

تحقیقی

فراوانی خشونت خانگی بر زنان باردار شهر اراک (۱۳۸۹)

محسن شمسی^۱، اکرم بیاتی^{۲*}

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، مربی گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.

۲- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک.

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی از جنبه‌های مختلف، مادر و جنین را با خطر مواجه می‌سازد. توجه و مقابله با این مشکل و پیگیری از طریق آموزش و مشاوره که در بهبود سیر حاملگی و زایمان مؤثر می‌باشد؛ نیاز به اطلاعات پایه در زمینه شدت، فراوانی و عوامل مؤثر بر خشونت خانگی دارد. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی و شدت خشونت خانگی بر زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی روی ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در سال ۱۳۸۹ انجام شد. افراد با استفاده از پرسشنامه پایا و روا و مصاحبه سازمان یافته مورد بررسی قرار گرفتند. 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. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر، توکی و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: شیوع کلی خشونت در دوره بارداری ۳۴/۵ درصد تعیین شد. شیوع خشونت‌های عاطفی، کلامی، مالی و جسمی به ترتیب ۵۶ درصد، ۴۸ درصد، ۲۳ درصد و ۱۱ درصد تعیین گردید. ارتباط معنی‌دار آماری بین سن ازدواج ($P < ۰/۰۳۵$)، مدت زندگی مشترک ($P < ۰/۰۱۸$)، ازدواج فامیلی ($P < ۰/۰۰۱$)، سطح تحصیلات ($P < ۰/۰۰۱$)، شغل زن و شوهر ($P < ۰/۰۰۱$) با شیوع خشونت در طی بارداری دیده شد.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای خشونت خانگی در دوران بارداری می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود همه درمانگاه‌های مراقبت از بارداری، زنان باردار را از نظر مواجهه با خشونت خانگی غربالگری نمایند و همچنین مشارکت منابع جامعه، آموزش پزشکان و زنان در معرض خطر و نیز اجرای برنامه‌های حمایتی برای زنان آسیب‌دیده توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: خشونت، بارداری، زنان

* نویسنده مسؤول: اکرم بیاتی، پست الکترونیکی akram_19702002@yahoo.com

نشانی: اراک، سردشت، میدان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، بال آبی، طبقه دوم، تلفن و نمابر ۰۸۶۱-۴۱۷۳۵۲۶

وصول مقاله: ۸۹/۶/۲۱، اصلاح نهایی: ۹۰/۲/۱۸، پذیرش مقاله: ۹۰/۴/۱۶

مقدمه

بارداری به دلایل مختلفی همچون کاهش روابط جنسی، تصور غلط در مورد حاملگی و احساسات غیرطبیعی همسر در خصوص بارداری می‌تواند شیوع خشونت خانگی در این دوران را تحت تاثیر قرار دهد (۱). از این رو بارداری به عنوان یک دوره پرمخاطره برای سوء استفاده جسمی و روانی شناخته شده است. شیوع آسیب فیزیکی از سوی همسر در دوره بارداری از ۲۰-۹ درصد گزارش شده است (۲). از طرفی خشونت خانگی علیه زنان اغلب از دید اجتماع پنهان می‌ماند (۳). به همین دلیل توصیه شده است که همه زنان باردار در اولین ویزیت دوره بارداری و سپس در هر ۳ ماه بارداری و در دوران بعد از زایمان مورد غربالگری خشونت خانگی قرار گیرند (۴).

خشونت فیزیکی در طی دوره بارداری با مکانیسم‌های مستقیم و غیرمستقیم، مادر و جنین را تحت تاثیر قرار داده و منجر به عواقب ناگوار حاملگی و عوارض جبران‌ناپذیر در نوزاد خواهد شد. همچنین خشونت به عنوان 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 مراقبت بهداشتی توسط مادر خواهد شد و سرانجام عواقب نامطلوب مادری و نوزادی عارض خواهد شد (۵). احتمالاً به استثنای پره‌کلامپسی، شیوع خشونت ناشی از تمام حالات طبیی که از طریق غربالگری پره‌ناتال روتین تشخیص داده می‌شوند؛ بیشتر است (۷۶). از طرفی حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر همچون خشونت می‌تواند باعث ایجاد عوارض نامطلوب بر مادر و جنین و نهایتاً منجر به افزایش مرگ و میر نوزادان و مادران می‌شود (۸). پیامدهای نامطلوب بارداری همراه با خشونت در طی بارداری ممکن است؛ به طور مستقیم از ترومای جنسی یا فیزیکی یا به طور غیرمستقیم از طریق استرس (۹ و ۱۰) منجر به سقط (۱۱)، زایمان زودرس (۱۲-۹)، تولد نوزاد کم‌وزن، جدایی زودرس جفت و آپگار پایین نوزاد گردد (۱۳). در زنانی که تجربه خشونت در دوران بارداری را داشته‌اند؛ احتمال شروع شیردهی پس از زایمان کمتر از سایرین می‌باشد (۱۴). در

