journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2025 Jun;31(1):10-20 Volume 31, Issue 1, Spring 2025 Research Article

Examining the Relationship Between the Experience of Domestic Violence and Reproductive Behavior in Patients Referred to the Treatment Centers of the Social Security Organization of Isfahan City, Iran

Nafiseh Rabbani [1] MA, Mahbobeh Ahmadi Doulabi[2*] PhD, Alireza Akbarzadeh Baghban[3] PhD, Mehrzad Kiani[4] PhD, Ashraf Kazemi[5] PhD, Hadiseh Moayed[1] BA

[1] Community Health Research Center, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

[2] Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[3] Proteomics Research Center, Department of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[4] Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[5] Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Correspondence to:** Mahbobeh Ahmadi Doulabi, Email: Mah13751381@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

Received: February 15, 2025
Accepted: May 19, 2025
Online Published: June, 15, 2025

Keywords:
Domestic violence
Reproductive behavior
Unwanted pregnancy
Contraceptive methods
Birth control

HIGHLIGHTS

1. In the present study, domestic violence was examined in all its physical, psychological, sexual and economic dimensions, as well as reproductive behavior in various dimensions, including family planning, unwanted pregnancy, and intentional abortion.
2. The domestic violence questionnaire was localized and the validity and reliability of the questionnaire were conducted.

ABSTRACT

Introduction: Domestic violence is a prevalent issue and a major concern for the World Health Organization, which can significantly affect the reproductive behavior of couples. This study aimed to investigate the "relationship between domestic violence and reproductive behavior in women visiting healthcare centers of the Social Security Organization in Isfahan, Iran.

Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted on 404 women aged 14-54 who visited healthcare centers in Isfahan. Sampling was performed using a convenient and accessible method. The tool for assessing reproductive behavior was a researcher-designed questionnaire, while the measurement of domestic violence was based on the World Health Organization's standard domestic violence questionnaire. Participants were categorized into two groups—victims of violence and non-victims—based on their questionnaire responses, and the reproductive behaviors of both groups were compared. Data analysis was analyzed by using SPSS software version 12.

Results: Statistical tests indicated that women who were victims of domestic violence used reliable contraceptive methods less frequently and experienced higher rates of unintended pregnancies.

Conclusion: Given the inverse relationship between domestic violence and the use of reliable contraceptive methods, as well as the direct correlation with unintended pregnancies, it appears that planning for screening and prevention of domestic violence could improve reproductive behaviors and their outcomes.

How to cite: Rabbani N, Ahmadi M, Akbarzadeh A, Kiani M, Kazemi A, Moayed H. Examining the relationship between the experience of domestic violence and reproductive behavior in patients referred to the treatment centers of the Social Security Organization of Isfahan city, Iran. Iran J Forensic Med. 2025;31(1):10-20.

Copyright © 2025 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۳۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۱۰ تا ۲۰

مقاله پژوهشی

تجربه خشونت خانگی با رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر اصفهان

نفیسه ربانی[۱] MA، محبوبه احمدی دولابی[۲*] PhD، علیرضا اکبرزاده باغبان[۳] PhD، مهرزاد کیانی[۵] PhD، اشرف کاظمی[۶] PhD، حدیثه مؤید[۱] BA

[۱] مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
[۲] گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۳] مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۴] گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۵] گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: محبوبه احمدی دولابی، پست الکترونیک: Mah13751381@gmail.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۹
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

واژگان کلیدی:
خشونت خانگی
رفتار باروری
بارداری ناخواسته
روش‌های پیشگیری از بارداری
کنترل بارداری

نکات ویژه

۱- در مطالعه حاضر خشونت خانگی در تمام ابعاد فیزیکی، روانی، جنسی و اقتصادی و همچنین رفتار باروری در ابعاد مختلف ازجمله تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته، سقط عمدی مورد بررسی قرار گرفت.
۲- پرسشنامه خشونت خانگی بومی‌سازی شد و روایی پایایی پرسشنامه انجام شد.

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی از مشکلات شایع و نگرانی‌های اصلی سازمان بهداشت جهانی است که می‌تواند بر رفتار باروری زوجین مؤثر باشد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط خشونت خانگی با رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر اصفهان است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیل و مقطعی بود که بر روی ۴۰۴ زن ۱۴-۵۴ ساله مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس انجام شد. ابزار بررسی رفتار باروری پرسشنامه محقق‌ساخته و ابزار اندازه‌گیری خشونت خانگی، پرسشنامه خشونت خانگی استاندارد سازمان بهداشت جهانی بود. زنان شرکت‌کننده در مطالعه، بر اساس تکمیل پرسشنامه‌ها به دو گروه قربانی خشونت و بدون خشونت تقسیم شده و رفتارهای باروری دوگروه با هم مقایسه شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ استفاده شد.

یافته‌ها: آزمون‌های آماری نشان داد از آنجایی که زنان قربانی خشونت خانگی کمتر از روش‌های مقاربت مطمئن استفاده می‌کردند، میزان حاملگی ناخواسته بیشتری را تجربه کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معکوس خشونت خانگی و استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و ارتباط مستقیم با حاملگی ناخواسته، به‌نظر می‌رسد برنامه‌ریزی برای غربالگری و پیشگیری از خشونت بتواند رفتار باروری و پیامدهای آنان را نیز بهبود دهد.

