

مقایسه خشونت خانگی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار در دو جمعیت شهری و روستایی شهرستان زرنند در سال ۱۳۹۳

مریم علی کمالی^۱، فاطمه رحیمی کیان^{۲*}، ماندانا میر محمد علی^۳، عباس مهران^۴، الهام شفیعی^۱
دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛
دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: خشونت خانگی یکی از مشکلات فرهنگی و بهداشتی جامعه است که شیوع آن در جوامع مختلف، متفاوت می باشد که به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم بر پیامدهای بارداری اثرگذار است. هدف از این مطالعه، مقایسه خشونت خانگی در زنان باردار در دو جمعیت شهری و روستایی و برخی عوامل مرتبط با آن در شهرستان زرنند است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان زرنند در سال ۱۳۹۳، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات به کمک پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه مقیاس شیوه های برخورد در اختلافات زناشویی (CTS-2) جمع آوری و با آزمون های آماری تی مستقل، کروسکال وایس و فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در زنان باردار شهری و روستایی میانگین نمره خشونت جسمانی به ترتیب $1/82 \pm 2/86$ و $1/00 \pm 1/60$ ، خشونت روانی $2/93 \pm 1/61$ و $2/04 \pm 1/46$ ، خشونت جنسی $3/87 \pm 2/94$ و $1/99 \pm 2/89$ و خشونت منجر به صدمه $1/43 \pm 1/89$ و $2/29 \pm 2/36$ بود. تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه زنان باردار شهری و روستایی از نظر خشونت جسمانی، روانی و جنسی مشاهده شد ($P < 0/01$)؛ ولی از نظر خشونت منجر به صدمه بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. رابطه معنی دار بین سن، سن همسر، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی، اعتیاد همسر، تعداد حاملگی و فرزندان، طول مدت ازدواج، با انواع خشونت خانگی وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر میزان بالای خشونت، انجام غربالگری خشونت در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی توصیه می شود.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، بارداری، عوامل خطر، روستا، شهر.

مقدمه:

زنان، در خشونت علیه زنان تحت شعاع قرار می گیرند (۴). مطالعات انجام شده در جوامع مختلف شیوع خشونت فیزیکی در بارداری را بین ۰/۹ تا ۲۱ درصد گزارش نموده اند (۵). این رقم بیانگر آن است که شیوع خشونت خانگی در طول بارداری نسبت به سایر مشکلات شایع بارداری نظیر پره اکلامپسی و دیابت بیشتر می باشد. در ایران میانگین خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است (۶).

خشونت عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار آزاردهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود و شامل سوء استفاده جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می باشد (۱). خشونت علیه زنان از مشکلات بهداشت عمومی و حقوق بشر است که در سراسر جهان رخ می دهد (۲، ۳). طیف گسترده ای از مراحل گوناگون زندگی و از جمله دوران بارداری

زنان در خانواده و جامعه ممکن است به عنوان یک کاتالیزور برای خشونت عمل کند همچنین زندگی کردن در روستا، تحصیلات پایین، زندگی در خانواده فقیر و عدم اشتغال پیش‌بینی کننده‌های قدرتمند خشونت فیزیکی علیه زنان می‌باشد (۱۶). تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی بین مردمی که در مناطق شهری و روستایی زندگی می‌کنند وجود دارد که ممکن است منجر به الگوهای رفتاری متفاوت در این تنظیمات شود؛ بنابراین اطلاعات جامع‌تری در مورد طبیعت و انواع خشونت تجربه شده توسط زنان مورد نیاز است که بتواند برنامه‌های بهداشت عمومی با هدف راهنمایی در جلوگیری از خشونت علیه زنان در بخش شهری و روستایی شود (۲). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی-اقتصادی، در جوامع شهری و روستایی و ارتباط آن‌ها با مسئله خشونت خانگی و با در نظر گرفتن اهمیت خشونت در ارتباط با سلامت زنان به خصوص زنان باردار و به دلیل کمبود اطلاعات دقیق در این زمینه و با توجه به اینکه شناسایی زودرس خشونت خانگی، درک رابطه آن با پیامدهای مادری و جنینی و مداخله جهت پیشگیری از آن می‌تواند کاربردهای مهم بالینی در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی داشته باشد و نیز با توجه به اینکه مطالعات مبنی بر شواهدی که زنان روستایی خشونت را تجربه کرده‌اند کمیاب است، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای به منظور مقایسه خشونت خانگی زنان باردار در دو جمعیت شهری و روستایی و برخی عوامل مرتبط را انجام دهیم.

روش بررسی:

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش ما را کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان زرند تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان باردار ۱۵-۴۹ ساله، عدم سابقه نازایی، در قید حیات بودن همسر، عدم مصرف داروهای آرامبخش و ضد اضطراب، عدم وجود بیماری روانی شناخته شده و عدم اعتیاد به مواد مخدر

