

The Prevalence of Domestic Violence among Pregnant Women in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis

Niazi M^{1,2}, Kassani A², Menati R^{2,3*}, Khammarnia M⁴

¹Professor of Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran

²Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam university of Medical Sciences, Ilam, Iran

³PhD student of Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran

⁴Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Abstract

Background: Domestic violence against women is a major health problem in the world that involves various aspects of maternal and fetal health. Attention to and dealing with this problem require information about its types, severity, and frequency. Therefore, the present meta-analysis aimed to determine the prevalence of domestic violence and its components among Iranian pregnant women.

Methods: The present meta-analysis was done using random effect model. In order to selecting studies on the prevalence of domestic violence, the researchers searched SID, Iranmedex, Magiran, Medlib, Pubmed, ISI, and Scopus databases from 2001 to 2013, extracting 64 articles. After reviewing the studies based on the inclusion criteria, 22 articles were selected and analyzed using random effect model and Comprehensive Meta-Analysis (CMA) software. Besides, heterogeneity among the studies was determined using Q, T², and I² indices.

Results: The overall prevalence of domestic violence in Iranian pregnant women was 48% (95% CI: 38-58). In addition, the prevalence rates of physical, psychosocial, and sexual violence were 17% (95% CI: 12-32), 41% (95% CI: 33-50), and 21% (95% CI: 16-23), respectively. Moreover, the indices related to heterogeneity were statistically significant (I²≥90).

Conclusion: In this study, the prevalence of domestic violence during pregnancy was higher compared to other regions. Due to its damaging effects, families and authorities should pay specific attention to this issue. Also, considering the high prevalence of domestic violence among pregnant women, healthcare centers are recommend to screen pregnant women in this regard so as to diminish its negative outcomes.

Keywords: Domestic violence, Pregnancy, Meta-analysis

Sadra Med Sci J 2015; 3(2): 139-150

Received: Jul. 19th, 2014

Accepted: Mar. 15th, 2015

* Corresponding Author: **Menati R.** Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam university of Medical Sciences, Ilam, Iran, rostammenati@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۳، شماره ۲، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۱۳۹ تا ۱۵۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۴ تاریخ دریافت: ۹۳/۰۴/۲۸

مقاله پژوهشی

(Original Article)

شیوع خشونت خانگی در زنان باردار در ایران: مطالعه مرور ساختارمند و متاآنالیز

محسن نیازی^{۱،۲}، عزیز کسانی^۲، رستم منتی^{۲،۳*}، محمد خمرنیا^۴^۱استاد جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران^۲مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران^۳دانشجوی دکترای جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران^۴مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی علیه زنان یک مشکل مهم بهداشت جسمی و روانی در سراسر دنیا می باشد که از جنبه های مختلف سلامت مادر و جنین را با خطر مواجه می سازد. توجه و مقابله با این مشکل نیاز به اطلاعات پایه در زمینه شدت، فراوانی و انواع آن دارد، بنابراین هدف این مطالعه بررسی شیوع خشونت خانگی و ابعاد آن در زنان باردار در قالب یک مطالعه متاآنالیز بود.

مواد و روش ها: مطالعه متاآنالیز حاضر با استفاده از مدل تصادفی (Random effect model) انجام شد. برای انتخاب مطالعات انجام شده شیوع خشونت خانگی در ایران پایگاه های SID، Magiran، Iranmedex، Medlib، ISI، Pubmed و Scopus بین سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ مورد جستجو قرار گرفتند که ۶۴ مقاله استخراج گردید. پس از بررسی مقالات بر اساس معیارهای ورود ۲۲ مقاله وارد مطالعه حاضر شدند که بر اساس مدل اثرات تصادفی و با استفاده از نرم افزار (Comprehensive meta-analysis) CMA مورد ترکیب و تجزیه تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین ناهمگنی بین مطالعات از شاخص های T^2 و I^2 استفاده شد.

یافته ها: شیوع کلی خشونت خانگی در زنان باردار ایرانی ۴۸ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۳۸-۵۸ به دست آمد. همچنین شیوع خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به ترتیب ۱۷ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۲-۳۲، ۴۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۳۳-۵۰ و ۲۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۶-۲۳ به دست آمد. شاخص های مربوط به ناهمگنی بین مطالعات نیز معنی دار گردیدند ($I^2 \geq 0/90$).

بحث و نتیجه گیری: در مطالعه حاضر شیوع خشونت خانگی و ابعاد آن در دوران بارداری نسبت به سایر مناطق بالاتری می باشد که با توجه به تاثیرات مخرب آن توجه بیشتر خانواده ها، مسئولین را در توجه به این امر می طلبد. همچنین با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی غربالگری مادران باردار از این جنبه نیز در مراکز بهداشتی و درمانی نیز توصیه می گردد تا با شناسایی موارد و مشاوره لازم اثرات این پدیده کمتر شود.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، بارداری، متاآنالیز

* نویسنده مسئول: رستم منتی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی - اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. rostammenati@yahoo.com

