

بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان شهرکرد، سال ۱۳۸۲

شهربیار صالحی*، حسینعلی مهر علیان**

*کارشناس ارشد گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مربی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۰/۱۰ - تاریخ تأیید: ۸۵/۱/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: خشونت خانگی در دوران بارداری تهدید جدی بر سلامت جسمی، روانی و روحی مادر و جنین است و در نهایت تهدید جدی بر سلامت و ساختار جامعه است. هدف از این تحقیق تعیین شیوع و نوع همسر آزاری در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های شهرستان شهرکرد بوده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی با نمونه گیری به روش در دسترس بوده که نمونه های این پژوهش را ۱۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان شهرکرد که دارای پرونده مراقبت بارداری بوده و بطور ماهانه جهت مراقبت بارداری به درمانگاه مراجعه می نمودند تشکیل داده اند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه که مشتمل بر دو بخش، مشخصات و متغیرهای دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد خشونت خانگی بود، به روش مصاحبه حضوری جمع آوری گردید و سپس داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و آزمون کای دو تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: شیوع همسر آزاری در کل نمونه های مورد مطالعه برابر ۶۷/۵٪ و شامل همسر آزاری جسمی ۳۴/۵٪، همسر آزاری روحی و روانی ۵۱/۷٪ و همسر آزاری جنسی ۱۳/۸٪ بود. همچنین آسیب های شدید ناشی از همسر آزاری در بعد جسمی برابر ۱۷/۴۴٪، در بعد روحی و روانی برابر ۱۲/۵۶٪ و در بعد جنسی برابر ۱/۴٪ بود. بین خشونت خانگی با محل زندگی (شهر، روستا)، سطح تحصیلات و سن ازدواج ارتباط معنی دار آماری وجود نداشته، اما سطح خشونت در افرادی که طول مدت ازدواج آنان کمتر از ۵ سال، اولین بار حاملگی، سطح اقتصادی پایین و شوهرانشان بیکار و اعتیاد داشتند از نظر آماری قابل توجه بود ($p < 0/05$). نتیجه گیری: خشونت خانگی در زنان باردار شهرستان شهرکرد از شیوع بالایی برخوردار است که این میزان با سطح اقتصادی پایین، اعتیاد و بیکاری همسر، اولین حاملگی و طول مدت ازدواج ارتباط مستقیم دارد.

واژه های کلیدی: زنان باردار، خشونت خانگی، مراقبت دوران بارداری.

مقدمه:

معرض خطر خشونت قرار می گیرند و ۱/۸ میلیون زن بوسیله شوهران خود مضروب می شوند (۳). در ایران آمار دقیقی از خشونت خانگی گزارش نشده، در مطالعه جهانفر و همکاران شیوع خشونت خانگی در زنان حامله مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در کل جمعیت مورد مطالعه ۶۰/۶ درصد بوده که شامل ۱۴/۶ درصد جسمی، ۶۰/۵

۴۰ تا ۵۰ درصد از زنان در مرحله ای از زندگی خود تحت خشونت خانگی واقع می شوند که این امر سلامت روحی و جسمی آنان را تهدید کرده و گاهی آنان را به سمت خودکشی سوق می دهد (۱) که شیوع آن در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. به طوری که در مکزیک ۳۵ و در بنگلادش ۵۰ تحقیقات سالانه در آمریکا ۸ تا ۱۲ میلیون زن در

زندگی به خصوص تأکید بر ارتباط و آموزش است (۷،۶). به طوری که در کشورهای آسیا و آفریقا بسته های آموزشی ضمن توسعه سلامت جسمی و جنسی منجر به کاهش شدید درگیری در خانواده شده است (۱۳). خشونت خانگی همواره نظر مسئولین بهداشتی را به خود معطوف ساخته و پرسشگری از اعمال خشونت بر علیه زنان به عنوان یک وظیفه پرسنل بهداشتی مطرح شده است (۱۴). با وجودی که بسیاری از زنان تحت خشونت علاقمند هستند از طرف گروه بهداشتی در زمینه خشونت پیگیری شوند اما متأسفانه بسیاری از پزشکان و پرستاران چندان علاقمند به پرسیدن این موضوع از زنان نیستند (۶).

