

خشونت خانگی در میان زنان قبل و حین بارداری

کزال حسامی^۱ *ماهرخ دولتیان^۲ جمال شمس^۳ حمید علوی مجد^۴

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از زنان خشونت خانگی را قبل و حین بارداری تجربه می‌کنند. اگر چه پیامدهای جدی خشونت بر سلامت مادر و کودک در مطالعات مختلف بررسی شده است اما در مورد امکان تغییر خشونت در بارداری اطلاعات کمی وجود دارد. با توجه به این که انواع مختلف خشونت می‌توانند پیامدهای متفاوتی بر سلامت زنان داشته باشند، اطلاعات بیشتری در مورد تغییرات انواع خشونت در بارداری مورد نیاز است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه انواع خشونت خانگی قبل و حین بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۴۳ خانم باردار انجام شد. معیار ورود به مطالعه، زنان باردار ۱۵-۴۵ ساله در ماه آخر بارداری، ایرانی، قومیت کرد و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود. ابتدا در یک محیط خصوصی اهداف مطالعه برای زنان باردار توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و دارا بودن شرایط لازم، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و سابقه‌ی مامایی و همچنین تجربه خشونت قبل از بارداری و طی بارداری فعلی جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS انجام شد. میانگین و انحراف معیار و آزمون های تی تست، مک نمار و کای اسکور برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: بررسی کلی خشونت خانگی نشان داد که ۸۶/۴ درصد زنان قبل از بارداری و ۶۸/۷ درصد از زنان خشونت خانگی را در بارداری تجربه کرده بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). بررسی جزئی تر نشان داد که در بارداری نسبت به قبل از بارداری به طور معنی داری شیوع هر سه نوع خشونت فیزیکی (۶۷/۹ درصد در مقابل ۲۴/۷ درصد)، عاطفی (۵۴/۳ درصد در مقابل ۶۷/۹ درصد) و جنسی (۵۵/۱ درصد در مقابل ۶۹/۵ درصد) کاهش یافته بود. همچنین خشونت قبل از بارداری یک ریسک فاکتور قوی برای خشونت در طی بارداری بود. با وجود این که شیوع کلی خشونت خانگی در بارداری کاهش یافته بود اما تقریباً ۹۹ درصد زنان خشونت دیده در بارداری، در دوره قبل از بارداری نیز خشونت را تجربه کرده بودند و موارد جدید خشونت در بارداری اندک بود.

نتیجه گیری: این یافته‌ها باید ارائه دهندگان مراقبت را آگاه کند که در زنان خشونت دیده قبل از بارداری، اغلب تجربه خشونت در بارداری هم ادامه می‌یابد. لذا غربالگری روتین خشونت در سرویس‌های خدماتی یک اقدام مناسب برای کاهش اثر بر مادر و جنین اوست.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی - خشونت فیزیکی - خشونت جنسی - خشونت عاطفی - بارداری

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

^۲ مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول) شماره تماس: ۰۲۱۸۸۸۸۳۱۳۳

Email: mhdolatian@yahoo.com

^۳ استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران، ایران

^۴ دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران، ایران

مقدمه

خشونت یک معضل جهانی است که پیکر جامعه را فرو می‌ریزد و زندگی، سلامتی و شادابی فرد را تهدید می‌کند^(۱). زنان، دختران و کودکان معمولاً قربانیان تراز اول خشونت هستند^(۲). خشونت خانگی رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است^(۳). یک سوم زنان در طول زندگی و یک نهم هر ساله خشونت خانگی را تجربه می‌کنند و تقریباً ۴۰-۳۰ میلیون زن در سراسر جهان از عوارض بعدی آن رنج می‌برند^(۴). در ایالات متحده هر ساله حدود ۵/۸ میلیارد دلار برای مراقبت پزشکی و روانی ناشی از خشونت خانگی هزینه می‌شود^(۵).