آمریکا ۲۵-۱۵ درصد زنان آمریکایی در هنگام بارداری مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند (۱۵). در ترکیه نیز ۳۳ درصد از زنان باردار تحت خشونت جسمی قرار داشتند که ۶۶ درصد این خشونت از طرف همسرانشان بود (۱۶). در مطالعه تقوی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در تبریز خشونت در زنان ۴۲ درصد و در زمان بارداری ۱۹ درصد گزارش شد (۱۷). در مطالعه‌ای در سبزوار در سال ۱۳۸۴ در حدود ۱۴/۵ درصد از زنان باردار، قربانی خشونت جسمی بودند (۱۸).

علی‌رغم این که خشونت خانگی طیف وسیعی از مشکلات جسمی و اجتماعی مادران و فرزندان آنها را تشکیل می‌دهد؛ بسیاری از زنان تحت خشونت خانگی به وسیله سیستم‌های بهداشتی درمانی شناسایی نمی‌شوند. با توجه به این که مطالعه‌ای در این خصوص در این منطقه صورت نگرفته است؛ لذا این مطالعه به منظور تعیین فراوانی و شدت خشونت خانگی بر زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی با استفاده از پرسشنامه روی ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

این مطالعه به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک رسید. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. با توجه به این که بررسی‌های متعدد شیوع خشونت در جوامع مختلف را بسیار متغیر و با دامنه ۷۳-۲۵ درصد گزارش کرده بودند؛ لذا در مطالعه حاضر از کمترین میزان شیوع یعنی ۲۵ درصد به عنوان معیاری برای تعیین حجم نمونه استفاده گردید و با در نظر گرفتن دقت ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و ضریب طرح (design effect) برابر ۱/۲ حجم نمونه‌ای برابر ۳۵۰ نفر محاسبه شد و برای افزایش دقت در نهایت حجم نمونه به ۴۰۰ نفر افزایش یافت. زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک که ملیت ایرانی داشتند و با توجه به پرونده پزشکی‌شان، فاقد بیماری‌های روحی روانی یا بیماری جسمی خاصی بودند؛ وارد مطالعه شدند. معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت فرد برای شرکت در مطالعه بود.

به منظور رعایت نکات اخلاقی در پژوهش، پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تهیه شد و از همه افراد پس از توضیح اهداف تحقیق رضایت‌نامه برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. با توجه به جو فرهنگی حاکم در جامعه ما، برای کسب اطلاعات دقیق‌تر از واحدهای مورد پژوهش سعی گردید تا پژوهشگران با برقراری ارتباط مناسب با واحدهای مورد پژوهش و فراهم کردن محیط مناسب و مصاحبه در زمان مناسب و ارایه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش اعتماد واحدهای مورد پژوهش را به خود جلب نموده تا اطلاعات دقیق‌تر کسب گردد. همچنین در پرسشنامه چندین سؤال کنترلی گنجانده شد تا میزان صحت در پاسخ‌دهی را نشان دهد. در صورت مشاهده تناقض در جواب‌های سؤالات پرسشنامه با سؤالات کنترلی پرسشنامه موردنظر به نشانه عدم پاسخ‌دهی دقیق از مطالعه خارج شدند. به این ترتیب تعداد ۴۳ پرسشنامه از مطالعه خارج و نمونه‌های دیگری جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آمار SPSS-16 و آزمون‌های کای اسکوئر، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه $29/3 \pm 8/1$ با دامنه سنی ۱۷ الی ۳۷ سال بود. میانگین مدت زمان بارداری $4/4 \pm 1/8$ ماه بود. میانگین سن همسران واحدهای مورد مطالعه $34/2 \pm 4/3$ سال و میانگین مدت زمان سپری شده از زندگی مشترک $9/6 \pm 4/4$ سال تعیین شد.

۳۱ درصد از زنان دچار بارداری ناخواسته بودند و میانگین تعداد فرزندان 2 ± 1 بود که حداقل صفر و حداکثر ۶ بود.

شیوع کلی خشونت در دوران بارداری $34/5$ درصد تعیین شد. میزان خشونت عاطفی 56 درصد، کلامی 48 درصد، مالی 23 درصد و جسمی 11 درصد به دست آمد.

افرادی که در سن زیر ۲۰ سال ازدواج نموده بودند؛ بیش از افرادی که در سنین بالاتر از ۲۰ سال ازدواج کرده بودند (۴۷ در مقابل ۳۸)؛ مورد خشونت قرار گرفته بودند. بین سن ازدواج و شیوع خشونت اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/035$) (جدول یک).

با توجه به تعریف خشونت به طرق مختلف در فرهنگ‌های گوناگون پرسشنامه مورد استفاده در این طرح اقتباسی از سایر مطالعات داخل و خارج کشور و مناسب‌سازی آنها با شرایط فرهنگی کشور بود. پرسشنامه مورد استفاده از چهار بخش تشکیل گردید. بخش اول شامل مشخصات جمعیت‌شناختی مادران و همسران آنها (سن، سن ازدواج، سابقه ازدواج فامیلی، تعداد فرزندان و سایر) بود. بخش دوم سؤالات مربوط به انواع خشونت خانگی براساس مطالعات مشابه در ایران و خارج از کشور (۱۴ و ۱۶ و ۱۷ و ۲۱-۱۹) و شامل خشونت جسمی، کلامی، عاطفی و مالی تنظیم شد. سؤالات مربوط به خشونت جسمی شامل سابقه سیلی زدن، مشت‌زدن، هل دادن، پرتاب اشیاء و سایر بود. خشونت عاطفی شامل قهر به مدت طولانی، عیب‌جویی مداوم، تحقیر و سایر بود. خشونت کلامی شامل فریادزدن، طعنه و کنایه‌زدن و سایر بود. خشونت مالی شامل مواردی همچون پرداخت پول به اکراه از طرف شوهر، عدم مشورت با همسر در مورد امورات مالی منزل و سایر بود. بخش سوم شامل برخی از علل مؤثر بر بروز سوء رفتار از طرف زن یا همسر بود. از ۳۳ سؤال مربوط به انواع خشونت ۱۰ سؤال خشونت جسمی، ۸ سؤال خشونت کلامی، ۱۰ سؤال خشونت عاطفی و ۵ سؤال خشونت مالی بود. بخش چهارم راهکارهای مقابله‌ای مادران در مقابل خشونت را سنجید. روایی پرسشنامه با استفاده از روایی محتوایی و نظرسنجی از اعضای هیأت علمی، روانپزشکان، کتب و منابع معتبر در این زمینه تعیین شد. پایایی پرسشنامه از طریق آزمون آلفا کرونباخ و به میزان $0/84$ حاصل شد. برای تعیین شدت خشونت در هر کدام از ابعاد مربوطه براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت با دامنه نمرات بین صفر تا ۴ متغیر بود. در ابتدا نمرات کسب شده در هر قسمت را جمع زده و سپس براساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. سپس براساس نمرات به‌دست آمده افراد مورد مطالعه به پنج گروه براساس شدت خشونت شامل شدت خیلی کم (نمره صفر تا ۲۰)، کم (نمره ۲۱-۴۰)، متوسط (نمره ۴۱-۶۰)، شدید (نمره ۶۱-۸۰) و خیلی شدید (نمره ۸۱-۱۰۰) تقسیم شدند. به این ترتیب فراوانی هرکدام از قسمت‌ها در هر یک از ابعاد خشونت مشخص شد. میزان خشونت کلی نیز به همین صورت محاسبه شد.

جدول ۱: میانگین نمره خشونت طی بارداری برحسب مشخصات دموگرافیک مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۹

