

بررسی میزان خشونت خانگی در دوران بارداری، ارتباط آن با برخی عوامل دموگرافیک و اثرات آن بر نتایج بارداری در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه

آذر رنجی¹
میترا صدرخانلو²

چکیده

حدود نیمی از زنان در طول زندگی خود تحت خشونت خانگی قرار می گیرند و بیش از یک سوم زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که مورد خشونت خانگی قرار گرفته اند، حامله می باشند و این عامل می تواند با خطرات جدی برای مادر و نوزاد همراه باشد. هدف این مطالعه تعیین میزان و نوع خشونت در زنان باردار، ارتباط آن با برخی عوامل دموگرافیک و اثرات آن بر بارداری می باشد. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که قسمتی از آن از طریق مصاحبه و قسمتی دیگر توسط خود زنان تکمیل شد. تعداد کل نمونه به 824 نفر رسید. 36,3% زنان در این مطالعه در طی بارداری اخیر خود تحت حداقل یکی از ابعاد خشونت از طرف همسر خود قرار گرفته بودند. خشونت جسمی کمترین و خشونت عاطفی بیشترین موارد گزارش شده است. سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، در آمد ماهانه خانواده و حاملگی ناخواسته با تجربه خشونت در طی حاملگی ارتباط داشتند. خشونت خانگی، زمان شروع مراقبت های پره ناتال، سابقه بستری در بیمارستان در دوران بارداری و نوع زایمان را تحت تاثیر قرار داده بود. شیوع خشونت در طی بارداری در این مطالعه نسبتاً بالا بود. یکی از مهمترین عواقب خشونت می تواند بستری های مکرر زنان تحت خشونت و افزایش احتمال زایمان به طریق سزارین باشد. با توجه به اهداف سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت دادن به سلامت تک تک مادران و کودکان، لازم است که مسؤولین بهداشتی با استفاده از برنامه های غربالگری و ایجاد مراکز حمایتی برای این قشر آسیب پذیر و با انجام پژوهشهای وسیع تر جهت شناخت علل این صدمات به منظور شکستن سیکل معیوب خشونت گامهای مؤثری در جهت حل این معضل اجتماعی بردارند.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، بارداری

¹- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

²- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

شایع ترین شکل خشونت علیه زنان، خشونت در خانواده یا خشونت خانگی می باشد (گارسیا، 2005) و عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید و رفتار آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود (بداغ آبادی، 2005) و شامل سه دسته کلی خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی - روانی می باشد (رکوردز، 2007).

40 تا 50 درصد از زنان در مرحله ای از زندگی خود تحت خشونت خانگی واقع می شوند که این امر سلامت روحی و جسمی آنان را تهدید کرده و گاهی آنان را به سمت خودکشی سوق می دهد (مازا و همکاران، 2005). شیوع خشونت خانگی در نقاط مختلف دنیا متفاوت است، به طوری که در مکزیک 35% و در بنگلادش 50% زنان خشونت خانگی را تجربه کرده اند. تحقیقات نشان داده اند که سالانه در آمریکا 8 تا 12 میلیون زن در معرض خطر خشونت قرار می گیرند و 1.8 میلیون زن به وسیله شوهران خود مضروب می شوند (کوکندیس و همکاران، 1999). شیوع خشونت در بارداری بین 2.5-33.7 درصد در مطالعات مختلف متفاوت است (جیمز و همکاران، 2006).

در ایران آمار دقیقی از خشونت خانگی گزارش نشده، در مطالعه جهانفر و همکاران شیوع خشونت خانگی در زنان حامله مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در کل جمعیت مورد مطالعه 60.6 درصد بوده که شامل 14.6 درصد جسمی، 60.5 درصد روحی و روانی و 23/5 درصد جنسی بوده است (جهانفر و همکاران، 1382). همچنین در مطالعه بختیاری و امید بخش در شهر بابل فراوانی خشونت خانگی 36 درصد بوده است (بختیاری و همکاران، 1382). گرچه خشونت خانگی تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روابط اجتماعی مادران و فرزندان آنان دارد اما بسیاری از زنان تحت خشونت خانگی به وسیله سیستم های مراقبتی شناسایی نمی شوند. این در حالی است که بیش از یک سوم زنان مراجعه کننده به سیستم های بهداشتی و درمانی تحت خشونت خانگی هستند و زنان حامله شانس بیشتری برای خشونت، به خصوص خشونت جسمی دارند (ریچاردسون و همکاران، 2002 و استاگر و همکاران، 1999). خشونت در دوران بارداری با خطرات شدیدی همراه است که از مهمترین این خطرات می توان به زایمان زودرس و نوزاد نارس اشاره کرد (پارکر و همکاران، 2002). همچنین مصرف

سیگار، الکل، داروهای غیرمجاز، مواد مخدر، عفونت و وزن گیری نامناسب مادر در طی حاملگی، افزایش واکنش های سایکولوژیک بعد از زایمان و در نهایت خودکشی در بین زنان حامله تحت خشونت خانگی، درصد بالایی دارد (هیس، 1998 و هلتن، 1996). از مهمترین علل خشونت در خانواده می توان به عدم توافق اخلاقی، بی علاقه‌گی، خودخواهی، فقر، اعتیاد، نداشتن اعتقادات مذهبی، اختلاف سنی و ناتوانی جنسی اشاره کرد (هوف، 1993). عواملی چون عدم درک صحیح از موقعیت خویش، انزوای اجتماعی، افسردگی و تجاوز به حقوق قربانی نیز از فاکتورهای مؤثر در خشونت خانگی است (براون، 1992). پیشگیری از خشونت خانگی برای تداوم و سلامت خانواده امری بسیار مهم تلقی می شود. مهمترین راه پیشگیری از این معضل بهداشتی و اجتماعی آموزش مهارت زندگی به خصوص تأکید بر ارتباط و آموزش است (ریچاردسون و همکاران، 2002 و استاکر و همکاران، 1999)، به طوری که در کشورهای آسیایی و آفریقایی بسته های آموزشی ضمن توسعه سلامت جسمی و جنسی منجر به کاهش شدید درگیری در خانواده شده است (تایلور و همکاران، 2001).

خشونت خانگی همواره نظر مسؤولین بهداشتی را به خود معطوف ساخته و پرستگری از اعمال خشونت علیه زنان به عنوان یک وظیفه پرسنل بهداشتی مطرح شده است (کاوینگتون و همکاران، 2001). با وجودی که بسیاری از زنان تحت خشونت علاقه مند هستند از طرف گروه بهداشتی در زمینه خشونت پیگیری شوند اما متأسفانه بسیاری از پزشکان و پرستاران چندان علاقمند به پرسیدن این موضوع از زنان نیستند (ریچاردسون و همکاران، 2002). در مطالعه فورند و همکاران (1996) اگر چه شیوع خشونت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بالا بوده ولی تنها 7 درصد از موارد خشونت خانگی در پرونده پزشکی ثبت شده بود.

این مطالعه با هدف بررسی میزان و نوع خشونت در زنان باردار، ارتباط برخی عوامل دموگرافیک با بروز آن و اثرات آن بر بارداری، به مسؤولین بهداشتی کشور کمک خواهد کرد تا ابعاد موضوع را بهتر بشناسند و گامهای موثرتری در جهت ارتقای بهداشت خانواده بر دارند.

پرسش های پژوهش

- 1- میزان انواع خشونت خانگی در دوران بارداری در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه چیست؟
- 2- کدام دسته از عوامل دموگرافیک با بروز خشونت خانگی در دوران بارداری مرتبط هستند؟
- 3- خشونت خانگی بر نتایج بارداری چه اثراتی دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. از آنجایی که شهر ارومیه از تنوع قومی و مذهبی برخوردار است و از طرف دیگر توزیع اقوام مختلف در سطح شهر یکنواخت نیست، شهر از نظر جغرافیایی به 6 منطقه تقسیم شد و از بین 18 مرکز بهداشتی و درمانی موجود، 6 مرکز (از هر منطقه یک مرکز) به صورت تصادفی انتخاب گردید. از آنجایی که کلیه کودکان تازه متولد شده صرفاً در مراکز بهداشتی واکسینه می گردند بنابراین جهت جلوگیری از حذف برخی از اقشار از نمونه گیری، مراکز بهداشتی به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شد. پیش از این آماری در مورد میزان انواع خشونت خانگی در زنان باردار در آذربایجان غربی منتشر نشده بود، به همین دلیل جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زنانی در نظر گرفته شدند که در طی 3 ماه از زمان شروع طرح به مراکز مراجعه کرده، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن بوده، آخرین بارداری آنها طی دو ماه گذشته خاتمه یافته بود. از بین زنان واجد شرایط 960 نفر حاضر به شرکت در مطالعه شدند که پس از جدا کردن پرسشنامه های مخدوش و یا ناقص، تعداد کل نمونه 824 نفر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر سؤالات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی نمونه ها، تاریخچه و عوارض حاملگی اخیر و پرسشنامه مربوط به سنجش خشونت نسبت به زنان (حاج یحیا) بود که شامل 32 ماده و 4 عامل می باشد که به بررسی خشونت در 4 بعد فیزیکی، روانی، جنسی و اقتصادی می پردازد. بر پایه نتایج حاصل از اولین زمینه یابی فلسطینیها در مورد خشونت علیه زنان که در مورد 2410 زن انجام گرفت، ضریب پایایی درونی " آلفای کرونباخ" برای چهار عامل تست حاج یحیا به ترتیب 0.71، 0.86، 0.93 و 0.92 می باشد (به نقل از خاقانی، 1382). این

پرسشنامه توسط خاقانی (1382) در ایران ترجمه و هنجار یابی شده است که ضریب پایایی یا آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و هر یک از عوامل روانی، جسمی، جنسی و اقتصادی به ترتیب 0.93، 0.86، 0.90، 0.78 و 0.73 بدست آمد.

جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار، از آزمون مجدد استفاده شد. آلفای کرونباخ برای قسمت دوم پرسشنامه که شامل تاریخچه و عوارض بارداری اخیر فرد بود 0,87 و برای پرسشنامه مربوط به سنجش خشونت 0,89 بدست آمد. پس از ارائه توضیحاتی در مورد مطالعه و کسب اجازه از زنان واجد شرایط، بخشی از پرسشنامه که شامل سوالات مربوط به تاریخچه بارداری اخیر شرکت کنندگان بود توسط پرسشگران به روش مصاحبه و با استفاده از مدارک پزشکی تکمیل گردید و سایر قسمتهای آن توسط خود شرکت کنندگان تکمیل شد. پرسشنامه ها به صورت بی نام بوده و جهت اطمینان شرکت کنندگان از محرمانه باقی ماندن اطلاعات، تکمیل پرسشنامه توسط زنان در اتاقی خصوصی انجام می گرفت و زنان پس از تکمیل پرسشنامه آنرا در جعبه دربسته ای که به همین منظور تعبیه شده بود می انداختند.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و درصدی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای تجزیه فاکتورهای مرتبط با خشونت خانگی و اثرات آن بر بارداری، واحدهای مورد پژوهش به دو گروه تقسیم شدند گروه اول شامل زنانی بود که طی بارداری تحت خشونت قرار نگرفته بودند و گروه دوم شامل زنانی بود که در طی بارداری حداقل یک بار تحت حداقل یکی از ابعاد خشونت قرار گرفته بودند. برای تجزیه و تحلیل این عوامل از آنالیز Logistic Repration استفاده گردید و برای هر مورد OR و فاصله اطمینان 95% محاسبه گردید.

یافته ها

اکثر زنان شرکت کننده در این تحقیق کمتر از 26 سال سن داشتند (51,3%) در حالی که فقط 3,3% آنان دارای بیش از 34 سال سن بودند. میانگین سنی آنان 25,1 با انحراف معیار به 5,5 می رسد. بیشتر شرکت کنندگان خانه دار (92,5%) و غالباً دارای تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی بودند (48,3%). اکثریت آنان در سن کمتر از 20 سال

ازدواج کرده و درآمد ماهانه خانواده آنان در 14,9% موارد به بیش از یک میلیون تومان بالغ می شد، این در حالی است که 14,3% از آنان ذکر کردند که درآمد غیرثابت و نامعلومی دارند (جدول 1).

جدول 1- توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات فردی (n=824)

مشخصات فردی	n	%
سن (سال)		
≤25	423	51,3
26-34	374	45,4
≥35	27	3,3
شغل		
خانه دار	762	92,5
شاغل	62	7,5
میزان تحصیلات		
ابتدایی و راهنمایی	398	48,3
دبیرستان	272	33,0
دانشگاه	154	18,7
سن ازدواج		
≤19	404	49,0
20-29	386	46,9
≥30	34	4,1
تعداد فرزندان		
1-2	568	69,0
3-4	217	26,3
≥5	39	4,7
میزان تحصیلات همسر		
بی سواد	35	4,2
ابتدایی و راهنمایی	109	13,2
دبیرستان	396	48,1
دانشگاه	284	34,5
درآمد ماهانه خانواده*		
<500	148	18,0
500-1000	435	52,8
>1000	123	14,9
نامعلوم	118	14,3

*میزان درآمد ماهانه خانواده به هزار تومان بیان شده است

حاملگی اخیر در 28,0% موارد ناخواسته بود. 48,2% آنان به وسیله سزارین زایمان نموده بودند و در 87,6% موارد وزن زمان تولد کودک 2000-4000 گرم بوده است. 9,1% زنان در طی بارداری مراقبت پره ناتال دریافت نکرده بودند این در حالی است که فقط برای 1,4% آنان اولین مراقبت پره ناتال را قبل از شروع بارداری دریافت نموده بودند و 53,3% آنان در سه ماهه اول بارداری جهت اولین مراقبت پره ناتال مراجعه کرده بودند. 18,4% آنان طی بارداری به دلیل عوارض بارداری در بیمارستان بستری شده بودند. 62,4% زنان بین هفته‌های 38-40 زایمان کرده بودند. فقط 1,1% زنان ذکر کردند که برای خشونت خانگی طی حاملگی، توسط مراقب خود مورد سوال و بررسی قرار گرفتند (جدول 2).

جدول 2- توزیع فراوانی مطلق و درصدی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تاریخچه بارداری
اخیر آنان (n=824)

تاریخچه بارداری	n	%
نوع بارداری		
خواسته	593	72,0
ناخواسته	231	28,0
نوع زایمان		
واژینال	427	51,8
سزارین	397	48,2
وزن هنگام تولد		
<2000	59	7,2
2000-4000	722	87,6
>4000	43	5,2
زمان اولین مراقبت پره ناتال		
قبل از شروع بارداری	12	1,4
سه ماهه اول	439	53,3
سه ماهه دوم	247	30,0
سه ماهه سوم	51	6,2
بدون مراقبت	75	9,1
سابقه بستری در بارداری		
بلی	152	18,4
خیر	672	81,6
زمان خاتمه حاملگی		
≤37	138	16,7
38-40	514	62,4
≥41	172	20,9
غربالگری برای خشونت		
بلی	9	1,1
خیر	815	98,9

بیش از یک سوم زنان شرکت کننده در این مطالعه (36.3%) حداقل یکبار در طی حاملگی تحت یکی از انواع خشونت‌های مورد بررسی در این مطالعه قرار گرفته بودند. 44,8% آنان حداقل یکبار تحت خشونت عاطفی، 22,5% آنان حداقل یکبار تحت خشونت جسمی، 41,7% آنان تحت خشونت جنسی و 35,6% آنان تحت خشونت اقتصادی قرار گرفته بودند. به این ترتیب خشونت جسمی کمترین و خشونت عاطفی بیشترین موارد گزارش شده است (جدول 3).

جدول 3- فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب انواع مختلف خشونت در بارداری اخیر آنان (n=824)

خشونت و ابعاد آن	میزان خشونت	n	%	درصد تجمعی
عاطفی	دو بار یا بیشتر	153	18,6	-
	یکبار	216	26,2	44,8
	هرگز	455	55,2	100,0
جسمی	دو بار یا بیشتر	76	9,2	-
	یکبار	110	13,3	22,5
	هرگز	638	77,5	100,0
جنسی	دو بار یا بیشتر	128	15,5	-
	یکبار	216	26,2	41,7
	هرگز	480	58,3	100,0
اقتصادی	دو بار یا بیشتر	125	15,2	-
	یکبار	168	20,4	35,6
	هرگز	531	64,4	100,0
کلی	دو بار یا بیشتر	131	15,9	-
	یکبار	168	20,4	36,3
	هرگز	525	63,7	100,0

جدول (4) ارتباط بین برخی مشخصات فردی شرکت کنندگان و خشونت خانگی را نشان می‌دهد. سن، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر و میزان درآمد ماهانه خانواده ارتباط معنی داری با تجربه خشونت خانگی داشتند. زنان 26-34 ساله (OR 1.65; 95% CI, 1.12-2.39) و زنانی که فرزندان بیشتری داشتند (OR 1.83; 95% CI, 1.19-2.82) بیش از دیگران مورد خشونت قرار گرفته بودند. زنانی که تحصیلات بیشتری داشتند (OR 0.38; 95% CI, 0.18-0.59)، زنانی که همسری با تحصیلات بالاتر داشتند (OR 0.77; 95% CI, 0.71-0.85) و افرادی که

میزان درآمد ماهانه خانواده آنها بالاتر بود (OR 0.33; 95% CI, 0.28-0.69) کمتر از دیگران مورد خشونت قرار گرفته بودند. ما رابطه ای بین شغل زنان و سن ازدواج آنان با خشونت طی بارداری نیافتیم.

جدول 4- ارتباط بین مشخصات فردی واحدهای پژوهش با خشونت در طی بارداری (n=824)

مشخصات	خشونت خانگی		
	Odds Ratio	n (%)	
		خیر (n=525)	بلی (n=299)
سن (سال)			
≤25	1,00	315 (60,0)	108 (36,1)
26-34	1,12-2,39 ^b	193 (36,8)	181 (60,5)
≥35	0,57-1,38	17 (3,2)	10 (3,3)
شغل			
خانه دار	1,00	483 (92,0)	279 (93,3)
شاغل	0,51-1,39	42 (8,0)	20 (6,7)
میزان تحصیلات			
ابتدایی و راهنمایی	1,00	227 (43,3)	171 (57,2)
دیپارستان	0,19-0,61 ^b	187 (35,6)	85 (28,4)
دانشگاه	0,18-0,59 ^b	111 (21,1)	43 (14,4)
سن ازدواج			
≤19	1,00	255 (48,6)	149 (49,8)
20-29	0,35-2,67	241 (45,9)	145 (48,5)
≥30	0,51-1,34	29 (5,5)	5 (1,7)
تعداد فرزندان			
1-2	1,00	429 (81,7)	139 (46,5)
3-4	1,01-2,64 ^c	82 (15,6)	135 (45,1)
≥5	1,19-2,82 ^c	9 (1,7)	25 (8,4)
میزان تحصیلات همسر			
بی سواد	1,00	8 (1,5)	27 (9,0)
ابتدایی و راهنمایی	1,19-2,82 ^c	34 (6,5)	75 (25,1)
دیپارستان	0,77-0,96 ^b	273 (52,0)	123 (41,1)
دانشگاه	0,71-0,85 ^b	210 (40,4)	74 (24,8)
درآمد ماهانه خانواده			
<500	1,00	83 (15,8)	65 (21,7)
500-1000	0,44-1,68	280 (53,3)	155 (51,8)
>1000	0,28-0,69 ^b	99 (18,9)	25 (8,0)
نامعلوم	0,73-1,74	63 (12,0)	55 (18,5)

^a Confidence Interval , ^b p<.05, ^c p<.01.

در جدول (5) ارتباط بین برخی موارد تاریخچه بارداری اخیر زنان با تجربه خشونت خانگی طی بارداری را نشان داده شده است. زنانی که بارداری اخیر آنان ناخواسته بود بیش از دیگران در معرض خشونت خانگی بودند (OR 1.84; 95% CI, 1.13-3.02). میزان سزارین در زنانی که تحت خشونت قرار گرفته بودند بیشتر (OR 1.64; 95% CI, 1.14-2.24) و همچنین احتمال عدم دریافت مراقبتهای بارداری در زنان تحت خشونت بالاتر بوده (OR 2.00; 95% CI, 1.24-3.12) و یا اینکه آنان جهت دریافت مراقبتهای بارداری دیرتر از دیگران مراجعه کرده بودند (OR 2.41; 95% CI, 1.42-4.43). احتمال بستری در بیمارستان نیز در این زنان بیش از زنانی بود که تحت خشونت قرار نگرفته بودند (OR 1.73; 95% CI, 1.15-2.76). آزمون دقیق فیشر تفاوت معنی داری را در بین دو گروه تحت خشونت و آنهایی که مورد خشونت قرار نگرفته بودند از نظر وزن زمان تولد و زمان خاتمه حاملگی نشان نداد.

جدول 5- ارتباط بین تاریخچه بارداری اخیر واحدهای پژوهش با خشونت در طی بارداری (n=824)

مشخصات فردی	Odds Ratio	خشونت خانگی	
		خیر (n=525)	بلی (n=299)
	95% CI ^a	n (%)	
نوع بارداری			
خواسته	1,00	420 (80,0)	173 (57,9)
ناخواسته	1,84	105 (20,0)	126 (42,1)
نوع زایمان			
واژینال	1,00	296 (56,4)	131 (43,8)
سزارین	1,64	229 (43,6)	168 (56,2)
وزن هنگام تولد			
<2000	1,00	40 (7,6)	19 (6,4)
2000-4000	0,93	455 (86,7)	267 (89,3)
>4000	0,85	30 (5,7)	13 (4,3)
زمان اولین مراقبت پره ناتال			
قبل از شروع بارداری	1,00	8 (1,5)	4 (1,3)
سه ماهه اول	0,38	298 (56,8)	141 (47,2)
سه ماهه دوم	0,80	158 (30,1)	89 (29,8)
سه ماهه سوم	2,41	22 (4,2)	29 (9,7)
بدون مراقبت	2,00	39 (7,2)	36 (12,0)
سابقه بستری در بارداری			
خیر	1,00	446 (85,0)	226 (75,6)

1,15-2,76 ^c	1,73	79 (15,0)	73 (24,4)	بلی
				زمان خاتمه حاملگی
	1,00	92 (17,5)	46 (15,4)	≤37
0,51-1,42	0,89	323 (61,5)	191 (63,9)	38-40
0,60-1,57	0,91	110 (20,9)	62 (20,7)	≥41

^a Confidence Interval, ^b $p < .05$, ^c $p < .01$.

بحث و نتیجه گیری

بیش از یک سوم زنان شرکت کننده در این مطالعه حداقل یکبار در طی بارداری اخیر خود تحت یکی از انواع خشونت از طرف همسر خود قرار گرفته بودند که در این میان سهم خشونت عاطفی بیش از همه و خشونت جسمی کمتر از بقیه انواع آن بود. پژوهش خدیوزاده و همکاران (1390) نشان داد که 64,1% زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای دولتی مشهد در طی بارداری در معرض یکی از انواع خشونت و 16,5% آنان تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. در مطالعه صالحی و همکاران (1385) در شهر کرد، شیوع همسرآزاری در مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی 67,5% و شامل همسرآزاری جسمی 34,5%، روانی 51,7% و جنسی 13,8% بود. در پژوهش دولتیان و همکاران (1388)، شیوع خشونت در بارداری 48,6% به دست آمد که 14,2% خشونت فیزیکی، 18,6% خشونت جنسی و 48,4% درصد خشونت عاطفی را شامل می شد. برخی منابع شیوع خشونت را 60-40 درصد و سازمان جهانی بهداشت 50-25 درصد گزارش نموده است (دولتیان و همکاران، 1388). در مطالعه حاضر نیز خشونت عاطفی، همانند برخی پژوهش های دیگر (صالحی و همکاران، 1385 و فرامرزی و همکاران، 2005 و جهانفر و همکاران، 1382) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود.

دولتیان و همکاران (1388) معتقدند سن پایین مادر ممکن است به دلیل عدم تجربه و مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی، خود عامل مستعد کننده بروز خشونت باشد. در مطالعه حاضر زنان 34-26 ساله بیش از سایرین در معرض خشونت قرار داشتند. طبق نتایج این پژوهش هر چه میزان تحصیلات زنان کمتر بوده خشونت بر علیه آنان نیز بیشتر بوده است که بیانگر این موضوع می باشد که سطح پایین تحصیلات زنان می تواند عاملی باشد تا آنان از حقوق اجتماعی خود آگاهی

نداشته و نتیجه آن به صورت بروز خشونت از سوی همسر ظاهر گردد. سایر محققان هم بیان کردند که زنان با تحصیلات بالاتر، از خشونت فیزیکی توسط همسر خود شکایت کمتری داشته اند (فرامرزی و همکاران، 2005 و یانگ و همکاران، 2006 و جوکار و همکاران، 1384). از سوی دیگر، میزان خشونت در خانواده های پرجمعیت بیش از میزان آن در خانواده های کم جمعیت بود که با نتایج مطالعه غضنفری همخوانی داشت (غضنفری، 1389). یافته های ما همسو با یافته های دولتیان و همکاران (1388) است که نشان داده اند زنانی که خانواده آنان درآمد بیشتری دارند، کمتر در معرض خشونت قرار می گیرند. در مطالعه ناود و همکاران (2008) در بنگلادش، سواد اندک شوهر و سطح اجتماعی پایین، همراه با خشونت بیشتر بود. صالحی و همکاران (1385) رابطه ای بین سطح تحصیلات شوهر و همسرآزاری نیافتند در حالی که در مطالعه صابریان و همکاران (1382) تحصیلات پایین، بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر با خشونت مالی، کلامی و فیزیکی بیشتری همراه بود.

سازمان جهانی بهداشت (2005) اعلام کرده است که خشونت، قدرت انتخاب و تصمیم گیری زنان را در مورد بارداری تحت تأثیر قرار داده و منجر به بارداری ناخواسته می شود. کریپ و همکاران (2008) معتقدند که زنان تحت خشونت کمتر از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند و این موضوع خطر بارداری ناخواسته را در آنها افزایش می دهد. مطالعه محققین نشان می دهد که در موارد بارداری ناخواسته احتمال خشونت علیه زنان باردار افزایش می یابد (گودوین و همکاران، 2000 و جاسینسکی و همکاران، 2001 و نجومی و همکاران، 1381). گودوین و همکاران (2000) گزارش کرده اند که به دنبال بارداری ناخواسته، زنان 2,5 برابر بیش از دیگران تحت خشونت قرار می گیرند. در مطالعه حاضر نیز زنانی که بارداری آنان ناخواسته بود بیشتر در معرض خشونت قرار داشتند اما اینکه آیا خشونت نوع بارداری زنان را تحت تأثیر قرار می دهد یا ناخواسته بودن بارداری باعث افزایش احتمال خشونت در زنان باردار می شود نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

کانینگهام و همکاران (2010) بیان می دارند که زنان تحت خشونت، مراقبت پره ناتال کافی دریافت نمی کنند زیرا یا اصلاً برای دریافت مراقبت پره ناتال مراجعه نمی کنند یا دیرتر مراجعه می کنند. در تایید این موضوع، مطالعه حاضر نشان می دهد که زنان تحت خشونت، اولین مراقبت پره ناتال را دیرتر از دیگران دریافت کرده اند.

شروع دیر هنگام مراقبتهای دوران بارداری خطر عوارض مادری و جنینی بارداری را افزایش می دهد (کانینگهام و همکاران، 2010). در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است که تعداد دفعات مراقبت پره ناتال در گروه تحت خشونت کمتر است (دولتیان و همکاران، 1388).

کانینگهام و همکاران (2010) معتقدند که احتمال ختم حاملگی به روش سزارین در زنان تحت خشونت فیزیکی بالاتر می باشد. مطالعه حاضر نیز نشان داد که میزان سزارین در زنان تحت خشونت بالاتر است. اما برخی محققین ارتباط معناداری بین خشونت فیزیکی و نوع زایمان به دست نیاوردند (بداغ آبادی و همکاران، 2005 و جاگو و همکاران، 2000). یافته های پژوهش باقر زاده و همکاران (1386) بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی و زایمان به روش سزارین ارتباط مثبت آماری نشان داد. همچنین یافته های کوکندیس و همکاران (1999) و همچنین راجانا و همکاران (2002) با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

برای بررسی رابطه خشونت و عوارض بارداری که منجر به بستری زنان در طی حاملگی شده بود، به دلیل محیط پژوهش و ماهیت مطالعه، امکان دسترسی به پرونده بیمارستانی زنان برای پژوهشگران وجود نداشت بنابراین امکان تعیین نوع عارضه منجر به بستری نیز مقدور نبود. در این مورد به سؤالی در مورد اینکه آیا واحدهای مورد پژوهش در طی بارداری در بیمارستان بستری شده بودند اکتفا کردیم که مطالعه حاضر نشان داد احتمال بستری در بیمارستان در طول بارداری در زنان تحت خشونت بیش از دیگران بود. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که بین وقوع خونریزی های سه ماهه اول (اکروس و همکاران، 1999 و کرنی و همکاران، 2003)، دوم (راچانا و همکاران، 2002 و موتال، 2002) و سوم بارداری (جانسون، 2003) و برخی ابعاد خشونت خانگی ارتباط مستقیم وجود دارد. در پژوهش باقرزاده و همکاران (1386)، زنان تحت خشونت بیش از دیگران در سه ماهه سوم بارداری در بیمارستان بستری شده بودند.

رکوردز (2007) معتقد است که خشونت می تواند هم از طریق ترومای مستقیم به شکم و هم از طریق آزاد کردن هورمونهای استرس منجر به زایمان زودرس گردد. کرنی و همکاران (2003) در مطالعه خود، بین خشونت فیزیکی وزایمان زودرس ارتباط آماری معناداری گزارش نمودند. ما رابطه آماری معناداری بین خشونت و زایمان زودرس نیافتیم که شاید دلیل آن پایین بودن میزان خشونت بصورت ترومای فیزیکی مستقیم به ناحیه

شکم در طی بارداری در این مطالعه باشد. در مطالعه جاگو و همکاران (2000) نیز چنین رابطه‌ای یافت نشد. هیمن (2005) بیان می‌کند زنان تحت خشونت دارای مشخصاتی نظیر سن پایین مادر، درآمد کم و تحصیلات پایین هستند که عامل خطری برای زایمان زودرس می‌باشند.

در مطالعه حاضر، رابطه آماری معناداری بین خشونت و وزن هنگام تولد یافت نشد که با نتایج مطالعه بداغ آبادی (2005) همخوانی دارد. اما در مطالعه دولتیان و همکاران (1388) نتایج نشان داد افرادی که نوزاد با وزن کم هنگام تولد به دنیا آورده بودند هشت برابر بیشتر در بارداری تحت خشونت قرار گرفته بودند. برخی دیگر از محققان نیز در مطالعه خود ارتباط معناداری بین خشونت و وزن کم هنگام تولد نشان دادند (سیلورمن، 2006). از سوی دیگر یانگ و همکاران (2006) معتقدند وضعیت نامطلوب اقتصادی- اجتماعی و سطح تحصیلات پایین مادر که از ویژگیهای زنان تحت خشونت می‌باشد، از عوامل خطر وزن کم هنگام تولد به شمار می‌آیند.

به دلیل پیامد نامطلوب جنینی و مادری خشونت در طی بارداری، غربالگری برای این مشکل در بسیاری از کشورهای توسعه یافته قسمتی از مراقبتهای روتین بارداری محسوب می‌شود (کانینگهام و همکاران، 2010). گرچه در کشور ما نیز از سالها قبل این غربالگری مد نظر برنامه ریزان خدمات بهداشتی و درمانی بوده است، به نحوی که در دستور العملهای مربوط به مراقبت از زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی یک سؤال کلی در این مورد گنجانده شده است اما عملاً این غربالگری صورت نمی‌گیرد که نتایج پژوهش حاضر نیز آن را تأیید می‌نماید، به نحوی که فقط 1,1% زنان گزارش کردند که مراقبان آنان در طی بارداری از آنان در مورد خشونت پرسش نموده بودند. حتی در صورت شناسایی زنان تحت خشونت توسط مراکز بهداشتی، کارکنان این مراکز قادر به عملکرد مناسب نمی‌باشند (صابریان و همکاران، 1382). در مطالعه فرود و همکاران (1996) نیز اگر چه شیوع خشونت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بالا بوده ولی تنها هفت درصد از موارد خشونت خانگی در پرونده پزشکی ثبت شده بود. دلایل عدم غربالگری می‌تواند بسیار متنوع باشد اما چیزی که بدیهی است آنکه بسیاری از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مهارت لازم جهت شناسایی و مواجهه با زنان قربانی خشونت را ندارند. لذا لزوم آموزش دانشجویان رشته های وابسته علوم پزشکی و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، با شیوه غربالگری خشونت علیه زنان، تشخیص علایم جسمی و روانی

قربانیان خشونت، مشاوره، درمان و ارجاع آنها در صورت لزوم، بیش از پیش مشخص می شود. در ضمن سطح آگاهی جامعه نسبت به عوارض خشونت علیه زنان بخصوص آثار نامطلوب آن در طی بارداری باید به روشهای گوناگون از جمله ارائه آموزشهای لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی ارتقا یابد. انجام مطالعات بیشتر در جهت شناخت بهترین راههای غربالگری و مقابله با خشونت خانگی طی بارداری توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از طرحی تحقیقاتی است که تحت حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه انجام گرفته است.

Archive of SID

منابع:

- باقرزاده، راضیه، طاهره کشاورز، صدیقه دهباشی و حمید رضا طباطبایی (1386)، رابطه خشونت خانگی با عوارض حاملگی، نوع زایمان و وزن زمان تولد در خانمهای زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی گناباد، دوره 13، شماره 4.
- بختیاری، افسانه و نادیا امیدبخش (1382)، بررسی مقایسه ای زمینه ها و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. فصلنامه علوم پزشکی کرمانشاه، سال 8، شماره 4، ص 28-34.
- جوکار، اعظم، سکینه گرمزئاد و محبوبه شریفی (1384)، بررسی شیوع سؤ رفتار و برخی عوامل مؤثر در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج. فصلنامه ارمان دانش، سال 10، شماره 37، ص 81-88.
- جهانفر، شایسته، اقدس ملک زادگان و روح انگیز جمشیدی (1382)، بررسی شیوع خشونت خانگی بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران. فصلنامه پرستاری ایران، شماره 32، ص 93-99.
- خاقانی فرد، میترا (1382)، بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رساندن به همسر در زنان مورد خشونت قرار گرفته در شهر تهران. پایاننامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.
- خدیو زاده، طلعت و فاطمه عرفانیان (1390)، مقایسه خشونت قبل و طی بارداری و عوامل مرتبط با آن. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، سال 14، شماره 4، ص 47-56.
- دولتیان، ماهرخ، مریم قراچه، محبوبه احمدی، جمال شمس و حمید علوی مجد (1388)، بررسی همبستگی خشونت همسر با پیامد حاملگی در زنان باردار. مجله پزشکی هرمزگان، سال 13، شماره 4، ص 261-269.
- صابریان، معصومه، الهه آتش نفس و بهناز بهنام (1382)، بررسی میزان خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سمنان. مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان، شماره 6، ص 115-122.
- صالحی، شهریار و حسینعلی مهرعلیان (1385)، بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، سال 8، شماره 2، ص 72-77.
- غضنفری، فیروزه (1389)، عوامل مؤثر بر خشونت علیه زنان در استان لرستان. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، سال 12، شماره 2.
- نجومی، مرضیه و زهره اکرمی (1381)، خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادی آن. پایش، شماره 2، ص 43-48.

