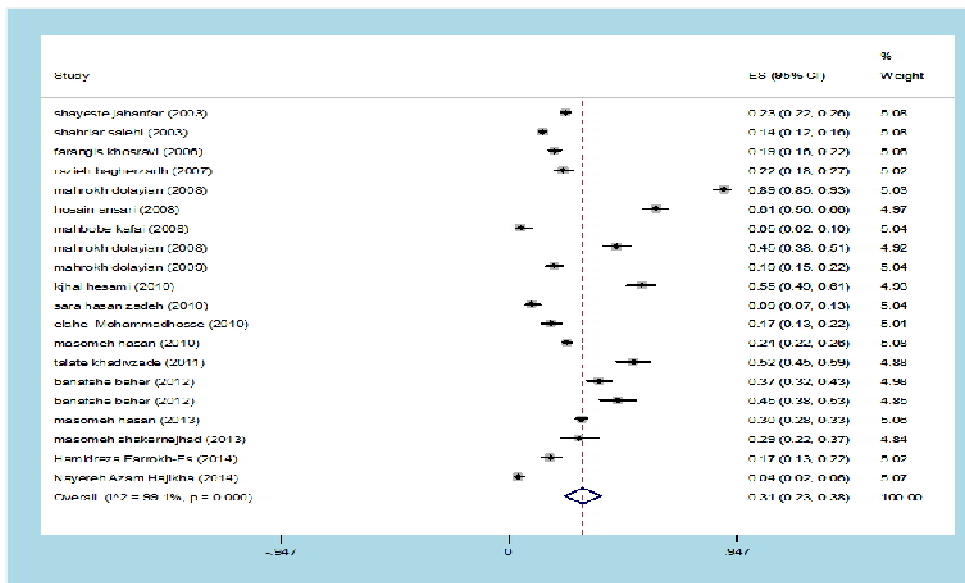
شاخص موردبررسی بعدی خشونت فیزیکی در زمان بارداری بود که بالاترین میزان خشونت فیزیکی مربوط به مطالعه انجام‌شده در زاهدان به میزان ۷۲ درصد و کمترین میزان خشونت فیزیکی مربوط به مطالعه انجام‌شده در سال ۲۰۱۲ در تهران با ۱۵ درصد بوده است. پس از انجام فراتحلیل ۲۶ مقاله میزان اعمال خشونت فیزیکی علیه زنان باردار ۱۹ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۲ تا ۲۷) برآورد شد. (نمودار شماره ۲) در نمودار ارائه‌شده نام نویسنده



نمودار (۲): میزان شیوع خشونت فیزیکی علیه زنان در دوران بارداری در پژوهش‌های مختلف انجام‌شده در کشور

تا (۵۱) برآورد شد. (نمودار شماره ۳) در نمودار ارائه‌شده نام نویسنده اول و سال انجام پژوهش کنار هم ذکر شده و پاره‌خط‌های روبروی هر مطالعه فاصله اطمینان میزان شیوع را در هر مطالعه نشان می‌دهند و نقطه وسط هر پاره‌خط، برآورد میزان شیوع در هر مطالعه را نشان می‌دهد. علامت لوزی میزان شیوع را برای کل مطالعه نشان می‌دهد و ابتدا و انتهای لوزی نشان‌دهنده فاصله اطمینان میزان شیوع در کل مطالعات می‌باشد.

از دیگر شاخص‌های مهم موردتوجه محققین در مطالعات مختلف در زمینه خشونت علیه زنان باردار، خشونت جنسی و روحی، روانی بود که تشخیص آن‌ها نسبت به خشونت فیزیکی بسیار سخت‌تر است ولی صدمات آن‌ها به مادران به‌مراتب شدیدتر است. میزان شیوع خشونت‌های، جنسی و روحی روانی پس از فرا تحلیل کلیه مطالعات به ترتیب شیوع خشونت جنسی با تحلیل ۲۱ مقاله ۳۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲۳ تا ۳۸) و شیوع خشونت روحی روانی با ۲۵ مقاله ۴۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۸



نمودار (۳): میزان شیوع خشونت جنسی علیه زنان در دوران بارداری در پژوهش‌های مختلف انجام‌شده در کشور