سن ازدواج	خشونت		p-value
	انحراف معیار	میانگین	
> ۲۰ سال	۴۷/۵±۱۲/۱	۳۸/۶±۹/۵	۰/۰۳۵
< ۲۰ سال	۳۱±۸/۳	۳۹±۹/۲	۰/۰۱۸
> یک سال	۳۱±۸/۳	۴۵±۸/۵	۰/۰۱۸
۱-۵	۳۱±۸/۳	۵۴±۸/۸	۰/۰۱۸
۶-۱۰	۳۱±۸/۳	۳۳±۱۰/۱	۰/۰۶۶۸
< ۱۰ سال	۳۱±۸/۳	۳۱±۹/۷	۰/۰۶۶۸
۲-۴	۳۴±۱۱/۳	۴۱±۱۲/۸	۰/۰۰۱
> ۵	۳۴±۱۱/۳	۵۸±۱۴/۱	۰/۰۰۱
شاغل	۴۱±۱۲/۸	۴۶±۱۰/۸	۰/۰۰۱
خانه دار	۴۱±۱۲/۸	۶۵±۹/۶	۰/۰۰۱
شاغل	۴۶±۱۰/۸	۳۵±۱۳/۲	۰/۰۰۱
بیکار	۶۵±۹/۶	۴۸±۱۲/۸	۰/۰۰۱
ازدواج فامیلی	۳۵±۱۳/۲	۳۱±۱۰/۱۲	۰/۰۰۱
بین زوجین	۴۸±۱۲/۸	۵۷±۱۱/۸	۰/۰۰۱
خواسته	۳۱±۱۰/۱۲	۶۶±۱۳/۱	۰/۰۰۱
ناخواسته	۵۷±۱۱/۸	۶۳±۱۲/۲	۰/۰۰۱
بیسواد	۶۶±۱۳/۱	۴۸±۱۳/۶	۰/۰۰۱
ابتدایی	۶۳±۱۲/۲	۳۹±۱۰/۱	۰/۰۰۱
راهنمایی	۴۸±۱۳/۶	۱۸±۱۱/۸	۰/۰۰۱
دبیرستان	۳۹±۱۰/۱	۶۰±۱۲/۸	۰/۰۱۷
دانشگاه	۱۸±۱۱/۸	۳۸±۱۳/۴	۰/۰۱۷
ضعیف	۶۰±۱۲/۸	۴۲±۱۲/۳	۰/۰۲۸
متوسط	۳۸±۱۳/۴	۵۴±۱۳/۷	۰/۰۲۸
خوب	۴۲±۱۲/۳	۴۱±۱۲/۴	۰/۰۲۸
سیگاری بودن	۵۴±۱۳/۷		
همسر	۴۱±۱۲/۴		

با تحصیلات دانشگاهی مشاهده شد (جدول یک).

براساس جدول یک بین دو متغیر شیوع خشونت و اشتغال زنان ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد ($P < 0/001$). به طوری که زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل تحت خشونت قرار گرفته بودند (میانگین نمره خشونت ۴۱ در مقابل ۵۸). در زنانی با همسران بیکار نیز میزان شیوع خشونت بیشتر بود ($P < 0/001$). با افزایش سابقه بارداری نیز میزان شیوع خشونت بیشتر شده بود؛ ولی این افزایش از نظر آماری معنی دار نبود. هیچ یک از زنان باردار سیگاری یا الکلی نبودند و مواد مخدر استفاده نمی کردند و سابقه سوء مصرف مواد مخدر نداشتند؛ ولی میزان خشونت از طرف همسران سیگاری بیشتر از غیرسیگاری ها گزارش شد (میانگین نمره خشونت ۵۴ در مقابل ۴۱) ($P < 0/028$).

بین بارداری ناخواسته بودن و ناکافی بودن میزان درآمد و همچنین ازدواج فامیلی زوجین با شیوع خشونت در بارداری ارتباط آماری معنی داری یافت شد ($P < 0/05$).

جدول ۲: میانگین نمره خشونت خانگی طی بارداری برحسب سطح تحصیلات مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۹

تحصیلات مادر	خشونت			ANNOVA
	عاطفی	کلامی	مالی	
بی سواد	۶۴±۷/۱۲	۷۳±۱۱/۱	۵۵±۱۰/۴	۰/۰۰۱
ابتدایی	۶۸±۸/۱۱	۶۱±۱۲/۵	۵۱±۱۱/۱۰	۰/۰۰۱
راهنمایی	۶۱±۱۴/۲	۵۳±۱۰/۷	۳۶±۱۰/۵۱	۰/۰۰۱
دبیرستان	۵۸±۱۲/۳	۵۱±۱۲/۳۱	۳۲±۱۲/۲۸	۰/۰۰۱
دانشگاهی	۵۲±۱۱/۷	۴۳±۱۱/۴۱	۲۱±۱۱/۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۳: فراوانی و شدت انواع خشونت خانگی در زنان باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۹

شدت	عاطفی	کلامی	مالی	جسمی	کل
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
خیلی کم	۴۳ (۱۲)	۸۸ (۲۲)	۱۱۴ (۲۸)	۱۸۴ (۴۶)	۱۰۷ (۲۷)
کم	۷۸ (۱۹)	۱۳۳ (۳۴)	۱۵۳ (۳۹)	۱۰۸ (۲۷)	۱۱۸ (۳۰)
متوسط	۱۶۴ (۴۱)	۱۰۷ (۲۶)	۷۷ (۱۹)	۷۲ (۱۸)	۱۰۵ (۲۶)
زیاد	۶۲ (۱۵)	۴۱ (۱۰)	۳۵ (۹)	۲۴ (۶)	۴۰ (۱۰)
خیلی زیاد	۵۳ (۱۳)	۳۱ (۸)	۲۱ (۵)	۱۲ (۳)	۲۹ (۷)

به طور کلی شیوع انواع خشونت در مادران بی سواد یا سواد ابتدایی بیش از سایر مادران بود. همچنین شیوع خشونت های

بین شیوع خشونت و مدت زمان زندگی مشترک و یا سال های سپری شده از ازدواج ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0/018$). به طوری که میزان بروز خشونت با افزایش مدت زمان زندگی مشترک افزایش یافته بود و تعداد بیشتری از زنان باردار که بیشتر از ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می گذشت؛ مورد خشونت (میانگین نمره ۵۴) قرار گرفته بودند. در حالی که در زنان با سپری شدن زمان ازدواج کمتر از یک سال، میانگین نمره خشونت ۳۱ بود.

میانگین نمره خشونت در مادران بی سواد ۶۶ و در مادران با تحصیلات دانشگاهی ۱۸ تعیین شد و اختلاف آماری معنی داری بین سطوح تحصیلی و میزان خشونت مشاهده شد ($P < 0/01$). بیشترین میزان خشونت ($66 \pm 13/1$) در مادران بی سواد و سواد ابتدایی و کمترین میزان ($18 \pm 11/8$) در مادران

باردار تحت تاثیر خشونت خانگی با شدت کم و متوسط قرار داشتند و تعداد اندکی از آنان نیز خشونت‌هایی با نوع شدید را تجربه نموده بودند. با این وجود با توجه به شرایط فیزیکی و جسمانی مادر در دوران بارداری میزان شیوع خشونت جسمانی شدید کمتر گزارش شد؛ ولی در عوض خشونت‌های عاطفی و کلامی که می‌تواند سلامت روحی و روانی مادر را طی بارداری به مخاطره اندازد؛ بیشتر بود. در مطالعه‌ای در ترکیه میزان خشونت خفیف ۶۵ درصد، متوسط ۲۵ درصد و شدید ۷ درصد گزارش شد (۲۲).

در پژوهش حاضر میانگین خشونت جسمانی در حدود ۱۱ درصد مشاهده شد. در مطالعه نجومی و اکرمی در تهران نیز خشونت فیزیکی طی بارداری ۱۰/۷ درصد به دست آمد که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۹). با این وجود در مطالعه انجام شده در ترکیه روی زنان باردار این میزان ۳۳ درصد گزارش شد (۱۶). در مطالعه فرامرزی و همکاران در بابل میزان خشونت فیزیکی و روانی در زنان باردار به ترتیب ۹ درصد و ۸۲ درصد گزارش گردید (۲۳). در مطالعه جهانفر و همکاران خشونت جسمانی ۶۰ درصد گزارش شده است (۱۰). در مطالعه باقرزاده و همکاران بیشترین نوع خشونت روانی و کمترین نوع خشونت جسمانی بود (۱۱). دلیل تفاوت‌های مشاهده شده در کشورها و شهرهای مختلف از لحاظ شدت خشونت می‌تواند ناشی از متفاوت بودن روش بررسی خشونت، حجم نمونه‌های مختلف و تفاوت فرهنگی در جوامع مختلف باشد (۹ و ۱۱ و ۱۶ و ۲۳).

با توجه به شیوع بالای خشونت عاطفی و کلامی در مطالعه حاضر این امر می‌تواند ناشی از تغییر در سبک زندگی زوجین شده و باعث به هم خوردن توازن و آرامش برای زوجین و تغییر در الگوی ارتباطی قبلی آنان باشد؛ به خصوص اگر بارداری بدون برنامه‌ریزی و ناخواسته رخ داده باشد؛ این خشونت بیشتر شده بود. در مطالعه نجومی و اکرمی نیز بین ناخواسته بودن بارداری با خشونت دوره بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (۹). در مطالعه دولتیان و همکاران نیز ۳۶ درصد از زنان بارداری که تحت خشونت قرار داشتند؛ دچار بارداری ناخواسته بودند (۱۲). در مطالعه Stephenson گزارش شده است که ارتباط خشونت با

کلامی، مالی و جسمی بر حسب سطح تحصیلات متفاوت و در مادران با تحصیلات پایین از شیوع بیشتری برخوردار بود (جدول ۲).