مقدمه

خشونت خانگی به عنوان اعمالی که به طور فیزیکی یا روانی مضر می‌باشد و یا به صورت بالقوه منجر به آسیب بدنی می‌شوند و همچنین شامل زورگویی یا تجاوز جنسی، تهدید بدنی، تهدید به کشتن یا آسیب رساندن، محدود نمودن فعالیت‌های عادی، سلب اختیار و محرومیت از دسترسی به منابع تعریف می‌شود (۱،۲). بارداری به عنوان یک دوره پر مخاطره برای سوء استفاده جسمی و روانی شناخته شده است، بر طبق مطالعات انجام شده شیوع آسیب فیزیکی از سوی همسر در دوران بارداری بین ۹ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۳،۴). به همین دلیل توصیه می‌شود در فواصل سه ماهه طول مدت بارداری و بعد از زایمان زنان مورد غربالگری خشونت خانگی قرار بگیرند (۲،۴). خشونت بر علیه زنان به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی در تمام جوامع و لایه‌های اجتماعی با طیف بسیار متنوعی مشاهده می‌شود. این جرم زمانی که در ارتباط با زنان باردار مطرح می‌شود، با توجه به پیامدهای آن و تاثیر آن بر سلامت مادر و جنین اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، اهمیت مسئله را در طیف بسیاری متنوعی از مشکلات و اختلالات مرتبط با سلامت جسمی و عاطفی، رفتارهای مضر بهداشتی، اختلالات عملکردی و پیامدهای وخیمی چون خودکشی و مرگ و میر مادر می‌توان مشاهده نمود (۵،۶). به گونه‌ای که در مادران و کودکان در معرض خشونت خانوادگی میزان بیشتری از اختلالات رفتاری، اجتماعی، شناختی و سایر مشکلات مرتبط با سلامت عمومی در مقایسه با سایر افراد مشاهده شده است. اگرچه به نظر می‌رسد بارداری در تمامی کشورهای جهان (توسعه یافته و در حال توسعه) نقش بازدارنده‌ای در اعمال خشونت دارد، با این حال خشونت فیزیکی دوران بارداری در ۲۵ تا ۵۰ درصد از زنان باردار با اعمال مشت و لگد در ناحیه شکم گزارش شده است (۷،۸). بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی میزان خشونت فیزیکی در دوران بارداری بین ۱ تا ۲۸ درصد متغیر بوده است (۳،۹،۱۰). که این میزان در کشورهای در حال توسعه

و توسعه یافته به ترتیب بین ۳۲ و ۱۵ درصد متغیر بوده است. با توجه به ماهیت قابل پیشگویی بودن این پدیده اجتماعی و توجه به عوامل متعدد دخیل در رخداد آن به نظر می‌رسد قابل پیشگیری می‌باشد. به طور کلی پیامد های نامطلوب بارداری همراه با خشونت خانگی ممکن است به طور مستقیم از ترومای جنسی یا فیزیکی یا به طور غیر مستقیم مانند وارد نمودن استرس، منجر به سقط، زایمان زودرس، تولد نوزاد کم وزن و نمره پایین آپگار بشود همچنین در زنانی که تجربه خشونت خانگی در دوره بارداری را دارند احتمال شروع شیردهی پس از زایمان کمتر است (۱۱،۱۲). انواع اصلی خشونت خانگی شامل خشونت جسمانی، روانی یا عاطفی، جنسی، اقتصادی و کلامی دسته‌بندی می‌شوند. خشونت فیزیکی علیه زنان به شیوه‌های گوناگونی ممکن است صورت گیرد مانند: کتک زدن، شکنجه و قتل این نوع خشونت به هر گونه رفتار غیر اجتماعی که جسم زن را مورد آزار قرار دهد، اطلاق می‌شود. پیامد خشونت فیزیکی می‌تواند شکستگی اعضا، ایجاد زخم‌ها، بریدگی‌ها، کبودی‌ها، جراحات داخلی، ضربه مغزی، عدم توانایی در وضع حمل، سقط و غیره می‌باشند (۱۳،۱۴).

خشونت‌های روانی و عاطفی رفتارهای خشونت‌آمیزی هستند که شرافت، آبرو، اعتماد به نفس و شخصیت زن را خدشه‌دار می‌کنند این رفتارها به صورت انتقاد ناروا، بد دهنی، توهین، تمسخر، فحاشی، متلک، تهدیدهای مداوم به طلاق دادن یا ازدواج مجدد اعمال می‌شود که به سختی قابل بررسی و اندازه‌گیری است و در بسیاری از موارد تاثیر محرز ترس از خشونت بدنی دارد این نوع خشونت باعث مشکلات زیادی برای خانواده و به خصوص زنان می‌شوند: مانند گریز از مشارکت در امور اجتماعی، از کار افتادگی، انواع افسردگی‌ها، عدم کفایت زن در مدیریت خانواده، از بین رفتن اعتماد به نفس، عدم موفقیت کودکان در حال تحصیل، ازدست رفتن استعدادها بالقوه زن، ازدست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی و دست زدن به خودکشی (۴،۱۵،۱۶). خشونت جنسی به هر گونه رفتار