وجود دارد به‌طوری‌که در مردان با تحصیلات کمتر از دیپلم شیوع خشونت علیه همسرانشان ۴۵ درصد و در مردان بالای دیپلم ۲۵

همچنین مشخص شد که تفاوت زیادی در شیوع خشونت علیه زنان باردار که همسران آن‌ها سواد بالای دیپلم و کمتر از دیپلم

درصد برآورد شد ($p < 0.01$). حتی این تفاوت تحصیلات در زنان باردار در اعمال خشونت علیه آن‌ها هم صادق است به طوری که اعمال خشونت علیه زنان باردار با تحصیلات بالای دیپلم ۳۷ درصد و در زنان باردار با تحصیلات کمتر از دیپلم ۵۹ درصد می‌باشد ($p < 0.001$).

از یافته‌های دیگری که می‌توان اشاره کرد اینکه پس از آنالیز مشترک مقالات و بررسی میزان شیوع خشونت علیه زنان باردار توسط همسران شاغل و یا بیکار مشخص شد که شیوع اعمال خشونت مردان بیکار علیه همسرانشان ۴۸ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۰ تا ۵۶) و در مردان شاغل ۴۴ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۶ تا ۵۲) می‌باشد؛ و نیز شیوع خشونت علیه زنانی که شاغل بودند با زنانی که شاغل نبودند اختلاف زیادی داشت به طوری که شیوع خشونت علیه زنان شاغل ۲۳ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۰ تا ۳۵) و در زنان غیر شاغل ۶۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۰ تا ۸۵) بود.

بالاترین میزان خشونت در زنانی که همسر آن‌ها اعتیاد داشت ۹۳ درصد مربوط به مطالعه انجام‌شده در جهرم و کمترین مربوط به مطالعه انجام‌شده در گرگان با ۳۶ درصد می‌باشد. پس از بررسی نقش اعتیاد در اعمال خشونت علیه زنان در دوران بارداری در ۸ مقاله نمایان شد که شیوع خشونت علیه زنانی که همسران آن‌ها اعتیاد داشتند این دوران ۴۱ درصد درصد می‌باشد.

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در مطالعات مختلف مدت‌زمان ازدواج بود که مشخص شد میزان شیوع خشونت علیه زنان در زمان بارداری در زوج‌هایی که بین ۱ تا ۴ سال از ازدواج آن‌ها گذشته بود ۴۷ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲۹ تا ۶۶) و در زوجین با بیش از ۱۰ سال ازدواج ۴۴ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۶ تا ۷۳) می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هرچند مسئله خشونت علیه زنان ابعاد گسترده‌ای در کلیه کشورهای جهان دارد، اما به دلیل عدم اعلام، عدم ثبت یا کم شماری، آمار دقیقی از آن در دست نیست (۶۴). در ایران هم مطالعات بسیاری در زمینه ی بررسی شیوع خشونت علیه زنان باردار انجام‌شده با نتایجی متفاوت و یا مطالعاتی صرفاً مروری که فقط نتایج به‌دست‌آمده را بازگو و گزارش کرده‌اند، ولی تحلیلی همزمان با وزن دهی آماری به تمام مطالعات به روش فرا تحلیل انجام‌نشده است که بتوان برداشت جامعی از وضعیت این معضل در جامعه ایران به دست آورد.

خشونت علیه زنان باردار از سه جنبه در اغلب مقالات پژوهش حاضر بررسی شده است، خشونت فیزیکی که اکثراً تروماها یکی از

نشانه‌های آن می‌باشد، خشونت روحی، روانی، اعمالی از قبیل (بیرون انداختن از منزل، فریاد زدن، بی‌احترامی و فحاشی، بی‌اعتنایی، عدم پرداخت خرجی و در تنگنا گذاشتن اقتصادی) و خشونت جنسی که اغلب از طرق زیر اعمال می‌شود (مجبور نمودن زن بر انجام روابط جنسی واژینال یا غیر واژینال و از راه‌های غیرمتعارف، دیدن عکس یا فیلم‌های مبتذل و انجام رابطه جنسی با افراد دیگر، انجام عمل جنسی با خشونت، ترک رابطه جنسی).