حاملگی به تهای فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌نماید و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر همچون خشونت می‌تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود و این عوارض به نوبه خود موجب افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان خواهد شد (۷). خشونت در بارداری با افزایش وزن نامناسب، وزن کم هنگام تولد، سقط، زایمان زودرس، دکولمان، لیبر کاذب، پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان سزارین، آپگار پایین نوزاد، آمنی، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگی و خودکشی در ارتباط است (۷-۱۸). هر چند پاره‌ای از آن‌ها نیز وجود هر گونه رابطه‌ای را بین خشونت خانگی و نتیجه بارداری انکار نموده‌اند (۵). شیوع خشونت در دوران بارداری با عواملی نظیر زندگی شهرنشینی، نداشتن منبع درآمد مستقل (۱۹)، سطح تحصیلات پایین زن و همسر، شغل همسر، سن ازدواج، دوری از خانواده، انزوای اجتماعی، کمبود ارتباط با دوستان و خانواده (۲۰)، اعتیاد (۲۱)، سابقه اختلال روانی و تجربه خشونت در کودکی، حاملگی بیش از ۶ بار، تعداد ۴ یا بیشتر فرزند دختر و تحت فشار بودن برای بدنی آوردن فرزند پسر، در ارتباط است (۲۲). بررسی‌ها نشان داده‌اند که اکثر زنان روستایی به دلایل متعدد چون خجالت و ترس شرایط خشونت‌آمیز زندگی و کتک خوردن از شوهر را بروز نمی‌دهند و اغلب آنان خشونت شوهر را طبیعی تصور می‌کنند و عده‌ای معتقدند کسی حرف آن‌ها را باور نمی‌کند. مردانی که همسر خود را کتک می‌زنند عموماً در رفتار اجتماعی ناسازگار هستند. اغلب این مردها از نظر تحصیلات و درآمد و پایگاه شغلی در سطح پایینی هستند و اعتماد به نفس کمی دارند و اغلب نه تنها نسبت به زن بلکه نسبت به دیگران من جمله فرزندان خود نیز خشونت می‌ورزند. Prubhet (۲۳) و همکارانش در سال ۲۰۱۱ در مطالعه‌ای تحت عنوان خشونت علیه زنان جوان روستای نپال به این نتیجه رسیدند که خشونت علیه زنان جوان در روستای نپال، فرهنگ نپال، الگوهای اجتماعی و دینی، وضعیت پایین

پرسشگران مورد مصاحبه حضوری قرار گرفتند. سپس توسط خود محقق، مورد مصاحبه حضوری مجدد قرار گرفتند و پاسخ های مذکور با هم از طریق آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد ارزیابی قرار گرفت و اختلاف معنی داری در پاسخ دهی مراجعه کنندگان دیده نشد $r=0/90$ (پایایی ارزیابی)؛ سپس وارد مراکز بهداشتی درمانی منتخب شده و با مصاحبه اولیه که شامل معرفی خود، برقراری ارتباط صمیمی و ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش در محیطی تقریباً خلوت و آرام که به آن ها اطمینان داده شد که نتایج به هیچ شخص یا سازمان دیگری بدون اجازه آن ها ارائه نخواهد گردید و نتایج مصاحبه محرمانه می باشد، پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه ها، توسط پژوهشگر و همکاران آموزش تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده در نرم افزار SPSS ثبت و با آزمون های آماری تی مستقل، کروسکال والیس و فریدمن (با توجه به عدم نرمال بودن توزیع متغیرها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. $P < 0/05$ سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این پژوهش ۴۰۰ خانم باردار ۱۵-۴۹ ساله شرکت نمودند. میانگین سنی زنان باردار شهری $28/2 \pm 5/37$ و روستایی $27/05 \pm 5/4$ سال بود. میانگین سنی همسر زنان باردار شهری $31/3 \pm 5/7$ و روستایی $30/7 \pm 5/2$ سال بود. اکثر زنان باردار شهری ($53/5$ درصد) و روستایی (47 درصد) دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم بودند. همسر اکثر زنان باردار شهری ($57/5$ درصد) دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم و همسر اکثر زنان باردار روستایی ($57/5$ درصد) تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. اکثر زنان در دو گروه شهری ($89/5$ درصد) و روستایی ($95/5$ درصد) خانه دار بودند. همسر اکثر زنان در دو گروه شهری ($46/5$ درصد) و روستایی (42 درصد) شغل آزاد داشتند. اکثر زنان در دو گروه شهری (66 درصد) و روستایی (72 درصد) دارای وضعیت اقتصادی تا حدی

بود. تعداد نمونه ها با بررسی شیوع همسرآزاری در مطالعات مشابه دیگر با $P=50$ درصد، $0/05 =$ درصد، ۴۰۰ نفر تعیین شد. روش نمونه گیری در این مطالعه یک مرحله ای می باشد. ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی و درمانی منطقه مورد مطالعه تهیه گردید و سپس بر اساس آمار موجود جمعیت واجد شرایط هر مرکز را مرتب سازی کرده، با توجه به اینکه در جمعیت مورد مطالعه ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۸ مرکز روستایی قرار داشت و جمعیت هر دو منطقه شهری و روستایی تقریباً یکسان بود؛ لذا دو مرکز شهری و دو مرکز روستایی که دارای جمعیت تحت پوشش بیشتری بودند انتخاب گردید و در هر مرکز از بین زنان باردار ۱۰۰ نفر بر حسب معیارهای ورود به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به وسیله پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه مقیاس شیوه های برخورد در اختلافات زناشویی (Conflict Tactics Scales= CTS-2) مورد بررسی قرار گرفتند. CTS-2 استفاده شده در این پژوهش نسخه اعتبار سنجی شده توسط بهبودی مقدم (۱۳۸۹) می باشد که شامل ۳۶ سوال بوده و فقط زنان را از نظر خشونت های فیزیکی، کلامی، جنسی، عاطفی مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای سوالاتی در مورد خشونت منجر به آسیب و صدمه ناشی از خشونت جسمی یا فیزیکی را می سنجد. در این پرسشنامه برای بررسی مقیاس خشونت جنسی از ۴ سوال، خشونت کلامی ۶ سوال، خشونت فیزیکی ۱۲ سوال، خشونت روانی ۸ سوال و خشونت آسیب زا منجر به صدمه ۶ سوال استفاده شده است. قبل از ورود به محیط پژوهش به منظور کسب مهارت در تکمیل پرسشنامه از واحدهای پژوهش، یک جلسه آموزشی توجیهی برای ۳ نفر از کارشناسان مامایی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به عنوان پرسشگر به صورت مصاحبه، برگزار شد. به منظور پایایی پرسشگران، قبل از ورود به جامعه مورد نظر، ۱۰ نفر از زنان دارای معیار های ورود مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری و روستایی که خارج از مطالعه قرار داشتند توسط

