

Relationship between Domestic Violence and Mother-Infant Attachment in Mothers Referring to Comprehensive Health Centers affiliated to Iran University of Medical Sciences

Maryam Gharacheh¹, Zahra Mazari², Seyedeh Batool Hasanpoor Azghady³,

Shima Haghani⁴, Shahdokht Azadi⁵

Abstract

Background & Aims: Infancy is the most important time for the formation of emotions and emotional development, and mother-infant attachment is of special importance during this period. Domestic violence seems to be one of the factors relating to the mother- infant attachment. In fact, domestic violence is an attack on the mother-child relationship and the child care system. Violent fathers directly and indirectly weaken the emotional bond between mother and child. Those women who are the victims of domestic violence often live in fear and anxiety to protect their children's mental health and safety, and this fear may be inadvertently transmitted to children, forming undesirable attachment patterns; as some children perceive their mothers as a source of fear and anxiety, and eventually the child will suffer from unresolved trauma by perceiving a threat to its mother. Consequently, unresolved fear and trauma results in disorganized attachment. However, most studies have examined attachment at different stages of life from pregnancy to infancy, childhood, and adulthood, and the emotional relationship in infancy is neglected. Therefore, considering the role of mother-infant behavior and attachment and the effects of father's violence on the health of mother and child, the present study was conducted to determine the relationship between domestic violence and mother-infant attachment.

Materials & Methods: This was a cross-sectional study conducted on 320 mothers referring to the comprehensive health centers affiliated to Iran University of Medical Sciences in Tehran in 2019. Multistage sampling method was employed to select the subjects. First, the comprehensive health centers were divided into two groups (west and northwest). The comprehensive health centers located in the west covered four districts (9-18-21-22) and Northwest centers covered three districts (2-5-6). Then, two centers were selected from each district by simple random sampling method and 320 mothers, referring to the health centers, meeting inclusion criteria were selected continuously. Sampling lasted approximately 3.5 months (from November 29, 2019 to February 15, 2019). The inclusion criteria were the Iranian nationality, mothers aged 18 to 45 years, monogamy status, minimum literacy, having a seemingly healthy infant aged one month to one year, infant birth weight more than 2500 grams and wanted pregnancy, no history of severe stress during the last year (death of a first-degree relative, serious illness of mother or father, decision to separate, severe family conflicts), no drug addicted parents, no history of severe psychological disorders in the last year (history of referring to the doctor, medication, or hospitalization), no mother- child separation for more than 24 hours in the early hours following delivery, and no history of parental infertility. Demographic and Fertility Questionnaires, the Maternal Attachment Inventory (MAI), and revised Conflict Tactics Scales (CTS2) were used to collect data. The MAI was used to measure mother- infant attachment. The questionnaire has 26 items and each item has four options rated on the 4- point Likert scale, including almost always (4), usually (3), sometimes (2), and never (1). The scores of the questionnaire range from 26-104. The revised Conflict Tactics Scales used to measure domestic

¹. Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences Tehran, Iran

². School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Tel: 09122763816 Email: zahramazari83@gmail.com

³. Department of Midwifery, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵. Department of Psychology, Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Gachsaran, Iran

violence had 36 items including the areas of negotiation (6 items), physical violence (12 items), psychological violence (8 items), sexual violence (4 items), and injury (6 items). Each item has eight options rated on a 7-point scale. The scores of the different scales are not added up in this questionnaire, and finally the samples receive zero for the absence of violence and one for the existence of violence, thus the overall prevalence of domestic violence and the relative prevalence of each type of domestic violence or subscales are shown in frequency and percentage. Descriptive statistics were used to describe the data and Chi-square, independent t-test, and analysis of variance were calculated in the SPSS software version 16 to examine the relationship between the variables. Significance level was considered at $P < 0.05$.

Results: The results showed that the mean of mother- infant attachment was 97.78 ± 7.56 . Overall domestic violence in the mothers participated in the study was 42.2%. Among the studied mothers, 53.8% experienced violence in domains of negotiation, 24.7% physical violence, 75.6% psychological violence, 12.5% sexual violence, and 31.6% injury. Thus, the areas of psychological violence and negotiation had the highest frequency and the areas of sexual violence and physical violence had the lowest frequency among the dimensions of domestic violence. Based on the overall results of the two groups; abused and non-abused women ($P = 0.010$), there was a statistically significant difference between the groups in terms of mother- infant attachment in all areas of negotiation ($P = 0.014$), physical violence ($P = 0.043$), psychological violence ($P = 0.014$), and injury ($P = 0.010$), except sexual violence ($P = 0/356$). None of the demographic variables of mothers was significantly related to mother- infant attachment ($P > 0.05$) and also domestic violence ($P > 0.05$).

Conclusion: The findings of the study showed that overall domestic violence was significantly related to mother-infant attachment and mother-infant attachment was lower in mothers experiencing violence. Domestic violence was significantly related to mother-infant attachment in all areas except sexual violence. Therefore, the present study showed that domestic violence against mothers during infancy can undermine the mother-infant attachment. Since the formation of attachment during infancy is a good starting point for improving the role of fathers in building social and emotional relationships with their children and, consequently, the growth and health of emotional relationships and family members' attachment, it is necessary that officials and care systems pay more attention to mothers' mental health and family status by identifying, counseling, and adopting timely preventive and supportive strategies through active participation of fathers in physical and emotional wellbeing of their infants to improve mental health of family members and mother-infant attachment by reducing domestic violence. Midwives and healthcare providers can use special tools and perform psychological screening for early and timely referral during postpartum care to reduce all types of domestic violence and harms to families experiencing violence. Also, timely detection of parent-child attachment disorder and the factors affecting it and eliminating it through educational and counseling interventions and parental support in this area can help to prevent the loss of economic and human capital. Also, in terms of the quality of parental attachment, this research can provide the basis for interventional research or subsequent studies to identify other factors affecting attachment. This study suggests that more studies investigate the relationship between the violence of other people, other than the husband, and the mother- infant attachment. It is also recommended to study the relationship between mother's violence against the father and the mother-infant attachment. It is suggested to conduct a study that can examine the effect of parents' violence against each other on the mother- infant attachment. More studies are also needed to be performed on a larger sample size in order to generalize the results. Moreover, this study suggests that an extensive research project be conducted to investigate the relationship between other factors related to mother-infant attachment such as marital satisfaction, social support, and parental personality traits.

Key words: Mother-Infant Attachment, Domestic Violence, Spouse Abuse.

Conflicts of Interest: No

How to Cite: Gharacheh M, Mazari Z, Hasanpoor Azghady SB, Haghani SH, Azadi SH. Relationship between Domestic Violence and Mother-Infant Attachment in Mothers Referring to Comprehensive Health Centers affiliated to Iran University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(127):72-88.

Received: 16 Sep 2020

Accepted: 16 Dec 2020

ارتباط خشونت خانگی با دل‌بستگی مادر به شیرخوار در مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران

مریم قراچه^۱، زهرا مزاری^۲، سیده بتول حسن پور ازغدی^۳، شیما حقانی^۴ شهذخت آزادی^۵

