

# بررسی ارتباط خشونت خانگی از طرف همسر و پره‌اکلامپسی در زنان پست‌پارتوم مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ سروه محمدی<sup>۱\*</sup>، دکتر روناک شاهویی<sup>۲</sup>، دکتر نسرين صوفی‌زاده<sup>۳</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷

## خلاصه

**مقدمه:** پره‌اکلامپسی از عوارض دوران بارداری و یک اختلال چندارگانی است که در ۵-۳٪ از بارداری‌ها در کشورهای غربی رخ می‌دهد. با توجه به درگیری سیستم اتونوم و سمپاتیک در پاتوفیزیولوژی پره‌اکلامپسی، نقش استرس در تشدید این عارضه پررنگ می‌گردد. از آنجایی که نقش عواملی چون خشونت خانگی بر بروز و یا تشدید پره‌اکلامپسی مطرح می‌باشد و از طرفی با توجه به رشد و شیوع خشونت خانگی در کشور، مطالعه حاضر با هدف بررسی و تعیین میزان ارتباط بین خشونت خانگی و ابتلاء به پره‌اکلامپسی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مورد-شاهدی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۱۰ مادر پست‌پارتوم در دو گروه ۵۵ نفره مبتلا به پره‌اکلامپسی و غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی در بیمارستان بعثت شهرستان سنندج انجام شد. ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته دموگرافیک-مامایی و سپس اطلاعات مربوط به خشونت خانگی با استفاده از پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های آماری تی تست، من ویتنی و کای اسکوئر انجام گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بین خشونت خانگی از طرف همسر با پره‌اکلامپسی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $p=۰/۲۰۳$ ). احتمال ابتلاء به پره‌اکلامپسی در صورت مواجهه با خشونت خانگی و خشونت فیزیکی ۱/۵ برابر گروه شاهد، مواجهه با خشونت جنسی ۱/۶ برابر گروه شاهد و مواجهه با خشونت روانی ۱/۲ برابر گروه شاهد بود. بین شدت خشونت فیزیکی ( $p=۰/۳۲۸$ )، جنسی ( $p=۰/۴۷۳$ ) و روانی ( $p=۰/۶۰۶$ ) با پره‌اکلامپسی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** بین ابتلاء به پره‌اکلامپسی و انواع خشونت‌ها ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

**کلمات کلیدی:** پره‌اکلامپسی، پست‌پارتوم، حاملگی، خشونت خانگی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: سروه محمدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷-۳۳۷۸۷۲۳۹؛ پست الکترونیک: servehmohamadi89@gmail.com

## مقدمه

پره‌اکلامپسی از عوارض دوران بارداری و یک اختلال چندارگانی است که در ۵-۳٪ از بارداری‌ها در کشورهای غربی رخ می‌دهد. با توجه به درگیری سیستم اتونوم و سمپاتیک در پاتوفیزیولوژی پره‌اکلامپسی، نقش استرس در تشدید این عارضه پررنگ می‌گردد. پره‌اکلامپسی ممکن است از هفته بیستم بارداری تا ۷ روز پس از زایمان بروز کند (۱). این بیماری از عوارض دوران بارداری است و باعث بالا رفتن ناگهانی فشارخون می‌شود که اگر درمان نشود، می‌تواند برای مادر و نوزاد کشنده باشد (۲). این عارضه سومین علل مرگ‌ومیر مادران و نوزادان در جهان و دومین علل شایع این مرگ‌ومیر مادران در ایران می‌باشد (۳). پره‌اکلامپسی اختلال پیچیده‌ای است که حدود ۵-۸٪ زنان باردار را درگیر می‌کند (۴). پره‌اکلامپسی باعث انقباض عروق و در نتیجه افزایش فشارخون و کاهش جریان خون می‌شود، کاهش جریان خون رحم می‌تواند سبب مشکلاتی نظیر اختلال رشد جنین، کاهش مایع آمنیوتیک، زایمان زودرس و دکولمان شود (۵). تشخیص پره‌اکلامپسی بر اساس فشارخون بالا و وجود پروتئین در ادرار بعد از هفته ۲۰ حاملگی است (۶). علی‌رغم تحقیقات وسیعی که انجام شده است، علت اصلی این بیماری هنوز کاملاً مشخص نیست. خصوصیات ژنتیکی، کامل غیرطبیعی جفت، چگونگی واکنش سیستم ایمنی بیمار در بارداری و فاکتورهای دیگر ممکن است در این میان نقش داشته باشند (۱، ۷-۹). با توجه به مطالعات انجام شده، از جمله عوامل استرس‌زا در مادران باردار می‌توان به بارداری، عوامل اجتماعی، وقایع زندگی، وضعیت اقتصادی و همچنین خشونت‌های خانگی اشاره کرد (۱۲، ۱۳). خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری از طریق ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزاردهنده که به‌منظور اعمال قدرت و کنترل از یک فرد به فردی دیگر در یک رابطه نزدیک تحمیل می‌شود و شامل سوء استفاده فیزیکی، جنسی و روانی می‌باشد (۱۴). اصطلاح خشونت خانگی معمولاً به خشونت و بدرفتاری با زنان در محدوده خانواده و یا در ارتباطات نزدیک