فیزیکی بیشتری را تجربه کرده بودند. نتایج مقایسه سطح خشونت جنسی بوسیله آماره ناپارامتریک کروسکال والیس در جامعه روستایی و شهری برحسب سن سطح سواد و سطح سواد همسر، طول مدت ازدواج و اعتیاد بیانگر تفاوت بین گروه ها در این مؤلفه از خشونت بود ($P < 0/05$). نتایج آزمون فریدمن نشان داد که سطح خشونت جنسی در زنان شهری با تحصیلات ابتدایی تا دانشگاهی و افرادی که همسرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند و طول مدت ازدواج آن ها ۱۰ تا ۱۵ سال بود، بیشتر بود. همچنین در زنان روستایی سطح خشونت جنسی در زنانی که اعتیاد نداشتند بیشتر بود (جدول شماره ۲). نتایج مقایسه سطح خشونت روانی بوسیله آزمون کروسکال والیس در جامعه روستایی و شهری برحسب سن همسر، تحصیلات زوجین همسر، تعداد حاملگی و طول مدت ازدواج بیانگر تفاوت بین گروه ها در این مؤلفه از خشونت بود ($P < 0/05$). بر طبق نتایج آزمون فریدمن سطح خشونت روانی در زنان روستایی که همسرشان ۳۰ تا ۵۰ ساله، زنانی که ۱۰ تا ۱۵ سال از زمان ازدواجشان می گذشت سطح خشونت روانی بیشتر بود. همچنین در زنان با دار شهری که همسرانشان بی سواد بودند و ۴ تا ۵ حاملگی داشتند سطح خشونت روانی بیشتر بود. همچنین زنان باردار شهری و روستایی که بی سواد بودند خشونت روانی بیشتری را تجربه کرده بودند که این مسئله خود اهمیت تحصیلات را خصوصاً در زنان نشان می دهد (جدول شماره ۲). نتایج مقایسه سطح خشونت منجر به صدمه بوسیله آزمون کروسکال والیس در جامعه روستایی و شهری برحسب طول مدت ازدواج بیانگر تفاوت بین گروه ها در این مؤلفه از خشونت بود، نتایج آزمون فریدمن نشان دهنده آن بود سطح خشونت منجر به صدمه در افرادی که ۱۰ تا ۱۵ سال از مدت ازدواجشان گذشته بود در جامعه روستایی بیشتر بود (جدول شماره ۲).

مطلوب بودند. همسر اکثر زنان در دو گروه شهری (۷۸ درصد) و روستایی (۸۷ درصد) اعتیاد نداشتند. میانگین خشونت های خانگی جسمانی، روانی، جنسی و منجر به صدمه در زنان باردار شهری به ترتیب $1/82 \pm 2/86$ ، $2/93 \pm 1/61$ ، $3/87 \pm 2/94$ و $1/43 \pm 1/89$ و در زنان باردار روستایی نیز به ترتیب $1/00 \pm 1/60$ ، $2/04 \pm 1/46$ ، $1/99 \pm 2/89$ و $2/29 \pm 2/36$ بود. آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنی داری را از نظر خشونت های جسمانی، روانی و جنسی و منجر به صدمه در بین دو گروه زنان باردار شهری و روستایی نشان داد ($P < 0/01$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه انواع خشونت خانگی در

زنان باردار روستایی و شهری

خشونت	شهری	روستایی	*P
فیزیکی	$1/82 \pm 2/86$	$1/00 \pm 1/60$	($P < 0/01$)
روانی	$2/93 \pm 1/61$	$2/04 \pm 1/46$	($P < 0/01$)
جنسی	$3/87 \pm 2/94$	$1/99 \pm 2/89$	($P < 0/01$)
منجر به صدمه	$1/43 \pm 1/89$	$2/29 \pm 2/36$	($P < 0/01$)

$P < 0/05$ داده ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار می باشد.

نتایج مقایسه سطح خشونت فیزیکی بوسیله آماره ناپارامتریک کروسکال والیس در جامعه روستایی و شهری برحسب سن، تعداد حاملگی و اولاد، سطح سواد همسر، وضعیت اقتصادی و اعتیاد همسر بیانگر تفاوت بین گروه ها در این مؤلفه از خشونت بود ($P < 0/05$). نتایج آزمون فریدمن نشان داد که سطح خشونت فیزیکی در افراد ۴۰-۴۹ سال در جامعه روستایی بیشتر است. همچنین در زنان شهری که همسر بی سواد داشتند، سطح خشونت فیزیکی بیشتر بود. نتایج آزمون فریدمن نشان دهنده آن بود که زنان روستایی که از نظر اقتصادی در وضعیت مطلوب و نامطلوب قرار داشتند، همسران معتاد داشتند، تجربه ۰ تا ۳ حاملگی و تعداد ۰ تا ۱ فرزند داشتند، خشونت

جدول شماره ۲: میزان مواجهه با انواع خشونت خانگی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی در زنان باردار شهری و روستایی