خشونت یک اپیدمی پنهان و مداوم است^(۶) و می‌تواند در هر زمانی از زندگی زنان روی داده و سلامت و سعادت آنان را تحت تاثیر قرار دهد^(۷). لذا بسیاری از زنان قبل و حین بارداری خشونت را تجربه می‌کنند^(۸). شیوع خشونت خانگی اعمال شده در بارداری از ۳۰-۱۰ درصد در مطالعات مختلف گزارش شده است^(۹). میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار ایرانی در مطالعات انجام شده بیش از ۶۰٪ گزارش شده است^(۱۰،۱۱،۱۲،۱۳). مطابق اعلام مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، خشونت در بارداری ممکن است شایع‌تر از مشکلاتی مانند دیابت، پره‌اکلامپسی و نقص لوله عصبی باشد^(۵) که به صورت روتین در طی مراقبت بارداری غربالگری می‌شوند^(۱۴،۱۵). بارداری یک دوره پرخطر برای زنان خشونت دیده است، زیرا علاوه بر آسیب مادر، سلامت جنین را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۱۶). ارتباط بین خشونت در بارداری و آسیب فیزیکی، روانی، پیامد بد بارداری و مرگ مادر در مطالعات مختلف تایید شده است^(۱۷). بارداری ناخواسته، افزایش وزن نامناسب، سقط، زایمان زودرس، دکلمان، وزن کم هنگام تولد، کاهش حرکات و رشد جنین، لیبر کاذب، اختلال تغذیه آئمی، بزهکاری، ابتلا به بیماری‌های منتقله‌ی جنسی، مصرف

الکل و مواد مخدر، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن استرس، افسردگی و خودکشی در زنان تجربه‌کننده‌ی خشونت خانگی بالاتر است^(۹،۱۷،۱۸). در مواردی که خشونت مکرر و دائمی است همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی جلوگیری می‌نمایند. این زنان برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نیز با تاخیر مراجعه می‌کنند^(۱۳).

اگر چه پیامدهای جدی خشونت بر سلامت مادر و کودک در مطالعات مختلف بررسی شده است اما در مورد امکان تغییر خشونت در بارداری اطلاعات کمی وجود دارد^(۷). تعدادی از تحقیقات گزارش کرده‌اند که بارداری یک دوره برای افزایش خطر خشونت است^(۱۷،۱۹). بررسی‌ها نشان داده است که بارداری مانعی برای خشونت خانگی نیست^(۲۰) همچنین حاملگی در زن با توجه به حالت آسیب‌پذیری بیشتری که در او به وجود می‌آورد به مثابه محرکی برای مرد او را وادار به اعمال خشونت می‌کند^(۲۱). یانگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ گزارش کردند که احساسات دو گانه زن در بارداری، افزایش آسیب‌پذیری زنان در این دوره، بالا رفتن فشار اقتصادی و کاهش توانایی برای انجام رابطه جنسی می‌تواند از جمله عوامل موثر در افزایش خشونت در بارداری باشد^(۲۲). دیگر تحقیقات نشان دادند که خشونت در بارداری کاهش می‌یابد^(۱۶،۲۳). برخی از مطالعات نیز تغییر در نوع خشونت را گزارش کرده‌اند^(۱۳). به‌علاوه اغلب تحقیقات انجام شده در مورد خشونت خانگی در بارداری بر خشونت فیزیکی تاکید کرده‌اند و تحقیقات در مورد انواع دیگر خشونت ناکافی و کم است. لذا با توجه به این که انواع مختلف خشونت می‌توانند پیامدهای متفاوتی بر سلامت زنان داشته باشند، اطلاعات بیشتری در مورد تغییرات انواع خشونت در بارداری مورد نیاز است^(۷). پژوهش حاضر با هدف تعیین تغییرات خشونت خانگی قبل و حین بارداری در زنان باردار مراجعه‌کننده به

مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه مقایسه‌ای به صورت مقطعی بر روی ۲۴۳ زن باردار انجام شد. نمونه‌ها از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، زنان باردار ۴۵-۱۵ ساله در ماه آخر بارداری، ایرانی قومیت کرد و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که شامل پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک و سابقه‌ی مامایی و پرسشنامه‌ی خشونت بود. ابتدا در یک محیط خصوصی اهداف مطالعه برای زنان باردار توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و دارا بودن شرایط لازم، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و سابقه‌ی مامایی و همچنین تجربه خشونت در دو دوره زمانی قبل از بارداری و طی بارداری فعلی جمع‌آوری شد.