در این پژوهش شایع‌ترین شکل خشونت در دوران بارداری عاطفی و در مرتبه بعدی، خشونت جنسی و سپس خشونت جسمی قرار داشت. این یافته در مطالعاتی که در پاکستان، هند و بنگلادش انجام‌شده بودند نیز گزارش شده است. (۷۱) در پژوهش حاضر پس از فرا تحلیل ۳۲ مطالعه در ۱۵۶۱۰ مادر باردار که طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۴ انجام‌شده بود برآورد شد که میزان شیوع انواع خشونت علیه مادران باردار در ایران ۵۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۳ تا ۶۲) می‌باشد که با نتایج مطالعه باهر و همکاران که در سال ۲۰۱۲ در کرج و دولتیان و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مریوان همسو می‌باشد (۲۹). در این بررسی مشخص شد از ۳۲ مطالعه ۲۱ مطالعه شیوع علیه زنان باردار را بالای ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند و دامنه اعمال خشونت علیه زنان باردار از ۱ درصد در مطالعه سلیمانی در سال ۲۰۱۲ تا ۶۹ درصد در مطالعه معصومه حسن در سال ۲۰۱۰ را شامل می‌شود (جدول ۱)؛ که این تفاوت می‌تواند ناشی از صحت مطالعه و دقت در گزارش دهی و همچنین عواملی مانند تفاوت‌های فرهنگی، خانوادگی و منطقه محل زندگی ناشی شده باشد. بویید ساختار اجتماعی و نوع جامعه را عامل بسیار مؤثری در افراد و رفتارهای آنان می‌داند (۶۰). در مطالعه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده است که این میزان شیوع به‌طور کل از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است. بر اساس مطالعات مقدماتی که در خصوص میزان وقوع خشونت خانوادگی در کشور ما انجام‌شده، نرخ همسر آزاری و بدرفتاری با زنان در طیفی از ۳۰ تا ۸۰ درصد برآورد شده است (۶۶،۶۷).

و همچنین میزان خشونت فیزیکی علیه زنان باردار ۱۹ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱۲ تا ۲۶) برآورد شد که با مطالعه باقر زاده و همکاران در سال ۲۰۰۷ در شیراز و بسیاری از مطالعات مورد بررسی همخوانی دارد. (۴۳، ۴۱، ۲۷، ۲۵، ۴۷) از ۲۸ مطالعه که شیوع خشونت فیزیکی علیه زنان باردار را گزارش کرده‌اند، در ۱۱ مطالعه میزان خشونت فیزیکی را بالای ۲۰ درصد ذکر کرده‌اند، (جدول ۱) ولی در مقابل شیوع خشونت علیه زنان باردار در سایر کشورهای جهان از جمله آمریکا استرالیا دانمارک اسپانیا به‌مراتب کمتر است. از جمله‌ی این مطالعات می‌توان به چند پژوهش از جمله

مطالعه کوکینیدیز و همکاران در سال ۲۰۰۰ در آمریکا که شیوع خشونت فیزیکی را ۱۱.۱ درصد اعلام کرده و جیمز و همکاران در سال ۲۰۱۳ با فرا تحلیل ۹۲ مطالعه شیوع خشونت فیزیکی ۱۳.۸ درصد گزارش کردند، اشاره کرد (۵۶)؛ که این اختلاف می‌تواند به ارتفاع سطح فرهنگی جوامع و توانمندی‌های تحصیلی، اقتصادی زنان و مردان و تعاملات اجتماعی آن‌ها در کشورهای که نقش زنان در امور اجتماعی و اقتصادی پررنگ‌تر است ناشی شود.

از دیگر نشانگرهای مهم مورد توجه محققین در مطالعات مختلف در زمینه خشونت علیه زنان باردار که پیش‌تر هم بدان اشاره شد، خشونت روحی، روانی و جنسی بود که تشخیص آن‌ها نسبت به خشونت فیزیکی بسیار سخت‌تر، ولی صدمات ناشی از آن‌ها به مادران به مراتب شدیدتر است. در مطالعه حاضر میزان شیوع خشونت جنسی ۳۱ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲۳ تا ۳۸) برآورد شد که با مطالعه معصومه حسن در آذربایجان غربی در سال ۲۰۱۳ همسو (۲۶) و نیز با مطالعه انجام شده در هند سازگار می‌باشد (۷۲). دامنه شیوع گزارش شده در مطالعات از ۴ درصد در مطالعه حاجی خواه در سال ۲۰۱۴ تا ۸۹ درصد در مطالعه دولتیان در سال ۲۰۰۸ متغیر است (نمودار ۳) که از عوامل مؤثر بر این تفاوت در شیوع خشونت جنسی می‌تواند از موانع فرهنگی، نبود تعریف دقیق و مشخصی از آن و زمینه‌های متفاوت اجتماعی فرهنگی نام برد.