عوامل	نوع خشونت		فیزیکی		جنسی		روانی		منجر به صدمه	
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی
سن (سال)	۲/۶۶±۱/۱۳	۲/۶۶±۱/۱۳	۲/۳۳±۱/۱۱	۲/۵۱±۱/۸۱	۲/۷۵±۱/۴۸	۲/۵۱±۱/۸۱	۲/۴۷±۱/۶۴	۲/۷۵±۱/۴۸	۰/۷۴±۰/۳۸	-
۲۰-۳۰	۲/۸۷±۱/۹۵	۱/۵۴±۱/۱۸	۲/۱۲±۱/۳۶	۲/۲۲±۱/۵۲	۲/۰۹±۱/۳۵	۲/۲۲±۱/۵۲	۲/۵۷±۱/۷۰	۲/۰۹±۱/۳۵	۰/۶۳±۰/۲۶	۰/۶۵±۰/۲۰
۳۰-۴۰	۲/۸۶±۱/۶۵	۱/۵۹±۱/۰۲	۲/۵۸±۱/۴۱	۲/۴۱±۱/۱۶	۱/۸۰±۱/۳۱	۲/۴۱±۱/۱۶	۲/۳۷±۱/۳۹	۱/۸۰±۱/۳۱	۰/۸۵±۰/۳۵	۰/۵۱±۰/۱۰
۴۰-۴۹	۲/۵۲±۱/۷۶	۲/۸۸±۱/۳۶*	۲/۴۴±۲/۱۱	۱/۹۴±۱/۷۱	۲/۵۰±۰/۷۱	۱/۹۴±۱/۷۱	۱/۷۵±۰/۹۶	۲/۵۰±۰/۷۱	-	۱/۵۰±۰/۷۵
سن همسر (سال)	۱/۴۳±۰/۹۲	-	۲/۱۵±۱/۳۹	۲/۴۵±۱/۶۳	۲/۱۵±۱/۳۹	۲/۴۵±۱/۶۳	۳/۲۶±۱/۶۸	۲/۱۵±۱/۳۹	۰/۴۵±۰/۲۱	۰/۷۵±۰/۵۹
۲۰-۳۰	۱/۸۷±۱/۱۱	۲/۷۵±۱/۷۲	۱/۹۴±۱/۲۶	۲/۵۶±۱/۶۰	۱/۹۴±۱/۲۶	۲/۵۶±۱/۶۰	۱/۹۴±۱/۲۶	۱/۹۴±۱/۲۶	۳/۳۲±۱/۸۵*	۰/۴۶±۰/۱۶
۳۰-۴۰	۱/۸۲±۱/۰۳	۳/۰۰±۱/۹۹	۱/۹۲±۱/۴۹	۲/۴۰±۱/۵۴	۱/۹۲±۱/۴۹	۲/۴۰±۱/۵۴	۱/۹۲±۱/۴۹	۱/۹۲±۱/۴۹	۴/۵۰±۲/۵۱*	۰/۷۴±۰/۴۱
۴۰-۵۰	-	-	۴±۲/۱۹	۴/۰۲±۰/۱۲	-	۴/۰۲±۰/۱۲	-	-	۴/۳۶±۰/۴۴*	۰/۵۱±۰/۳۵
سطح سواد	بی سواد	-	۲/۰۸±۱/۴۳	۲/۹۰±۱/۹۵	۳/۷۲±۲/۲۱	۲/۹۰±۱/۹۵	۲/۶۲±۱/۴۸	۲/۳۸±۱/۲۴	۰/۷۱±۰/۴۵	۰/۹۸±۰/۳۵
ابتدایی و راهنمایی	۱/۶۵±۰/۹۸	۲/۹۲±۱/۸۸	۲/۴۴±۱/۶۸	۲/۹۲±۱/۸۸	۴/۲۴±۱/۶۸*	۲/۹۲±۱/۸۸	۲/۵۹±۱/۸۷	۱/۹۹±۱/۴۸	۰/۲۶±۰/۱۳	۰/۹۸±۰/۳۹
متوسطه و دیپلم	۱/۳۵±۰/۷۵	۲/۳۹±۱/۱۳	۳/۳۳±۱/۱۱	۲/۴۳±۱/۴۴	۲/۰۱±۱/۱۸	۲/۴۳±۱/۴۴	۲/۵۲±۱/۲۹	۲/۰۱±۱/۱۸	-	-
دانشگاهی	بی سواد	۴/۳۳±۱/۰۴*	۳/۰۰±۲/۶۴	۳/۵۰±۳/۳۶	۳/۵۰±۳/۳۶	۳/۵۰±۳/۳۶	۳/۲۵±۲/۳۸*	۳/۵۰±۳/۳۸*	۰/۸۳±۰/۵۶	۱/۳۰±۰/۸۳
سطح سواد همسر	بی سواد	۳/۳۲±۲/۲۴	۳/۳۳±۲/۲۱	۲/۴۸±۲/۱۲	۲/۳۲±۱/۰۶	۲/۳۲±۱/۰۶	۲/۳۲±۱/۰۶	۲/۳۲±۱/۰۶	۱/۳۳±۰/۸۶	۰/۳۹±۰/۱۱
ابتدایی و راهنمایی	متوسطه و دیپلم	۳/۴۴±۱/۹۶	۲/۹۱±۱/۸۰	۲/۵۴±۱/۵۹	۲/۲۵±۰/۰۴	۲/۲۵±۰/۰۴	۲/۲۷±۱/۱۸	۲/۸۲±۱/۷۱	۰/۹۳±۰/۶۳	۰/۳۹±۰/۱۳