جدول ۴: توزیع فراوانی عوامل مؤثر در بروز خشونت از دیدگاه زنان باردار شهر اراک در سال ۱۳۸۹

تعداد (درصد)	عوامل مرتبط
۱۶۳ (۴۱)	عدم توانایی مادر در اداره منزل
۱۴۲ (۳۵)	بهبانه‌گیری همسر
۱۰۸ (۲۷)	عدم مشاوره همسر با زن در امورات منزل
۹۴ (۲۳)	خستگی و کوفتگی کاری از طرف همسر
۷۱ (۱۸)	دخالت بستگان
۶۴ (۱۶)	زود عصبانی شدن همسر
۴۸ (۱۲)	انجام برخی کارها توسط زن بدون مشورت با همسر
۲۸ (۷)	پرداخت پول به اکراه از طرف همسر

جدول ۵: توزیع فراوانی راهکارهای مقابله‌ای از طرف زنان باردار شهر اراک در مقابله با خشونت خانگی

تعداد (درصد)	عوامل مرتبط
۲۷۴ (۶۸)	مشاوره با والدین و بستگان
۲۱۲ (۵۳)	پیش گرفتن صبر و گذشت
۲۰۳ (۵۰)	صحبت و گفتگو پس از آرامش
۱۸۲ (۴۵)	افسردگی و انزوا
۱۳۲ (۳۳)	قهر کردن
۱۰۶ (۲۶)	توسل جستن به معنویات
۷۹ (۲۰)	سکوت در مقابل خشونت همسر
۶۳ (۱۶)	پرخاشگری متقابل

در جدول ۳ ابعاد مختلف خشونت بر اساس شدت خشونت آمده است. بیشترین میزان خشونت از نوع شدید به ترتیب در بعد خشونت عاطفی، کلامی، مالی و جسمی گزارش شد. بیشترین عامل تاثیرگذار بر شروع خشونت از دیدگاه زنان باردار، اذعان مادران به عدم توانایی کافی جهت اداره امور منزل (۴۱ درصد) و کمترین پرداخت پول به اکراه از طرف همسر (۷ درصد) بیان شد (جدول ۴).

بیشترین راهکارهای مقابله‌ای زنان باردار در مقابله با اعمال خشونت شامل مشاوره با والدین و بستگان خود (۶۸ درصد) و کمترین راهکار به کار گرفته شده شامل اقدام به پرخاشگری متقابل (۱۶ درصد) بود (جدول ۵).

بحث

در پژوهش حاضر شیوع خشونت طی دوره بارداری ۳۴/۵ درصد تعیین شد. در این مطالعه تعداد بسیاری از زنان

زندگی مشترک و احتمالاً پیدایش اختلافات بیشتر، تولد فرزند و تغییر در سبک زندگی و وضعیت اقتصادی زوجین و همچنین عدم جذابیت زندگی مشترک همانند گذشته باشد که این نتایج با مطالعه صالحی و مهرعلیان هم‌خوانی داشت (۲۱). با این وجود دولتیان و همکاران (۱۲) و صابریان و همکاران (۳۰) نتایج مخالفی را ارائه داده‌اند. به طوری که به دلیل سن پایین مادر و عدم تجربه و مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی، خود عامل مستعدکننده بروز خشونت بوده است. در رابطه با شیوع خشونت و بیکاری همسر و سیگاری بودن وی نیز مطالعه ما با سایر مطالعات هم‌خوانی داشت (۱۲ و ۲۲ و ۲۶).

در پژوهش حاضر با توجه به عوامل خطر شروع و بروز خشونت علیه مادران از دیدگاه آنان، می‌تواند در ایجاد و طراحی برنامه‌هایی برای فرهنگ‌سازی مناسب در جامعه از طریق رسانه‌های جمعی مؤثر باشد. از جمله تغییرات طبیعی در دوره بارداری که باعث سستی و ضعف عمومی شده و احتمالاً مانع توانایی مادر در اداره کامل منزل می‌باشد که به‌عنوان عامل غالب در شروع خشونت عنوان شده بود. سایر عوامل مؤثر نیز فرهنگ‌سازی مناسب در جامعه نیازمند است.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اتخاذ برخی از روش‌های مناسب و نامناسب در بین مادران در مقابله با خشونت‌های خانگی می‌باشد که از جمله راهکارهای نامناسب در این زمینه افسردگی و انزوا، قهر و یا مقابله به مثل کردن بود که به نوبه خود می‌تواند بر شدت مشکلات بیافزاید و سلامت مادر و جنین را در معرض خطر قرار دهد. لذا بهتر است مادران در زمینه راهکارهای مقابله‌ای مؤثر در برابر خشونت از دوران‌های قبل از بارداری و ترجیحاً در طی دوره‌های تحصیلی و یا از طریق برگزاری کلاس‌های مشاوره‌ای در مراکز بهداشتی درمانی آمادگی کافی را در این زمینه کسب نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد که کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی و به خصوص ماماها و پزشکان مراکز بهداشتی درمانی به دلیل ارتباط نزدیک با مادران و انجام پایش‌های دوران بارداری آموزش‌های لازم را در زمینه شناسایی و غربالگری مادران تحت خشونت خانگی ببینند و بتوانند گامی در جهت ارتقاء سلامت کودکان، خانواده و در