در مطالعه Dobash و همکاران اگر چه شیوع خشونت در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بالا بوده ولی تنها ۷ درصد از موارد خشونت خانگی در پرونده پزشکی ثبت شده است (۱۵). لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان و نوع خشونت در زنان باردار و عوامل مرتبط با آن در شهرستان شهرکرد انجام شد تا با انجام این تحقیق علاوه بر تشویق مراقبین بهداشتی در توجه بهتر به این امر گامی مثبت در جهت ارتقاء بهداشت خانواده برداریم.

روشن بررسی:

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی بود نمونه های مورد مطالعه به صورت نمونه گیری در دسترس از زنان باردار که به طور ماهانه جهت پیگیری و دریافت مراقبت دوران بارداری به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان شهرکرد مراجعه می کردند انتخاب شده است. حجم نمونه های پژوهش ۱۶۰۰ نفر بوده و ابزار گردآوری اطلاعات یک فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سال ازدواج، سن ازدواج، طول مدت ازدواج، ازدواج اول و یا دوم

درصد روحی و روانی و ۲۳/۵ درصد جنسی بوده است (۴). همچنین در مطالعه بختیاری و امید بخش در شهر زابل فراوانی خشونت خانگی ۳۶ درصد بوده است (۵). گرچه خشونت خانگی طیف وسیعی از سلامت و مشکلات اجتماعی مادران و فرزندان آنان را تشکیل می دهد اما بسیاری از زنان تحت خشونت خانگی بوسیله سیستم های مراقبتی شناسایی نمی شوند. این در حالی است که بیش از یک سوم زنان مراجعه کننده به سیستم های بهداشتی و درمانی تحت خشونت خانگی هستند و زنان حامله شانس بیشتری برای خشونت به خصوص خشونت جسمی دارند (۷،۶).

Janson و همکاران در تحقیقات خود بیان می کنند که شانس زنان حامله برای خشونت خانگی بالا بوده لذا زنان حامله باید بوسیله سیستم های بهداشتی و درمانی از نظر خشونت خانگی غربال شوند (۸). خشونت در دوران بارداری با خطرات شدیدی همراه است که از مهمترین این خطرات می توان به زایمان زودرس و نوزاد نارس اشاره کرد (۹). همچنین مصرف سیگار، الکل، داروهای غیر مجاز، مواد مخدر، عفونت و وزن گیری نامناسب مادر در طی حاملگی، افزایش واکنش های سایکولوژیک بعد از زایمان و در نهایت خودکشی در بین زنان حامله تحت خشونت خانگی از نرخ بالایی برخوردار است (۱۰، ۱۱). از مهمترین علل خشونت در خانواده می توان به عدم توافق اخلاقی، بی علافگی، خود خواهی، فقر، اعتیاد، نداشتن اعتقادات مذهبی، اختلاف سنی و ناتوانی جنسی اشاره کرد (۸). عواملی چون عدم درک صحیح از موقعیت خویش، انزوای اجتماعی، افسردگی و تجاوز به حقوق قربانی نیز فاکتور های موثر در خشونت خانگی است (۱۲). پیگیری از خشونت خانگی برای تداوم و سلامت خانواده امری بسیار مهم تلقی می شود. مهمترین راه پیگیری از این معطل بهداشتی و اجتماعی آموزش مهارت

طرف همسر با خشونت همراه بوده است به عنوان آسیب جنسی متوسط منظور می گردید. معیار پذیرش نمونه تمایل شرکت در مطالعه بود و به پرسشگران که خود مراقبین بهداشتی بوده اند آموزش های لازم در خصوص ایجاد محیط امن، رعایت آرامش و آسایش و در نهایت جلب اطمینان کامل مراجعه کننده داده شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دو) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها:

محدوده سنی نمونه ها ۱۶ تا ۴۸ سال با میانگین و انحراف معیار $۲۷/۴ \pm ۴/۶۱$ ، سن ازدواج ۱۶ تا ۳۷ سال با میانگین و انحراف معیار $۲۱/۵۶ \pm ۳/۱۲$ ، سن همسران دارای میانگین و انحراف معیار $۲۶ \pm ۶/۳$ بود. همچنین ۵۵ درصد از نمونه های دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و ۱۸ درصد بیسواد بودند و ۷۰ درصد از همسران آنان نیز دارای سطح سواد ابتدایی و راهنمایی بودند. ۴۶ درصد مستاجر و میانگین سطح در آمد خانواده ها ۸۹۶۱۰ ± ۲۴۵۶۰ تومان بود. ۵۱/۸ درصد ساکن شهر و ۴۸/۲ درصد ساکن روستا، ۸۶/۶ درصد خانه دار و ۱۳/۴ درصد شاغل، ۹/۹ درصد عنوان کردند که همسران آنان اعتیاد داشته و ۳۰/۷ درصد همسران آنان فاقد شغل مشخص بوده و حتی بیکار هستند.

شیوع همسر آزاری در جمعیت مورد مطالعه ۶۷/۵ درصد بود که همسر آزاری روحی و روانی ۵۱/۷ درصد، جسمی ۳۴/۵ درصد و همسر آزاری جنسی ۱۳/۸ درصد بود. همسر آزاری شدید در بعد جسمی ۱۷/۴۴ درصد، بعد روحی و روانی ۱۲/۵۶ درصد و در بعد جنسی ۰/۴ درصد بود (جدول شماره ۱). بین محل زندگی، سطح تحصیلات، سن ازدواج و میزان خشونت ارتباط آماری وجود نداشت (در نمونه های شهری ۶۰/۲٪،

سطح تحصیلات خود و همسر، سن همسر، چندمین حاملگی و در نهایت درآمد ماهیانه خانواده و همچنین پرسشنامه خود ساخته سنجش همسر آزاری بود که با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون سازی شده است. اعتبار علمی آن به روش اعتبار محتوا با نظر خواهی ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه سنجیده شد و اعتماد (پایایی) آن از طریق ارزیابی همزمان دو نفر در ۲۰ نمونه خارج از موارد مورد مطالعه تکمیل گردیده که با ضریب همبستگی ۹۵ درصد دارای پایایی مطلوب بوده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال بود که ده سؤال آن در رابطه با آزار جسمی و شدت آن که مشتمل بر سیلی زدن، مشت زدن، هل دادن، لگد زدن، بریدن و زخم کردن، سوزاندن، شکستگی استخوان و در نهایت آسیب اندام داخلی است. در صورتی که آسیب جسمی منجر به درد و آسیب موقت شده باشد خفیف و در صورتی که درد و آسیب طولانی عارض شده باشد آسیب جسمی شدید و بیش از یک مورد آسیب جسمی که منجر به درد و آسیب موقت شده باشد به عنوان آسیب جسمی متوسط منظور گردید. ۱۲ سؤال مربوط به آسیب روحی و روانی بود که آسیب شدید روحی به مواردی اطلاق می شد که فرد از همسرش می ترسد و یا اینکه جان او از طرف همسرش مورد تهدید قرار گرفته است. در صورتی که بیش از یک مورد علامت خورده بود آسیب روحی و روانی متوسط و در نهایت اگر پاسخ یکی از موارد مثبت بوده به عنوان آسیب روحی خفیف تلقی گردید و ۸ سؤال مربوط به آسیب جنسی بود در صورتی که پاسخ به این سؤال (آیا در روابط جنسی دچار آسیب فیزیکی شده اید) مثبت بود آسیب جنسی شدید در غیر این صورت آسیب جنسی خفیف تلقی می شد در صورت پاسخ مثبت به این سؤالات که آیا همسران شما را به نزدیکی جنسی مجبور می نموده و یا روابط جنسی از

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت همسرآزاری زنان حامله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۲

روانی		روحي		جسمي		نوع همسر آزاری شدت همسر آزاری
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۶	۰/۴	۱۲/۵۶	۲۰/۱	۱۷/۴۴	۲۷۹	شدید
۱۰۶	۶/۶۲	۱۸/۹۴	۳۰/۳	۸/۶۹	۱۳۹	متوسط
۱۰۹	۶/۷۸	۲۰/۲	۳۲/۳	۸/۴۷	۱۳۴	خفیف
۲۲۱	۱۳/۸	۵۱/۷	۸۲/۷	۳۴/۵	۵۵۲	جمع