دانشگاهی	مطلوب	۲/۱۹±۱/۳۸	۱/۵۳±۱/۳۰	۳/۳۸±۲/۲۶	۲/۳۱±۲/۲۴	۲/۳۱±۲/۲۴	۲/۳۱±۲/۲۴	۲/۳۱±۲/۲۴	۱/۶۲±۰/۲۷	۰/۸۸±۰/۴۰
وضعیت اقتصادی	مطلوب	۲/۲۴±۱/۶۰	۳/۷۰±۳/۰۸	۲/۰۸±۱/۰۵	۲/۹۲±۱/۹۲	۲/۹۲±۱/۹۲	۲/۰۸±۱/۳۲	۱/۹۱±۱/۴۲	۰/۴۴±۰/۱۱	۰/۶۸±۰/۲۹
تا حدی مطلوب	نامطلوب	۲/۷۵±۱/۸۳	۲/۱۲±۱/۱۳	۲/۴۲±۱/۶۳	۲/۵۳±۱/۵۷	۲/۵۳±۱/۵۷	۲/۵۷±۱/۵۶	۲/۵۳±۱/۵۷	۰/۳۵±۰/۱۳	۰/۹۴±۰/۴۵
اعتیاد همسر	دارد	۳/۴۷±۱/۸۷	۴/۱۷±۱/۰۹*	۱/۸۴±۱/۴۴	۱/۹۲±۱/۹۱	۱/۹۲±۱/۹۱	۱/۸۲±۱/۸۰	۱/۹۱±۰/۷۸	۰/۴۰±۰/۱۲	۰/۷۴±۰/۵۴
ندارد	ندارد	۳/۱۶±۲/۲۸	۳/۷۶±۱/۹۲*	۲/۸۸±۱/۷۰	۱/۶۵±۰/۴۶	۱/۶۵±۰/۴۶	۱/۸۹±۱/۸۲	۱/۷۵±۱/۷۱	۰/۵۷±۰/۳۱	۰/۸۶±۰/۴۱
تعداد حاملگی	تعداد اولاد	۲/۸۳±۲/۰۲	۳/۳۴±۱/۹۰*	۱/۸۶±۱/۱۹	۲/۶۳±۱/۲۶*	۲/۶۳±۱/۲۶*	۱/۴۸±۱/۱۳	۱/۹۳±۱/۸۱	۰/۴۸±۰/۱۳	۱/۱۱±۰/۱۷
۰-۱	۲-۳	۳/۲۵±۳/۱۴	۳/۱۵±۱/۹۸*	۲/۹۷±۱/۸۸	۳/۱۵±۱/۸۵	۳/۱۵±۱/۸۵	۱/۷۵±۱/۷۰	۱/۹۹±۱/۶۱	۰/۴۵±۰/۱۳	۰/۴۵±۰/۱۶
۲-۳	۴-۵	۲/۸۷±۲/۲۹	۳/۴۲±۱/۹۱*	۲/۸۴±۱/۷۹	۲/۳۰±۱/۵۸	۲/۳۰±۱/۵۸	۱/۵۰±۱/۰۲	۱/۷۵±۱/۲۲	۰/۳۰±۰/۰۸	۰/۸۴±۰/۷۸
تعداد اولاد	تعداد اولاد	۳/۶۱±۲/۰۹	۳/۹۱±۱/۸۹	۳/۱۵±۱/۸۵	۱/۷۱±۱/۶۸	۱/۷۱±۱/۶۸	۲/۵۹±۱/۸۲*	۱/۷۱±۱/۶۸	۰/۶۹±۰/۲۲	۰/۳۰±۰/۰۸
۰-۱	۲-۳	۲/۹۷±۲/۱۲	۳/۰۱±۱/۸۵*	۱/۷۴±۱/۶۲	۲/۰۸±۱/۰۵	۲/۰۸±۱/۰۵	۱/۷۵±۱/۷۱	۱/۹۱±۱/۴۲	۰/۵۵±۰/۱۵	۰/۹۰±۰/۴۴
طول مدت ازدواج (سال)	<۵	۲/۸۲±۲/۲۵	۱/۹۶±۰/۹۷	۱/۲۴±۰/۷۴	۲/۵۳±۱/۶۱	۲/۵۳±۱/۶۱	۱/۶۷±۰/۸۸	۲/۱۴±۱/۴۸	۰/۶۲±۰/۲۵	۰/۴۲±۰/۱۱
۵-۱۰	>۵	۲/۹۵±۲/۰۳	۲/۶۶±۱/۶۳	۲/۵۸±۱/۸۳	۱/۷۱±۱/۰۳	۱/۷۱±۱/۰۳	۲/۵۱±۱/۳۸	۲/۱۹±۱/۳۲	۰/۴۲±۰/۱۲	۱/۲۱±۰/۱۲
۱۰-۱۵	۱۰-۱۵	۲/۶۹±۱/۹۳	۳/۲۰±۲/۵۰	۲/۴۷±۱/۳۸	۱/۲۹±۱/۱۳	۱/۲۹±۱/۱۳	۱/۸۸±۱/۴۹	۱/۸۸±۱/۴۹	۰/۳۱±۰/۰۷	۱/۲۴±۰/۳۸
۱۵-۲۰	۱۵-۲۰	۲/۷۵±۱/۷۱	۲/۷۸±۱/۵۲	۳/۴۰±۱/۹۸*	۱/۸۲±۱/۳۳	۱/۸۲±۱/۳۳	۱/۸۵±۱/۶۷	۱/۸۵±۱/۶۷	۲/۵۶±۰/۱۷*	*۱/۸۵±۰/۹۸
										۱/۳۲±۰/۷۵

* $P < 0/05$ بر اساس آزمون فریدمن نسبت به شهری و یا روستایی؛ داده ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار می باشد؛ - فاقد زیر گروه در طبقه بندی براساس متغیر جمعیت شناختی.

بحث:

این مطالعه نشان داد، میانگین خشونت فیزیکی، جنسی و روانی در زنان باردار شهری و روستایی اختلاف معنی داری دارد و زنان روستایی در معرض خشونت فیزیکی، روانی و جنسی بیشتری قرار دارند. میانگین خشونت منجر به صدمه در زنان شهری کمتر از روستایی بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. Gaikwar و همکارانش در سال ۲۰۱۱ در منطقه روستایی، شیوع خشونت خانگی را ۶۲/۵۷ درصد

این مطالعه نشان داد، میانگین خشونت فیزیکی، جنسی و روانی در زنان باردار شهری و روستایی اختلاف معنی داری دارد و زنان روستایی در معرض خشونت فیزیکی، روانی و جنسی بیشتری قرار دارند. میانگین خشونت منجر به صدمه در زنان شهری کمتر از روستایی بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. Gaikwar و همکارانش در سال ۲۰۱۱ در منطقه روستایی، شیوع خشونت خانگی را ۶۲/۵۷ درصد

گزارش کردند که ۸۱/۵۸ درصد سوءاستفاده کلامی، ۳۱/۵۸ درصد سوءاستفاده فیزیکی، (۲۷/۶) درصد سوءاستفاده روانی و ۱۰/۵۳ درصد زنان سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده بودند (۱۶). هاشمی‌نسب در سال ۱۳۸۵ شیوع خشونت فیزیکی خانگی بر علیه زنان باردار را ۸/۵ درصد گزارش کردند (۹). فرامرزی و همکاران در مطالعه در بین زنان باردار بابل، شیوع همسر آزاری را ۹/۱ درصد گزارش نمودند (۶). در مطالعه انجام شده توسط شاکری‌نژاد (۱۳۹۱)، میانگین رخداد کلی خشونت خانگی طی بارداری ۲۲/۷ درصد بوده است (۲۴). در مطالعه Hammoury و همکاران (۲۰۰۷)، ۶۸/۸ درصد زنان خشونت فیزیکی را گزارش کردند (۱۰). در مطالعه باهری و همکاران شیوع خشونت خانگی در گروهی که دچار پیامدهای نامطلوب بارداری شده بودند، ۳۰/۱ درصد بود؛ که شامل خشونت روانی، جنسی و فیزیکی بود. شیوع هر سه بعد خشونت در گروه با پیامد نامطلوب بارداری به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون پیامد نامطلوب بارداری بود (۲۵). در مطالعه شمسی و بیاتی شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی به ترتیب ۵۶ درصد، ۴۸ درصد، ۲۳ درصد، و ۱۱ درصد تعیین گردید (۲۶). در مطالعه اعتصامی‌پور در سال ۱۳۹۱ (۲۷) در شهر جهرم، مقدار خشونت خانگی اعمال شده در زنان روستایی به صورت معنی‌دار بیشتر از زنان شهری بود، در این مطالعه عزت نفس زنان شهری بیشتر از زنان روستایی بود. یافته‌های این پژوهش با مطالعه ما همسو می‌باشد. در مطالعه Balogun و همکاران در سال ۲۰۱۲، در دو منطقه شهری و روستایی، شیوع خشونت خانگی در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری (۷۰ درصد در مقابل ۶۴ درصد) بود. در زنان شهری خشونت جنسی بیشتری نسبت به زنان روستایی ۱۶/۴ درصد در برابر ۱۱/۶ درصد گزارش شده بود. زنان روستایی خشونت فیزیکی بیشتری (۲۸ درصد در مقابل ۱۴ درصد) را تجربه کرده بودند (۲۸). از نظر وقوع خشونت فیزیکی که در زنان روستایی بیشتر است، یافته‌های این پژوهش

با مطالعه ما همخوانی دارد؛ ولی از نظر شیوع خشونت جنسی، یافته‌های این پژوهش با مطالعه ما همخوانی ندارد و شیوع خشونت جنسی در مطالعه Balogun و همکاران در جمعیت شهری بیشتر بود. در زمینه شیوع خشونت خانگی نتایج متفاوتی گزارش شده است. این تنوع خشونت به تفاوت بین شرایط و جوامع مختلف، تفاوت روش تحقیق، روش‌های نمونه‌گیری و تفاوت‌های فرهنگی در تمایل پاسخگویان در افشای تجارب زناشویی‌شان مربوط می‌شود. در این پژوهش نیز علی‌رغم اینکه با در نظر گرفتن شرایط و موقعیت افراد و پس از جلب اعتماد آن‌ها مصاحبه به عمل می‌آمد؛ ولی با توجه به اینکه خشونت خانگی مربوط به مسائل خصوصی زندگی یک فرد است، تعدادی از واحدهای مورد پژوهش به دلایلی ممکن است وقوع خشونت را انکار نموده باشند. براساس نتایج این مطالعه، سطح خشونت فیزیکی در افراد ۴۹-۴۰ سال، وضعیت اقتصادی مطلوب و نامطلوب، اعتیاد همسر، تعداد حاملگی ۳-۰ و تعداد فرزند ۱-۰ در جامعه روستایی بیشتر است. همچنین در زنان شهری که همسر بی‌سواد داشتند، سطح خشونت فیزیکی بیشتر بود. سطح خشونت جنسی در زنان شهری در افراد با تحصیلات ابتدایی تا دانشگاهی، افرادی که همسرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند و طول مدت ازدواج آن‌ها ۱۰ تا ۱۵ سال بود، بیشتر بود. همچنین در زنان روستایی سطح خشونت جنسی در زنانی که همسرشان اعتیاد نداشتند بیشتر بود. در زنان روستایی که همسرشان ۳۰ تا ۵۰ ساله، زنانی که ۱۰ تا ۱۵ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشت سطح خشونت روانی بیشتر بود؛ همچنین در زنان بادر شهری که همسرانشان بی‌سواد بودند و ۴ تا ۵ حاملگی داشتند سطح خشونت روانی بیشتر بود. همچنین زنان باردار شهری و روستایی که بی‌سواد بودند خشونت روانی بیشتری را تجربه کرده بودند که این مسئله خود اهمیت تحصیلات را خصوصاً در زنان نشان می‌دهد. سطح خشونت منجر به صدمه در افرادی که ۱۰ تا ۱۵ سال از مدت ازدواجشان گذشته بود، سن ۴۹-۴۰ سال داشتند

مطالعه ما بین وضعیت اقتصادی و خشونت فیزیکی رابطه معنی‌دار وجود داشت؛ ولی در مطالعه نجومی (۳۳) بین سطح درآمد خانواده و خشونت فیزیکی رابطه معنی‌دار وجود نداشت که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه ما در تضاد بود؛ اما در مطالعه نجومی رابطه بین سطح درآمد خانواده و خشونت روانی و جنسی معنی‌دار بود که با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد. در مطالعات قبلی انجام شده در اردبیل، تهران و زنجان رابطه معنی‌داری بین خشونت علیه زنان و سطح درآمد خانواده بدست آمد (۳۶،۲۱،۱۲). بر اساس نتایج مطالعه ما وضعیت اقتصادی مطلوب و نامطلوب بر میزان خشونت تاثیر گذار است. در مطالعه Fawole و همکاران زنان دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین بیشتر در معرض خشونت بودند (۲۲). در مطالعه Naved و Persson در کشور بنگلادش، سواد کم شوهر و سطح اجتماعی پایین همراه با خشونت بیشتر بود (۳۷). در مطالعه صالحی میزان وقوع خشونت خانگی با سطح اقتصادی پایین، اعتیاد همسر ارتباط مستقیم داشت (۳۰). در مطالعه صابریان، تحصیلات پایین و مشکلات اقتصادی شوهر با خشونت خانگی همراه بوده است (۲۱). در مطالعه حسن و همکاران، بیشترین خشونت در افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب بوده است (۱۱). نتایج این مطالعات با مطالعه ما هم‌خوانی دارد. تناقضات در مطالعات مختلف و مطالعه ما نشان می‌دهد که عوامل مرتبط با بروز خشونت خانگی در جوامع و محیط‌های مختلف، تفاوت دارد و به عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است.

نتیجه گیری:

مطالعه حاضر نشان می‌دهد خشونت خانگی در دوران بارداری از مشکلات بسیار شایع در جمعیت شهری و روستایی به خصوص جمعیت روستایی و یکی از عوامل تهدید کننده سلامت مادر و نوزاد است. با توجه به شیوع بالای آن، آموزش کارکنان بهداشتی و درمانی به ویژه ماماها و به خصوص در مناطق روستایی در زمینه

در جامعه روستایی بیشتر بود. در مطالعات مختلف بین تجربه هر نوع خشونت با اعتیاد همسر رابطه معنادار گزارش شده است (۳۰،۲۹،۹)؛ که این مطالعات با مطالعه ما هم‌خوانی نداشت. بین سطح سواد همسران و خشونت فیزیکی، روانی و جنسی رابطه معنی‌دار وجود داشت. به طوری که مواجهه با خشونت با افزایش سطح سواد همسران کمتر می‌شد که این شاید ناشی از نقش مؤثر تحصیل در شناخت حقوق متقابل همسر و احترام به آن می‌باشد که این نتیجه با نتایج مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور سازگار می‌باشد (۳۲،۳۱،۱۵،۱۳،۹). در مطالعه خسروی و همکاران (۱۴) و همچنین Khosla و همکاران (۱۳)، بین همسرآزاری و تحصیلات همسران نمونه‌ها ارتباطی وجود نداشت که نتایج این مطالعات با مطالعه ما در تضاد است. در مطالعه نجومی و همکاران (۳۳) بین سن همسر و خشونت فیزیکی، روانی و جنسی رابطه معنی‌دار وجود داشت که بیشترین میزان خشونت را مردان ۳۰ تا ۴۰ ساله نسبت به زنان خود روا داشتند. این نتایج با مطالعه ما همسو ولی با مطالعات قبل هم‌خوانی نداشت (۳۴،۱۸). بر اساس نتایج مطالعه ما، با افزایش طول مدت ازدواج شیوع خشونت در دو منطقه شهری و روستایی افزایش نشان داد. در مطالعه نجومی و همکاران (۳۳) بین سن زن و خشونت فیزیکی و روانی رابطه معنی‌دار وجود داشت که مواجهه با خشونت فیزیکی و روانی به طور کلی با افزایش سن زن افزایش می‌یابد که این روند در مواجهه با خشونت فیزیکی خفیف و شدید نیز دیده می‌شود و گروه سنی کمتر از ۲۴ سال دارای کمترین میزان مواجهه بوده که این احتمالاً ناشی از مدت بیشتر زندگی مشترک است که ریسک مواجهه با خشونت را بالا می‌برد که این نتیجه با نتایج مطالعات انجام شده در تهران (۳۵) و مطالعات خارجی (۲) و همچنین نتایج مطالعه ما، هم‌خوانی دارد. در مطالعه ما نشان داده شد که مواجهه با خشونت به طور کلی با افزایش تعداد فرزند افزایش می‌یابد که این نتیجه با مطالعه اعظم زاده (۳۵) و نجومی (۳۳) هم‌خوانی دارد. در

غربالگری زنان باردار از نظر خشونت و ارجاع آنان تحت خشونت جهت مشاوره پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از حمایت‌های مادی و معنوی معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، همکاری کمک‌پژوهشگران، همکاری پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان زرنند و مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و آسیب‌پذیری بیشتر زنان باردار، پرسنل بهداشتی و درمانی جهت غربالگری و شناسایی زنان باردار قربانی خشونت خانگی اقدام نمایند و در صورت لزوم آن‌ها را به مراجع مربوط ارجاع نمایند.

منابع:

1. Bodaghabadi M. Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to Mobini hospital in Sabzevar, Iran. *Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 2007; 11(1): 71-6.
2. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011; 11: 109.
3. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses: World Health Organization; 2005.
4. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007; 7(1): 7-13.
5. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010; 13(4): 261-9.
6. 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): 115-22.
7. Kankyngham MD. Williams pregnancy and childbirth. Translated to Persian by: Bazazbanaei N. Tehran: Tymorzadh Pub: 2002.
8. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims*. 2002; 17(2): 169-85.
9. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2007; 11(4): 32-41.
10. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *European Journal of Public Health*. 2007; 17(6): 605-6.
11. Hasan M, Kashanian M, Rouhi M, Vijeh M, Hasan M. Domestic violence against pregnant women: prevalence and associated factor. *Quarterly Sociology of Women*. 2011; 1(4): 77-95.
12. Hemati R. Frequency of spouse abuse and its contributory factors in Islam Abad, Zanjan, 2003. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2004; 13(15): 36-43.
13. Khosla AH, Dua D, Devi L, Sud SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2005; 59(5): 195-199.
14. Khosravi F, Hasheminasab L, Abdollahi M. Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of Sanandaj hospitals. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2008; 19(1): 8-14.

15. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *The New England Journal of Medicine*. 1999; 341(25): 1892-8.
16. Prabhet Lamichhane P, Puri M, Tamang J, Dulal B. Women's status and violence against young married women in rural Nepal. *BMC Women's Health*. 2011; 11: 19.
17. Marandi A. *Globaling and women health*. Tehran: Saba. 2005; 16: 20-5
18. Mozami S. Criminology of domestic violence and violence against partner in Sistan and Balouchistan province. *Journal of Research among Women*. 2005; 2: 39-53.
19. Ezazi SH. [Family violence "batterab women". 1st ed. Tehran: Sali Pub; 2001.]Persian
20. Records K, Rice M. Childbearing experiences of abused Hispanic women. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2002; 47(2): 97-103.
21. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan (2003). *Koomesh*. 2005; 6(2): 115-22.
22. Fawole OI, Abass LW, Fawole AO. Prevalence of violence against pregnant women in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*. 2010; 39(4): 293-03.
23. Okour AM, Badarneh R. Spousal violence against pregnant women from a Bedouin community in Jordan. *Journal of Women's Health*. 2011; 20(12): 1853-9.
24. Shakeri Nejad M. Domestic violence and related factors in pregnant women. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences*. 2014; 21(89): 117-126.
25. Baheri B, Ziaie M, Zeighami Mohammadi SH. Frequency of domestic violence in women with adverse pregnancy outcomes (Karaj 2007-2008). *Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery*. 2012; 20(1): 31-8.
26. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011; 13(4): 67-75.
27. Etesamipour R. Comparison of spouse abuse, low self-esteem and sexual disorders in married women in city and village. *Journal of Research and Health*. 2012; 2(2): 191-9.
28. Balogun MO, Owoaje ET, Fawole OI. Intimate partner violence in southwestern Nigeria: are there rural-urban differences? *Women and health*. 2012; 52(7): 627-45.
29. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. Backgrounds and effects of domestic violence against women referred to law-medicine center of Babol, Iran. *Journal of Medical Sciences Kermanshah*. 2004; 7(4): 28-34.
30. Salehi S, Mehralian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2006; 8(2): 72-7.
31. Narimani M, Aghamohamadian H. Violence against women and related factors in Ardabil. *Journal of Mental Health Principal*. 2006; 7: 107-13.
32. Hossein M, Morteza M, Reza ZA, Ziba F. Surveying domestic violence against women in Isfahan in 2003. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2004; 14(2): 63-7.
33. Nojomi M, Akrami Z. Domestic violence in pregnancy and its maternal and neonatal outcomes. *Payesh Health Monitor*. 2005; 2(1): 43-8.
34. Nojoumi M, Akrami Z. Physical violence during pregnancy: Prevalence and outcomes. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2001; 2: 43-8.
35. Azamzadeh M, Dehgan R. Violence against women in Tehran and familial relationship. *Journal of Research among Women*. 2007; 4: 159-79.
36. Ansari H, Parisae Z, Rahimi E, Rakhshaei F. Relationship between violence exposure pregnancy and neonatal low birth weight: A case-control study. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2008; 6(2): 17-26.
37. Naved RT, Persson LA. Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*. 2008; 34(2): 71-8.

Comparison of domestic violence and its related factors in pregnant women in both urban and rural population in Zarand city, 2014

Ali Kamali M¹, Rahimi Kian F^{2*}, Mir Mohammad Ali M³, Mehran A³, Shafie E¹

¹Student, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ²Care Research Center for Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran;

³Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran;

Received: 22/Jan/2015 Accepted: 14/May /2015

Background and aims: Domestic violence is a public cultural and health-related problem that its prevalence varies among different societies and affects pregnancy outcomes in direct and indirect fashions. The aim of this study was to compare domestic violence and its related factors in rural and urban pregnant women in Zarand.

Methods: In this cross-sectional study, 400 pregnant women referred to Zarand's urban and rural healthcare centers during 2014 were included by simple (convenient) sampling method. Demographic and CTS-2 questionnaires were given to the samples. Data was analyzed by means of the independent t-test, Kruskal-Wallis and Friedman's statistical tests.

Results: The study results showed that domestic violence the mean of violence in urban and rural pregnant women was 1.82 ± 2.86 and 1.00 ± 1.60 in physical domain, 2.93 ± 1.61 and 2.04 ± 1.46 in psychological domain, 3.87 ± 2.93 and 1.99 ± 2.89 in sexual domain, and 1.43 ± 1.89 and 2.29 ± 2.36 in injury-resulted violence, respectively. A significant difference between urban and rural groups in physical, psychological and sexual violence was observed ($P < 0.01$), but there was no statistically significant difference in injury-resulted violence between two groups. Woman's age, spouse's age and education level, economic (financial) status, number of pregnancies and children, marriage duration and spouse's addiction (drug/substance abuse) were significantly related to the types of domestic violence ($P < 0.05$).

Conclusion: According to project results about high domestic violence, it is recommended screening violence in the all health and therapy centers.

Keywords: Domestic violence, Pregnancy, Risk factors, Rural, Urban.

Cite this article as: Ali Kamali M, Rahimi Kian F, Mir Mohammad Ali M, Mehran A, Shafie E. Comparison of domestic violence and its related factors in pregnant women in both urban and rural population in Zarand city, 2014. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(2): 69-78.

*Corresponding author:

Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989100629340,
E-mail: rahimikian@tums.ac.ir