بارداری ناخواسته ممکن است به دلیل اثرات خشونت بر توانایی زن در تصمیم‌گیری بر استفاده از روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری باشد؛ به طوری که این زنان کنترل کمتری بر تصمیمات مربوط به بارداری خود دارند که منجر به بارداری ناخواسته می‌گردد (۱۹). در سایر مطالعات نیز ارتباط بارداری ناخواسته با شیوع بیشتر خشونت تایید شده است (۲۰ و ۲۴-۲۶). در مطالعه حاضر با افزایش تعداد فرزندان شیوع خشونت بیشتر شده بود. در مطالعه دولتیان و همکاران نیز ۱/۵ درصد از مادران تحت خشونت فاصله بین موالید کمتر از ۳-۱ سال داشتند (۱۲).

در رابطه با شیوع خشونت و سطح تحصیلات مادران، مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالاتر خشونت در بین مادران بی‌سواد می‌باشد؛ ولی در مجموع مادران با تحصیلات بالا نیز تحت تاثیر خشونت‌های عاطفی و کلامی قرار داشتند تا جسمانی و مالی. دلیل این امر می‌تواند ناشی از شاغل بودن چنین مادرانی باشد و از طرفی آگاهی بیشتر آنان به حقوق خانوادگی و اجتماعی خود باعث کاهش نسبت شیوع خشونت در این گروه شده است. همچنین می‌توان استنباط نمود که زنان با تحصیلات دانشگاهی اغلب دارای همسران تحصیل کرده بوده و همین امر از احتمال بروز خشونت علیه آنان حداقل از نوع خشونت فیزیکی کاسته است و یا به عبارتی سواد رفتار عامل خشونت (مردان) را تعدیل نموده است. یافته‌های ما با مطالعه انجام شده در ترکیه هم‌خوانی دارد (۲۲).

در مطالعه دولتیان و همکاران نیز بین سن مادر، میزان تحصیلات مادر، شغل مادر و همسر، میزان درآمد خانوار و اعتیاد همسر با بروز خشونت خانگی طی بارداری ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (۱۲). در سایر مطالعات نیز تحصیلات پایین همسر یکی از عوامل خطر خشونت علیه زنان باردار بود (۲۹-۲۷) که همگی با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند.

در مطالعه ما ازدواج فامیلی عاملی برای کاهش خشونت نسبت به زن باردار بود. این امر می‌تواند ناشی از شناخت بیشتر زوجین از یکدیگر و خانواده‌های هم و لذا اختلاف کمتر در طی زندگی مشترک و خشونت کمتر باشد.

در پژوهش حاضر در سال‌های ابتدایی ازدواج شیوع خشونت کمتر مشاهده شد و این مقدار با افزایش مدت

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان دهنده شیوع بالای (۳۴/۵ درصد) خشونت خانگی در دوران بارداری بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ۲۰۶) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک بود که مورد حمایت مالی آن معاونت محترم قرار گرفت. از همه مادران شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می گردد.

نهایت جامعه بردارند. از طرفی به دلیل حساسیت خشونت در دوران بارداری بهتر است در تحقیقات آتی شدت خشونت برحسب نوع خشونت ارزیابی گردد. با توجه به این که هرگونه تغییر در میزان خشونت های خانگی یا خشونت علیه زنان مستلزم تغییر رفتار زوجین به خصوص عاملین اصلی در خشونت (مردان) می باشد؛ لذا فراگیری مهارت های زناشویی و همچنین مهارت های زندگی در دوران نوجوانی و دبیرستان پیشنهاد می گردد.

References

- 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.
- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 May; 188(5):1341-7.
- Bakhtiyari A, Omid bakhsh N. [Assessment of causes and effects of violence against women in the family in cases referred to legal medical center]. *Sci J Forensic Med.* 2003;9(31):127-31. [Article in Persian]
- Muthal-Rathore A, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Jan;76(1):83-5.
- Temeş M, Manole A, Merchez M. [Some epidemiological and forensic assessments on cases of domestic violence, recorded in Piatra Neamţ, between 1997-2009]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2010 Oct-Dec;114(4):1130-4. [Article in Romanian]
- Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med.* 2011 May; 72(9):1534-54.
- Madzimbale FC, Khoza LB. Experiences of physical violence by women living with intimate partners. *Curatationis.* 2010 Jun; 33(2):25-32.
- El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb;105(2):357-63.
- Nojoumi M, Akrami Z. [Physical violence during pregnancy: Prevalence and outcomes]. *Payesh Health Monit.* 2003;2(1): 43-9. [Article in Persian]
- Jahanfar Sh, Malkzadegan A, Jamshidi R. [The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in iran university of medical sciences hospitals]. *Iran J Nurs Res.* 2003;15-16(32-33):93-9. [Article in Persian]
- Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaei HR. [Relationship between domestic violence during pregnancy and complications of pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz university of Medical Sciences]. *Ofoogh-e-Danesh.* 2008; 13(4):51-8. [Article in Persian]
- Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. [Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and postnatal depression]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2008;13(2): 57-68. [Article in Persian]
- Behnam HR, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. [Domestic violence against the Iranian pregnant women]. *Ofoogh-e-Danesh.* 2008;14(2): 70-6. [Article in Persian]
- Khosravy F, Hashemi nasab L, Abdoullahi M. [Study of the incidence and outcome of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of sanandaj hospital]. *Urmia Med J.* 2008;19(1): 8-14. [Article in Persian]
- Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2004 Jul;18(4):260-9.
- Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG.* 2003 Mar; 110(3):272-5.
- Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. *Res J Biol Sci.* 2008, 3(1):128-31.
- 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. [Article in Persian]
- Stephenson R. Human immunodeficiency virus and domestic violence: the sleeping giants of Indian health? *Indian J Med Sci.* 2007 May;61(5):251-2.
- Sims C, Sabra D, Bergey MR, Grill E, Sarani B, Pascual J et al. Detecting intimate partner violence: more than trauma team education is needed. *J Am Coll Surg.* 2011 May;212(5):867-72.
- Salehi Sh, Mehr Alian HA. [The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2006;8(2): 72-77. [Article in Persian]
- Yanikkerem E, Karadaş G, Adigüzel B, Sevil U. Domestic

violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol*. 2006 Feb;23(2):93-103.

23. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2005 Sep-Nov; 11(5-6):870-9.

24. Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc Sci Med*. 2005 Jul;61(2):365-77.

25. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):109-15.

26. Shaheen AA, Diaaeldin M, Chaaya M, El Roueiheb Z. Unintended pregnancy in Egypt: evidence from the national study on women giving birth in 1999. *East Mediterr Health J*. 2007 Nov-Dec;13(6):1392-404.

27. Babapor J, Sattarzadeh N, Khodaei R. [Physical violence against pregnant women risk factors and relation to some pregnancy outcome in women referring to tabriz educational hospital in 2007]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2008;5(4): 141-46. [Article in Persian]

28. Hegarty K. Domestic violence: the hidden epidemic associated with mental illness. *Br J Psychiatry*. 2011 Mar;198(3):169-70.

29. Agha Khani K, Agha Bigloei A, Chehrei A. [Evaluation of physical violence by spouse against women referring to Forensic Medicine Center of Tehran in autumn of 2000]. *J Iran Univ Med Sci*. 2003;9(31): 485-90. [Article in Persian]

30. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B, Haghigat Sh. [Survey of the causes and susceptible factors of the domestic violence and adopting contractive methods from women's views referred to the health care centers in Semnan (2003)]. *Sci J Forensic Med*. 2004;10(33):30-4. [Article in Persian]

Archive of SID

Original Paper

Frequency and severity of domestic violence in pregnant women

Shamsi M (MSc)¹, Bayati A (MSc)*²

¹PhD Student in Health Education, Academic Instructor, Department of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. ²Academic Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Abstract

Background and Objective: Domestic violence can place mother and fetus at risk. This issue can be prevented through education and basic knowledge. This study carried out to determine the frequency and severity of domestic violence in pregnant women referred to health centers in Arak, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive study was done on 400 pregnant women referring in health centers in Arak North-West of Iran during 2009. This research was implemented through questionnaires including the demographic characteristic aspects of physical violence, emotional, verbal and financial severity and the factors effected violence on pregnant women. Data was analyzed using Chi-Square, one way ANOVA and Tukey tests.

Results: The overall prevalence of violence during pregnancy was 34.5%. For this rate, 56%, 48%, 23% and 11% were emotional violence, verbal, financial and physical violences, respectively. Marriage age ($P<0.035$), partnership length ($P<0.018$), family history of marriage ($P<0.001$), education ($P<0.001$), occupation of woman and husband ($P<0.001$) with the outbreak of violence during pregnancy were significantly associated.

Conclusion: This study indicated that the frequency of domestic violence in pregnant women is high, therefore it is suggested women clinic to be established to protect pregnant women suffering from domestic violence during pregnancy.

Keywords: Violence, Pregnancy, Women

* **Corresponding Author:** Bayati A (MSc), E-mail: akram_19702002@yahoo.com

Received 12 September 2010

Revised 8 May 2011

Accepted 7 July 2011