مقدمه

خانواده یکی از مهم ترین ارکان و نهادهای جامعه است و طبق این اساس مشکلات و آسیب‌های مرتبط با حوزه خانواده از اصلی ترین موارد در بررسی مسائل اجتماعی به شمار می‌رود [۱]. خشونت خانگی به هر نوع رفتار در یک رابطه اشاره می‌کند که باعث آسیب فیزیکی، جنسی یا روانی می‌شود و شامل لگد زدن، سیلی زدن یا کتک زدن، تحقیر مداوم، ترساندن، تماس جنسی اجباری، دوری و انزوای فرد از خانواده و دوستان، کنترل حرکات و محدود کردن است. اخیرا خشونت خانگی تبدیل به یک مسئله

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

اساسی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته شده، به نحوی که سازمان جهانی بهداشت، خشونت علیه زنان را یک اپیدمی سلامت عمومی معرفی کرده است [۲]. این نوع خشونت می‌تواند به شکل یک اتفاق واحد و یا الگویی دنباله دار از اتفاقات باشد که به اشکال مختلف مانند خشونت فیزیکی، جنسی، روانی، عاطفی، مالی و کنترلی خود را نشان دهد [۳]. خشونت خانگی شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان است، به طوری که یک سوم زنان حداقل یک بار در طول زندگی خشونت فیزیکی یا جنسی از سوی همسرشان تجربه کرده اند [۴]. این میزان در کشورهایی که مطابق با دسته بندی سازمان جهانی بهداشت در غرب مدیترانه قرار می‌گیرند، از شیوع بالاتری برخوردار بوده و شیوع آن در طول دوره زندگی در کشورها بین ۱۰ تا ۶۹ درصد از جمعیت‌های مختلف گزارش شده است [۵]. در کشور ایران نیز که یکی از کشورهای عضو این منطقه است، میزان بالایی از تجربه خشونت خانگی در میان زنان گزارش شده است [۶].

علل مختلفی در سطوح مختلف فردی، بین فردی و اجتماعی به صورت جداگانه و در ترکیب با یکدیگر می‌توانند در بروز و مواجهه با خشونت جنسی نقش داشته باشند. از آن جمله می‌توان به وضعیت اقتصادی اجتماعی، میزان ارتباط با رسانه‌ها، محل زندگی، میزان حمایت اجتماعی دریافتی و شغل اشاره کرد [۷].

خشونت خانگی می‌تواند با پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت بر وضعیت سلامت در ابعاد مختلف همراه شود و در برخی مواقع آثار جبران‌ناپذیری بر زندگی زنان داشته باشد. زنانی که تحت خشونت‌های خانگی قرار دارند از اختلالات روانی بیشتر، مانند افسردگی و اضطراب، مشکلات خواب، اختلالات جسمانی و مراجعات بیشتر به پزشک و استفاده از داروها و در نهایت احتمال بالاتر اقدام به خودکشی رنج می‌برند [۸]. طبق نتایج مختلف و تاکید بر عواملی مثل اثر منفی خشونت خانگی بر جنبه‌های مختلف بهداشت باروری از جمله افزایش سقط، نارضایتی جنسی، بارداری ناخواسته، بیماری‌های عفونی و... لزوم مطالعه و شناخت کافی مسائل مرتبط با خشونت خانگی برای غربالگری و کنترل آن، نشان‌دهنده اهمیت بهداشت باروری برای سلامت عموم جامعه است [۹]. مواجهه زنان با خشونت می‌تواند به اجبار در رابطه جنسی محافظت نشده، افزایش احتمال سقط و بیماری‌های منتقله جنسی و اختلال در عملکرد جنسی منجر شود [۸].

در همین راستا مطالعاتی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است. در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده، زنان خشونت‌دیده کمتر از روش‌های پیشگیری از بارداری مطمئن استفاده کرده بودند. با این وجود نسبت بالایی از آنان از روش مقاربت منقطع به عنوان روش پیشگیری بهره برده بودند [۱۰]. این در حالی است که در مطالعه دیگری که در فیلیپین انجام شده بود، تجربه خشونت خانگی با رفتارهای باروری مرتبط با حوزه تنظیم خانواده ارتباط معناداری را نشان نداده بود [۲]. چنین به نظر می‌رسد که فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جوامع می‌تواند با اثرگذاری بالا، پیامدهای خشونت بر رفتار باروری و به ویژه حوزه تنظیم خانواده را تحت تاثیر قرار دهد [۱۰, ۱۱].

خشونت خانگی یکی از موانع مهم در دسترسی به برنامه و خدمات تنظیم خانواده از سوی زنان است که به دنبال خود می‌تواند بارداری‌های ناخواسته و سقط‌های عمدی را به همراه داشته باشد [۱۲]. یکی از دلایلی که در توضیح این امر می‌توان بیان کرد ترس از مواجهه با خشونت به هنگام گفتگو با همسر درمورد روش‌های پیشگیری است. بنابراین این زنان ترجیح می‌دهند تا از روش‌هایی بل قابلیت پنهان‌سازی از همسر استفاده کنند [۱۰]. در مطالعه‌ای بر روی جمعیتی از زنان نیجریه‌ای انجام

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

شده بود مواجهه با خشونت خانگی با افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری مدرن و بدون اطلاع همسر همراه شده بود [۱۲].

درصورتی که نیازهای مربوط به جنبه‌های تنظیم خانواده به درستی برآورده نشود، احتمال حاملگی ناخواسته و به دنبال آن سقط‌های عمدی روند افزایشی به خود می‌گیرد [۱۳, ۱۴] که دارای پیامدهای متعددی است که سلامت مادر و جنین او را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۱۵]. در حوزه ارتباط تجربه خشونت خانگی، حاملگی ناخواسته و سقط نیز مطالعات متعددی انجام شده که اغلب مطالعات با ارتباط مثبت میان این دو متغیر همراه بوده است [۱۶, ۱۷].