مواد و روش

مطالعه متاآنالیز حاضر با استفاده از مدل اثرات تصادفی (Random effect model) انجام گردید. در مدل اثرات تصادفی که برای برآورد اندازه اثر کلی (شیوع کلی) استفاده می‌شود. فرض بر این است که اندازه اثر (میزان شیوع) در همه مطالعات یکسان نمی‌باشد و به دلیل متفاوت بودن شرایط جمعیت‌های مورد مطالعه و همچنین تفاوت در ابزار اندازه‌گیری در سنجش خشونت خانگی مدل تصادفی نسبت به مدل اثرات ثابت (Fix effect model) مناسب‌تر می‌باشد. برای انتخاب مطالعات انجام شده شیوع خشونت خانگی در طی بارداری در ایران، پایگاه‌های SID، Magiran، Iranmedex، Pubmed، ISI و Scopus مورد جستجو قرار گرفتند. سه نفر از گروه تحقیق جستجوی همزمان مقالات چاپ شده با موضوع شیوع خشونت خانگی در ایران به طور همزمان انجام دادند. معیارهای اصلی ورود مقالات به مطالعه حاضر عبارت بودند از اینکه شیوع کلی خشونت خانگی یا ابعاد آن (فیزیکی، روانی یا عاطفی، جنسی، اقتصادی و کلامی) را گزارش داده بودند، حجم نمونه در هر مطالعه مشخص می‌بود و اینکه فقط مطالعات از نوع مقطعی که بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ که در ایران انجام شده، که به زبان فارسی یا انگلیسی چاپ شده بودند وارد مطالعه شدند. جستجو به صورت اینترنتی و با استفاده از کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی، خشونت خانگی در ایران، بارداری، خشونت فیزیکی، خشونت روانی، خشونت جنسی و یا ترکیبی از این کلید واژه‌ها انجام گردید. بعد از جستجوی کامل توسط سه نفر گروه تحقیق ۶۴ مقاله استخراج گردید که برای بررسی کیفیت مقالات چاپ شده ابتدا لیستی از کل مقالات جستجو شده تهیه (۶۴ مقاله) و اسم نویسندگان، اسم مجله مخفی سازی گردید و در اختیار دو نفر از اعضای گروه تحقیق به صورت مستقل قرار گرفت که معیارهای ورود یا خروج مقالات را به مطالعه حاضر انجام دادند و موارد اختلاف نظر توسط مرورگر سوم مورد داوری قرار گرفت. همچنین بر اساس

غیر اجتماعی اطلاق می‌شود که از لمس کردن تا تجاوز را در برمی‌گیرد این نوع خشونت ممکن است در حیطه زندگی خصوصی زناشویی و خانوادگی اتفاق بیفتد و به صورت الزام به تمکین از شوهر یا رابطه محارم به یکدیگر در حلقه زناشویی و خانوادگی اتفاق بیفتد (۱۶،۱۷). زنانی که مورد خشونت جنسی قرار می‌گیرند دچار صدمات روانی، عصبی و عاطفی می‌شوند که بر کل رفتارهای آنان نسبت به جنس مرد تاثیر می‌گذارد. گاهی زنان صدمه دیده در زندگی جنسی دچار سردی و افسردگی شده و نفرت و ترس از جنس مرد را هرگز در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود از یاد نمی‌برند (۱۸،۱۹). خشونت‌های اقتصادی (مالی) در بسیاری از نقاط جهان زنان نیروی کار بی‌دستمزد هستند و باید تا آخر عمر از خانواده خود مراقبت کنند بدون آنکه امنیت اقتصادی داشته باشند آنان دسترسی به منابع اقتصادی ندارند و به همین خاطر تا آخر عمر وابسته به مرد خانواده و یا افراد مذکر باقی می‌مانند. افراد مذکر خانواده گاهی حتی زنان را از درآمد یا ارث محروم می‌کنند برخی از زنان بعد از ازدواج نیز به علت عوامل فرهنگی در خانه حبس می‌شوند و شوهران شان اجازه اشتغال به آنان نمی‌دهد (۲۰،۲۱).

ریشه این نوع خشونت تک عاملی نمی‌باشد و بیشتر ریشه فرهنگی و ساختاری دارد. اما عوامل گوناگونی از جمله میزان تحصیلات، عامل اقتصادی - اجتماعی، اعتیاد، اختلالات شخصیتی و نحوه جامعه‌پذیری و تربیت فرد و غیره موثر می‌باشند. خشونت علیه زنان در ابعاد روانی، جنسی، جسمی، روانی، مالی، اجتماعی و فرهنگی اتفاق می‌افتد که پیامدهای جبران ناپذیری از جمله روانی، استرس و فشار، اختلالات جسمی خصوصا بر فرزندان وارد می‌کند (۱۹،۲۰). با توجه به بحث‌های ذکر شده هدف این مطالعه بررسی شیوع خشونت خانگی و ابعاد آن در دوران بارداری با استفاده از متاآنالیز در مطالعات انجام شده در ایران می‌باشد.

در خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۲ و خدیوزاده در استان خراسان رضوی با شیوع ۵۴/۴ درصد می باشد. در مطالعه حاضر دو بعد خشونت اقتصادی و کلامی نیز مورد بررسی قرار گرفتند که به دلیل اینکه این دو بعد در اکثر مطالعات انجام شده بررسی شیوع خشونت در زنان باردار در ایران مورد سنجش قرار نگرفتند فقط مشخصات توصیفی این دو بعد در این مطالعه آمده است و شاخص های ترکیبی با متآنالیز برای این دو بعد انجام نشده است. مشخصات توصیفی ۲۲ مطالعه اصلی خشونت خانگی و ابعاد آن در طی بارداری در زنان ایرانی در جدول شماره ۱ آمده است. در نمودار شماره ۱ نتایج ترکیبی مطالعات مربوط به شیوع کلی خشونت خانگی در زنان باردار آمده است که بر طبق آن نتایج هر مطالعه با فاصله اطمینان آن و نتیجه ترکیبی آنها گزارش شده است. شیوع کلی خشونت خانگی در زنان باردار ایرانی ۴۸ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۳۸-۵۸ درصد به دست آمده است. که برای این شاخص مقدار $Q=1157$ با درجه آزادی ۱۵ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/65$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات (True variation) می باشد.

در نمودار شماره ۲ شیوع خشونت فیزیکی هر یک از مطالعات با شیوع ترکیبی خشونت فیزیکی با فواصل اطمینان ۹۵ درصد آنها آمده است که بر طبق آن شیوع کلی خشونت فیزیکی ۱۷ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۲-۳۲ درصد به دست آمده است که در نمودار زیر نشان داده شده است. برای شاخص ترکیبی خشونت فیزیکی مقدار $Q=1661$ با درجه آزادی ۲۱ و $P\text{value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/68$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت فیزیکی در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات (True variation) می باشد.

