

خشونت خانگی در بارداری، پیامدها و راهکارها - مقاله مروری

ناهید گلکانی^۱، الهام آزموده^{۲*}

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۱۴

خلاصه

مقدمه: در عصر حاضر، خشونت خانگی علیه زنان به عنوان یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی مطرح شده است. مطالعه در زمینه خشونت خانگی در بارداری جهت روشن تر ساختن ارتباط بین انواع خشونت و پیامدهای سلامت روانی و فیزیکی آن و توجه به غربالگری این روند بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف مرور پیامدهای خشونت خانگی در بارداری و راهکارهای مطرح شده در این زمینه انجام شد.

روش کار: در این مطالعه، ۱۱۰ مقاله از طریق جستجوی الکترونیکی با وارد کردن کلید واژه های مورد نظر در بانک های اطلاعاتی [pubmed](#)، [Scimedirect](#)، [googlescholar](#)، [SID](#) و [Iranmedex](#) از بازه زمانی تحت پوشش این بانک ها تا سال ۲۰۱۲ به دست آمد. در نهایت ۵۵ مقاله در بازه زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲ که به بررسی پیامد خشونت خانگی فقط بر روی زنان باردار پرداخته بودند، مورد نقد و بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: مرور مقالات موجود نشان داد که خشونت خانگی در افزایش عوارض بارداری نظیر سقط، زایمان زودرس، خونریزی، پره اکلامپسی، دیستوشی و افسردگی پس از زایمان، در اغلب موارد مؤثر می باشد. با این حال در معدودی از مطالعات این ارتباط وجود نداشت و یا از نظر آماری معنی دار نبود که در مطالعات دیگر، با طراحی متفاوت و یا مکان و زمان مختلف، این ارتباط به سطح معناداری رسیده است.

نتیجه گیری: تأثیر خشونت خانگی بر پیامدها و عوارض بارداری در مطالعات متعدد از یک سو و وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی برنامه های غربالگری و مداخله ای بر خشونت خانگی از طرف دیگر، ضرورت استفاده از این برنامه ها را در سطح گسترده تر نشان می دهد.

کلمات کلیدی: بارداری، خشونت خانگی، مداخله زودرس

* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام آزموده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛
پست الکترونیک: azmoudehe901@mums.ac.ir

مقدمه

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان آور و آزار دهنده که به منظور اعمال قدرت و کنترل از یک فرد به فردی دیگر در یک رابطه نزدیک تحمیل می شود و شامل سوء استفاده جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می باشد (۱). یکی از مسائل مهم اجتماعی، بهداشتی و روانی، مسأله خشونت های خانگی است که شامل اقسام مختلفی از جمله خشونت علیه زنان، کودک آزاری و بدرفتاری با سالخوردگان می باشد (۲).

متخصصین سلامت، خشونت خانگی علیه زنان را یک مشکل عمده سلامت عمومی به شمار می آورند (۳). حدود ۴۰-۵۰ درصد از زنان، در مرحله ای از زندگی خود تحت خشونت خانگی قرار می گیرند که این امر، سلامت جسمی و روحی آنان را تحت تأثیر قرار داده و گاه آنها را به سوی خودکشی سوق می دهد (۴).

به طور کلی خشونت خانگی، به معنای الگویی از رفتارهای تهاجمی و اجباری شامل حملات فیزیکی، جنسی و روانی و همچنین فشار و تهدید اقتصادی که همسر و یا شریک زندگی زنان به کار می برند، تعریف شده است (۵).

خشونت علیه زنان، قدمتی به تاریخ انسانی دارد و از زمان بربریت و توحش آدمی وجود داشته و تا زمان حاضر نیز ادامه دارد (۶). با وجود اینکه خشونت خانگی، طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی مادران و فرزندان آنان را شامل می شود، اما بسیاری از زنان مواجه شده با خشونت خانگی، به وسیله سیستم های مراقبتی شناسایی نمی شوند. این در حالی است که بیش از یک سوم زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تحت خشونت خانگی هستند و احتمال مواجه شدن زنان باردار با خشونت، به خصوص خشونت جسمی بیشتر است (۷).

خشونت علیه زنان، امری جهانی است. حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان آمریکایی، مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می گیرند؛ متأسفانه ۱۵ تا ۲۵ درصد از این زنان، حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می گیرند (۸). در ایران نیز زنان از چنین خشونتی در امان

نیستند. در ایران، میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار بسیار بالا و بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است. اگر چه تناقض های موجود در آمار، می تواند ناشی از تفاوت در تعریف خشونت و درک مادران از آن، ابزار مورد استفاده و تفاوت محیط فرهنگی و اجتماعی باشد، اما همه این مطالعات نشان می دهند که گستردگی خشونت در بارداری یک مسأله مهم است (۹). احتمالاً به استثناء پره اکلامپسی، شیوع خشونت خانگی از شیوع تمام حالات عمده طبی که از طریق غربالگری پره ناتال معمول تشخیص داده می شوند، بیشتر است (۱۰، ۱۱). به همین دلیل توصیه شده که تمام زنان باردار در اولین ویزیت دوره بارداری و سپس در هر سه ماه بارداری و در دوران پس از زایمان، مورد غربالگری خشونت خانگی قرار گیرند (۱۲).

