

بررسی ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار

فرزانه جعفرنژاد^۱، وحیده مقدم حسینی^۲، عاطفه سلطانی فر^۳، سعید ابراهیم‌زاده^۴

^۱ عضو هیئت علمی رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲ عضو هیئت علمی رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۳ استادیار روانپزشکی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴ عضو هیئت علمی رشته آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نشانی نویسنده مسؤل: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، وحیده مقدم حسینی

Email: hosieni_v@yahoo.com

وصول: ۸۷/۱۰/۱۲، اصلاح: ۸۸/۱/۳۰، پذیرش: ۸۸/۳/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر بحث دل‌بستگی مادر و کودک در رابطه با بهداشت روانی افراد اهمیت زیادی پیدا کرده است. از طرفی، خشونت علیه زنان در بارداری از جمله مشکلات بهداشتی مهم در سراسر جهان می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۰۲ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر مشهد در سال ۱۳۸۷ که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، به شیوه طبقه‌ای-خوشه‌ای تصادفی وارد پژوهش شدند. داده‌های مربوط به خشونت خانوادگی در دوران بارداری در انتهای دوران بارداری با استفاده از پرسشنامه مقیاس تدابیر حل اختلاف و دل‌بستگی مادر به شیرخوار، ۴ تا ۵ هفته بعد از تولد با استفاده از پرسشنامه دل‌بستگی مولر جمع‌آوری شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، کروسکال وایس، من ویتنی و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: به طور کلی ۸۹/۲ درصد از زنان، خشونت خیلی خفیف، ۹/۸ درصد خفیف و یک درصد خشونت متوسط را در دوران بارداری از طرف شوهرانشان تجربه کرده‌اند. یافته‌های به‌دست آمده، رابطه معکوس بین خشونت گفتاری ($r=0/032, p=0/000$)، جسمی ($r=0/005, p=0/000$)، صدمات ($r=0/018, p=0/000$) و خشونت کل ($r=0/029, p=0/000$) با دل‌بستگی مادر به شیرخوارانشان داد. همچنین میانگین خشونت روانی ($15/9 \pm 12/94$) ($p=0/026$)، جسمی ($9/1 \pm 11/12$) ($p=0/002$)، صدمات ($2/5 \pm 3/47$) ($p=0/006$) و خشونت کل ($47/6 \pm 33/68$) ($p=0/038$) به‌طور معناداری در گروهی که مردان از بارداری همسرانشان رضایت نداشتند، بیشتر بوده است. بین تحصیلات زنان و مردان با میزان خشونت خانوادگی رابطه‌ای دیده نشد.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، بین خشونت‌های گفتاری، جسمی و صدمات در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار ارتباط وجود دارد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۱/صص ۴۲-۳۵).

واژه‌های کلیدی: خشونت خانوادگی؛ دل‌بستگی مادر به شیرخوار؛ حاملگی ناخواسته.

مقدمه

در حالی که بهداشت روانی افراد در سال‌های اول زندگی پی‌ریزی می‌شود، در سال‌های اخیر بحث دل‌بستگی مادر و کودک نیز اهمیت زیادی پیدا کرده است. روانشناسان از دیرباز عوامل متعددی را در بروز اختلالات عاطفی و روانی مؤثر می‌دانستند که در این میان، محرومیت از مهر و محبت مادر سهم عمده‌ای را دارد (۱). بر اساس تعریف جان بالبی (۱۹۵۰) دل‌بستگی به پیوند هیجانی بین کودک در حال رشد و مراقبت‌کننده اطلاق می‌شود که برای رشد سالم اهمیت حیاتی دارد (۲). ایجاد دل‌بستگی ایمن در شیرخوارگی، کودک را قادر به ایجاد روابط نزدیک با دیگران بخصوص با والدین خود در سنین بالاتر می‌کند (۳). در مقابل، کودکانی که از روابط دل‌بستگی و محبت‌آمیز کمتری برخوردار هستند، تکامل عاطفی و ذهنی پایین‌تر داشته و رفتارهای مدرسه-گریزی، تعاملات اجتماعی ضعیف و کاهش توانایی در ایجاد ارتباط طولانی مدت و رفتارهای تهاجمی و خصومت‌آمیز در آنان بیشتر دیده می‌شود (۱).

