

شیوع خشونت خانگی بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر شایسته جهانفر*^۱، اقدس ملک زادگان^۲، روح انگیز جمشیدی^۳

چکیده

مقدمه: خشونت اعمال شده بر زنان از طرف همسرانشان دارای شیوع بالایی است. خشونت خانگی تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روحی مادر و جنین محسوب می شود.

هدف: تعیین شیوع همسرآزاری در دوران بارداری بین زنان مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران.
نوع پژوهش: این پژوهش از نوع مقطعی بوده است که در آن اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد بررسی شیوع خشونت خانگی، به روش مصاحبه چهره به چهره جمع آوری گردید. از نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.
نمونه پژوهش: ۱۸۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران، نمونه پژوهش را تشکیل داده اند. روش نمونه گیری به صورت مستمر و تعداد نمونه متناسب با میزان مراجعه به بیمارستان های منتخب بوده است. شش بیمارستان دارای بخش زایمان و درمانگاه مراقبت بارداری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران شامل بیمارستان های اکبرآبادی، لولاگر، شهدای یافت آباد، حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزآبادی و فیروزگر به عنوان محیط پژوهش مورد استفاده قرار گرفته اند.
نتایج: یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که شیوع همسرآزاری در کل ۶۰/۱۶٪ و شامل سه نوع همسرآزاری جسمی (۱۴/۶٪)، روحی - روانی (۶۰/۵٪) و جنسی (۲۳/۵٪) بود. و همچنین آسیب های شدید ناشی از همسرآزاری جسمی ۴۳/۳٪ موارد، همسرآزاری روحی - روانی ۲۴/۲٪ موارد و همسرآزاری جنسی ۳/۵٪ موارد گزارش گردید.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، خشونت خانگی دارای شیوع بالایی نسبت به تحقیقات مشابه بوده است. لذا پیشنهاد می شود کلیه درمانگاه های مراقبت از بارداری، زنان باردار را از نظر مواجهه با خشونت خانگی غربالگری نمایند. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های آتی شیوع خشونت خانگی را در سطح جامعه با استفاده از نمونه گیری خوشه ای انجام گیرد.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، همسر آزاری در دوران بارداری، شیوع همسر آزاری.

^۱ استادیار دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (* مؤلف مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

^۳ عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مقدمه

شیوع خشونت اعمال شده بر زنان از طرف همسرانشان در دیگر کشورها ۱ به ۴ در نظر گرفته شده است که منجر به عواقب روحی- روانی و اجتماعی بسیاری از جمله اقدام به خودکشی، بزهکاری، مصرف الکل و مواد مخدر، افسردگی و استرس می شود. قربانی اصلی عمدتاً زنان هستند اما کودکان نیز اثرات مخرب این واقعه ناگوار را به طور غیر مستقیم تجربه می کنند (Helten, ۱۹۹۶).

خشونت خانگی گاه در دوران بارداری شروع می شود و یا شدت می گیرد (Gells, ۱۹۷۵). برخی از پژوهش ها کمتر شدن خشونت ها را در طی دوران بارداری (Stewart و Ceutti, ۱۹۹۳) و برخی دیگر تغییر نوع خشونت را (Hillard, ۱۹۹۵) گزارش کرده اند.

ضربات متعدد و صدمات چندگانه و یا ضربات وارده بر شکم زن باردار نیز در گزارش های متعددی آمده است (Helten, ۱۹۹۶, Stark و Flitcraft و Frazier, ۱۹۹۹). افزایش سقط، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد، صدمات وارد شده بر جنین و مرگ جنینی ناشی از ضربات وارد شده بر شکم (Schei, Samuelsen, و Bakkerei, ۱۹۹۱, Bohn, ۱۹۹۰, Hilberman و Munson, ۱۹۹۸)، زایمان سریع و کوریوآمینوتیس (Parker, ۲۰۰۲) از عوارض ناشی از خشونت اعمال شده بر زنان در طی بارداری به شمار می آیند.

خطرات بسیاری خانم های باردار تحت خشونت خانگی را تهدید می کند. مهمترین این خطرات زایمان زودرس است که در نتیجه نوزاد متولد شده نیز در معرض مخاطره می باشد (Parker, ۲۰۰۲). خشونت خانگی تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روحی مادر و کودک او قبل و بعد از تولد محسوب می شود. علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، عفونت های مادری، وزن گیری نامناسب مادر در حین بارداری نیز گزارش شده است (Browne, ۱۹۹۷). در مواردی که خشونت مکرر و دائمی است، همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی نیز جلوگیری می نمایند (Parker, ۲۰۰۲). این زنان برای دریافت مراقبت های دوران بارداری نیز با تاخیر مراجعه می کنند (Taggart و Mattson, ۱۹۹۶). افزایش مصرف سیگار، الکل، داروهای غیرمجاز و مواد مخدر، آنمی، عفونت ها، همچنین تلاش برای خودکشی در بین زنان مذکور با نرخ

بالایی گزارش شده است (Landwehr و Wieman و Berenson, ۱۹۹۵, Helten, ۱۹۹۶). صدمات وارده به نوزاد که موجب شکستگی استخوان، زخمهای ایجاد شده با چاقو، کبودی بدن کودکان تازه متولد شده نیز در گزارش ها آمده است (Newberger و همکاران, ۱۹۹۲, Morey و Beyleiter و Haris, ۱۹۹۱). سوء استفاده جنسی از کودکانی که مادرانشان تحت خشونت بوده اند به کرات گزارش شده است (Gazmararian و همکاران, ۱۹۹۶). اثرات خشونت خانگی علاوه بر مادر باردار و نوزاد تازه متولد شده او بر دیگر اعضاء خانواده نیز قابل توجه است (Taggart و Mattson, ۱۹۹۶).

مطالعات انجام شده در زمینه خشونت خانگی در دوران بارداری شامل شیوع آن و یا متغیرهای تاثیر گذار بسیار متنوع است. Gazmararian و همکارانش شیوع خشونت خانگی را بین ۹٪ گزارش می کنند (۱۹۹۶). این دامنه وسیع همچنین در مقالات متعدد دیگر به چشم می خورد.

تناقض های موجود در مقالات می تواند ناشی از ابزار مورد استفاده، درک مادران از خشونت و تعریف آن، محیط فرهنگی و اجتماعی که در آن زیست می کنند و یا عدم گزارش دهی صحیح باشد. به هر حال یکی از دلایل پژوهشگر برای پرداختن به پژوهش حاضر، آن بود که نتایج مطالعات انجام شده خارجی بسیار متفاوت و در مواردی متناقض می باشند.

خشونت خانگی همواره نظر مسئولین بهداشتی را به خود معطوف ساخته است و پرسشگری از اعمال خشونت بر زنان به عنوان وظایف پرسنل بهداشتی مطرح شده است (Bowes و Watson, ۲۰۰۱). در این راستا به کارگیری ابزار مناسب مورد بحث بوده و انواع مختلف پرسشنامه های خود ایفا و یا جمع آوری اطلاعات به شیوه مصاحبه مورد آزمون قرار گرفته است (Clark و Martin و Petersen, ۲۰۰۰) و حال آن که به کارگیری ابزار استاندارد مورد تاکید و وفاق محققین می باشد (Ballard و Satzman و Gazmararian, ۱۹۹۸). هم اکنون تقریباً در تمامی کشورهای توسعه یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه غربالگری خشونت خانگی به ویژه در دوران بارداری انجام می شود. در ایران متأسفانه، نه تنها در این رابطه پرسش از مراجعه کنندگان به درمانگاه های مراقبت بارداری و یا دیگر

درمانگاه‌ها انجام نمی‌پذیرد، بلکه تحقیقات موجود در این زمینه نیز انگشت شمار هستند. تنها در چندسال گذشته سازمان‌های غیر دولتی زنان و یا برخی از نهادهای وابسته به دولت اقدام به بررسی این معضل اجتماعی نموده‌اند. یکی دیگر از دلایل انجام این تحقیق فقدان اطلاعات لازم در رابطه با خشونت خانگی در ایران و اثرات آن بر زنان باردار ایرانی بود. پژوهش حاضر با هدف بدست آوردن شیوع خشونت خانگی یا همسرآزاری در بین زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است و لزوم یا عدم لزوم غربالگری همسرآزاری را در جامعه ایرانی مشخص می‌سازد. مطالعه حاضر بر آن است تا میزان شیوع خشونت‌های اعمال شده بر زنان باردار (شامل خشونت‌های جسمی، روحی- روانی و خشونت‌های جنسی) را بررسی نماید. این مطالعه زمینه ارتقاء بهداشت خانواده، پیشگیری از عواقب اجتماعی ناشی از خشونت‌ها از قبیل بزه، طلاق، خودسوزی و افسردگی‌ها را فراهم آورده و گامی اندک در جهت حمایت از زنان باردار و بنیان خانواده است.

روش کار

این تحقیق از نوع مقطعی بود که در طی آن خانم‌های مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراقبت بارداری و یا خانم‌های تازه زایمان کرده بستری در بخش‌های بعد از زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از پرسشنامه استاندارد مورد مصاحبه قرار گرفتند. حجم نمونه معادل ۱۸۰۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت مستمر و متناسب با میزان مراجعه بود. حجم نمونه تعیین شده به نسبت تعداد مراجعین بین بیمارستان‌های علوم پزشکی ایران که دارای بخش زایمان و درمانگاه مراقبت از بارداری بودند (بیمارستان شهید اکبر آبادی، لولاگر، شهدای یافت آباد، حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزآباد و فیروزگر) تقسیم گردید. نمونه‌ها در نوبت‌های کاری مختلف جمع‌آوری شدند. اولین نمونه از شماره زوج پرونده انتخاب گردید و سپس یکی در میان نمونه‌ها جمع‌آوری شدند.

آموزش‌های لازم درخصوص فراهم آوردن محیط مناسب جلب همکاری نمونه‌ها، ایجاد حس اعتماد و اطمینان در آن‌ها به منظور دستیابی به نتایج واقعی و حساسیت‌زدایی به پرسشگران

داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک فرم ثبت اطلاعات و یک پرسشنامه استاندارد سنجش همسرآزاری بود. دربرگه ثبت اطلاعات، مشخصات فردی نمونه نظیر سن، سن ازدواج، سن همسر، میزان تحصیلات نمونه و همسر وی، میزان درآمد ماهیانه او و همسرش و نوع مسکن مورد سوال قرار گرفت. پرسشنامه استاندارد سنجش همسرآزاری، بخش دیگری از ابزار را تشکیل می‌داد که خود مشتمل بر ۳۲ سوال بود. ده سوال به بررسی آزار جسمی و شدت آن مربوط بود و شامل مواردی نظیر تهدید و آسیب‌رسانی از طریق اسلحه گرم یا سرد سیلی‌زدن، مشت زدن، هل دادن، لگد زدن، بریدن و زخم کردن، سوزاندن، شکستن استخوان‌ها، صدمه و آسیب به اندام‌های داخلی بود. اگر در سوالات مربوط به آسیب جسمی هر یک از موارد علامت خورده بود، وجود آسیب جسمی در مورد نمونه مذکور ثبت گردید. در صورتی که مورد علامت خورده منجر به درد و آسیب موقت شده بود، آسیب جسمی خفیف تلقی گردید. و در صورتیکه درد و آسیب طولانی‌عاری شده بود، آسیب جسمی شدید تلقی شد. در صورتی که بیش از یک مورد در بخش آسیب جسمی علامت خورده بود و همه موارد منجر به درد و آسیب موقت شده بود، آسیب جسمی متوسط و اگر حتی یکی از موارد منجر به درد و آسیب طولانی شده بود، آسیب جسمی شدید فرض گردید.

سوال‌های ۱۱ تا ۲۴ آسیب روحی- روانی را مورد بررسی قرار می‌دادند. اگر نمونه ذکر می‌کرد که فرد از همسر خویش می‌ترسد و یا جان او از طرف همسرش مورد تهدید قرار گرفته است، آسیب روحی- روانی شدید تلقی گردید. در صورتی که بیش از دو مورد از سوالات علامت خورده بود آسیب روحی روانی متوسط تلقی گردید و اگر پاسخ یکی از موارد مثبت بود آسیب روحی- روانی خفیف تلقی گردید.

در بخش آسیب جنسی اگر هر یک از سوالات ۲۵ تا ۳۱ علامت خورده بود، وجود آسیب جنسی ثبت گردید. در صورتیکه نمونه به این سوال که (آیا در روابط جنسی دچار آسیب فیزیکی شده‌اید) پاسخ مثبت داده بود، آسیب جنسی شدید و در غیر اینصورت آسیب جنسی خفیف تلقی گردید. اگر هر ۲ سوال (آیا همسران شما را مجبور به نزدیکی جنسی می‌نمایند، آیا انجام عملیات جنسی از طرف همسران با خشونت همراه است)، پاسخ مثبت داشتند آسیب جنسی متوسط تلقی گردید. این

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی انواع همسرآزاری به صورت ترکیبی

| نوع آزار | تعداد | درصد |
|--------------------|-------|------|
| روحي- روانی | ۵۱۶ | ۴۷/۳ |
| جنسی و روحي- روانی | ۳۰۹ | ۲۸/۳ |
| جسمی و روحي- روانی | ۱۴۱ | ۱۲/۹ |
| هر سه آزار | ۱۲۵ | ۱۱/۵ |
| جمع | ۱۰۹۱ | ۱۰۰ |

ابزار برداشتی از پرسشنامه های رایج مورد استفاده در درمانگاه های مراقبت از بارداری کشور های توسعه یافته ای چون انگلستان و ایالات متحده امریکا می باشد که با فرهنگ ایرانی تطبیق داده شده است. همچنین ابزار پژوهش توسط شورایی متشکل از صاحب نظران و ۱۰ نفر از اساتید اعتبارسنجی شده است و توسط پرسشگران بر روی ۲۰ نمونه که جزء نمونه های مطالعه محسوب نشده اند مورد بررسی قرار گرفته است. معیار پذیرش نمونه بارداری و تمایل به شرکت در مطالعه بوده است.

نتایج

محدوده سنی نمونه ها ۱۵ تا ۴۵ سال با میانگین و انحراف معیار $25/80 \pm 5/27$ بوده است. سن ازدواج نمونه ها بین ۱۵ تا ۳۸ سالگی و با میانگین و انحراف معیار $20/14 \pm 4/02$ بود. سن همسران نیز دارای میانگین و انحراف معیار $30/58 \pm 5/7$ بود. بررسی سطح تحصیلات نمونه ها حاکی از آن بود که بیشترین تعداد نمونه ها (۵۱/۳٪) دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند. سطح تحصیلات همسران آن ها نیز در ۵۷٪ موارد ابتدایی و راهنمایی بوده میانگین و انحراف معیار سطح در آمد زنان $79/14 \pm 43/03$ هزار تومان، مردان $106/65 \pm 64/82$ هزار تومان و جمع درآمد زن و شوهر $71/28 \pm 112/76$ هزار تومان بود. ۵۲/۸٪ نمونه ها اجاره نشین، ۲۶/۷٪ مالک و ۱۹/۲٪ در مسکن بلا عوض اقامت داشتند.

شیوع همسرآزاری در مطالعه حاضر ۶۰/۶ بدست آمده است (۱۰۹۱ مورد از ۱۸۰۰ نمونه) که به صورت همسرآزاری جسمی (۱۴/۶٪)، روحي- روانی (۶۰/۵٪) و جنسی (۲۳/۵٪) گزارش شده بود. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی انواع همسرآزاری را به صورت ترکیبی نشان می دهد. چنانچه از این جدول بر می آید بیش از نیمی از زنانی را که مورد آزار همسران خود قرار گرفته اند، کسانی تشکیل می دادند که حداقل از دو جنبه مورد آزار و اذیت قرار داشتند. نکته قابل توجه آنکه بیش از ۱۰٪ این افراد هر ۳ نوع آزار جسمی، روحي- روانی و جنسی را متحمل شده اند. شدت همسر آزاری به تفکیک نوع آن در جدول شماره (۲) به نمایش در آمده است.

جدول شماره ۲: شدت همسرآزاری به تفکیک نوع آن

| شدت آسیب | تعداد | درصد |
|-------------|-------|------|
| جسمی | | |
| خفیف | ۴ | ۱/۵ |
| متوسط | ۱۴۵ | ۵۵/۲ |
| شدید | ۱۱۴ | ۴۳/۳ |
| روحي- روانی | | |
| خفیف | ۳۴ | ۳/۱ |
| متوسط | ۷۹۲ | ۷۲/۷ |
| شدید | ۲۶۴ | ۲۴/۲ |
| جنسی | | |
| خفیف | ۳۵۲ | ۸۳ |
| متوسط | ۵۷ | ۱۳/۴ |
| شدید | ۱۵ | ۳/۵ |

بحث و نتیجه گیری

شیوع همسرآزاری در این مطالعه ۶۰/۶ بدست آمده که به صورت همسرآزاری فیزیکی (۶۰/۵٪)، روحي- روانی (۲۳/۵٪) و جنسی (۱۴/۶٪) گزارش شده بود. مطالعات مشابه از نظر طراحی نیز در خانم های باردار و در بین مراجعه کنندگان به درمانگاه های مراقبت از بارداری نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده اند. مطالعه ای در ایالت متحده آمریکا، کارولینای شمالی به صورت یک مطالعه آینده نگر بر روی خانم های باردار مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت از بارداری از سال ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۶ انجام شده است. از ۵۵۰ نفر شرکت کننده در این مطالعه ۳ پرسشنامه ارزیابی وضعیت اعمال خشونت خانگی در

تا زمان انجام مطالعه) بررسی شده بود. بررسی بر روی ۷۳۳۶ نمونه اعداد زیر شامل ۱۷/۲٪ سابقه آزار جسمی، ۸/۲٪ آزار جسمی در حال حاضر، ۲/۳٪ سابقه آزار جنسی و ۴/۲٪ آزار جنسی در حین حاملگی را به دست داده بود. چنانچه از مقایسه مطالعات انجام شده برمی آید شیوع همسرآزاری با توجه به ابزار مورد استفاده در خانم‌های باردار مراجعه کننده به درمانگاه دارای محدوده بسیار وسیعی است. این نکته که پدیده حاملگی منجر به کاهش شیوع همسرآزاری در دوران بارداری می‌شود از نتایج برخی از مطالعات مشهود است (Evan و Quinlivan، ۲۰۰۱، Fernandez و Krueyer، ۱۹۹۹).

در مطالعه حاضر عدد ۱۴/۶٪ گویای آزار جسمی بوده است بدون آنکه از سابقه آزار جسمی پرسش شود، معذالک اگر فرض شود که با توجه به مسائل فرهنگی و اعتقادی، همسران در حین بارداری مراعات حال زنان را می‌نمایند، پس شیوع همسرآزاری در شرایط غیرحاملگی بسیار بیشتر خواهد بود. در عین حال به نظر می‌رسد که انجام مطالعه دیگری در زنان غیر باردار جهت بررسی فرضیه فوق ضروری است.

شدت همسرآزاری جسمی، روحی- روانی و جنسی به ترتیب در جدول شماره ۲ دیده می‌شود. چنانچه از جدول برمی‌آید بیشترین درصد مربوط به آسیب جسمی متوسط (۵۵/۲٪) تعلق دارد و پس از آن به ترتیب آسیب جسمی شدید (۴۳/۳٪) و خفیف (۱/۵٪) قرار دارند. آسیب جسمی منجر به صدمه و آسیب طولانی در این پژوهش رقم بالایی را به خود اختصاص می‌دهد (۴۳/۳٪) و همین امر بیانگر اهمیت مسئله است. بررسی Janson و Hedin (۲۰۰۰) بر روی ۲۰۷ زن سوئدی صدمات فیزیکی را بر روی بازوی فوقانی، صورت و ناحیه گردن گزارش کرده‌است. در این پژوهش ۹۵٪ از افرادی که در طی حاملگی خود مورد آزار قرار گرفته بودند قبل از بارداری نیز مورد خشونت واقع شده بودند، معذالک تنها ۴/۳٪ زنان تحت تاثیر خشونت شدید قرار داشتند. (Kleven، ۲۰۰۱) و نیز خشونت شدید را ۱۳/۳٪ ذکر نموده است. Covington و همکاران (۲۰۰۱) که در روی ۵۵۰ زن باردار آمریکایی (کارولینای شمال) مطالعه‌ای آینده‌نگر را انجام داده بود، خشونت شدید را ۶/۷٪ گزارش کرده‌اند. در مجموع دیرینه مطالعات و پژوهش‌های مربوط نشان می‌دهند که آمار خشونت جسمی شدید در پژوهش حاضر بسیار بالاتر از ارقام دیگر

طی ۳ نوبت مراجعه جهت کنترل‌های دوران بارداری تکمیل شده است. در این مطالعه تجربه همسرآزاری جسمی ۱۳/۵٪ گزارش شده است که به عدد مربوط به مطالعه حاضر (۱۴/۶٪) نزدیک می‌باشد. در این گروه ۶/۷٪ خشونت شدید (شامل کتک‌خوردن، لگد زدن، آسیب دیدگی با اسلحه و صدمات وارده به شکم) را تجربه کرده بودند که در مقابل درصد خشونت متوسط (شامل تهدید، سیلی خوردن، هل داده شدن و خشونت جنسی) مجموعاً ۶/۷٪ گزارش شده بود. (Covington و Haye و Hall و Mathis، ۲۰۰۱). همچنین مطالعه دیگری بر روی ۲۰۷ زن سوئدی مراجعه کننده به کلینیک‌های مراقبت بارداری با استفاده از Severity of Violence Against Woman Scale (Womans) همسرآزاری جسمی شدید را ۴/۳٪ گزارش نموده است (Janson و Hedin، ۲۰۰۰).

در مطالعه Bethea, Anderson, Coker و Cokkinides (۱۹۹۹) که بر روی ۶۱۴۳ خانم باردار در بین سالیان ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۵ در جنوب کارولینا انجام شده است، و شیوع خشونت جسمی ۱۱/۱٪ ذکر گردیده است. ۴۶٪ این خانم‌ها بوسیله همسرانشان و مابقی بوسیله دیگر نزدیکان مرد مورد آزار جسمی واقع شده بودند. ۵۴٪ این زنان ذکر کرده‌بودند که برای دفاع از خود، ناچار به درگیری شدید جسمی شده‌اند.

Fernandez و Krueyer (۱۹۹۹) نیز ۴۸۹ خانم باردار را مورد مطالعه قرار داد که ۲۰٪ آن‌ها خشونت خانگی را گزارش نموده بودند. در مطالعه دیگری در استرالیا (Webster و Stolz, Sweet، ۱۹۹۴) که بر روی ۱۰۱۴ زن انجام شده بود سابقه آزار ۲۹/۷٪ گزارش شده است که این نسبت در دوران حاملگی تا هفته ۳۶ حاملگی به ۸/۹٪ کاهش یافته بود.

همچنین در استرالیا مطالعه Evan و Quinlivan (۲۰۰۱) شیوع همسرآزاری را ۲۹/۲٪ در بین ۵۳۷ خانم باردار گزارش کرده است. البته محدوده سنی این مادران ۱۲ تا ۲۲ سال بود که گروه سنی نوجوانان و جوانان را در بر می‌گرفت.

با استفاده از پرسشنامه Abuse Assessment Screen (AAS) جهت غربالگری همسرآزاری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های بارداری در آمریکا در بین سالیان ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۸ (با استفاده از ۵ سوال) آزار و اذیت را در گذشته (۱سال و قبل از انجام مطالعه) و حال (در طی یک سال

بحث و نتیجه گیری

جهت دستیابی به هدف این پژوهش، شیوع همسرآزاری در مطالعه حاضر به طور کلی ۶۰/۶٪ (۱۰۹۱ مورد از ۱۸۰۰ نمونه) بدست آمد که به ۳ دسته همسرآزاری جسمی با شیوع (۱۴/۶٪) روحی-روانی (با شیوع ۶۰/۵٪) و همسرآزاری جنسی (با شیوع ۲۳/۵٪) قابل تقسیم بود.

شدت همسرآزاری جسمی در ۳ رده خفیف، متوسط و شدید به ترتیب دارای فراوانی ۱/۵، ۵۵/۲ و ۴۲/۳٪ بود. شدت همسرآزاری روحی-روانی خفیف ۳/۱٪، متوسط ۷۲/۷٪ و شدید ۲۴/۲٪ بود. و همچنین شدت همسرآزاری جنسی خفیف ۸۳٪، متوسط ۱۳/۴٪ و شدید ۳/۵٪ به دست آمد. شیوع همسرآزاری در پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعات مشابه در سطح دنیا بسیار بالاتر بدست آمده است. از آنجا که تاثیرات منفی همسرآزاری در دوران بارداری در مطالعات به خوبی مشخص شده است توصیه می‌شود که کلیه درمانگاه‌های مراقبت از بارداری به طور معمول غربالگری همسر آزاری را انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که ماماها جهت مواجهه با چنین شرایطی آموزش لازم را ببینند تا بتوانند در مواقع لزوم مشاوره زنان باردار را انجام دهند. مراکز مددکاری در بیمارستان‌ها با در دست داشتن امکانات بیشتر قادر خواهند بود تا بعد از شناسایی موارد تحت خشونت کمک‌های لازم را در اختیار زوجین قرار دهند. در مواردی که همسرآزاری جسمی، روحی-روانی و یا جنسی شدید باشد، پیشنهاد می‌شود زن باردار ضمن انجام مشاوره جهت دریافت حمایت‌های بیشتر به "خانه حمایت از زنان" (هم اکنون در استان تهران ۶ مرکز آن موجود است) معرفی شود و یا آدرس این خانه‌ها که مخصوص زنان بی‌پناه و در معرض آزار و اذیت می‌باشد را اختیار آنان قرار گیرد تا در مواقع احساس خطر به این مراکز پناه آورند و از حمایت مددکاران، روانشناسان و مقامات انتظامی این مراکز بر خوردار شده و از جان خود و فرزندشان رفع خطر نمایند