گفته می‌شود (۱۵). این‌گونه خشونت‌ها به‌صورت روزافزون به‌عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشت همگانی مطرح می‌شوند (۱۶). خشونت علیه زنان امری جهانی است. ۳۵-۳۰٪ از زنان آمریکایی مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می‌گیرند، ۲۵-۱۵٪ از زنان آمریکایی حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند (۱۷). در ایران، میزان خشونت خانگی در طی بارداری بیش از ۶۰٪ گزارش شده است (۱۸).

خشونت علیه زنان در دوران بارداری، تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود (۱۹). طبق مطالعات انجام گرفته پیامدهای نامطلوب بارداری همراه با خشونت در طی بارداری ممکن است به‌طور مستقیم از ترومای جنسی یا فیزیکی یا به‌طور غیرمستقیم از طریق استرس منجر به سقط، زایمان زودرس، تولد نوزادان با وزن پایین زمان تولد، جدایی زودرس جفت، کوریوآمنیوتیت، آپگار پایین نوزاد و زایمان سزارین گردد (۲۰). مطالعه بهنام و همکاران (۲۰۰۸) که شیوع خشونت خانگی طی بارداری در مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهرستان مشهد را مورد بررسی قرار دادند، به‌طور کلی نشان داد که میزان نسبتاً بالایی از زنان، خشونت خیلی خفیف را در طی بارداری تجربه می‌کنند (۲۱). همچنین در مطالعه شمسی و همکار (۲۰۱۱) که بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک انجام شد، شیوع کلی خشونت در دوره بارداری ۳۴/۵٪، شیوع خشونت‌های عاطفی (۵۶٪)، کلامی (۴۸٪)، مالی (۲۳٪) و جسمی (۱۱٪) تعیین گردید (۲۲). در مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۰۸) در پرو ارتباط مستقیمی بین خشونت از طرف همسر با افزایش فشارخون در بارداری وجود داشت (۲۳). در مطالعه جهانفر و همکار (۲۰۰۲)، شیوع خشونت خانگی طی بارداری در مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران ۶۰/۶٪ گزارش شد که شامل خشونت جسمی (۱۴/۶٪)، خشونت روانی (۶۰/۵٪) و خشونت جنسی (۲۳/۵٪) بود (۲۴)، اما در مطالعات دیگر، نتایج ضدونقیض بیان شده‌اند (۲۵-۲۸). با توجه به وجود مطالعات متفاوت و متناقض در این زمینه و همچنین

اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک- مامایی محقق ساخته و پرسشنامه خشونت خانگی بود. چکلیست دموگرافیک از نوع محقق ساخته و شامل سؤالاتی در رابطه با مشخصات فردی- اجتماعی بود. پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از سازمان جهانی بهداشت و شامل ۳۴ سؤال بود که ۲۶ گویه آن در حیطه‌های خشونت فیزیکی، جنسی و روانی بود که حیطه خشونت فیزیکی دارای ۱۰ گویه، حیطه خشونت جنسی دارای ۵ گویه و حیطه خشونت روانی دارای ۱۱ گویه بود و سایر پرسش‌های موجود در پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک و متغیرهای علل و عوامل ایجاد خشونت بود. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ 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، جنسی یا روانی داده باشد. روایی پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از سازمان جهانی بهداشت توسط سایر محققین ایرانی در ایران بررسی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای سه حیطه مختلف پرسشنامه برای خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۸۸ به دست آمده است (۱۴، ۲۷). پس از اتمام نمونه‌گیری، برای ارزیابی همسانی درونی، آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. معمولاً ضریب آلفای ۰/۷۰ و بیشتر، برای برآورد پایایی قابل قبول است و مقادیر پایین‌تر از آن، پایایی پایین‌تر محسوب می‌شود (۳، ۱۶) که مقادیر به دست آمده آن حاکی از آن بود که ابزار دارای همسانی درونی مناسبی می‌باشد.