میزان شیوع خشونت روحی روانی ۴۵ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳۸ تا ۵۱) برآورد شد که تقریباً برابری می‌کند با مطالعه اسلام لو و همکاران در ارومیه در سال ۴۰۱۴ (۲۴) و همچنین با مطالعه کریپ و همکاران در سال ۲۰۱۰ در پرو که خشونت روانی را ۴۲.۲ درصد اعلام کردند، سازگاری دارد (۵۷) این نوع از خشونت در حال افزایش است ولی کمتر بدان توجه می‌شود چون خود زنان نیز در این مشکل دخیل هستند چراکه حاضرند سال‌ها چنین مشکلی را به دوش بکشند ولی به خود جرئت نمی‌دهند درباره آن با کسی گفتگو کنند (۷۳).

از دیگر نتایج به دست آمده در این مطالعه اختلاف زیاد شیوع خشونت علیه زنان باردار در سطوح تحصیلی کمتر دیپلم و بالاتر از دیپلم و شاغل و غیر شاغل بودن در هر دو جنس بود به طوری که شیوع اعمال خشونت علیه زنان باردار در مردان با سطح تحصیلی کمتر از دیپلم و بالاتر از دیپلم به ترتیب ۴۵ درصد در مقابل ۲۵ درصد به دست آمد و اعمال خشونت علیه زنان باردار با سطح تحصیلات کمتر از دیپلم و بالاتر از دیپلم به ترتیب ۵۹ درصد در مقابل ۳۷ درصد به دست آمد و همچنین شیوع خشونت علیه زنان باردار از نظر اشتغال در هر دو جنس به این ترتیب بود، شیوع اعمال خشونت مردان بیکار علیه همسرانشان ۴۸ درصد و در مردان شاغل ۴۴ درصد و شیوع خشونت علیه زنان شاغل ۲۳ درصد (فاصله

اطمینان ۹۵ درصد: ۱۰ تا ۳۵) و در زنان غیر شاغل ۶۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۴۰ تا ۸۵) به دست آمد. این نتایج نشان داد شیوع بالای خشونت در دوران بارداری وابستگی زیادی با سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال افراد در هر دو جنس دارد و این دو مقوله رابطه تنگاتنگی با سطح فرهنگی اجتماعی، اقتصادی جامعه دارند، اشتراوس هم در تحقیقی در انگلستان نشان داد که احتمال وقوع خشونت نسبت به زنان در خانواده‌هایی که زیرخط فقر زندگی می‌کنند، ۵۰ درصد بیشتر از احتمال وقوع آن در خانواده‌های متمول است (۶۸) در پژوهش‌های (اشتراوس، کافمن) و (اشتراوس و سوگرمن و هوتالینگ) نشان داده شد که عواملی مثل زمینه‌های فرهنگی پذیرش خشونت، سکونت بد، وضعیت اقتصادی، مصرف مواد مخدر و بیماری‌های روانی می‌توانند زمینه‌ساز آن باشند و به تشدید خشونت بی انجامند (۶۹،۷۰).

