

# مقایسه خشونت‌های خانگی قبل و طی بارداری و عوامل مرتبط با آن

طلعت خدیوزاده<sup>۱</sup>، فاطمه عرفانیان<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۱۷

## خلاصه

**مقدمه:** با توجه به عوارض خشونت در بارداری، نامشخص بودن نقش بارداری در ایجاد آن و تفاوت عوامل زمینه‌ای موثر بر خشونت در جوامع مختلف، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی انواع خشونت و عوامل مرتبط با آن در بارداری و مقایسه آن با قبل از بارداری انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۹۰ زن باردار ایرانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۸۴-۱۳۸۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. پرسشنامه بررسی خشونت قبل و حین بارداری بر اساس مطالعه کیفی تجربه خشونت خانگی با استفاده از مصاحبه عمیق با ۲۵ زن باردار تهیه و داده‌های کمی با روش مصاحبه گردآوری شد. داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی، آزمون کای دو، تی دانشجویی و من ویتنی با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۳) تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان کلی انواع خشونت قبل از بارداری ۸۲/۹٪ و در بارداری ۶۴/۱٪ بود. شایع‌ترین نوع خشونت در دوران بارداری خشونت جنسی (۵۱/۶٪) و قبل از بارداری خشونت روانی (۶۷/۶٪) بود. انواع خشونت در بارداری با ناخواسته بودن بارداری و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی رابطه‌ای نداشت، ولی با سابقه خشونت در خانواده همسر ( $p=0/012$ )، ازدواج بدون رضایت زن ( $p=0/004$ )، چند همسری بودن مرد ( $p=0/006$ )، اعتیاد ( $p=0/000$ ) و سابقه محکومیت کیفری همسر ( $p=0/000$ ) رابطه معنی‌دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** انواع خشونت علیه زنان در بارداری و قبل از آن از شیوع بالایی برخوردار است. بنابراین آموزش ماماها در زمینه ارزیابی زنان باردار از نظر خشونت خانگی و عوامل خطر مربوط به آن و ارجاع زنان تحت خشونت جهت مشاوره پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** خشونت خانگی، خشونت علیه زنان، بارداری، عوامل اقتصادی اجتماعی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه عرفانیان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ تلفن: ۰۹۱۵۳۱۹۰۲۲۹

پست الکترونیک: erfanianf@mums.ac.ir

## مقدمه

خشونت خانگی به عنوان یکی از مشکلات مهم بهداشت همگانی، در سالیان اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است (۱). خشونت خانگی به عنوان رفتار خشن یا کنترل عمدی به وسیله فردی که در ارتباط نزدیک با قربانی قرار دارد تعریف شده است. رفتار کنترل کننده ممکن است شامل آزار فیزیکی، تجاوز جنسی، آزار عاطفی، کنترل مالی و جداسازی اجتماعی قربانی باشد. خشونت خانگی در خانواده‌ها با هر زمینه نژادی، اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و مذهبی اتفاق می‌افتد (۲،۳). خشونت خانگی یک مشکل جدی و شایع است که معمولاً مخفی مانده و تشخیص داده نمی‌شود (۴). خشونت می‌تواند از نظر تکرار و شدت متفاوت باشد و در طیف وسیع از یک ضربه مختصر که اثری بر قربانی ندارد تا نوع ویرانگر شدید و مزمن اتفاق افتد. تقریباً ۹۰ درصد از خشونت‌های جدی از طرف مردان به زنان اعمال می‌شود (۲،۵). مطالعه سازمان بهداشت جهانی در ۱۵ کشور مختلف جهان در سال ۲۰۰۵ نشان داد که میزان شیوع خشونت بر علیه زنان در این کشورها بین ۱۳ تا ۷۱ درصد نوسان داشته است (۶،۵). هر سال حدود ۱/۵ میلیون زن در ایالات متحده خشونت فیزیکی یا جنسی توسط همسر یا شریک جنسی مرد را گزارش می‌کنند. حدود ۳۲۴/۰۰۰ نفر از این افراد را زنان باردار تشکیل می‌دهند. تعداد واقعی و شدت مشکل احتمالاً بیش از این رقم‌هاست. زیرا بسیاری از موارد خشونت هیچگاه گزارش نمی‌شوند (۷). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که در زنان تحت خشونت بارداری ناخواسته، شروع دیر هنگام مراقبت‌های دوران بارداری و عوامل خطر رفتاری مانند سیگار کشیدن و اعتیاد افزایش می‌یابد. ارتباط توأم با خشونت گاه باعث مرگ قربانی می‌شود که ممکن است در اثر خودکشی به دلیل افسردگی یا مرگ به وسیله آزاردهنده باشد (۴). خشونت خانگی یک مشکل جدی و قابل پیشگیری است. از آنجا که خدمات و مراقبت‌های بهداشت باروری سالانه به صورت مرسوم به میلیون‌ها نفر از زنان ارائه می‌شود، در این دوره می‌توان زنان را از نظر خشونت‌های خانگی غربالگری کرده و مداخلات مناسب و ارجاع لازم را فراهم نمود. خشونت در طی بارداری، شایع‌تر از وضعیت‌هایی نظیر دیابت، پره اکلامپسی و نقص لوله عصبی است که زنان باردار برای آن

غربالگری دریافت می‌کنند (۷،۴). در یک مطالعه در آمریکا در سال ۲۰۰۴، ۷۴/۲ درصد از زنان باردار و ۶۸/۹ درصد از همسرانشان در طی بارداری افزایش درگیری و خشونت طی بارداری را نسبت به قبل از آن گزارش نمودند (۸). مطالعات متعددی تا کنون نشان داده‌اند بارداری ناخواسته یکی از دلایل خشونت خانگی یا تشدید آن است (۹). یک مطالعه در سال ۲۰۰۸ در مکزیک شیوع خشونت را در زنان، ۳۵ درصد نشان داد. در ۴۷ درصد از زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند خشونت در طی بارداری نیز ادامه یافته بود (۱۰). در مطالعه پراس و همکاران در سال ۲۰۰۹ در پرو، خشونت در ۴۵/۱ درصد از زنان گزارش شد. شیوع خشونت فیزیکی کلامی و عاطفی به ترتیب در ۳۴/۲ درصد، ۲۸/۴ درصد و ۸/۷ درصد از زنان باردار به صورت دائمی وجود داشت (۱۱). در مطالعه چان و همکاران در سال ۲۰۰۹ در هنگ کنگ، ۹۰ درصد از زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک‌های دوران بارداری گزارش کردند که در طی سال گذشته مورد خشونت از طرف همسرشان قرار گرفته‌اند (۱۲). در یک مطالعه در انگلستان، اعمال خشونت بر علیه زنان در طی بارداری ۰/۷ درصد گزارش شده است. در ترکیه ۳۳/۳ درصد از زنان در دوران بارداری مورد خشونت قرار گرفته بودند که ۵۵/۱ درصد از آنها خشونت جسمی بود (۱۳). با توجه به شیوع بالا و عوارض متعدد ناشی از خشونت در دوران بارداری و با توجه به عدم وجود پژوهش مشابه قبلی در شهر مشهد و نامشخص بودن نقش بارداری در تغییر بروز انواع خشونت‌های خانگی، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی انواع خشونت در بارداری و مقایسه آن با قبل از بارداری و بررسی عوامل مرتبط با آن در شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در آن فراوانی انواع خشونت‌های خانگی و عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری بررسی و با قبل از بارداری مقایسه شده است. ۱۹۰ زن باردار که ایرانی الاصل بودند، برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند و به مراکز بهداشتی و درمانی و زایشگاه بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری با روش در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها

طی ۲ هفته بعد بررسی شد که ضریب همبستگی ۸۲/۳ و ۸۶/۸ بدست آمد.

پس از هماهنگی و حضور در بخش زایشگاه بیمارستان های دانشگاهی و شرح اهداف، اهمیت و کاربرد نتایج به واحدهای پژوهش و برقراری ارتباط و جلب اعتماد و کسب رضایت آنان، اطلاعات به روش مصاحبه گردآوری شد. در طول مدت بررسی تنها سه زن حاضر به شرکت در پژوهش نشدند.

برای مقایسه فراوانی انواع خشونت در دوران بارداری و قبل از بارداری از آزمون مک نمار، برای مقایسه داده‌های کیفی در گروه‌ها از آزمون کای دو و در صورت نداشتن شرایط لازم از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه داده‌های کمی با توزیع نرمال بین دو گروه از شرکت کنندگان از آزمون تی دانشجویی و در موارد توزیع غیر نرمال و همچنین در مقایسه داده‌های رتبه‌ای در دو گروه از آزمون من ویتنی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۳) استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه سن زنان مورد بررسی بین ۱۶ الی ۳۸ سال و سن همسران آنان بین ۲۰ الی ۶۵ سال بود. درصد تحصیلات خانم‌ها و همسران آنها در مقطع دبستانی نسبت به سایر مقاطع بیشتر بود. ویژگی‌های جمعیت-شناختی زنان مورد بررسی در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. در ۱۷/۸ درصد از موارد ازدواج بدون رضایت زنان و در ۸/۳ درصد از موارد بدون رضایت مردان صورت گرفته بود. شوهران ۸/۳ درصد از زنان شرکت کننده در پژوهش دارای ۲ همسر بودند. زنان وجود سابقه خشونت در خانواده همسر را ۲۳ درصد، سابقه محکومیت کیفری همسر را ۴/۲ درصد و اعتیاد همسر را ۴/۷ درصد از زنان گزارش کردند.

شامل پرسشنامه مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی مادر و همسر و سوابق تحصیلی آنها، پرسشنامه ثبت اطلاعات مربوط به انواع خشونت در قبل و حین بارداری و پرسشنامه عوامل مرتبط با خشونت بود.

پرسشنامه "ارزیابی انواع خشونت در قبل و حین بارداری" پرسشنامه‌ای شامل ۳۶ گزینه بود. برای تهیه این پرسشنامه با ۲۵ مادر باردار مصاحبه عمیق انجام شد و تجربیات آنان از انواع مختلف خشونت خانگی گردآوری شد. عبارات به‌دست آمده سپس ویرایش شد، عبارات تکراری حذف و عبارت‌های شبیه به هم در یکدیگر ادغام شدند. گزینه‌های بدست آمده مجدداً با مادران باردار مورد بررسی مرور و توسط آنان تایید شد. این عبارات بر اساس تقسیم بندی مرکز کنترل بیماری ها (۷)، در چهار گروه خشونت فیزیکی، روانی، جنسی و تهدید به خشونت دسته‌بندی شد. بر این اساس هرگونه درگیری فیزیکی، سیلی، لگد، انواع ضربه، آسیب بدنی شامل بریدگی، خراشیدگی، پارگی، سوختگی، پرتاب اشیاء، کشیدن مو، هل دادن و ... تحت عنوان خشونت فیزیکی دسته‌بندی شد. مواردی نظیر توهین و دشنام و مشاجرات لفظی، تحقیر زن، تحقیر خانواده زن، منع رابطه با فامیل و بستگان، بی‌اعتنایی و عدم احترام به همسر، تخریب اموال زن، قطع نفقه و عدم تهیه غذا و مایحتاج زندگی برای همسر و ممانعت همسر از دریافت خدمات بهداشتی درمانی تحت عنوان خشونت روانی دسته بندی شد. رابطه جنسی توأم با زور یا آزار، رابطه جنسی بدون تمایل و ترک رابطه جنسی تحت عنوان خشونت جنسی و نیز تهدید به ضرب و جرح، تهدید به طلاق، تهدید به ترک همسر و موارد مشابه تحت عنوان تهدید به خشونت دسته‌بندی شد. فراوانی انواع خشونت‌ها در قبل و حین بارداری به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. ابزار بعدی، پرسشنامه عوامل مرتبط با خشونت، شامل ۲۳ گزینه بود که در آن سابقه خشونت در خانواده هر یک از زوجین، اعتیاد، سابقه کیفری، تعداد همسر، سابقه ابتلا به بیماری های عصبی و روانی... و نیز وسیله اعمال خشونت مورد سوال قرار گرفت.

روایی پرسشنامه های "ارزیابی انواع خشونت در قبل و حین بارداری" و "عوامل مرتبط با خشونت" با استفاده از روش اعتبار محتوا و پایایی آن ها به روش آزمون مجدد

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و زایشگاه بیمارستان‌های دولتی مشهد سال ۸۴-۱۳۸۳

نسبت فامیلی	فامیل	۳۱/۲٪
	غیر فامیل	۶۳/۳
محل زندگی	شهر	۷۷/۱
	روستا	۲۲/۹
تحصیلات زن	بیسواد	۱۰
	ابتدایی	۴۸/۶
	راهنمایی	۲۴/۸
	دبیرستان	۱۳/۸
	دانشگاهی	۱/۸
تحصیلات مرد	بی سواد	۱۴/۷
	ابتدایی	۳۸/۵
	راهنمایی	۳۰/۳
	دبیرستان	۱۴/۷
	دانشگاهی	۱/۸
وضعیت اشتغال	شاغل	۹۵/۴
زن	خانه دار	۳/۶

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و زایشگاه بیمارستان‌های دولتی مشهد سال ۸۴-۱۳۸۳

سن زن	۲۶/۳ ± ۵/۲
سن مرد	۳۱/۱ ± ۶/۴
سن زن در موقع ازدواج	۱۷/۸۷ ± ۴/۵
سن مرد در موقع ازدواج	۲۳/۵ ± ۵/۹۶

همانگونه که جدول (۳) نشان می دهد فراوانی خشونت های فیزیکی در بارداری نسبت به قبل از آن ۴۳ درصد کاهش داشت. با استفاده از آزمون مک نمار، فراوانی همه انواع خشونت به جز خشونت های جنسی در دوران حاملگی نسبت به قبل از آن کاهش معنی داری را نشان می دهد.

بررسی جزئیات داده ها نشان می دهد که در طی بارداری نسبت به قبل از بارداری بی توجهی همسر از ۵۲/۳٪ به ۳۶/۱٪، ترک رابطه جنسی از ۱۸/۳٪ به ۱۵/۶٪، رابطه جنسی بدون تمایل زن از ۳۸/۵٪ به ۴۸/۶٪ و رابطه جنسی با زور از ۱۳/۸٪ به ۱۱/۹٪ و همچنین تهدید به

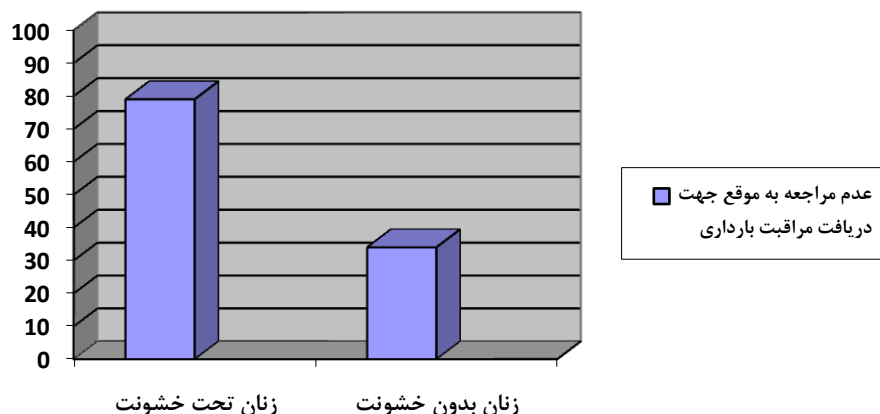
ترک همسر از ۲۲/۹٪ به ۱۰/۱٪ و تهدید به طلاق از ۱۹/۳٪ به ۹/۲٪ رسید.

میزان کبودی بدن در اثر ضربه در ۱۳/۸ درصد مادران و میزان آسیب بافتها به صورت بریدگی، پارگی و خراشیدگی در ۱۰/۱ درصد از مادران در دوران بارداری ایجاد شده بود. زنان تحت خشونت فیزیکی گزارش نمودند که بیشترین محل ضربه در حاملگی ناحیه سر و صورت (۶۴ درصد) و بیشترین وسیله ضربه دست (۷۹ درصد) بوده است.

جدول ۳- انواع خشونت در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و زایشگاه بیمارستان‌های دولتی مشهد سال ۸۴-۱۳۸۳

نوع خشونت	طی حاملگی (درصد)	قبل از حاملگی (درصد)	سطح معنی داری اختلاف
جسمی	۱۶/۵	۳۱/۲	p=۰/۰۰۰
روانی	۴۶/۷	۶۷/۶	p=۰/۰۰۰
جنسی	۵۱/۶	۵۴/۴	p=۰/۳۰۲
تهدید به خشونت	۱۵/۹	۲۸/۸	p=۰/۰۰۰
حداقل یکی از انواع خشونت‌ها	۶۴/۱	۸۲/۹	p=۰/۰۰۰

عدم مراجعه به موقع و مرتب جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری در زنان تحت خشونت در دوران بارداری ۷۹ درصد و در سایر زنان ۳۴ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (p= ۰/۰۰۰، نسبت شانس ۷/۲۲، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۳/۷۲ تا ۱۴/۰۳) (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱- مقایسه میزان مراجعه زنان باردار تحت خسونت و بدون خسونت برای دریافت مراقبت های دوران بارداری مشهد سال ۸۴-۱۳۸۳

خانواده همسر ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/017$ )، نسبت شانس  $2/5$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد:  $1/23$  تا  $5/09$ ، خسونت اعتیاد همسر در  $4/7$  درصد از موارد گزارش شد. خسونت فیزیکی قبل از بارداری و دوران بارداری در مواردی که اعتیاد همسر وجود داشت ۱۰۰ و ۷۸ درصد و در مواردی که اعتیاد همسر وجود نداشت  $27/6$  و  $15/5$  درصد گزارش شد. بین اعتیاد همسر و خسونت فیزیکی در حاملگی ( $p=0/000$ ) و اعتیاد همسر و خسونت فیزیکی در غیر از حاملگی ( $p=0/000$ ) ارتباط معنی داری وجود داشت.

خسونت فیزیکی قبل از بارداری در مواردی که سابقه محکومیت کیفری همسر گزارش شده بود ۷۵ درصد و در مواردی که همسر سابقه کیفری نداشت  $14/28$  درصد گزارش شد. بین سابقه محکومیت کیفری همسر با خسونت فیزیکی در حاملگی ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/000$ ).

سابقه ابتلا به بیماری های اعصاب و روان در  $6/3\%$  از زنان و سابقه بیماری های اعصاب و روان در همسر توسط  $8/4\%$  از زنان گزارش شد. خسونت فیزیکی در زنانی که سابقه ابتلا به بیماری های اعصاب و روان داشتند قبل از بارداری  $50\%$  و طی بارداری  $75\%$  و در مواردی که سابقه ابتلا به بیماری های اعصاب و روان وجود نداشت قبل از بارداری  $29/8\%$  و طی بارداری  $12/36\%$  گزارش شد. بین سابقه ابتلا به بیماری های اعصاب و روان با خسونت فیزیکی قبل از بارداری ( $p=0/000$ ) و طی بارداری ( $p=0/000$ ) ارتباط بالایی مشاهده شد. در این

میزان انواع خسونت بین زوجینی که ازدواج فامیلی داشتند قبل از بارداری  $77/9$  درصد و در زوجینی که ازدواج غیر فامیلی داشتند  $85/5$  درصد بود. خسونت فیزیکی طی بارداری، در زوجینی که ازدواج فامیلی داشتند  $28/8$  و در زوجینی که ازدواج غیر فامیلی داشتند  $31/9$  درصد بود که تفاوت معنی داری را نشان نمی دهد.

خسونت فیزیکی قبل از بارداری در مواردی که ازدواج بدون رضایت زن انجام شده بود  $53$  درصد و در مواردی که ازدواج با رضایت زن انجام شده بود  $26/3$  درصد گزارش شد. بین رضایت زن از ازدواج و خسونت فیزیکی قبل از بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/004$ )، نسبت شانس  $3/16$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد:  $1/47$  تا  $6/76$ ) و در بارداری این ارتباط مشاهده نشد.

سابقه خسونت در خانواده همسر توسط  $23$  درصد از زنان مورد بررسی گزارش شد. خسونت فیزیکی قبل از بارداری و طی بارداری در مواردی که سابقه خسونت در خانواده همسر وجود داشت  $56$  و  $29/5$  درصد و در مواردی که سابقه خسونت در خانواده همسر وجود نداشت  $23$  و  $13$  درصد گزارش شد. خسونت فیزیکی در حاملگی با سابقه خسونت در خانواده همسر ارتباط معنی داری داشت ( $p=0/012$ )، نسبت شانس  $2/8$ ، فاصله اطمینان ۹۵ درصد:  $1/25$  تا  $6/28$ ، بین خسونت فیزیکی قبل از حاملگی نیز با سابقه خسونت در

گروه از افراد قبل از بارداری و در طی بارداری به ترتیب فراوانی خشونت روانی ۱۰۰٪ و ۸۳/۳٪ و فراوانی خشونت جنسی نیز ۱۰۰٪ و ۸۳/۳٪ بود.

در زنانی که همسرانشان سابقه ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان داشتند، خشونت فیزیکی قبل از بارداری ۶۳٪ و طی بارداری ۳۸٪ و در مواردی که سابقه ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان در همسر وجود نداشت قبل از بارداری ۲۸/۱۲٪ و طی بارداری ۱۴/۳۷٪ گزارش شد. بین سابقه ابتلا همسر به بیماری‌های اعصاب و روان با خشونت فیزیکی قبل از بارداری ( $p=0/000$ ) و طی بارداری ( $p=0/000$ ) ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. در این گروه از افراد قبل از بارداری و در طی بارداری به ترتیب فراوانی خشونت روانی ۱۰۰٪ و ۸۷/۵٪ و فراوانی خشونت جنسی نیز ۸۱/۲۵٪ و ۶۸/۷۵٪ بود. ۱۰۵٪ از زنان مورد بررسی و همسران ۳/۱۵٪ از آنان تحت درمان بیماری‌های اعصاب و روان بودند و دارو دریافت می‌نمودند.

خشونت روانی و فیزیکی در حاملگی به ترتیب توسط ۸۸/۹ درصد و ۴۳/۸ درصد از زنانی که شوهران آنها دارای دو همسر بودند، گزارش شد. این میزان‌ها در زنانی که شوهران آنان یک همسر داشتند ۴۲/۵ درصد و ۱۳/۸ درصد بود. ارتباط معنی‌داری بین تعدد همسر با خشونت روانی در حاملگی وجود داشت ( $p=0/000$ )، نسبت شانس ۹/۴۶، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲/۰۹ تا ۴۲/۹۱). ارتباط معنی‌داری بین تعدد همسر با خشونت فیزیکی طی حاملگی نیز وجود داشت ( $p=0/006$ )، نسبت شانس ۴/۸۶، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱/۶۵ تا ۱۴/۲۸). خشونت فیزیکی قبل از بارداری در ۶۲/۵ درصد از زنانی که شوهران آنها دارای دو همسر بودند و ۲۸/۲ درصد از زنانی که شوهران آنان یک همسر داشتند، گزارش شد. ارتباط معنی‌داری بین تعدد همسر با خشونت فیزیکی قبل از بارداری نیز وجود داشت ( $p=0/007$ )، نسبت شانس ۴/۲۵، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱/۴ تا ۱۲/۳۳).

میزان کلی انواع خشونت در غیر حاملگی و دوران حاملگی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و سطح تحصیلات زن، تحصیلات مرد، شهری و روستایی بودن و طبقه اجتماعی و اقتصادی خانواده دیده نشد. خشونت فیزیکی قبل از بارداری در بین زنانی که همسران آنها دارای تحصیلات ابتدایی و

کمتر بودند، افزایش مختصری نشان داد که از نظر آماری معنی‌دار نبود. ( $p=0/08$ ).

## بحث

پژوهش حاضر نشان داد که ۶۴/۱ درصد از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانهای دولتی و بیمه شهر مشهد در طی بارداری معرض یکی از انواع خشونت‌ها و ۱۶/۵ درصد از آنان در معرض خشونت‌های فیزیکی بوده اند. شایع‌ترین نوع خشونت در دوره بارداری خشونت جنسی و در دوره قبل از بارداری خشونت روانی بود. فراوانی انواع خشونت در بارداری نسبت به قبل از بارداری با ۲۳ درصد کاهش همراه بود.

در مطالعه پرالس و همکاران در سال ۲۰۰۹ در لیما (پرو) خشونت فیزیکی، جسمی یا عاطفی در ۴۵/۱ درصد از زنان گزارش شد. شیوع خشونت فیزیکی، کلامی و عاطفی به ترتیب در ۳۴/۲ درصد، ۲۸/۴ درصد و ۸/۷ درصد از زنان به صورت دائمی وجود داشت (۱۱). در مطالعه آیدوکان در سال ۲۰۰۸ در نیجریه، خشونت خانگی به شکل تهدید و تعقیب فیزیکی در ۵۵/۶ درصد از زنان وجود داشت و ۶۲ درصد از زنان آزار فیزیکی را تجربه کرده بودند. خشونت جنسی در ۵۵/۹ درصد از زنان گزارش شد (۱۴).

در مطالعه فرامرزی و همکاران در سال ۲۰۰۵ روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و بخشهای زنان و مامایی بیمارستانهای شهر بابل ۱۵ درصد زنان تحت خشونت فیزیکی، ۴۲/۴ درصد تحت خشونت جنسی و ۸۱/۵ درصد از آنان تحت خشونت روانی قرار داشتند (۱۵).

در پژوهش قهاری در سال ۱۳۸۵ روی زنان شهر تهران، ۸۵/۴ درصد از آنان بدرفتاری عاطفی، ۳۱/۵ درصد بدرفتاری جسمی، ۳۰/۴ درصد بدرفتاری جنسی و ۱۷/۴ درصد هم‌زمان هر سه نوع بدرفتاری را تجربه کرده بودند (۱۶). در مطالعه صالحی در سال ۱۳۸۵ در شهرستان شهرکرد، شیوع همسر آزاری در مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشت برابر ۶۷/۵٪ و شامل همسر آزاری جسمی ۳۴/۵٪، همسر آزاری روحی و روانی ۵۱/۷٪ و همسر آزاری جنسی ۱۳/۸٪ بود (۱۷). در مطالعه نریمانی و همکاران در سال ۱۳۸۴ در شهر اردبیل خشونت روانی در ۵۵/۵ درصد، خشونت اجتماعی

مسئله ممکن است به دلیل کاهش تمایل زنان در بارداری نسبت به رابطه جنسی ایجاد شده باشد.

در این مطالعه، زنان تحت خشونت فیزیکی گزارش نمودند که بیشترین محل ضربه در حاملگی ناحیه سر و صورت و بیشترین وسیله ضربه دست بوده است. میزان کبودی بدن در اثر ضربه در ۱۳/۸ درصد مادران و آسیب بافت‌ها به صورت بریدگی، پارگی و خراشیدگی در ۱۰/۱ درصد از مادران باردار ایجاد شده بود.

عدم مراجعه به موقع و مرتب برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری در زنان تحت خشونت در دوران بارداری ۸۷ درصد و در سایر زنان ۳۴ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p=0/000$ ).

در مطالعه نجومی در شهر تهران، عدم مراجعه به موقع جهت مراقبت‌های دوران بارداری و حاملگی ناخواسته در زنانی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند، بیش از زنان گروه بدون خشونت بود (۲۲). در مطالعه حاضر بارداری ناخواسته با خشونت در دوران بارداری رابطه معنی‌داری نداشت. در مطالعات گودوین و همکاران در سال ۲۰۰۰ در کشور آمریکا، جاسینکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ در کشور آمریکا و نیز در مطالعه نجومی در سال ۲۰۰۵ در موارد بارداری ناخواسته احتمال خشونت بر علیه زنان در بارداری افزایش می‌یافت. در مطالعه گودوین میزان خشونت توسط همسر یا شریک جنسی در بارداریهای ناخواسته ۲/۵ برابر افزایش نشان داد (۲۴-۲۲). این تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که پس از وقوع بارداری ناخواسته در اکثر موارد این بارداری از طرف والدین به خوبی پذیرفته و مورد مراقبت قرار می‌گیرد که می‌تواند به فرهنگ و اعتقادات مذهبی مردم مربوط باشد.

در مطالعه حاضر، تعدد شریک جنسی همسر با میزان خشونت در بارداری رابطه داشت. یک مطالعه در پاکستان در سال ۲۰۰۸ روی مادران باردار نشان داد که وجود زن یا شریک جنسی دیگر همسر یکی از عوامل عمده پیشگویی‌کننده خشونت است (۲۵).

در مطالعه حاضر بین سابقه خشونت در خانواده همسر با خشونت فیزیکی در حاملگی و خشونت فیزیکی در غیر حاملگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه ناود و پرسون در سال ۲۰۰۹ در بنگلادش روی زنانی که مادر یا

در ۳۰ درصد و خشونت فیزیکی در ۲۸/۵ درصد خانواده‌ها وجود داشت (۱۸). در مطالعه ملک افضلی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در اصفهان، بیشترین فراوانی انواع خشونت‌ها مربوط به خشونت کلامی-روانی بود که معادل ۳۴ تا ۶۲ درصد گزارش شد (۱۹). در مطالعه صابریان و همکاران در بررسی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲، بیشترین میزان خشونت فیزیکی (۱۸/۶٪) توسط زنان سمنان و شه‌میرزاد، بیشترین خشونت عاطفی (۶۳/۷٪) و خشونت کلامی (۴۳/۳٪) توسط زنان سمنان و بیشترین خشونت مالی با ۷۲٪ توسط زنان سرخه گزارش شد (۲۰). چنان که ملاحظه می‌شود، شیوع خشونت خانگی بر اساس مکان انجام مطالعه، روش اجرای پژوهش و تعریف خشونت خانگی متفاوت و فراوانی انواع مختلف آن در مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور بالا است. به‌ویژه با توجه به عدم وجود ابزار استاندارد و متناسب با خشونت‌های مرسوم در کشور، احتمالاً بخش عمده ای از اختلافات مشاهده شده مربوط به استفاده از ابزارهای مختلف در مطالعات انجام شده داخل کشور است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده کاهش درصد شیوع کلی خشونت در طی دوران بارداری نسبت به دوران قبل از بارداری است، در حالی که در مطالعه فیشر در سال ۲۰۰۳ تفاوتی از نظر خشونت‌های خانگی بین بارداری و قبل از بارداری دیده نشد (۲۱). اما نتایج چند مطالعه حاکی از افزایش خشونت در حاملگی بود (۴،۸). اختلاف نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که در اکثر موارد طی بارداری از طرف پدر توجه و مراقبت از مادر افزایش پیدا می‌کند که این مسئله می‌تواند مربوط به فرهنگ و اعتقادات مذهبی جامعه مبنی بر حمایت از زنان باردار باشد.

در مطالعه حاضر فراوانی خشونت‌های فیزیکی، روانی و تهدید به خشونت در بارداری کاهش و خشونت جنسی افزایش داشت. بررسی جزئیات داده‌ها نشان می‌دهد که دلیل عدم کاهش خشونت جنسی در بارداری نسبت به قبل از آن افزایش میزان رابطه جنسی بدون تمایل از طرف زن است که در بارداری نسبت به قبل از آن بیشتر گزارش شده است. این

مادرشوهرشان تحت خشونت قرار داشتند احتمال ۲/۱ و ۳/۴ برابر برای خشونت در بارداری وجود داشت (۲۶).

در مطالعه حاضر اعتیاد همسر با خشونت فیزیکی در بارداری و قبل از بارداری رابطه داشت. در مطالعه آقاخانی با بررسی موارد ارجاعی آزار فیزیکی از تمام زنانی که برای معاینه به منظور تایید همسر آزاری در پاییز ۱۳۷۹ به بخش معاینه زنان سازمان پزشکی قانونی تهران مراجعه کرده بودند، ۸۷٫۲٪ و ۴۲/۴۱٪ از همسران آزار رسان به ترتیب از مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می نمودند. در این مطالعه، عواملی مانند جوان بودن زوج ها، سطح تحصیلات پایین هر یک از زوج ها، خانه دار بودن، مصرف الکل و مواد مخدر توسط همسر آزار رسان از مهم ترین عوامل مربوط به همسر آزاری بود (۲۷).

در مطالعه حاضر، ویژگی های جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات زن، تحصیلات مرد، طبقه اجتماعی و اقتصادی و زندگی در شهر یا روستا با میزان کلی خشونت رابطه ای نداشت. خشونت های فیزیکی همچنین در زنانی که همسران آنها دارای تحصیلات پایین بودند و در ازدواج های غیر فامیلی افزایش مختصری نشان داد که این اختلاف ها از نظر آماری معنی دار نبودند.

نتایج این مطالعه نشان می دهد که خشونت در بین همه اقشار جامعه وجود دارد و میزان آن بالاست. در مطالعه فیشر در سال ۲۰۰۳ زنان دارای وضعیت اجتماعی، اقتصادی پایین بیشتر در معرض خشونت های خانگی قرار داشتند (۲۱). در مطالعه ناود و پرسون در سال ۲۰۰۹ در کشور بنگلادش، همچنین سواد کم شوهر و سطح اجتماعی پایین همراه با خشونت بیشتر بود (۲۶). در مطالعه صالحی در سال ۲۰۰۶، بین خشونت خانگی با محل زندگی (شهر، روستا)، سطح تحصیلات و سن ازدواج ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت ولی میزان وقوع خشونت با سطح اقتصادی پایین، اعتیاد و بیکاری همسر ارتباط مستقیم داشت. در مطالعه نجومی در سال ۲۰۰۵، بین خشونت فیزیکی با سطح تحصیلات پایین مادر رابطه وجود داشت. در مطالعه صابریان در سال ۲۰۰۵، تحصیلات پایین، بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر با خشونت مالی، کلامی و فیزیکی بیشتری همراه بوده است. تفاوت مشاهده شده در مطالعه حاضر و برخی از مطالعات

انجام شده قبلی در کشور، ممکن است به دلیل ویژگی های متفاوت جمعیت شناختی و نیز حجم بالای نمونه در مطالعات مذکور باشد که باعث شده رابطه بین متغیرهایی که ارتباط کمتری با خشونت داشته اند نیز معنی دار باشد. از طرفی آمارهای گزارش شده در این مطالعه در برگیرنده انواع خفیف خشونت نیز هست. بخشی از تفاوت های مشاهده شده در این مطالعه و سایر مطالعات می تواند مربوط به عدم وجود ابزار استاندارد برای سنجش خشونت خانگی در ایران، یکسان نبودن روش اندازه گیری خشونت در مطالعات مختلف و عدم احتساب انواع خفیف خشونت یا برخی از انواع خشونت در هر یک از این مطالعات باشد. بر این اساس همچنین پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی، انواع خشونت بر حسب شدت نیز تفکیک شده و مورد تحلیل قرار گیرد.

از محدودیتهای این مطالعه عدم وجود ابزار استاندارد و متناسب با خشونت های مرسوم در کشور و در نظر نگرفتن شدت خشونت بود. هم چنین افراد شرکت کننده در پژوهش شامل زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و زایشگاه های دولتی بوده و شامل مراجعین مطب ها و مراکز درمانی خصوصی نبود. بنابراین نتایج این مطالعه تنها قابل تعمیم به جامعه مذکور است. از طرفی نقطه قوت این مطالعه تهیه پرسشنامه ای بر اساس خشونت های موجود علیه زنان در جامعه مورد بررسی بود که به روش کیفی تهیه شد. در حالی که به دلیل متفاوت بودن اشکال خشونت در سایر جوامع و فرهنگ ها، پرسشنامه های ترجمه شده از سایر زبان ها که در سایر مطالعات مورد استفاده قرار گرفته، برای استفاده در ایران مناسب به نظر نمی رسد.

### نتیجه گیری

انواع خشونت جسمی، روانی، جنسی و تهدید به خشونت از مشکلات بسیار شایع در دوران بارداری و قبل از آن و یکی از عوامل مهم تهدید کننده سلامت مادر و نوزاد است. با توجه به شیوع بالای انواع مختلف خشونت خانگی علیه زنان، آموزش کارکنان بهداشتی و درمانی بویژه ماماها در زمینه ارزشیابی زنان باردار از نظر خشونت و ارجاع زنان تحت خشونت جهت مشاوره پیشنهاد می شود.



شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی و بیمارستان‌های منتخب و مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

## تشکر و قدردانی

به این وسیله از حمایت‌های مالی و اجرایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همکاری ماماها

## منابع

1. Cuningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D , Spong C. Williams Obstetrics. 23nd ed. New york: McGRAW-HILL publishing; 2010 , p:210.
2. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic Violence During Pregnancy: Survey of Patients and Healthcare Providers. Journal of Women's Health 2008; 17(4):557-567.
3. American College of Obstetrics and Gynecology. Patient Education pamphlet on Domestic Violence. Oct 2008.
4. Sillman JS, Fletcher SW, Sokol HN. Diagnosing, screening, and counseling for domestic violence. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/diagnosing-screening-and-counseling-for-domestic-violence> page last updated: January 2011
5. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
6. Jennifer G. Intimate Partner Violence. Obstet Gynecol Clin N Am 2007; 34:376-88.
7. CDC. Violence Prevention. Available at: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/definitions.html>. Page last updated: June 18, 2009.
8. Sagrestano LM, Carroll D, Rodriguez AC, Nuwayhid B. Demographic, psychological and related factors in domestic violence during pregnancy in sample of low income women of color. Psychology of Women Quarterly 2004; 28:309-22.
9. Williams CM, Larsen U, McCloskey LA. Intimate partner violence and women's contraceptive use. Violence Against Woman 2008; 14(12):1382-1396.
10. Quelopana AM, Champion JD, Salazar BC. Health behavior in Mexican pregnant women with a history of violence. Western Journal of Nursing Research 2008; 30(8):1005-1018.
11. Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams MA. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. Violence Against Woman 2009; 15(2):224-250.
12. Chan KL, Tiwari A, Fong DY, Leung WC, Brownridge DA, Ho PC. Correlates of in-law conflict and intimate partner violence against chinese pregnant women in hong kong . Journal of Interpersonal Violence 2009; 24(1):97-110.
13. Johnson JK, Haider F, Ellis K. The prevalence of domestic violence in pregnancy women. BJOG 2003; 110:272-5.
14. Oyedokun AO. Domestic violence and constrained contraceptive choices in selected areas of Osun State, Nigeria. Sexual and Relationship Therapy 2008; 23(4):305-323.
15. Faramarzi M, Esmailzadeh S and Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol city, Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2005; 11(5/6):870-79.
16. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E and Mohammadi A. Evaluating mental health of spouse abused women . J Gorgan Uni Med Sci 2007; 8(4):58-63. [In Persian]
17. Salehi SH, Mehroliani HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003 Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2006; 8(2):72-77. [In Persian]

18. Narimani M, Aghamohammadian HR. Evaluation of male violence against women and its related variables among families residing in the city of Ardabil. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2005; 27:107-113. [In Persian]
19. Malekafzali Hossein , Mehdizadeh Morteza, Zamani Ahmad Reza, Farajzadegan Ziba. Surveying domestic violence against women in Isfahan in 2003. *Medical science journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch* 2005; 14(2):63-67. [In Persian]
20. Saberian M, Atash Nafas A, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan (2003). *Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2005; 6(2):115-122. [In Persian]
21. Fisher M, Yassour-Borochowitz D, Neter E. Domestic Abuse in Pregnancy: Results from a Phone Survey. *IMAJ* 2003;5:35-39
22. Nojomi M, Akrami Z. Domestic violence in pregnancy and its maternal and neonatal outcomes. *Payesh Health monitor* 2005; 2(1):43-48. [In Persian]
23. Goodwin M, Gazmararian JA, ohnson CH, GilbertBC, SaltzmanLE, Group PW. Pregnancy Intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System,1996-1997. *Maternal and Child Health Journal* 2000; 4(2):85-92.
24. Jasinski JL, Kaufman KG. Pregnancy, stress and wife assaults: Ethnic differences in prevalence ,severity and onset in a national sample. *Violence and Victims* 2001; 16(3):1-14.
25. Karmaliani R, Irfan F, Bann C, McClure E, Moss N, Pasha O, Goldenberg R. Domestic violence prior to and during pregnancy among Pakistani women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2008; 87(11):1194-1201.
26. Naved RT, Persson LA. Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh *International Family Planning Perspectives* 2009; 34 (2):71-78.
27. Aghakhani K, Aghabeigloie A, Chehraie A. Evaluation of Physical Violence By Spouse Against Womens Referring To Forensic Medicine Center Of Tehran In Autumn Of 2000. *Razi Journal of Medical sciences* 2003; 9(31):۴۸۵-۴۹۰. [In Persian].