بررسی رابطه خشونت خانگی با پیامدهای حاملگی در مادران مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهر سنندج در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴

عهدیه پرهیزکار*

*عضو هیئت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)
parhizkar_a@yahoo.com ۰۹۱۸۸۷۱۶۲۶۶

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۲ **تاریخ پذیرش:** ۹۶/۷/۲۱

چکیده

مقدمه و هدف: خشونت خانگی یک مشکل عمومی و جهانی است که پس از ابتلا به سرطان و تصادفات جاده‌ای سومین عامل مرگ یا معلولیت جسمانی زنان در دنیا می‌باشد در زنان بارداری که تحت خشونت قرار می‌گیرند میزان سقط، دیابت، فشارخون، خونریزی، جفت سرراهی و پره اکلامپسی و خطر تولد زودهنگام و کاهش وزن در جنین گزارش شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خشونت خانگی با پیامدهای حاملگی در مادران مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به‌صورت کوهورت در سال ۱۳۹۵- ۱۳۹۴ انجام شد ۷۵۰ نفر از زنانی که برای اولین ویزیت پس از زایمان برای مراقبت به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر سنندج مراجعه کرده بودند به‌صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه و پرونده بهداشتی مادران بود که با کمک مصاحبه و مشاهده تکمیل گردید. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری تی مستقل و کای اسکوئر انجام شد P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

یافته‌ها: مقایسه یافته‌ها نشان داد که میانگین وزن (۳۳۵ ±۲۹۵۷, ۴۳/۶± ۳۲۰۱) نوزادان در گروه مورد به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود (P<۰/۰۰۰۱). سن هنگام تولد نوزادان ۵۶/۶٪ زنان در گروه مورد و ۴۳/۴٪ در گروه شاهد زیر ۳۷ هفته بود (P<۰/۰۰۰۱). همچنین بین پارگی پرده‌های جنینی با خشونت خانگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت (OR=۰/۵۴۷ بافاصله اطمینان ۹۵٪: ۰/۳۱۴-۰/۹۵۳).

نتیجه‌گیری: خشونت در زنان باردار موجب بروز عوارضی در مادران باردار و جنین خواهد شد در این مطالعه خشونت خانگی در مادران باردار موجب کاهش وزن نوزاد و زایمان زودرس شده بود.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، بارداری، پیامدهای مادری، پیامدهای جنینی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

مقدمه

خانواده اولین محیطی است که کودک در آن چشم به دنیا می‌گشاید و شخصیت کودک و رشد ذهنی، جسمی، عاطفی و اجتماعی او در آن شکل می‌گیرد (۱). حسینی (۱۳۸۸) به نقل از لانکستر می‌نویسد «امروزه خشونت، سلامتی و رفاه کل افراد را در خانه و خیابان تهدید می‌کند. خشونت به‌طور عمده به عنوان آن دسته از اعمال بین فردی یا درون فردی تعریف می‌شود که نتیجه آن آسیب جسمی و روانی به یک فرد یا بیشتر است». (۲) خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت‌آمیزی است که توسط یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده صورت می‌گیرد که عمدتاً این رفتارها توسط مردان یا شوهران بر روی زنان انجام می‌شود. (۳) خشونت خانگی بیشتر به سه شکل فیزیکی، روانی و جنسی مشاهده می‌شود (۴).

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) ۷۰ درصد زنان از جانب همسرانشان در طول زندگی مورد آزار قرار می‌گیرند (۵) در حال حاضر ۴۳ درصد زنان در ۲۸ کشور اتحادیه اروپا مورد آزار و خشونت روانی از جانب همسرانشان قرار دارند. در جامعه کنونی یک زن از هر ۱۰ زن در اتحادیه اروپا از سن ۱۵ سالگی به بعد با آزار و اذیت سایبری روبرو هستند در سراسر جهان، تقریباً ۷۵۰ میلیون زن و دختر در حال حاضر قبل از ۱۸ سالگی ازدواج کرده و فرزند به دنیا می‌آورند ازدواج کودکان در آفریقای غربی و مرکزی شایع‌تر است و به سن زیر ۱۵ سال رسیده است. این ازدواج‌ها اغلب منجر به بارداری اولیه و انزوای اجتماعی می‌شود و خطر ابتلا به خشونت خانگی را افزایش می‌دهد (۶) در ایران آمار دقیقی از خشونت خانگی گزارش نشده است در مطالعه خدیو زاده و عرفانیان (۱۳۹۰) شیوع خشونت خانگی در زنان باردار ۶۴/۱ درصد گزارش شده است (۷). در سایر مطالعات انجام شده در ایران شیوع خشونت خانگی در زنان باردار از ۵۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده است (۸-۱۰). در مطالعه هاشمی نسب میزان شیوع خشونت فیزیکی در سال ۱۳۸۸ در شهر سنندج در زنان باردار ۸/۵٪ گزارش شده است (۱۱)