رابطه بین تحصیل و اشتغال زنان باردار با خشونت علیه آن‌ها در مطالعه فرا تحلیل که توسط داودی و همکاران در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی انجام شده بود هم تأیید شده است، به طوری که مشخص شد که برخورداری زنان از تحصیلات دانشگاهی، عامل محافظت‌کننده و اشتغال نداشتن زنان به کار درآمدزا، عامل خطر برای قرار گرفتن در معرض خشونت فیزیکی خواهد بود (۵۸) مطالعات انجام شده در کشورهای با سطح تحصیلی و فرهنگی و شغلی مناسب نشان داد که شیوع خشونت علیه زنان باردار با سطح تحصیلات و اشتغال رابطه عکس دارد از جمله مطالعه فاینبوگ ادوتیر و همکاران در سال ۲۰۱۴ در سوئد که میزان خشونت را طی بارداری ۱ درصد گزارش کردند (۵۹) و همچنین رابطه معنی‌داری بین خشونت و بیکاری و مشکلات اقتصادی را گزارش کرده‌اند، در این رابطه *اوانت* در پژوهش خود نشان داد که زنان کم‌درآمد و با تحصیلات پایین‌تر نسبت به زنان با درآمد بالاتر و تحصیلات بالاتر احتمال بیشتری در دریافت آزار، به خصوص آزار جسمی دارند، (۶۱) زیرا زنان تحصیل کرده به دلیل تعاملات اجتماعی بهتر امکان تطابق و سازگاری بهتری با مسائل زندگی را دارند. جهان فر، عامل تحصیلات بالای مردان را با کاهش همسر آزاری مرتبط می‌داند، وی به نقل از چنت می‌گوید تحصیلات مردان را در بهینه‌سازی وضعیت اجتماعی- اقتصادی آنان و داشتن شغل مناسب و بروز رفتارهای کم‌خطر مؤثر است (۶۲). در مطالعه انجام شده در چین، یافته‌ها نشان دادند که مردان بیکار و کارگر بیشتر زنان خود را آزار می‌دهند. زیرا افراد بیکار به شدت به علت وضعیت اقتصادی نامطلوب و وابستگی به دیگران تحت فشار می‌باشند (۶۳).

آمارهای برآورد شده هشدار بسیار جدی برای مدیران بخش‌ها اجتماعی، بهداشتی و سلامت می‌باشد که باید تدابیری را برای مقابله با این چالش طراحی کنند، از جمله ارائه خدمات مشاوره‌ای، آموزشی

محدودیت‌های مطالعه:

از محدودیت‌های انجام مطالعه شیوع خشونت علیه زنان باردار می‌توان به این موارد اشاره کرد: پایین بودن کمیت و کیفیت بانک‌های اطلاعاتی جمع‌آوری مقالات زیرا این بانک‌ها پایان‌نامه‌های انجام‌گرفته در سطح کشور و خلاصه مقالات منتشرشده در همایش‌ها و تمامی مجلات علمی موجود را در بر نمی‌گیرند و همچنین متغیرهای موردبررسی در تمام مطالعات به یک روش اندازه‌گیری نشده بود، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، عدم وجود یک چهارچوب منظم برای گزارش دهی مقالات منتشرشده در ایران بود که بسته به سیاست خاص هر مجله نتایج به طرق مختلف گزارش شده بودند و نیز نتایج پژوهش حاضر بر اساس مقالات منتشرشده است و ممکن است مقالاتی که منتشر نشده‌اند، نتایج متفاوتی از این مقالات منتشرشده داشته باشند ولی به نظر نمی‌رسد این مشکل چشم‌گیر باشد.

تشکر و قدردانی

از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام که منابع مالی موردنیاز برای انجام این پژوهش را در اختیار قرار دادند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

و علمی به مادران و ادغام این خدمات در مراقبت‌های اولیه بهداشتی که می‌تواند روند این معضل را پیش و در صورت لزوم اقدامات مداخله‌ای لازم در این زمینه را، به مادران و خانواده آن‌ها ارائه کند. تخمین زده شده است که فقط ۳ درصد از موارد خشونت خانوادگی توسط افراد تیم بهداشت و درمان شناسایی می‌شود و متأسفانه آنان در مواجهه با این‌گونه مددجویان به طرز اطمینان بخشی عمل نمی‌نمایند (۶۵).

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد اعمال خشونت علیه زنان در دوران بارداری در گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی در ایران نسبت به بسیاری از کشورها دارای شیوع بالاتری است و این میزان شیوع وابستگی زیادی با سطح تحصیلات و شغل افراد در هر دو جنس دارد و این دو مقوله رابطه تنگاتنگی با سطح فرهنگی اجتماعی و اقتصادی جامعه دارند پس افزایش تسهیلات تحصیلی و شغلی می‌تواند یک راهبر بنیادی در کاهش این معضل باشد. لذا توصیه می‌شود یک تحقیق جامع و یکپارچه توسط وزارت بهداشت در سراسر کشور انجام شود که دیدگاه وسیع‌تری نسبت به این موضوع به‌دست‌آمده و برای کاهش آسیب‌های احتمالی مادران و نوزادان بتوان در زمان مناسب اقدام کرد.

References:

- Behnam H, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. *Quarterly Horizon Med Sci* 2008;14(2):70-6. (Persian)
- Bodaghabadi M. Pregnancy outcomes in victims of violence referred to Hospital of Mobini of Sabzevar. *Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci* 2007;11(1):71-6. (Persian)
- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137(1):37-42.
- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Tropical medicine & international health: TM & IH* 2006;11(10):1576-84.
- Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 004;18(4):260-9.
- Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: Int J Obst Gynaecol* 2003;110(3):272-5.
- Khodakarami N, Najji H, Godarzashti M. Relationship between abuse and pregnancy outcome in maternal Khorramabad. *Esfahan Univ Med Sci* 2003;20:26-34. (Persian)
- Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarship* 2003;35(4):345.

9. Bullock L, Bloom T, Davis J, Kilburn E, Curry MA. Abuse disclosure in privately and medicaid-funded pregnant women. *J Midwifery Women's health* 2006;51(5):361-9.
10. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2006;95(3):254-60.
11. - Parker B et al. Abuse During pregnancy. Humphrey FG et al (editors) *Family violence and Nursing practice*. Philadelphia, Lippincott. 2004
12. Clark DW. Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health service facilities. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*. 2001;14(4):252-8.
13. Grossman S, Hinkley S, Kawalski A, Margrave C. Rural Versus Urban Victims of Violence: The Interplay of Race and Region. *J Fam Viol* 2005;20(2):71-81.
14. Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, posttraumatic stress, and childbearing. *J Midwifery Women's Health* 2002;47(5):337-46.
15. Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2006; 4: 32-42. (Persian)
16. Salehi Sh, Mehralian H. Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord. *Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 2: 72-7. (Persian)
17. Kazemi Navaei F. Prevalence, factors and consequences of domestic violence against pregnant women referring to labor units of Medical science Universities. (Dissertation). Tehran: Tehran University; 2004. (Persian)
18. Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to the hospitals of Iran Univ Med Sci Iran Nurs Q 2002; 16(32, 33): 93-9. (Persian)
19. Jahanfar SH. The prevalence of partner violence during pregnancy and effect on pregnancy outcome. *Arch Iran Med* 2003; 10 (3): 376-8 (Persian)
20. 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. (Persian)
21. Roelens K, Verstraelen H, Egmond KV, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 137(1): 37-42.
22. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health* 2002;47(5):305-17.
23. Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, posttraumatic stress and childbearing. *J Midwifery Womens Health* 2002;47(5):337-46.
24. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghghi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *J Forensic Leg Med* 2014;24:28-32. (Persian)
25. 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. (Persian)
26. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. Assessment of Association between Domestic Violence during Pregnancy with Fetal

- Outcome. Iran J Obst Gynecol Infertility 2013;16(43):21-9. (Persian)
27. Shakerinezhad M. Domestic Violence and Related Factors in Pregnant Women. ZUMS 2013;21(89):117-26. (Persian)
28. Alizadeh M, Samadirad B, Ravanshad Y, Khamenian Z, Azarfar A. A Case Control Study of Married Women under the Violence during Pregnancy in Tabriz. Iran J Obst Gynecol Infertility 2012;15(32):8-13. (Persian)
29. Baher B, Ziayi M, Zaighami S. Effect of Domestic Violence on Pregnancy Outcomes among Pregnant Women Referring to Karaj Medical Centers. Hakim 2012;15(2):140-6. (Persian)
30. Mohamadi N, Shobeiri F, Khodaveisi M. A Survey on Physical Violence during Pregnancy. SJIMU 2012;20(3):38-45. (Persian)
31. Baher B, Ziayi M, Zaighami S. Frequency of Domestic Violence in Women with Adverse Pregnancy Outcomes (Karaj 2007-2008). Ham-Nurs 2008;20(1):31-41. (Persian)
32. Soleimani M, Jamshidimanesh M, Daneshkojuri M, Hoseini F. Correlation between partner violence and preterm labor. J Qazvin Univ Med Sci (JQUMS) 2012;15(4):53-9. (Persian)
33. Khadivzade T, Erfanian F. Comparing domestic violence before and during pregnancy and associated factors. Iran J Obst Gynecol Infertility 2011;14(4):47-56. (Persian)
34. Dortag-e-Raberi S, Shekarabi R, Baniassad M. Prevalence of violence among pregnant women attending to health care centers in west of Tehran. IJN 2010;23(65):61-72. (Persian)
35. Hesami K, Dolatian M, Shams J, Alavi majd H. Domestic Violence Before and during Pregnancy among Pregnant Women. IJN 2010;23(63):51-9. (Persian)
36. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Vijeh M. Domestic violence against women: prevalence and associated factors. J Woman Soc 2010;1(4):77-95. (Persian)
37. Hasanzadeh S, Noohjah S, Haghigat zadeh M. Prevalence of domestic violence against pregnant women and its related factors in women referred to health centers in 2010 in Ahvaz, Iran. Jentashapir J Health Res 2011;2(3):104-10. (Persian)
38. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. J Gorgan Univ Med Sci 2011;13(4):67-75. (Persian)
39. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom, Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit 2010;16(7):752-8. (Persian)
40. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci 2010;13(4):261-9. (Persian)
41. Salari Z, Nakhaee N. Identifying Types of Domestic Violence and Its Associated Risk Factors in a Pregnant Population in Kerman Hospitals, Iran Republic. Asia Pac J Public Health 2008;20(1):49-55. (Persian)
42. Ansari H, Zafar P, Rahimi E, Rakhshani F. Assessment of Relationship between Violence Exposure Pregnancy and Low Birth Weight. J Jahrom Uiv Med Sci 2008;6(2):17-26. (Persian)
43. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi majd H. Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and postnatal depression. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2008;13(2):57-68. (Persian)
44. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi majd H. Examines the relationship between domestic violence and the impact of breastfeeding. J Shahid

- Beheshti School Nurs Midwifery 2007;18(61):20-7. (Persian)
45. Satarzadeh N, Khodaei R, Babapoor J. Psychological Violence Against Pregnant Women, Risk Factors and it's Relation to Some Pregnancy Outcomes in Women Referring to Tabriz Teaching Hospitals in 2007. *J Car Sci* 2007;11(3):10-7. (Persian)
46. Kafaei-Atrian M, Abbaszadeh F, Sarafraz N, Izady-Aveny F, Asghari-Jafarabadi M. Survey of Domestic violence during gestation, in Women Referred to kashan's Golabchi Health Clinics in 2008. *J Zabol Univ Med Sci health serv* 2012;3(4):29-37. (Persian)
47. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabai H. Relationship between Domestic Violence during pregnancy and Complications of Pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz university of Medical Sciences. *QHMS* 2008;13(4):51-8. (Persian)
48. Bodaghabadi M. Pregnabcy outcomes in victims of violence referred to Hospital of Mobini of Sabzevar. *Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci* 2007;11(1):71-6. (Persian)
49. Khosravi F, Hashminasab L, Abdolahi M. 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)
50. Jokar A, Sakineh G-N, Mahbobe S. A study on prevalence rate of intimate partner violence among women attending yasuj health centers. *Armaghane-danesh* 2004;10(37):81-8. (Persian)
51. Jahanfar S, Malkzadegan, Jamshidi R. the prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in iran university of medical sciences' hospitals. *Iran J Nurs* 2002;15(32):93-9. (Persian)
52. Salehi s, mehralian h. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics hain Shrekord, 2003. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006;8(2):72-7. (Persian)
53. Nojoomi M, Akrami Z. Physical violence during pregnancy and the maternal and neonatal outcomes. *Health Monitor* 2002;2(1):43-8. (Persian)
54. Erfanian F, Kadivzadeh T, Abasian F. The relationship between women's empowerment and types of domestic violence in pregnancy. *International Congress of Obstetrics and Reproductive Health; Mashhad: congress.mums.ac; 2011. p. 164.*
55. Bariri T. Effect of spousal abuse on pregnancy outcome. *zahedan: Congress risky behavior; 2007.* (Persian)
56. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obst Gynecol* 1999;93(5 Pt 1):661-6. (Persian)
57. Cripe SM, Sanchez SE, Sanchez E, Ayala Quintanilla B, Hernandez Alarcon C, Gelaye B, et al. Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru. *J Int Viol* 2010;25(11):2054-76.
58. Davoudi F, Rasoulia M, Ahmadzad Asl M, Nojomi M. Factors Associated with Physical Domestic Violence Against Women in Countries of Eastern Mediterranean Region (EMR): A Systematic Review and Metanalysis. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2013;18(4):261-75. (Persian)
59. Finnbogottir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC women's health* 2014;14:63.

60. Boyd M. Psychiatric nursing contemporary practice 3rd ed. est luis: lippincott williams wilkins; 2005.
61. Evants S. Beyond gender: class, poverty and domestic violence. *Aus Social Work* 2005; 58(1):36-43.
62. Navaee A. Prevalence study, Cause and complications of Domestic Violence against pregnant women who referred to Labour Room in Tehran Medical Sciences Universities. (Dissertation). Tehran: Tehran College of Nursing and Midwifery; 2004.
63. Leung WC, Leung TW, Lam YY, Ho PC. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;66(1):23-30.
64. Etienne G, Kruy Linda L, Dahlberg J. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
65. Behnam B. Prevalence of domestic violence in women in Semnan. *J Semnan Univ Med Sci* 2004; 115-9. (Persian)
66. Shams H. Study of prevalence of domestic violence and its effective causes. No 5. Spring 2005; 52-56. (Persian)
67. Mafi M. Study of Characteristics of the persons who commit domestic violence. University of Training Sciences; 2003. (Persian)
68. Straus MA. Victims and aggressors in marital violence. *Am Behav Sci* 1980; 23, 681-704.
69. Kaufman GK, Straus MA. Response of victims and the police to assaults on wives. In M.A. Straus. R-J. Gelles (Eds.). *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families (756-766)*. New Brunswick, NJ: Transaction Books; 1990.
70. Sugarman DB, Hotaling GT. Dating violence: Prevalence, Context, and risk markers. In M. A.Pirog-Good. J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationship: Emerging social issues (3-32)*. New York: Praeger; 1998.
71. Zakar R, Zakar M, Mikolajczyk R, Krämer A. Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan. *Int J Gynecol Obstet* 2012;117(1):10-4.
72. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health* 2009; 9: 129.
73. Report of the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women. 1995.

PREVALENCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN DURING PREGNANCY IN IRAN: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Soleimani A¹, Delpisheh A², Ahmadi A³, Khademi N⁴, Jafarinia B⁵, Sayehmiri K⁶

Received: 15 Oct, 2015; Accepted: 14 Dec, 2015

Abstract

Background & Aims: Violence against women during pregnancy is rising as reptile and has been an intangible social problems. Based on various studies, obtained various statistics about violence during pregnancy. In the present study we attempted comprehensive statistics and Reliable of this problem Systematic review and meta-analysis method is presented to be able to problem solve with the broader view.

Material & Methods: Thirty-two study using keywords Domestic violence, violence against women, violence during pregnancy, The databases in the country, including Magiran, medlibe - sid – iranmedex databases and latin pubmed, - google scholar- science direct – scopus were collected Data were analyzed using the software STATA (version 11/1) and meta-analysis (random effects model). Heterogeneity between studies was assessed using the I² test.

Results: After statistical analysis of the prevalence of violence in 15610 pregnant women is 52% (95% CI: 43 to 62) and the types of physical violence, sexual and psychological in order Physical violence, 19% (95% CI: 12 to 26) Sexual violence, 31% (95% CI: 23 to 38) and psychological violence, 45% (95% CI: 38 to 51) respectively.

Conclusion: Results showed that the high prevalence of violence in pregnancy is very dependent by level of education and job in both sexes, and a strong relationship between the two categories with the Social and cultural level. Thus the increase in education and employment facilities can be a fundamental solution to the problem is in decline.

Keywords: Pregnant women, violence, pregnancy, meta-analysis, systematic review

Address: Add Department of Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Tel: (+98) 08412227103

Email: sayehmiri@razi.tums.ac.ir

¹ M.Sc, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

² Full professor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

³ Assistant professor, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

⁴ MD, Province Health Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

⁵ M.Sc, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁶, Associate professor, Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. (Corresponding Author)