چک لیست STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology) که یک چک لیست استاندارد است کیفیت مقالات مورد ارزیابی قرار گرفتند. این چک لیست شامل ۴۳ بخش مختلف می باشد و جنبه های مختلف شامل روش شناسی پژوهش، روش های نمونه گیری و حجم نمونه، اندازه گیری متغیرها، تحلیل های آماری و اهداف مطالعه را مورد ارزیابی قرار می دهد. کیفیت مقالات مورد بررسی بالاتر از نمره ۴۰ براساس این چک لیست مقالات واجد شرایط به مطالعه بودند. پس از بررسی مرورگرها بر اساس معیارهای ورود و چک لیست STROBE، ۲۲ مقاله وارد مطالعه حاضر شدند که بر اساس مدل اثرات تصادفی و با استفاده از نرم افزار (Comprehensive meta-analysis) مورد ترکیب و تجزیه تحلیل قرار گرفتند. از ۲۲ مقاله استخراج شده نهایی، ۱۶ مقاله برای برآورد شیوع کلی خشونت خانگی، ۲۲ مقاله برای برآورد شیوع خشونت فیزیکی، ۲۰ مقاله برای برآورد شیوع خشونت روانی و ۱۵ مقاله برای برآورد شیوع خشونت جنسی مورد ترکیب قرار گرفتند. برای تعیین ناهمگنی بین مطالعات از شاخص های Q ، T^2 و I^2 استفاده گردید. که شاخص Q معنی داری آماری ناهمگنی تاثیر و شاخص های T^2 و I^2 بزرگی تاثیر ناهمگنی را برآورد می کنند. همچنین از روش معکوس (Inverse) برای برآورد واریانس و وزن دهی برای هر مطالعه استفاده شد (یک تقسیم بر واریانس درون گروهی هر مطالعه + واریانس بین گروهی مطالعات)

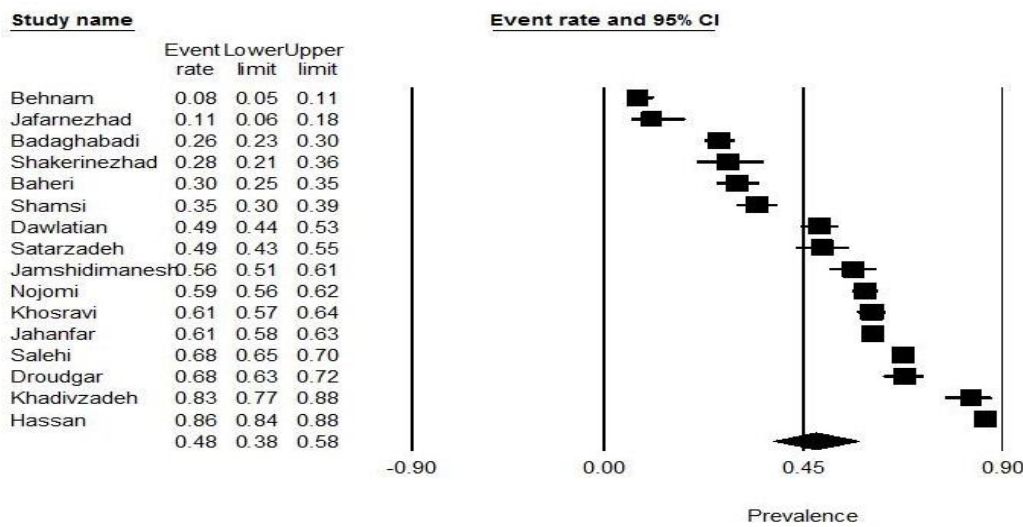
یافته ها

از ۲۲ مقاله چاپ شده وارد شده به مطالعه حاضر، بیشترین شیوع خشونت خانگی در زنان باردار مربوط به مطالعه خدیو زاده در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۸۳ با ۸۲/۹ درصد می باشد و بیشترین شیوع خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به ترتیب مربوط به مطالعات حسن و همکاران در سال ۱۳۸۹ با ۵۴/۷ درصد، درودگر

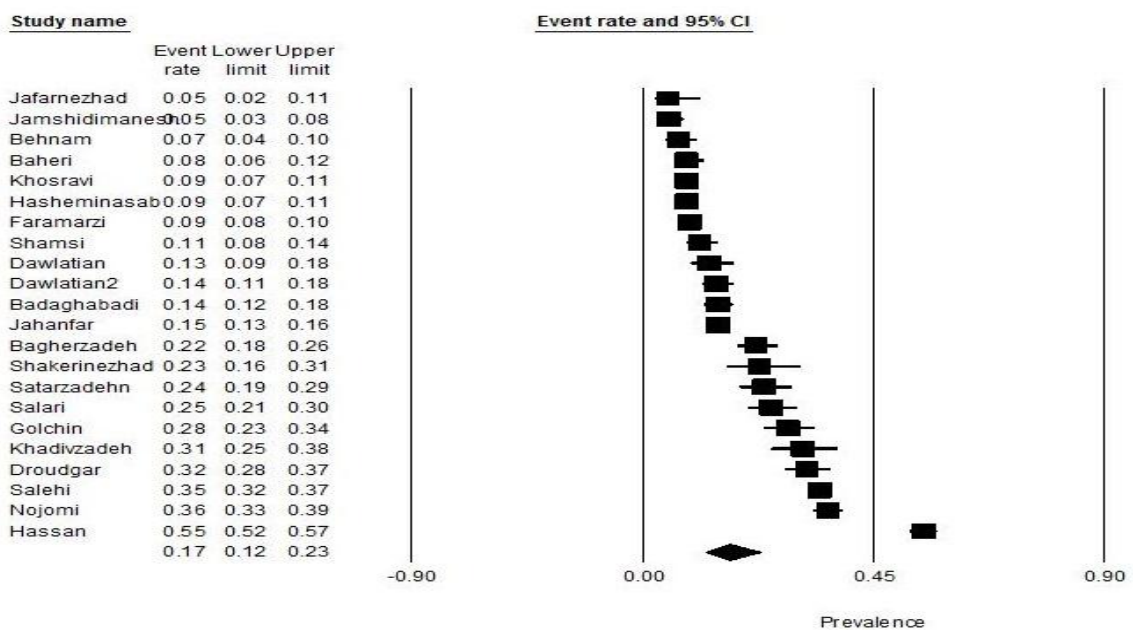
جدول شماره ۱: مطالعات انجام شده شیوع خشونت خانگی در زنان باردار در ایران از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲

نویسنده	استان	حجم نمونه	خشونت کلی خانگی (%)	خشونت فیزیکی (%)	خشونت روانی (%)	خشونت جنسی (%)	خشونت اقتصادی (%)	خشونت کلامی (%)	سال
بهنام	خراسان رضوی	۲۹۰	۷/۶	۶/۸	۱۸/۹	۴/۸	-	۵۹/۱	۱۳۸۶
فرامرزی	مازندران	۳۲۷۵	-	۹/۱	۱۹/۲	۳۰/۸	-	-	۱۳۸۲
نجومی	تهران	۱۰۰۰	۵۹	۳۶/۱	۱۹/۶	-	-	-	۱۳۸۳
باهری	البرز	۳۳۵	۳۰/۱	۸/۴	۲۵/۱	۲۲/۷	-	۲۵/۱	۱۳۸۶
ستارزاده	آذربایجان شرقی	۲۶۰	۴۹/۲	۲۳/۶	۲۵/۶	-	-	-	۱۳۸۶
شاکری نژاد	زنجان	۱۳۲	۲۸	۲۲/۷	۲۸	۲۸/۸	-	۷۳/۷	۱۳۸۸
جعفر نژاد	خراسان رضوی	۱۰۲	۱۰/۸	۴/۹	۲۸/۴	۱۴/۷	-	۷۶/۵	۱۳۸۷
گلچین	گلستان	۳۰۱	-	۲۸/۲۴	۳۴/۵۶	۳/۷	-	-	۱۳۹۲
سالاری	کرمان	۳۱۵	-	۲۵	۳۵	-	-	-	۱۳۸۴
دولتیان	کردستان	۲۴۰	-	۱۲/۹	۳۷/۱	۴۴/۶	-	-	۱۳۸۷
باقرزاده	فارس	۴۰۰	-	۲۲	۴۷/۵	۲۲/۳	۲۳	-	۱۳۸۳
دولتیان	کهگیلویه و بویراحمد	۵۰۰	۴۸/۶	۱۴/۲	۴۸/۴	۱۸/۶	-	-	۱۳۸۹
جمشیدی	تهران	۳۳۸	۵۶/۳	۵	۵۱/۳	-	-	-	۱۳۸۹
صالحی	چهارمحال بختیاری	۱۶۰۰	۶۷/۵	۳۴/۵	۵۱/۷	۱۳/۸	-	-	۱۳۸۲
شمسی	مرکزی	۴۰۰	۳۴/۵	۱۱	۵۶	-	۲۳	۴۸	۱۳۸۹
خسروی	کردستان	۸۴۰	۶۰/۵	۸/۵	۵	۱۸/۸	-	-	۱۳۸۵
جهانفر	تهران	۱۸۰۰	۶۰/۶	۱۴/۶	۶۰/۵	۲۳/۵	-	-	۱۳۸۱
حسن	آذربایجان غربی	۱۳۰۰	۸۰/۲۵	۵۴/۷	۶۲/۹	۴۰/۸	-	-	۱۳۸۹
خدیو زاده	خراسان رضوی	۱۹۰	۸۲/۹	۳۱/۲	۶۷/۶	۵۴/۴	-	-	۱۳۸۳
درودگر	خراسان جنوبی	۴۰۰	۶۷/۸	۳۲	۶۷/۷	۸/۵	-	-	۱۳۹۲
هاشمی نسب	کردستان	۸۴۰	-	۸/۵	-	-	-	-	۱۳۸۵
بداغ آبادی	خراسان رضوی	۵۸۷	۲۶	۱۴/۵	-	-	-	-	۱۳۸۵