از آنجا که مطالعات در حوزه ارتباط خشونت خانگی با رفتار باروری با نتایج متفاوت همراه بوده و مطالعات محدودی در این زمینه در ایران انجام شده و علاوه بر آن تاثیرات فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جامعه نیز از عوامل کلیدی در این حوزه است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی و رفتار باروری در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع کوهورت تاریخی (مورد-شاهد) بود که به منظور تعیین ارتباط خشونت خانگی و رفتار باروری در فاصله زمانی اردیبهشت تا بهمن ۱۳۹۴ در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تحت پوشش معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی شهر اصفهان انجام شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=\frac{(z_1-a_2)\ P(1-\rho)}{d^2}$ ۴۰۴ نفر به دست آمد که در هریک از گروه‌های خشونت‌دیده (مورد) و خشونت‌ندیده (شاهد) ۲۰۲ نفر قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. افراد واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، حداقل سواد دوره ابتدایی، گذشت حداقل یک سال از ازدواج و محدوده سنی ۴۵-۱۴ سال بود.

افرادی که بر اساس تکمیل پرسشنامه‌ها، حداقل یکی از انواع خشونت‌های خانگی را طی یک سال گذشته تجربه کرده بودند در گروه مورد و افرادی که هیچ یک از انواع خشونت‌های خانگی را طی یک سال گذشته تجربه نکرده بودند در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای خروج از مطالعه به پرسشنامه‌ای که به صورت ناقص تکمیل شده بود و یا پرسشنامه‌ای که به همه سوالات یکسان جواب داده شده بود، شامل شد.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی وکسب اجازه از معاونت درمان برای نمونه‌گیری به مراکز درمانی که از قبل انتخاب شدند مراجعه کرد و ضمن کسب رضایت از مراکز تحت پوشش، نمونه‌های مورد مطالعه و همچنین بیان اهداف پژوهش و با استفاده از فنون مشاوره و جلب اعتماد و با رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، از جمله کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و اطمینان دادن درمورد محرمانه بودن اطلاعات اقدام به نمونه‌گیری کرد. تمام پرسشنامه‌های سنجش خشونت و رفتار باروری کدگذاری شده و به مراجعه‌کنندگان داده شد. پرسشنامه رفتار باروری توسط پرسشگر تکمیل شده و پرسشنامه خشونت خانگی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. باتوجه به پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه خشونت آن دسته از زنان فاقد خشونت خانگی در گروه بدون خشونت قرار گرفته و زنان دارای خشونت در گروه خشونت‌دیده قرار گرفتند. پس از تکمیل ۳۸۰ پرسشنامه تعداد پرسشنامه‌های گروه خشونت‌دیده بیشتر بود. به همین دلیل نمونه‌گیری تا تکمیل ۴۳۰ پرسشنامه ادامه یافت و از بین این پرسشنامه‌ها ۲۰۲ پرسشنامه در هر گروه انتخاب شد. سپس رفتار باروری و ارتباط آن با خشونت

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

خانگی بررسی شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه سنجش خشونت خانگی و پرسشنامه رفتار باروری بود. این پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی است و شامل ۳۴ سوال است که ۲۶ گویه آن در حیطه‌های خشونت فیزیکی، جنسی و روانی است که ۱۰ گویه مربوط به حیطه خشونت فیزیکی، ۵ گویه به حیطه خشونت جنسی و ۱۱ گویه به حیطه خشونت روانی تعلق دارد که در حیطه روانی، خشونت اقتصادی نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد. سایر پرسش‌های موجود در پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک و متغیرهای علل و عوامل ایجاد خشونت و راهکارهای مؤثر در کاهش آن است. زنی خشونت‌دیده در نظر گرفته می‌شود که حداقل یک پاسخ مثبت به هرکدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا روانی داده باشد. زنانی که گزارشی از خشونت ندارند در گروه فاقد خشونت، زنانی که یکی دوبار تجربه خشونت داشته باشند در گروه خشونت خفیف، زنانی که ۵-۳ بار تجربه خشونت را ذکر کنند در گروه متوسط و زنانی که بیش از ۵ بار خشونت را تجربه کرده باشند در گروه خشونت شدید قرار می‌گیرند. اعتبار این پرسشنامه توسط محققان ایرانی در ایران مورد بررسی قرار گرفته است و با استفاده از روش اعتبار محتوا سنجیده شده که CVI بالای ۰/۸ برای پرسش‌ها به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ برای سه حیطه مختلف پرسشنامه به ترتیب برای خشونت فیزیکی ۰/۹۲، خشونت روانی ۰/۸۹ و برای خشونت جنسی ۰/۸۸ است [۱۸, ۱۹].

برای بررسی اعتبار پرسشنامه رفتار باروری از روش اعتبار محتوا استفاده شد که پژوهشگر بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای و منابع علمی، آخرین مطالب و مقالات علمی و نتایج تحقیقات دیگران و پرسشنامه‌های مرتبط [۲۰, ۲۱] و اظهار نظر اساتید راهنما و مشاور را در اختیار ۲۰ نفر از اساتید محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و اصفهان، متخصصان بهداشت باروری، متخصصان پزشکی قانونی و اساتید گروه معارف دانشگاه اصفهان (به‌منظور متغیر سقط عمدی) قرار داد، سپس نظرات آنها و روایی آن بررسی و تغییرات لازم در پرسشنامه فرم نهایی اعمال شد. برای بررسی پایایی ابزار از طریق بازآزمون انجام شد. به این ترتیب که پرسشنامه‌ها توسط ۳۰ نفر از افراد مشابه واحدهای مورد پژوهش توزیع و در طی دو بار و به فاصله ۱۰ روز پرسشنامه‌ها تکمیل شد، سپس ضریب همبستگی بین دو بار تکمیل پرسشنامه‌ها تعیین شد که به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۸ بود.

در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده توسط پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ مورد تحلیل آماری قرار گرفت. برای توصیف اطلاعات به دست آمده از آمار توصیفی و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کمّی از آزمون t مستقل، برای متغیرهای کیفی-اسمی از آزمون کای اسکور و درصورت نداشتن شرایط لازم از آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه متغیرهای کیفی-رتبه‌ای از آزمون من ویتنی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

اکثریت زنان در گروه دارای خشونت (۳۵/۱ درصد) ۱۰-۶ سال و در گروه بدون خشونت (۲۹/۲ درصد) ۵-۱ سال از زمان ازدواجشان گذشته بود. با این وجود تفاوت معناداری در میانگین دو گروه خشونت‌دیده و بدون خشونت وجود نداشت (P=۰/۶۴). میانگین سنی در دو گروه خشونت‌دیده ۳۲/۳۳ گروه بدون خشونت ۳۲/۵۳ بود تفاوت آماری معناداری از نظر سن در دو گروه وجود نداشت (P=۰/۷۵). اکثر زنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر در هر دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی،

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

خانه‌دار بودند و تفاوت آماری معناداری میان گروه‌های مورد مطالعه وجود نداشت.

بیشترین نوع خشونت مربوط به خشونت روانی (۸۵/۱۶ درصد) و سایر حیطه‌های خشونت به ترتیب خشونت جنسی، فیزیکی و اقتصادی بود. مطابق با نتایج ارائه شده در جدول شماره ۱ اکثر زنان در گروه خشونت‌دیده روش غیرهورمونی، ازجمله مقاربت منقطع را به عنوان بیشترین روش استفاده شده به‌منظور پیشگیری از بارداری بیان کردند و گروه بدون خشونت روش غیرهورمونی و کاندوم را به عنوان بیشترین روش پیشگیری از بارداری گزارش کردند. با استفاده از آزمون‌های آماری دو گروه از نظر بیشترین روش استفاده شده برای پیشگیری از بارداری با هم اختلاف معناداری داشتند. جدول ۲ بیانگر آن است که جدول دو گروه تفاوت معناداری با هم در میزان حاملگی ناخواسته، اقدام به سقط عمدی و قصد اقدام به سقط عمدی داشته و این موارد در گروه خشونت‌دیده بیشتر بود

جدول ۶ نشان می‌دهد درخواست مقاربت جنسی بدون رضایت از جمله شایع‌ترین اشکال خشونت جنسی و پرهیز از مقاربت به قصد تنبیه و خشونت فیزیکی در حین مقاربت از جمله خشونت‌های جنسی است که کمتر گزارش شده است.

جدول ۱- فراوانی انواع خشونت خانگی

انواع خشونت خانگی		فراوانی	درصد
فیزیکی	دارد	۸۹	۴۴/۰۵
	ندارد	۱۱۳	۵۵/۵۹
جنسی	دارد	۱۴۰	۶۹/۳
	ندارد	۶۲	۳۰/۷
روانی	دارد	۱۷۲	۸۵/۱۵
	ندارد	۳۰	۱۴/۸۵
اقتصادی	دارد	۴۳	۲۱/۳
	ندارد	۱۵۹	۸۷/۷

جدول ۲- روش‌های تنظیم خانواده بر اساس گروه‌های خشونت‌دیده و خشونت‌ندیده

گروه‌ها تنظیم خانواده		درصد خشونت‌دیده	درصد خشونت‌ندیده	سطح معناداری*
بیشترین روش پیشگیری از بارداری	مقاربت منقطع	۵۲	۴۰	P<۰/۰۰۱
	کاندوم و سایر روش‌های مطمئن	۳۴	۳۹	
آخرین روش پیشگیری از بارداری	مقاربت منقطع	۳۴	۳۷	P=۰/۰۶
	کاندوم و سایر روش‌های مطمئن	۳۲	۴۴/۵	
سابقه حاملگی ناخواسته		۲۸/۷	۱۶/۸	P=۰/۰۰۴
داشتن سقط عمدی		۹/۹	۱/۸	P=۰/۰۱۷

جدول ۳- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب علت خشونت توسط همسر

بیشترین علت خشونت فیزیکی	تعداد	درصد
مشکلات اقتصادی - اجتماعی	۱۵	۱۶
اعتیاد همسر	۹	۱۰
دخالت خانواده همسر	۱۳	۱۴
شکاکی یا بدبینی	۱۰	۱۱
نبود تفاهم	۱۷	۱۸
ازدواج مجدد	۱	۱
دخالت خانواده خودم	۱۳	۱۴
بیماریهای روحی روانی	۶	۶
تربیت نادرست همسر	۱۳	۱۴
وجود فرزندان از ازدواج قبلی	۰	۰
درگیری‌های خیابانی	۰	۰
نمی‌دانم	۶	۰
جمع	۹۰	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوان واحدهای پژوهش برحسب میزان تحصیلات در دو گروه دارای خشونت (مورد) و بدون خشونت (شاهد)

گروه‌ها میزان تحصیلات	دارای خشونت		بدون خشونت		سطح معناداری*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ابتدایی	۱۰	۵	۱۸	۸/۹	P=۰/۲۲ z=-1
راهنمایی	۳۴	۱۶/۸	۲۳	۱۱/۴	
دبیرستان	۱۷	۸/۴	۱۰	۵	
دیپلم متوسطه	۶۲	۳۰/۷	۵۷	۲۸/۲	
دانشگاهی	۷۹	۳۹/۱	۹۴	۴۶/۵	
جمع	۲۰۲	۱۰۰	۲۰۲	۱۰۰	