عواملی نظیر تراکم جمعیت، فقر، تبعیض نژادی، عدم اشتغال، ناامیدی، ترس، تفاوت‌های سنی، قومیت و مذهب ممکن است موجب خشونت در زنان شود. زنان کتک‌خورده دچار کبودی، پارگی در سر و تنه می‌شوند و اغلب دچار اعتمادبه‌نفس پایین و افسردگی می‌شوند این زنان دارای مشکلات جسمی بیشتری نسبت به سایر زنان هستند (۲). در ضمن این مادران بیشتر مشکلات روانی ناشی از خشونت فیزیکی و جنسی را خواهند داشت (۴). خشونت در دوران بارداری، یک مشکل مهم در سراسر جهان بوده که علاوه بر مادر موجب بروز عوارضی در جنین می‌شود که بیشتر به‌صورت کاهش وزن هنگام تولد و زایمان زودرس می‌باشد (۱۲). همچنین در زنان بارداری که تحت خشونت روانی قرار می‌گیرند میزان سقط، دیابت، فشارخون، خونریزی، جفت سرراهی و پره اکلامپسی بیشتر شده و خطر زایمان پره‌ترم و کاهش وزن هنگام تولد در جنین گزارش شده است (۱۳). تولد زودهنگام نوزادان یک مشکل عمده بهداشتی است که در کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت عوارض عمده‌ای را به وجود می‌آورد که در نهایت منجر به افزایش میزان مرگ‌ومیر دوران جنینی می‌شود (۱۴).

در مطالعه حسن در مورد ارتباط خشونت خانگی در طی بارداری با پیامدهای جنینی، نتایج نشان داده است که بین انواع خشونت با تولد نوزاد کم‌وزن و زایمان زودرس ارتباط معناداری وجود دارد (۹) در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

مطالعه‌ی عبداللهی در مورد ارتباط بین خشونت فیزیکی توسط همسران در طی بارداری، نتایج نشان داده است که همسر آزاری در زنانی که در طبقات پایین اقتصادی اجتماعی قرار گرفته بودند بیشتر بوده است (۱۲). در مطالعه‌ی رنجی که در مورد میزان خشونت خانگی در دوران بارداری انجام شد نتایج نشان داد که ۳۶/۳٪ زنان در طی بارداری مورد خشونت قرارگرفته‌اند خشونت جسمی کمترین و خشونت عاطفی بیشترین مورد بوده است سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه و حاملگی ناخواسته باتجربه خشونت در طی بارداری ارتباط داشته است (۱۵).

در مطالعه اسکریبانو و همکاران خشونت همسران در قبل، حین و پس از بارداری بررسی شد نتایج حاصل بیانگر این بود که خشونت همسران در دوران بارداری به نسبت قبل و بعد از بارداری کاهش داشته است همچنین بین خشونت اما بین خشونت همسران با سن هنگام تولد و زایمان زودرس نوزاد ارتباط قابل‌توجهی وجود نداشت.(۱۶) با توجه به نمونه مطالعات انجام‌شده در جهان و ایران و متناقض بودن نتایج حاصل، این مطالعه باهدف تعیین رابطه بین خشونت خانگی با پیامدهای بارداری در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال‌های ۹۴ تا ۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت توصیفی-تحلیلی (کوهورت تاریخی) طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۷۵۰ نفر از زنانی که تازه زایمان کرده بودند (۳۷۵ نفر مورد خشونت واقع شده و ۳۷۵ نفر بدون خشونت در دوران بارداری) و به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر سنندج مراجعه کرده بودند انجام شد حجم نمونه با کمک مشاور آماری (بر اساس مطالعات اولیه گروه غیر مواجهه ۲٪ با خطر نسبی ۳ و حدود اطمینان ۹۵ درصد و قدرت ۸٪) و مطالعات انجام‌شده در ایران ۷۵۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای و مبتنی بر هدف انجام شد دو گروه بنا بر نوع مطالعه (کوهورت) نیاز به همسان‌سازی نداشتند برای انتخاب درمانگاه‌ها به‌صورت خوشه‌ای عمل شد. ابتدا شهر سنندج را به ۵ منطقه‌ی شمال، جنوب، مغرب، مشرق و مرکز شهر تقسیم نموده و در هر ناحیه ۲ درمانگاه مشخص شد. سپس با مراجعه به درمانگاه‌ها نمونه‌های پژوهش به‌صورت مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مادرانی ازهر طبقه اجتماعی بودند که پس از زایمان (از روز سوم تا ۱۵ روزگی) جهت مراقبت‌های پس از زایمان به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند و در نه ماه گذشته در معرض انواع خشونت‌ها از جانب همسرانشان قرار گرفته بودند معیارهای ورود به مطالعه شامل همه زنان با ملیت ایرانی، در سن ۱۸ تا ۳۵ سال، با پاریته ۴ و کمتر، جنین سفالیک منفرد، متأهل و دارای شوهر زنده وعدم وجود بیماری شناخته‌شده روانی و جسمی تحت درمان بودند که عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر داشتند و در صورت عدم رضایت یا مبتلا شدن به بیماری مزمن و فوت همسر یا طلاق از مطالعه خارج می‌شدند. سپس با مراجعه به درمانگاه‌ها نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند زنانی که در معرض انواع خشونت‌ها از جانب همسرانشان قرارگرفته بودند به عنوان گروه مواجهه (۳۷۵ نفر) و زنانی که در نه ماه از جانب همسرانشان مورد خشونت قرار نگرفته بودند به عنوان گروه غیر مواجهه (۳۷۵ نفر) انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی خشونت خانگی بود که توسط محسنی تبریزی در سال ۱۳۹۱ طراحی‌شده است و اعتبار و اعتماد آن تائید شده است (۱۷). این پرسشنامه شامل مشخصات فردی زنان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

باردار و همسران آنان است و چهار حیطه خشونت فیزیکی، جنسی، روانی و اقتصادی را در برگرفته است. این پرسشنامه با کمک کتاب‌های مرجع، ابزارهای غربالگری، پایان‌نامه‌ها و بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران طراحی شده است جهت تعیین روایی و پایایی مجدد پرسشنامه با کمک نظرخواهی از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اعتماد پرسشنامه تائید شد. جهت تعیین پایایی به ۲۰ نفر از واحدهای موردمطالعه پرسشنامه داده شد؛ و پس از یک هفته مجدداً پرسشنامه به آنان داده شد و ضریب همبستگی سؤالات به دست آمد که برابر ۰/۹ بود. به‌این‌ترتیب پایائی پرسشنامه نیز تائید شد. روش گردآوری داده‌ها بدین ترتیب بود که مصاحبه‌کنندگان در مراکز بهداشتی درمانی زنانی را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب نموده و با کمک مصاحبه سؤالات پرسشنامه تکمیل شد. داده‌ها پس از گردآوری به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری کای اسکوئر و تی تست مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند در این مطالعه به واحدهای مورد مطالعه اطمینان داده شد که به آنان آسیبی وارد نخواهد شد و اطلاعات محرمانه خواهد بود و در صورت تمایل می‌توانستند از مطالعه خارج شوند

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سن زنان تحت خشونت ۳/۳ ± ۳۱ بود. همچنین ۳۲۱ نفر (۸۵/۴٪) از آنان با همسرانشان از نظر سنی دو سال و کمتر اختلاف سن داشتند؛ و ۱۶۴ نفر (۴۳/۶٪) به مدت ۶ سال و بیشتر از ازدواج آنان گذشته بود. ۱۴۰ نفر (۳۷/۲٪) دارای ۲ فرزند بودند و ۱۴۶ نفر (۳۸/۹٪) در مقطع دبیرستان تحصیل‌کرده بودند.۲۹۱ نفر (۷۷/۴٪) آنان خانه‌دار بودند. ۲۸۹ نفر این زنان (۷۶/۹٪) درآمد ماهیانه زیر ۵۰۰ هزارتویمان در ماه را ذکر کردند. در گروه شاهد میانگین سن زنان ۳/۱ ±۳۳ بود ۲۰۱ نفر از آنان (۸۱/۷٪) با همسرانشان دو سال و کمتر اختلاف سن داشتند.۱۸۱ نفر (۴۷/۹٪) ۶ سال و بیشتر از ازدواج آنان گذشته بود.۱۶۹ نفر آنان (۴۴/۷٪) دارای یک فرزند بودند همچنین ۱۲۵ نفر (۳۴/۱٪) در مقطع دبیرستان تحصیل‌کرده بودند.۲۸۸ نفر (۷۶/۵٪) آنان خانه‌دار بودند. ۲۸۴ نفر این زنان (۷۵/۱٪) درآمد ماهیانه آنان زیر ۵۰۰ هزارتویمان در ماه را داشتند. آزمون آماری کای اسکوئر بین تعدادی از مشخصات فردی زنانی که مورد خشونت قرار داشتند و زنانی که مورد خشونت واقع نشده بودند اختلاف آماری معناداری رانشان داد به این شکل که از نظر تعداد سال‌های ازدواج، از نظر تعداد فرزند و سطح تحصیلات این اختلاف معنادار بود ($P< ۰/۰۰۵$) (جدول شماره ۱)

نتایج نشان داد ۱۳۱ نفر از همسران زنانی که مورد خشونت قرا گرفته بودند در مقطع دبیرستان تحصیل‌کرده بودند (۳۴/۹٪),۱۶۵ از آنان (۴۳/۹٪) شغل آزاد و ۱۶۰ نفر آنان (۴۲/۶٪) درآمد بالای یک‌میلیون و نیم در ماه داشتند. همچنین ۱۲۲ نفر از همسران زنانی که مورد خشونت قرار نمی‌گرفتند در مقطع دبیرستان تحصیل‌کرده بودند (۳۲/۳٪) و ۱۷۰ نفر از همسران آنان (۴۵٪) شغل آزاد داشتند.۱۵۷ نفر آنان (۴۱/۵٪) درآمد بالای یک‌میلیون و نیم در ماه داشتند. بین اعمال خشونت با سطح تحصیلات همسر، شغل و سطح درآمد اختلاف معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۲).

از ۳۷۵ نفر از زنانی که مورد خشونت قرار گرفتند ۳۳۴ نفر (۸۹/۱٪) مورد خشونت روانی قرارگرفته بودند.۲۰۴ نفر (۵۴/۴٪) مورد خشونت اقتصادی و ۲۰۶ نفر از (۵۴/۹٪) مورد خشونت جسمی و ۷۱ نفر (۱۸/۹٪) مورد خشونت جنسی قرار گرفته بودند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

میانگین وزن نوزادان در مادران گروه مواجهه قرار گرفته بودند ۳۳۵ ±۲۹۵۷ گرم و در گروه غیر مواجهه ۴۳/۶± ۳۲۰۱ گرم بود آزمون آماری t نشان داد که میانگین وزنی دو گروه با همدیگر تفاوت آماری معناداری دارد. (P<۰/۰۰۱). میانگین سن حاملگی در موقع زایمان در گروه مورد ۱/۵۸± ۳۸/۳ و در گروه شاهد ۱/۳۶± ۳۸/۹ هفته بود که آزمون تی تست بین دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان داد. (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که در گروه مواجهه ۳۰ نفر از زنان (۸٪) و در گروه غیر مواجهه ۲۳ نفر از زنان (۶/۱٪) زایمان زودرس داشتند که ارتباط بین خشونت خانگی با زایمان زودرس معنادار نبود (۰/۷۶-۲/۳۵) OR=۱/۳۴. میزان سقط در گروه مورد ۲۳ نفر (۶/۲٪) و در گروه شاهد ۱۸ نفر (۴/۸٪) بود که ارتباط بین خشونت خانگی و سقط نیز معنادار نبود. (۰/۷-۲/۴۹) OR=۱/۳۲.

در گروه مواجهه ۶۸ نفر (۱۸/۲٪) و در گروه غیر مواجهه ۶۱ نفر (۱۶/۱٪) حاملگی ناخواسته وجود داشت که ارتباط بین حاملگی ناخواسته با خشونت خانگی معنادار نبود. (۰/۷۹-۱/۶۹) OR=۱/۵۵. همچنین ۹۰ نفر از زنان تحت خشونت (۲۴٪) و ۱۰۰ نفر از زنانی که تحت خشونت نبودند (۲۶/۶٪) سزارین کرده بودند اما تفاوت آماری معناداری بین خشونت خانگی و سزارین وجود نداشت (۰/۸۱-۱/۳۹) OR=۱/۲. در مورد مرگ جنینی ۱۴ نفر (۳/۷٪) از زنان گروه مورد و ۶ نفر (۱/۶٪) در گروه شاهد مرگ جنینی را گزارش کردند که تفاوت معناداری از نظر مرگ جنینی در دو گروه یافت نشد (۰/۹۱-۶/۳) OR=۲/۴. پاره شدن زودرس پرده‌های جنینی در زنان گروه مواجهه ۲۱ مورد (۵/۶٪) و در گروه غیر مواجهه ۳۷ مورد (۹/۸٪) بود که این تفاوت با P<۰/۰۳۱ معنادار بود (۰/۳۱۴-۰/۹۵۳) OR=۰/۵۴۷.(جدول ۴).

جدول ۱: مشخصات فردی زنان در گروه مواجهه و غیر مواجهه و ارتباط آن با خشونت خانگی

متغیرها		فراوانی		p
		مواجهه	غیر مواجهه	
سواد	بی‌سواد و ابتدایی	۴۸(٪۱۲/۸)	۳۷(٪۱۰/)۱	<۰/۰۵
	راهنمایی	۶۰(٪۱۶)	۵۰(٪۱۳/۵)	
	دبیرستان	۱۴۶(٪۳۸/۹)	۱۲۵(٪۳۴/۱)	
	دیپلم	۶۵(٪۱۷/۳)	۹۹(٪۲۶/۲)	
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۵۶(٪۱۴/۹)	۶۵(٪۲۷/۲)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
تعداد فرزند	یک	۱۳۲(٪۳۵/۱)	۱۶۹(٪۴۴/۷)	<۰/۰۵
	دو	۱۴۰(٪۳۷/۲)	۱۳۰(٪۳۴/۷)	
	سه	۶۳(٪۱۶/۸)	۵۹(٪۱۵/۹)	
	چهار بیشتر	۴۰(٪۱۰/۹)	۱۷(٪۴/۷)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
شغل	کارمند	۶۰(٪۱۵/۶)	۶۰(٪۱۶/۱)	>۰/۰۵
	شغل آزاد	۲۷(٪۳/۲)	۲۷(٪۷/۴)	
	خانه‌دار	۲۸۸(٪۷۷/۴)	۲۸۸(٪۷۶/۵)	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
درآمد	زیر ۵۰۰ هزار	۲۸۴(٪۷۶/۹)	۲۸۴(٪۷۵/۱)	>۰/۰۵
	۵۰۰-۱۰۰۰۰۰۰۰	۱۷(٪۳/۷)	۱۷(٪۴/۸)	
	۱۰۰۰۰۰۰تا ۱۵۰۰۰۰۰	۴۰(٪۱۰/۴)	۴۰(٪۱۰/۸)	
	بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰۰	۳۴(٪۹)	۳۴(٪۹/۳)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
وضعیت ازدواج	کمتر از یک سال	۲(٪۳/۵)	۲(٪۵)	<۰/۰۵
	۱-۳ سال	۵۵(٪۱۳/۸)	۵۵(٪۱۴/۶)	
	۴-۵ سال	۱۴۰(٪۳۹/۱)	۱۴۰(٪۳۷)	
	۶ سال و بالاتر	۱۸۱(٪۴۳/۶)	۱۸۱(٪۴۷/۹)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۸(٪۱۰۰)	

جدول ۲: مشخصات فردی همسران زنان در دو گروه مواجهه و غیر مواجهه و ارتباط آن با خشونت خانگی

متغیرها		فراوانی		P
		مواجهه	غیر مواجهه	
سواد	بی‌سواد و ابتدایی	۳۸(٪۱۰/۸)	۳۱(٪۸/۲)	<۰/۰۰۵
	راهنمایی	۶۰(٪۱۶)	۶۱(٪۱۶/۱)	
	دبیرستان	۱۳۱(٪۳۴/۹)	۱۲۲(٪۳۲/۳)	
	دیپلم	۵۴(٪۱۴/۴)	۸۲(٪۲۱/۷)	
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۹۲(٪۲۴/۵)	۸۰(٪۲۱/۷)۷	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
شغل	کارمند	۱۲۶(٪۳۳/۵)	۹۶(٪۲۵/۷)	>۰/۰۵
	شغل آزاد	۲۴۰(٪۶۴/۱)	۲۷۶(٪۷۰/۹)	
	بیکار	۹(٪۲/۴)	۱۳(٪۳/۴)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	
درآمد	زیر ۵۰۰ هزار	۱۲(٪۳/۲)	۱۷(٪۴/۵)	>۰/۰۵
	۵۰۰-۱۰۰۰۰۰۰۰	۶۰(٪۱۶)	۵۷(٪۱۵/۳)	
	۱۰۰۰۰۰۰۰تا ۱۵۰۰۰۰۰	۱۴(٪۳۸/۳)	۱۵۶(٪۴۱/۵)	
	بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰۰	۱۶۰(٪۴۲/۶)	۱۴۵(٪۳۸/۶)	
	جمع	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	

جدول ۳: ارتباط بین خشونت خانگی با پیامدهای جنینی

متغیرها	مواجهه	غیر مواجهه	t	df	p
میانگین وزن	۲۹۵۷± ۳۳۵	۳۲۰۱ ±۴۳/۶	-۸/۵۸	۷۴۹	P < ۰/۰۰۱
میانگین سن	۳۸/۳ ±۱/۵۸	۳۸/۹ ±۱/۳۶	-۵/۰۹۶	۷۴۵	P < ۰/۰۰۱

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

جدول٤: ارتباط بین خشونت خانگی با پیامدهای مادری

متغیرها		مواجهه		غیر مواجهه		معنادار
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
زایمان زودرس	بلی	۲۹	۸	۲۰	۶/۱	غیر معنادار
	خیر	۳۴۶	۹۲	۳۵۵	۹۳/۹	OR=۱/۳۴ (۰/۷۶-۲/۳۵)
	جمع	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	
سقط	بلی	۲۳	۶/۲	۱۸	۴/۸	غیر معنادار
	خیر	۳۴۸	۹۳/۸	۳۵۷	۹۵/۲	OR= =۱/۳۲ (۰/۷-۲/۴۹)
	جمع	۳۷۱	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	
حاملگی ناخواسته	بلی	۶۸	۱۸/۲	۶۰	۱۶/۱	غیر معنادار
	خیر	۳۰۶	۸۱/۸	۳۱۵	۹۳/۹	OR=۱/۱۵۵ (۰/۷۹-۱/۶۹)
	جمع	۳۷۴	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	
سزارین	بلی	۹۹	۲۶/۵	۹۹	۲۶/۴	غیر معنادار
	خیر	۲۷۵	۷۳/۵	۲۷۶	۷۳/۶	OR=۱ (۰/۷۲-۱/۳۸)
	جمع	۳۷۴	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	
مرگ جنینی	بلی	۱۴	۳/۷	۵	۱/۵	غیر معنادار
	خیر	۳۶۱	۹۶/۳	۳۷۰	۹۸/۵	OR=۲/۴ (۰/۹۱-۶/۳)
	جمع	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	
پارگی پرده‌های جنینی	بلی	۲۱	۵/۶	۳۶	۹/۷	معنادار
	خیر	۳۵۴	۹۴/۴	۳۳۹	۹۰/۳	OR=/۵۴۷ (۰/۳۱۴-۰/۹۵۳)
	جمع	۳۷۵	۱۰۰	۳۷۵	۱۰۰	

جدول ٥: ارتباط بین انواع خشونت در زنان باردار با پیامدهای بارداری

انواع خشونت	کاهش وزن		تولد زودرس		سقط		حاملگی ناخواسته		نوع زایمان	
	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR
روانی	۰/۱	۰/۸-۱/۶۶	۰/۴	۰/۷-۲/۱	۰/۳	۰/۷-۲/۵	۰/۳	۰/۸-۱/۷	۰/۸	۰/۷-۱/۴
اقتصادی	۰/۰۹	۱/۲۲-۵/۱	۰/۰۶	۱-۳/۰۴	۰/۰۱	۱/۱-۴/۲	P۰/۳	۰/۸-۱/۸۳	۰/۶	۰/۶-۱/۳۲
جسمی	۰/۰۰۰۱	۱/۷۶-۱/۴۳	۰/۰۷	۱-۲/۹۹	۰/۲	۰/۷-۲/۷	۰/۳	۰/۸-۱/۸۲	۰/۸	۰/۸-۱/۶۴
جنسی	۰/۰۱	۱/۲-۶/۹	۰/۰۰۳	۱/۳-۵/۷	۰/۰۷	۱-۵/۴	۰/۰۲	۱/۱-۳/۴	۰/۶	۰/۶-۱/۹۴

بحث و نتیجه‌گیری

متأسفانه برخی مادران در دوران بارداری شاهد خشونت‌هایی از طرف همسر و یا نزدیکانشان خواهند شد که به‌جای داشتن خاطرات خوشایند و شاد، دروان تلخ و پراسترسی را تجربه خواهند کرد در مطالعه حاضر نتایج به دست آمده بیانگر این واقعیت است که میانگین سن مادران تحت خشونت ۳۱ سال بود که نسبت به گروهی که تحت خشونت قرار نگرفته بودند کم‌تر بود در مطالعه آنجل (۲۰۱۵) و وان پیرس (۲۰۱۴) نیز میانگین سن زنان تحت خشونت ۳۰ تا ۳۴

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

سال بود (۱۸ و ۱۷). در مطالعه دولتیان و همکاران (۱۳۸۸) میانگین سن مادران ۲۳ سال بود (۸). در مطالعه رنجی (۱۳۹۱) بیشتر زنان ۲۴ تا ۳۴ سال سن داشتند (۱۵). بر اساس نتایج متفاوت در مورد زنان تحت خشونت می‌توان چنین استنباط نمود که سن پایین در مادران موجب بی‌تجربگی، عدم کسب مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی می‌گردد که این امر خود عامل مستعد کننده بروز خشونت است؛ اما مورد نگران‌کننده در مطالعه حاضر و مطالعات دیگر این است که علی‌رغم اینکه میانگین سن مادران ۳۰ سال به بالاست بوده، آنان مورد خشونت واقع‌شده‌اند که شاید به این دلیل باشد که با افزایش سن قدرت سازگاری و آستانه تحمل زنان کاهش‌یافته و زمینه ایجاد خشونت بیشتر را فراهم می‌نماید.

در مطالعه حاضر در زنان مورد خشونت قرارگرفته، مدت ازدواج آنان بیشتر از ۶ سال بود که در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) و عبداللهی (۲۰۱۴) نیز میانگین مدت ازدواج در زنان مورد خشونت ۵ سال بود (۱۳ و ۸) همچنین در این مطالعه زنان مورد خشونت دارای ۲ فرزند بودند و تحصیلات آنان در حد دبیرستان بوده و خانه‌دار بودند. در مطالعات انجام‌شده در این راستا نیز اکثر زنان مورد خشونت دارای ۲ تا ۳ فرزند، خانه‌دار و دارای تحصیلات ابتدایی و کم‌سواد بودند (۱۰). در مطالعه ای همسر آزاری در زنانی که در طبقات پایین اقتصادی اجتماعی قرارگرفته‌اند بیشتر بوده است (۱۲). همچنین در این مطالعه درآمد زنان ماهانه زیر ۵۰۰ هزار تومان بود که در اکثر مطالعات درآمد ماهانه زنان نامناسب و پایین گزارش‌شده است (۹). رنجی (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود به تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه و تجربه خشونت در طی بارداری اشاره نموده است (۱۵). با توجه به نتایج مشابه این مطالعه با سایر مطالعات می‌توان چنین نتیجه گرفت که داشتن تحصیلات پایین، خانه‌دار بودن و نداشتن شغلی دیگر بیانگر این واقعیت می‌باشد که زنان به حقوق اجتماعی خودآگاهی ندارند و این امر موجب خشونت از جانب همسرانشان خواهد شد.

اکثر همسران این زنان نیز دارای تحصیلات در حد دبیرستان و درآمد بیشتر آنان بین ۵۰۰ هزار تا یک‌میلیون تومان در ماه بود که در مطالعات مختلف نیز اکثر همسرانی که زنان خود را مورد آسیب قرار می‌دادند در مقطع متوسطه تحصیل‌کرده، بیکار و درآمد ماهانه آنان پایین و به‌صورت روزمزد گزارش‌شده است (۱۸ و ۱۰, ۸ و ۹). البته در مطالعه حاضر بین میزان درآمد همسران در دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت شاید به دلیل این نکته باشد که میزان درآمد در هردو گروه پایین و در زیرخط فقر بود. این مردان به دلیل سطح سواد پایین با حقوق زنان آشنایی کافی نداشته و گاهی با بسیاری از رفتارهای خشونت‌آمیز خود آشنا نبوده و آن را رفتار عادی و طبیعی می‌دانند. همچنین بیشتر این مردان دارای شغل آزاد بودند که درآمد ماهانه آنان پایین بود که اکثراً دارای شغل‌های کاذب می‌بودند. چون درآمد ماهانه آنان کفاف مخارج زندگی‌شان نمی‌داد از نظر روحی روانی تحت‌فشار بوده و زمینه ایجاد خشونت را در آنان فراهم می‌نمود.

نتایج تحقیق نشان داد که بین سوء رفتار در بارداری و برخی از پیامدهای مادری و جنینی همبستگی وجود داشت. در مطالعه حاضر بین خشونت خانگی با حاملگی ناخواسته ارتباط معناداری وجود نداشت که در مطالعه خدیوزاده (۲۰۱۳) نیز ارتباط معناداری بین حاملگی ناخواسته و خشونت خانگی وجود نداشت (۷)؛ اما در مطالعه رنجی (۲۰۱۳) و پالیتو (۲۰۱۲) این ارتباط به چشم می‌خورد که احتمالاً در این مطالعه زنان از روش‌های جلوگیری مناسب استفاده کرده‌اند که

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

شاید به دلیل اعمال خشونت از جان همسرانشان سعی داشته‌اند که از تولد فرزند ناخواسته جلوگیری کنند. همچنین در مطالعه انجام‌شده بین خشونت و سزارین ارتباط معناداری وجود نداشت که در مطالعات دیگر گاهاً این ارتباط وجود داشته است (۱۹ و ۱۵) در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) نیز این ارتباط وجود نداشت یعنی در کسانی که مورد خشونت قرار داشتند سزارین کمتر بود و در دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت (۸) که احتمالاً در حال حاضر اجازه زایمان به‌صورت سزارین توسط پزشکان با محدودیت‌هایی مواجهه شده است که بر روی این زنان نیز این مسئله تأثیر داشته است.

در این تحقیق بین سقط و خشونت ارتباط معناداری مشاهده نشد اما در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) در کسانی که مورد خشونت قرار داشتند شانس سقط ۱/۱ برابر بیشتر بود (۸) و در مطالعه پالیتو نیز (۲۰۱۲) نیز شانس سقط در مادران باردار بیشتر بود (۲۰). شاید به دلیل اینکه در این مطالعه خشونت و آسیب فیزیکی کمتری به مادران وارد شده است و بیشتر خشونت‌ها از نوع روانی بوده است میزان سقط را کاهش داده است. همچنین در این مطالعه بین خشونت خانگی با زایمان زودرس ارتباط معناداری وجود نداشت اما در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) در زنان مورد خشونت ۵/۳ برابر شانس زایمان زودرس وجود داشته است (۸). در مطالعه حسن (۲۰۱۲) ۷۷/۸ تولد نوزادان زودرس گزارش شده است. زنان مورد خشونت واقع شده ۳/۵ برابر بیشتر زایمان زودرس داشتند (۹). در این مطالعه گرچه میزان خشونت با زایمان زودرس ارتباط نداشت اما با پارگی زودرس پرده‌های جنینی ارتباط معناداری وجود داشت که گویای این مطلب است که در بالای ۳۷ هفته بارداری پارگی پرده‌های جنینی اتفاق افتاده است. در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) در گروه مورد ۱۰/۵٪ و در گروه شاهد پاره شدن پرده‌های جنینی گزارش‌شده است. یعنی در گروه تحت خشونت ۱۴/۸ برابر شانس پاره شدن پرده‌های جنینی وجود داشت (۸).

در مطالعه اخیر خشونت خانگی و میانگین وزن نوزادان و سن نوزادان ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه دولتیان (۲۰۱۰) در کسانی که مورد خشونت قرار داشتند شانس تولد نوزاد کم‌وزن ۱/۲ برابر بیشتر بود (۸). در مطالعه حسن (۲۰۱۲) نیز که به‌منظور مقایسه پیامدهای جنینی زنان باردار در دو گروه انجام‌شده بود نتایج نشان داد که ۹۲/۶ درصد تولد نوزاد با وزن کم در زنانی که مورد سو رفتار واقع‌شده وجود داشته است به‌طوری‌که شانس تولد نوزاد کم‌وزن ۱۲/۵ برابر بیشتر بود (۹)؛ اما در مطالعات اسکریبانو و سایرین (۲۰۱۳) ارتباطی در مورد وزن هنگام تولد و زمان تولد نوزاد با خشونت مادران مشاهده نشد (۱۶).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: زنان مورد خشونت نسبت به مراقبت دوران بارداری بی‌توجه بودند و نوزادان تازه متولدشده کمتر جهت مراقبت به مراکز بهداشتی آورده می‌شدند همچنین بسیاری از مادران، خشونت اعمال‌شده از جانب همسرانشان را پنهان و یا سعی داشتند که آن را خیلی درست و واقعی بیان نکنند این مادران در طول مطالعه به‌کرات یادآوری می‌کردند که اطلاعات آنان محرمانه باقی بماند و دیگران از آن مطلع نگردند با توجه به اینکه خشونت خانگی پیامدهای نامطلوبی را برای مادر، جنین، خانواده‌ها و جامعه خواهد داشت، اقدامات اساسی و بنیادی در این زمینه لازم و ضروری است. متأسفانه مطالعات انجام‌شده در ایران در مورد خشونت خانگی و اثرات ناگوار آن محدود می‌باشد نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر این واقعیت بود که کاهش وزن و تولد زودهنگام نوزاد در مادران مورد خشونت وجود دارد همچنین خشونت علیه زنان علاوه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

بر جنین بر روی مادر باردار نیز تأثیرگذار بود و موجب عوارض ناخوشایندی در مادر باردار گردید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره قرارداد ۱۳۹۴/۲۴۶ می‌باشد و بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به خاطر حمایت مالی و شورای پژوهشی دانشکده به دلیل حمایت همه‌جانبه، تشکر و قدردانی می‌شود.

Reference

1. Helmseresht P, Delpisheh S. Community Health Nursing.pub: chehr, 1997; 30-51. [Persian]
2. Hossinie V. Community Health Nursing. Pub: Gamehnagar: 2009; 282-283. [Persian]
3. BBC. Is it time to talk about the last sexual taboo? Available. Domestic violence. https://fa.wikipedia.org/wiki/%.2008.
4. An-Sofie Van P, Deschepper E, Michielsen K, Temmerman M, and Hans Verstraelen. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study, BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14:294.
5. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Publication date**:** 2013; 51
6. Eurpean union agency for fundamental rights. Violence against women an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2014;14:54,28.
7. Khadivzadeh T, Erfanian F. Comparison of domestic violence before and during pregnancy and its related Factors. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 14(4):47-56. [Persian]
8. Dolatian M,GHaragheh M,Ahmadi M,Shams GH. Correlation between abuse and pregnancy outcome in pregnant women. Hormozgan University of Medical Sciences.2009; 13(4): 261-266. [Persian]
9. Hassan M, kashanian M. Relation between partner abuse during pregnancy and neonatal outcome.IJOGI. 2013;16(43):21-29. [Persian]
10. Taghizadeh Z , Porbakhtiar M, Daneshpoor R, GHasmezadeh S. Comparison of the prevalence of domestic violence and problem-solving skills in pregnant women violence Seen and abused in Tehran . Medical Journal Iranian law. 2015; 21(2):91-98. [Persian]
11. Hasheminasab L. Prevalence of Consequences and Related Consequences of Physical Violence in Pregnant Women Referring to Maternal Ward of Hospitals in Sanandaj. Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2007; 1:32-41. [Persian]
12. Beth A Bailey. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. Int J Womens Health. 2010; 2:183–197.
13. Abdollahi, F, Rezaie Abhari F, Yazdani Charati J, Rouhani S. Impact of Psychological Violence on Pregnancy Outcomes in a Prospective Study. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014; 8(3):22–27. [Persian]
14. Miatta A. Inflammation During Pregnancy and its Association with Preterm Birth. [dissertation]. American Mexico,in the university of Mishigan: 2016.
15. Ranji A, Sadrkhanlou M. Relation Between Partner Abuse During Pregnancy and Neonatal Outcome. J Woman and Family Studies. 2012; 4(15):107-126. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

16. Scribano PV, Stevens J, Kaizar E. The Effects of Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Nurse Visited First Time Mothers. Matern Child Health J. 2013; 17(2):307-18.
17. Mohsenie Tabrizi A , Javadianzadeh M. The situation of domestic violence in married women referred to forensic centers and well-being of Yazd. J Toloeh Health. 2011; 11(3):11-24. [Persian]
18. Angela J. Taft, Leesa Hooker, Cathy Humphreys, Kelsey Hegarty . Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. BMC Med. 2015; 13:150.
19. Van Payers A, Deschepper E, Michielsen K, Temmerman M. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study, BMC Pregnancy Childbirth. 2014; 14: 294.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]

Study of the relationship between domestic violence and pregnancy outcomes in mothers referring to Sanandaj comprehensive health centers in 2015-2016

Ahdieh Parhizkar *

*MSc in Nursing, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. **(Corresponding Author)**
Tel: +089188716266 **Email:** parhizkar_a@yahoo.com

Received: 3 Jul 2017 **Accepted:** 13 Oct 2017

Abstract

Background & Aim: Domestic violence is a global and universal problem that is the third leading cause of death or physical disability in women after cancer and road accidents. In pregnant women who are under violence, abortion, diabetes, hypertension, bleeding, Placenta previa, preeclampsia and the risk of early birth and weight loss in the fetus have been reported. The aim of this study was to determine the relationship between domestic violence and pregnancy outcomes in mothers referring to community health centers in Sanandaj from 2015 to 2016.

Methods & Materials: This cohort study was descriptive-analytic and was conducted in 2015-2016. The aim of this study was to collect data from 750 women who referred to health centers in Sanandaj for the first time after delivery. Mothers' questionnaire and health records were completed by interview and observation. Data analysis was done using SPSS software version 20, independent t-test and Chi-square test. P-value was less than 0.05.

Results: Comparison of the findings showed that the mean weight (2957±335, 3201 43±6) of newborns in the experimental group was significantly lower than the control group (P<0.0001). The age at birth of infants was 56.6% in the experimental group and 43.4% in the control group under 37 weeks (P<0.0001). Also, there was a significant relationship between rupture of fetal curves and domestic violence (OR=0.547 with confidence 95%: 0.314-0953).

Conclusion: Violence in pregnant women causes complications for them and their fetus. In this study, domestic violence in pregnant women caused weight loss for the infant and early delivery.

Keywords: domestic violence, pregnancy, maternal consequences, fetal outcomes

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-04-28]

[DOI: 10.29252/sjnmp.2.4.33]