پس از تصویب و اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه، پژوهشگر برای نمونه‌گیری به بیمارستان‌ها مراجعه نمود و پس از بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها، اقدام به نمونه‌گیری نمود. تمامی پرسشنامه‌ها توسط پرسشگر تکمیل شد. در هر دو گروه میزان خشونت

اثرات عوامل فرهنگی، اجتماعی، قومیتی و نژادی، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی از طرف همسر با ابتلاء به پره‌اکلامپسی انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مورد- شاهدهی با کد اخلاق IR.MUK.REC.1396.73 در سال ۱۳۹۶ بر روی زنان زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان به بیمارستان آموزشی بعثت در شهر سنندج انجام 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، پست‌پارتوم، بارداری تک‌قلو، ملیت ایرانی، عدم وجود بیماری‌های طی و مشکلات مامایی، عدم وجود حوادث استرس‌زا 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. در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت آسان و درد دسترس صورت گرفت و برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات مورد- شاهد بر اساس مطالعه کامرگو (۲۰۱۵) در بیمارستان سان‌جان در کشور پرو که بر روی ۴۰ نمونه در هر گروه انجام شده بود (۳۲)، با در نظر گرفتن  $P_2=0.60$ ،  $OR=2/5$ ،  $p_1=0.44$ ، آلفای برابر ۰/۵ و بتای ۰/۲۰، ۵۵ نمونه در هر گروه برآورد شد. ابتدا از داوطلبین واجد شرایط ورود به مطالعه، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و پس از اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها، اقدام به نمونه‌گیری شد. 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 پره‌اکلامپسی بوده و بر اساس تأیید پزشک در پرونده بود. گروه شاهد نیز زنان زایمان کرده در بخش بعد از زایمان و عدم مبتلا به پره‌اکلامپسی بود. تمامی پرسشنامه‌ها توسط پرسشگر تکمیل شد. در هر دو گروه میزان خشونت خانگی (جسمی، روانی و جنسی) با استفاده از پرسشنامه سنجیده شد. ابزار جمع‌آوری

بعد از زایمان به بیمارستان آموزشی بعثت در شهر سنندج انجام شد. در هر گروه ۵۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. براساس نتایج آزمون‌های آماری نتایج جدول ۱، در بین اطلاعات مادران تنها از نظر روش زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). براساس نتایج جدول ۲، در بین اطلاعات همسران هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $p = 0/083$ ). بر اساس نتایج جدول ۳، در بین دو گروه از نظر مدت زمان و مرتبه ازدواج هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $p = 0/04$ ,  $p = 0/05$ ). بر اساس نتایج جدول ۴، در بین دو گروه از نظر انواع خشونت هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $p = 0/5$ ).

خانگی (جسمی، روانی و جنسی) در آنها با استفاده از پرسشنامه سنجیده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) 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 تی تست، من‌ویتنی و کای اسکوئر استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

این مطالعه بر روی زنان زایمان کرده بستری در بخش

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد شرکت‌کننده در مطالعه از نظر اطلاعات مادران در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی

نتایج آزمون*	گروه‌ها			متغیر
	کل فراوانی (درصد)	گروه مبتلا به پره‌اکلامپسی فراوانی (درصد)	گروه غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی فراوانی (درصد)	
$X^2 = 6/6$ $p = 0/1$	۶ (۵/۵)	۵ (۹/۱)	۱ (۱/۸)	کمتر از ۲۰
	۴۱ (۳۷/۳)	۲۳ (۴۱/۸)	۱۸ (۳۲/۷)	۲۰-۲۵
	۴۲ (۳۸/۲)	۲۰ (۳۶/۴)	۲۲ (۴۰)	۲۶-۳۰
	۱۴ (۱۲/۷)	۳ (۵/۵)	۱۱ (۲۰)	۳۱-۳۵
$X^2 = 5/6$ $p = 0/2$	۷ (۶/۴)	۴ (۷/۳)	۳ (۵/۵)	بیشتر از ۳۵
	۲۱ (۱۹/۱)	۴ (۷/۳)	۱۷ (۳۰/۹)	بی‌سواد
	۲۷ (۲۴/۵)	۱۳ (۲۳/۶)	۱۴ (۲۵/۵)	ابتدایی
	۲۶ (۲۳/۶)	۱۴ (۲۵/۵)	۱۲ (۲۱/۸)	راهنمایی
$X^2 = 1/172$ $p = 0/279$	۲۰ (۱۸/۲)	۱۳ (۲۳/۶)	۷ (۱۲/۷)	دبیرستان
	۱۰ (۹/۱)	۵ (۹/۱)	۵ (۹/۱)	کاردانی
	۶ (۵/۵)	۶ (۱۰/۹)	۰	کارشناسی و بالاتر
	۵۶ (۳۰)	۱۱ (۲۰)	۴۴ (۸۰)	خانه‌دار
$X^2 = 0/1854$ $p = 0/355$	۵۴ (۷۰)	۲۲ (۷۳/۱)	۴۸ (۶۷)	شاغل
	۹۸ (۹۵/۸)	۵۰ (۹۴/۶)	۴۸ (۹۶/۹)	خواسته
$X^2 = 0/4$ $p = 0/655$	۱۲ (۴/۲)	۵ (۵/۴)	۷ (۳/۱)	ناخواسته
	۴ (۸۹/۶)	۱ (۹۳)	۳ (۸۶/۱)	۰
	۷۳ (۶/۵)	۴۰ (۴/۶)	۳۳ (۸/۵)	۱
$X^2 = 3/995$ $p = 0/046$	۳۳ (۳/۹)	۱۴ (۲/۴)	۱۹ (۵/۴)	۲
	۷۱ (۱۳/۵)	۳۳ (۹/۲)	۳۸ (۱۷/۷)	سزارین
	۳۹ (۸۶/۵)	۲۲ (۹۰/۸)	۱۷ (۸۲/۳)	روش زایمان واژینال

\* آزمون کای اسکوئر

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

نتایج آزمون*	گروه			متغیر
	کل فراوانی (درصد)	مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	
$X^2=6/669$ $p=0/083$	۱۰ (۵)	۷ (۵/۴)	۳ (۴/۶)	۲۱-۲۵
	۴۸ (۴۰)	۲۳ (۴۵/۴)	۲۵ (۳۴/۷)	۲۶-۳۰
	۴۳ (۴۶/۹۳)	۲۰ (۴۰/۸)	۲۳ (۵۳)	۳۱-۳۵
	۹ (۸/۰۷)	۵ (۸/۴)	۴ (۷/۷)	۳۶-۴۰
$X^2=6/669$ $p=0/083$	۲۲ (۱۳/۵)	۱۰ (۱۴/۶)	۱۲ (۱۲/۳)	راهنمایی
	۴۱ (۲۷)	۲۳ (۲۴/۶)	۱۸ (۲۹/۲)	متوسطه
	۳۸ (۵۹/۵)	۱۳ (۶۰/۸)	۲۵ (۸۵/۵)	دانشگاهی
$X^2=5/092$ $p=0/16$	۴۶ (۴۰/۵)	۱۸ (۴۳/۸)	۲۸ (۳۷)	کارمند و بالاتر
	۳۴ (۲۱/۵۴)	۲۰ (۲۴/۶)	۱۴ (۱۸/۵)	کارگر
	۲۲ (۳۴/۴۶)	۱۲ (۲۹/۲)	۱۰ (۳۸)	آزاد
	۸ (۳/۵)	۵ (۲/۴)	۳ (۳)	بیکار
$X^2=6/669$ $p=0/083$	۷ (۱/۹)	۱۳ (۲/۳)	۳ (۱/۵)	کمتر از ۴۰۰
	۲۱ (۲۷/۳)	۱۰ (۲۹/۲)	۱۱ (۲۵/۴)	۴۰۰ تا ۷۰۰
	۲۹ (۴۲/۳)	۱۴ (۴۰)	۱۵ (۴۴/۶)	۷۰۰ تا یک میلیون
	۲۵ (۱۹/۶)	۱۳ (۲۰/۸)	۱۲ (۱۸/۵)	۱ تا ۱/۵ میلیون
$X^2=6/669$ $p=0/083$	۱۹ (۵/۸)	۱۰ (۵/۴)	۹ (۶/۱)	۱/۵ تا ۲ میلیون
	۹ (۳/۱)	۴ (۲/۳)	۵ (۳/۹)	بیش از ۲ میلیون
	۲۵ (۱۴/۶)	۱۰ (۱۱/۶)	۱۵ (۱۷/۷)	مالک
	۴۶ (۷۶/۹)	۲۹ (۷۶/۱)	۱۷ (۷۷/۷)	اجاره یا رهن
$p=0/083$	۳۳ (۶/۵)	۱۱ (۱۰)	۱۲ (۳/۱)	خانه سازمانی
	۱۶ (۲)	۵ (۲/۳)	۱۱ (۱/۵)	زندگی در منزل خانواده

\* آزمون کای اسکور

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

اکلامپسی

نتایج آزمون*	گروه			متغیر
	کل فراوانی (درصد)	گروه مبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	گروه غیرمبتلا به پره اکلامپسی فراوانی (درصد)	
$Z=-1/946$ $p=0/052$	۶۰ (۶۸/۸)	۲۸ (۷۰/۸)	۳۲ (۶۷)	کمتر از ۵ سال
	۲۸ (۲۱/۱)	۱۷ (۲۳/۹)	۱۱ (۱۸/۵)	۶-۱۰
	۱۳ (۸/۵)	۶ (۴/۶)	۷ (۱۲/۳)	۱۱-۱۵
	۹ (۱/۶)	۴ (۰/۷)	۵ (۲/۲)	۱۶-۲۰
$Z=-0/812$ $p=0/417$	۱۰۰ (۹۷/۷)	۵۱ (۹۸/۴)	۴۹ (۹۶/۹)	۱
	۱۰ (۱/۹)	۴ (۰/۸)	۶ (۳/۱)	۲
	۱ (۰/۴)	۱ (۰/۸)	۰ (۰)	۳ یا بیشتر
$Z=-0/712$ $p=0/417$	۸۷ (۷۵)	۴۹ (۹۶/۹)	۳۸ (۶۹)	بارداری اول
	۲۳ (۲۵)	۶ (۳/۱)	۱۷ (۳۱)	بارداری دوم و بیشتر

\* آزمون من ویتنی

جدول ۴- توزیع فراوانی افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر انواع خشونت در دو گروه غیرمبتلا و مبتلا به پره‌اکلامپسی

نسبت شانس	نتایج آزمون*	گروه			متغیر
		کل فراوانی (درصد)	مبتلا به پره‌اکلامپسی فراوانی (درصد)	غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی فراوانی (درصد)	
OR=۱/۵۹۶	$X^2=۱/۶۱۸$	۴۴ (۱۳/۵)	۳۸ (۱۶/۱)	۶ (۱۰/۸)	خشونت دارد
CI=۰/۹۵	$p=۰/۲۰۳$	۶۶ (۸۶/۵)	۱۷ (۸۳/۹)	۴۹ (۸۹/۲)	خشونت خانگی ندارد
OR=۱/۶۲۴	$X^2=۰/۹۵۵$	۱۳ (۶/۹)	۷ (۱۱/۵)	۶ (۵/۴)	خشونت دارد
CI=۰/۹۵	$p=۰/۳۲۸$	۹۷ (۹۳/۱)	۴۸ (۹۱/۵)	۴۹ (۹۴/۶)	خشونت فیزیکی ندارد
OR=۱/۶۹۳	$X^2=۰/۵۱۶$	۱۱ (۳)	۱۱ (۳/۸)	۲ (۲/۳)	خشونت دارد
CI=۰/۹۵	$p=۰/۴۷۳$	۹۹ (۹۷)	۴۴ (۹۶/۲)	۵۳ (۹۷/۷)	خشونت جنسی ندارد
OR=۱/۳۰۷	$X^2=۰/۲۶۶$	۱۷ (۱۹)	۱۱ (۹/۶)	۶ (۹/۴)	خشونت دارد
CI=۰/۹۵	$P=۰/۶۰۶$	۹۳ (۹۳/۵)	۴۴ (۹۳/۱)	۴۹ (۹۴/۶)	خشونت روانی ندارد

\* آزمون کای اسکوئر

### بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی ارتباط بین خشونت خانگی از طرف همسر و شانس ابتلاء به پره‌اکلامپسی در مادران مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ انجام شد، ارتباط معنی داری بین خشونت از طرف همسر و ابتلاء مادران به پره‌اکلامپسی طی دوره بارداری وجود نداشت. شیوع خشونت خانگی در گروه مبتلا به پره‌اکلامپسی ۱/۱۶٪ و در گروه غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی ۱۰/۸٪ بود و همچنین نسبت شانس ابتلاء به پره‌اکلامپسی در گروه مبتلا به پره‌اکلامپسی در صورت وجود خشونت ۱/۵۹۶ برابر گروه غیر مبتلا به پره‌اکلامپسی بود.