تحقیقات انجام شده بر روی مادران مبتلا به اختلالات روانی نشان داده است که اختلال شخصیت در مراقبت‌دهنده ارتباط تنگاتنگی با کاهش روابط دل‌بستگی با شیرخوار دارد. همچنین تجارب اولیه مادر از دل‌بستگی در دوران کودکی، میزان حمایت اجتماعی اطرافیان از مادر و میزان دل‌بستگی مادر با جنین در طی دوران بارداری می‌تواند بر روی این فرایند اثرگذار باشد. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که زنانی که پاسخدهی حساسی را از طرف مادر خودشان در طی دوران کودکی تجربه کرده‌اند، به نقش مادری خود حتی در دوران بارداری حساس می‌باشند که این حساسیت متعاقباً به بعد از تولد نیز کشیده خواهد شد (۴،۵).

به علاوه، طبق نظر مرسر و همکاران (۱۹۹۰)، دل‌بستگی والدین به یکدیگر که به ایجاد ارتباط رضایتمندانه و عاطفی منجر می‌شود، می‌تواند بر روی

تعهد والدین در مراقبت از نوزاد مؤثر باشد (۶). اما اعمال خشونت از طرف شوهر نسبت به همسرش نیز از جمله عواملی است که می‌تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زناشویی شود و دل‌بستگی بین همسران را کاهش دهد.

سازمان بهداشت جهانی خشونت بر علیه زنان را به صورت هرگونه عملی بر علیه جنس زن تعریف می‌کند که باعث آسیب یا رنجش جسمی، روانی یا جنسی شده و آزادی و اختیار وی را در زندگی سلب می‌نماید (۷). در مطالعه‌ای که سازمان بهداشت جهانی در مورد میزان خشونت خانوادگی در چندین کشور انجام داده است، میزان شیوع آن به طور کل از ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است (۸). متأسفانه در بسیاری از این زنان، بدرفتاری در طی دوران بارداری هم ادامه پیدا می‌کند. احتمالاً به استثنای پره اکلامپسی، شیوع خشونت خانگی از شیوع تمام حالات عمده طبی که از طریق غربالگری روتین پره ناتال تشخیص داده می‌شود، بیشتر است (۹). در ایران نیز، در مطالعه انجام شده بر روی زنان باردار در مشهد در سال ۱۳۸۶، به طور کلی ۹۲/۴ درصد از زنان، خشونت خیلی خفیف، ۶/۹ درصد خفیف و ۰/۷ درصد خشونت متوسط را در دوران بارداری از طرف شوهرانشان تجربه کرده‌اند (۱۰).

مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد که تعداد زیادی از زنان برای اولین بار در طی دوران حاملگی تحت خشونت قرار می‌گیرند و بر اساس شواهد موجود، حاملگی و به دنبال آن انتقال به نقش والدی می‌تواند سبب بر هم خوردن توازن و آرامش زوجین و تغییر در الگوی ارتباطی شود (۱۱).

اما اعمال خشونت علیه زنان در طی دوران بارداری می‌تواند عواقب ناگواری از جمله افزایش خطر تولد نوزاد نارس و کم وزن، افزایش فشار خون، بروز عفونت، آنمی، عدم وزن‌گیری مناسب در حاملگی و افزایش خطر بروز افسردگی در طی زایمان و پس از آن را به دنبال داشته باشد که این مشکلات (به‌خصوص

پدر، مادر و فرزندان که حاصل یک ازدواج باشند) بود. همچنین تنها همسر شوهرش باشد و تصمیم به جدایی نیز نداشته باشند.

معیارهای حذف در حین مطالعه شامل ابتلا به اختلالات شدید روانی (مراجعه به روان پزشک، مصرف دارو یا بستری در بیمارستان روانی در یک سال گذشته)، وجود استرس‌های شدید (بیماری جدی مادر یا همسر، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت، تصمیم به جدایی)، اعتیاد به مواد مخدر و محرک در مادر طی یک ماه بعد از زایمان، جدایی مادر و نوزاد بیش از ۲۴ ساعت بعد از تولد، به‌دست آوردن نمره بیشتر یا مساوی ۱۳ از تست افسردگی ادینبرگ و تأیید آن از طریق مصاحبه با روانپزشک بود.

حداکثر حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه مخصوص پژوهش‌های همبستگی و طی یک مطالعه‌ی مقدماتی، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد، ۹۷ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن میزان ریزش نمونه با توجه به دو مرحله‌ای بودن حجم نمونه نهایی ۱۱۷ نفر در نظر گرفته شد.

جهت کنترل متغیرهای مخدوش کننده، برخی از آنان از جمله سابقه اختلالات شدید روانی در طی یک سال گذشته و یک ماه بعد از زایمان، سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر و محرک در مادر در طی دوره حاملگی و یک ماه بعد از زایمان و عدم وجود استرس‌های شدید در سال اخیر، از مطالعه حذف شدند. برخی دیگر از جمله، دل‌بستگی مادر و جنین، سبک دل‌بستگی مادر، حمایت اجتماعی، افسردگی و طبقه اقتصادی- اجتماعی تحت کنترل قرار گرفتند. جهت بررسی دل‌بستگی مادر به شیرخوار از مقیاس دل‌بستگی مولر که دارای ۲۶ آیتم است، استفاده گردید. روایی این ابزار به روش روایی محتوا و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ $Ra=0/89$ تأیید شده است.

جهت بررسی دل‌بستگی مادر به جنین از پرسشنامه

افسردگی) می‌تواند ارتباط اولیه مادر و کودک را به نوعی دچار خدشه نماید (۱۲).

از آن‌جا که سلامت جسمی و روانی زنان بخصوص در دوران بارداری، امر بسیار مهم و درخور توجهی بوده و یکی از وظایف سیستم‌های بهداشتی می‌باشد، لذا به دنبال مطالعات وسیعی که جهت شناخت ابعاد مختلف این پدیده و عواقب آن انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط شدت خشونت خانوادگی با دل‌بستگی مادر به شیرخوار، به بررسی بُعد دیگری از موضوع می‌پردازد که کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی، جامعه-ی مورد مطالعه عبارت بود از زنان بارداری که در فاصله زمانی ماه‌های خرداد تا مهر ۱۳۸۷ جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر مشهد مراجعه می‌کردند و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند. جهت انتخاب واحدهای پژوهش از هر یک از ۳ منطقه بهداشتی شهر مشهد که هر کدام در حکم یک طبقه می‌باشند، با توجه به نسبت جمعیت مادران باردار تحت پوشش تعدادی از مراکز و پایگاه‌های بهداشتی را به صورت خوشه‌ای- تصادفی انتخاب و در هر مرکز و پایگاه انتخاب شده افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش غیراحتمالی در دسترس وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۳۷ هفته، عدم وجود سابقه اختلالات شدید روانی در طی یک سال گذشته (نداشتن سابقه مراجعه به روانپزشک، مصرف دارو یا بستری)، نداشتن سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر و محرک در مادر در طی دوران حاملگی، عدم وجود استرس‌های شدید در سال اخیر (بیماری جدی مادر یا همسر، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت) و خانواده هسته‌ای (حضور

خیلی شدید تقسیم شدند. به این ترتیب، فراوانی هر کدام از قسمت‌ها در هر گروه مشخص شد. همچنین، همین کارها در رابطه با میزان خشونت کلی - یعنی جمع ابعاد مورد نظر عیناً انجام گرفت و به این ترتیب، شاخص شدت خشونت کلی در افراد به دست آمد.

ویرایش فارسی این آزمون از طریق روایی محتوا و با نظر تعدادی از روانشناسان و روانپزشکان و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ $Ra=0.92$ تأیید گردید.

جهت تعیین ارتباط بین هریک از انواع خشونت خانوادگی و دل بستگی مادر به شیرخوار از آزمون غیرپارامتریک ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. جهت تعیین تأثیر متغیرهای مورد نظر، از آنالیز رگرسیون چندگانه و جهت تعیین رابطه خشونت خانوادگی با سطح تحصیلات و رضایت از بارداری از آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی استفاده شده است. داده‌های به دست آمده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

از بین ۱۱۷ نفری که در مرحله اول وارد مطالعه شدند، ۴ نفر به دلیل بالا بودن نمره تست افسردگی، ۷ نفر به دلیل عدم همکاری در مرحله دوم، ۲ نفر به دلیل دارا بودن نمره بالای خشونت فیزیکی در دوه بعد از زایمان در مقایسه با دوره بارداری، یک نفر به علت جدایی از نوزاد در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد و یک نفر هم به علت داشتن استرس شدید بعد از زایمان (فوت مادر) از مطالعه خارج شدند. در نهایت، داده‌های مربوط به ۱۰۲ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میانگین سن زنان در این مطالعه، $25/5 \pm 4/63$ سال بود و ۹۶/۱ درصد آنان خانه‌دار بودند. میانگین سن مردان $29/3 \pm 5/20$ سال و میانگین مدت ازدواج آنان $5/3 \pm 4/8$ سال بود. از لحاظ میزان تحصیلات در زنان و مردان، بیشتر افراد سطح تحصیلات دیپلم داشتند (۳۶/۳)

دل بستگی مادر و جنین کرانلی و جهت بررسی سبک دل بستگی در مادر از مقیاس دل بستگی بزرگسالان کولینز و رید، جهت بررسی افسردگی بعد از زایمان از تست افسردگی ادینبرگ و جهت بررسی حمایت اجتماعی از فرم حمایت اجتماعی کاسدی استفاده شد.

این مطالعه در دو مرحله صورت گرفت که به شرح زیر می‌باشد:

مرحله اول: پژوهشگر با مراجعه به مراکز و پایگاه‌های تعیین شده، با مادران باردار که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌کردند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، صحبت کرده و در صورت تمایل و بعد از دادن رضایت کتبی، ابتدا فرم مصاحبه مربوط به مشخصات مادر، همسر و وضعیت خانواده و سپس پرسشنامه‌های مربوط به خشونت خانوادگی، دل بستگی مادر و جنین و دل بستگی بزرگسالان توسط مادر تکمیل می‌شد.

مرحله دوم: بین هفته ۴ تا ۵ بعد از تولد، پژوهشگر طبق هماهنگی قبلی با مادرانی که معیارهای ورود به مرحله دوم را دارا بودند به مرکز بهداشت مراجعه و پرسشنامه‌های خشونت خانوادگی، دل بستگی مادر و شیرخوار، تست افسردگی، حمایت اجتماعی و فرم مصاحبه مربوط به نوع زایمان و مشخصات نوزاد تکمیل می‌شد.

جهت بررسی خشونت خانوادگی از پرسشنامه‌ی مقیاس تدابیر حل اختلاف که از طرف سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک ابزار استاندارد جهت بررسی خشونت خانوادگی معرفی شده است (۱۳). این ابزار دارای ۷۸ سؤال و ۵ قسمت روانی با ۸ سؤال، بُعد فیزیکی دارای ۱۲ سؤال، بُعد گفتاری دارای ۶ سؤال، بُعد جنسی دارای ۷ سؤال و بُعد صدمات دارای ۶ سؤال می‌باشد.

جهت تعیین شدت خشونت در هر کدام از ابعاد مربوطه، در ابتدا نمرات کسب شده در هر قسمت را جمع زده و سپس، بر اساس نمره‌ی به دست آمده، افراد مورد مطالعه به ۵ گروه خیلی خفیف، خفیف، متوسط، شدید و

جدول ۳: رابطه بین انواع خشونت خانوادگی دوران بارداری با دلبستگی مادر به شیرخوار

انواع خشونت خانوادگی	گفتاری	روانی	جسمی	جنسی	صدمات	خشونت کل
دلبستگی مادر	$r = -.0/21$	$r = -.0/19$	$r = -.0/27$	$r = -.0/15$	$r = -.0/23$	$r = -.0/29$
به شیرخوار	$p = .0/32$	$p = .0/51$	$p = .0/05$	$p = .0/13$	$p = .0/18$	$p = .0/02$

جدول ۴: توزیع میانگین دلبستگی مادر به شیرخوار در هر یک از انواع خشونت به تفکیک شدت بعد از ادغام طبقه ها

نوع خشونت	شدت			نتیجه آزمون
	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	
گفتاری	۹۹/۸۷±۴/۱۵	۹۶/۵۲±۷/۰۴	۹۸/۰۵±۳/۸۸	۰/۰۹۸ P Kruskal wallis
روانی	۹۶/۲۶±۵/۱۰	۹۷/۱۸±۸/۰۱	۹۳/۴۶±۷/۵۸	۰/۰۶۳ P Kruskal wallis
جسمی	۹۷/۶۲±۶/۱۳	۹۴/۶۰±۵/۵۹		P Mann-whitney ۰/۱۶۴
جنسی	۹۷/۲۱±۶/۳۹	۹۹/۰۰±۴/۰۸		P Mann-whitney ۰/۴۲۳
صدمات	۹۷/۵۹±۶/۱۶	۹۳/۶۶±۳/۲۱		P Mann-whitney ۰/۰۹۳
خشونت کل	۹۸/۰۹±۵/۶۴	۹۲/۳۶±۷/۷۴		P Mann-whitney ۰/۰۰۹

مشاهده گردید، به طوری که با افزایش نمره در این متغیرها، دلبستگی مادر به شیرخوار کاهش می یابد (جدول ۳).

همچنین مقایسه میانگین نمره دلبستگی به تفکیک شدت در هر یک از انواع خشونت ها، تنها در بین طبقه های مربوط به خشونت کل تفاوت معناداری در نمره دلبستگی مادر به شیرخوار مشاهده شد و در هیچ کدام از انواع خشونت ها تفاوت معنادار به دست نیامد (جدول ۴).

جهت بررسی اثر متغیرهای تأثیرگذار بر روی دلبستگی مادر به شیرخوار، به دلیل کمی بودن آن ها از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده گردید و نتایج نشان داد که جمع این متغیرها با هم تأثیری روی دلبستگی ندارند و خشونت خانوادگی در دوران بارداری به طور مستقل از سایر فاکتورها با دلبستگی مادر به شیرخوار ارتباط دارد.

در مورد ارتباط سطح تحصیلات با خشونت خانوادگی، نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد که گرچه با بالا رفتن تحصیلات مردان نمره خشونت کل کاهش پیدا می کند، اما این تفاوت معنادار نمی باشد. اما در

درصد، ۵۱ درصد). به علاوه، ۹۱/۲ درصد از زنان از بارداری خود و ۹۰/۲ درصد مردان از بارداری همسرانشان رضایت داشتند.

جهت مقایسه میانگین انواع خشونت خانوادگی با یکدیگر، حداقل و حداکثر ممکن همه موارد به فاصله صفر تا ۱۰۰ تبدیل و به تناسب آن میانگین های به دست آمده در هر مورد به نسبت این فاصله تعیین شد. بر این اساس، بیشترین میانگین مربوط به خشونت گفتاری و کمترین آن صدمات منجر به آسیب می باشد (جدول ۱).

از نظر میزان خشونت، ۸/۸ درصد نمونه ها مورد خشونت شدید گفتاری و ۶/۹ درصد نیز مورد خشونت شدید روانی و ۱ درصد نیز دچار خشونت جسمی شدید قرار گرفته اند (جدول ۲). در مورد دلبستگی مادر به شیرخوار، حداقل و حداکثر نمره ممکن ۱۰۴-۲۶ می باشد که در این مطالعه ۷۲-۱۰۴ (۹۷/۴۸±۶/۱۲) به دست آمد.

پس از استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، رابطه معکوس معناداری بین خشونت گفتاری، جسمی، صدمات و خشونت کل با دلبستگی مادر به شیرخوار

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع خشونت خانوادگی به تفکیک شدت

شدت	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید	کل	انواع خشونت
فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	
۲۴	۲۳/۵	۴۸	۴۷/۱	۲۰	۱۹/۶	۱۰۰	گفتاری
۷۳	۷۱/۶	۱۶	۱۵/۷	۶	۵/۹	۱۰۰	روانی
۹۷	۹۵/۱	۳	۲/۹	۱	۱	۱۰۰	جسمی
۸۷	۸۵/۳	۱۵	۱۴/۷	۰	۰	۱۰۰	جنسی
۹۹	۹۷/۱	۳	۲/۹	۰	۰	۱۰۰	صدمات
۹۱	۸۹/۲	۱۰	۹/۸	۱	۱	۱۰۰	خشونت کل

بین نوع رابطه پدر کودک با مادر و دلبستگی مادر به نوزاد در ۴۸ ساعت اول بعد از تولد گزارش نشده است (۱۶). اما یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند تئوری شکل‌گیری هویت مادری روبین (۱۷) را تأیید کند. بر طبق این تئوری، رابطه نزدیک و رضایتمندانه پدر با مادر در بارداری می‌تواند تأثیر مثبت بر روی رفتارهای دلبستگی مادری داشته باشد (۱۷).

در مورد سطح تحصیلات یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه یانی کرم و همکاران (۱۸)، فرامرزی و همکاران (۱۹) همخوانی ندارد. در مطالعه یانی کرم که بر روی ۲۱۷ زن باردار در ترکیه انجام شد، با بالا رفتن سطح تحصیلات مردان و زنان، نمره خشونت کاهش معناداری را نشان داده است ($p=0/0001$) (۱۸). در مطالعه فرامرزی نیز که بر روی ۲۴۰۰ زن در بابل انجام شده است، میانگین نمره خشونت در زنان با تحصیلات کمتر از ۶ سال به طور معناداری بیشتر بود ($p<0/01$) (۱۹). گرچه طبق بررسی‌های متعدد انجام شده خشونت خانوادگی می‌تواند در میان تمام طبقات اجتماعی-اقتصادی و با هر سطحی از تحصیلات رخ دهد، اما اختلاف بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات شاید به دلیل تفاوت در حجم نمونه آن‌ها باشد.

همچنین در مورد رابطه رضایت پدر از بارداری و خشونت خانوادگی، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه گودوین و همکاران (۲۰) و جاسینکی (۲۱) همخوانی دارد. گودوین و همکاران در مطالعه خود دریافتند که

مورد سطح تحصیلات زنان، با افزایش سطح تحصیلات، نمره خشونت کل افزایش پیدا می‌کرد که این افزایش در مورد تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بیشتر بود اما این تفاوت‌ها نیز به لحاظ آماری معنادار نبود.

همچنین در مورد رابطه رضایت پدر از بارداری با خشونت خانوادگی، نتایج آزمون من‌ویتنی نشان داد که میانگین خشونت روانی ($p=0/026$)، جسمی ($p=0/002$)، صدمات ($p=0/006$) و خشونت کل ($p=0/038$) به طور معناداری در گروهی که مردان از بارداری همسرانشان رضایت نداشتند، بیشتر بوده است.

بحث

در رابطه با اهداف اصلی این مطالعه، یافته‌های به-دست آمده نشان داد که هر چه خشونت گفتاری، جسمی، صدمات منجر به آسیب و خشونت کل بیشتر می‌شود، نمره دلبستگی به طور معناداری کاهش می‌یابد. در مطالعه کوئین لیوان و همکاران (۲۰۰۵)، تفاوت معناداری در نمره دلبستگی در ۶ ماهگی بین دو گروهی که در بارداری تحت خشونت بوده اند و آن‌هایی که نبوده‌اند، وجود داشت ($p=0/005$) (۱۴).

همچنین بلوم (۱۹۹۸) نیز در مطالعه خود تأثیر رابطه پدر کودک با مادر در دوره بارداری را بر دلبستگی مادر به شیرخوار مورد بررسی قرار داد و رابطه معناداری را بین این دو گزارش کرد ($p<0/05$) (۱۵). اما در مطالعه‌ای که توسط لیزابت (۲۰۰۳) انجام شد، ارتباطی

می‌دهد. این یافته‌ها نشان‌دهنده لزوم توجه بیشتر به سلامت روانی زنان و وضعیت خانواده از طریق راهکارهای پیشگیرانه در جهت کاهش بروز خشونت در خانواده‌ها و شناسایی به‌موقع این موارد از سوی افراد و سیستم‌هایی که در بارداری رابطه بیشتر با مادر دارند، می‌باشد تا از این طریق بهداشت روانی و جسمی کودکان نیز ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و پرسنل محترم مراکز بهداشت که نهایت همکاری را در انجام این مطالعه داشتند، اعلام می‌نمایند.