منظور از خشونت خانگی در این پژوهش، خشونت اعمال شده توسط همسر یا اعضای خانواده در طی بارداری است که با استفاده از پرسشنامه‌ی سنجش خشونت و در سه حیطه‌ی فیزیکی، جنسی و عاطفی سنجیده شد. در این پرسشنامه خشونت فیزیکی با ۱۳ سوال، خشونت جنسی با ۹ سوال و خشونت عاطفی با ۱۵ سوال مورد ارزیابی قرار گرفت. در حیطه‌ی خشونت فیزیکی، تجربه زن از رفتارهایی مانند هل دادن، سیلی زدن، لگد زدن، مشت یا ضربه زدن، استفاده از چاقو جهت صدمه به زن و ... ارزیابی شد. خشونت جنسی شامل سوالاتی در مورد درخواست رابطه جنسی بدون رضایت زن، استفاده از تهدید یا زور برای انجام روابط جنسی واژینال

یا غیر واژینال، مجبور کردن زن به دیدن عکس یا فیلم‌های مبتذل و... بود. در حیطه‌ی خشونت عاطفی مواردی مانند بی‌احترامی یا فحاشی، تحقیر زن، محدود کردن ارتباطات خرجی ندادن، تهمت زدن و... ارزیابی شد. زن بارداری خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی جنسی یا عاطفی داده باشد^(۳۳و۳۴و۳۷). در پژوهش حاضر پرسشنامه‌ی خشونت با روش اعتبار محتوی تعیین اعتبار شد. که به این منظور از نظرات ۱۵ نفر اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (شامل روانپزشک متخصص زنان، پرستار و ماما) و ۷ نفر از متخصصین سنج استفاده گردید. ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود و پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه‌گیری ۰/۹۰ به دست آمد.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت مستمر انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۳ نرم افزار SPSS انجام شد. از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار، و نیز آمار تحلیلی شامل تی‌تست، مک نمار و کای اسکوئر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۵/۷±۵/۳۷ سال، میانگین مدت ازدواج ۶/۳۹±۴/۸۸ سال و میانگین تعداد بارداری ۱/۹۳±۱/۱۹ بارداری بود. وضعیت بارداری در ۸۳/۵ درصد از نمونه‌ها خواسته، ۴۲ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و ۹۱/۴ درصد خانه‌دار بودند. نتایج نشان داد که زنان خشونت دیده به طور معنی‌داری دارای تحصیلات پایین‌تری هستند و مدت زمان ازدواج و تعداد بارداری کمتری نسبت به گروه بدون خشونت دارند. اما اختلاف دو گروه از

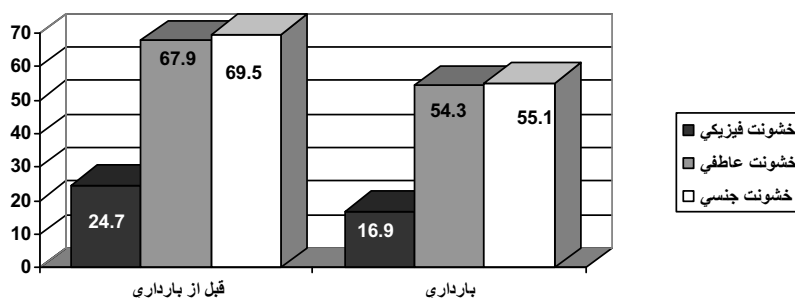
نظر خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، شغل و سن مادر معنی دار نبود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - ارتباط متغیرهای فردی با خشونت خانگی