- Acros, E, CM Uara, I Molina, A Repossi & M Ulloa. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Rev Med Chil*, 1999; 129 (12), 1413-1424.
- Bodaghabadi, M. Study of the Pregnancy Outcome in Victims of Domestic Violence Referring to Mobini Hospital in Sabzevar, Iran. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*, 2005; 12, 41-46.
- Brown, L. Family violence. Hidden secrets: wife abuse. *Nursing*, 1992; 24(2), 13-15.
- Cokkinides, VE, AL Coker, M Sanderson, C Addy & L Bethea. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 1999; 93(5), 661-666.
- Covington, DL, M Hage, T Hall & M Mathis. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*, 2001; 46(12), 1031-1039.
- Cripe, SM, SE Sanchez, MT Perales, N Lam, P Garcia & MA Williams. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008; 100, 104-108.
- Cuningham, GF, KJ Leveno, SL Bloom, JC Hauth, D Rouse & C Spong. *Williams Obstetrics*. 23rd Ed. New York: McGRAW-HILL publishing, 2010.
- Faramarzi, M, S Esmailzadeh & S Mosavi. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterranean Health Journal*. 2005; 11, 870-879.
- Freund, KM, SM Bak & L Blackhall. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med*. 1996; 11, 44-46.
- Garcia-Moreno, C. (2005), WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Available from: <http://www.WHO.org/>
- Goodwin, M, JA Gazmararian, CH Johnson, BC Gilbert, LE Saltzman & PW Group. Pregnancy Intentionness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*. 2000;4(2),85-92.
- Heaman, MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*. 2005; 34, 721-731.

- Heise, LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*. 1998; 4(3), 262-290.
- Helten, H. Battering during pregnancy. *American Journal of Nursing*. 1996; 86, 910-913.
- Hoff, LA. Battered women: intervention and prevention. A psychosociocultural perspective, Part 2. *Journal American Academic Nursing Practice*. 1993; 5(1), 34-39.
- Jagoe, J, EF Magann, SP Chauhan & JC Morrison. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low risk obstetric population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000; 182, 1067-1069.
- James, Dk, PJ Steer & CP Weiner. High risk pregnancy: management options. 3thed. Edinburgh: Saunders Elsevier; 2006.
- Janssen, PA, VL Holt, NK Sugg, CM Critchlow & AD Henderson. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003; 188 (5), 1341-1347.
- Jasinski, JL & KG Kaufman. Pregnancy, stress and wife assaults: Ethnic differences in prevalence, severity and onset in a national sample. *Violence Victims*. 2001; 16(3), 1-14.
- Kearney, MH, LA Haggerty, BH Munro & JW Hawkins. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *Indianapolis: Fourth Quarter*. 2003; 35 (4), 345.
- Mazza, D, L Dennerstein, CV Garamszegi & EC Dudley. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Medical Journal of Australia*. 2005; 175(4), 199-201
- Muthal-Rathore, A, R Tripathi & R Arora. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2002; 76 (1), 83-85.
- Naved, T & A Persson. Factors associated with physical spousal abused of women during pregnancy in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 2008; 34(2), 71-78.
- Parker, B & K Chouaf. Intimate partner violence following pregnancy. *Archive of Pediatrics and Adolescent Medicin*. 2002; 156(4), 325-530.
- Rachana, C, AL Suraiyak, AL Mulhim & A Abdol Hai. Prevalence and complication of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*. 2002; 103: 26-29.

- Records, K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007; 7, 7-13.
- Richardson, JR,(2002), G Feder & J Coid. Domestic violence affects women more than men. *BMJ*. 325(7354), 44.
- Silverman, JG, MR Decker, E Reed & A Raj. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 195, 140-148.
- Stalker, CA & RA Fry. Comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1999; 44(2), 168-174.
- Taylor, J, J Banks-Wallace & T Tripp-Reimer. Storytelling and violence against women. *ABNF Journal*. 2001; 12(2), 28-31.
- World Health Organization (WHO). Partner violence during pregnancy psychosocial factors and child outcomes in Nicaragua. *World Health Organization*. 2005 Sep. Available from: URL:<http://www.who.int>.
- Yang, MS, SY Ho, FH Chou, SJ Chang & YC KO. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birth weight infants among aborigines in Taiwan. *Public Health*. 2006; 120, 557-562.

Archive SID