چکیده

زمینه و هدف: دوره شیرخوارگی مهم‌ترین زمان برای شکل‌گیری عواطف و رشد هیجانی فرد است و دل‌بستگی مادر- شیرخوار از اهمیت ویژه‌ای در این مقطع برخوردار است. به نظر می‌رسد یکی از عوامل مرتبط با دل‌بستگی مادر به شیرخوار، خشونت خانگی باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی با دل‌بستگی مادر به شیرخوار در شهر تهران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش مقطعی بود که بر روی ۳۲۰ نفر از مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود. ابتدا مراکز جامع سلامت به دو طبقه (غرب و شمال غرب) تقسیم شدند. سپس از هر منطقه دو مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید و ۳۲۰ نفر از مادران مراجعه کننده واجد معیارهای ورود به صورت مستمر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و باروری، مقیاس دل‌بستگی مادر به شیرخوار (MAI) و مقیاس فنون تعارض (CTS2) استفاده شد. داده‌ها از طریق آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و آنالیز واریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از میان مادران مورد مطالعه ۵۳/۸ درصد خشونت در حیطه مذاکره، ۲۴/۷ درصد خشونت جسمی، ۷۵/۶ درصد خشونت روانی، ۱۲/۵ درصد خشونت جنسی و ۳۱/۶ درصد خشونت منجر به صدمه را تجربه کرده بودند. بین دو گروه خشونت دیده و ندیده در خشونت کلی ($p=0/010$) و حیطه‌های مذاکره ($p=0/014$)، خشونت جسمی ($p=0/043$)، خشونت روانی ($p=0/014$) و خشونت منجر به صدمه ($p=0/010$) به جز حیطه خشونت جنسی ($p=0/356$) از نظر نمره دل‌بستگی مادر- شیرخوار تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری کلی: خشونت خانگی با دل‌بستگی مادر- شیرخوار ارتباط داشت و دل‌بستگی مادر- شیرخوار در مادرانی که خشونت دیده بودند، کمتر بود. توجه بیشتر مسئولین و سیستم‌های مراقبتی به سلامت روانی مادران از طریق شناسایی، مشاوره و اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه و حمایتی به موقع از طریق سهیم نمودن و مشارکت فعال پدران در مراقبت‌های جسمی و عاطفی کودکان شیرخوار ضروری است تا با کاهش خشونت خانگی، سلامت روانی اعضای خانواده و دل‌بستگی مادر به شیرخوار ارتقاء یابد.

کلید واژه‌ها: دل‌بستگی مادر- شیرخوار، خشونت خانگی، سوء رفتار همسر

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۹/۲۶

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۲۲۷۳۸۱۶
Email: zahramazari83@gmail.com
۳. گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۵. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، گچساران، ایران

مقدمه

شیرخوارگی دوره بسیار بحرانی در شکل گیری دلبستگی و پیوند هیجانی مادر با کودک می باشد که برای رشد سالم وی اهمیت حیاتی دارد. دلبستگی مادر به کودک یکی از نیازهای بنیادین انسان است و می تواند الگویی برای عملکرد هیجانی - اجتماعی فعلی و آینده کودک باشد^(۱). مفهوم دلبستگی و همچنین عوامل مرتبط با آن، عرصه تحقیقاتی نوینی را در سطح جهان ایجاد نموده است. به نظر می رسد یکی از عوامل مرتبط با دلبستگی مادر به شیرخوار، خشونت خانگی باشد. در واقع خشونت خانگی نوعی حمله به رابطه مادر- کودک و سیستم مراقبت از کودک تلقی می شود. پدرانی که دست به اعمال خشونت می زنند، به طور مستقیم (از طریق حملات در دوران بارداری یا جلوگیری از حضور مادران در کنار کودکانشان) و به طور غیرمستقیم (با وارد کردن صدمه جسمی یا ذهنی به مادران و ناتوان نمودن آنان در انجام نقش والدی) باعث تضعیف رابطه عاطفی بین مادر و فرزندان می شوند^(۲). زنان قربانی خشونت خانگی اغلب به خاطر سلامت روانی و ایمنی فرزندان با ترس و اضطراب زندگی می کنند و این ترس ممکن است به صورت ناخواسته به کودکان منتقل شود و منجر به شکل گیری الگوهای دلبستگی نامطلوب شود. چرا که برخی از کودکان، مادران خود را به عنوان منبعی از ترس و اضطراب درک می کنند و در نهایت کودک به علت درک تهدید پدر نسبت به مادرش آسیب دیده و دچار اختلال ترومای حل نشده می گردد. متعاقباً ایجاد ترس و ترومای حل نشده در کودک موجب اختلال دلبستگی او نسبت به والدین می شود^(۱،۳).

سازمان جهانی بهداشت خشونت خانگی را به عنوان یک اولویت سلامت و بیشترین عامل خطر سلامتی برای زنان در جهان معرفی کرده است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تقریباً از هر سه زن یک نفر (۳۵٪) در سراسر جهان خشونت خانگی را تجربه کرده اند و ۳۸ درصد قتل زنان در سراسر جهان، توسط شریک زندگی شان صورت

می گیرد^(۴،۵). در ایران نیز بر اساس آخرین پژوهش گسترده ملی، حدود ۷۵ درصد از زنان حداقل یک بار از ابتدای زندگی مشترک، خشونت خانگی را تجربه کرده اند و در ۶۶ درصد موارد، مورد خشونت کلامی و روانی قرار گرفته اند^(۶). دوره ی پس از تولد فرزندان از پرخشونت ترین دوره ها برای زنان ایرانی محسوب می شود^(۷،۸). با وجود همه ی مراقبت ها، بیشتر موارد خشونت خانگی و روابط دلبستگی نا ایمن مادر- کودک، از دید مراقبین سلامت و خدمات حمایت از مادران و کودکان و به طور کلی از انظار عمومی پنهان می ماند^(۳). به ویژه در مواردی که خشونت دائمی و مکرر است، پدران باعث ممانعت و یا تأخیر در مراجعه مادران و کودکان به مراکز مراقبتی می گردند. به علاوه بیشتر زنان ایرانی تمایلی به بحث و گفتگو درباره خشونت خانگی و گزارش آن ندارند. در این راستا دلایلی چون خجالت، ترس و مقصر دانستن خود و صدمه ناشی از خشونت و کتک خوردن از شوهر نیز سبب می شود که زنان این موضوع را مطرح نکنند^(۹). درک و نگرش جامعه به خشونت در خانه بر زنان و کودکان تأثیر قابل توجهی می گذارد^(۳). نادیده گرفتن خشونت از سوی جامعه، سبب پذیرش خشونت در خانواده شده و همچنین دسترسی اندک به اطلاعات، فقدان امکانات کافی و نیز وقوع چنین حوادثی در درون خانواده ها و مخفی نگه داشتن آن، سبب می شود موارد زیادی ثبت نشده و پنهان باقی بمانند^(۱۰).

در تحقیقات بسیار محدودی که تاکنون راجع به ارتباط خشونت خانگی با دلبستگی مادر به شیرخوار انجام شده است، نتایج متفاوتی وجود دارد. Levendosky و همکاران به منظور بررسی تأثیرات مضر خشونت خانگی در یک مطالعه موردی از مجموعه مطالعات طولی ۱۰ ساله که از دوره بارداری شروع شده بود، نشان دادند که دلبستگی مادر- شیرخوار با خشونت خانگی، ارتباط دارد و هر چه تجربه خشونت خانگی بیشتر باشد، سطح دلبستگی مادر- شیرخوار کاهش یافته و احتمال شکل گیری الگوی دلبستگی نا ایمن بیشتر است. همچنین

مادرانی که تحصیلات کمتر، درآمد پایین‌تر و فرزند دختر داشتند، در معرض خشونت خانگی بیشتر قرار داشته و دارای دل‌بستگی کمتری نسبت به کودکان بوده‌اند^(۱۱). همچنین جعفرنژاد و همکاران، در بررسی ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار نشان دادند که بین خشونت‌های کلامی، جسمی و صدمات در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار ارتباط وجود دارد و افزایش میزان خشونت باعث کاهش دل‌بستگی مادر به شیرخوار می‌شود^(۱۲). با این وجود در مطالعه قدرتی و همکاران، خشونت خانگی به طور کلی با دل‌بستگی مادر باردار - جنین مرتبط نبود، و تنها برخی از گویه‌های خشونت خانگی با برخی از گویه‌های دل‌بستگی ارتباط داشت^(۱۳).