نتایج آزمون	خشونت دیده	بدون خشونت	گروه
	(n=۱۶۵)	(n=۷۸)	متغیرها
	تعداد(درصد)	تعداد (درصد)	
			وضعیت بارداری(مادر)
معنی دار نبود	۲۸ (۱۷)	۱۱ (۱۴/۳)	ناخواسته
	۱۳۷ (۸۳)	۶۷ (۸۵/۷)	خواسته
			تحصیلات مادر
۰/۰۳	۱۱۴ (۶۹/۱)	۶۳ (۸۰/۸)	زیر دیپلم
	۵۱ (۳۰/۹)	۱۵ (۱۹/۲)	بالای دیپلم
			شغل مادر
معنی دار نبود	۱۵۳ (۹۲/۷)	۶۹ (۸۸/۵)	خانه‌دار
	۱۲ (۷/۳)	۹ (۱۱/۵)	شاغل
			انحراف معیار (میانگین)
معنی دار نبود	۲۵/۳۶ (۵/۳۷)	۲۶/۴۱ (۵/۳۲)	سن مادر
۰/۰۱	۵/۸۸ (۴/۶۶)	۷/۴۶ (۵/۱۷)	مدت ازدواج
۰/۰۳	۱/۸۲ (۱/۰۷)	۲/۱۷ (۱/۴)	تعداد بارداری

بررسی سوالات مربوط به هر سه حیطه خشونت، حاکی از این بود که خشونت در دو حیطه فیزیکی و عاطفی در بارداری نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. اگر چه به طور کلی شیوع خشونت جنسی نیز در بارداری کاهش یافته بود اما در بعضی موارد خشونت بارداری نسبت به قبل از بارداری افزایش یافته بود. این سوالات شامل: اعلام نارضایتی از رابطه جنسی با زن به صورت تحقیر آمیز (۲۶/۷ درصد در مقابل ۲۱ درصد به ترتیب)، مجبور کردن زن به دیدن عکس یا فیلم های مبتذل (۱۰/۳ درصد در مقابل ۹/۵ درصد به ترتیب)، درخواست رابطه جنسی غیر واژینال بدون رضایت زن (۱۴/۸ درصد در مقابل ۱۳/۶ درصد به ترتیب) و استفاده از تهدید یا زور برای داشتن رابطه جنسی غیر واژینال (۳/۳ درصد در مقابل ۲/۹ درصد به ترتیب).

در بررسی انواع خشونت در این مطالعه ۱۶/۹ درصد خشونت فیزیکی، ۵۴/۳ درصد خشونت عاطفی و ۵۵/۱ درصد خشونت جنسی را در بارداری تجربه کرده بودند. فراوانی انواع مختلف خشونت در دو دوره قبل و حین بارداری در نمودار ۱ آمده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که در طی بارداری میزان خشونت عاطفی و جنسی شایع‌تر از خشونت فیزیکی است. بررسی در دوره قبل از بارداری نیز نتایج مشابهی را نشان داد. برای بررسی تغییرات خشونت در دو دوره زمانی قبل و حین بارداری از آزمون زوجی مک‌نمار استفاده شد. نتیجه آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$). به این معنا که در طی بارداری هر سه نوع خشونت فیزیکی، عاطفی و جنسی کاهش یافته است.



نمودار شماره ۱ - مقایسه انواع خشونت قبل و حین بارداری

وضعیت خشونت در دو دوره با هم مقایسه شدند. براین اساس از مجموع ۱۶۷ زن تجربه کننده خشونت در بارداری، ۱۶۵ مورد یا ۹۸/۸ درصد آنان خشونت را قبل از بارداری نیز تجربه کرده بودند و تنها در (۱/۲ درصد) ۲ مورد، خشونت جدید در بارداری رخ داده بود (جدول شماره ۱).

نتایج بیانگر شیوع کلی خشونت خانگی قبل و حین بارداری است. بررسی کلی خشونت خانگی نشان داد که از مجموع ۸۶/۴ درصد از زنان قبل از بارداری و ۶۸/۷ درصد از زنان در بارداری خشونت خانگی را تجربه کرده بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.001$). به این معنا که میزان کلی خشونت خانگی در بارداری کاهش یافته بود. همچنین تغییر

جدول شماره ۲ - فراوانی خشونت خانگی قبل و حین بارداری

جمع	قبل از بارداری		بدون خشونت	خشونت دیده
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۷۶ (۳۱/۳)	۳۱ (۱۲/۸)	۴۵ (۱۸/۵)	۳۱ (۱۲/۸)	۴۵ (۱۸/۵)
۱۶۷ (۶۸/۷)	۲ (۰/۸)	۱۶۵ (۶۷/۹)	۲ (۰/۸)	۱۶۵ (۶۷/۹)
۲۴۳ (۱۰۰)	۳۳ (۱۳/۶)	۲۱۰ (۸۶/۴)	۳۳ (۱۳/۶)	۲۱۰ (۸۶/۴)

خشونت همراه است^(۲۳،۳). شمس اسفندآباد و همکاران (۱۳۸۳) نیز گزارش کردند که میزان همسرآزاری جسمی در زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم بالاتر است^(۲۴). Lau (۲۰۰۵) و صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۲) عنوان کردند که با افزایش طول مدت ازدواج میزان خشونت خانگی کاهش می‌یابد^(۲۵،۱۱). آکلیمونسا و همکاران در سال ۲۰۰۷ گزارش کردند که تعداد بارداری کمتر با افزایش خشونت ارتباط دارد^(۲۶). این یافته‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی زنان مانند تحصیلات، مدت

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در میان متغیرهای دموگرافیک، سطح تحصیلات، مدت ازدواج و تعداد بارداری با خشونت خانگی رابطه معنی‌دار دارند. به طوری که زنان دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، مدت زمان ازدواج و تعداد بارداری کمتر، خشونت خانگی بیشتری را تجربه کرده‌اند. تامپسون و همکاران در سال ۲۰۰۶ و سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که تحصیلات پایین‌تر با افزایش میزان

ازدواج و تعداد بارداری می‌تواند در درک بیشتر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در مورد امکان خشونت کمک کننده باشد. در این پژوهش بین سن مادر، شغل مادر و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری با خشونت خانگی رابطه‌ای وجود نداشت. این نتیجه مشابه نتایج به دست آمده از مطالعات دیگر در این رابطه است^(۲۷،۲۷).

براساس یافته‌های این پژوهش، در طی بارداری مشابه با دوره قبل از بارداری، خشونت عاطفی و جنسی شایع‌تر از خشونت فیزیکی بود که با مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد^(۸،۷). همچنین در بارداری نسبت به قبل از بارداری به طور معنی‌داری شیوع هر سه نوع خشونت فیزیکی، عاطفی و جنسی کاهش یافته بود (نمودار شماره ۱). اگر چه گزارشات مربوط به ارتباط خشونت و بارداری مبنی بر افزایش خشونت در بارداری است^(۲۲،۱۹،۱۷)، چندین مطالعه هم یافته‌های ما را گزارش کرده‌اند^(۲۸،۸،۷). نتایج مطالعه‌ی Macy در سال ۲۰۰۷ حاکی از این بود که طی ۱۲ ماه قبل از بارداری زنان خشونت دیده میزان بالاتری از انواع خشونت فیزیکی، عاطفی، و جنسی را نسبت به زنان دیگر تجربه کرده‌اند. Guo و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که شیوع خشونت در بارداری (۳/۶ درصد) در مقایسه با دوره‌ی قبل از بارداری (۸/۵ درصد) نسبتاً کمتر بوده است^(۸،۷).

بررسی جزئی‌تر سوالات مربوط به هر سه حیطه خشونت، حاکی از این بود که پاسخ به تمام سوالات مربوط به دو حیطه خشونت فیزیکی و عاطفی در بارداری نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته بود. اگر چه به طور کلی شیوع خشونت جنسی نیز در بارداری کمتر شده بود اما پاسخ به بعضی سوالات این حیطه شامل اعلام نارضایتی از رابطه جنسی به طور تحقیرآمیز مجبور کردن زن به دیدن عکس یا فیلم‌های مبتذل، درخواست رابطه جنسی غیر واژینال بدون رضایت زن و استفاده از تهدید یا زور برای داشتن رابطه جنسی غیر واژینال در بارداری نسبت

به قبل از بارداری افزایش یافته بود. چنین نتایجی قابل تامل است زیرا که در پژوهش حاضر تغییرات خشونت جنسی در بارداری متمایل به تحقیر زن در این رابطه و افزایش گرایش به اجبار در روابط جنسی غیر واژینال است که کمترین پیامد آن عادی‌تر شدن این نوع روابط خشن و ادامه آن در دوره‌های بعدی زندگی زنان است. Macy و همکاران در سال ۲۰۰۷ بیان کردند که شواهدی از وجود خشونت در بارداری باید زنگ خطری برای سرویس‌های خدمات بهداشتی باشد که چنین خشونت‌ی احتمالاً پس از زایمان هم ادامه می‌یابد^(۷).

یکی از یافته‌های مهم مطالعه این است که خشونت قبل از بارداری یک عامل خطر قوی برای خشونت بارداری بود. با وجود این که شیوع کلی خشونت خانگی در بارداری کاهش یافته بود اما تقریباً ۹۹ درصد زنان خشونت دیده در بارداری، در دوره قبل از بارداری نیز خشونت را تجربه کرده بودند و موارد جدید خشونت در بارداری اندک و در حد ۰/۸ درصد بود. این یافته در راستای دیگر تحقیقات انجام شده در این زمینه است که عنوان کردند اغلب ماهیت خشونت طولانی مدت است^(۲۸،۱۳،۸). مطالعات انجام شده در مورد شیوع خشونت قبل و حین بارداری نشان می‌دهند که تمام زنان سن باروری در خطر مواجهه با خشونت خانگی هستند اما خشونت قبل از بارداری یک عامل خطر پیش‌بینی کننده برای خشونت-های بعدی است^(۲۰). پس به طور کلی، سابقه خشونت می‌تواند یک عامل خطر جدی برای خشونت‌های بعدی باشد^(۸). با توجه به این که بارداری یک دوره مهم در زندگی بسیاری از زنان است و خشونت در این زمان ممکن است اثر طولانی مدت بر مادر کودک و خانواده او داشته باشد^(۲۹). این یافته‌ها باید ارائه‌دهندگان مراقبت را آگاه کند که در زنان خشونت دیده قبل از بارداری، اغلب تجربه خشونت در بارداری هم ادامه می‌یابد. لذا غربالگری روتین خشونت در سرویس‌های خدماتی یک اقدام مناسب برای کاهش اثر بر مادر و جنین

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی و دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی و نیز از کلیه زنانی که با تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق پژوهشگران را یاری کرده اند، کمال تشکر و سپاس را دارد.

اوست^(۸). امید است که این تحقیق گامی مثبت برای شناخت بهتر وضعیت خشونت خانگی قبل و حین بارداری باشد.

تقدیر و تشکر

فهرست منابع

- 1- Por Reza A. Violence against women and social its consequences. *Family Health* 2003; 25: 66-67.
- 2- Clark K.A et al who gets screened during pregnancy for partner violence? *J Arch Fam Med*. 2000; 9(10): 1093-1099.
- 3- García-Moreno C. WHO Multi-country study on womens health and domestic violence against women. 2005. Available from: <http://www.WHO.org/>.
- 4- Johnson J.K, John R, Humera A, Kukreja S, Found M, Lindow S.W. The prevalence of emotional abuse in gynaecology patients and its association with gynaecological symptoms. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 133: 95-99.
- 5- Pullock L, Bloom T, Davis J, Kiburn E, Cuury MA. Abuse disclosure in privaity and medicad-funded pregnant women. *J Midwifery Womens Health*. 2006; 51(5): 361-368.
- 6- Roelens K, Verstraelen H, Egmond KV, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007; 137(1): 37-42.
- 7- Macy RJ, Martin SL, Kupper LL, Casanueva C, Guo S. Partner violence among women before, during, and after pregnancy multiple opportunities for intervention. *Womens Health Issues*. 2007; 17:290-299.
- 8- Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2004; 84:281-286.
- 9- Records K.A. Critical Review of Maternal Abuse and Infant Outcomes: Implication for Newborn Nurses. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2007; 7(1): 7-13.
- 10- Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2006; 4: 32-42.
- 11- Salehi Sh, Mehralian H. Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord. *Shahrekord University of Medical Sciences* 2006; 2: 72-77.
- 12- Kazemi Navaei F. Prevalence, factors and consequences of domestic violence against pregnant women referring to labor units of Medical science universities. Tehran, 2004, MS Thesis of Tehran University.
- 13- Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to the hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Iran Nurs Q* 2002; 16(32, 33): 93-99.
- 14- Moraes C.L et al. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int j Gynecol Obestet*. 2006; 95(3): 254-260.
- 15- Parker B et al. Abuse During pregnancy. Humphrey FG et al (editors) Family violence and Nursing practice. Philadelphia, Lippincott. 2004
- 16- Silverman, J .G, 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; 195(1):140-8.
- 17- Lazenbatt A et al. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives attitudes ana stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*. 2005; 21(4): 322-334.
- 18- Bacchus L et al. Domestic violence: prevalence in pregnant women and association with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004; 113(1): 6-11.
- 19- Duffin C (2002) Women want midwives help on domestic violence. *Nurs Stand [News]*. 16(19):8.

- 20- Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2004; 84(3):273-280.
- 21- Ezaze Sh. Domestic violence, beaten women. Tehran, Salemi. 1st ed. 2001.
- 22- Yang MS; Yang MJ, Chou FH, Yang HM, Wei SL, Lin JR. Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors. *Int J Nurs Studies.* 2006; 43(1): 21-7.
- 23- Thompson Robert H et al. Intimate Partner Violence. Prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med.* 2006; 30(6): 447-457.
- 24- Shams Esfandabad, H. Partner abuse and factor affecting violence in married women. *J Rehabil.* 2004; 3:30-36
- 25- Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc Sci Med.* 2005; 61(2): 365-377.
- 26- Aklimunnessa K et al. Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Bangladesh: evidence from a national survey. *J Mens Health Gend.* 2007; 4 (1): 52-63.
- 27- Faramarzi M et al. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica.* 2005; 3(2):115-122.
- 28- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy. *JAMA.* 2001; 285(12): 1581-84.
- 29- Lang AJ, Rodgers CS, Lebeck MM. Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(1):17-25.

Domestic Violence Before and during Pregnancy among Pregnant Women

Kazhal Hesami¹ MSc *Mahrokh Dolatian² MSc Jamal Shams³ MD
Hamid Alavi Majd⁴ PhD

Abstract

Background and Aim: Many women are abused by their intimate partners before and during pregnancy. Although, domestic violence during pregnancy has serious consequences for women's health, little is known about how domestic violence may change throughout pregnancy transitions. Research shows that three types of partner violence can have different consequences for women's health and well-being. The aim of this study was to evaluate changes of domestic violence before and during pregnancy among pregnant women referring to the health care centers in Marivan, Iran 2007.

Material and Method: In this cross sectional study, 243 women receiving prenatal care at health care centers in Marivan were assessed for domestic violence before and during pregnancy using a violence screening questionnaire completed by them at the beginning and during the last month of pregnancy.

Results: The findings indicated that the prevalence of domestic violence during pregnancy was relatively low (%68.7), compared with the prevalence of domestic violence before pregnancy (%86.4) ($P < 0.001$). Abuse before pregnancy was a strong indicator of abuse during pregnancy.

Conclusion: These findings should alert health care providers that women who are abused before pregnancy often continue to experience it during pregnancy. Therefore, routine screening abuse in the maternity service setting is advocated so as to decrease the effect on women and the fetus.

Keywords: Domestic violence - Pregnancy

Received: 3 Feb, 2009

Accepted: 4 Feb, 2010

◆ This article has been excerpted from MS dissertation

¹ Nurse Instructor, Kordestan University of Medical Sciences, Kordestan, Iran

² Senior Lecturer in Midwifery, Department of midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Tel: 02188883133
Email: mhrolatian@yahoo.com

³ Assistant Professor of Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor of Biostatistics, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran