

# بررسی ارتباط خشونت خانگی در طی بارداری با پیامدهای نوزادی

معصومه حسن<sup>۱\*</sup>، دکتر مریم کاشانیان<sup>۲</sup>، دکتر مریم حسن<sup>۳</sup>، مریم روحی<sup>۴</sup>،  
هما یوسفی<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، مهاباد، ایران.
۲. استاد گروه 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، دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۷

## خلاصه

**مقدمه:** خشونت علیه زنان باردار، یک بحران در بهداشت عمومی می باشد، زیرا علاوه بر پیامدهای جدی برای زنان باردار، برخی معیارهای سلامت جنین نظیر وزن و سن هنگام تولد او را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان بروز خشونت خانگی علیه زنان باردار و ارتباط آن با پیامدهای نوزادی شامل مرگ و میر پری ناتال، تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۳۰۰ زن باردار ۱۸ تا ۳۹ ساله که جهت سقط یا زایمان به بیمارستان های شهرستان مهاباد و میاندوآب مراجعه کرده بودند، انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه خود ساخته از نظر خشونت و پیامدهای نوزادی مورد مطالعه قرار گرفتند. روش گردآوری داده ها، پرسشنامه و مطالعه پرونده های زایمانی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از روش های آمار توصیفی، آزمون کای دو و آنالیز رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** ۹۴۵ نفر (۷۲/۷٪) از زنان باردار در دوران بارداری خود، مورد خشونت روانی (۴۶٪)، خشونت جسمی (۴۴/۱٪) و جنسی (۳۰/۲٪) قرار گرفته بودند که این خشونت ها با تولد نوزاد کم وزن ( $p=۰/۰۰۰$ ) و زایمان زودرس ( $p=۰/۰۰۱$ ) ارتباط آماری معنی داری داشت.

**نتیجه گیری:** با وقوع خشونت خانگی در طی بارداری، خطر تولد نوزاد کم وزن و وقوع زایمان زودرس افزایش می یابد. لذا پیشنهاد می شود که تمام کارکنان بهداشتی همکاری همه جانبه ای را با مادران خشونت دیده داشته باشند.

**کلمات کلیدی:** خشونت خانگی، زایمان زودرس، زنان باردار، نوزاد کم وزن

\* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه حسن؛ گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، مهاباد، ایران. تلفن: ۰۰۹۳۹۳۷۴۹۶۹۷؛ پست الکترونیک:

masumehasan@yahoo.com

## مقدمه

خشونت خانگی، شایعترین نوع خشونت علیه زنان و به معنای ایجاد ترس و رعب و انجام رفتارهای آزار دهنده جهت اعمال قدرت، کنترل بر روی زن و محرومیت اجباری از آزادی فردی و اجتماعی او می باشد (۱، ۲). خشونت خانگی شامل خشونت فیزیکی، روانی و جنسی می باشد (۱). اینگونه خشونت ها به طور روز افزون و به عنوان یکی از مهمترین معضلات بهداشت عمومی در حال افزایش است (۳). مطالعات نشان داده اند که خشونت، بد رفتاری و ضرب و شتم زنان در بسیاری از کشورهای جهان به یک معضل اجتماعی بسیار شایع و جدی تبدیل شده است (۴). افزایش خشونت علیه زنان در تمام کشورها، حتی کشورهای پیشرفته ای که قوانین جدی علیه اشاعه یافتن خشونت وضع کرده اند، نگران کننده است (۵). بر اساس آمارهای بین المللی، از هر ۵ زن حداقل یک زن در طول زندگی خود توسط همسرش مورد خشونت خانگی قرار می گیرد (۶).

بارداری، به دلایل متفاوتی نظیر کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد بارداری و احساسات غیر طبیعی شوهر در خصوص بارداری، می تواند نقطه ای جهت شروع و یا گاهی تشدید خشونت خانگی علیه زن باردار باشد (۷). شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار در کشورهای در حال توسعه بین ۲۸-۴ درصد می باشد (۸). در ایران میانگین خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است (۱) که این میانگین در شهر تهران، ۳۵/۷ درصد و در تبریز ۱۹ درصد می باشد (۳، ۶). این رقم بیانگر آن است که شیوع خشونت خانگی در طول بارداری نسبت به سایر مشکلات شایع بارداری نظیر پره اکلامپسی و دیابت، بیشتر می باشد (۱).

