

خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادی آن

دکتر مرضیه نجومی*: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر زهره اکرمی: دستیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال دوم شماره اول زمستان ۱۳۸۱ صص ۴۸-۴۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۸/۶

چکیده

خشونت در دوران بارداری، هم مادر و هم جنین را با مکانیزم‌های مستقیم و غیرمستقیم تحت تأثیر قرار داده و منجر به عواقب ناگوار مادری و نوزادی می‌گردد. هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی خشونت فیزیکی اعمال شده از سوی همسر در دوران بارداری و ارتباط آن با عواقب مادری و نوزادی است.

مطالعه به صورت مشاهده‌ای- مقطعی بر روی ۴۰۶ نفر از زنانی که در تابستان ۸۱ در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران زایمان کرده و در بخش بعد از زایمان بستری شده بودند، انجام و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که حاوی ۳۰ سؤال بود جمع‌آوری شد. داده‌هایی مربوط به عواقب مادری و نوزادی عبارتند از: زایمان به شیوه سزارین، پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی، بستری شدن مادر در بیمارستان در دوران بارداری، تولد نوزاد با وزن کم و تولد قبل از موعد. سپس با استفاده از آزمون آماری Chi-square به تعیین ارتباط خشونت فیزیکی با عواقب مادری و نوزادی پرداخته شد. همچنین با تعیین نسبت خطر (Odds ratio) شدت ارتباط متغیرهای مربوط به وضعیت عمومی زنان باردار و خشونت فیزیکی تعیین گردید.

فراوانی خشونت فیزیکی از سوی همسر در دوران بارداری، ۱۰/۷ درصد تعیین شد و بین خشونت فیزیکی با سطح تحصیلات پایین مادر، مصرف سیگار و دارو بدون تجویز پزشک ارتباط معنی‌دار به دست آمد. همچنین عدم رعایت فاصله گذاری بین تولدها، عدم مراجعه به موقع جهت مراقبت‌های دوران بارداری، حاملگی ناخواسته و بستری به علل عفونت کلیه، خونریزی شدید همراه با درد، تهوع، استفراغ و پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی، وزن کم زمان تولد و تولد قبل از موعد در زنانی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند، بیش از زنان گروه مقابل بود ($P < 0.05$).

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر ضمن تأیید ارتباط بین خشونت فیزیکی و عواقب نامطلوب مادری و نوزادی توصیه می‌شود غربالگری برای خشونت خانوادگی در ابتدای دوران بارداری انجام گردد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانوادگی، سوء استفاده فیزیکی، عواقب بارداری، نتیجه حاملگی

*نویسنده اصلی: خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

تلفن: ۶۵۰۷۰۰۵ نمایر: ۶۵۰۶۸۶۴

E-mail: m-nojomi@yahoo.com

مقدمه

که در سه ماهه تابستان ۸۱ در بیمارستان شهید اکبرآبادی زایمان کرده و در بخش بعد از زایمان بستری شده بودند، انجام شد. نحوه نمونه‌گیری غیراحتمالی (آسان) بود. پرسشنامه حاوی ۱۹ سؤال راجع به وضعیت عمومی زنان (دموگرافیک) در دوران بارداری و ۱۱ سؤال در زمینه خشونت و تهدید فیزیکی در دوران بارداری و در طول سه ماه قبل از بارداری بود. سؤالات مربوط به وضعیت دموگرافیک زنان باردار و اعمال خشونت فیزیکی از سوی همسر، با استفاده از گزارشات فردی زنان تکمیل شد و گزینه‌های مربوط به عوارض بارداری و وزن موقع تولد نوزاد و سن حاملگی با استفاده از پرونده مادر و نوزاد پاسخ داده شد. معیارهای پذیرش در مطالعه عبارت بودند از: خانم‌هایی که بعد از هفته ۲۰ حاملگی زایمان کرده بودند و حداقل ۶ ساعت از زمان زایمان آنها گذشته بود و ملیت ایرانی داشتند. جهت رعایت نکات اخلاقی در پژوهش، پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تهیه شد و تلاش در جهت محرمانه نگهداشتن اسرار بیماران انجام گرفت.

نهایتاً داده‌های جمع آوری شده، وارد برنامه نرم افزاری SPSS 9 شده و فراوانی خشونت و تهدید فیزیکی در دوران بارداری و قبل از آن محاسبه گردید و نیز با استفاده از آزمون آماری Chi-Square به محاسبه وجود ارتباط بین خشونت فیزیکی و عواقب مادری و نوزادی از جمله بستری شدن به علل مختلف در دوران بارداری، پارگی کیسه آب قبل از زایمان و سزارین و تولد نوزاد با وزن کم و تولد قبل از موعد پرداخته شد (حد معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد).

همچنین با تعیین نسبت خطر (Odds ratio) به محاسبه شدت ارتباط بین خشونت فیزیکی و وضعیت عمومی زنان در دوران بارداری از جمله کافی بودن مراقبت در دوران بارداری، رعایت فاصله گذاری بین تولدها، سوء مصرف دارو و سیگار و خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی پرداخته شد.

در مورد بررسی ارتباط بین خشونت فیزیکی و عواقب مادری و نوزادی آن نیز، عوامل مخدوش کننده مهم عبارت بودند از: ناکافی بودن مراقبت در دوران بارداری، سیگار کشیدن مادر، ناخواسته بودن حاملگی و تحصیلات و شغل مادر که پس از تطبیق برای عوامل فوق الذکر با استفاده از آنالیز

خشونت، یک مشکل عمده بهداشتی و کتک‌زدن زنان یک عامل مهم مختل کننده سلامتی است. بارداری نیز به‌عنوان یک دوره پرمخاطره برای سوء استفاده فیزیکی، روانی و جنسی شناخته شده است. شیوع آسیب فیزیکی از سوی همسر در دوران بارداری از ۰/۹ تا ۲۰ درصد گزارش گردیده و در مورد زنان، خشونت خانوادگی بسیار شدیدتر و مهم‌تر از خشونت ایجاد شده توسط افراد غریبه است و از طرفی حمایت در برابر خشونت خانوادگی برای زنان از اهمیت بالایی برخوردار است [۱].

از طرف دیگر سوء استفاده فیزیکی، روانی و جنسی معمولاً کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود، اما خشونت و به خصوص بین افراد فامیل و همسران، به عنوان علت شایع بیماری‌زایی و مرگ و میر در سراسر دنیا محسوب می‌شود. متأسفانه بسیاری از پزشکان از بیمارانشان راجع به قربانی خشونت شدن، سؤال نمی‌کنند و به راحتی نشانه‌های بالینی آن را از دست می‌دهند. لذا آموزش مداوم پزشکی در این زمینه اغلب مورد نیاز است [۲]. خشونت فیزیکی در دوران بارداری با مکانیزم‌های مستقیم و غیرمستقیم، مادر و جنین را تحت تأثیر قرار داده و منجر به عواقب ناگوار حاملگی و عوارض جبران‌ناپذیر در نوزاد خواهد شد. همچنین وارد شدن ضربه مستقیم به شکم خانم باردار منجر به آسیب جنین، مرگ یا عواقبی مانند تولد نوزاد با وزن کم و تولد زود هنگام خواهد شد.

همچنین خشونت به‌عنوان یک عامل خطر واسطه‌ای عمل کرده و منجر به ایجاد تنش روحی و عاطفی در مادر شده و در نتیجه سبب دسترسی ناکافی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی توسط مادر خواهد شد و سرانجام عواقب نامطلوب مادری و نوزادی عارض خواهد گردید [۳].

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان اظهار نمود، تشخیص سریع و مداخله مؤثر و به‌موقع در جلوگیری از خشونت علیه زنان باردار، سبب کاهش عوارض نامطلوب بارداری خواهد شد [۴].

مواد و روش کار

این مطالعه به‌صورت مشاهده‌ای-مقطعی و با استفاده از پرسشنامه ای که حاوی ۳۰ سؤال بود، بر روی ۴۰۶ نفر از زنانی

بارداری نیز به ترتیب ۱۱/۹ و ۲۵/۴ درصد به دست آمد. از طرفی بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر مشخص گردید زنانی که در دوران بارداری مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته‌اند بیش از زنان گروه مقابل، سابقه آسیب فیزیکی در دوران قبل از بارداری را دارند (۷۵ درصد در برابر ۲/۲ درصد) و این ارتباط معنی‌دار است ($P=0/005$). از طرف دیگر بیشترین نوع آسیب، مشت زدن (۹/۸ درصد)، سیلی زدن (۸/۴ درصد) و اقدام به خفه کردن (۳/۶ درصد) و نیز شایع‌ترین محل آسیب، سر (۷/۱ درصد)، صورت (۶/۸ درصد) و شکم (۶/۱ درصد) بوده است. جدول شماره ۱ ارتباط بین خشونت فیزیکی در طی دوران بارداری و وضعیت عمومی زنان در این دوران را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که چون ارتباطی بین خشونت فیزیکی، سن مادر و تعداد فرزندان مشاهده نشد، لذا نسبت خطر (Odds ratio) صرفاً برای سطح تحصیلات و شغل مادر تطبیق داده شد.

Logistic regression، معنی‌داری رابطه مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی در زنان مورد مطالعه ($5/79 \pm$) ۲۵/۷ سال بود که حداقل سن ۱۵ و حداکثر ۴۵ سال به دست آمد و میانگین تعداد فرزندان ($1 \pm$)، ۲، حداقل تعداد صفر و حداکثر ۶ نفر بود. شغل اکثریت زنان مورد مطالعه، خانه‌داری (۹۵ درصد) بود و فقط ۵ درصد از زنان شاغل بودند که بیشتر به کارگری اشتغال داشتند. میزان تحصیلات در زنان مورد مطالعه به‌طور کلی پایین بود و در حدود ۱۳/۱ درصد آنها بی‌سواد، ۳۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و ۴۱/۷ درصد نیز دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بودند. فراوانی خشونت فیزیکی و تهدید فیزیکی از سوی همسر در دوران بارداری به ترتیب ۱۰/۷ و ۲۳/۴ درصد بود که حدوداً دو برابر اعمال خشونت محسوب می‌شود. ارقام یادشده در دوران قبل از

جدول شماره ۱- ارتباط بین خشونت در دوران حاملگی و وضعیت دموگرافیک زنان تحت مطالعه

Odds ratio (95%CI)	عدم اعمال خشونت فیزیکی		اعمال خشونت فیزیکی		وضعیت دموگرافیک
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
					سن (سال)
۱/۵۸(۰/۹۸-۳/۲۱)	۱۷/۸	۶۴	۲۵/۶	۱۱	<۲۰
	۸۲/۲	۲۹۶	۷۴/۴	۳۲	≥۲۱
					تحصیلات
۱/۶۳(۱/۳۷-۵/۷۱)	۷۲/۷	۲۶۲	۸۱/۳	۳۵	زیر دیپلم
	۲۷/۳	۹۸	۱۸/۶	۸	دیپلم و بالاتر
					شغل
۰/۳۳(۰/۲۸-۰/۷۷)	۹۶/۱	۳۴۵	۸۸/۴	۳۸	خانه‌دار
	۳/۹	۱۵	۱۱/۶	۵	شاغل
					تعداد فرزندان فعلی
۱/۸۳(۰/۱۸-۱/۶)	۲۴/۴	۸۸	۳۷/۲	۱۶	≥۳
	۷۵/۶	۲۷۲	۶۲/۸	۲۷	≤۲
					فاصله گذاری در حاملگی اخیر (سال)
۳/۷۴(۲/۰۱-۵/۰۷)	۸۳/۹	۵۸	۴۱/۸	۱۸	<۳
	۱۶/۱	۳۰۲	۵۸/۱	۲۵	>۳

ادامه جدول شماره ۱- ارتباط بین خشونت در دوران حاملگی و وضعیت دموگرافیک زنان تحت مطالعه

مراجعه جهت مراقبت دوران بارداری					
۲/۶۳(۱/۹۸-۶/۷۲)	۱۸/۳	۶۶	۳۷/۲	۱۶	بعد از پایان ماه سوم حاملگی
	۹۱/۷	۲۹۴	۶۲/۸	۲۷	قبل از پایان ماه سوم حاملگی
۴/۳۲(۲/۷۹-۹/۰۷)	۳/۴	۱۳	۱۴	۶	سیگار کشیدن
	۹۶/۶	۳۴۷	۸۶	۳۷	آری
۹/۱(۶/۵۱-۱۶/۷۲)	۵	۱۸	۳۲/۵	۱۴	خیر
	۹۵	۳۴۲	۶۷/۵	۲۹	مصرف دارو بدون تجویز پزشک
۶/۳(۲/۰۷-۹/۰۱)	۲۶/۵	۹۶	۶۹/۸	۳۰	نوع حاملگی
	۷۳/۵	۲۶۴	۳۰/۲	۱۳	خواسته
					ناخواسته

پرداخته شده، مشاهده می‌شود که پس از تطبیق فاکتورهای مخدوش کننده فوق الذکر، ارتباطی بین نحوه زایمان (سزارین-واژینال) و خشونت فیزیکی مشاهده نشد، اما ارتباط بین خشونت فیزیکی و پارگی کیسه آب قبل از شروع دردهای زایمانی، تولد نوزاد با وزن کم و تولد قبل از موعد معنی‌دار شد ($P < 0.05$).

در جدول شماره ۲ همانطور که ملاحظه می‌گردد پس از تطبیق برای فاکتورهای مخدوش کننده مهم از جمله سیگار کشیدن مادر، ناکافی بودن مراقبت در دوران بارداری، ناخواسته بودن حاملگی، شغل و تحصیلات، ارتباط بین خشونت فیزیکی با عفونت کلیه، خونریزی شدید همراه با درد و تهوع و استفراغ معنی‌دار شد ($P < 0.05$). در جدول شماره ۳ که به بررسی ارتباط بین خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب بارداری

جدول شماره ۲- ارتباط بین خشونت فیزیکی و بستری به علل مختلف در دوران بارداری در زنان تحت مطالعه

P	عدم اعمال خشونت فیزیکی (n=۳۶۰)		اعمال خشونت فیزیکی (n=۴۳)		علل بستری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۰۵	۱/۷	۶	۱۸/۶	۸	خونریزی شدید همراه با درد
۰/۷۳	۳/۶	۱۳	۴/۷	۲	خونریزی شدید بدون درد
۰/۰۰۷	۳/۱	۱۱	۱۱/۶	۵	عفونت کلیه
۰/۴۵	۴/۴	۱۶	۷	۳	پره‌کلامپسی با فشار خون بالا
۰/۲۰	۴/۷	۱۷	۹/۳	۴	تهدید به سقط
۰/۰۱۷	۲/۵	۹	۹/۳	۴	تهوع و استفراغ

جدول شماره ۳- ارتباط بین خشونت فیزیکی در دوران بارداری با عواقب بارداری

P	عدم اعمال خشونت فیزیکی (n=۳۶۰)		اعمال خشونت فیزیکی (n=۴۳)		عواقب بارداری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۱۳۹	۳۷/۲	۱۳۴	۴۸/۸	۲۱	سزارین
۰/۰۰۰۵	۲/۳	۸	۱۴	۶	پارگی کیسه آب قبل از شروع درد زایمان
۰/۰۰۰۵	۱۱/۳	۴۱	۳۲/۵	۱۴	وزن کم زمان تولد
۰/۰۰۳	۱۶/۹	۶۱	۴۴/۱	۱۹	تولد پیش از موعد

بحث و نتیجه‌گیری

همچنین در مطالعه حاضر تفاوتی در نحوه زایمان (سزارین- واژینال) در گروهی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند با گروه مقابل وجود نداشت، اما در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۳ در کارولینای شمالی انجام شد، شیوع زایمان به شیوه سزارین در زنانی که مورد خشونت فیزیکی واقع شده بودند، بیشتر گزارش شده است [۹]. علت تفاوت‌های فوق نیز در مطالعات گوناگون ناشی از حجم نمونه، جمعیت‌های مختلف تحت مطالعه، نوع مطالعه و معیارهای متفاوت انجام سزارین در کشورها است.

نهایتاً نتیجه‌گیری می‌شود که ارزیابی خشونت اولین قدم در قطع خشونت و جلوگیری از انتشار بیشتر آن در آینده است و بر همین اساس توصیه می‌شود با استفاده از سؤالات ساده، به غربالگری خشونت خانوادگی در کلینک‌های مراقبت از مادران و کودکان پرداخته شود. همچنین چون حاملگی به‌عنوان یک دوره مناسب (window period) برای ارزیابی خشونت و مقابله با آن محسوب می‌شود، مشارکت منابع جامعه، آموزش پزشکان و زنان در معرض خطر و نیز اجرای برنامه‌های حمایتی برای زنان آسیب دیده اکیداً توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

محققین لازم می‌دانند از زحمات جناب آقای دکتر مازیار مرادی لاکه که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، سپاسگزاری نمایند.

در این مطالعه، فراوانی خشونت فیزیکی در طی دوران بارداری ۱۰/۷ درصد به‌دست آمد که در دامنه شیوع به‌دست آمده از مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر قرار دارد [۵]. همچنین شاخص اصلی برای پیشگویی اعمال خشونت از سوی همسر در دوران بارداری، وجود خشونت در زمان قبل از حاملگی است، به‌طوری که در مطالعه ما و چند مطالعه دیگر، مشاهده شد زنانی که در دوران بارداری مورد خشونت فیزیکی واقع شده بودند، بیش از زنان گروه مقابل، سابقه آسیب و تهدید فیزیکی را در زمان قبل از بارداری از سوی همسر بیان کرده‌اند [۶ و ۷].

این در حالی است که Stewart در امریکا، شیوع خشونت فیزیکی از سوی همسر را در دوران بارداری ۱۲ تا ۱۴ درصد بیان نموده است، اما هیچ یک از این زنان، خشونت را در زمان قبل از بارداری از سوی همسر تجربه نکرده بودند [۸]. به‌طور کلی علت این تفاوت‌ها در مطالعات مختلف، عدم وجود تعاریف استاندارد در مورد خشونت خانوادگی و نیز روش‌های متفاوت اندازه‌گیری در جوامع مختلف است.

در مطالعه ما تولد نوزاد با وزن کم و تولد قبل از موعد در زنانی که مورد خشونت فیزیکی از سوی همسر قرار گرفته بودند بیش از گروه مقابل بود که اگرچه این نتایج در ۲ مطالعه دیگر تأیید شد اما در ۵ مطالعه که در کشورهای متفاوت انجام شده بود هیچ رابطه‌ای در این زمینه به اثبات نرسید [۹].

منابع

- 1-Kaplan H, Sadock M. Comprehensive Text Book of Psychiatry. In: Benjamin J. Physical and Sexual Abuse of Adults. A Bessel; 1999: 2002-8
- 2-Knesper D, Riba M. Primary Care Psychiatry. In: Schwenk V. Domestic Violence and Abuse. Ae Eyler; 1997: 387-403
- 3-Petersen R. Violence and adverse pregnancy outcomes. American Medical Journal of Preventive Medicine 1997; 13: 366-73
- 4-Newberger EH. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Journal of American Medical Association 1992; 267: 2370-72
- 5-Helton AS, Mcfarlane J, Anderson ET. Battered and pregnant: a prevalence study. American Journal of Public Health 1987; 77: 1337-39
- 6-Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy: the prevalence of physical injuries. Acta Obstetric and Gynecology Scandinavica 2000; 79: 623-30
- 7-Gazmararian JA. Prevalence of violence against pregnant women. Journal of American Medical Association 1996; 275: 1915-20
- 8-Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. Journal of American Medical Association 1993; 149: 1257-63
- 9-Vilma E. Physical violence during pregnancy: maternal complication and birth outcomes. Obstetric and Gynecology 1999; 93: 661-6