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از سرکار خانم‌ها فضلی، شهسواری، امینی، غیائی، شکوری، فتحی، عسگری، غفاری، تهرانی، جوادی، سابقی، علینژاد، ترابی، ذکائیان، اسماعیلی، ندایی که در جمع آوری

پژوهش‌ها است. این امر می‌تواند مربوط به تفاوت در دسته‌بندی‌ها باشد از طرف دیگر در مجموع خشونت خانگی اعمال شده بر زنان باردار ایرانی بسیار بالا است که به عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی برمی‌گردد.

همسرآزاری روحی-روانی شدید ۲۴/۲ درصد گزارش شده است و بیشترین فراوانی در جدول ۲ مربوط به آزار روحی-روانی متوسط می‌باشد (۷۲/۷٪).

آزار روحی-روانی که شامل اهانت به خود، به مقدسات و خانواده است گاه از آسیب جسمی برای زنان درآوردتر و دشوارتر است. رخداد آزار جسمی نیز اغلب پس از به حداکثر رسیدن آزار روحی-روانی گزارش شده است. زنانی که در معرض این آزار جسمی قرار داشته‌اند، تجربه فشار روحی-روانی ناشی از توهین و ترس از اعمال آزار را بدتر و دشوارتر از درد جسمی ذکر می‌کنند.

همچنین ۸۳٪ از موارد، شدت همسرآزاری جنسی را خفیف گزارش کرده بودند، ۱۳/۴ درصد موارد آزار جنسی متوسط را گزارش نمودند و ۳/۵ درصد آزار جنسی شدید را تجربه کرده بودند که از این عده تنها (۰/۸٪) آزارشدید جنسی را همراه با پارگی پرینه گزارش نمودند. در هیچیک از موارد پارگی رکتوم، پارگی مجرای ادرار و یا هماتوم ناحیه پرینه و میان‌دوره ذکر نشده است.

Mazze (۲۰۰۱) می‌نویسد ۴۲/۳ درصد زنان مورد پژوهش او (۳۹۵ زن در یک دوره پی‌گیری) در معرض "آزار جنسی بدون تماس" قرار داشته‌اند. این آزار شامل استفاده از تهدیدها و یا الفاظ و اهانت‌هایی می‌شد که معانی جنسی داشتند و ۳۵/۷٪ در معرض "آزار جنسی با تماس" بودند. ۱۱/۸٪ تجاوز را در دوران زندگی خود تجربه کرده بودند.

Campbell (۱۹۹۶) گزارش می‌کند که ۹/۵٪ از ۷۹ زن باردار مورد مطالعه او مکرراً بوسیله همسرانشان مورد آزار جنسی قرار گرفته و به ۱۳/۹٪ آنان تجاوز می‌شده است. هرچند در برخی فرهنگ‌ها اجبار به نزدیکی جنسی در حالتی که فرد ازدواج کرده، تجاوز محسوب نمی‌شود اما این مسئله از نظر روانشناسان و محققین کاملاً شناخته شده است و تحت عبارت "Incest rape" و یا "Intermarriage rape" و یا تجاوز خانگی شناخته می‌شود.

- Helten, H. (1996). Battering during pregnancy. *American Journal of Nursing*, 86, 910-913.
- Hilberman, E, Munson, K. (1998). Sixty battered women. *Journal of Victomology*, 2, 460-47.
- Hillard, P.A. (1995). Physical abuse in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 66, 185-190.
- Kleven, Y. (2001). Physical violence against women in Santa Fe de Boyota, Colombia :prevalence and related factors. *Pan American Journal of Public Health*. 9 (2), 78-83.
- Mazze, D., Denner Stein,L., Garamszegi, C.V., Dudley, E.C. (2001). The physical sexual and emotional violence history of middle- aged women: A community based prevalence study. *Medical Journal of Australia*.169: 12 (3), 199- 201.
- Morey, M.A, Beyleiter, M.L., Haris, D.J. (1991). Profile of a battered fetus. *Lancet*. 2, 1294-1295.
- Newberger, E.H., Barkan, S.E., Lieberman, E.S., McCormack, M.C., YHIO, K., Bary, L.T., Schechter, S. (1992). Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. *Journal of American Medical Associations*. 267, 2370-2372.
- Parker, B., Chouaf, K. (2002). Intimate partner violence following pregnancy. *Journal of Archives of Pediatrics and Adolescence in Medicine*. 156(4), 313-314.
- Quinlivan, J.A., Evan, S.F. (2001). A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *Journal of Pediatrics and Gynecology*. 14 (1), 17-23.
- Schei, B., Samuelsen, S.O., Bakkereiy, L.S. (1991). Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scand Journal of Social Medicine*. 19, 26-31.
- Stark, E., Flitcraft, A., Frazier, W. (1999). Medicine and patriarchal violence: The social construction of a private event. *International Journal of Health Services*. 9, 461-493.
- Stewart, D.E., Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Journal of Canadian Medical Association*. 149,1257- 1263.
- Taggart, L., Mattson, S. (1996). Delay in prenatal care as a result of battering in pregnancy. *Journal of Health Care Women International*. 17, 25-34.
- Webstrer, J., Sweet, S. Stolz, A.T. (1994). Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Medical Journal of Australia*. 17: 161(8), 463-4.
- Wieman, C.M., Berenson, A.B., Landwehr, B.M. (1995). Racial and ethnic correlates of tobacco, alcohol and illicit drug use in a pregnant population. *Journal of Violence Victims*. 40, 571-578.
- اطلاعات و پرسشگری طرح حاضر، همکاری داشته اند
سیاسگزاری می شود.
- منابع**
- Ballard, T., Satzman, L.E., Gazmararian, J.A. (1998). Violence during pregnancy: Measurement Issues. *American Journal of Public Health*. 88(2), 274-276.
- Bohn, D.K. (1990). Domestic violence and pregnancy: implications for practice. *Journal of Nuring and Midwifery*. 35, 86-98.
- Bowes, J.D., Watson, A. JR. (2001). Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*. 46, 1031-1039.
- Browne, A. (1997). *When Battered Women Kill*. (2nd ed). Australia: Collier MacMillan. 232.
- Campbell, J.C. (1996). Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science*. 8,36- 51.
- Clark, K.A., Martin, S.L., Petersen, R. (2000). Who gets screened during pregnancy for partner violence? *Journal of Archieve of Family Medicine*. 9 (10), 1093-1099.
- Cokkinides, V.E., Coker, A.L., Aanderson, M., Addy, C., Bethea, L. (1999). Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 93 (5PT 1), 661-6.
- Covington, D.L., Haye, M., Hall, T, Mathis, M. (2001). Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*. 46 (12), 1031-9.
- Fernandez, F.M., Krueyer, P.M. (1999). Domestic violence: effect on pregnancy outcome. *Journal of American Osteoprosis Association*. 99 (5),254-6.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spite, A.M., Ballar, T.J., Saltzman, L.E., Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women: a review of the literature. *Journal of American Medical Associations*. 275, 1915-1920.
- Gells, R.J. (1975). Violence and pregnancy: a note on the extent of the problem and needed services: *Family Coordination*. 24, 81-86.
- Hedin, L.W., Janson, P.O. (2000). Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Journal of Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia*. 79 (8), 625-30.

THE PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE AMONG PREGNANT
WOMEN WHO WERE ATTENDED IN IRAN UNIVERSITY OF MEDICAL
SCIENCES' HOSPITALS

Jahanfar, Sh. Ph.D*¹ Malkzadegan, A. MS² Jamshidi, R. MS³

ABSTRACT

Background: The prevalence of domestic violence (DV), men's violence against women during pregnancy is very high, and is associated with significant psychological and physical impairment of mother and the fetus.

Objective: The major objective of this study was to determine the prevalence of DV among expectant mothers who had attended in Iran University of Medical Sciences' (IUMS) hospitals.

Design: This is a cross sectional study, in which the subjects were interviewed by using a standard questionnaire.

Sample: 1800 subjects were selected, by using consecutive sampling in 6 major hospitals of IUMS.

Results: The prevalence of DV was found to be 60.6%, including 3 types of physical, psychological and sexual, with the prevalence of 14.6%, 60.5% and 23.5% respectively. Severe physical DV was 43.3. Severe psychological and sexual DV were also found (24.2 and 3.5%).

Conclusion: DV had a high prevalence in this study. It is recommended that all accessible pregnant women be screened for DV. Study of the prevalence of DV within the community with a larger sample size, and using cluster sampling method would be of immense value.

Key Words: Domestic Violence, Pregnancy, Prevalence.

¹. Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (* Corresponding Author)

². Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

³. Senior Lecturer, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran