

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

عهديه پرهيزكار*

* 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 زود هنگام و کاهش وزن در جنین گزارش شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خشونت خانگی با پیامدهای حاملگی در مادران مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شهر سنندج در سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت 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 به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه و پرونده بهداشتی مادران بود که با کمک مصاحبه و مشاهده تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری تی مستقل و کای اسکوتر انجام شد P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار بود.

یافته‌ها: مقایسه یافته‌ها نشان داد که میانگین وزن (335 ± 2957 , $43/6 \pm 3201$) نوزادان در گروه مورد به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود ($P < 0/0001$). سن هنگام تولد نوزادان $56/6\%$ زنان در گروه مورد و $43/4\%$ در گروه شاهد زیر ۳۷ هفته بود ($P < 0/0001$). همچنین بین پارگی پرده‌های جنینی با خشونت خانگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($OR = 0/547$) بافاصله اطمینان $0/314 - 0/953$.

نتیجه گیری: 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

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 زود هنگام 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

مواجهه ۲٪ با خطر نسبی ۳ و حدود اطمینان ۹۵ درصد و قدرت ۸٪) و مطالعات انجام شده در ایران ۷۵۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و مبتنی بر هدف انجام شد دو گروه بنا بر نوع مطالعه (کوهورت) نیاز به همسان‌سازی نداشتند برای انتخاب درمانگاه‌ها به صورت 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 به صورت مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه مادرانی از هر 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 پارته 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 قرار گرفته 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 طراحی شده است و اعتبار و اعتماد آن تأیید شده است (۱۷). این پرسشنامه شامل مشخصات فردی زنان

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 قرار گرفته‌اند خشونت جسمی کمترین و خشونت عاطفی بیشترین مورد بوده است سن، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه و حاملگی ناخواسته با تجربه 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 قابل توجهی وجود نداشت (۱۶) با توجه به نمونه مطالعات انجام شده 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 به صورت توصیفی-تحلیلی (کوهورت تاریخی) طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۵ 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

باردار و همسران آنان است و چهار حیطه خشونت فیزیکی، جنسی، روانی و اقتصادی را در بر گرفته 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 هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اعتماد پرسشنامه تأیید شد. جهت تعیین پایایی به ۲۰ نفر از واحدهای مورد مطالعه 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. به این ترتیب پایایی پرسشنامه نیز تأیید 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 $31 \pm 3/3$ 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 تحصیل کرده بودند. ۲۹۱ نفر (۷۷/۴٪) آنان خانه‌دار بودند. ۲۸۹ نفر این زنان (۷۶/۹٪) درآمد ماهیانه زیر ۵۰۰ هزارتومین در ماه را ذکر کردند. در گروه شاهد

میانگین سن زنان $31 \pm 3/3$ 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 تحصیل کرده بودند. ۲۸۸ نفر (۷۶/۵٪) آنان خانه‌دار بودند. ۲۸۴ نفر این زنان (۷۵/۱٪) درآمد ماهیانه آنان زیر ۵۰۰ هزارتومین 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 ($P < 0/005$) (جدول شماره ۱)

نتایج نشان داد ۱۳۱ نفر از همسران زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند در مقطع دبیرستان تحصیل کرده بودند (۳۴/۹٪)، ۱۶۵ از آنان (۴۳/۹٪) شغل آزاد و ۱۶۰ نفر آنان (۴۲/۶٪) درآمد بالای یک میلیون و نیم در ماه داشتند. همچنین ۱۲۲ نفر از همسران زنانی که مورد خشونت قرار نمی‌گرفتند در مقطع دبیرستان تحصیل کرده بودند (۳۲/۳٪) و ۱۷۰ نفر از همسران آنان (۴۵٪) شغل آزاد داشتند. ۱۵۷ نفر آنان (۴۱/۵٪) درآمد بالای یک میلیون 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 قرار گرفته 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.

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) $OR=1/55$. 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) $OR=1/2$. 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) $OR=2/4$. 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 $P<0/031$ معنادار بود (۰/۵۴۷-۰/۹۵۳) $OR=0/547$. (جدول ۴).

میانگین وزن نوزادان در مادران گروه مواجهه قرار گرفته بودند 335 ± 2957 گرم و در گروه غیر مواجهه $3201 \pm 43/6$ گرم بود آزمون آماری t نشان داد که میانگین وزنی دو گروه با همدیگر تفاوت آماری معناداری دارد. ($P<0/001$). میانگین سن حاملگی در موقع زایمان در گروه مورد $38/3 \pm 1/58$ و در گروه شاهد $38/9 \pm 1/36$ هفته بود که آزمون تی تست بین دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان داد. ($P<0/001$) (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) $OR=1/34$. 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. ($OR=1/32$) (۰/۷-۲/۴۹).

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

p	فراوانی		متغیرها
	غیر مواجهه	مواجهه	
<0/05	۳۷(۱۰/۱)	۴۸(۱۲/۸)	بی سواد و ابتدایی
	۵۰(۱۳/۵)	۶۰(۱۶)	راهنمایی
	۱۲۵(۳۴/۱)	۱۴۶(۳۸/۹)	دبیرستان
	۹۹(۲۶/۲)	۶۵(۱۷/۳)	دیپلم
	۶۵(۱۷/۲)	۵۶(۱۴/۹)	فوق دیپلم و لیسانس
	۳۷۵(۱۰۰)	۳۷۵(۱۰۰)	جمع
<0/05	۱۶۹(۴۴/۷)	۱۳۲(۳۵/۱)	یک
	۱۳۰(۳۴/۷)	۱۴۰(۳۷/۲)	دو
	۵۹(۱۵/۹)	۶۳(۱۶/۸)	سه
	۱۷(۴/۷)	۴۰(۱۰/۹)	چهار بیشتر
	۳۷۵(۱۰۰)	۳۷۵(۱۰۰)	جمع
>0/05	۶۰(۱۶/۱)	۶۰(۱۵/۶)	کارمند
	۲۷(۷/۴)	۲۷(۳/۲)	شغل آزاد
	۲۸۸(۷۶/۵)	۲۸۸(۷۷/۴)	خانه‌دار

	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع	
	۲۸۴(٪۷۵/۱)	۲۸۴(٪۷۶/۹)	زیر ۵۰۰ هزار	
	۱۷(٪۴/۸)	۱۷(٪۳/۷)	۵۰۰-۱۰۰۰۰۰	
>۰/۰۵	۴۰(٪۱۰/۸)	۴۰(٪۱۰/۴)	۱۵۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰۰	
	۳۴(٪۹/۳)	۳۴(٪۹)	بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰	درآمد
	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع	
	۲(٪۵)	۲(٪۳/۵)	کمتر از یک سال	
	۵۵(٪۱۴/۶)	۵۵(٪۱۳/۸)	۱-۳ سال	
<۰/۰۵	۱۴۰(٪۳۷)	۱۴۰(٪۳۹/۱)	۴-۵ سال	وضعیت ازدواج
	۱۸۱(٪۴۷/۹)	۱۸۱(٪۴۳/۶)	۶ سال و بالاتر	
	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع	

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

P	فراوانی		متغیرها
	غیر مواجهه	مواجهه	
<۰/۰۰۵	۳۱(٪۸/۲)	۳۸(٪۱۰/۸)	بی سواد و ابتدایی
	۶۱(٪۱۶/۱)	۶۰(٪۱۶)	راهنمایی
	۱۲۲(٪۳۲/۳)	۱۳۱(٪۳۴/۹)	دبیرستان
	۸۲(٪۲۱/۷)	۵۴(٪۱۴/۴)	دیپلم
	۸۰(٪۲۱/۷)	۹۲(٪۲۴/۵)	فوق دیپلم و لیسانس
	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع
>۰/۰۵	۹۶(٪۲۵/۷)	۱۲۶(٪۳۳/۵)	کارمند
	۲۷۶(٪۷۰/۹)	۲۴۰(٪۶۴/۱)	شغل آزاد
	۱۳(٪۳/۴)	۹(٪۲/۴)	بیکار
	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع
>۰/۰۵	۱۷(٪۴/۵)	۱۲(٪۳/۲)	زیر ۵۰۰ هزار
	۵۷(٪۱۵/۳)	۶۰(٪۱۶)	۵۰۰-۱۰۰۰۰۰
	۱۵۶(٪۴۱/۵)	۱۴(٪۳۸/۳)	۱۵۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰۰
	۱۴۵(٪۳۸/۶)	۱۶۰(٪۴۲/۶)	بالاتر از ۱۵۰۰۰۰۰
	۳۷۵(٪۱۰۰)	۳۷۵(٪۱۰۰)	جمع

جدول ۳: ارتباط بین خشونت خانگی با پیامدهای جنینی

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

جدول ۴: ارتباط بین خشونت خانگی با پیامدهای مادری

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

جدول ۵: ارتباط بین انواع خشونت در زنان باردار با پیامدهای بارداری

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

بحث و نتیجه گیری

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 کم تر بود در مطالعه آنجل (۲۰۱۵) و وان پیرس (۲۰۱۴) نیز میانگین سن زنان تحت خشونت ۳۰ تا ۳۴

متأسفانه برخی مادران در دوران بارداری شاهد خشونت‌هایی از طرف همسر و یا نزدیکانشان خواهند شد که به جای داشتن خاطرات خوشایند و شاد، دروان تلخ و پراسترسی را تجربه خواهند کرد در مطالعه

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 می توان چنین استنباط نمود که سن پایین در مادران موجب بی تجربگی، عدم کسب مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی می گردد که این امر خود عامل مستعد کننده بروز خشونت است؛ اما مورد نگران کننده در مطالعه حاضر و مطالعات دیگر این است که علی رغم اینکه میانگین سن مادران ۳۰ سال به بالاست بوده، آنان مورد خشونت واقع شده اند که شاید به این دلیل باشد که با افزایش سن قدرت سازگاری و آستانه تحمل زنان کاهش یافته و زمینه ایجاد خشونت بیشتر را فراهم می نماید.

در مطالعه حاضر در زنان مورد خشونت قرار گرفته، 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 خانه دار بودند. در مطالعات انجام شده در این راستا نیز اکثر زنان مورد خشونت دارای ۲ تا ۳ فرزند، خانه دار و دارای تحصیلات ابتدایی و کم سواد بودند (۱۰). در مطالعه ای همسر آزاری در زنانی که در طبقات پایین اقتصادی اجتماعی قرار گرفته اند 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 گزارش شده 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 می توان چنین نتیجه گرفت که داشتن

تحصیلات پایین، خانه دار بودن و نداشتن شغلی دیگر بیانگر این واقعیت می باشد که زنان به حقوق اجتماعی خود آگاهی 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 یک میلیون تومان در ماه بود که در مطالعات مختلف نیز اکثر همسرانی که زنان خود را مورد آسیب قرار می دادند در مقطع متوسطه تحصیل کرده، بیکار و درآمد ماهانه آنان پایین و به صورت روزمزد گزارش شده 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 هر دو گروه پایین و در زیر خط فقر بود. این مردان به دلیل سطح سواد پایین با حقوق زنان آشنایی کافی نداشته و گاهی با بسیاری از رفتارهای خشونت آمیز خود آشنا نبوده و آن را رفتار عادی و طبیعی می دانند. همچنین بیشتر این مردان دارای شغل آزاد بودند که درآمد ماهانه آنان پایین بود که اکثراً دارای شغل های کاذب می بودند. چون درآمد ماهانه آنان کفاف مخارج زندگی شان نمی داد از نظر روحی روانی تحت فشار بوده و زمینه ایجاد خشونت را در آنان فراهم می نمود.

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 می خورد که احتمالاً در این مطالعه زنان از روش های جلوگیری مناسب استفاده کرده اند که

است. يعنى در گروه تحت خشونت ۱۴/۸ برابر شانس پاره شدن پرده‌هاى جنينى وجود داشت (۸).

در مطالعه اخير خشونت خانگى و ميانگين وزن نوزادان و سن نوزادان ارتباط معنادارى وجود داشت. در مطالعه دولتيان (۲۰۱۰) در كسانى كه مورد خشونت قرار داشتند شانس تولد نوزاد كم وزن ۱/۲ برابر بيشتر بود (۸). در مطالعه حسن (۲۰۱۲) نيز كه به منظور مقايسه پيامدهاى جنينى زنان باردار در دو گروه انجام شده بود نتايج نشان داد كه ۹۲/۶ درصد تولد نوزاد با وزن كم در زنانى كه مورد سو رفتار واقع شده وجود داشته است به طورى كه شانس تولد نوزاد كم وزن ۱۲/۵ برابر بيشتر بود (۹)؛ اما در مطالعات اسكريبانو و سايرين (۲۰۱۳) ارتباطى در مورد وزن هنگام تولد و زمان تولد نوزاد با خشونت مادران مشاهده نشد (۱۶).

از محدوديت‌هاى اين پژوهش مى‌توان به اين موارد اشاره كرد: زنان مورد خشونت نسبت به مراقبت دوران باردارى بى توجه بودند و نوزادان تازه متولد شده كمتر جهت مراقبت به مراكز بهداشتى آورده مى‌شدند همچنين بسيارى از مادران، خشونت اعمال شده از جانب همسرانشان را پنهان و يا سعى داشتند كه آن را خيلى درست و واقعى بيان نكنند اين مادران در طول مطالعه به كرات يادآورى مى‌كردند كه اطلاعات آنان محرمانه باقى بماند و ديگران از آن مطلع نگردند با توجه به اينكه خشونت خانگى پيامدهاى نامطلوبى را براى مادر، جنين، خانواده‌ها و جامعه خواهد داشت، اقدامات اساسى و بنيادى در اين زمينه لازم و ضرورى است. متأسفانه مطالعات انجام شده در ايران در مورد خشونت خانگى و اثرات ناگوار آن محدود مى‌باشد نتايج حاصل از اين مطالعه بيانگر اين واقعيت بود كه کاهش وزن و تولد زود هنگام نوزاد در مادران مورد خشونت وجود دارد همچنين خشونت عليه زنان علاوه

شايده به دليل اعمال خشونت از جان همسرانشان سعى داشته‌اند كه از تولد فرزند ناخواسته جلوگيرى كنند. همچنين در مطالعه انجام شده بين خشونت و سزارين ارتباط معنادارى وجود نداشت كه در مطالعات ديگر گاهاً اين ارتباط وجود داشته است (۱۹ و ۱۵) در مطالعه دولتيان (۲۰۱۰) نيز اين ارتباط وجود نداشت يعنى در كسانى كه مورد خشونت قرار داشتند سزارين كمتر بود و در دو گروه اختلاف معنادارى وجود نداشت (۸) كه احتمالاً در حال حاضر اجازه زايمان به صورت سزارين توسط پزشكان با محدوديت‌هاى مواجهه شده است كه بر روى اين زنان نيز اين مسئله تأثير داشته است.

در اين تحقيق بين سقط و خشونت ارتباط معنادارى مشاهده نشد اما در مطالعه دولتيان (۲۰۱۰) در كسانى كه مورد خشونت قرار داشتند شانس سقط ۱/۱ برابر بيشتر بود (۸) و در مطالعه پاليتو نيز (۲۰۱۲) نيز شانس سقط در مادران باردار بيشتر بود (۲۰). شايده به دليل اينكه در اين مطالعه خشونت و آسيب فزيكى كمترى به مادران وارد شده است و بيشتر خشونت‌ها از نوع روانى بوده است ميزان سقط را کاهش داده است. همچنين در اين مطالعه بين خشونت خانگى با زايمان زودرس ارتباط معنادارى وجود نداشت اما در مطالعه دولتيان (۲۰۱۰) در زنان مورد خشونت ۵/۳ برابر شانس زايمان 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 بيشتر زايمان زودرس داشتند (۹). در اين مطالعه گرچه ميزان خشونت با زايمان زودرس ارتباط نداشت اما با پارگى زودرس پرده‌هاى جنينى ارتباط معنادارى وجود داشت كه گويائى اين مطلب است كه در بالای ۳۷ هفته بارداری پارگی پرده‌های جنینی اتفاق افتاده است. در مطالعه دولتيان (۲۰۱۰) در گروه مورد ۱۰/۵٪ و در گروه شاهد پاره شدن پرده‌هاى جنينى گزارش شده

و بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به خاطر حمایت مالی و شورای پژوهشی دانشکده به دلیل حمایت همه‌جانبه، تشکر و قدردانی می‌شود.

بر جنین بر روی مادر باردار نیز تأثیر گذار 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

Reference

1. Helmsresht 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. European 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]

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.

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) 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%: 0.314-0.953).

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