خشونت علیه زنان در دوران بارداری، تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می شود (۱۳). بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می کند و به طبع؛ همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگر مانند خشونت، می تواند اثرات سویی بر جنین و مادر داشته باشد و این عوارض می تواند باعث افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان شود (۱۴). بر اساس مطالعات انجام شده، پیامدهای نامطلوب بارداری همراه با خشونت در طول بارداری ممکن است به طور مستقیم از ترومای جنسی یا فیزیکی یا به طور غیر مستقیم از طریق استرس ایجاد شود (۱۵). اثرات خشونت بر زنان باردار یک موضوع بحرانی در بین افراد خشونت دیده است زیرا علاوه بر پیامدهای جسمی و روانی جدی بر زن باردار، سلامت جنین فعلی و کودک بعدی او را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱۶).

افزایش آگاهی در مورد خشونت خانگی در طول بارداری، یکی از اولویت های ارگان های کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا، انجمن پزشکی آمریکا و عوامل بهداشتی دیگر است (۱۷). همچنین با در نظر گرفتن اینکه خشونت خانگی و پیامدهای آن ممکن است متأثر از فرهنگ جامعه باشد، مطالعه در این زمینه جهت روشن تر ساختن ارتباط بین انواع خشونت خانگی و پیامدهای سلامت روانی، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه

"Partner violence AND pregnancy"
 "Domestic violence AND abortion"

مقالات منتخب به دو زبان انگلیسی و فارسی بودند. پس از تهیه مقالات که شامل ۱۱۰ مقاله بود، فهرست عناوین و چکیده مقالات مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای انتخاب و ارزیابی کیفیت مقاله ها:

در ابتدا پژوهشگر، لیستی از عناوین و چکیده تمام مقالات موجود در بانک های اطلاعاتی یاد شده را تهیه و به منظور تعیین و انتخاب عناوین مرتبط، آنها را به صورت مستقل بررسی کرد. سپس مقالات مرتبط^۱ به صورت مستقل از هم، وارد مطالعه شدند. معیار اصلی^۲ ورود مقالات مختلف به این مطالعه عبارت بودند از: جامعه مورد پژوهش تنها زنان باردار بوده و بازه زمانی انجام این مطالعات بین سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲ باشد. مقالاتی که این شرایط را نداشتند، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۵۵ مقاله انتخاب شد. مقالات نهایی، دارای طرح مطالعه توصیفی- تحلیلی، کوهورت و مورد-شاهدی بودند. نتایج مهم به دست آمده از مقالات فیش برداری شد و سپس تحلیل محتوا و دسته بندی انجام گرفت.

یافته ها

از ۵۶ مطالعه واجد شرایط پژوهش نتایج زیر استخراج شد: **خشونت خانگی، زمان آغاز، تعداد و اثربخشی بر مراقبت های پره ناتال:**

در مطالعه توصیفی- تحلیلی باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷) که با هدف بررسی ارتباط خشونت خانگی با عوارض بارداری بر روی ۴۰۰ زن زایمان کرده در بیمارستان های آموزشی شهر شیراز انجام شد، ارتباط مثبت و معنی داری بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی با تأخیر در مراجعه جهت مراقبت های دوران بارداری مشاهده شد (p<۰/۰۵) (۱۹)، که با نتایج مطالعه موتال- ریتز و همکاران (۲۰۰۲) و پوروو و همکاران (۱۹۹۹) همخوانی داشت (۲۰، ۱۲). در مطالعه تاگارت و همکار (۲۰۰۳) نیز، زنان مواجه شده با خشونت مکرر از طرف همسران؛

مورد نیاز است (۱۸). با وجود اینکه بسیاری از زنان تحت خشونت، تمایل دارند از طرف گروه بهداشتی در زمینه خشونت پیگیری شوند، اما متأسفانه بسیاری از پزشکان و پرستاران نسبت به پرسیدن این موضوع، چندان علاقمند نیستند (۷).

مطالعه حاضر با هدف مرور پیامدها و عوارض خشونت خانگی انجام شد تا این امر، منجر به روشن تر شدن اهمیت این موضوع؛ هم برای زنان و هم کادر بهداشتی گردد و در نتیجه باعث افزایش مداخلات انجام شده در زمینه پیگیری اولیه از خشونت خانگی علیه زنان، افزایش موارد شناسایی خشونت خانگی علیه زنان و مدیریت موارد تشخیص داده شده و در نهایت، باعث کاهش شیوع خشونت خانگی علیه زنان و پیگیری از بروز موارد جدید خشونت خانگی در زنان خشونت دیده در ایران شود.

روش کار

در مطالعه حاضر، جهت بررسی هدف مطالعه یعنی پیامدهای خشونت خانگی در بارداری، بانک های اطلاعاتی sciencedirect و pubmed، Google scholar جهت یافتن منابع مرتبط، مورد جستجو قرار گرفتند. این جستجو از نظر زمانی، شامل تمام دوره های زمانی تحت پوشش پایگاه های مرتبط تا سال ۲۰۱۲ بود. جهت یافتن مقالات علمی منتشر شده در مجلات پژوهشی کشور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (Scientific Information Database-SID) و پایگاه iranmedex طی سال های تحت پوشش تاکنون مورد بررسی قرار گرفتند. فهرست منابع مورد استفاده در تمام مقالات و گزارشات مرتبطی که در جستجوی الکترونیک یافت شد، به شکل دستی ارزیابی شد تا سایر منابع احتمالی نیز پیدا شود. جستجو پیرامون موضوع مورد نظر در بانک های اطلاعاتی مورد مطالعه با کلید واژه ها و اتصالات زیر انجام شد:

"خشونت خانگی در بارداری"، "خشونت خانگی+پیامد بارداری"، "Domestic violence AND Complication"، "Domestic violence AND pregnancy"

¹ relevant
² inclusion criterion

دیتر جهت دریافت مراقبت های پره ناتال مراجعه می کردند (۲۱).

در مطالعه ستارزاده و همکاران (۲۰۰۸) نیز که بر روی ۲۶۰ زن زائو در بیمارستان های شهر تبریز انجام شد، دو گروه با و بدون خشونت فیزیکی از نظر وزن گیری مادر در دوران بارداری تفاوت معنی داری داشتند ($p < 0.032$) که با نتایج مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۰۹) و یانگ و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۸، ۱۳، ۲۲). در مطالعه مرایز و همکاران (۲۰۰۶) نیز خشونت، یک عامل خطر مستقل برای وزن گیری ناکافی مادر در دوران بارداری شناخته شد (۲۳). همچنین در این مطالعه، دو گروه با و بدون خشونت در دوران بارداری، از نظر دریافت قرص آهن و اسیدفولیک تفاوت معنی داری داشتند ($p < 0.04$) (۸). به نظر می رسد که این عوامل، بر نحوه تغذیه و مصرف قرص های آهن و اسیدفولیک و در نتیجه، میزان وزن گیری مادران تحت خشونت روانی و در نهایت، وزن و قد هنگام تولد نوزادان آنها مؤثر باشد (۸).

خشونت خانگی و خونریزی در بارداری:

در مطالعات متعدد، بین خونریزی سه ماهه اول بارداری و خشونت روانی و اقتصادی ارتباط مثبت و معنی داری گزارش شده است (۱۹، ۲۴، ۲۵). در مطالعه باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷) نیز بین خونریزی های سه ماهه دوم با تمام انواع خشونت ارتباط معناداری مشاهده شد (۱۹) که با نتایج مطالعه راشانا و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی داشت (۲۶). همچنین در مطالعه باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷) و جانسن و همکاران (۲۰۰۳)، بین خونریزی های سه ماهه سوم با خشونت روانی فیزیکی، اجتماعی و جنسی ارتباط معناداری وجود داشت (۱۹، ۲۷). البته در مطالعه باقرزاده، بین خونریزی سه ماهه سوم و خشونت جنسی ارتباط معنی داری مشاهده نشد که آن را می توان ناشی از تغییر رفتارهای جنسی و کاهش ارتباط جنسی در سه ماهه سوم بارداری دانست (۱۹).

خشونت خانگی و سقط:

یکی از مهمترین پیامدهای خشونت خانگی، سقط است که می تواند به صورت خودبخود و یا عمدی باشد. در مطالعه استوکی و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی ۲۴۰۰۰

زن در تانزانیا انجام شد، زنان دو گروه بدون خشونت و تحت خشونت، از نظر سن، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و تعداد تولدهای زنده همسان سازی شدند، و نتایج نشان داد که خشونت از طرف شریک جنسی، اثر قوی بر روی سقط عمدی و از دست رفتن بارداری دارد (۲۸). در مطالعه کایا و همکاران (۲۰۰۶) نیز که بر روی ۹۴۰ زن جست و جو کننده مراقبت های پس از سقط در اوگاندا انجام شد، خشونت خانگی، یک عامل خطر برای انجام سقط عمدی مطرح شد (۲۹). کوکیندز و همکاران (۱۹۹۹)، خشونت فیزیکی را با بستری شدن در اثر سقط مرتبط ندانستند که با نتایج مطالعه باقرزاده و همکاران همخوانی داشت (۱۹، ۳۰).

خشونت خانگی و زایمان زودرس:

زایمان زودرس عامل بیش از ۹۰ درصد مرگ های نوزادی است که بیش از ۷۵ درصد آنها در نوزادان زیر ۳۲ هفته اتفاق می افتد (۳۱). در مطالعه مورد-شاهدی فرناندز و همکار (۱۹۹۹) که بر روی ۴۸۹ زن باردار انجام شد، نمونه های تحت آزار خشونت خانگی، زایمان زودرس بیشتری نسبت به گروه شاهد داشتند (۲۲٪ در مقابل ۹٪) (۳۲). همچنین در مطالعه باچوس و همکاران (۲۰۰۴) که بر روی ۲۰۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر لندن انجام شد، بین همسرآزاری و سقط، زایمان زودرس و آسیب جنسی ارتباط معنی داری وجود داشت (۳۳). در مطالعه کوهورت آینده نگر کووینگتون و همکاران (۲۰۰۱) که بر روی ۵۵۰ زن باردار اهل کارولینای شمالی انجام شد، فراوانی زایمان زودرس در افرادی که مورد همسر آزاری قرار گرفته بودند، بیشتر گزارش شد (۳۴).

در مطالعه باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷) نیز بین بستری شدن در اثر دردهای زودرس زایمان طی سه ماهه دوم و سوم و خشونت روانی، فیزیکی و جنسی ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت؛ همچنین بین زایمان زودرس (زیر ۳۷ هفته) و خشونت روانی، فیزیکی، اقتصادی و جنسی ارتباط معنی داری مشاهده شد (۱۹).

در مطالعه راشانا و همکاران (۲۰۰۲) نیز بین بستری شدن در اثر دردهای زودرس زایمانی و خشونت فیزیکی ارتباط معنی داری وجود داشت (OR=۳/۴، CI: ۰/۹۵، ۱۰/۰۳).

همچنین در مطالعه آینده نگر کایا و همکاران (۲۰۰۶) در اوگاندا که بر روی ۶۱۲ زن باردار در سه ماهه دوم بارداری انجام شد، مادران تحت خشونت، به طور متوسط نوزادانی با ۱۸۶ گرم کمتر نسبت به مادران گروه بدون خشونت به دنیا آوردند ($p=0/001$) (۹۵٪ CI: ۲۹۶-۷۶) (۳۹). در مطالعه نیچر و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا نیز تفاوت وزن هنگام تولد بین دو گروه ۷۵ گرم بود (۳۵).

خشونت و افسردگی پس از زایمان:

یکی از عوامل بروز افسردگی پس از زایمان، خشونت خانگی در طول بارداری می باشد. در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی ۲۴۰ زن باردار در ماه آخر بارداری انجام شد، بین خشونت خانگی در بارداری و افسردگی پس از زایمان ارتباط معنی داری وجود داشت ($p<0/001$) (۴۰) که با نتایج مطالعه لیونگ و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی اثر خشونت بر افسردگی پس از زایمان در سال های ۲۰۰۱-۲۰۰۰ بر روی ۸۳۸ زن زایمان، ۳-۲ روز پس از زایمان ($p=0/000$)، ۲ روز پس از ترخیص از بیمارستان ($p=0/010$) و ۶ هفته پس از زایمان ($p=0/001$) در زنان خشونت دیده به طور معنی داری بیشتر از زنان بدون خشونت بود. خشونت عمده در این مطالعه از نوع زبانی بود (۴۱). هگارتی و همکاران (۲۰۰۴) نیز نتایج مشابهی را به دست آوردند و بیان کردند که خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به طور معنی داری با افسردگی پس از زایمان در ارتباط است (۴۲). مطالعه بونومی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که زنان خشونت دیده در مقایسه با زنان خشونت ندیده، به میزان بیشتری علائم خفیف و شدید افسردگی را تجربه می کنند (۴۳). وارما و همکاران (۲۰۰۶) نیز طی مطالعه ای که بر روی ۲۳۰ زن باردار هندو انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که کیفیت پایین زندگی، اختلال استرس پس از حادثه، علائم جسمی و افسردگی در زنان خشونت دیده به طور معنی داری بیشتر از زنان خشونت ندیده است (۱۸). میزی و همکاران (۲۰۰۵) نیز مطالعه ای را بر روی ۲۰۰ زن انگلیسی انجام دادند و عنوان کردند که بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده اختلاف

(۲۶) که نتایج آن در مورد سابقه بستری شدن طی سه ماهه دوم بارداری با نتایج مطالعه باقرزاده و همکاران همخوانی داشت (۱۹). در مطالعه کیرنی و همکاران (۲۰۰۳) و نیچر و همکاران (۲۰۰۴)، بین خشونت روانی و فیزیکی و زایمان زودرس، ارتباط معنی داری مشاهده شد (۲۵، ۳۵).

خشونت و مرگ و میر پری ناتال:

در مطالعه جانسن و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی ۴۷۵۰ زن باردار که زایمان آنها بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ بود، انجام شد، بین خشونت توسط شریک جنسی و مرگ و میر پری ناتال ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (۹۵٪ CI: ۸/۰۶، OR) (۲۷) که با نتایج مطالعه باقرزاده در جنبه های روانی، فیزیکی و جنسی همخوانی داشت (۱۹)؛ همچنین در مطالعه لیپسکی و همکاران (۲۰۰۳) و باقرزاده و همکاران، بین مرگ و میر نوزادی و خشونت توسط شریک جنسی ارتباط آماری معنی داری گزارش شد (۱۹، ۳۶). در مطالعه اسلینگ-مونمی و همکاران (۲۰۰۳) و باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷)، بین خشونت فیزیکی و جنسی با مرگ و میر کودکان زیر پنج سال که دوران نوزادی را نیز در بر می گرفت، ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد (۱۹، ۳۷).

خشونت و شاخص های آنتروپومتریک نوزادی:

نتایج مطالعه باقرزاده و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که بین وزن نوزاد و خشونت روانی و جنسی ارتباط معکوس و معنی داری وجود دارد ($p<0/001$). همچنین در این مطالعه، پس از تعدیل افراد از نظر سن بارداری، بین هر ۵ نوع خشونت و وزن کم نوزادی ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد (۱۹) که با نتایج مطالعه موتال-راتر و همکاران (۲۰۰۲) که بر روی ۸۰۰ زن باردار انجام شد، همچنین مطالعه والادارز و همکاران (۲۰۰۲) و لیپسکی و همکاران (۲۰۰۳) که در همه آنها، بین خشونت خانگی و وزن کم نوزادی ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد، همخوانی داشت (۱۲، ۳۶، ۳۸). در مطالعه ستارزاده و همکاران (۲۰۰۸)، میانگین وزن نوزادان در دو گروه با و بدون خشونت روانی تفاوت معنی داری داشت که با نتایج مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۰۹) در خرم آباد همخوانی داشت (۸، ۱۳).

معنی داری در میانگین امتیازات افسردگی پس از زایمان ادینبرگ وجود دارد (۴۴).

بنابراین نتایج مطالعات انجام شده در ایران و در کشورها و فرهنگ های مختلف دیگر نشان می دهد که ارتباط قوی بین تجربه خشونت و افزایش ابتلاء به افسردگی پس از زایمان وجود دارد (۳۲، ۴۵).

خشونت خانگی و پره اکلامپسی:

سیکستو و همکاران (۲۰۰۸) طی مطالعه ای که بر روی ۳۳۹ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی و ۳۳۷ زن باردار با فشار خون طبیعی در پرو انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که خشونت از طرف شریک جنسی با افزایش خطر پره اکلامپسی همراه است، به گونه ای که سوء استفاده احساسی بدون خشونت فیزیکی با ۲/۳ برابر افزایش خطر پره اکلامپسی و در صورت توأم بودن سوء استفاده روحی و فیزیکی با ۹/۱ برابر افزایش خطر پره اکلامپسی همراه است (۴۶).

خشونت خانگی و نوع زایمان:

در مطالعه مقطعی سلیمانی و همکاران (۲۰۱۲) که بر روی ۶۰۰ زن بستری شده در بخش پس از زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد، بین همسر آزاری با نوع زایمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد؛ به گونه ای که نوع زایمان در اکثر زنان تحت همسرآزاری، به صورت سزارین بود (۴۷). در مطالعه راشانا و همکاران (۲۰۰۲) نیز که با هدف بررسی شیوع و عوارض خشونت فیزیکی در طی بارداری بر روی ۷۵۵۷ زن باردار مراجعه کننده جهت انجام مراقبت های ماه اول بارداری به دو بیمارستان آموزشی در عربستان سعودی طی یک دوره سه ساله انجام شد، سزارین، زجر جنینی و عفونت کلیه در زنان مورد همسر آزاری بیشتر بود (۲۶). راشانا همچنین عنوان کرد، زنانی که در طول بارداری مورد همسرآزاری قرار می گیرند به دلیل افزایش مشکلات مامایی و بستری شدن در بیمارستان و نیز محدودیت پیگیری ها، احتمال زایمان سزارین در آنان افزایش می یابد (۲۶).

خشونت خانگی و دیستوشی:

در مطالعه مقطعی خداکرمی و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۳۱۳ زن باردار (۱۵۳) خشونت دیده و ۱۶۰ نفر

بدون خشونت) در بیمارستان های شهر خرم آباد انجام شد، بین خشونت از طرف شریک جنسی و دیستوشی لیبر ارتباط معناداری مشاهده شد ($p=0/01$) (۱۳)، اما نتایج مطالعه کوهورت فینوگادوتیر و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۹۴۰ زن باردار مراجعه کننده در هفته ۳۷ بارداری به ۹ کلینیک مامایی شهر دانمارک انجام شد، هیچگونه ارتباطی بین دیستوشی در زنان اول زا با سابقه خشونت قبل از بارداری و یا در طی بارداری، با توجه به تعریف شاخص های دیستوشی مشاهده نشد. در این مطالعه توصیه شد که مطالعات بیشتری در این زمینه با دقت بیشتر و با توجه به تعریف دیستوشی انجام شود (۴۸).

خشونت خانگی و شیردهی:

شواهد همچنین نشان داده اند که خشونت در بارداری می تواند قابلیت شیردهی زنان را تحت تأثیر قرار دهد، زیرا شیردهی زنان، متأثر از وضعیت جسمی و روحی زن و کودک او است. نتایج مطالعه لیو و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۲۰۰ زن چینی در دوران پس از زایمان انجام شد، نشان داد زنانی که خشونت فیزیکی و روانی را تجربه کرده اند، به میزان بیشتری نوزاد خود را با شیر مصنوعی تغذیه می کنند (۴۹). مطالعه سیلورمن و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی ۱۱۸۵۷۹ زن انجام شد، نشان داد زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده اند، به طور معنی داری کمتر به نوزاد خود شیر می دهند (۵۰). مطالعه کوک و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد زنانی که نگرانی کمتری را تجربه می کنند، به مدت طولانی تری به نوزاد خود شیر می دهند (۵۱). در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۷)، زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر در افراد تجربه کننده خشونت عاطفی و جنسی و افراد خشونت ندیده اختلاف معنی داری نداشت (۵۲) همچنین این مطالعه نشان داد که زنان تجربه کننده هر سه نوع خشونت فیزیکی، عاطفی و جنسی از نظر نوع اولین تغذیه، نسبت به زنان خشونت ندیده اختلاف معنی داری نداشتند. اما از این نظر قابل توجه بود که درصد شروع اولین تغذیه با شیر مادر در زنان خشونت دیده بالاتر بود (۵۲).

عنوان یک اولویت سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است و انواع مداخلات با راهکارهای متنوع از جمله راهکارهای آموزشی، حمایتی و قانونی جهت برخورد درست با این مشکل عمده سلامت زنان طراحی و اجرا شده است.

تحلیل نتایج حاصل از مطالعات مختلف، اثربخشی انواع مداخلات در زمینه خشونت خانگی بر روی کارکنان بهداشتی درمانی را نشان داده اند؛ به گونه ای که در بسیاری از مطالعات، پس از انجام مداخله، افزایش معنی داری در میزان غربالگری موارد خشونت خانگی علیه زنان در بین پرستاران، پزشکان و سایر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان ها، مراکز ارائه مراقبت های اولیه و مراکز ارائه مراقبت های دوران بارداری مشاهده شد (۵۳-۵۵). همچنین مداخلات آموزشی بر روی کارکنان بهداشتی درمانی منجر به افزایش معنی دار میزان آگاهی آنان از منابع مالی و سایر منابع حمایتی قربانیان خشونت خانگی شد، از طرفی تعداد موارد ارجاع زنان خشونت دیده جهت دریافت خدمات حمایتی و مراقبتی پس از اجرای مداخلات در بین کارکنان بهداشتی درمانی، افزایش معنی داری یافت (۵۵). همچنین پس از انجام مشاوره و جلسات آموزشی، استفاده از رفتارهای ایمن و ارتقاء دهنده سلامت توسط زنان به طور معنی داری افزایش یافت. این رفتارها شامل مواردی نظیر رفتارهای جنسی ایمن و محافظت شده، درخواست از همسایگان جهت تماس با پلیس در صورت شنیدن صدای درگیری شدید زن و شوهر و مخفی کردن پول و کلیدها و سایر موارد بود. به طور کلی، مهم ترین راه پیشگیری از این معضل اجتماعی و بهداشتی دراز مدت، آموزش مهارت زندگی به خصوص با تأکید بر ارتباط و آموزش است (۹). آموزش مهارت های زندگی، افزایش سطح مهارت های ارتباطی زوجین، ارائه حمایت های اجتماعی مناسب به ویژه در اوایل زندگی از جمله راهکارهایی هستند که می توانند در کاهش آسیب های ناشی از خشونت در خانواده مؤثر باشند (۵۶). نوابی نژاد (۲۰۰۴) نشان داد که آموزش مهارت های زندگی، افزایش سطح مهارت های ارتباطی زوجین و ارائه حمایت های اجتماعی مناسب به ویژه در اوایل زندگی، از

در این مطالعه دو گروه خشونت عاطفی و جنسی نسبت به گروه خشونت ندیده، از نظر نوع تغذیه در ۴ هفته اول پس از زایمان تفاوت معنی داری نداشتند. اما شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان بدون خشونت در مقایسه با زنان تجربه کننده خشونت فیزیکی به طور معنی داری بالاتر بود (۵۲). در نتیجه، حمایت همسر یکی از عوامل مؤثر در موفقیت زنان در امر شیردهی است و این نوع حمایت در یک ارتباط خشن کمتر اتفاق می افتد. در این رابطه، ماماها به دلیل جایگاه کلیدی خود می توانند با مشاوره، تشویق و مداخله، نقش مهمی را در افزایش موفقیت بیشتر در امر شیردهی داشته باشند.

بحث

مطالعات مختلف، با طراحی ها و معیارهای غربالگری متفاوتی به بررسی اثرات خشونت خانگی بر پیامدهای بارداری پرداخته اند. اکثر این مطالعات در بررسی ارتباط بین خشونت خانگی با پیامدهای بارداری، به نتایج معنی داری دست یافته اند. در مطالعات محدودی نیز که این ارتباط معنی دار نبوده، در بررسی های دیگر، معنی داری این ارتباط تأیید شده است (۴۸). از نقاط قوت اصلی این مطالعه، جمع بندی مطالعات مختلف و ارائه همزمان راهکارهای مطرح در مورد این معضل اجتماعی و بهداشتی می باشد. با این حال، خلاصه شدن یافته ها تنها به نتایج مقالات انتشار یافته از جمله محدودیت های این مطالعه بود. نتایج مطالعات مختلف نشان داد که خشونت خانگی می تواند از جنبه های مختلف، مادر و جنین را با خطر مواجه سازد (۲۱، ۲۴، ۳۸، ۴۳، ۵۱) و از آنجایی که بی توجهی به این گروه، خطرات را افزایش داده و نه تنها نسل موجود (مادر)؛ بلکه نسل آینده (جنین) وی را نیز به خطر می اندازد، بنابراین هر گونه اقدامی هر چند کوچک، جهت کاهش خطراتی که مادران باردار را تحت تأثیر قرار می دهد، می تواند باعث بهبود شرایط مادران و نوزادان شود (۴۷).

در دهه های اخیر، پیشگیری اولیه از بروز خشونت خانگی علیه زنان و همچنین شناسایی زنان خشونت دیده و مدیریت این موارد در بسیاری از کشورها به

پزشکی و روانشناختی برای زنان خشونت دیده می‌تواند در کاهش میزان خشونت خانگی و پیامدهای آن مؤثر باشد (۴۰).

نتیجه‌گیری

تاثیر خشونت خانگی بر پیامدها و عوارض بارداری در مطالعات متعدد از یک سو و وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی برنامه‌های غربالگری و مداخله‌ای بر خشونت خانگی از طرف دیگر، ضرورت استفاده از این برنامه‌ها را در سطح گسترده‌تر نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه پژوهشگران و نویسندگان مقالات موجود در این مطالعه که به این مقوله اجتماعی بهداشتی توجه داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

جمله راهکارهایی است که می‌تواند در کاهش آسیب‌های ناشی از خشونت در خانواده مؤثر باشند (۵۶). ساریچلو و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود، مهارت‌های چهارگانه ارتباط مؤثر روابط بین فردی (مقابله با تنش، حل مسأله، تصمیم‌گیری و ارتباط با همسر) را به ۳۰۱ زن ۲۰ تا ۵۰ ساله مقیم شهر قزوین آموزش دادند، جهت ارزیابی تأثیر مهارت‌آموزی به زنان در جریان زندگی و روابط با همسر، بعد از یک سال، پس از آزمون انجام شد. پس از مداخله، میانگین خشونت علیه زنان توسط همسرانشان کاهش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. با این حال در این مطالعه برخی از مصادیق خشونت که شامل شوخی‌های تحقیرآمیز، به هم ریختن سفره غذا، کودک‌آزاری، گاز گرفتن و کشیدن موها بود کاهش معنی‌داری داشتند ($p < 0/05$) (۵۷).

در ابعاد کلی‌تر و با اهمیت دادن به نتایج مطالعات مختلف، تصویب قانونی جامع جهت مقابله با خشونت خانگی، بهبود وضعیت اقتصادی زنان جامعه، تلاش جهت افزایش آگاهی عمومی درباره خشونت خانگی، ارائه آموزش‌های لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائه برنامه‌هایی نظیر فراهم کردن خدمات حقوقی،

منابع

1. Bodaghabadi M. [Prevalence of violence and related factors in pregnant women referred to Shahid Mobini Hospital, Sabzevar] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2007;11(1):71-6
2. Babapor J, Sattarzadeh N, Khodaei R. [Physical violence against pregnant women, risk factor and Its relation to some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospitals in 2007] [Article in Persian]. J Urmia Nurs Midwifery Facul 2007;5(4):141-6.
3. Othman S, Mat Adenan NA. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. Asia Pac Fam Med 2008 Sep 29;7(1):2. doi: 10.1186/1447-056X-7-2.
4. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley E. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. Med J Aust 2001 Aug 20;175(4):199-201.
5. Schechter S, Ganley A. Domestic violence: a national curriculum for family preservation practitioners. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1995.
6. Qatrifi R, Qatrifi D. [Analytical discussion of violence against women] [Article in Persian]. Fam Health J 2004; 9(20):18-20.
7. Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. BMJ 2002 Oct 5;325(7367):779.
8. Satarzade N, Khodayi R, Babapour J. [Psychological violence risk factor against women and relationship with some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospital] [Article in Persian]. J Tabriz Nurs Midwifery 2008;3(11):10-7.
9. Salehi Sh, Mehralian H. [Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord] [Article in Persian]. J Shahrekord Univ Med Sci 2006;2:72-7.
10. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. Soc Sci Med 2011 May;72(9):1534-54.
11. Madzimbale FC, Khoza LB. Experiences of physical violence by women living with intimate partners. Curationis. 2010 Jun;33(2):25-32.