نمودار شماره ۱: وضعیت شیوع کلی خشونت خانگی در زنان باردار



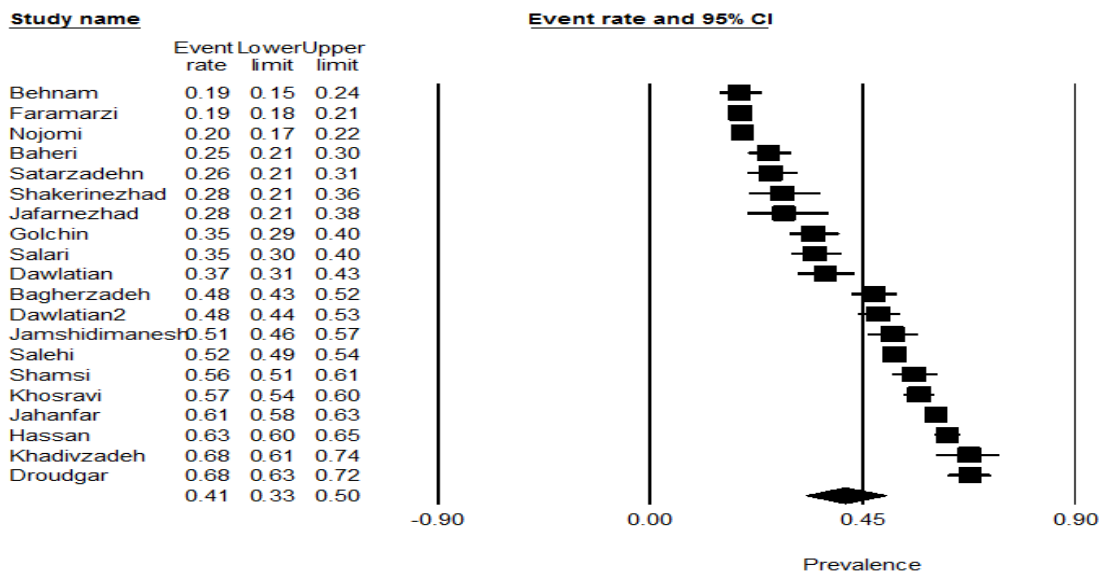
نمودار شماره ۲: وضعیت شیوع خشونت روانی در زنان باردار با فواصل اطمینان ۹۵ درصد



در نمودار شماره ۳ شیوع خشونت روانی هر یک از مطالعات با شیوع ترکیبی خشونت روانی با فواصل اطمینان ۹۵ درصد آنها آمده است که بر طبق آن شیوع کلی خشونت روانی ۴۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۵۰-۳۳ درصد به دست آمده است که در نمودار زیر نشان داده شده است. برای شاخص ترکیبی خشونت روانی مقدار $Q=1760$ با درجه آزادی ۱۹ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/70$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می‌دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت روانی در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات (True variation) می‌باشد.

در نمودار شماره ۳ شیوع خشونت روانی هر یک از مطالعات با شیوع ترکیبی خشونت روانی با فواصل اطمینان ۹۵ درصد آنها آمده است که بر طبق آن شیوع کلی خشونت روانی ۴۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۵۰-۳۳ درصد به دست آمده است که در نمودار زیر نشان داده شده است. برای شاخص ترکیبی خشونت روانی مقدار

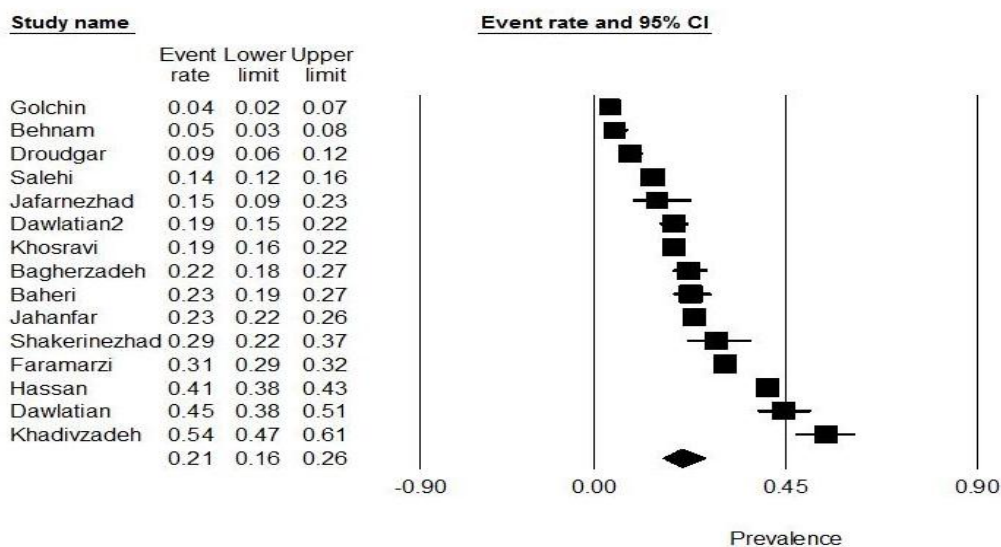
نمودار شماره ۳: وضعیت شیوع خشونت روانی و عاطفی در زنان باردار باردار با فواصل اطمینان ۹۵ درصد



خشونت جنسی مقدار $Q=618$ با درجه آزادی ۱۴ و $Pvalue=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/580$ و $I^2=0/97$ به دست آمده است که نشان می دهد که حدود ۹۷ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت روانی در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات می باشد

در نمودار شماره ۴ شیوع خشونت جنسی هر یک از مطالعات با شیوع ترکیبی خشونت جنسی با فواصل اطمینان ۹۵ درصد آنها نشان داده شده است که بر طبق آن شیوع کلی خشونت جنسی ۲۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۶-۲۳ درصد به دست آمده است که در نمودار زیر نشان داده شده است. برای شاخص ترکیبی

نمودار شماره ۴: وضعیت شیوع خشونت جنسی در زنان باردار باردار با فواصل اطمینان ۹۵ درصد



درصد

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی شیوع خشونت خانگی و ابعاد آن شامل خشونت فیزیکی، خشونت روانی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی و کلامی با استفاده از مطالعه متاآنالیز در ایران از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ بود. بر طبق جستجوی اینترنتی اولیه ۶۴ مقاله مرتبط توسط گروه پژوهش جستجو گردید که پس از بررسی آنها از لحاظ معیارهای ورود و خروج ۲۲ مقاله وارد این مطالعه شدند. بر طبق نتایج به دست آمده شیوع کلی خشونت خانگی در زنان باردار ایرانی ۴۸ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۳۸-۵۸ به دست آمده است. که برای این شاخص مقدار $Q=1157$ با درجه آزادی ۱۵ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/65$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می‌دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات (True variation) می‌باشد.

فرناندز (Fernandez) و همکاران در بررسی ۴۸۹ زن باردار شیوع خشونت خانگی را ۲۰ درصد گزارش کردند (۱) در مطالعه دیگر در استرالیا توسط وبستر (Webster) که بر روی ۱۰۱۴ زن باردار انجام شده است خشونت خانگی در آنها ۲۹/۷ درصد گزارش شده است که میزان این شیوع در دو هفته آخر بارداری به ۸/۹ درصد کاهش پیدا کرده است (۱، ۲۲). علت شیوع بیشتر خشونت خانگی در دوران بارداری در مطالعه حاضر می‌تواند به علت تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی، جمعیتی و مکانی قابل توجه باشد.

همچنین شیوع کلی خشونت فیزیکی ۱۷ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۲-۳۲ به دست آمده است که در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است. برای شاخص ترکیبی خشونت فیزیکی مقدار $Q=1661$ با درجه آزادی ۲۱ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/68$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می‌دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت فیزیکی در بین مطالعات مربوط به

واریانس واقعی بین مطالعات (True variation) می‌باشد. در مطالعه نجومی و اکرمی در تهران خشونت فیزیکی در طی دوران بارداری ۱۰/۷ درصد به دست آمده است که گویای تایید نتایج مطالعه حاضر است (۲۲). با این وجود در مطالعه انجام شده در ترکیه میزان خشونت خانگی در دوران بارداری ۳۳ درصد گزارش شده است. دلیل تفاوت‌های مشاهده شده در کشورها و شهرهای مختلف از لحاظ شیوع خشونت در دوران بارداری می‌تواند ناشی از متفاوت بودن روش‌های بررسی، حجم نمونه‌های مختلف و تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف باشد (۲۳، ۲۴).

بعلاوه شیوع کلی خشونت روانی ۴۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۳۳-۵۰ به دست آمده. برای شاخص ترکیبی خشونت روانی مقدار $Q=1760$ با درجه آزادی ۱۹ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. همچنین $T^2=0/70$ و $I^2=0/98$ به دست آمده است که نشان می‌دهد که حدود ۹۸ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت روانی در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات می‌باشد. شیوع بالای خشونت روانی در مطالعه حاضر می‌تواند باعث تغییر در سبک زندگی زوجین شده و باعث به هم خوردن توازن و آرامش برای زوجین و تغییر در الگوی ارتباطی آنها بشود (۱۴، ۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که زنان خشونت دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند (۲۵، ۲۶). جوز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که در صورت بروز اختلالات روانی در بارداری و عدم مراقبت کافی از مادر، سلامت جسمی او با بروز پیامدهای بد به خطر می‌افتد و احتمال انجام رفتارهایی که سلامت وی را در بارداری به خطر می‌اندازد مانند سیگار کشیدن، تغذیه نامناسب، و مراجعات نامنظم جهت دریافت مراقبت‌های بارداری (۲۷ و ۲۸). بعلاوه عقیده بر این است که که سایر ابعاد خشونت نظیر فیزیکی، جنسی و اقتصادی در اکثر موارد پس از به حداکثر رسیدن خشونت روانی حادث می‌شود (۱۴، ۲۶، ۲۷) بنابراین مادرانی که در معرض سایر خشونت‌ها هستند فشار روحی و روانی ناشی از

مسئولین را در توجه به این امر می‌طلبد. همچنین با توجه به اینکه هرگونه تغییر در میزان خشونت خانگی مستلزم تغییر رفتار زوجین و به خصوص تغییر رفتار در مردان است؛ لذا فراگیری مهارت‌های زناشویی و همچنین مهارت‌های زندگی در دوران نوجوانی و در دبیرستان پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی غربالگری مادران باردار از این جنبه نیز در مراکز بهداشتی و درمانی نیز توصیه می‌گردد تا با شناسایی موارد و مشاوره لازم اثرات این پدیده کمتر شود.

منابع

1. Jahanfar S and Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. *Journal of Family Violence* 2007; 22(8): 643-648.
2. Salari Z and Nakhaee N. Identifying types of domestic violence and its associated risk factors in a pregnant population in Kerman hospitals, Iran Republic. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2008; 20(1): 49-55.
3. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica* 2005; 43(2): p. 115-122.
4. Faramarzi M, Esmailzadeh S, and Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11(5-6): 870-878.
5. Salehi S. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrkord. *Research Journal of Biological Sciences* 2003. 25(2)20-31.
6. Agae S. and Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Archives*

توهین و توهین، تحقیر و ترس از اعمال آزار و اذیت بدتری را تجربه می‌کنند و لذا یکی از پیامدهای خشونت‌های فیزیکی و جنسی اختلالات روانی می‌باشد (۲۸).

همچنین شیوع کلی خشونت جنسی ۲۱ درصد با فاصله اطمینان ۹۵ درصد ۱۶-۲۳ به دست آمده. برای شاخص ترکیبی خشونت جنسی مقدار $Q=618$ با درجه آزادی ۱۴ و $P\text{-value}=0/001$ به دست آمده است. بعلاوه $T^2=0/580$ و $I^2=0/97$ به دست آمده است که نشان می‌دهد که حدود ۹۷ درصد از کل واریانس مشاهده شده مربوط به خشونت روانی در بین مطالعات مربوط به واریانس واقعی بین مطالعات می‌باشد.

