Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(4), spring, pp 496 - 506

Investigating the relationship between physical violence from a spouse and preeclampsia in postpartum women

Hana Sohrabi[1], Serveh Mohammadi[2*]

1. Master of midwifery education, Trainer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000 -0001 -8568 -8286
2. Master of midwifery education, Trainer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000 -0002 -3595 -6446.

***Corresponding Author:** Serveh Mohammadi, **Email:** serveh_mohamadi_2012@yahoo.com

Received: 2025/05/17 **Accepted: 2025/06/21**

Abstract

Background & Aim: Physical violence is the infliction of bodily harm by hitting, beating, or using hands or other tools. Intimate partner violence during pregnancy is a major public health problem and a violation of human rights, and this violence can lead to preeclampsia. Because pregnant women who experience physical violence have high levels of mood disorders and stress. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between physical violence by the partner and preeclampsia.

Materials & Methods: This Case-control study was conducted in 2017 on 110 postpartum mothers in two groups of 55 with and without preeclampsia in Besat Hospital, Sanandaj. The data collection tool was a researcher-made questionnaire of demographic and obstetric characteristics, as well as a physical violence questionnaire derived from the World Health Organization. Data analysis was performed using SPSS software (version 22) and Mann-Whitney and Chi-square statistical tests. A P value of less than 0.05 was considered significant.

Results: The results of the present study showed that there was no significant association between physical violence from the spouse and the incidence of preeclampsia in mothers during pregnancy (P=0.328).

Conclusion: Although the odds ratio of preeclampsia in the preeclamptic group in the presence of violence was 1.624 times that of the non-preeclamptic group, it is therefore recommended that more comprehensive and broader studies in terms of method and content be conducted during different trimesters of pregnancy to examine the levels of domestic violence and its relationship with preeclampsia.

Key Words: Physical violence, pregnancy, preeclampsia

How to cite this article: Sohrabi H, Mohammadi S. Investigating the relationship between physical violence from a spouse and preeclampsia in postpartum women. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2025; 10 (4) :496-506 URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-672-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بررسی ارتباط خشونت فیزیکی از طرف همسر و پره اکلامپسی در زنان پست پارتوم

هاناسهرابی[1]، سروه محمدی*[2]

۱. ارشد آموزش مامایی، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. ارشد آموزش مامایی، مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

***نویسنده مسئول:** سروه محمدی، **ایمیل:** serveh_mohamadi_2012@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۷ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱**

چکیده

زمینه و اهداف: خشونت فیزیکی، آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک، ضرب و جرح با استفاده از دست یا ابزارهای دیگر است. خشونت شریک جنسی در دوران بارداری یک مشکل عمده سلامت عمومی و نقض حقوق بشر است و این خشونت می‌تواند منجر به پره اکلامپسی شود. زیرا زنان باردار دارای تجربه خشونت فیزیکی، سطح بالایی از اختلالات خلقی و استرس را دارند. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خشونت فیزیکی از طرف همسر و پره اکلامپسی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۱۰مادر بعد از زایمان در دو گروه۵۵ نفری مبتلا و غیر مبتلا به پره اکلامپسی در بیمارستان بعثت شهرسنندج انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی و مامایی و همچنین پرسشنامه خشونت فیزیکی برگرفته ازسازمان بهداشت جهانی بود. تجزیه و تحلیل داده ها بااستفاده از نرم افزارSPSS (نسخه۲۲) و آزمون‌های آماری من‌ویتنی وکای اسکوئر انجام گرفت. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضرنشان دادکه ارتباط معنی داری بین خشونت فیزیکی ازطرف همسر وابتلا مادران به پره اکلامپسی طی دوران بارداری وجود ندارد (P= ۰/۳۲۸).

نتیجه‌گیری: اگرچه نسبت شانس ابتلا به پره اکلامپسی در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در صورت وجودخشونت ۱/۶۲۴ برابرگروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعات جامع‌تر و وسیع‌تر ازنظر روش ومحتوا در طی سه ماه های مختلف بارداری برای بررسی سطوح خشونت خانگی وارتباط آن با پره اکلامپسی انجام گردد.

واژه‌های کلیدی: خشونت فیزیکی، بارداری، پره اکلامپسی

[Downloaded from sjmmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

خشونت یک الگوی رفتاری است که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان آور و آزاردهنده که به منظور اعمال قدرت و کنترل از یک فرد به فردی دیگر در یک رابطه نزدیک تحمیل می‌شود و شامل سوء استفاده جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می‌باشد(۱). خشونت علیه زنان، امری جهانی است. حدود ۳۰ تا ۳۵درصد زنان آمریکایی، مورد آزار جسمی از طرف شوهران خود قرار می‌گیرند؛ متأسفانه ۱۵ تا ۲۵ درصد از این زنان، حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند. در واقع احتمال مواجه شدن زنان باردار با خشونت، به خصوص خشونت جسمی بیشتر است(۲). بارداری یکی از دوره‌های حساس زندگی زنان است و به دلایلی همچون انتقال به نقش والدی، به هم خوردن توازن و آرامش زوج‌ها، تغییر در الگوی ارتباطی قبلی، کاهش روابط جنسی، تصور غلط از حاملگی و احساسات غیرطبیعی همسر در خصوص بارداری به عنوان یک دوره پرمخاطره برای سوء استفاده جسمی شناخته شده است(۳).

خشونت فیزیکی، آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک، ضرب و جرح با استفاده از دست یا ابزارهای دیگر است(۴). براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی میزان خشونت فیزیکی در دوران بارداری بین ۱ تا ۲۸ درصد متغیر است (۵). خشونت فیزیکی شدید طی بارداری یکی از علل اصلی مرگ مادران باردار محسوب می‌شود. سوء رفتار فیزیکی طی بارداری، ممکن است به طور مستقیم از طریق ترومای فیزیکی ناشی از خشونت یا به طور غیرمستقیم از طریق افزایش سطوح استرس مادر، محرومیت از مراقبت‌های پره ناتال، رفتارهای پرخطر، نظیر استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر و تغذیه ناکافی مادر، پیامد بارداری را تحت تأثیر قرار دهد(۶).

خشونت شریک جنسی در دوران بارداری یک مشکل عمده سلامت عمومی و نقض حقوق بشر است و این خشونت می‌تواند منجر به پره اکلامپسی شود(۷). زیرا زنان باردار دارای تجربه خشونت فیزیکی، سطح بالایی از اختلالات خلقی و استرس را دارند(۸). و استرس ایجاد شده باعث تغییر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال جفت می‌شود. این تغییرات با افزایش تولید هورمون‌های آزادکننده کورتیکوتروپین از جفت و افزایش تولید هورمون آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول در گردش خون مادر و جفت همراه است. این هورمون‌ها با ایجاد انقباضات عروقی، باعث آسیب به اندوتلیوم عروق می شوند. و اکثر محققان، انقباضات عروقی را عامل اساسی در پیدایش پره اکلامپسی می‌دانند(۹).

پره اکلامپسی یا مسمومیت بارداری به افزایش فشارخون و دفع پروتئین بعد از هفته بیستم بارداری اطلاق می‌شود(۱۰). پره اکلامپسی هنوز هم در سراسر جهان یکی از علل اصلی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

عوارض و مرگ و میر مادری و جنینی محسوب می‌شود. میزان مرگ و میر مادری تقریباً ۴/۲ درصد است اما میزان مرگ و میر پری ناتال بالاتر است و بین ۱۳ تا ۳۰ درصد تغییر می‌کند. پره اکلامپسی ممکن است قبل از زایمان (۵۰ درصد)، حین زایمان (۲۵ درصد) و یا پس از زایمان (۲۵ درصد) رخ دهد (۱۱). غربالگری و مداخله زودهنگام در طول مراقبت‌های معمول دوران بارداری یا در طول مراقبت‌های اپیزودیک در محیط بیمارستان می‌تواند به مقابله با خشونت خانگی و کاهش و پیشگیری از عوارض بارداری کمک کند(۱۲).

در مطالعه کردی و همکاران ارتباط مستقیمی بین خشونت فیزیکی از طرف همسر با پره اکلامپسی وجود نداشت(۹). اما در مطالعه دپینز و همکاران (۲۰۲۴) بین خشونت فیزیکی و پره اکلامپسی ارتباط مستقیمی وجود داشت (۱۳). با توجه به مطالعات متناقض در این زمینه و همچنین به دلیل تبعات ناگوار خشونت فیزیکی بر سلامت مادران باردار این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خشونت فیزیکی از طرف همسر و پره اکلامپسی انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مورد-شاهد، جامعه مورد پژوهش شامل زنان زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان مرکز آموزشی درمانی بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ بودند. براساس مطالعه کامرگو و همکاران (۲۰۱۶) (۱۴) ، با درنظر گرفتن OR=۲/۵ (P1 = ۴۴٪، P2= ۶۰٪)، و الفای برابر ۵٪ و بتای ۲۰٪ حجم نمونه در هر گروه ۵۵ نفر برآورد شد. در این مطالعه نمونه گیری به صورت آسان و در دسترس بود. جهت انجام مطالعه پس از دریافت کد اخلاق، معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی کردستان وکسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان پژوهشگر به بخش بعد از زایمان بیمارستان بعثت مراجعه کرد و بعد از معرفی خود و ارائه توضیحات به مسئول بخش درمورد روش اجرا واهداف تحقیق ابتدا ازداوطلبین واجد معیار ورود به مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ شد و پس از اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها، اقدام به نمونه گیری شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۳۵ سال، دارای سواد خواندن و نوشتن، ساکن شهر سنندج بیش از ۵ سال، پست پارتوم، بارداری تک قلو، ملیت ایرانی، عدم وجود بی‌مارهای طبی و مشکلات مامایی، عدم وجود حوادث استرس زا طی ۶ ماه قبل و داشتن مراقبت طی بارداری در مراکز بهداشتی و درمانی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری به هر دلیل و عدم پاسخ کامل به سؤالات پرسشنامه بود.

نحوه انتخاب نمونه‌ها مبتنی بر هدف و شامل دو گروه (مورد-شاهد) بود. گروه مورد، زنان زایمان کرده در بخش بعد از زایمان بودند که در دوران حاملگی مبتلا به پره اکلامپسی بوده و براساس تأیید پزشک در پرونده بود. گروه شاهد نیز

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

زنان زایمان کرده در بخش بعد از زایمان و عدم مبتلا به پره اکلامپسی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک-مامایی محقق ساخته و پرسشنامه خشونت فیزیکی بود.

پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالاتی در زمینه مشخصات فردی و مامایی جمعیت مورد مطالعه مانند: سن، جنس,قومیت، شغل زن و مرد.... و سن بارداری، تعداد بارداری و تعداد سقط... بود. همچنین پرسشنامه خشونت فیزیکی برگرفته از سازمان بهداشت جهانی و دارای ۱۰ گویه بود. تعداد موارد خشونت براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳ تا ۵ بار و بیش از ۵ بار) محاسبه گردید. زنی خشونت دیده در نظر گرفته می‌شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی را داده باشد. زنانی که گزارشی از خشونت ندارند در گروه فاقد خشونت و زنانی که دارای ۱ تا ۲ بار تجربه خشونت باشند در گروه خشونت خفیف، زنانی که دارای ۵-۳ بار تجربه خشونت باشند در گروه خشونت متوسط و زنانی که دارای بیش از پنج بار تجربه خشونت باشند در گروه خشونت شدید قرار می‌گیرند. روایی پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از سازمان جهانی بهداشت توسط سایر محققین ایرانی در ایران بررسی شده است. و ضریب آلفای کرونباخ برای خشونت فیزیکی ۹۲ ٪ بدست آمده است(۱۵, ۱۶). پس از اتمام نمونه گیری برای ارزیابی همسانی درونی، آلفای کرونباخ محاسبه شد.ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه۲۲) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش و جهت مقایسه نتایج میان دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از آزمون‌های آماری من ویتنی و کای اسکوئر استفاده شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه که بر روی ۱۱۰ نفر زن زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستان آموزشی درمانی بعثت در شهر سنندج انجام شد، ارتباط بین خشونت فیزیکی از طرف همسر و پره اکلامپسی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد در بین اطلاعات مادران تنها از نظر روش زایمان بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$). نتایج حاصل از اطلاعات فردی و مامایی مادران در جدول شماره ۱ گزارش شده است. (جدول۱). براساس نتایج جدول شماره ۲، در بین اطلاعات همسران بین دو گروه هیچ گونه اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p<۰/۰۸۳$). براساس نتایج جدول شماره ۳، در بین دو گروه از نظر مدت زمان ($p<۰/۰۵$) و مرتبه ازدواج ($p<۰/۴$) هیچ گونه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. براساس نتایج جدول شماره ۴، در بین دو گروه از خشونت فیزیکی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($p<۰/۴$).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر اطلاعات مادران در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به پره اکلامپسی

گروه نام متغیر	غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)	*P-value
سن مادر				
کمتر از ۲۰	۱ (۱/۸)	۵(۹/۱)	۶(۵/۵)	
۲۰-۲۵	۱۸ (۳۲/۷)	۲۳ (۴۱/۸)	۴۱ (۳۷/۳)	
۲۶-۳۰	۲۲ (۴۰)	۲۰ (۳۶/۴)	۴۲ (۳۸/۲)	۰/۱
۳۱-۳۵	۱۱ (۲۰)	۳ (۵/۵)	۱۴ (۱۲/۷)	
بیشتر از ۳۵	۳ (۵/۵)	۴ (۷/۳)	۷ (۶/۴)	
تحصیلات مادر				
بی‌سواد	۱۷ (۳۰/۹)	۴ (۷/۳)	۲۱ (۱۹/۱)	
ابتدایی	۱۴ (۲۵/۵)	۱۳ (۲۳/۶)	۲۷ (۲۴/۵)	
راهنمایی	۱۲ (۲۱/۸)	۱۴ (۲۵/۵)	۲۶ (۲۳/۶)	۰/۲
دبیرستان	۷ (۱۲/۷)	۱۳ (۲۳/۶)	۲۰ (۱۸/۲)	
کاردانی	۵ (۹/۱)	۵ (۹/۱)	۱۰ (۹/۱)	
کارشناسی و بالاتر	۰ (۰)	۶ (۱۰/۹)	۶ (۵/۵)	
شغل مادر				
خانه دار	۴۴ (۸۰)	۱۱ (۲۰)	۵۶ (۳۰)	۰/۲۷۹
شاغل	۴۸ (۶۷)	۲۲ (۷۳/۱)	۵۴ (۷۰)	
وضعیت بارداری				
خواسته	۴۸ (۹۶/۹)	۵۰ (۹۴/۶)	۹۸ (۹۵/۸)	۰/۳۵۵
ناخواسته	۷ (۳/۱)	۵ (۵/۴)	۱۲ (۴/۲)	
تعداد سقط				
۰	۳ (۸۶/۱)	۱ (۹۳)	۴ (۸۹/۶)	
۱	۳۳ (۸/۵)	۴۰ (۴/۶)	۷۳ (۶/۵)	۰/۶۵۵
۲	۱۹ (۵/۴)	۱۴ (۲/۴)	۳۳ (۳/۹)	
روش زایمان				
سزارین	۳۸ (۱۷/۷)	۳۳ (۹/۲)	۷۱ (۱۳/۵)	۰/۰۴۶
واژینال	۱۷ (۸۲/۳)	۲۲ (۹۰/۸)	۳۹ (۸۶/۵)	

*آزمون کای اسکوئر

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر اطلاعات همسران در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به پره اکلامپسی

گروه متغیر	غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)	*P-value
سن				
۲۱-۲۵	۳ (۴/۶)	۷ (۵/۴)	۱۰ (۵)	
۲۶-۳۰	۲۵ (۳۴/۷)	۲۳ (۴۵/۴)	۴۸ (۴۰)	۰/۰۸۳
۳۱-۳۵	۲۳ (۵۳)	۲۰ (۴۰/۸)	۴۳ (۴۶/۹۳)	
۳۶-۴۰	۴ (۷/۷)	۵ (۸/۴)	۹ (۸/۰۷)	
تحصیلات				۰/۰۸۳

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

راهنمایی	۱۲ (۱۲/۳)	۱۰ (۱۴/۶)	۲۲ (۱۳/۵)	
متوسطه	۱۸ (۲۹/۲)	۲۳ (۲۴/۶)	۴۱ (۲۷)	
دانشگاهی	۲۵ (۸۵/۵)	۱۳ (۶۰/۸)	۳۸ (۵۹/۵)	
شغل				
کارمند و بالاتر	۲۸ (۳۷)	۱۸ (۴۳/۸)	۴۶ (۴۰/۵)	
کارگر	۱۴ (۱۸/۵)	۲۰ (۲۴/۶)	۳۴ (۲۱/۵۴)	۰/۱۶
آزاد	۱۰ (۳۸)	۱۲ (۲۹/۲)	۲۲ (۳۴/۴۶)	
بیکار	۳ (۳)	۵ (۲/۴)	۸ (۳/۵)	
میزان درآمد (هزار تومان)				
کمتر از ۴۰۰	۳ (۱/۵)	۱۳ (۲/۳)	۷ (۱/۹)	
۴۰۰ تا ۷۰۰	۱۱ (۲۵/۴)	۱۰ (۲۹/۲)	۲۱ (۲۷/۳)	
۷۰۰ تا یک میلیون	۱۵ (۴۴/۶)	۱۴ (۴۰)	۲۹ (۴۲/۳)	۰/۰۸۳
۱ تا ۱/۵ میلیون	۱۲ (۱۸/۵)	۱۳ (۲۰/۸)	۲۵ (۱۹/۶)	
۱/۵ تا ۲ میلیون	۹ (۶/۱)	۱۰ (۵/۴)	۱۹ (۵/۸)	
بیش از ۲ میلیون	۵ (۳/۹)	۴ (۲/۳)	۹ (۳/۱)	
وضعیت مسکن				
مالک	۱۵ (۱۷/۷)	۱۰ (۱۱/۶)	۲۵ (۱۴/۶)	
اجاره یا رهن	۱۷ (۷۷/۷)	۲۹ (۷۶/۱)	۴۶ (۷۶/۹)	۰/۰۸۳
خانه سازمانی	۱۲ (۳/۱)	۱۱ (۱۰)	۳۳ (۶/۵)	
زندگی در منزل خانواده	۱۱ (۱/۵)	۵ (۲/۳)	۱۶ (۲)	

*آزمون کای اسکوئر

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر مدت زمان و مرتبه ازدواج در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به پره اکلامپسی

گروه متغیر	غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)	*P-value
مدت ازدواج (سال)				
کمتر از ۵ سال	۳۲ (۶۷)	۲۸ (۷۰/۸)	۶۰ (۶۸/۸)	
۶-۱۰	۱۱ (۱۸/۵)	۱۷ (۲۳/۹)	۲۸ (۲۱/۱)	۰/۰۵۲
۱۱-۱۵	۷ (۱۲/۳)	۶ (۴/۶)	۱۳ (۸/۵)	
۱۶-۲۰	۵ (۲/۲)	۴ (۰/۷)	۹ (۱/۶)	
مرتبه ازدواج				
۱	۴۹ (۹۶/۹)	۵۱ (۹۸/۴)	۱۰۰ (۹۷/۷)	۰/۴۱۷
۲	۶ (۳/۱)	۴ (۰/۸)	۱۰ (۱/۹)	
۳ و بیشتر	۰ (۰)	۱ (۰/۸)	۱ (۰/۴)	
مرتبه بارداری				
اول	۳۸ (۶۹)	۴۹ (۹۶/۹)	۸۷ (۷۵)	۰/۶۱۷
دوم و بیشتر	۱۷ (۳۱)	۶ (۳/۱)	۲۳ (۲۵)	

*آزمون من ویتنی

[Downloaded from sjmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر مدت زمان و مرتبه ازدواج در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به پره اکلامپسی

گروه خشونت فیزیکی	غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)	*P-value
دارد	۷ (۵/۴)	۷ (۸/۵)	۱۴ (۶/۹)	۰/۳۲۸
ندارد	۳۸ (۹۴/۶)	۴۸ (۹۱/۵)	۹۶ (۹۳/۱)	

*آزمون کای اسکوئر

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی ارتباط بین خشونت فیزیکی از طرف همسر و پره اکلامپسی در مادران مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ انجام شد، ارتباط معنی داری بین خشونت از طرف همسر و ابتلا مادران به پره اکلامپسی وجود نداشت. شیوع خشونت فیزیکی در گروه مبتلا به پره اکلامپسی ۸/۵ درصد و در گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی ۵/۴ درصد بود. در مطالعه فیضی و همکاران (۲۰۲۵) در زنجان اگرچه سطح خشونت در گروه پره‌اکلامپسی کمی بیشتر بود اما ارتباط معنی دار بین خشونت فیزیکی و پره اکلامپسی مشاهده نشد(P=۰/۳۱۰). در واقع سن بالا و اختلاف سنی بیشتر بین زوجین بطور قابل توجهی با افزایش خطر ابتلا به پره اکلامپسی مرتبط بود(۱۷).

در مطالعه مارتین و همکاران (۲۰۱۹) بر روی مادران باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های دولتی اسپانیا انجام شد، بین خشونت فیزیکی و فشارخون بارداری ارتباطی وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت(۱۸). همچنین مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۰۸) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که خشونت فیزیکی به تنهایی در شانس ابتلا به پره اکلامپسی در دوران بارداری تأثیر ندارد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت(۱۲, ۱۹).

در مطالعه هارت ول و همکاران (۲۰۲۳) بیش از ۴۰درصد از زنانی که خشونت خانگی را تجربه کردند سابقه افسردگی یا اضطراب را گزارش کردند. همچنین میزان وقوع خشونت خانگی در بین زنان مبتلا به افسردگی اضطراب، فشار خون بالا و آسم بیشتر از زنان بدون این شرایط مربوطه بود(۲۰). نتایج مطالعه کرنی و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف تعیین پیامدهای تولد و عوارض مادری در زنان باردار خشونت دیده انجام شد نشان داد خطر بروز ابتلا به فشارخون بارداری در زنان خشونت دیده، ۲ برابر بیشتر بود(۲۱). همچنین در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۲) نیز خطر بروز ابتلا به پره اکلامپسی در افراد دارای خشونت، ۱/۶ برابر افراد بدون خشونت بود(۹).همچنین در مطالعه حاضر نسبت شانس ابتلا به پره اکلامپسی در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در صورت وجود خشونت فیزیکی ۱/۶۲۴ برابر گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی بود. در مطالعه نجومی و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۴۰۶ نفر از زنان پست پارتوم در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد، ارتباطی بین خشونت جسمی و پره اکلامپسی وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت(۱۵).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

در مطالعه حاضر در هر دو گروه سطح تحصیلات مادران و همسران بالا بود به گونه‌ای که ۶۸/۵ درصد از مادران در گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی و ۶۲/۴ درصد از مادران در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در سطح دانشگاهی قرار داشتند، همچنین ۵۸/۵ درصد از همسران در گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی و ۶۰/۸ درصد از همسران در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در سطح دانشگاهی قرار داشتند، می توان سطح تحصیلات و همچنین عوامل فرهنگی و نژادی را عاملی در جهت کاهش شیوع خشونت خانگی در این مطالعه دانست. در واقع هرچه میزان دسترسی زنان به منابع اقتصادی، تحصیلاتی و حمایت‌های خانوادگی بیشتر باشد کمتر مورد اعمال انواع خشونت‌ها از سوی همسران خود قرار می‌گیرند زیرا هر قدر میزان دسترسی زنان به سرمایه‌های اجتماعی افزایش پیدا کند، به همان نسبت توانایی برخورد با آسیب‌های اجتماعی در آن‌ها بیشتر خواهد شد(۴).

نتایج مطالعه سیلورمن و همکاران (۲۰۰۶) که در بین زنان زایمان کرده ساکن ۲۶ ایالات امریکا انجام شد، نشان داد زنانی که مورد خشونت جسمی قرار می‌گیرند خطر ابتلا به فشارخون بارداری در آنان بیشتر است(۲۲). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. زیرا ابزار مورد استفاده در مطالعه سیلورمن پرسشنامه‌ای خودساخته یک سوالی بود در حالی که در مطالعه حاضر از ابزار سنجش استاندارد سازمان جهانی بهداشت حاوی ۱۰ سوال با محتوای خشونت فیزیکی استفاده شد و همچنین در مطالعه سیلورمن، زمان تکمیل پرسشنامه توسط نمونه‌ها ۲ تا ۶ ماه بعد از زایمان بود که به نظر می‌رسد این موضوع در به یادآوری تجربه خشونت و صحت گزارش تاثیر گذار باشد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، توجه به بحث خشونت فیزیکی و بررسی ارتباط آن با پره اکلامپسی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط معنی داری بین خشونت فیزیکی از طرف همسر و ابتلا مادران به پره اکلامپسی طی دوران بارداری وجود ندارد، اگرچه نسبت شانس ابتلا به پره اکلامپسی در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در صورت وجود خشونت ۱/۶۲۴ برابر گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعات جامع‌تر و وسیع‌تر از نظر روش و محتوا در طی سه ماه‌های مختلف بارداری برای بررسی سطوح خشونت خانگی و ارتباط آن با پره اکلامپسی انجام گردد. از دیگر نقاط ضعف و محدودیت مطالعه حاضر، عدم بررسی سطح خشونت همسر بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی بررسی گردد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی داری بین خشونت فیزیکی از طرف همسر و ابتلا مادران به پره اکلامپسی طی دوران بارداری وجود ندارد، اگرچه نسبت شانس ابتلا به پره اکلامپسی در گروه مبتلا به پره اکلامپسی در صورت وجود خشونت ۱/۶۲۴ برابر گروه غیرمبتلا به پره

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

اکلامپسی بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعات جامع‌تر و وسیع‌تر از نظر روش و محتوا در طی سه ماه‌های مختلف بارداری برای بررسی سطوح خشونت خانگی و ارتباط آن با پره اکلامپسی انجام گردد. از آنجایی که خشونت علیه زنان در دوران بارداری، تهدیدی برای مادر و جنین محسوب می‌شود بنابراین انجام غربالگری قبل و طی بارداری توسط کارکنان بهداشتی ضروری است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUK.REC.1396.73، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و همکاران گرامی بیمارستان بعثت سنندج که در انجام مطالعه مساعدت نموده، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References:

1. Aliasghari F, Effati-Daryani F, Mohammadi A, Mirghafourvand M. Relationship of domestic violence with pregnancy symptoms and pregnancy experience in Iranian pregnant women: a cross-sectional study. BMJ Open. 2024;14(4):e082570. https: //doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082570
2. Golmakani N, azmoude E. Domestic Violence in Pregnancy, Outcomes and Strategies: A Review Article. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;15(42):13-22.
3. Jalili M, Kohan S, Tarrahi MJ, Torabi F. Domestic violence during pregnancy and its predictive factors during the COVID-19 epidemic among primiparous women in Isfahan. Journal of Hayat. 2023;29(1):77-88.
4. Maghsoudi S, Yarinasab F, Ebrahimi F. Investigating Factors Influencing Domestic Violence against Women (Case Study: City of Kerman). Journal of Social Development. 2015;9(3):53-78.
5. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(2):123-33.e5. https: //doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.045
6. Ghaffari M, Nahidi F, Masjedi A, Nasiri M. Correlation between physical violence and mother-fetus attachment in pregnant mothers visiting the healthcare centers of mashhad. Nursing and Midwifery Journal. 2018;16(6):403-11.
7. Agde ZD, H. Magnus J, Assefa N, Wordofa MA. The protocol for a cluster randomized controlled trial to evaluate couple-based violence prevention education and its ability to reduce intimate partner violence during pregnancy in Southwest Ethiopia. PLOS ONE. 2024;19(5):e0303009. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303009
8. Arabzadeh M, Ahmadi Doulabi M, Amir Ali Akbari S, Nasiri M. The Relationship between Physical Violence by Husband and Sleep Quality Disorders in Pregnant Women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2021;24(6):45-57.

[Downloaded from sjimp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

9. Kordi M, Abbaszadeh A, Mokhber N, Lotfalizadeh M, Ebrahimzadeh S. Intimate Partner Violence and Pre-Eclampsia: A Case-Control Study. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(75):12-21.
10. Alamdarloo SM, Hashemi A, Razavi B. sever recurrent early onset preeclampsia in second trimester of pregnancy, a case report. Pars Journal of Medical Sciences. 2020;18(1):29-32. https://doi.org/10.52547/jmj.18.1.29
11. mohamadzadeh vatanchi A, Hajforoushan M, Pourali L, Ayati S, Mehrad Majd H. Maternal and fetal complications in pregnancies with eclampsia in Ghaem hospital: June 2018 to June 2020. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2022;25(1):20-8.
12. Ebrahimi E, Karimian Z, Bonab SKM, Bolbolhaghighi N, Beigi J, Saeedi R, et al, editors. The Prevalence of Domestic Violence and Its Association with Gestational Hypertension in Pregnant women 2017.
13. de Pins AM, DeBolt CA. Evaluating the Effect of Intimate Partner Violence on Hypertensive Disorders of Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2024;143(5S):62S. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0001013808.50247.3e
14. Fernando MCJ. Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero-Julio, 2015: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
15. Nojoumi M, Akrami Z. Physical violence during pregnancy: prevalence and outcomes. Payesh (Health Monitor) Journal. 2003;2(1):47-52.
16. Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in iran. J Family Reprod Health. 2013;7(1):7-10.
17. Fayazi S, Abbasi M, Hosseinkhani A, Ahmadi S, Haseli A. Pre-eclampsia and Intimate Partner Violence: A Case-control Study. JCCNC. 2025;11(4):307. https://doi.org/10.32598/JCCNC.11.4.824.1
18. Martin-de-las-Heras S, Velasco C, Luna-del-Castillo JdD, Khan KS. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. PLOS ONE. 2019;14(6): e0218255. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218255
19. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;137(1):50-5. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.05.013
20. Hartwell M, Keener A, Robling K, Enmeier M, Sajjadi NB, Greiner B, et al. Associations of intimate partner violence and maternal comorbidities: a cross-sectional analysis of the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Journal of Osteopathic Medicine. 2023;123(8):405-10. https://doi.org/10.1515/jom-2023-0018
21. 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 Scholarsh. 2003;35(4):345-9. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00345.x
22. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(1):140-8. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.12.052

[Downloaded from sjmnp.muk.ac.ir on 2026-11-17]