خشونت خانگی می تواند منجر به افزایش ۵۰ تا ۷۰ درصدی بروز عوارض و مشکلات مربوط به زنان باردار نظیر: صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضا، معلولیت های ماندگار، اختلالات تغذیه ای، مشکلات خواب، اختلال ناشی از استرس، افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی شود (۶). خشونت در دوران بارداری، علاوه بر اینکه مادر را تحت تأثیر قرار می دهد و سلامت سیستم عصبی مرکزی، سلامت جسمی، عاطفی و ثبات شخصیتی او را به خطر می

اندازد، می تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامت جنین نیز تأثیر سوء بگذارد که از جمله آن می توان به: سقط، پارگی زودرس پرده ها، آپگار پایین، مرگ دوران جنینی، زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن اشاره کرد (۱، ۷، ۸). در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۰۳) در خرم آباد، بین دو گروه مادران باردار خشونت دیده و خشونت ندیده، از نظر پارگی زودرس پرده ها و وزن کم جنین در حین تولد تفاوت معنی داری وجود داشت (۹).

متأسفانه در سال های اخیر، مطالعاتی که به طور دقیق و موشکافانه به بررسی شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار و عوارض حاصل از آن در نقاط مختلف کشور و به خصوص در آذربایجان غربی پرداخته باشد، بسیار اندک است و با توجه به اینکه فقط ۳ درصد از زنان باردار خشونت دیده، توسط کارکنان بهداشتی شناسایی می شوند (۱۰)، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان بروز خشونت خانگی علیه زنان باردار و ارتباط آن با تولد نوزاد کم وزن و زایمان زودرس انجام شد. امید است که نتایج حاصل از آن بتواند جهت برنامه ریزی برای پیشگیری اولیه و مبارزه با اعمال خشونت علیه زنان توسط دولتمردان و مسئولان مربوطه مؤثر باشد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در طی سال های ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۳۰۰ زن باردار که جهت سقط یا زایمان به بیمارستان های شهرستان مهاباد و میاندوآب استان آذربایجان غربی مراجعه کرده بودند، انجام شد. بر اساس مطالعات اولیه، میزان شیوع خشونت علیه زنان باردار در ایران حدود ۶۰ درصد بود، لذا از فرمول تعیین اندازه نمونه برای برآورد نسبت بروز یک صفت در جامعه جهت تعیین حجم نمونه استفاده شد. با در نظر گرفتن اینکه حدود جمعیت در هر دو شهرستان فوق مساوی است، مقرر شد که از هر شهر، ۶۵۰ داوطلب برگزیده شود. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد، زیرا در هر کدام از این شهرستان ها فقط یک بیمارستان وجود داشت که تمام زنان باردار با هر طبقه اجتماعی، جهت سقط یا زایمان به آنجا مراجعه می کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار با ملیت ایرانی، بدون توجه به سن بارداری که تنها جهت سقط یا زایمان به بیمارستان مراجعه کردند، داشتن سن ۱۸ تا ۳۵

مطالعه به فاصله ۲ هفته مورد بررسی قرار گرفت که با ضریب همبستگی آلفا کرونباخ ۹۰ درصد برای حیطه های مختلف پرسشنامه، دارای پایایی مطلوب بود.

روش گردآوری داده ها به این صورت بود که مصاحبه کنندگان در بخش بعد از زایمان مراجعه کرده و پس از فراهم کردن محیط محرمانه، مصاحبه ای مقدماتی که شامل معرفی خود و کسب اجازه از مادر و ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش بود را انجام دادند. در صورتی که مادر، واجد شرایط شرکت در مطالعه بود و موافقت خود را به صورت کتبی اعلام می کرد، پس از اخذ شرح مامایی، مصاحبه کنندگان او را به عنوان نمونه برگزیده و موارد مربوط به عوارض جنینی از پرونده مادر تکمیل و سپس پرسشنامه خشونت از طریق مصاحبه رو در رو در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل می شد.

در این مطالعه مقطعی، ابتدا ۱۳۰۰ زن باردار در طول مرحله اول نمونه گیری مورد بررسی قرار گرفتند و در فرآیند تجزیه آماری جهت بررسی پیامدهای نوزادی، در مرحله اول ۱۹ نفر از افرادی که بارداری آنها منجر به سقط شده بود، از مطالعه خارج شدند. سپس آنالیز آماری بر روی ۱۰۴۳ زن باردار که زایمانی با یک جنین زنده داشتند، با هدف بررسی ارتباط خشونت خانگی با سن و وزن نوزاد در هنگام تولد انجام شد. بر اساس مطالعات زمینه ای انجام شده، متغیرهای مداخله گر نظیر سن زن و شوهر، وضعیت شغلی و سطح تحصیلی آنها و تعداد فرزندان نیز می توانست تأثیر مخدوش کنندگی بالقوه بر ارتباط خشونت خانگی با عوارض جنینی داشته باشند. در نهایت، هر کدام از متغیرهای فوق که ارتباط معنی داری با خشونت خانگی و یکی از عوارض جنینی داشتند، به عنوان مداخله گر بالقوه تعیین شدند و برآوردهای نسبت شانس تعدیل شده و خام آنها در مدل مورد مقایسه قرار گرفت. در نهایت، متغیرهایی به عنوان متغیر مخدوش کننده در نظر گرفته شدند که اضافه کردن آنها به مدل، نسبت شانس خام را تا حدود ۱۰ درصد و بیشتر تغییر می داد؛ لذا در این مطالعه، سن همسر، وضعیت شغلی و سطح تحصیلات او، تعداد فرزندان و سطح تحصیلی آنها به عنوان مداخله گرهای نهایی انتخاب شدند و تمام ارزیابی های آماری با هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی در طی بارداری و وقوع

سال، پاریته 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 به الکل و مواد مخدر و استعمال سیگار بود. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه سنجش سوء رفتار بود که شامل: مشخصات فردی واحدهای پژوهش، نظیر: سن زن و شوهر، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان زنده؛ و ارزیابی خشونت خانگی و تعیین وزن و سن نوزاد در هنگام تولد بود. این پرسشنامه، پرسشنامه ای خود ساخته در سه حیطه خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی و برگرفته از منابع زیر بود: ۱- پرسشنامه استفاده شده در پایان نامه های مرتبط، ۲- ابزار غربالگری ارزیابی خشونت<sup>۱</sup> جهت بررسی و ساخت سؤالات مرتبط با خشونت روانی- جسمی، ۳- ابزار غربالگری خشونت جنسی فینکلهر جهت ساخت سؤالات خشونت جنسی، ۴- کتاب های مرجع و مقالات مرتبط که در نهایت با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران (خصوصاً منطقه مورد بررسی) همگن سازی شده بود (۱۰-۱۴). تمام پرسشنامه ها در شرایط خصوصی، دوستانه و با رعایت تمام جوانب رازداری تکمیل شد. مصاحبه کنندگان، ماماها ی فارغ التحصیل بومی بودند که آموزش های کافی در زمینه حساسیت سؤال ها، گوش کردن فعال به صحبت های داوطلبین و نحوه تکمیل پرسشنامه ها را گذرانده بودند. در مطالعه حاضر منظور از سوء رفتار، خشونت اعمال شده توسط همسر و سایر بستگان در دوران بارداری بود و زن باردار خشونت دیده، زنی بود که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد. در ارزیابی خشونت خانگی؛ خشونت فیزیکی با ۱۵ سؤال، خشونت عاطفی با ۴۰ سؤال و خشونت جنسی با ۵ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. وزن نوزاد در هنگام تولد بر حسب گرم و سن او بر حسب هفته بر اساس پرونده های زایمانی ثبت شد.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه حاضر از روش اعتبار محتوا با نظرخواهی از ۱۲ نفر از اعضاء 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

<sup>1</sup> Abuse Assessment Screen Scale

### یافته ها

بر اساس نتایج مطالعه، شیوع کلی خشونت علیه زنان باردار در جمعیت مورد مطالعه ۷۲/۷ درصد بود؛ که در شهرستان میاندوآب ۷۸ درصد و در مهاباد ۶۷/۴ درصد تعیین شد. شایعترین نوع خشونت در مهاباد، خشونت روانی (۴۲٪) و در میاندوآب، خشونت جسمی (۵۱/۷٪) بود. در کل جمعیت مورد مطالعه، شایعترین نوع خشونت اعمال شده علیه زنان باردار، خشونت روانی (۴۶٪) بود و خشونت های جسمی (۴۴/۱٪) و جنسی (۳۰/۲٪) در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول ۱).

عوارض جنینی با در نظر گرفتن تأثیر احتمالی این متغیرهای مداخله گر انجام شد.

تمام اطلاعات پیرامون خشونت در دوران بارداری و عوارض جنینی، در یک زمان گردآوری شدند، لذا روش گردآوری داده ها در این مطالعه، کوهورت گذشته نگر، مقطعی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی، آزمون کای دو و آنالیز رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- شیوع انواع خشونت بر حسب شهر ستان های مهاباد و میاندوآب (۱۳۰۰ زن باردار)

شهرستان	مهاباد	میاندوآب	کل
نوع خشونت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
روانی	۲۷۳ (۴۲٪)*	۳۲۵ (۵۰٪)	۵۹۸ (۴۶٪)*
جسمی	۲۳۷ (۳۶/۵٪)	۳۴۵ (۵۱/۷٪)*	۵۷۳ (۴۴/۱٪)
جنسی	۱۱۱ (۱۷/۱٪)	۲۸۲ (۴۳/۴٪)*	۳۹۳ (۳۰/۲٪)
کل	۴۳۸ (۶۷/۴٪)	۵۰۷ (۷۸٪)	۱۳۰۰ (۷۲/۷٪)

مانند مادر شوهر داشتند. مشخصات مربوط به خشونت خانگی در دو گروه زنان خشونت دیده و خشونت ندیده در جدول ۲ ارائه شده است.

از ۹۴۵ زن بارداری که مورد خشونت واقع شده بودند، ۸۵۰ نفر (۹۰٪) تجربه خشونت را از طرف همسرانشان و ۹۵ نفر (۱۰٪) این تجربه را از طرف وابستگان نزدیک

جدول ۲- مشخصات مرتبط با خشونت خانگی در طی بارداری در شهرستان های مهاباد و میاندوآب (۱۳۰۰ زن باردار)

مشخصات	تعداد	خشونت در طی بارداری	سطح معنی داری	نسبت شانس
تحصیلات زن	۱۱۰ کم سواد ۱۱۹۰ سواد بالا	٪۸۴/۵ ٪۷۱/۶	۰/۰۰۴	۱/۱ (۱/۱۰/۹)
شغل زن	۸۶۲ خانه دار ۴۳۸ شاغل	٪۸۳/۱۷ ٪۵۲/۱	۰/۰۰۱	۱/۵ (۲۰/۱)
تعداد فرزند	۱-۲ ≥۳	٪۷۰/۸ ٪۸۸/۵	۰/۰۰۰	۱/۰ Reference ۱/۲۵ (۱/۰/۲/۱)
سن شوهر (سال)	≤۲۶ ≥۲۷	٪۸۳/۳ ٪۷۱/۶	۰/۰۱	۱/۱۶ (۱/۰/۳/۳۵) ۱/۰ Reference
تحصیلات شوهر	۶ کم سواد ۱۲۹۴ سواد بالا	٪۱۰۰ ٪۷۲/۶	۰/۰۰۰	۱/۲ (۱/۱۰/۶) ۱/۰ Reference
شغل شوهر	۴۹ بی کار ۱۲۵۱ شاغل	٪۱۰۰ ٪۷۱/۶	۰/۰۰۰	۱/۳۹ (۱/۲۰/۱) ۱/۰ Reference
وضعیت اقتصادی	۳۸۷ مناسب ۹۱۳ نامناسب	٪۲۴/۸۱ ٪۹۳/۰۳	۰/۰۰۰	۱/۰ Reference ۳/۷۴ (۲/۴/۵/۸)

بالا، زنان دارای همسران بی کار ۱/۳۹ برابر زنان دارای همسران شاغل و زنان دارای وضعیت اقتصاد خانوادگی نامناسب ۳/۷۴ برابر زنان گروه مقابل در دوران بارداری تحت سوء رفتار قرار گرفته بودند.

**خشونت در دوران بارداری و پیامدهای جنینی بدخیم**  
مقایسه پیامدهای جنینی زنان باردار در دو گروه نشان داد که ۷۷/۸ درصد تولد نوزادان زودرس، ۹۲/۶ درصد تولد نوزادان با وزن کم در حین تولد، ۹۲/۲ درصد تولد نوزاد زودرس با وزن کم حین تولد و ۱۰۰ درصد نوزادان ترم با وزن کم، در نتیجه تحت خشونت قرار گرفتن مادران در طی بارداری اخیر بوده است ( $p < 0.05$ ). تعیین نسبت شانس نشان داد که زنان دارای نوزاد زودرس ۸/۱۶ برابر، زنان دارای نوزاد با وزن کم در حین تولد ۲/۲۱ برابر و زنان دارای نوزاد ترم با وزن کم در حین تولد ۰/۱۲۴ برابر بیشتر از گروه مقابل در دوران بارداری خود تحت سوء رفتار قرار گرفته بودند (جدول ۳).

افراد دو گروه از نظر سطح تحصیلات زن و شوهر تفاوت معنی داری داشتند و در گروه تحت خشونت، به طور معنی داری پایین تر از گروه مقابل بود ( $p < 0.05$ ). ۷۱۰ نفر (۸۳/۱۷٪) از مادران خانه دار که نسبت به گروه مقابل، تعداد فرزند بیشتری (میانگین تعداد فرزند  $4.5 \pm 1$ ) داشتند، تحت خشونت خانگی قرار گرفته بودند. بین خشونت خانگی علیه زنان باردار و سن پایین همسران افراد مورد مطالعه ( $p < 0.01$ )، بی کار بودن آنها ( $p < 0.00$ ) و نامناسب بودن وضعیت اقتصادی خانواده آنان ( $p < 0.00$ ) ارتباط معنی داری وجود داشت. تعیین نسبت شانس، نشان داد که زنان دارای سطح تحصیلات پایین ۱/۱ برابر زنان دارای تحصیلات بالا، زنان خانه دار ۱/۵ برابر زنان شاغل، زنان دارای بیشتر از ۳ فرزند ۱/۲۵ برابر زنان دارای فرزند کمتر، زنان دارای شوهران با سنین کمتر از ۲۶ سال ۱/۱۶ برابر زنان دارای شوهران با سنین بالاتر، زنان دارای شوهران با سطح تحصیلات پایین ۱/۲ برابر زنان دارای شوهران با سطوح تحصیلی

جدول ۳- ارتباط خشونت در طی بارداری و پیامدهای جنینی در شهرستان های مهاباد و میاندوآب (۱۳۸۱ زن باردار)

عوارض جنینی	تعداد	خشونت در طی بارداری	سطح معنی داری	aRR <sup>a</sup> (٪۹۵)
مرگ پری ناتال <sup>b</sup>	۲۳۸	٪۷۵/۲	۰/۲	-----
زایمان زنده	۱۰۴۳	٪۷۱/۸		-----
زایمان زنده زودرس <sup>c</sup>	۳۸۷	٪۷۷/۸	۰/۰۰۱	۸/۱۶(۴/۶۰, ۱۴/۶۶)
زایمان زنده ترم	۶۵۶	٪۶۸/۳		۱/۰ Reference
نوزاد با وزن کم <sup>d</sup> در حین تولد	۳۲۵	٪۹۲/۶	۰/۰۰۰	۲/۲۱(۱/۰۱, ۴/۰۴)
نوزاد با وزن مناسب در حین تولد	۷۱۸	٪۶۲/۴		۱/۰ Reference
نوزاد زودرس با وزن کم حین تولد	۳۰۹	٪۹۲/۲	۰/۰۰۰	۱/۰ Reference
نوزاد ترم با وزن کم حین تولد	۱۶	٪۱۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۴(۰/۰۷, ۰/۲)
نوزاد زودرس با وزن مناسب	۷۸	٪۲۰/۵	۰/۰۰۰	۵/۷۱(۳/۴۵, ۸/۹۵)
نوزاد ترم و با وزن مناسب	۶۴۰	٪۶۷/۵	۰/۹	-----

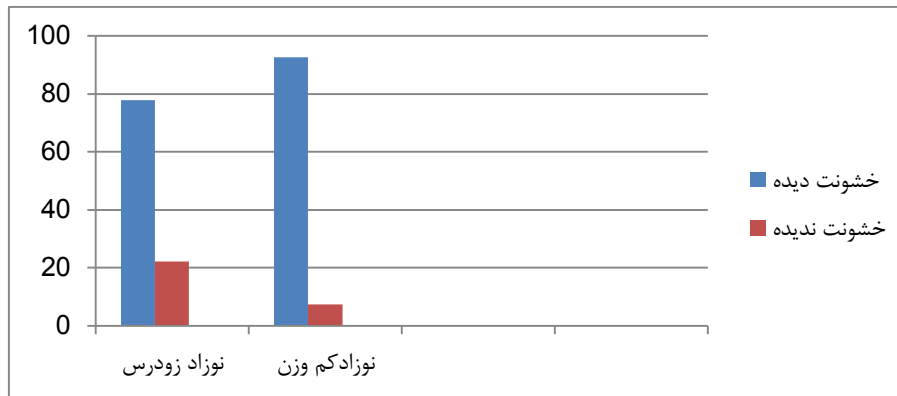
<sup>a</sup>خطر نسبی تعدیل شده بر حسب سن، وضعیت شغلی و سطح تحصیلی همسر، سطح تحصیلی زن، تعداد فرزند.

<sup>b</sup>مرگ پری ناتال = عبارت است از مرگ جنین بین هفته های ۲۰ جنینی تا ۲۸ روز بعد از تولد.

<sup>c</sup>زایمان زودرس = عبارت است از زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری.

<sup>d</sup>نوزاد با وزن کم = در این مطالعه عبارت است از تولد نوزادی زنده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم / نوزاد با وزن مناسب = در این مطالعه عبارت است از تولد نوزادی زنده با وزن بیشتر از ۲۵۰۰ گرم

شکل ۱- پیامدهای جنینی در دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده



### بحث

متأسفانه برخی مادران در دوران بارداری خود، به جای تجربه یک دوران شاد و لذت بخش از مادر شدن، شاهد خشونت های وارده از طرف همسر و یا اطرافیان می باشند. در مطالعه حاضر، میزان شیوع خشونت خانگی در طی بارداری در دو شهرستان مهاباد و میاندوآب  $72/8\%$  بود که متأسفانه از میانگین کشوری ( $60\%$ ) و میانگین تهران ( $60/8\%$ ) فاصله زیادی دارد (۱، ۱۰). در مطالعه فیکری و همکاران (۱۹۹۹) در پاکستان، از ۱۵۰ زن بارداری که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۳۴ درصد آنها تجربه خشونت از همسر خود را ذکر کردند (۱۵). در مطالعه آبراهام و همکاران (۲۰۰۴) در هند، از ۹۹۳۸ زن بارداری که مورد مصاحبه قرار گرفتند، ۴۰۷۹ نفر ( $41\%$ ) از آنها اظهار داشتند که در دوران بارداری خود، شاهد ادامه خشونت از طرف همسر و وابستگان او بودند (۱۶). همانگونه که مشاهده می شود، ارقام اعلام شده در هر سه کشور فوق (با فرهنگی تقریباً یکسان) طیف بالایی را شامل می شود که برخی علل آن شامل: قدرت برتری طلبی مردان بر روی زنان و دختران، قبول خشونت از طرف زنان به عنوان روشی جهت حل مشکلات، وابستگی زنان به مردان، قوانین مربوط به طلاق، حضانت فرزند و ارث، عدم تساوی زن و مرد در برابر قانون و عدم رسیدگی قانونی به دعاوی خشونت مطرح شده از طرف زنان بر روی آنها می باشد (۱۷). در مطالعه حاضر، خشونت روحی، شایعترین نوع خشونت ( $46\%$ ) و خشونت جسمی ( $44/1\%$ ) و جنسی ( $30/2\%$ ) در رده های بعد

قرار داشتند که با نتایج مطالعه سمپسل و همکاران (۱۹۹۲) همخوانی داشت (۱۸).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اکثر مادران باردار تحت خشونت، کم سواد، خانه دار، دارای حداقل ۳ فرزند و وضعیت اقتصادی نامناسب بودند. همچنین در مطالعه علیزاده و همکاران (۲۰۱۲) در تبریز و وکیلی و همکاران (۲۰۱۰) در کازرون، بین خشونت خانگی، سطح تحصیلات مادر، شغل او و وضعیت درآمد خانواده نتایج مشابهی به دست آمد؛ به گونه ای که بیشتر مادران باردار خشونت دیده دارای سطوح تحصیلی کمتر از راهنمایی، خانه دار و دارای میزان درآمدی کمتر نسبت به مادران باردار خشونت ندیده بودند؛ که این امر، لزوم توجه به استراتژی قدرتمندسازی زنان از طریق بالا بردن سطوح تحصیلی و به دنبال آن، آشنایی آنها به حقوق مدنی و استقلال مالی آنها را نشان می دهد (۱۹، ۲۰).

در مطالعه حاضر، اکثر زنان تحت خشونت، همسرانی جوان تر و کم سوادتر نسبت به گروه مقابل داشتند که با نتایج مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۹) در مریوان همخوانی داشت (۱). مطالعات نشان داده اند که مردان با سطح تحصیلات بالاتر، خشونت کمتری را به همسران خود اعمال می کنند که با توجه به اینکه سطح تحصیلات مردان تا حد زیادی با وضعیت اجتماعی و فرهنگی آنها مرتبط است، می تواند نشان دهنده این باشد که خشونت علیه زنان در خانواده های با وضعیت اجتماعی پایین تر، بیشتر است (۷). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مردان بیکار، خشونت بیشتری را بر زنان باردار خود اعمال می کنند که با نتایج

اگر چه عوامل پزشکی و محیطی متعددی با وقوع زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد نوزاد ارتباط دارند، ولی بر اساس نتایج برخی مطالعات، سوء رفتار با مادر در دوران بارداری نیز می تواند از طریق مکانیسم های مختلف، بر وقوع اختلالات فوق الذکر مؤثر باشد. مطالعه رکوردس (۲۰۰۷) و کوکر و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که سوء رفتار، هم از طریق تروماهای جسمی و جنسی و هم از طریق آزاد کردن هورمون های استرس زا می تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن شود (۲۶-۲۷). در همین راستا، مطالعه باچس و همکاران (۲۰۰۴) در توضیح مکانیسم فوق نشان داد که وضعیت روانی مادران خشونت دیده، دچار اختلال می شود و سطوح بالاتری از استرس را تجربه می کنند (۲۸). در بدن مادران باردار تجربه کننده استرس و جنین آنها، کانال نورواندوکرین حاوی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال شروع به تولید هم زمان هورمون کورتیزول در مادر و جنین می نماید. کورتیزول با مکانیسم های مختلفی نظیر کاهش سیستم ایمنی مادر و کودک می تواند باعث افزایش میزان عفونت در آنها، تولد جنین زودرس و کاهش وزن او در حین تولد شود. از طرف دیگر، علائم جسمی و روانی، نگرانی، مراقبت ناکافی و فقدان حمایت اجتماعی که گاهی به دنبال وقوع خشونت رخ می دهد، ممکن است بر نگرش زن، تحمل او و میزان توجه او به بهداشت و سلامت تأثیر بگذارد. در نتیجه، احتمال انجام رفتارهایی که سلامت زن و جنین وی را به خطر می اندازد (مانند استعمال سیگار، الکل، عدم مراجعه به مراکز بهداشتی جهت دریافت مراقبت های بارداری) افزایش می یابد. به این ترتیب، به صورت یک چرخه معکوس، روند بارداری، زایمان و دوران بعد از زایمان رو به وخامت می گراید (۲۹، ۳۰).

از جمله محدودیت های این مطالعه، "گزارش بیش از حد" و "گزارش کمتر از حد" از طرف داوطلبین بود. سورنسن بیان می کند که "گزارش کمتر از حد" در بررسی پدیده های غیر مقبول اجتماعی مانند خشونت، شایع تر از "گزارش بیش از حد" می باشد (۳۱) که علت آن در اکثر موارد، ترس از عواقب فاش کردن خشونت، بدتر شدن وضعیت اعمال خشونت ها، آبروریزی و

مطالعه هاشمی نسب و همکاران (۲۰۰۷) و دولتیان و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی داشت (۱، ۷).

در مطالعه حاضر، بین سوء رفتار در بارداری و برخی پیامدهای جنینی همبستگی وجود داشت. نتایج مطالعه حاضر در مورد همبستگی خشونت با تولد نوزاد کم وزن نشان داد زنانی که نوزادان کم وزن به دنیا آوردند، در دوران بارداری خود، ۱۲/۵ برابر بیشتر از زنانی که نوزاد با وزن مناسب به دنیا آوردند تحت سوء رفتار قرار گرفته بودند (شکل ۱). در مطالعه کیدی و همکاران (۲۰۰۵) در اوگاندا، نوزادان متولد شده از مادران تحت خشونت به طور متوسط ۱۸۹ گرم وزن کمتری نسبت به گروه مقابل داشتند (۲۱). در مطالعه نگرس و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا، تفاوت وزن حین تولد بین دو گروه ۷۵ گرم بود (۲۲). همچنین مطالعه جین و همکاران (۲۰۰۵) و (کوکر) و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بین خشونت خانگی در دوران بارداری و تولد نوزاد کم وزن ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۳، ۲۴)، ولی در مطالعه لئونگ و همکاران (۲۰۰۳) در چین، چنین ارتباطی مشاهده نشد (۲۵). شاید این تفاوت ناشی از تفاوت نژادی، تفاوت نوع خشونت ها و دفعات ایراد خشونت ها در فرهنگ های مختلف باشد.

همچنین در مطالعه حاضر، بین سوء رفتار و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد، به گونه ای که زنانی که زایمان زودرس داشتند ۳/۵ برابر بیشتر از سایرین سوء رفتار را گزارش کردند (شکل ۱). در مطالعه حاضر، بین اعمال خشونت بر روی مادر باردار و وقوع عوارض جدی و خطرناک مانند زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن کم، ارتباط آماری معناداری وجود داشت. در تأیید این مطلب، مطالعه کوکر و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا که بر روی زنان زایمان کرده انجام شد، نشان داد که در اثر خشونت در دوران بارداری، خطر تولد نوزادان زودرس و با وزن کم پس از کنترل عوامل مداخله گر، به ترتیب ۲ و ۴ برابر افزایش می یابد (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان داد که ارتباط معناداری بین خشونت خانگی و افزایش وقوع مرگ و میر جنینی و نوزادی وجود دارد؛ ولی مکانیسم قطعی آن هنوز مشخص نیست.

وزن کم نوزاد در حین تولد بین دو گروه زنان باردار خشونت دیده و خشونت ندیده، صرفاً مربوط به ایراد خشونت نباشد.

### نتیجه گیری

میزان بروز خشونت بر علیه مادران باردار واقع در دو شهرستان مهاباد و میاندوآب ۷۲/۸ درصد بود و بین ایراد خشونت بر روی زنان باردار با وقوع زایمان زودرس و کم بودن وزن نوزاد آنها در حین تولد ارتباط معنی داری وجود داشت.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد که حمایت مالی این طرح را به عهده داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

چسبیدن لکه ننگ به قربانی است (۳۲). در مقابل، مادرانی که ضربه تولد نوزاد زودرس و یا نوزاد با وزن کم را تجربه کرده اند، به احتمال زیاد آن را به گردن فرد اعمال کننده خشونت انداخته و گزارشات بیشتری از وقوع خشونت بر روی خود را ارائه می کنند (۳۱). در مطالعه حاضر، در ابتدای کار به داوطلبین توضیح داده شد که هدف از مطالعه حاضر، بررسی شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با پیامدهای جنینی می باشد که ممکن است همین امر، بر روی گزارش خشونت اعلام شده از طرف مادرانی که دارای فرزندان زودرس و یا کم وزن بودند، تأثیرگذار باشد. همچنین عوامل متعددی از جمله عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بر بروز پیامدهای نوزادی نظیر مرگ، وزن کم هنگام تولد و زایمان زودرس جنین تأثیر سوء دارند. بنابراین ممکن است تفاوت مشاهده شده در زمینه زایمان زودرس و

### منابع

1. Dolatian M, Gharachedaghy M, Ahmadi M, Shams J, Alavimajd H. [Relationship between intimate partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes] [Article in Persian]. J Ahvaz Univ Med Sci 2009;13(4):261-9.
2. World Health Organization. Document.violence against women.WHO Fact Sheet 2001 Jun:239. Available at:[http://www.WHO.int/mipfiles/2269/239-Violence against women for MIP.pdf](http://www.WHO.int/mipfiles/2269/239-Violence%20against%20women%20for%20MIP.pdf). Accessed 12 November, 2004.
3. Sattarzadeh N, Khodai R. [Risk factors of behavioral violence against pregnant women and its associated with pregnancy outcomes in medical- university hospitals in Tabriz] [Article in Persian]. J Tabriz Nurs Midwifery 2009;11:10-7.
4. Clark DW. Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health services facilities. J Am Board Fam Pract 2001 Jul-Aug;14 (4):252-8.
5. Nelson HD, Nygren, P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Taks Force. Ann Intern Med 2004 Mar 2;140(5):387-96. Review.
6. Fatemi M. [Association between domestic violence and skills of live] [Article in Persian]. Soc Welf 2011;11(43):51-60.
7. Hasheminasab L. [Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals] [Article in Persian]. J Sanandaj Univ Med Sci 2007;11(4):32-41.
8. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review in evidence. Eu J Public Health 2003 Jun;13(2):105-7.
9. Khodakarami N, Godarz Dashti M, Naji H. [Relationship between abuse and pregnancy outcome in maternal, Khorramabad] [Thesis in Persian]. Esfahan: Esfahan University of Medical Sciences; 2003:26-34.
10. Ahmadi B, Naseri S, Shams M. [Effect of domestic violence on psychological health of women] [Article in Persian]. J Health Univ Instit Res Health 2008;2:67-81.
11. Wahren TBhuiva A. Battered bodies & shattered minds: violence against pregnant women in Bangladesh. Indian J Med Res 2007 Oct;126(4):341-54.
12. Renker PR. Physical abuse, social support, self-care and pregnancy outcomes of older adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999 Jul-Aug;28(4):377-88.
13. Mcfarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reed S. Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Angelo women. J Nurse Midwifery 1999 Mar-Apr;44(2):139-44.
14. Finkelhar D, Yllo K. Licence to rape: sexual abuse of wives. New York: Holt Rinehart and Winston; 1985:84-98.
15. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. Int J Gynecol Obstet 1999 May;65(2):195-201.
16. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, S, Bangdiwala SI. Spousal physical violence against women during pregnancy. BJOG 2004 Jul;111(7):682-7.
17. Jan Egeland. Women's Health is in crisis. Leading off. HEALTH IN EMERGENCIAS. WHO 2005 January; 20:9-12



18. Sampsellem CM, Petersen BA, Murtland TL, Oakley DJ. Prevalence of abuse among pregnant women choosing certified nurse– midwife or physician providers. *J Nurse Midwifery* 1992 Jul-Aug;37(4):269-73.
19. Alizadeh M, Samadi- Rad B, Ravanshad Y. [Assessment of violence during pregnancy in married women in Tabriz] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012 Jan;15(31):8-13.
20. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict* 2010;25(1):116-127.
21. EL Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005 Feb;105(2):357-63.
22. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 May;83(5):455-60.
23. Jain D, Jain DL, Ughade SN, Sadowski L. Physical abuse and adverse pregnancy outcome: a cohort study. Presentation made at Forum 9, Mumbai, India, 2005 Sep 12-16. Available at: [http://econpapers.repec.org/paper/esswpaper/id\\_3a1827.htm](http://econpapers.repec.org/paper/esswpaper/id_3a1827.htm)
24. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2004 Jul;18(4):260-9.
25. Leung WC, Wong YY, Leung TW, Ho PC. Pregnancy outcome following domestic violence in Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 2001 Jan;72(1):79-80.
26. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: implications for newborn nurses. *Newborn Infant Nurs Rev* 2007 Mar;7(1):7-13.
27. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeon RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000 Mar;9(5):451-7.
28. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and association with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Mar 15;113(1):6-11.
29. Connolly AM, Katz VL, Bash KL, McMahon MJ, Hansen WF. Trauma and pregnancy. *Am J Perinatol* 1997 Jul;14(6):331-6.
30. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2004 Jan;5(1):47-64.
31. Sorensen HT, Moller-Petersen J, Sabroe S, Rasmussen HH. [Recall bias] [Article in Danish]. *Nord Med* 1994;109(4):126-7.
32. Asling-Monemi K, Pena 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.