ارتباط مستقیم میان خشونت خانگی و شکل‌گیری روابط دل‌بستگی اولیه به عنوان یک حوزه تحقیقاتی جدید به سرعت در حال ظهور است. اغلب تحقیقات در زمینه خشونت خانگی متمرکز بر دیدگاه‌های فمینیستی و متوجه پیامدها بر زنان یا کودکان به طور جداگانه می‌باشند و تأثیر خشونت خانگی و عملکرد منفی پدر در نقش والدی خود بر الگوی دل‌بستگی مادر - شیرخوار نادیده گرفته شده است. همچنین بسیاری از تحقیقات خشونت خانگی بر زنان از گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین متمرکز بوده و به مقطع زمانی و سنی که زنان، خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، توجهی نشده است. بنابراین یافته‌های این تحقیقات بازتابی از تأثیرات خشونت خانگی در تمام اقشار اجتماعی و شامل زنان در سراسر سنین باروری نمی‌باشند^(۳). با وجود این که رابطه عاطفی در مرحله شیرخوارگی می‌تواند بر زندگی آینده فرد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی تأثیرگذار باشد، در پژوهش‌ها مورد غفلت قرار گرفته و تمرکز پژوهش‌ها در این دوره حساس بیشتر معطوف به نیازهای فیزیولوژیک کودک بوده است^(۱۴). همچنین تحقیقات محدودی ارتباط خشونت خانگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر باردار به جنین یا دل‌بستگی مادر به نوزاد را سنجیده‌اند و

تا کنون تحقیقات از نوع کمی در خصوص بررسی ارتباط خشونت خانگی در دوران پس از تولد و شیرخوارگی با دل‌بستگی مادر به شیرخوار صورت نگرفته است. این در حالی است که دوره شیرخوارگی مهم‌ترین دوره از نظر شکل‌گیری و سازماندهی ارتباط و دل‌بستگی مادر با کودک می‌باشد. علاوه بر این ارتباط خشونت خانگی با دل‌بستگی مادر در دوره‌های کودکی و نوجوانی در مطالعات انجام شده، مشخص نمی‌کند که آیا کاهش دل‌بستگی در دراز مدت و در زمان کودکی و نوجوانی اتفاق افتاده است یا اصولاً از همان ابتدای دوره شیرخوارگی، روند ایجاد و شکل‌گیری دل‌بستگی با مشکل و اختلال همراه بوده است. بنابراین با توجه به این که نقش رفتار و خشونت اعمال شده از سوی پدر بر سلامت مادر و کودک در دوره حساس شیرخوارگی قابل تأمل و دارای اهمیت ویژه می‌باشد، با در نظر گرفتن نقش ماما به عنوان خط مقدم ارتباط با مادران و شیرخواران در تأمین بهداشت جسمی و روانی آنان، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی با دل‌بستگی مادر به شیرخوار در شهر تهران انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش مقطعی بود که بر روی مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای تعیین حداقل حجم نمونه به منظور برآورد فراوانی خشونت خانگی در زنان در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد $d = 0.05$ پس از مقدار گذاری در فرمول، حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ نفر برآورد گردید. میزان خشونت در مقاله بهبودی مقدم و همکاران ۴۷/۸ درصد برآورد شده بود که با در نظر گرفتن نوع نمونه‌گیری ۶۰ درصد به حجم نمونه مذکور اضافه شد و حداقل حجم نمونه ۳۲۰ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است برای متغیر دل‌بستگی مادر نیز حجم نمونه تعیین شد و از آنجایی که حجم نمونه تعیین شده بر اساس متغیر

خشونت خانگی بیشتر از این متغیر بود، از آن متغیر برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود به این ترتیب که ابتدا مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران به دو طبقه (غرب و شمال غرب) تقسیم شد. مراکز جامع سلامت غرب، چهار منطقه (۲۲،۲۱،۱۸،۹) و مراکز شمال غرب سه منطقه (۶،۵،۲) را تحت پوشش داشتند. سپس از هر منطقه، دو مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید که مجموعاً ۱۴ مرکز جامع سلامت با تخصیص متناسب انتخاب شدند. نمونه‌گیری آبان ماه ۱۳۹۸ تا بهمن ماه طول کشید و پژوهشگر به طور متوالی در طول ساعات دایر بودن مراکز جامع سلامت و در تمام روزها به غیر از تعطیلات رسمی به مراکز مورد نظر جهت جمع‌آوری نمونه مراجعه نمود و در نهایت ۳۲۰ نفر از مادران مراجعه کننده واجد معیارهای ورود به صورت مستمر انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، سن مادر ۱۸ تا ۴۵ سال، وضعیت تک همسری، داشتن فرزند شیرخوار به ظاهر سالم یک ماهه تا یک ساله، فقدان سابقه استرس‌های شدید طی سال اخیر، فقدان اعتیاد مادر یا پدر به مواد مخدر، فقدان سابقه اختلالات شدید روانشناختی طی یک سال گذشته (سابقه مراجعه به پزشک، مصرف دارو، یا بستری) و جدا نشدن مادر از کودک بیش از ۲۴ ساعت در ساعت‌های اولیه پس از زایمان بودند.

به منظور گردآوری اطلاعات از فرم اطلاعات جمعیت شناختی مادر و شیرخوار (شامل سن، تحصیلات، شغل، درآمد، تعداد فرزندان و...) و فرم مشخصات باروری مادر، مقیاس دلبستگی مادر به شیرخوار (Maternal Attachment Inventory) (MAI) مقیاس فنون تعارض (The Conflict Tactics Scale) (CTS2) استفاده شد. مقیاس فنون تعارض که برای سنجش خشونت خانگی استفاده شد، شامل حیطه‌های مذاکره (Negotiation) (۶ گویه: گویه‌های ۱ تا ۶)، خشونت جسمی (۱۲ گویه: گویه‌های ۷ تا ۱۸)، خشونت

روانی (۸ گویه: گویه‌های ۱۹ تا ۲۶)، خشونت جنسی (۴ گویه: گویه‌های ۲۷ تا ۳۰) و خشونت منجر به صدمه (۶ گویه: گویه‌های ۳۱ تا ۳۶) بود. CTS2 خشونت خانگی را در زمینه‌های شیوع (prevalence) و شدت (Intensity) مورد بررسی قرار می‌دهد. پرسشنامه دارای ۳۶ گویه می‌باشد و هر گویه دارای هشت گزینه است. ارزیابی گویه‌ها به این ترتیب است که عدد صفر به عنوان فقدان خشونت و سایر اعداد به عنوان وجود خشونت در نظر گرفته می‌شوند. وجود حداقل یک پاسخ بین یک تا هفت نشان دهنده وجود خشونت است. خشونت به دو نوع خفیف و شدید تقسیم می‌گردد. خفیف بودن و شدید بودن نوع خشونت در گویه‌های پرسشنامه مشخص شده است. امتیازات مقیاس‌های مختلف در این پرسشنامه با هم جمع نمی‌شوند و نهایتاً نمونه‌ها امتیاز صفر برای فقدان خشونت و یک برای وجود خشونت دریافت می‌نمایند و به این ترتیب شیوع کلی خشونت خانگی و شیوع نسبی هر کدام از انواع خشونت خانگی یا خرده مقیاس‌ها به صورت فراوانی و درصد نشان داده می‌شود. همچنین وجود حداقل یک پاسخ خشونت خفیف، نشان دهنده نوع خفیف خشونت به طور کلی است و وجود حداقل یک پاسخ خشونت شدید، نشان دهنده نوع خشونت شدید به طور کلی است و به صورت فراوانی و درصد نشان داده می‌شود^(۱۵). برای سنجش دلبستگی مادر به شیرخوار از مقیاس MAI استفاده شد که دارای ۲۶ گویه می‌باشد که هر گویه دارای چهار گزینه بر اساس مقیاس لیکرت است. گزینه‌ها شامل تقریباً همیشه با نمره ۴، معمولاً با نمره ۳، گاهی اوقات با نمره ۲ و هیچوقت با نمره ۱ می‌باشند. محدوده نمره این پرسشنامه ۲۶ تا ۱۰۴ می‌باشد. هر چقدر نمره بالاتر باشد، میزان دلبستگی بیشتر است. این پرسشنامه، زیرمقیاس و نمره معکوسی ندارد^(۱۶). اعتبار محتوای پرسشنامه‌های فنون تعارض و دلبستگی مادر به شیرخوار در این مطالعه توسط سه نفر از اعضای محترم هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تعیین شد. پرسشنامه CTS2

در ایران توسط بهبودی مقدم و همکاران در سال ۱۳۸۹ به زبان فارسی ترجمه گردید و جهت تعیین روایی محتوا، پرسشنامه به ۱۲ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران و تربیت مدرس داده شد که پس از جمع آوری و اعمال نظرات آنان و با توجه به فرهنگ جامعه سه سؤال مربوط به خشونت جنسی حذف گردید و همچنین به جای کلمه شریک جنسی، کلمه همسر جایگزین گردید. سپس پایایی پرسشنامه با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۹ به دست آمد^(۱۷). روایی پرسشنامه MAI نیز در ایران به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ در سال ۱۳۸۸ توسط جعفرنژاد مورد تأیید قرار گرفت^(۱۲). ثبات درونی پرسشنامه دل بستگی مادر به شیرخوار در این مطالعه با آلفای کرونباخ $\alpha=0/893$ تأیید گردید.

پس از تصویب تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت مجوز کمیته اخلاق (IR.IUMS.REC.1398.556) از دانشگاه، دریافت معرفی نامه از معاونت‌های پژوهشی و بهداشتی به مراکز بهداشت غرب و شمال غرب تهران، پژوهشگر به مراکز جامع سلامت منتخب مراجعه و اطلاعاتی در مورد اهمیت و اهداف پژوهش در اختیار سرپرست مراکز قرار داد و برای انجام مطالعه هماهنگی های لازم را به عمل آورد. نحوه آگاهی دهی از طریق اطلاع رسانی پزشک معالج و یا نصب اطلاعیه در مراکز جامع سلامت منتخب بود. سپس پژوهشگر در روزهای کاری به مراکز مراجعه نموده و با معرفی به مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت که دارای فرزند شیرخوار سالم یک ماهه تا یک ساله بودند، در مورد اهداف پژوهش، اهمیت و ضرورت آن و محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه توضیحات لازم را ارائه داد و به آنان اطمینان داد که در صورت انصراف می‌توانند آزادانه از تحقیق خارج شوند. پس از دریافت رضایت و تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، پرسشنامه‌ها به ۳۲۰ نفر از مادران داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها جمع‌آوری

گردید. در این پژوهش، با نظارت دقیق محقق و پرسشگر، تمام نمونه‌ها به تمام سؤالات پاسخ دادند و هیچ موردی از ریزش نمونه وجود نداشت. به طور میانگین مشارکت کنندگان ۲۰ دقیقه زمان برای تکمیل پرسشنامه‌ها صرف می‌کردند. پژوهشگر ابتدا یک توضیح اجمالی درباره نحوه پاسخدهی به سؤالات مختلف به افراد مورد مطالعه می‌داد و در صورتی که سؤال یا ابهامی در ارتباط با سؤالات در حین تکمیل پرسشنامه برای فرد به وجود می‌آمد، پژوهشگر برای پاسخگویی در دسترس بود. پژوهشگر سؤالات و گویه‌ها را برای کسانی که از سطح تحصیلات پایین تری برخوردار بودند، می‌خواند و در صورت نیاز توضیح می‌داد.

اطلاعات موجود در پرسشنامه‌ها با رعایت کامل اصول اخلاقی و امانت داری، پس از استخراج توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با آزمون‌های آماری تحلیلی و استنباطی مجذور کای، تی مستقل و آزمون آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان دادند میانگین سنی مادران مورد پژوهش ۳۰/۵۶ با انحراف معیار ۴/۹۵ سال و با دامنه سنی ۱۸-۴۲ سال بود. تحصیلات دانشگاهی با ۴۹/۷ درصد بیشترین سطح تحصیلی و سطح بی‌سواد با ۱/۳ درصد کمترین سطح تحصیلی در بین سایر سطوح تحصیلی بود. وضعیت اشتغال خانه‌دار با ۸۴/۱ درصد بیشترین فراوانی و وضعیت فعلاً در مرخصی با ۴/۴ درصد کمترین فراوانی را در بین سطوح شغلی داشتند. درآمد خانواده بین ۱۵۰۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰۰ تومان با ۳۵/۹ درصد و بعد از آن سطح درآمد ۲۵۰۰۰۰۰-۳۵۰۰۰۰۰ تومان با ۲۹/۷ درصد بیشترین فراوانی را داشتند. میانگین تعداد فرزندان ۱/۶۰ با انحراف معیار ۰/۷۶ و دامنه ۱-۸ بود. (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت

درصد	فراوانی	مشخصات جمعیت شناختی مادران	
۱۱/۹	۳۸	≤۲۴	سن (سال)
۲۹/۴	۹۴	۲۹-۲۵	
۳۴/۱	۱۰۹	۳۴-۳۰	
۲۴/۷	۷۹	≥۳۵	
۱۰۰	۳۲۰	جمع کل	
	۴/۳۰ ± ۹۵/۵۶	میانگین ± انحراف معیار	
	۱۸-۴۲	کمینه- بیشینه	
۱/۳	۴	بی سواد	سطح تحصیلات
۴/۴	۱۴	ابتدایی	
۶/۶	۲۱	راهنمایی	
۳۸/۱	۱۲۲	متوسطه و دیپلم	
۴۹/۷	۱۵۹	دانشگاهی	
۱۰۰	۳۲۰	جمع کل	
۸۴/۱	۲۶۹	خانه دار	شغل
۱۱/۶	۳۷	شاغل	
۴/۴	۱۴	فعالاً در مرخصی	
۱۰۰	۳۲۰	جمع کل	
۱۵	۴۸	کمتر از ۱۵۰۰۰۰۰	درآمد خانواده (تومان)
۳۵/۹	۱۱۵	۲۵۰۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰۰	
۲۹/۷	۹۵	۳۵۰۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰۰	
۱۹/۴	۶۲	بیشتر از ۳۵۰۰۰۰۰	
۱۰۰	۳۲۰	جمع کل	
۴۹/۷	۱۵۹	۱	تعداد فرزندان
۴۳/۱	۱۳۸	۲	
۷/۲	۲۳	۳ و بیشتر	
۱۰۰	۳۲۰	جمع کل	
	۰/۱ ± ۷۶/۶۰	میانگین ± انحراف معیار	
	۱-۸	کمینه- بیشینه	

درصد خشونت جنسی و ۳۱/۶ درصد خشونت منجر به صدمه را تجربه کرده بودند. بنابراین حیطه‌های خشونت روانی و مذاکره بیشترین فراوانی و حیطه‌های خشونت جنسی و خشونت جسمی کمترین فراوانی را در میان ابعاد خشونت خانگی داشتند (جدول شماره ۲).

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره و انحراف معیار دل‌بستگی مادر به شیرخوار $۹۷/۷۸ \pm ۷/۵۶$ و دامنه نمرات ۱۰۴-۵۶ بود. همچنین خشونت خانگی کلی در مادران مورد پژوهش ۴۲/۲ درصد بود. از میان مادران مورد مطالعه ۵۳/۸ درصد خشونت در حیطه مذاکره، ۲۴/۷ درصد خشونت جسمی، ۷۵/۶ درصد خشونت روانی، ۱۲/۵

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی خشونت خانگی در مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت

خشونت ندیده		خشونت دیده		خشونت خانگی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۶/۳	۱۴۸	۵۳/۸	۱۷۲	مذاکره (توافق و عدم توافق زوجین)
۷۵/۳	۲۴۱	۲۴/۷	۷۹	خشونت جسمی
۲۴/۴	۷۸	۷۵/۶	۲۴۲	خشونت روانی
۸۷/۵	۲۸۰	۱۲/۵	۴۰	خشونت جنسی
۶۸/۴	۲۱۹	۳۱/۶	۱۰۱	خشونت منجر به صدمه
۵۷/۸	۱۸۵	۴۲/۲	۱۳۵	خشونت کلی

بودند. در حیطه خشونت جنسی نیز ۵۵ درصد آنان خشونت شدید را تجربه کرده بودند. در حیطه خشونت منجر به صدمه ۱۰۰ درصد مادران خشونت شدید را تجربه کرده بودند (جدول شماره ۳).