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

جدول ۵- توزیع فراوان واحدهای پژوهش برحسب میزان تحصیلات در دو گروه دارای خشونت (مورد) و بدون خشونت (شاهد)

نوع خشونت فیزیکی	هرگز		۱ بار		۲ بار		۳-۵ بار		بیش از ۵ بار		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هل دادن	۱۴۴	۷۱	۳۴	۱۶	۱۲	۵	۵	۲	۷	۳	۲۰۲	۱۰۰
سیلی زدن	۱۵۳	۷۵	۲۵	۱۲	۱۳	۶	۵	۲	۶	۲	۲۰۲	۱۰۰
پرتاب اشیا	۱۷۰	۸۴	۱۷	۸	۶	۲	۴	۱	۵	۲	۲۰۲	۱۰۰
مشت زدن	۱۷۷	۸۷	۱۰	۴	۷	۳	۴	۱	۴	۱	۲۰۲	۱۰۰
کشیدن مو	۱۹۲	۹۵	۵	۲	۲	۰	۱	۰	۲	۰	۲۰۲	۱۰۰
زدن با شلاق	۱۹۹	۹۸	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۲۰۲	۱۰۰
سوزاندن یا داغ کردن	۲۰۲	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰۲	۱۰۰
کشیدن بازو	۱۸۳	۹۰	۹	۴	۴	۱	۳	۱	۳	۱	۲۰۲	۱۰۰
تهدید با چاقو	۱۹۸	۹۸	۲	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۲۰۲	۱۰۰
لگد زدن	۱۸۳	۹۰	۸	۳	۵	۲	۱	۰	۵	۲	۲۰۲	۱۰۰
سایر موارد	۲۰۱	۹۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۲۰۲	۱۰۰

جدول ۶- فراوانی بیشترین علت خشونت جنسی اعمال شده از سوی همسر در گروه خشونت

نوع خشونت فیزیکی	هرگز		۱ بار		۲ بار		۳-۵ بار		بیش از ۵ بار		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پرهیز از مقاربت به قصد تنبیه	۱۶۰	۸/۵	۱۲	۷	۱۲	۷	۲	۱	۸	۴/۵	۱۷۴	۱۰۰
ابراز نارضایتی از مقاربت	۱۲۶	۷/۵۲	۲۷	۱۵	۹	۵	۷	۴	۵	۲	۱۷۴	۱۰۰
درخواست مقاربت بدون رضایت	۸۷	۵۰	۳۷	۲۱	۱۹	۱۱	۱۰	۶	۲۱	۱۲	۱۷۴	۱۰۰
استفاده از زور و اجبار برای مقاربت	۱۴۰	۸/۵	۱۶	۹	۸	۵	۵	۳	۵	۲/۵	۱۷۴	۱۰۰
درخواست رابطه جنسی غیرمعمول	۱۰۵	۶/۵	۲۹	۱۷	۲۱	۱۲	۷	۴	۱۲	۶/۵	۱۷۴	۱۰۰
خشونت فیزیکی در حین مقاربت	۱۵۵	۸۹	۱۲	۷	۳	۲	۰	۰	۲	۱	۱۷۴	۱۰۰
سوزاندن یا داغ کردن	۲۰۲	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰۲	۱۰۰
کشیدن بازو	۱۸۳	۹۰	۹	۴	۴	۱	۳	۱	۳	۱	۲۰۲	۱۰۰
تهدید با چاقو	۱۹۸	۹۸	۲	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۲۰۲	۱۰۰
لگد زدن	۱۸۳	۹۰	۸	۳	۵	۲	۱	۰	۵	۲	۲۰۲	۱۰۰
سایر موارد	۲۰۱	۹۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۲۰۲	۱۰۰

جدول ۷- فراوانی بیشترین علت خشونت جنسی اعمال شده از سوی همسر در گروه خشونت

نوع خشونت فیزیکی	هرگز		۱ بار		۲ بار		۳-۵ بار		بیش از ۵ بار		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فریاد یا فحاشی	۴۷	۲۳	۳۱	۱۵	۴۱	۲۰	۴۵	۲۲	۳۷	۱۸	۲۰۲	۱۰۰
تحقیر کردن	۹۱	۴۵	۴۰	۱۹	۳۵	۱۷	۱۷	۸	۱۸	۸	۲۰۲	۱۰۰
محدود کردن ارتباط با دیگران	۱۴۳	۷۱	۲۸	۱۳	۸	۳	۸	۳	۱۴	۶	۲۰۲	۱۰۰
تخریب یا فروش وسایل منزل	۱۸۵	۹۲	۵	۲	۳	۱	۴	۱	۴	۱	۲۰۲	۱۰۰
ممانعت از کار بیرون یا ادامه تحصیل بدون توافق قبلی	۱۶۴	۸۱	۱۹	۹	۴	۱	۳	۱	۱۱	۵	۲۰۲	۱۰۰
تحت نظر داشتن تماس‌های تلفنی ارتباطات روزانه	۱۷۱	۸۵	۱۵	۷	۹	۴	۱	۰	۵	۲	۲۰۲	۱۰۰
حبس کردن در منزل	۱۹۱	۹۵	۴	۱	۲	۱	۰	۰	۴	۱	۲۰۲	۱۰۰
شک به وفاداری یا تهمت مربوط به مسائل ناموسی	۱۸۸	۹۳	۷	۳	۰	۰	۱	۰	۵	۲	۲۰۲	۱۰۰
تهدید به طلاق	۱۷۷	۸۸	۹	۴	۳	۱	۱	۰	۱۱	۵	۲۰۲	۱۰۰

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

جدول ۸- مقایسه رفتار باروری در بُعد تنظیم خانواده در دو گروه خشونت‌دیده و خشونت‌ندیده