12. Muthal-Rathore A, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 Jan;76 (1):83-5.
13. Khodakarami N, Najji H, Dashti MG, Yazdjerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2009 May-Jun;15(3):622-8.
14. 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.
15. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG* 2003 Mar;110(3):272-5.
16. Raynor M. Pregnancy and the puerperium: the social and psychological context. *Psychiatry J* 2006;5:1-4.
17. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005 Jul;106(1):61-5.
18. Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2006 Sep;102(1-3):227-35.
19. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabai H. [Relationship between domestic violence during pregnancy and complications of pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz University of Medical Sciences] [Article in Persian]. *J Gonabad Univ Med Sci* 2007;13 (4):51-6.
20. Purwar MB, Jeaseeian L, Varhadpande U, Motgharew V, Pimplakute S. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. *J Gyneacol Res* 1999 Jun;25 (3):165-71.
21. Taggart L, Mattson S. Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy: cross-cultural implications. *Health Care Women Int* 1996 Jan-Feb;17(1):25-34.
22. Yang MS, Ho SY, Chou FH, Chang SJ, Ko YC. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birthweight infant among aborigines in Taiwan. *Public Health J* 2006 Jun;20(6):557-62.
23. Moraes CI, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differential in presence of intimate partner violence. *Int Gynecol Obstet* 2006 Dec;95(3):254-60.
24. Acros E, Uara C M, Molina I, Repposi A, Ulloa M. [Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health] [Article in Spanish]. *Rev Med Chil* 2001 Dec;129(12):1413-24.
25. Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(4):345-9.
26. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complication of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jun 10;103(1): 26-9.
27. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population- based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003 May;188(5):1341-7.
28. Stockl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo K. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012 Mar 5;12:12.
29. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006 Jan;11(1):90-101.
30. Cokkundes VE, Coker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol* 1999 May;93(5 Pt 1):661-6.
31. Grossman SF, Hinckley S, Kawalski A, Margrave C. Rural versus urban victim of violence: the interplay of race and region. *J Fam Violence* 2005 Apr;20(2):71-81.
32. Fernandez FM, Krueger PM. Domestic violence: effect of pregnancy outcome. *J Am Osteopath Assoc* 1999 May;99 (5):254-6.
33. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Mar 15;113(1):6-11.
34. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med* 2001 Dec;46(12):1031-9.
35. Neggens Y, Goldenberg R, Silver S, Hauth J. Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(5): 455-60.
36. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstet Gynecol* 2003 Sep;102(3):557-64.
37. Asling-Monemi K, Pena R, Ellisberg 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.
38. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2002 Oct;100(4):700-5.
39. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006 Oct;2(10):1576-84.
40. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. [Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and postnatal depression] [Article in Persian]. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2008;13(2):57-68.
41. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obste* 2002 Nov;79(2):159-66.

42. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004 Mar 13;328(7440):621-4.
43. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer J, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med* 2006 Jun;30(6):458-66.
44. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG* 2005 Feb;112(2):197-204.
45. Hadizadeh Talasaz F, Bahri N, Tavakolizadeh J. [The comparison of the rate of postpartum depression between NVD & C/S emergency in primipare women referring to the 22 Bahman Hospital in Gonabad] [Article in Persian]. *J Kermanshah Uni Med Sci* 2004;4:21-30.
46. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008 Mar;137(1):50-5.
47. Soleimani M, Jamshidimanesh M, Daneshkojuri M, Hoseini F. [Correlation between partner violence and preterm labor] [Article in Persian]. *JQUMS* 2012;15(4):53-9.
48. Finnbogadottir H, Dejin-Karlsson E, Dykes AK. A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011 Feb 21;11:14.
49. Lau Y, Chan K. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *J Midwifery Womens Health* 2007 Mar-Apr;52(2):e15-20.
50. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol* 2006 Jul;195(1):140-8.
51. Cooke M, Schmied V, Sheehan A. An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery* 2007 Mar;23(1):66-76.
52. Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and feeding status. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences* . 2007;13(61): 20-27. [Article in Persian]
53. Bonds DE, Ellis SD, Weeks E, Palla SL, Lichstein P. A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices. *BMC Fam Pract* 2006 Oct 25;7:63.
54. Larkin GL, Rolniak S, Hyman KB, MacLeod BA, Savage R. Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an urban emergency department. *Am J Public Health* 2000 Sep;90(9):1444-8.
55. Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM, Spinola CG. Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. *Aust N Z J Public Health* 1998 Aug;22(5):598-603.
56. Navabinnejad S. [Domestic violence and effective therapeutic approaches. Proceedings of the 1st National Congress on Family PathologyTeharn, Iran]. Tehran; 2004:246. {in Persian}.
57. Sarichloo ME, Ghafelehbashy SH, Kalantari Z, Moradi Bagloei M, Jahani-Hashemi H. [Domestic violence against women and preventive intervention in the Minoodar & Kosar regions Of Qazvin] [Article in Persian]. *JQUMS* 2010;13(4):19-24.