از نظر شدت خشونت خانگی، در بین مادرانی که دچار خشونت شده بودند، در حیطه خشونت جسمی ۵۱/۹ درصد مادران خشونت خفیف و ۴۸/۱ درصد خشونت شدید را تجربه کرده بودند. همچنین در حیطه خشونت روانی ۷۱/۹ درصد آنان مورد خشونت شدید واقع شده

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شدت خشونت خانگی در مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت

شدت خشونت خانگی		فراوانی	درصد
خشونت جسمی			
		۳۸	۴۸/۱
جمع کل		۷۹	۱۰۰
خشونت روانی		۶۸	۲۸/۱
		۱۷۴	۷۱/۹
جمع کل		۲۴۲	۱۰۰
خشونت جنسی		۱۸	۴۵/۰
		۲۲	۵۵/۰
جمع کل		۴۰	۱۰۰
خشونت منجر به صدمه		۰	۰
		۱۰۱	۱۰۰
جمع کل		۱۰۱	۱۰۰

خشونت جنسی ($p=0/356$) از نظر نمره دل بستگی مادر و شیرخوار تفاوت وجود داشت به طوری که نمرات در افراد خشونت ندیده به صورت معنی داری از افراد خشونت دیده بیشتر بود (جدول شماره ۴).

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه خشونت دیده و ندیده در کل ($p=0/010$) و ابعاد مختلف در تمام حیطه‌های مذاکره ($p=0/014$)، خشونت جسمی ($p=0/043$)، خشونت روانی ($p=0/014$) و خشونت منجر به صدمه ($p=0/010$) به جز حیطه

جدول شماره ۴: ارتباط خشونت خانگی با دلبستگی مادر به شیرخوار در مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت

نتیجه آزمون تی مستقل	خشونت ندیده		خشونت دیده		دلبستگی	خشونت خانگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
t=۲/۴۷۷ df=۳۱۲/۹۸۰ P=۰/۰۱۴	۶/۳۳	۹۸/۸۸	۸/۳۸	۹۶/۸۴		ابعاد خشونت خانگی مذاکره (توافق و عدم توافق زوجین)
t=۲/۰۵۱ df=۹۹/۰۷۰ P=۰/۰۴۳	۶/۳۹	۹۸/۴۰	۱۰/۱۵	۹۵/۹۱		خشونت جسمی
t=۲/۴۹۴ df=۱۷۵/۶۸۷ P=۰/۰۱۴	۵/۸۷	۹۹/۳۷	۷/۹۷	۹۷/۲۷		خشونت روانی
t=۰/۹۳۳ df=۴۴/۵۵۲ P=۰/۳۵۶	۷/۱۰	۹۷/۹۸	۱۰/۲۱	۹۶/۴۲		خشونت جنسی
t=۲/۶۰۲ df=۱۴۸/۶۱۶ P=۰/۰۱۰	۶/۵۴	۹۸/۶۲	۹/۱۷	۹۵/۹۸		خشونت منجر به صدمه
t=۲/۴۸۳ df=۲۲۰/۱۹۱ P=۰/۰۱۴	۶/۱۱	۹۸/۷۲	۹/۰۵	۹۶/۴۹		خشونت کلی

یافته‌ها نشان داد هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی مادران با دلبستگی مادر به شیرخوار و همچنین خشونت خانگی ارتباط آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$) (جدول شماره ۵ و ۶).

جدول شماره ۵: شاخص‌های عددی دلبستگی مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت بر حسب مشخصات جمعیت شناختی

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	مشخصات جمعیت شناختی مادران	
F=۰/۹۷۳ P=۰/۴۰۶	۶/۷۷	۹۷/۷۸	۳۸	۲۴-۱۸	سن (سال)
	۶/۰۰	۹۸/۵۳	۹۴	۲۹-۲۵	
	۷/۱۶	۹۸/۰۰	۱۰۹	۳۴-۳۰	
	۹/۷۹	۹۶/۶۰	۷۹	۴۲-۳۵	
F=۰/۷۵۶ P=۰/۵۲۰	۳/۷۷	۱۰۰/۶۴	۱۴	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۹/۵۵	۹۷/۰۴	۲۱	راهنمایی	
	۷/۵۶	۹۷/۹۱	۱۲۲	متوسطه و دیپلم	
	۷/۵۶	۹۷/۶۳	۱۵۹	دانشگاهی	
F=۰/۳۸۶ P=۰/۶۸۰	۷/۷۱	۹۷/۶۸	۲۶۹	خانه دار	شغل
	۷/۶۰	۹۷/۸۹	۳۷	شاغل	
	۳/۵۴	۹۹/۵۰	۱۴	در مرخصی	
F=۰/۹۵۸ P=۰/۴۱۳	۹/۰۶	۹۷/۹۳	۴۸	کمتر از ۱۵۰۰۰۰۰	درآمد خانواده (تومان)
	۷/۴۸	۹۷/۶۶	۱۱۵	۲۵۰۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰۰	
	۵/۴۸	۹۸/۶۵	۹۵	۳۵۰۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰۰	
	۹/۰۴	۹۶/۵۸	۶۲	بیشتر از ۳۵۰۰۰۰۰	
F=۲/۱۸۰ P=۰/۱۱۵	۶/۳۶	۹۷/۹۲	۱۵۹	۱	تعداد فرزندان
	۸/۲۴	۹۸/۱۵	۱۳۸	۲	
	۱۰/۱۷	۹۴/۶۵	۲۳	۳ و بیشتر	

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی خشونت خانگی مادران مورد پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مادر

نتیجه آزمون کای دو	خشونت ندیده		خشونت دیده		مشخصات جمعیت شناختی مادران
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
$\chi^2=6/811$ df=3 P=0/078	۴۲/۱	۱۶	۵۷/۹	۲۲	۲۴-۱۸
	۶۴/۹	۶۱	۳۵/۱	۳۳	۲۹-۲۵ سن (سال)
	۶۰/۶	۶۶	۳۹/۴	۴۳	۳۴-۳۰
	۵۳/۲	۴۲	۴۶/۸	۳۷	۴۲-۳۵
$\chi^2=6/807$ df=3 P=0/078	۵۰/۰	۷	۵۰/۰	۷	ابتدایی
	۵۲/۴	۱۱	۴۷/۶	۱۰	راهنمایی
	۵۰/۰	۶۱	۵۰/۰	۶۱	متوسطه و دیپلم
	۶۴/۸	۱۰۳	۳۵/۲	۵۶	دانشگاهی
$\chi^2=4/066$ df=2 P=0/131	۵۵/۴	۱۴۹	۴۴/۶	۱۲۰	خانه‌دار
	۷۰/۳	۲۶	۲۹/۷	۱۱	شاغل
	۷۱/۴	۱۰	۲۸/۶	۴	در مرخصی
$\chi^2=1/012$ df=3 P=0/998	۵۲/۱	۲۵	۴۷/۹	۲۳	کمتر از ۱۵۰۰۰۰۰
	۵۷/۴	۶۶	۴۲/۶	۴۹	۲۵۰۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰۰ درآمد خانواده (تومان)
	۵۸/۹	۵۶	۴۱/۱	۳۹	۳۵۰۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰۰
	۶۱/۳	۳۸	۳۸/۷	۲۴	بیشتر از ۳۵۰۰۰۰۰
$\chi^2=0/429$ df=2 P=0/807	۵۹/۱	۹۴	۴۰/۹	۶۵	۱
	۵۷/۲	۷۹	۴۲/۸	۵۹	۲
	۵۲/۲	۱۲	۴۷/۸	۱۱	۳ و بیشتر

بحث و نتیجه‌گیری

که آن‌ها دل‌بستگی مادران در دوره نوزادی را مورد بررسی قرار دادند، ولی پژوهش حاضر دل‌بستگی مادران را از دوره پس از نوزادی یعنی دوره شیرخوارگی بررسی نموده است و قرارگیری نمونه‌های این دو پژوهش در مراحل متفاوتی از فرآیند شکل‌گیری دل‌بستگی ممکن است در کسب نتایج متفاوت تأثیرگذار باشد. یافته‌های مطالعات انجام شده نشان دهنده اهمیت ویژه دل‌بستگی مادر به کودک به عنوان عامل تأثیرگذار و مستقیم بر سلامت عاطفی-روانی در دوران کودکی و بزرگسالی است. در نتیجه تسهیل روند شکل‌گیری آن در مادر شیرخوار ضروری به نظر می‌رسد تا فشار روانی و استرس در مادر و کودک کاهش یافته و پاسخگویی و توانایی مادران برای درگیر شدن در امر مراقبت از کودکانشان افزایش یابد و بدین وسیله تأثیر مثبت بر فرآیند دل‌بستگی مادر-شیرخوار صورت گیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین دل‌بستگی مادر به شیرخوار ۹۷/۷۸ بود که ۴۱/۶ درصد بالاتر از میانه ابزار بود. Vissenberg و همکاران نیز طی مطالعه‌ای نمره دل‌بستگی مادر به شیرخوار را ۸۳/۳۳ به دست آوردند که ۴۶/۱ درصد بالاتر از میانه ابزارشان بود^(۱۸). همچنین طبق یافته‌های مطالعه جعفرنژاد و همکاران، نمره دل‌بستگی مادر به شیرخوار ۹۷/۴۸ به دست آمد^(۱۲) که تقریباً نتایج این مطالعات در راستای نتایج مطالعه ما بود. اما نتایج مطالعات قدرتی و همکاران^(۱۳) و ترشیزی و همکاران^(۱۹) با یافته‌های این مطالعه همخوانی نداشتند. به این ترتیب که پژوهش قدرتی و همکاران نشان داد که سطح دل‌بستگی در ۹۵/۳ درصد موارد متوسط و در ۴/۷ درصد ضعیف بود^(۱۳). دلیل تفاوت نمره دل‌بستگی مادران در مطالعه حاضر با مطالعه قدرتی می‌تواند به این دلیل باشد

در این پژوهش خشونت خانگی کلی در مادران مورد مطالعه ۴۲/۲ درصد بود. از میان آنان ۵۳/۸ درصد خشونت در حیطه مذاکره، ۲۴/۷ درصد خشونت جسمی، ۷۵/۶ درصد خشونت روانی، ۱۲/۵ درصد خشونت جنسی و ۳۱/۶ درصد خشونت منجر به صدمه را تجربه کرده بودند. بنابراین حیطه‌های خشونت روانی و مذاکره بیشترین فراوانی را در میان ابعاد خشونت خانگی داشتند. سطح خشونت کلی در این پژوهش قابل توجه بود. علل فراوانی خشونت خانگی در ایران را می‌توان به وجود نظام خانوادگی مردسالار، نا برابری جنسیتی، حاکمیت نهادها و خرده فرهنگ‌های سنتی، فقدان نظام حمایتی قانونی و قضایی در رابطه با حقوق زنان، آشنا نبودن زنان از حقوق انسانی خود در خانواده و جامعه و فقدان حمایت‌های اجتماعی خانواده نسبت داد (۲۲-۲۰). این یافته‌ها نشانگر وضعیت بحرانی مادران مورد مطالعه در سطح مواجهه با خشونت خانگی بود و لزوم توجه و اتخاذ راهکارهای مناسب جهت کاهش این معضل سلامتی-اجتماعی را توسط مسئولین و مراقبین بهداشتی و سیاستگذاران حوزه‌های مختلف سلامت، فرهنگ و اجتماع می‌طلبد. نتایج پژوهش غفاری و همکاران نیز نشان داد ۲۶ درصد از مادران باردار، خشونت فیزیکی را در دوران بارداری تجربه کردند (۳۳). هر چند در این مطالعه فقط حیطه خشونت فیزیکی بررسی شده بود، با این حال نتایج این مطالعه با یافته پژوهش حاضر در خرده مقیاس خشونت فیزیکی تا حدودی مطابقت داشت. اما یافته‌های مطالعات Kabir و همکاران، Spangenberg و همکاران، امیری و همکاران و جویباری و همکاران در زمینه فراوانی خشونت کلی با نتایج این مطالعه همخوانی نداشتند و سطح خشونت کلی در تمامی این پژوهش‌ها بیشتر از مطالعه حاضر بود (۲۷-۲۴). مطالعات مختلف، عوامل متفاوتی را در توجیه بالا بودن خشونت خانگی در بعضی جوامع عنوان می‌کنند. عواملی چون توجه نداشتن به مقام و منزلت زن، وجود باورهای سنتی و نگرش‌های غلط فرهنگی در رابطه با

زنان، اعتقاد به نان آور بودن مردان، وابستگی مالی و نداشتن استقلال در تصمیم‌گیری، درصد پایین مشارکت های اقتصادی و اجتماعی زنان، انتقال بین نسلی خشونت خانگی، کمبود مهارت‌های زندگی، فقر، بیکاری و گرایش به مواد مخدر می‌توانند موجب افزایش خشونت خانگی علیه زنان گردند (۳۰-۲۸). در مطالعات انجام شده توسط Spangenberg و همکاران، Kabir و همکاران، امیری و همکاران و جویباری و همکاران، بیشترین نوع خشونت خانگی در حیطه خشونت روانی صورت گرفته است که از این نظر با پژوهش حاضر همخوانی دارند (۲۷-۲۴). خشونت روانی-عاطفی به عنوان بارزترین نوع خشونت علیه زنان در دنیا مطرح است. از آن جا که خشونت فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در مراجع قضایی دارد و قوانین قضایی در این مورد کاملاً واضح می‌باشد و از طرفی بیشتر مردان نیز آزار فیزیکی علیه زنان را کاری ناشایست می‌دانند، بیشتر مردان خواسته یا ناخواسته به جای اعمال خشونت فیزیکی، مرتکب خشونت روانی و عاطفی علیه زنان می‌شوند. از سوی دیگر، زنان به دلایل فرهنگی-اجتماعی معمولاً تجربه خشونت فیزیکی را کمتر ابراز می‌کنند (۳۱). اما نتایج مطالعات Gartland و همکاران، Pereira Silva و همکاران و FitzPatrick و همکاران با یافته‌های پژوهش حاضر بسیار متفاوت بودند. به این ترتیب که هم فراوانی خشونت خانگی کلی و هم فراوانی هر یک از ابعاد خشونت خانگی بسیار کمتر از فراوانی‌های به دست آمده در پژوهش حاضر بودند (۳۴-۳۲). در توجیه تفاوت‌های فاحش در نتایج به دست آمده می‌توان گفت که هر چند خشونت خانگی کمابیش در بیشتر کشورهای جهان وجود دارد اما فراوانی خشونت خانگی در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است. از علت های احتمالی کمتر بودن سطح خشونت خانگی در این مطالعات نسبت به پژوهش حاضر می‌توان به ویژگی‌های متفاوت فرهنگی-اجتماعی جوامع پژوهش اشاره کرد. افزایش آگاهی در ارتباط با جایگاه اجتماعی زنان، ارتقاء آموزش و فرهنگ، انجام پژوهش‌های بسیار، حمایت

قوانین و رسانه‌ها و سیاست‌های موجود، شکل‌گیری و فعالیت جنبش‌ها و سازمان‌های مدافع حقوق زنان و آشنایی بیشتر زنان با حقوق انسانی خود در خانواده و جامعه ممکن است از جمله عوامل دخیل در کاهش فراوانی خشونت خانگی در این مطالعات باشند.

در این مطالعه از نظر شدت خشونت خانگی، در حیطه خشونت جسمی ۵۱/۹ درصد مادران خشونت خفیف و ۴۸/۱ درصد خشونت شدید را تجربه کرده بودند. همچنین در حیطه خشونت روانی ۷۱/۹ درصد آنان مورد خشونت شدید واقع شده بودند. در حیطه خشونت جنسی ۵۵ درصد آنان خشونت شدید را تجربه کرده بودند و در حیطه خشونت منجر به صدمه ۱۰۰ درصد مادران خشونت شدید را تجربه کرده بودند. نتایج پژوهش جعفرنژاد و همکاران نشان داد به طور کلی ۸۹/۲ درصد از مادران، خشونت خیلی خفیف، ۹/۸ درصد خشونت خفیف و یک درصد خشونت متوسط را در دوران بارداری تجربه کردند^(۱۲). این میزان‌ها نسبت به شدت خشونت خانگی در پژوهش حاضر کمتر بود که می‌تواند به دلیل تفاوت فردی و اجتماعی- فرهنگی میان نمونه‌های پژوهش باشد. به طور کلی علل فردی، اجتماعی و فرهنگی مانند میزان پذیرش اجتماعی خشونت، نوع نگرش فرهنگی و سطح پیش‌داوری نسبت به زنان در ساختار خانواده و جامعه، شیوه یادگیری نقش‌های جنسیتی و باور مردان در خصوص مجاز بودن رفتار خشونت‌آمیز، سهم قابل‌توجهی در بروز و شدت خشونت خانگی دارند^(۳۶).

نتایج این پژوهش نشان داد که خشونت خانگی با دلبستگی مادر به شیرخوار ارتباط داشت و دلبستگی مادر به شیرخوار در مادرانی که خشونت را تجربه کرده بودند، پایین‌تر بود. خشونت خانگی در تمام حیطه‌های مذاکره، خشونت جسمی، خشونت روانی و خشونت منجر به صدمه به جز حیطه خشونت جنسی با دلبستگی مادر- شیرخوار ارتباط داشت. تجربه خشونت و تهدید از سوی همسر ممکن است باعث ناتوانی و اختلال در پاسخ‌های

مراقبتی معمول مادر در برآورده ساختن نیازهای اساسی کودک گردد و این موضوع به افزایش تنیدگی مادر، کاهش احساس کفایت و شایستگی وی و نیز افزایش مشکلات رفتاری، رشدی و تغذیه‌ای شیرخوار منجر شود^(۸). جعفرنژاد و همکاران نیز نشان دادند که افزایش میزان خشونت باعث کاهش دلبستگی مادر به شیرخوار می‌شود و بین خشونت‌های کلامی، جسمی و صدمات در دوران بارداری با دلبستگی مادر- شیرخوار ارتباط معنی‌دار وجود دارد^(۱۲) که تقریباً با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا است. این یافته‌های مشابه می‌توانند تئوری شکل‌گیری هویت مادری را تأیید کنند. بر طبق این تئوری، رابطه نزدیک و رضایتمندانه و کیفیت رفتار پدر با مادر طی بارداری و سال اول پس از تولد کودک که دوره مهم شکل‌گیری رابطه مادر با کودک است، می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای دلبستگی مادری و شکل‌گیری هویت مادرانه داشته باشد و به دنبال آن پیشگویی‌کننده و ضامن سلامت عاطفی و ارتباطات اجتماعی کودک در طول زندگی‌اش باشد^(۳۷). همچنین Sancho-Rossignol و همکاران نشان دادند زنان بارداری که در معرض خشونت خانگی قرار گرفته بودند، از نظر دلبستگی مادر به جنین کیفیت ضعیف‌تری داشتند^(۳۸). بر اساس نتایج این مطالعات و مطالعه حاضر، خشونت خانگی به عنوان مسأله‌ی مهم سلامت عمومی، تهدیدی جدی و اثرگذار در رابطه مادر و کودک تلقی می‌گردد. بنابراین مشارکت و درگیر ساختن هر چه بیشتر پدران در فرآیند فرزندپروری و برقراری تعامل احساسی متعادل و صمیمیت بیشتر با شیرخوار به منظور بهبود نقش پدری، ارتقاء تجربه عاطفی، کاهش خشونت و افزایش دلبستگی مادر- شیرخوار ضروری به نظر می‌رسد. با این وجود قدرتی و همکاران ارتباط معنی‌داری بین دلبستگی مادر- نوزاد با نمره کلی خشونت خانگی نیافتند^(۱۳). به نظر می‌رسد در مطالعه قدرتی و همکاران، میزان پایین خشونت در بارداری اثر منفی چندانی بر رابطه مادر و نوزاد ایجاد نکرده است. نمونه‌های پژوهش در این مطالعه، مادران

دارای نوزاد بودند اما در مطالعه حاضر، نمونه‌ها از میان مادران دارای کودک شیرخوار انتخاب شدند. بنابراین ممکن است مادران در مراحل متفاوت شکل‌گیری دلبستگی قرار داشته و این موضوع بر نتایج مطالعه تأثیرگذار بوده باشد. همچنین تفاوت در ابزارهای سنجش خشونت خانگی و دلبستگی مادر- کودک نیز می‌تواند تفاوت در نتایج به دست آمده را توجیه نماید.

در این مطالعه هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مادران با دلبستگی مادر- شیرخوار مرتبط نبود اما در مطالعه جمشیدی منش و همکاران دلبستگی مادر با سن، تحصیلات و شغل ارتباط معنی‌داری داشت^(۳۹). همچنین در پژوهش حاضر هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مادران با خشونت خانگی مرتبط نبود. اما در مطالعه مطلق و همکاران خشونت خانگی با تعداد فرزندان و تحصیلات مادر مرتبط بود. به طوری که تعداد فرزندان کمتر و سطح تحصیلات بیشتر در مادران با افزایش خشونت خانگی همراه بود^(۳۹). گرچه طبق بررسی‌های انجام شده، خشونت خانگی ممکن است با برخی متغیرهای جمعیت شناختی مادران مرتبط باشد اما اختلاف بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات ممکن است به دلیل تفاوت در حجم نمونه، جامعه و محیط پژوهش باشد. به طور کلی نتایج نشان داد خشونت خانگی با دلبستگی مادر به شیرخوار ارتباط معنی‌داری دارد. همچنین خشونت خانگی در تمام حیطه‌ها به جز حیطه خشونت جنسی با دلبستگی مادر به شیرخوار ارتباط داشت و دلبستگی والدین به شیرخوار در مادرانی که خشونت دیده بودند، پایین‌تر بود.

از محدودیت‌های اصلی این مطالعه می‌توان به محدودیت‌های فرهنگی اشاره کرد که سبب می‌گردد بعضی از زنان وجود خشونت را بیان ننموده و آن را کتمان نمایند یا از شرکت در مطالعه خودداری کنند. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در انتخاب نمونه‌ها بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با اشکال مواجه می‌نماید.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، جهت تقویت دلبستگی مادر به شیرخوار باید به بررسی مداخلات مؤثر جهت کاهش خشونت خانگی توجه ویژه‌ای نمود تا یک سال اول زندگی شیرخوار که تأثیر بسزایی بر رشد روانی- اجتماعی سال‌های آتی زندگی دارد، در بستری ایمن طی شود. نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌تواند جهت استفاده در برنامه ریزی‌های بهداشتی در خصوص کاهش خشونت خانگی و افزایش دلبستگی مادر- شیرخوار و مراقبت‌های بعد از زایمان مادران و دوره شیرخوارگی کودک کاربرد داشته باشند. با استفاده از یافته‌های این پژوهش اطلاعاتی در اختیار مسئولین و مراقبین سلامت قرار می‌گیرد تا متخصصان در امر مراقبت مادران و کودکان به خصوص مادران و کودکان در معرض خشونت خانگی از آن بهره‌گیرند. این مراقبت‌ها می‌تواند شامل طیف وسیعی از خدمات سلامت (شامل شناسایی، ارجاع و پیگیری آموزشی و مشاوره‌ای خانواده‌های پرخطر از نظر خشونت خانگی)، خدمات اجتماعی سازمان‌های حفاظت از کودکان، بازدید از خانه، برنامه‌های مداخله‌ای زودهنگام و حتی دادگاه‌های خانوادگی باشند. با استفاده از نتایج این پژوهش، ماماها، پرستاران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی می‌توانند با استفاده از ابزارهای اختصاصی و انجام غربالگری روانی در طول مراقبت‌های پس از تولد کودک و طی مراجعات مادران جهت مراقبت‌های روتین و واکسیناسیون کودک در راستای شناسایی هر نوع خشونت خانگی و سوء استفاده مستقیم و غیرمستقیم و دامنه اثرات آن بر زنان و کودکان، و ارجاع و هدایت سریع‌تر مادران و کودکان خشونت دیده به مراکز مشاوره و حمایت‌کننده، از عوارض خشونت خانگی پیشگیری نمایند. همچنین با شناخت به موقع اختلال پیوند عاطفی مادر- کودک و عوامل مؤثر بر آن و رفع آن از طریق مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای و حمایت والدین در این زمینه، می‌توان از هدر رفتن سرمایه‌های اقتصادی و انسانی پیشگیری نمود. در راستای کیفیت دلبستگی مادر- کودک، این تحقیق می‌تواند زمینه

ی پژوهش‌های مداخله‌ای و یا مطالعات بعدی در جهت شناسایی سایر عوامل مؤثر بر دلبستگی باشد.

تعارض منافع: هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران است. پژوهش حاضر از طریق معاونت پژوهشی و معاونت پرديس بين الملل دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. محققین از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) و همکاری مدیریت و کارکنان مراکز جامع سلامت منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین مادران شرکت کننده در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را دارند.

References

- Holmes J. John Bowlby and attachment theory. 2nd ed. London: Routledge; 2014. 272 p.
- Humphreys C. Talking to my mum: Strengthening relationships between mothers and children in the aftermath of family violence. *Developing Practice: The Child, Youth and Family Work Journal*. 2007;(19):12.
- Buchanan F. Mother and infant attachment theory and domestic violence: Crossing the divide. Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse, University of New South Wales; 2008 Sep.
- Violence against women [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- World Health Organization. WHO: Addressing violence against women: Key achievements and priorities. World Health Organization; 2018.. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/adressing-vaw-achievements-priorities/en/>
- Ghazi Tabatabai M, Mohseni Tabrizi A, Marjai H. National Plan to Investigate the phenomenon of domestic violence against women in Iran: Tehran results.: with collaboration of the Research and Planning Institute of Higher Education Department, Social Affairs Office of Ministry of Interior, the Center for Women and Family Participation in Presidency department of Iran.; 2004 [Available from: <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic>]. [Persian]
- Barzin P, Afshari P, Najar S, Haghighizadeh MH. Prevalence of Domestic Violence and its Associated Factors Among Middle-Aged Women Who Referred To Health Centers In Ahvaz, 2013. *Indo Am J Pharmaceut Sci*. 2017;4(11):3911-8.
- Khabbazkar F, Dolatian M, Soleimani F, Majd HA. The survey of the correlation between domestic violence during pregnancy and after delivery with developmental status of 8-12 month's infant. *Pajoohandeh Journal*. 2015;19(6):320-7. [Persian]
- Akhbary P, Mohsenipouya H, Shojaeizadeh D, Naghibi A. Impact of Domestic Violence on Postpartum Depression among Women in Rey City, Iran, in 2016. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2018;24(4):299-306. [Persian]
- Mohtashami J, Yaghmaei F, Jafari A, Alavi Majd H, Ahmadi A. Related factors to coping with domestic violence in women who refer to Forensic Medicine Centers in Tehran. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(2):54-64. [Persian]
- 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 Adoles Psychol*. 2011;40(3):398-410.
- Jafarnezhad F, Moghadam HV, Soltanifar A, Ebrahimzadeh S. Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2009;16(51):35-42. [Persian]
- Ghodrati F, Setodeh S, Akbarzadeh M. A study of the effect of domestic violence on maternal-neonatal attachment in prim gravida women referred to hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Biomedical Research*. 2017;28(8):3794-7.

ارتباط خشونت خانگی با دلبستگی مادر به شیرخوار در مادران مراجعه کننده...
 مریم قراچه و همکاران

14. Sayahi Y, Javadifar N, Cheraghian B, Sayahi M, Afshari P. The relationship between unwanted pregnancy with mother and father attachment to infant. *Shiraz E-Medical Journal*. 2017 31;18(12). [Persian]
15. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J fam iss*. 1996 May;17(3):283-316.
16. Müller ME. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *J Nurs measur*. 1994;2(2):129-41.
17. Moghadam Z, Ardabili H, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Physical and psychological violence against infertile women. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2010;4(2):65-7. [Persian]
18. Vissenberg JE. Mother-Infant Attachment: The Relationship between Quality of Attachment and the Social-Emotional Development of the Infant at Six Months. Bachelor Thesis Developmental Psychology), Tilburg University, Tilburg, Netherlands. 2010 Dec 12.
19. Torshizi M, Sharifzadeh G. Maternal-fetal attachment and associated factors in pregnant women referred to Birjand health centers (2012). *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013;20(03). [Persian]
20. Sharbatian MH, Danesh P, Tavafi P. Sociological analysis of domestic violence against women and its impact on the sense of security (Case study 18 women 54 years in miyaneh). *Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*. 2017;6(1):47-72. [Persian]
21. Hasanpoor AB, Simbar M, Kermani M. Domestic violence against women: review of theories, prevalence and its effective factors. *Advances in Nursing and Midwifery (Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly)*. 2011;21(73):44-52. [Persian]
22. Ahmadi B, Naseri S, Alimohammadian M, Shareeat M. Underlying Factors and Strategies for Preventing Domestic Violence Against Women: Focused Group Discussion Sessions with Tehranian Couples. Health Dawn (3rd National Congress on High-Risk Behaviors). 2009;8(3-4):6. [Persian]
23. Ghaffari M, Nahidi F, Masjedi A, Nasiri M. Correlation between physical violence and mother-fetus attachment in pregnant mothers visiting the healthcare centers of mashhad. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;16(6):403-11. [Persian]
24. Kabir ZN, Nasreen HE, Edhborg M. Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6–8 months after childbirth in rural Bangladesh. *Global health action*. 2014;7(1):24725.
25. Spangenberg K, Wobil P, Betts CL, Wiesner TF, Gold KJ. Intimate partner violence among mothers of sick newborns in Ghana. *Health Care Women Int*. 2016;37(5):583-94.
26. Amiri M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A, Ranjbar F. Intimate partner violence during the first year after childbirth in an urban area of Iran: prevalence and its predictors. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2018;6:491-8.
27. Noori A, Sanago A, Jouybari L, Azimi M. Survey of types of domestic violence and its related factors in pregnant mothers in Kalaleh at 2014. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;19(39):54-62. [Persian]
28. Atteraya MS, Gnawali S, Song IH. Factors associated with intimate partner violence against married women in Nepal. *J Interpers Viol*. 2015;30(7):1226-46.
29. Kelmendi K. Domestic violence against women in Kosovo: A qualitative study of women's experiences. *J Interpers Viol*. 2015;30(4):680-702.
30. Flood M, Pease B. Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, violence, & abuse*. 2009;10(2):125-42.
31. Razaghi N, Parvizy S, Ramezani M, Tabatabaei Nejad SM. The consequences of violence against women in the family: a qualitative study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(44):11-20. [Persian]
32. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Mater Child Health J*. 2011;15(5):570-8.

33. Silva EP, Valongueiro S, Araújo TV, Ludermir AB. Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. *Revista de saude publica*. 2015;49:46.
34. FitzPatrick KM, Brown S, Hegarty K, Mensah F, Gartland D. Physical and Emotional Intimate Partner Violence and Women's Health in the First Year After Childbirth: An Australian Pregnancy Cohort Study. *J Interperl Viol*. 2020:0886260520934426.
35. Salarifar MR. An Explanation of the Causes and Grounds of Domestic Violence. *Stud Islam Psychol*. 2009;3(4):7-41.
36. Rubin R. Maternal identity and the maternal experience. *AJN The American Journal of Nursing*. 1984;84(12):1480.
37. Sancho-Rossignol A, Schilliger Z, Cordero MI, Rusconi Serpa S, Epiney M, Hüppi P, Ansermet F, Schechter DS. The association of maternal exposure to domestic violence during childhood with prenatal attachment, maternal-fetal heart rate, and infant behavioral regulation. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:358.
38. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Moghadam ZB, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-Fetal Attachment and its Associated Factors. *Hayat*. 2012;18(5):33-45. [Persian]
39. Motlagh ME, Torkestani F, Rabiee M, Ashrafi Amiri H, Radpooyan L, Nasrollahpour Shirvani D, Tahmasby B. The prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum in Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;27(150):78-88. [Persian]