زنانی که حاملگی ناخواسته دارند، ۲/۵ برابر بیشتر در معرض خشونت شوهر یا شریک جنسی قرار می‌گیرند (۲۰). جاسینکی نیز گزارش کرده است که خشونت در بارداری در بین زوجینی که در آن‌ها، حاملگی زودتر از موعد اتفاق می‌افتد و شریک جنسی از بارداری رضایت ندارد، بیشتر است (۲۱). در توضیح این مطلب می‌توان گفت زمانی که یکی از زوجین یا هر دو از بارداری رضایت نداشته باشند، بخصوص اگر بارداری از ابتدا ناخواسته باشد، احتمال ایجاد استرس و تنش‌های عصبی بیشتر می‌شود که این مسأله می‌تواند بروز تعارض و خشونت را افزایش دهد.

به طور کلی، مطالعه حاضر نشان داد که اعمال خشونت علیه زنان در بارداری می‌تواند دلبستگی مادر به شیرخوار را دچار خدشه نماید. همچنین حاملگی‌های ناخواسته احتمال ایجاد تعارض در بین زوجین را افزایش

References

- Bretherton I. The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby & Maty Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992; 28: 759-75.
- پورافکاری نصرت اله. فرهنگ جامع روانشناسی-روانپزشکی. چاپ سوم، تهران: فرهنگ معاصر، ۱۳۷۳.
- Cassidy J. The nature of the child dies. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment, Theory, Research & Clinical Applications*. New York: Guilford Publisher; 1999. P.3-4
- Virginia LC, Nancy L & Associates, Inc. *Infant Attachment: What We Know Now*. Department of Health and Human Services USA. 1991. Available at: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/Reports/inatprt.pdf>
- Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev*. 2000; 59: 13-25.
- Goulet C, Bell L, St-Cyr D, Paul D, Lang A. Concept analysis of parent-infant attachment. *J Adv Nurs*. 1998; 28(5): 1071-81.
- Sunita K. Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them. 2005.
- Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw-stat-2005>
- Gunter J. Intimate Partner Violence. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007; 34(3): 367-88.
- Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap Iii LC, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. New York: McGraw-Hill's AccessMedicine 2005.
- بهنام حمیدرضا، مقدم حسینی وحیده، سلطانی فر عاطفه. بررسی شدت و فراوانی خشونت خانوادگی در بارداری. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. دوره ۱۴؛ شماره ۲؛ تابستان سال ۱۳۸۷.

12. Sagrestano, LM, Carroll D, Rodriguez AC, Nuwayhid B. Demographic, psychological and relationship factors in domestic violence during pregnancy in a sample of low income women of color. *Psychology of Women Quarterly*. 2004; 28: 309-22.
13. Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. [Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive-risk predictor of low birthweight in Costa Rica] *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14(2):75-83.
14. Quinlivan A, Evans SF. Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Arch Womens Ment Health*. 2005; 8: 191-9.
15. Bloom, K.C. Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998; 27(4): 420-30.
16. Lizabeth L. Carlson. Maternal attachment in the early postpartum period. Relationship with adult attachment style and the partner relationship. Dissertation for degree or doctor nursing science. Louisiana state university health science center school of nursing. August 2003.
17. Rubin R. Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer; 1984.
18. Yanikkerem E, Karadaş G, Adigüzel B, Sevil U. Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol*. 2006; 23(2): 93-103.
19. 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; 11(5-6): 870-9.
20. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Pregnancy Intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996-1997. PRAMS Working Group. *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Health J*. 2000; 4(2): 85-92.
21. Jasinski JL, Kantor GK. Pregnancy, stress and wife assault: ethnic differences in prevalence, severity, and onset in a national sample. *Violence Vict*. 2001; 16(3): 219-32.