کمترین شیوع خشونت در بین افراد در گروه مبتلا به پره‌اکلامپسی از نوع خشونت جنسی بود که این شیوع در این گروه برابر با ۳/۸ و در گروه غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی ۲/۳ بود. نسبت شانس ابتلاء به پره‌اکلامپسی در این گروه در صورت وجود این نوع خشونت، ۱/۶۹۳ برابر گروه غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی بود. در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۱۰)، با اینکه شیوع خشونت جنسی طی بارداری کاهش داشت، اما نارضایتی از رابطه جنسی توسط زن، درخواست رابطه جنسی غیرمهبلی بدون رضایت از زن و استفاده از زور برای داشتن رابطه جنسی غیرمهبلی طی این دوران افزایش یافته بود، این در حالی است که در مطالعه حاضر خشونت جنسی از کمترین شیوع برخوردار بود

(۲۹). در مطالعه جهانفر و همکاران (۲۰۰۷)، ارتباط بین خشونت و پره‌اکلامپسی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۶). البته در مطالعه جهانفر تنها ۱۰/۴٪ افراد مورد مطالعه به پره‌اکلامپسی مبتلا بودند و ارتباط بین خشونت و ابتلاء به پره‌اکلامپسی به‌عنوان یکی از نتایج جانبی گزارش گردید، اما در مطالعه حاضر پره‌اکلامپسی از متغیرهای اصلی بود و بر روی ۱۳۰ زن مبتلا به پره‌اکلامپسی انجام شده بود.

در مطالعه شمسی و همکار (۲۰۱۱) که با هدف تعیین فراوانی و تأثیر خشونت خانگی بر روی ۴۰۰ نفر از زنان باردار شهر اراک انجام شد، ابعاد خشونت‌های فیزیکی، عاطفی، کلامی و مالی با توجه به شدت آنها و همچنین عوامل مؤثر در بروز خشونت و راهکارهای مقابله‌ای مادران با خشونت مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع کلی خشونت در دوره بارداری ۳۴/۵٪ تعیین شد. شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی به ترتیب ۵۶٪، ۴۸٪، ۲۳٪ و ۱۱٪ تعیین گردید، که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۲). در مطالعه جهانفر و همکار (۲۰۰۲)، شیوع خشونت خانگی طی بارداری در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران ۶۰/۶٪ گزارش شد که شامل خشونت جسمی (۱۴/۶٪)، خشونت روحی روانی (۶۰/۵٪) و خشونت جنسی (۲۳/۵٪) بود (۲۴).

در این مطالعه، در هر دو گروه سطح تحصیلات مادران و همسران بالا بود، به گونه‌ای که ۶۸/۵٪ از مادران در

شیوع خشونت روانی در گروه مبتلا به پره کلامسی ۶/۹٪ و در گروه غیرمبتلا به پره کلامسی ۵/۴٪ بود، همچنین نسبت شانس ابتلاء به پره کلامسی در گروه مبتلا به پره کلامسی در صورت وجود خشونت روانی ۱/۳۰۷ برابر گروه غیرمبتلا به پره کلامسی بود. در مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده شد که خشونت روانی همراه با خشونت فیزیکی با ابتلاء به پره کلامسی در دوران بارداری ارتباط دارد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۳۰).

از نقاط قوت مطالعه حاضر، توجه به بحث خشونت خانگی و بررسی ارتباط آن با پره کلامسی بود نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط معنی داری بین خشونت از طرف همسر و ابتلاء مادران به پره کلامسی طی دوره بارداری وجود ندارد، اگرچه نسبت شانس ابتلاء به پره کلامسی در گروه مبتلا به پره کلامسی در صورت وجود خشونت ۱/۵۹۶ برابر گروه غیرمبتلا به پره کلامسی بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعه جامع و وسیع‌تر از نظر روش و محتوا در طی سه ماهه‌های مختلف بارداری برای بررسی سطوح خشونت خانگی و ارتباط آن با پره کلامسی انجام گردد. از دیگر نقاط ضعف مطالعه حاضر، نبود بررسی سطح خشونت همسر بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی لحاظ و بررسی گردد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم ارزیابی همسر جهت بررسی خشونت بود.

### نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر بین عواملی چون سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانواده، وضعیت مسکن، مدت ازدواج، مرتبه ازدواج، وضعیت بارداری و تعداد سقط و ابتلاء به پره کلامسی ارتباطی وجود ندارد. هرچند ارتباط بین ابتلاء به پره کلامسی و انواع خشونت‌ها معنی داری نبود، اما نسبت شانس ابتلاء به پره کلامسی در گروه مبتلا به پره کلامسی در صورت وجود خشونت ۱/۵۹۶ برابر گروه غیرمبتلا به پره کلامسی بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد که مطالعه جامع و وسیع‌تر از نظر روش و محتوا در طی

گروه غیرمبتلا به پره کلامسی و ۶۲/۴٪ از مادران در گروه مبتلا به پره کلامسی در سطح دانشگاهی قرار داشتند، همچنین ۵۸/۵٪ از همسران در گروه غیرمبتلا به پره کلامسی و ۶۰/۸٪ از همسران در گروه مبتلا به پره کلامسی در سطح دانشگاهی قرار داشتند، می‌توان سطح تحصیلات و همچنین عوامل فرهنگی و نژادی را عاملی در جهت کاهش شیوع خشونت خانگی در این مطالعه دانست. اکثر متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه از جمله سن، مدت و مرتبه ازدواج، میزان درآمد، وضعیت مسکن و وضعیت بارداری در بین دو گروه مشابه بودند و فقط از نظر روش زایمان بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). اکثر بارداری‌ها در دو گروه خواسته بودند؛ به طوری که درصد بارداری خواسته در گروه غیرمبتلا به پره کلامسی ۹۶/۹٪ و در گروه مبتلا به پره کلامسی ۹۴/۶٪ بود. در مطالعه حاضر شیوع خشونت فیزیکی در گروه مبتلا به پره کلامسی ۸/۵٪ و در گروه غیرمبتلا به پره کلامسی ۵/۴٪ به دست آمد که نسبت شانس ابتلاء به پره کلامسی در گروه مبتلا به پره کلامسی در صورت وجود خشونت فیزیکی ۱/۶۲۴ برابر گروه غیرمبتلا به پره کلامسی بود. در مطالعه یوست و همکاران (۲۰۰۵) که در بخش زایمان بیمارستان پارکلند بر روی مادران پس از زایمان صورت گرفت، بین خشونت فیزیکی و پره کلامسی ارتباطی وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۸). همچنین مطالعات سانچز و همکاران (۲۰۰۸) و سیلور و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان دادند که خشونت فیزیکی به تنهایی در شانس ابتلاء به پره کلامسی در دوران بارداری تأثیری ندارد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۰، ۳۱). در مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۳) عنوان شده بود که خشونت از طرف همسر به ویژه خشونت جنسی و روانی، زمینه‌ساز بروز پره کلامسی است که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۳). همچنین در مطالعه نجومی و همکار (۲۰۰۳) که بر روی ۴۰۶ نفر از زنان پست‌پارتوم در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد، ارتباطی بین خشونت جسمی و پره کلامسی وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۹).

بهداشتی می‌توانند با ارتقاء سطح آگاهی ماماها و خانواده‌ها تا با تدوین برنامه‌های آموزشی و راهبردی بتوان از خشونت‌های خانگی علیه زنان کاست و از اختلالات و بیماری‌های ناشی از آن جلوگیری نمود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUK.REC.1396.73 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و همکاران گرامی مرکز آموزشی-پزشکی بعثت سنندج که در انجام این طرح مساعدت نموده، تشکر و قدردانی می‌شود.

سه ماهه‌های مختلف بارداری برای بررسی سطوح خشونت خانگی و ارتباط آن با پره‌اکلامپسی انجام گردد.

خشونت علیه زنان در دوران بارداری، تهدیدی برای مادر و جنین محسوب می‌شود و با اینکه خشونت خانگی به‌راحتی تشخیص داده می‌شود، اما به‌صورت کافی به‌عنوان یک مسئله اجتماعی به آن پرداخته نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود شناسایی و حمایت مادرانی که از نظر خشونت خانگی در دوران بارداری و پس از زایمان آسیب‌پذیر هستند، به مراقبین بهداشتی آموزش داده شود و برای مقابله با این مسائل باید سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها با حداکثر فوریت در سطح ملی و جهانی تدوین شوند و همچنین سیاست‌گزاران

### منابع

- Fortner RT, Pekow P, Solomon CG, Markenson G, Chasan-Taber L. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and risk of hypertensive pregnancy among Latina women. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(2):167.e1-7.
- Hill H. Antioxidant vitamin might prevent pre-eclampsia. *Nurs Stand* 2001; 15:43.
- Dizavandi E, Kordi M, Seiedalavi G, Shakeri MT. The effect of calcium in prevention of hypertension disorder in pregnant women without delivery history. Mashhad: Midwifery and Nursing College 1995.
- Arulkumaran N, Lightstone L. Severe pre-eclampsia and hypertensive crises. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27(6):877-84.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-hill; 2010.
- Nikpour S, Atarodi Kashani Z, Mokhtarshahi SH, Parsay S, Nooritajer M, Haghani H. Study of the correlation of the consumption of Vitamin C-Rich foods with preeclampsia and eclampsia in women referred to Shahid Akbar Abadi Hospital in Tehran, 2004. *Razi Journal of Medical Sciences* 2007; 14(54):179-92.
- Brichant JF, Bonhomme V. Preeclampsia: an update. *Acta Anaesthesiol Belg* 2014; 65(4):137-49.
- Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet* 2010; 376(9741):631-44.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4):487-90.
- Sibai BM, Koch MA, Freire S, Pinto e Silva JL, Rudge MV, Martins-Costa S, et al. Serum inhibin A and angiogenic factor levels in pregnancies with previous preeclampsia and/or chronic hypertension: are they useful markers for prediction of subsequent preeclampsia? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(3):268.e1-9.
- Bodaghabadi M. Prevalence of violence and related factors in pregnant women referring to Shahid Mobini hospital, Sabzevar. *Hormozgan Med J* 2007; 11(1):71-6.
- Carcico H. A guide to health promotion and disorder management. *Womens Health* 2005; 75-105.
- Talley P, Heitkemper M, Chicz-Demet A, Sandman CA. Male violence, stress, and neuroendocrine parameters in pregnancy: a pilot study. *Biol Res Nurs* 2006; 7(3):222-33.
- Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in Iran. *J Family Reprod Health* 2013; 7(1):7-10.
- Gilligan J. *Violence: Our deadly epidemic and its causes*. New York: GP Putnam; 1996.
- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(10):1576-84.
- 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.
- Levendosky AA, Bogat GA, Huth-Bocks AC, Rosenblum K, von Eye A. The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 40(3):398-410.
- Nojoumi MA, Akrami Z. Physical violence during pregnancy: Prevalence and outcomes. *Payesh (Health Monitor)* 2003; 2(1):47-52.



20. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2):357-63.
21. Behnam HR, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. *The Horizon of Medical Sciences* 2008; 14(2):70-6.
22. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2011; 12(4):67-75.
23. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008; 137(1):50-5.
24. Jahanfar S, Jamshidi R. The Prevalence of Domestic Violence Among Pregnant Women Who were Attended in Iran University of Medical Sciences Hospitals. *Iran Journal of Nursing* 2002; 15(32):93-9.
25. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(6):1760-6.
26. Jahanfar S, Kamarudin EB, Sarpin MA, Zakaria NB, Abdul Rahman RB, Samsuddin RD. The prevalence of domestic violence against pregnant women in Perak, Malaysia. *Arch Iran Med* 2007; 10(3):376-278.
27. Nougomi M, Akrami Z. Physical violence during pregnancy and maternal and neonatal outcomes. *Article in Persian]. Payesh J* 2002; 2(1):43-8.
28. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106(1):61-5.
29. Doulatian M, Hesami K, Shams J, Alavi MH. Relationship between violence during pregnancy and postpartum depression. *Iran Red Crescent Med J* 2010; 12(4):377-83.
30. 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.
31. 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.
32. Morales Camargo JF. Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho. Enero–Julio, 2015.
33. Kordi M, Abbaszadeh A, Mokhber N, Lotfalizadeh M, Ebrahimzadeh S. Intimate Partner Violence and Preeclampsia: A Case-Control Study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(75):12-21.