

خشونت خانگی: شیوع در زنان باردار و ارتباط آن با پیامدهای مادری

معصومه حسن^۱، مریم کاشانیان^۲، مریم حسن^۳، مریم روحی^۴، هما یوسفی^۵

تاریخ دریافت 1392/07/16 تاریخ پذیرش 1392/10/03

چکیده

پیش زمینه و هدف: خشونت بر علیه مادر باردار یک بحران در بهداشت عمومی می‌باشد، زیرا باعث به خطر افتادن سلامت مادر و در نتیجه سلامت جنین و نوزاد آینده او خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار و ارتباط آن با پیامدهای مادری وقوع زایمان زودرس، سقط، سزارین، بستری شدن مادر در بیمارستان و خونریزی واژینال در طی بارداری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است. در آن ۱۳۰۰ زن باردار ۱۸ تا ۳۹ ساله که به بیمارستان‌های شهرستان‌های مهاباد و بناب در سال ۱۳۹۰ جهت سقط یا زایمان مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه حضوری با مادر بود. **یافته‌ها:** ۸۶/۲۵ درصد زنان باردار در طی دوران بارداری مورد خشونت از طرف همسر (۸۰ درصد) و یا بستگان نزدیک از قبیل مادر شوهر (۲۰ درصد) قرار گرفته بودند. این اعمال خشونت‌ها با وقوع سقط { $aOR=3/03 CI=95\% 1/5, 7/26 P=0/000$ }، سزارین { $aOR=2/25 CI=95\% 1/5, 7/0 P=0/001$ } و خونریزی واژینال { $aOR=2/74 CI=95\% 1/1, 4/8 P=0/01$ } ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که با وقوع خشونت خانگی در طی بارداری، خطر وقوع سقط، خونریزی واژینال در طی بارداری و زایمان به روش سزارین افزایش می‌یابد. لذا پیشنهاد می‌نماییم که تمام کارکنان بهداشتی اهتمام همه‌جانبه و مسئولانه‌ای در جهت شناسایی، حمایت و معرفی مادران تحت خشونت به مراکز دی‌صلاح را داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، زنان باردار، پیامدهای مادری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره یازدهم، ص ۸۹۴-۹۰۳، بهمن ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، تلفن: ۰۹۱۲۵۲۰۶۹۷۰

Email: masumehasan@yahoo.Com

مقدمه

۳۰ درصد بوده است (۳). بنابراین طبق بسیاری از تحقیقات انجام شده خشونت خانگی در طی دوران بارداری یک معضل شایع بهداشت عمومی در جامعه می‌باشد (۴).

در بارداری، خشونت خانگی صرف‌نظر از نوع خشونت که جسمی یا روحی باشد، علاوه بر اینکه مادر را تحت تأثیر سوء خود قرار می‌دهد، می‌تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامت جنین تأثیر بگذارد (۵). طبق مطالعات صورت گرفته پیامدهای نامطلوب حاملگی به دنبال ایراد خشونت در طی بارداری ممکن است از طریق ترومای جنسی یا فیزیکی یا از

اعمال خشونت بر روی زن باردار، یک واقعه بسیار غم‌انگیز است، که متأسفانه پدیده‌ای شایع در اغلب جوامع می‌باشد. شیوع خشونت خانگی از شیوع هر اختلال طبی مربوط به حاملگی مثل پره‌اکلامیسی، دیابت بارداری و غیره، بیشتر است (۱). در بررسی انجام شده در ایران در سال ۱۳۸۸ میانگین بروز خشونت علیه زنان باردار ۶۰ درصد اعلام گردید (۲). در کشورهای در حال توسعه این شیوع بین ۱۵ درصد تا ۷۱ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۱۹ درصد تا

^۱ کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، مهاباد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادگروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه کنترل غذا- دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

^۴ کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، مهاباد، ایران

^۵ کارشناس ارشد مامایی، MPH سلامت باروری، دانشجوی PhD سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

طریق مکانیسم‌های مربوط به استرس (۶) منجر به سقط (۷)، زایمان زودرس (۹،۸،۶)، جدایی زودرس جفت، کوریو آمینوتیت (۸،۱۰)، سزارین (۱۰) خونریزی واژینال (۵) و بستری شدن مادر باردار در بیمارستان (۱۱) گردد.

در مطالعاتی که در ایران صورت گرفته، عوارض مختلفی از عواقب سوء رفتار بر مادران باردار گزارش گردیده است. که در آن‌ها تناقض‌های زیادی در رابطه با فراوانی، شیوع خشونت خانگی در بارداری و عوارض آن (۲)، و متأسفانه فقدان دسترسی به آمار شیوع خشونت و پیامدهای آن در بسیاری از نقاط ایران به وضوح دیده می‌شود. به هر صورت این دو مسئله مشکلی است که در سطح گسترده با عدم شناسایی صحیح و به موقع مواجه می‌باشند و بر آورد گردیده است که فقط ۳ درصد از مادران تحت خشونت توسط تیم بهداشت و درمان شناسایی می‌شوند و آنان نیز در اکثر موارد در مواجهه با این مددجویان عملکرد مسئولانه‌ای نداشته و با دید اغماض از آن عبور می‌نمایند (۱۲). و در نهایت خشونت در میان فرهنگ‌ها و طبقات مختلف اجتماعی در یک جامعه و حتی در یک زمان مشخص دارای تفاوت‌هایی است (۱۳) که موجب گردیده‌اند که این معضل، به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامتی جسمی - روانی جامعه به میزان زیادی نادیده گرفته می‌شود (۱۴).

لذا امید است که نتایج این تحقیق با تعیین شیوع و عوارض مادری خشونت بر روی زنان باردار بتواند در مرحله اول جهت برنامه ریزی برای پیشگیری اولیه از اعمال خشونت علیه زنان باردار با اعمال راه کارهای به مانند افزایش مهارت‌های زندگی، برخورد با استرس و فشارهای اعمال شده از طرف همسر به کار رفته و با آموزش به کادر بهداشتی - در خصوص غربالگری مسئولانه این مادران و پسر ارجاع آن به سیستم‌های حمایت از زنان تحت خشونت گامی در جهت حل این معضل اجتماعی برداشته شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر بر اساس روش مقطعی است که بر روی ۱۳۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهرستان‌های مهاباد و بناب در طی ۱۲ ماه از سال ۱۳۸۹ لغایت ۱۳۹۰ در استان آذربایجان غربی صورت گرفت. بر طبق مطالعات اولیه میزان شیوع خشونت بر علیه زنان باردار ایرانی در حدود ۶۰ درصد بوده، لذا از فرمول $n = Z(1 - \frac{\alpha}{2})pq$ برای تعیین تعداد نمونه کلی استفاده شد. با در نظر گرفتن اینکه حدود جمعیت در هر دو شهرستان فوق مساوی است مقرر گردید که از هر شهر ۶۵۰ داوطلب برگزیده شود. نمونه گیری به روش در دسترس بود، زیرا در هر کدام از این شهرستان‌ها فقط یک بیمارستان وجود داشت که تمام زنان باردار از هر طبقه اجتماعی برای زایمان یا سقط به آنجا مراجعه

می‌کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از، زنان باردار با ملیت ایرانی بدون توجه به سن حاملگی که فقط برای سقط یا زایمان به بیمارستان مراجعه نمودند، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، پارینه ۴ و کمتر، جنین سفالیک منفرد، عدم وجود بیماری شناخته شده روانی - جسمی تحت درمان، متأهل و دارای شوهر زنده در زمان نمونه گیری و عدم اعتیاد زن به الکل و مواد مخدر. تمام پرسشنامه‌ها در شرایط خصوصی، دوستانه و با رعایت تمام جوانب رازداری تکمیل گردیدند. مصاحبه کنندگان ماماهاى فارغ‌التحصیل بومی بودند که آموزش‌های کافی را در زمینه حساسیت سؤال‌ها، گوش کردن فعال به صحبت‌های داوطلبین و طریقه تکمیل پرسشنامه‌ها گذرانده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل قسمت‌های زیر بود: ۱) تعیین مشخصات دموگرافیک داوطلبین که عبارت بودند از سن زن و شوهر، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال آن‌ها، تعداد فرزندان زنده و سیگار کشیدن مادر؛ ۲) ارزیابی خشونت خانگی و تعیین پیامدهای مادری در طی بارداری (زایمان زودرس، سقط، سزارین، بستری در بیمارستان، خونریزی واژینال). پرسشنامه سنجش سوء رفتار، پرسشنامه‌ای خود ساخته در سه حیطه خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی برگرفته از چندین پرسشنامه دیگر شامل پرسشنامه استفاده شده در پایان نامه (۱۵)، ابزار غربالگری ارزیابی خشونت^۱ (۱۶) جهت بررسی خشونت روانی - جسمی، ابزار غربالگری خشونت جنسی فینکلهور^۲ (۱۷)، کتاب‌های مرجع (۱۸) و مقالات (۱،۱۹) بود. در این پژوهش منظور از سوء رفتار، خشونت اعمال شده توسط همسر و بستگان دیگر در طی بارداری بود؛ و زن بارداری خشونت دیده در نظر گرفته می‌شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده بود. در ارزیابی خشونت خانگی، خشونت فیزیکی با ۱۵ سؤال، خشونت جنسی با ۵ سؤال و خشونت عاطفی با ۴۰ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. پیامدهای مادری پیش آمده در بارداری بر اساس سؤالات صورت گرفته از مادر ثبت و بررسی شد.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه‌ی مورد استفاده در پژوهش حاضر از روش اعتبار محتوا با نظر خواهی از دوازده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه (دانشکده پرستاری مامایی و دانشکده روانشناسی) استفاده شد و اعتماد (پایایی) آن از طریق ارزیابی آزمون مجدد در ۲۰ نمونه خارج از موارد مورد مطالعه به فاصله دو هفته مورد بررسی قرار گرفت که با ضریب همبستگی آلفا کرونباخ ۹۰ درصد برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه، دارای پایایی مطلوب بوده است.

¹ Screen Scale Abuse Assessment

²Finkelhor

و بیشتر تغییر می‌داد؛ لذا سن همسر، وضعیت شغلی و سطح تحصیلات او، تعداد فرزندان، استعمال سیگار توسط مادر در طی بارداری و سطح تحصیلی او به عنوان مداخله‌گرهای نهایی در این مطالعه منتخب گردیدند و تمام ارزیابی‌های آماری به هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی در طی بارداری و وقوع عوارض مادری با در نظر گرفتن تأثیر احتمالی این متغیرهای مداخله‌گر صورت پذیرفت.

تمامی اطلاعات پیرامون خشونت در طی بارداری و عوارض مادری در یک زمان جمع‌آوری گردیدند لذا روش گردآوری داده‌ها در این تحقیق کوهورت گذشته نگر، مقطعی بوده است.

یافته‌ها

شیوع خشونت در طی بارداری

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع کلی خشونت بر علیه زنان باردار در جمعیت مورد مطالعه ۸۶/۲ درصد بوده است؛ که در شهرستان میاندوآب ۷۸ درصد و در بناب ۹۴/۵ درصد تعیین گردید. شایع‌ترین نوع خشونت در میاندوآب (۵۱/۷ درصد) خشونت جسمی و در بناب خشونت روحی (۷۵/۸ درصد) بوده است (جدول ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که زنان باردار تحت خشونت بیشتر کم سواد بوده که در دوران بارداری سیگار استعمال می‌نمودند و وضعیت اقتصادی نامناسبی داشتند. همچنین این مادران نسبت به گروه مقابل دارای تعداد فرزند بیشتر (میانگین تعداد فرزند برابر ۴/۵±۱)، همسران جوان‌تر (میانگین سن همسران برابر ۲۶/۵±۱۲)، بیکار و با تحصیلات کم بودند (جدول ۲).

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که مصاحبه‌کنندگان در بخش بعد از زایمان پس از فراهم کردن محیط محرمانه و انجام مصاحبه اولیه که شامل معرفی خود و کسب اجازه از مادر و دادن توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش بود، در صورتی که مادر واجد شرایط شرکت در مطالعه بود و موافقت خود را به صورت کتبی اعلام می‌کرد، پس از اخذ شرح مامایی، او را به عنوان نمونه برگزیده و موارد مربوط به عوارض مادری با پرسش از او تکمیل و سپس پرسشنامه خشونت از طریق مصاحبه رو در رو در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS 16 صورت گرفت. از آمار توصیفی، آزمون کای دو و آنالیز رگرسیون لجستیک با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

بر اساس مطالعات زمینه‌ای صورت گرفته متغیرهای مداخله‌گر زیر می‌توانستند تأثیر مخدوش‌کنندگی بالقوه بر روی ارتباط خشونت خانگی با عوارض مادری داشته باشند: سن زن و شوهر، وضعیت شغلی و سطح تحصیلی آن‌ها، تعداد فرزندان و استعمال سیگار توسط زن در طی بارداری.

بالاخره، هر کدام از متغیرهای فوق که ارتباط معنی‌داری با خشونت خانگی و یکی از عوارض مادری داشت به عنوان مداخله‌گر بالقوه در این مطالعه تعیین گردید و برآوردهای نسبت شانس تعدیل شده و خام آن‌ها در مدل مورد مقایسه قرار گرفت. در نهایت متغیرهایی به عنوان متغیر مخدوش‌کننده در نظر گرفته شدند که اضافه کردن آن‌ها به مدل، RR خام را تا حدود ۱۰ درصد

جدول شماره (۱): شیوع انواع خشونت بر حسب شهر (۱۳۰۰ زن باردار)

نوع خشونت	میاندوآب	بناب	کل
روانی	۵۰٪ (۳۳۵ نفر)	۷۵/۸٪ (۴۹۳ نفر)	۶۲/۹٪ (۸۱۸ نفر)
جسمی	۵۱/۷٪ (۳۳۶ نفر)	۵۷/۷٪ (۳۷۵ نفر)	۵۴/۷٪ (۷۱۱ نفر)
جنسی	۳۸/۲٪ (۲۴۸ نفر)	۴۳/۴٪ (۲۸۲ نفر)	۴۰/۸٪ (۵۳۰ نفر)
کل	۷۷/۸٪ (۵۰۷ نفر)	۹۴/۵٪ (۶۱۴ نفر)	۸۶/۲٪ (۱۲۱۱ نفر)

جدول شماره (۲): مشخصات مرتبط با خشونت خانگی در طی حاملگی (۱۳۰۰ زن باردار)

مشخصات	تعداد	مورد خشونت قرار گرفته در طی بارداری	P	OR (95%)
تحصیلات زن				
تحصیلات کم	۹۵۲	%۸۷/۶	.۰/۰۱	۱/۰۶(۰/۲،۸/۳)
تحصیلات بالا	۳۴۸	%۸۲/۵		Reference ۱/۰
شغل زن				
خانه دار	۸۸۱	%۸۶/۲	.۰/۹	-----
شاغل	۴۱۹	%۸۶/۴		
تعداد فرزند				
۰-۲	۸۳۵	%۸۴/۶	.۰/۰۱	Reference ۱/۰
۳-۴	۴۶۵	%۸۹/۲		۱/۰۵(۱/۲،۹/۳)
سن شوهر(سال)				
≤۲۶	۱۱۱	%۹۵/۵	.۰/۰۰۳	۱/۱۱(۰/۷،۳/۳)
≥۲۷	۱۱۸۹	%۸۵/۴		Reference ۱/۰
تحصیلات شوهر				
تحصیلات کم	۴۴۵	%۹۳/۷	.۰/۰۰۰	۱/۱۲(۰/۳،۷/۰)
تحصیلات بالا	۸۵۵	%۸۲/۳		Reference ۱/۰
شغل شوهر				
بی کار	۶۷	%۱۰۰	.۰/۰۰۱	۱/۱۶(۱/۲،۰/۴)
شاغل	۱۲۳۳	%۸۵/۵		Reference ۱/۰
وضعیت اقتصادی				
مناسب	۴۸۸	%۱۷/۵	.۰/۰۰۰	Reference ۱/۰
نامناسب	۸۱۲	%۸۲/۵		۴/۷۱(۲/۴،۵/۹)
سیگار کشیدن مادر				
بله	۳۰۰	%۹۱/۶۵	.۰/۰۰۴	۱/۳(۰/۱،۹/۸)
خیر	۱۰۰۰	%۶۷		Reference ۱/۰

جدول شماره (۳): علل مرتبط با پیامدهای مادری

علل P
علل مرتبط با:
سقط
سطح پایین تحصیلات شوهر ۰/۰۴
عدم اشتغال شوهر ۰/۰۰۲
سطح پایین تحصیلات زن ۰/۰۰۱
تعداد زیاد فرزند ۰/۰۰۶
سیگار کشیدن مادر در طی بارداری ۰/۰۰۱
سزارین
تعداد زیاد فرزند ۰/۰۱
سیگار کشیدن مادر در طی بارداری ۰/۰۰۳
خونریزی واژینال
سطح پایین تحصیلات زن ۰/۰۰۵
تعداد زیاد فرزند ۰/۰۰۴
سیگار کشیدن مادر در طی بارداری ۰/۰۰۱

جدول شماره (۴): ارتباط خشونت در طی بارداری و پیامدهای مادری

		عوارض مادری تعداد خشونت در طی بارداری p (%۹۵) aOR ^a	
زایمان زودرس ^۱	۳۳۶	%۸۳/۲	۰/۴
سقط ^۲	۹۸	%۹۱	۰/۰۰۰
سزارین	۳۳۳	%۸۹/۸	۰/۰۰۱
بستری در بیمارستان در طی بارداری ^۳	۵۹۱	%۸۷/۸	۰/۱
خونریزی واژینال در طی بارداری	۴۵۰	%۸۹/۶	۰/۰۱

^aنسبت شانس تعدیل شده بر حسب سن، وضعیت شغلی و سطح تحصیلی همسر، سطح تحصیلی زن، تعداد فرزند و استعمال سیگار توسط زن در طی بارداری.

^۱زایمان زودرس = عبارت است از زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری.

^۲سقط = عبارت است از دفع جنین قبل از هفته ۲۰ حاملگی در حالی که وزن کمتر از ۵۰۰ گرم داشته

^۳بستری شدن در بیمارستان به علل عوارض زنان و مامایی مثل دیابت، فشار خون و.....

وسيله‌ای جهت حل اختلاف؛ وابستگی اقتصادی و عاطفی زن به مرد؛ قوانین ارث، طلاق و حضانت فرزندان؛ عدم توجه جدی به خشونت خانگی و مشارکت بسیار پایین زنان نسبت به مردان در امور سیاسی کشور (۲۲). در این بررسی، خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت (۶۲/۹ درصد) به دست آمد و خشونت فیزیکی و جسمی به ترتیب با شیوع (۵۴/۷ درصد) و (۴۰/۸ درصد) در مرتبه‌های بعدی قرار گرفتند (جدول شماره ۱). این داده‌ها همانند برخی پژوهش‌ها (۲۳-۲۵) که خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان باردار بوده، می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خشونت علیه زنان باردار با پیامدهای مادری از قبیل سقط، سزارین و خونریزی واژینال همبستگی معنی‌داری دارد. در راستای تایید نتایج به دست آمده (۲، ۱۰، ۴، ۲۶) نیز بیان نمودند که با ایراد خشونت بر روی زنان باردار، وقوع عوارض فوق افزایش می‌یابد.

در رابطه با اتیولوژی وقوع عوارض مادری مرتبط با خشونت خانگی در این تحقیق (بالا رفتن میزان سقط، سزارین و خونریزی واژینال) مطالعات گسترده‌ای صورت گرفته که تمامی تئوری‌های مطرح شده ذهنی^۱ می‌باشند و هنوز دلیل قطعی آن مشخص نگردیده است. در بسیاری مطالعات این تئوری‌ها عبارتند از: پاسخ‌های فیزیولوژیکی مربوط به استرس ناشی از ایراد خشونت بر روی مادر (۵)، وارد شدن ضربه‌ی مستقیم به مادر مخصوصاً در نواحی شکم (۲)، کنترل مرد بر روی استقلال و تصمیم‌گیری‌های جنسی و باروری زن (۲۷).

خشونت در طول بارداری و پیامدهای مادری بدخیم؛

در این مطالعه در بررسی ارتباط بین خشونت طی بارداری و پیامدهای مادری مطرح شده از طرف آن‌ها با حذف فاکتورهای مداخله‌گر (جدول شماره ۴)، مشخص گردید؛ زانی که تحت خشونت بودند ۳/۰۳ برابر بیشتر در بارداری تحت سوء رفتار قرار گرفته بودند که با فاصله اطمینان ۹۵ درصد این افزایش بین (۵/۲۶- ۱/۷۵) بود. در ارتباط با نوع زایمان، احتمال اینکه زنان مورد غفلت مورد سزارین قرار گیرند؛ ۲/۲۵ برابر بیشتر از گروه مقابل بود (۱/۷۰ و ۵/۷۹) و آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. همچنین نسبت شانس نشان داد که افرادی که خونریزی واژینال به هر دلیل در طی بارداری داشتند ۲/۷۴ برابر بیشتر مورد سوء رفتار قرار گرفته بودند (۱/۸-۱/۴).

بحث و نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین دلایل مطالعه پیرامون خشونت علیه زنان باردار در کشورهای در حال توسعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: شیوع بالا و پیامدهای بارداری ناگوار (جنینی-مادری) (۲۰).

در مطالعه حاضر، بیش از سه چهارم (۸۶/۲۵ درصد) زنان باردار تجربه‌ای از خشونت در دوران حاملگی اخیر خود را ذکر نمودند، که این از میانگین خشونت در ایران (۶۰ درصد) (۲)، در ۳۴ درصد در پاکستان (۲۰) و ۴۱ درصد در هند (۲۱) بسیار بالاتر است. چنین طیف وسیعی از شیوع خشونت در این کشورها (با فرهنگ‌های تقریباً یکسان) می‌توان به دلایل زیر توضیح داده شود: حق تملک مردها بر زنان و دخترها؛ قبول خشونت از طرف زن به عنوان

^۱Speculative

است. محققان متعددی از جمله (۳۰،۱۱،۲۷) به ارتباط بین خشونت جنسی و بروز برخی پیامدهای بارداری در مادر اشاره نموده‌اند. آن‌ها یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های مطرح در این ارتباط را انتقال بیماری‌های منتقل از راه سکس مثل سوزاک و ایدز می‌دانند. این مکانیسم در ایران به دلیل اعتقادات مذهبی، پایبند بودن مردان و زنان مسلمان به روابط جنسی سالم با همسرانشان و همچنین وجود مجازات‌های سنگین قانونی در صورت تخطی زوجین از مورد فوق نمی‌تواند قابل قبول باشد. فرامیزی و همکارانش (۲۹) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که مکانیسم مؤثر در این ارتباط کاربرد زور در هنگام روابط جنسی و بروز استرس و برخی پیامدهای جسمی مثل پارگی مجرای تناسلی، عفونت ادراری - تناسلی در مادر می‌باشد.

به طور جالب توجهی در پژوهش حاضر، میزان سزارین در گروه تحت خشونت بالاتر بود و تفاوت معنی‌داری با در نظر گرفتن فاکتورهای مخدوش کننده به دست آمد. محققین در بررسی ارتباط خشونت با نوع زایمان به حذف موارد سزارین قبلی، سزارین انتخابی، تنگی لگن و استرس جنینی نپرداختند (متغیرهای مداخله‌گر بالقوه)، لذا احتمال دارد یکی از دلایل ارتباط خشونت با سزارین وجود عوارض متعدد مادری-جنینی بوده که باعث بالا رفتن میزان سزارین در پژوهش حاضر گردیده است.

بعد از آنالیز رگرسیون بایناری^۱ و حذف فاکتورهای مداخله گر مورد بررسی در این تحقیق، بین خشونت با زایمان زودرس و بالا رفتن میزان بستری شدن مادران باردار در بیمارستان ارتباطی حاصل نشد. اما مطالعات متعددی ارتباط معنی‌داری را بین خشونت در بارداری با زایمان زودرس (۳۰-۳۲) و بالا رفتن میزان بستری مادران در بیمارستان (۴،۱۲) را نشان دادند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- "گزارش بیش از حد واقعی" و "گزارش کمتر از حد واقعی" از وقوع خشونت در طی بارداری از طرف واحدها، سونرسن بیان می‌نماید که "گزارش کمتر از حد" در بررسی پدیده‌های غیر مقبول اجتماعی مثل خشونت شایع‌تر از "گزارش بیش از حد" می‌باشد. که علت آن در اکثر موارد ترس از دو مورد عقوبت فاش کردن خشونت و چسبیدن لکه ننگ به قربانی است (۳۲). در مقابل، مادرانی که ترومای تولد نوزاد زودرس و یا نوزاد با وزن کم را تجربه کرده‌اند به احتمال زیاد گزارشات بیشتری از وقوع خشونت بر روی خود را ارائه می‌نمایند (۳۳). در مطالعه حاضر، به داوطلبین در ابتدای کار توضیح داده می‌شد که هدف از تحقیق حاضر بررسی شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با پیامدهای جنینی می‌باشد که

مطالعات نشان داده‌اند که زنان خشونت دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. در افراد تجربه کننده استرس، کانال‌های نورواندوکرین شامل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال توسط تولید هورمون‌ها و مخصوصاً کورتیزول به این استرس پاسخ می‌دهند. درجه این پاسخ با شدت استرس تجربه شده رابطه مستقیم دارد. به همین ترتیب وقتی زنان تحت خشونت فیزیکی، روانی و جنسی قرار می‌گیرند، محور فوق فعال می‌شود (۵). در همین راستا پالیتو در بررسی خود متوجه گردید که در زنان باردار مورد خشونت واقع شده سطح کورتیزول خون مادر به طور معنی‌داری بالاتر از گروه بدون خشونت بوده است. در نتیجه سیستم ایمنی مادر تحت تأثیر قرار گرفته که ادامه این استرس‌ها منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی شده و علائم آسیب در این افراد ظاهر می‌شود (۲۶).

در همین راستا باچوز و همکاران (۲۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در صورت بروز اختلالات روانی در بارداری و عدم مراقبت کافی از مادر، سلامت جسمی او با بروز پیامدهای بد به خطر می‌افتد. این مادران توجه کمتری به خود دارند و در صورت بروز علائم جسمی و روانی، نگرانی‌ها، مراقبت ناکافی و فقدان حمایت اجتماعی که به دنبال خشونت خانگی رخ می‌دهد ممکن است بر بینش زن از خود، تحمل و میزان اهمیت دادن او به بهداشت و سلامت تأثیر سوء داشته باشد. لذا احتمال انجام رفتارهایی که سلامت او را در بارداری بیشتر به خطر می‌اندازد (مثل: سیگار کشیدن، مصرف الکل، تغذیه نامناسب و مراجعات نامنظم جهت دریافت مراقبت‌های بارداری لازم) افزایش یابد و این رفتارها ممکن است به عوارض و پیامدهای مختلفی منجر شود که به بستری شدن در بیمارستان بیانجامد. به این ترتیب به صورت یک چرخه معکوس، وضعیت جسمی و روانی مادر بدتر می‌شود. (۲۹،۲۸،۲۴) بیان می‌نمایند که خشونت فیزیکی و جنسی در اکثر موارد پس از به حداکثر رسیدن خشونت روانی حادث می‌شود. بنابراین مادرانی که در معرض آسیب جسمی و جنسی قرار گرفته‌اند، فشار روحی و روانی ناشی از توهین و تحقیر و ترس از اعمال آزار و اذیت بدتری را نیز تجربه می‌کنند. لذا یکی از پیامدهای خشونت‌های جسمی و جنسی، اختلال روانی و افزایش میل به خودکشی است. در تحقیق حاضر که بر اساس پاسخ مادران در زمینه نوع خشونت و نحوه ایراد آن صورت گرفته است، تعداد بسیار کمی از آن‌ها به وارد شدن ضربه به نواحی شکمشان در حین خشونت فیزیکی اشاره داشته‌اند که به طور قطع نمی‌تواند دلیلی بر وقوع پیامدهای بارداری ناشی از تأثیر مستقیم خشونت فیزیکی در این تحقیق باشد بلکه این عوارض احتمالاً به دنبال استرس‌های وارد بر مادر به دنبال خشونت‌های فیزیکی رخ داده

¹Binary

تشخیص علائم جسمی و روانی مادران تحت خشونت، مشاوره، درمان و ارجاع آن‌ها در صورت لزوم آشنایی کامل پیدا نمایند. به صورت جامع تر و با توجه به نتایج حاضر، تصویب قوانین خانواده قاطع در جهت مقابله با خشونت خانگی، قدرتمند کردن زنان به هدف حمایت از خود و فرزندانشان در مقابل خشونت، بهبود وضعیت اقتصادی زنان جامعه، ارتقاء آگاهی زنان از حقوق قانونی خود در صورت خشونت و گسترش مراکز حمایت اورژانس از زنان آسیب دیده از خشونت و تهیه سرپناه‌های مناسب برای آن‌ها تا رفع کامل خشونت، می‌تواند در کاهش میزان سوء رفتار بر روی زنان باردار و پیامدهای آن مؤثر واقع شود. به امید رسیدن به این اهداف که غایت همه‌ی ما محققان در امور خانواده می‌باشد.

تقدیر و تشکر

با نهایت تشکر و سپاس از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد که پشتیبانی مالی این طرح پژوهشی را به عهده داشتند.

References:

1. Laebusch J, Frayn S, Saxe G. violence against women a physician's guide to identification and management. Philadelphia (PA): American College of physicians American Society of Internal Medicine; 2003.
2. Dolatian M, Gharachedaghy M, Ahmadi M, Shams J, Alavimajd H. Relationship between intimate partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. J Ahvaz Univ Med Sci 2009; 13(4):261-9. (Persian)
3. Ahmadi B, Nasery S, Shams M. Effect of domestic violence on psychological health of women. J Health Univ Institute Res health 2008; 2:67-81. (Persian)
4. EL Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstet Gynecol 2005; 105:357-63.
5. Records K. Critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implication for newborn nurses. Newborn Infant Nurs Rev 2007; 7:7-13.
6. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med 2000;9(5):451-7.
7. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM. The prevalence of domestic violence in pregnant women. BJOG 2003;110(3):272-5.
8. Khodakarami N, Goodarzashti M, Naji H, Movvahi M. Association of abuse and pregnancy outcome in Khorramabad. J Health, Medical-Sci Univ Isfahan, Nursing- Midwifery Research 2003;20:26-34. (Persian)
9. Bodaghabadi M. Association of pregnancy outcomes in under violence pregnant women in Shahidan Mobini hospitals, Sabzevar. Journal of Health Medical-Science Sabzevar 2005;3:41-46. (Persian)
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: MC Grow Hill company; 2005.

11. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999;93(5 Pt 1):661-6.
12. Saberian M, AtashNafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan 2003. *Koomesh, J semnan Univ Med Scic* 2005;6:115-21. (Persian)
13. Gudarzi Brujerdi M. Wife beating and wife murder. *Mortality of Improvement and Nature* 2003;23:30-5. (Persian)
14. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360:1083-8.
15. Kazeminavaii. Pregnancy consequences following domestic violence against pregnant women in Tehran hospitals 2005. (dissertation). Tehran: University of medical science and medical services of Tehran; 2005. (Persian)
16. Mcfarlane J, Parker B, Soeken K, Bullok L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267: 3176-8.
17. Finkelhor D, Yllo K. Marital rape and marital sexuality. In: Finkelhor D, Yllo K. *Licence to Rape: Sexual Abuse of wives*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1985. P. 84-98.
18. Ezazi Sh. *Family Women "BatterabWomen"*. Tehran: Salehi publisher's; 2002. (Persian)
19. Chez RA. Woman battering. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158(1):1-4.
20. Fetami M, Davoodi R, Fesharaki M, GolAfshani A. Association between skills for life qualification and domestic violence. *Social Welfare Quarterly* 2006; 11(43):51-9.
21. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *Int J Gynecol Obstet* 1999;65:195-201.
22. Jan Egeland. Women's Health is in crisis. *Leading off. Health In Emergencies [Internet]*. 2005 [cited 2014 Jan 12]. Available from: http://www.who.int/hac/network/newsletter/Final_HiE_n20_%20Jan_2005_finalpdf.pdf
23. Khurram N, Adnan A. Violence against pregnant women in developing countries. *Eur J Public Health* 2003;13,105-8.
24. Garcia Moreno C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. 2005. Available from: <http://www.WHO.org/>.
25. World Health Organization Document. Violence against women. WHO fact sheet- June 2001 NO.239. Available at: <http://www.WHO.int/mipfiles/2269/239->
26. Nojomi M, Akrami Z. prevalence of physical violence against pregnant women and effects on maternal and birth outcomes. *Acta Madica Iranian* 2006;44:2:95-100. (Persian)
27. Pallito C. Domestic violence and maternal, infant, and reproductive health: A critical review of the literature. Washington, DC: Submitted to the Pan American Health Organization; 2004.
28. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:6-11.
29. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Sciences Hospitals. *J Family Violence* 2007;22: 643-8. (Persian)
30. 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.
31. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106:61-5.

32. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among residing in 26 U.S. States: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 140-8.
33. Sørensen HT, Møller-Petersen J, Sabroe S, Rasmussen HH. [Recall bias]. *Nord Med* 1994;109(4):126-7.
34. Asling-Monemi K, Peña R, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ* 2003;81(1):10-6.

DOMESTIC VIOLENCE: PREVALENCE DURING PREGNANCY AND ASSOCIATED MATERNAL OUTCOMES

Masumeh Hassan^{*1}, Maryam Kashanian², Maryam Hassan³, Maryam Roohi⁴, Homa Yousefi⁵

Received: 8 Oct, 2013; Accepted: 24 Dec, 2013

Abstract

Background & Aims: Violence against pregnant women is a public health problem. Violence during pregnancy has maternal, fetal and future neonate outcomes. The aim of this study was to investigate the prevalence of domestic violence against pregnant women and its relationship with preterm labor, abortion, kind of delivery, hospitalization during pregnancy and vaginal bleeding during pregnancy.

Materials & Methods: Women aged 18-39 who referred to hospitals in Mahabad and Bonab cities in 2009-2010 were recruited in this study. A total of 1300 pregnant women who reported a birth (live or fetal death, term or preterm delivery) or an abortion were chosen by a convenience sampling method via a self – constructed questionnaire, and all were asked to share their experiences of violence during pregnancy and self-report maternal outcomes.

Results: Of these pregnant women, 1121 (86.25%) indicated that their husband (80%) or relatives, such as their mother-in-law (20%), was violent or abusive towards them during their pregnancy. A significant association between domestic violence and abortion (aOR=3.3 CI 95% 1.75, 5.26), cesarean section (aOR=2.25 CI 95% 1.70, 5.79) and vaginal bleeding (aOR= 2.74 CI 95% 1.4, 1.8) was shown.

Conclusion: Based on relationship between domestic violence during pregnancy with increased risks of abortion, caesarean section, vaginal bleeding during pregnancy, a routine screening at perinatal clinics is suggested to identify at-risk cases and provide necessary health services.

Keywords: Domestic violence, Pregnancy, Maternal outcomes

Address: Nursing-Midwifery Department , Islamic Azad University, Mahabad Branch, Western Azarbayejan, Iran

Tel: +989125206970

E-mail: masumehhasan@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 24(11): 903 ISSN: 1027-3727

¹ MSc, Instructor, Nursing-Midwifery Department , Islamic Azad University, Mahabad Branch, Western Azarbayejan, Iran

² Associate Professor, Obstetrics Gynecology surgery Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Faculty of Pharmacy, Zanzan University of Medical Science, Zanzan, Iran

⁴ MSc, Instructor, Nursing-Midwifery Department , Islamic Azad university, Mahabad Branch, Western Azerbaijan, Iran

⁵ MSc, Instructor, Nursing-Midwifery Department ,Islamic Azad university, Mahabad Branch, Western Azerbaijan, Iran