ماز (Mazze) و همکاران در مطالعه خود شیوع خشونت جنسی را ۴۲/۳ درصد بیان می‌کند که این خشونت شامل تماس‌های جنسی و آزار از قبیل تهدیدها و الفاظ و اهانت‌هایی می‌باشد که معانی جنسی داشتند. کمپل (Campell) شیوع خشونت جنسی را در زنان باردار ۹/۵ درصد گزارش کرده است (۱،۱۸،۲۹). مطالعات قبلی به ارتباط بین خشونت جنسی و بروز برخی از پیامدهای بارداری اشاره نموده‌اند که یکی از این پیامدها انتقال بیماری‌های منتقله از راه جنسی مانند سوزاک و ایدز می‌باشد که این مسئله در کشور ایران به دلیل اعتقادات مذهبی و پایبند بودن زنان و مردان به روابط جنسی سالم با همسران نمیتواند قابل قبول باشد (۳۱،۳۰،۲۹).

شیوع‌های مختلف در مطالعات و ناهمگنی در میزان شیوع می‌تواند ناشی از ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در مطالعات، درک مادران از خشونت و تعریف آن، محیط‌های متفاوت فرهنگی و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند و یا عدم گزارش‌دهی باشد که توجه‌کننده ناهمگنی بین شیوع برآورد شده از مطالعات است.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر شیوع خشونت خانگی و ابعاد آن در دوران بارداری نسبت به سایر مناطق بالاتر می‌باشد که با توجه به تاثیرات مخرب آن توجه بیشتر خانواده‌ها،

15. Vameghi M, Feizzadeh A, Mirabzadeh A, Feizzadeh G. Exposure to domestic violence between parents: a perspective from Tehran, Iran. *Journal of interpersonal violence* 2009; 17(3): 21-52.
16. Mousavi S, Eshagian A. Wife abuse in Esfahan, Islamic republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005;11(5):860-869.
17. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. Backgrounds and effects of domestic violence against women referred to law-medicine center of Babol, Iran. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2004; 7(4):67-75. (Persian)
18. Pournaghash-Tehrani S. Domestic violence in Iran: A literature review. *Aggression and Violent Behavior* 2011; 16(1):1-5.
19. Ghasemi S, Reshadat S, Rajabi N, Salimi Y, Norouzi M. The Relationship between Rural Women's Health-related Quality of Life and Domestic Violence. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2014; 2(3): 10-20.
20. Khosravi R, Raghibi M, Nikmanesh Z. Investigating the relationship of women's being exposed to violence and their psychological traits in Zahedan. *Biannual Journal of Applied Counseling* 2012;2(1):35-48
21. Golchin N, Hamzehgardeshi Z, Ahoodashti MS. Socio-demographic characteristics of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(4): 3-16.
22. Nojomi M, Akrami Z. Physical violence prevalence in pregnant women and effects on maternal, birth outcomes. *World Congress on Gynecology and Obstetrics*. Santiago, Chile; 2003.
- of Iranian Medicine 2007; 10(3): 309-315.
7. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morow M. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence and Victims* 2010; 25(1): 116-127.
8. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2007; 11(4): p. 32-41. (Persian)
9. Mohammadhosseini E, Sahraean L, Bahrami T. Domestic abuse before, during and after pregnancy in Jahrom. *Acta Medica Iranica* 2010; 3(1): 17-22.
10. Khodakarami Naji H, Dashti M, Yazdjerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2009; 5(3):32-41. (Persian)
11. Akrami MNZ. Prevalence of physical violence against pregnant women and effects on maternal and birth outcomes. *Acta Medica Iranica* 2006; 44(2): 95-100.
12. Taghavi S, Alizadeh M, and Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. *Research Journal of Biological Sciences* 2008; 3(1): 128-131.
13. Abbaszade A, Safizade H. Violence during pregnancy and postpartum depression. *International of Nursing Practice* 2001;2(2):12-22.
14. Shamsi M and Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2011; 13(4): 67-75. (Persian)

- Ahvaz University of Medical Sciences, 2009; 13(4): 261-9. (Persian)
28. Dolatian M, Hesami K, Shams J. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. Iranian Red Crescent Medical Journal 2010; 12(4): 377-383.
29. Khosravi F, Hasheminasab L, Abdelahi 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)
30. Hassan M. Domestic violence: prevalence during pregnancy and association maternal outcomes. Urmia Medical Journal 2014; 24(11): 894-903. (Persian)
31. Drodgar Z. The relationship between domestic violence and pregnancy outcomes in women admitted to the gynecology ward of Shohada Hospital Ghaen in 2013, MD Thesis, School of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; 2013. (Persian)
23. Baheri B, Ziaie M, Mohammadi S. Frequency of Domestic Violence in Women with Adverse Pregnancy Outcomes (Karaj 2007-2008). Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty, 2009; 20(1): 31-41. (Persian)
24. Sattarzadeh N, Khodaei R. Physical violence against pregnant women: risk factors and its relation to some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospitals in 1386. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences 2007; 5(4): 29-44. (Persian)
25. Shakerinezhad M. Domestic Violence and Related Factors in Pregnant Women. The scientific Journal of Zanjan university of medical sciences, 2013; 21(89):117-126. (Persian)
26. Jafarnezhad F, Moghadam V, Soltanifar A. Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty, 2009; 18(1): 22-31. (Persian)
27. Dolatian M, Gharachedaghy M, Ahmadi M. Relationship between intimate partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. Journal of

Cite this article as:

Niazi M, Kassani A, Menati R, Khammarnia M. The Prevalence of Domestic Violence among Pregnant Women in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Sadra Med Sci J 2015; 3(2): 139-150.