رفتار باروری (تنظیم خانواده)		خشونت‌دیده		خشونت‌ندیده		سطح معناداری*
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بیشترین روش پیشگیری از بارداری	طبیعی	۱۰۵	۵۲	۸۲	۴۰	P< ۰،۰۰۱ X2 = ۱۰،۰۷۵ Df = 6
	قرص	۱۸	۹	۲۰	۱۰	
	کاندوم	۶۸	۳۴	۷۸	۳۹	
	آ یو دی	۹	۴/۵	۲۰	۱۰	
	سایر	۲	۰/۵	۲	۱	
	جمع	۲۰۲	۱۰۰	۲۰۲	۱۰۰	
آخرین روش پیشگیری از بارداری	طبیعی	۷۰	۳۴/۵	۷۵	۳۷	p = ۰۶ .۰ X2 = ۱۳ Df = 8
	قرص	۱۴	۷	۱۵	۷/۵	
	کاندوم	۶۵	۳۲	۸۲	۴۰/۵	
	آ یو دی	۳۴	۱۷	۱۵	۷/۵	
	لوله بستن زن	۸	۴	۸	۴	
	لوله بستن مرد	۹	۴/۵	۷	۳/۵	
	سایر	۲	۱	۰	۰	
	جمع	۲۰۲	۱۰۰	۲۰۲	۱۰۰	
سابقه حاملگی ناخواسته	دارد	۵۸	۲۸/۷	۳۴	۱۶/۸	P = ۰،۰۴ X2 = ۸ Df = 1
	ندارد	۱۴۴	۷۱/۳	۱۶۸	۸۳/۲	
	جمع	۲۰۲	۱۰۰	۲۰۲	۱۰۰	

* با استفاده از آزمون کای دو

بحث

کنترل بر انتخاب‌های مرتبط با حوزه تنظیم خانواده و استفاده یا استفاده نکردن از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری از عوامل کلیدی و حیاتی در دستیابی به سلامت و توسعه انسانی برای زنان است. خشونت خانگی نیز یکی از موانع برجسته در این مسیر است. مطابق با نتایج به دست آمده از این مطالعه، زنان خشونت‌دیده در مقایسه با زنان خشونت‌ندیده کمتر از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند و بیش از نیمی از آنان مقاربت منقطع برای پیشگیری از بارداری داشتند. در همین راستا در مطالعه کوسونوکی و همکاران بر روی جمعیتی از زنان خشونت‌دیده در آمریکا کمتر از روش‌های پیشگیری از بارداری مطمئن استفاده کرده بودند. با این وجود نسبت بالایی از آنان از روش‌های مقاربت منقطع به عنوان روش پیشگیری بهره برده بودند [۱۰] که با یافته‌های به دست آمده از چندین مطالعه دیگر مشابهت داشت [۲۲, ۲۳]. در یک مطالعه مرور سیستماتیک، تجربه خشونت خانگی با کاهش استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ارتباط معناداری را نشان داده بود [۲۴].

در مطالعه دیلامو و همکاران در گینه، زنانی که تحت خشونت خانگی قرار داشتند با احتمال بالاتری از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرند و با اختلاف قابل ملاحظه‌ای در اغلب موارد استفاده از روش‌های تزریقی، به دلیل برخورداری از قابلیت پنهان‌سازی از همسر، بر دیگر روش‌ها ارجحیت داشت [۹]. در همین راستا در مطالعه سیلورمن و همکاران بر روی زنان نیجریه زنان خشونت‌دیده، افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری مدرن و بدون اطلاع همسر گزارش شده بود [۱۲].

مطابق با نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، زنان

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

خشونت‌ندیده با احتمال بیشتری از کاندوم استفاده می‌کردند. در همین راستا در مطالعه‌ای که بر روی زنان کشور هند به انجام رسیده بود، مواجهه با خشونت از سوی همسر با کاهش استفاده از کاندوم ارتباط داشت [۱۱] که با یافته‌های به دست آمده از مطالعات دیگر نیز مشابهت داشت [۲۴, ۲۵].

با اینکه انتظار می‌رود زنان با تجربه خشونت خانگی تمایل کمتری به بارداری داشته باشند، در این پژوهش نتایج عکس به دست آمده است. چنین به نظر می‌رسد تجربه خشونت از سوی همسر می‌تواند کنترل و استقلال زنان را تحت تاثیر قرار داده و امکان صحبت درمورد استفاده از وسیله‌ای برای پیشگیری از بارداری را که نیازمند همکاری از سوی همسر است، از او سلب کرده و قادر به بیان خواسته هایش نباشد [۱۳]. علاوه بر این، زنان خشونت‌دیده دسترسی کمتری به خدمات ارائه شده در حوزه تنظیم خانواده دارند و این مسئله نیازهای برآورده نشدهٔ آنها را در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری افزایش خواهد داد [۲۶].

نتایج مطالعات متعدد بیانگر آن است که کاهش استفاده و یا استفاده ناپایدار و به‌کار نگرفتن روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری می‌تواند با افزایش احتمال بارداری ناخواسته همراه شود [۲۷, ۲۸]. نتایج به دست آمده از این مطالعات نشان داد که زنان خشونت‌دیده در مقایسه با دیگر زنان، با اختلاف معناداری بارداری ناخواسته بیشتر و به دنبال آن، سقط‌های عمدی بیشتری را تجربه کرده بودند. همسو با این مطالعه در پژوهش‌های متعددی ارتباط معناداری میان تجربه خشونت با احتمال بارداری ناخواسته و سقط‌های عمدی مشاهده شده است [۱۳, ۱۶, ۱۷]. در توضیح ارتباط مشاهده شده می‌توان به استفاده نکردن از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری اشاره کرد که احتمال بارداری ناخواسته را افزایش می‌دهد. با این وجود نباید از نقش کلیدی سایر عوامل مانند توانمندی و میزان استقلال و کنترل زنان بر رفتارشان غافل بود که می‌توانند به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در این میان نقش داشته باشند [۱۳]. دلیل دیگر این مشاهدات را می‌توان در تسلط عاطفی و اقتصادی همسران آزارگر یافت که توانایی تصمیم‌گیری آزادانه برای بارداری یا جلوگیری از بارداری را از آنها می‌گیرد [۲۹].

این مطالعه یکی از اولین پژوهش‌هایی است که در جمعیت مورد نظر، ارتباط خشونت خانگی با رفتار باروری را مورد سنجش قرار داده است. در این پژوهش سعی شده با دسته‌بندی روش‌های پیشگیری به اطلاعات دقیق‌تری در این زمینه دست یافت. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به گذشته‌نگر بودن این پژوهش اشاره کرد که تعیین رابط علت و معلولی و یادآوری دقیق آنچه را که در گذشته اتفاق افتاده، با مشکل مواجه می‌سازد. علاوه بر این، حجم کم نمونه‌ها نیز می‌تواند قابلیت تعمیم نتایج به دیگر جمعیت‌ها را تحت تاثیر قرار دهد که نیازمند مطالعات با حجم بالاتر است. در نهایت باتوجه به ارزش‌های فرهنگی حاکم بر جامعه صحبت درباره خشونت تجربه شده از سوی همسر و یا در رابطه با مسائل مرتبط با باروری مانند تنظیم خانواده و انجام سقط عمدی می‌تواند پنهان شده و روی پاسخگویی صحیح و دقیق از سوی شرکت‌کنندگان تاثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

خشونت خانگی مشکلی بسیار جدی و البته تا حدی قابل پیشگیری است. زنانی که تحت خشونت خانگی قرار می‌گیرند قادر به داشتن رفتار باروری مناسب در ابعاد مختلف نیستند. با توجه به سیاست فعلی کشور ایران در ارتباط با فرزندآوری و افزایش جمعیت، توصیه می‌شود زوجین بیشتر تحت غربالگری خشونت خانگی قرار گیرند تا درصورت تمایل به باروری باتوجه به اینکه

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

مامایی سطح اول خدمات بهداشتی-درمانی است و ماماها ارتباط نزدیکی با زنان سنین باروری دارند، می‌توان با مشاوره خوب و مؤثر و انجام با کیفیت مراقبت پیش از بارداری برای زوجین، میزان حامگی ناخواسته و سقط عمدی کاهش داد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله از معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان که در این پژوهش حمایت و همکاری شایسته‌ای داشتند، سپاسگزاری می‌کنند.

تأییدیه اخلاقی: پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی وکسب اجازه از معاونت درمان برای نمونه‌گیری به مراکز درمانی که از قبل انتخاب شدند مراجعه و ضمن کسب رضایت از مراکز تحت پوشش تأمین اجتماعی و نمونه‌های مورد مطالعه و همچنین بیان اهداف پژوهش و با استفاده از فنون مشاوره و جلب اعتماد و با رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، ازجمله کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها، بیان اهداف پژوهش و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، اقدام به نمونه‌گیری کرد.

تعارض منافع: از سوی نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: نفیسه ربانی: اجرای طرح و نگارش مقاله (۳۰ درصد)؛ محبوبه احمدی: ایده طرح و بازبینی مقاله (۲۰ درصد)؛ علیرضا اکبرزاده: امور مشاوره‌ای و آماری (۱۰ درصد)؛ مهرزاد کیانی: بررسی متون و مشاوره قانونی طرح (۱۰ درصد)؛ اشرف کاظمی: ایده طرح و بازنگری مقاله (۲۰ درصد)؛ حدیثه مؤید: جمع‌آوری اطلاعات و نگارش مقاله (۱۰ درصد).

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Sohanian Haghighi M, Faizi I. Description of Domestic Violence in the Iranian Family. Research of Deviance and Social Problems. 2023;6(6):1-31. [Persian]
2. Manzouri L, Abed M. Prevalence of Domestic Violence and its Related Factors in Married Women Aged 18-49 Years in Yasuj, Iran. Armaghane Danesh. 2023;28(3):386-99. [Persian] doi: 10.61186/armaghanj.28.3.386.
3. Hawcroft C, Hughes R, Shaheen A, Usta J, Elkadi H, Dalton T, et al. Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2019;19(1):315. doi: 10.1186/s12889-019-6619-2.
4. Leite FM, Luis MA, Amorim MH, Maciel EL, Gigante DP. Violence against women and its association with the intimate partner's profile: a study with primary care users. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:e190056. doi: 10.1590/1980-549720190056.
5. Parhizkar A. Investigating the causes of domestic violence against men by their wives in community health centers in Sanandaj city in 2021-2022. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2023;8(4):13-24. [Persian]
6. Saffari M, Arslan SA, Yekaninejad MS, Pakpour AH, Zaben FA, Koenig HG. Factors Associated With Domestic Violence Against Women in Iran: An Exploratory Multicenter Community-Based Study. J Interpers Violence. 2017:886260517713224. doi: 10.1177/0886260517713224.
7. Jafari Z, Parvin F. An overview of types of violence against women in Iran between 2010 and 2021. Nursing and Midwifery Journal. 2022;20(4):269-79. [Persian]
8. Roland N, Ahogbehossou Y, Hatem G, Yacini L, Feldmann L, Saurel-Cubizolles MJ, et al. Violence against women and perceived health: An observational survey of patients treated in the multidisciplinary structure 'The Women's House'and two Family Planning Centres in the metropolitan Paris area. Health Soc Care Community. 2022;30(6):e4041-50. doi: 10.1111/hsc.13797.
9. Nayebi Nia AS, Dolatian M, Hasan Pour Azghadi B, Ebadi A, Akbarzadeh Baghban A. Domestic Violence and Its Association with Domains of Reproductive Health in Women: A Systematic Review. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018;27(158):205-17. [Persian]
10. Kusunoki Y, Barber JS, Gatny HH, Melendez R. Physical intimate partner violence and contraceptive behaviors among young women. J Womens Health (Larchmt). 2018;27(8):1016-25. doi: 10.1089/jwh.2016.6246.
11. Chen GL, Silverman JG, Dixit A, Begum S, Ghule M, Battala M, et al. A cross-sectional analysis of intimate partner violence and family planning use in rural India. EClinicalMedicine. 2020:21:100318. oi: 10.1016/j.eclinm.2020.100318.
12. Silverman JG, Challa S, Boyce SC, Averbach S, Raj A. Associations of reproductive coercion and intimate partner violence with overt and covert family planning use among married adolescent girls in Niger. EClinicalMedicine. 2020:22:100359. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100359.
13. Tiruye TY, Harris ML, Chojenta C, Holliday E,

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

Loxton D. The mediation effect of contraceptive use and women's autonomy on the relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy in Ethiopia. BMC Public Health. 2020;20(1):1408. doi: 10.1186/s12889-020-09514-7.
14. Ratovoson R, Kunkel A, Rakotovao JP, Pourette D, Mattern C, Andriamiadana J, et al. Frequency, risk factors, and complications of induced abortion in ten districts of Madagascar: results from a cross-sectional household survey. BMC Womens Health. 2020;20(1):96. doi: 10.1186/s12905-020-00962-2.
15. Dehingia N, Dixit A, Atmavilas Y, Chandurkar D, Singh K, Silverman J, et al. Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):188. doi: 10.1186/s12884-020-2848-8.
16. Tiwari S, Gray R, Jenkinson C, Carson C. Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(5):509-19. doi: 10.1007/s00127-018-1504-3.
17. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Health effects of intimate partner violence against women: Evidence from community based cross sectional study in Western Ethiopia. Sci Technol Arts Res. 2013;2(2):48-57. doi: 10.4314/star.v2i2.98884.
18. Rahnavardi M, Shayan A, Rezaie Chamani S, Heydarifard S, Rahebi M. The Impact of Infertility on Sexual Violence in Women Referring to AL-Zahra Infertility Center in Rasht. Journal of Health and Care. 2019;21(1):44-52. [Persian] doi: 10.29252/jhc.21.1.44.
19. Mohamadi S, Shahoei R, Soofizadeh N. Relationship of domestic violence from husband and preeclampsia in postpartum women referred to Sanandaj medical education center in 2017. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2021;24(2):71-9. [Persian]
20. Abbasi-Shavazi MJ, Hosseini-Chavoshi M, Aghajanian A, Delavar B, Mehryar A. Unintended pregnancies in the Islamic Republic of Iran: levels and correlates. Asia Pac Popul J. 2004;19(1):27-38. doi: 10.18356/8813ed72-en.
21. Khadivzadeh T, Latifnejad Roudsari R, Bahrami M. The Influence of gender role and women's empowerment on couples' fertility experiences in urban society of Mashhad, Iran. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2014;2(3):170-9.
22. Dadras O, Nakayama T, Kihara M, Ono-Kihara M, Dadras F. Intimate partner violence and unmet need for family planning in Afghan women: the implication for policy and practice. Reprod Health. 2022;19(1):52. doi: 10.1186/s12978-022-01362-5.
23. Aolymat I. A Cross-Sectional Study of the Impact of COVID-19 on Domestic Violence, Menstruation, Genital Tract Health, and Contraception Use among Women in Jordan. Am J Trop Med Hyg. 2020;104(2):519-25. doi: 10.4269/ajtmh.20-1269.
24. Maxwell L, Devries K, Zionts D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(2):e0118234. doi: 10.1371/journal.pone.0118234.
25. Raj A, McDougal L, Reed E, Silverman JG. Associations of marital violence with different forms of contraception: Cross-sectional findings from South Asia. Int J Gynaecol Obstet. 2015;130 Suppl 3(03):E56-61. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.013.
26. Hill AL, Zachor H, Jones KA, Talis J, Zelazny S, Miller E. Trauma-informed personalized scripts to address partner violence and reproductive coercion: Preliminary findings from an implementation randomized controlled trial. J Womens Health (Larchmt). 2019;28(6):863-73. doi: 10.1089/jwh.2018.7318.
27. Jain AK, Winfrey W. Contribution of contraceptive discontinuation to unintended births in 36 developing countries. Stud Fam Plann. 2017;48(3):269-78. doi: 10.1111/sifp.12023.
28. Bishwajit G, Tang S, Yaya S, Feng Z. Unmet need for contraception and its association with unintended pregnancy in Bangladesh. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):186. doi: 10.1186/s12884-017-1379-4.
29. Rahman M. Women's autonomy and unintended pregnancy among currently pregnant women in Bangladesh. Matern Child Health J. 2012;16(6):1206-14. doi: 10.1007/s10995-011-0897-3.
30. Gorji F, Valizadeh A, Hassani M. The Jurisprudential-Legal Challenges of Infertility and Its Effect on Couples' Relationships. Islamic Journal of Women and the Family. 2023;11(2):9-37. [Persian]
31. Ghasemi F, Khosroshahi G, Noroozi M, Ghamarani A. Women's sexuality from temporary marriage: a phenomenological study. Social Welfare Quarterly. 2024;24(95):43-85. [Persian] doi: 10.32598/

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]