درصد روحی و روانی و ۱۳/۸ درصد جنسی بود. در مطالعه Cokkinides و همکاران شیوع خشونت خانگی برابر ۱۱ درصد بوده که ۴۶ درصد بوسیله همسرانشان و مابقی بوسیله نزدیکان مرد مورد آزار جسمی واقع شده اند (۳). شیوع همسر آزاری در استرالیا ۲۹/۲ و بنگلادش ۵۰ درصد گزارش شده است (۱۶). این در حالی است که نتایج تحقیقات جهانفر و همکاران بیانگر آن بوده که ۶۰/۶ درصد افراد مورد مطالعه دارای حداقل یکی از انواع خشونت (جسمی، روحی و جنسی) بوده اند (۴). نتایج تحقیقات بختیاری و امیدبخش در زابل ۳۴ درصد از افراد مورد مطالعه دارای خشونت، ۷۱ درصد دارای علائم سایکو سوماتیک و ۱۳ درصد تحت خشونت جنسی بوده اند (۵). شیوع بالای خشونت در مطالعات فوق بیانگر آن است که زن آزاری در زنانی که همسر معتاد، زندانی، فقیر، الکلی و سطح سواد پایین تر دارند شیوع بالاتری دارد. بین خشونت خانگی و سطح سواد افراد یک رابطه منفی وجود دارد که این فاکتور عامل بسیار قوی در شیوع خشونت می باشد (۱۷). وجود اعتیاد در خانواده به عنوان یک معضل اجتماعی است و یک عامل قوی در ایجاد خشونت

روستایی ۷۱/۴٪، زنان بیسواد ۷۲/۴٪، زنان دارای تحصیلات ابتدایی ۶۱/۴٪، دیپلم ۷۳/۱٪، تحصیلات دانشگاهی ۶۴/۷٪، در زنان با سن ازدواج زیر ۲۰ سال ۶۲/۹٪، ۲۰-۳۰ سال ۶۴/۸٪ و بالای ۳۰ سال ۷۰/۳٪. اما سطح خشونت در افرادی که طول مدت ازدواج کمتر از ۵ سال و اولین حاملگی و سطح اقتصادی نامناسب و اعتیاد داشته اند بیشتر بود ($p < 0/05$). به طوری که میزان خشونت در زنان با طول مدت ازدواج کمتر از ۵ سال ۶۹/۲ درصد، ۵-۱۰ سال ۵۹ درصد، بالای ۱۰ سال ۴۴ درصد و در زنان با حاملگی اول ۷۴/۶ درصد، حاملگی دوم ۵۴/۷ درصد و حاملگی سوم و بیشتر ۳۷/۹ درصد بود. خشونت در زنان با سطح درآمد خانوار زیر ۱۰۰ هزار تومان ۷۰/۳ درصد، درآمد بین ۱۰۰-۲۰۰ هزار تومان ۵۴/۹ درصد و درآمد بالاتر از ۲۰۰ هزار تومان ۴۵/۷ درصد بود و این میزان در افراد معتاد ۷۸/۱۲ درصد و در افرادی که اعتیاد نداشته اند ۵۵/۴۶ درصد به دست آمد ($p < 0/05$).

بحث:

نتایج مطالعه فوق بیانگر آن می باشد که ۶۷/۵ درصد از جمعیت مورد مطالعه دارای نوعی از همسر آزاری بودند که ۳۴/۵ درصد آن جسمی، ۵۱/۷

است که یکی از مراقبت های دوران بارداری تلاش در جهت کاهش واکنش های سایکوژنیک بعد از زایمان است. توجه به سلامت جسمی، روحی و روانی افراد و خانواده با اهمیت بوده اما توجه به تمام عواملی که زمینه را برای آسیب فراهم می سازد نیز با اهمیت تلقی می گردد. در حیطه بهداشتی و درمانی با توجه به درصد بالای همسر آزاری پیشنهاد می گردد که مراقبین بهداشتی ضمن توجه به مسائل و مشکلات حین حاملگی به این مسئله نیز توجه نموده و از طرفی در خصوص نحوه برخورد و چگونگی شناسایی خشونت خانگی آموزش ببینند و زنان مراجعه کننده به مراکز درمانگاهی را از این نظر غربال نمایند تا ضمن پیشگیری و رفع خشونت قدم مثبتی در جهت حفظ خانواده برداشته و از این معضل رو به رشد اجتماعی به طور جدی پیشگیری نمایند.

نتیجه گیری:

خشونت خانگی در زنان باردار شهرستان شهرکرد از شیوع بالایی برخوردار است که این میزان با سطح اقتصادی پائین، اعتیاد، بیکاری همسر و اولین حاملگی و طول مدت ازدواج ارتباط مستقیم دارد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند قدردانی می گردد.

خانگی است، در نمونه های مورد مطالعه ما تنها ۹/۹ درصد وجود اعتیاد را در همسران خود گزارش کرده اند که می تواند عاملی در تشدید خشونت باشد. عدم ثبات اقتصادی و ناپایداری در تصمیم گیری می تواند منجر به بحران در خانواده شود به طوری که ارتباط این متغیر با افزایش بروز خشونت در اکثر مطالعات ثابت شده است (۱۸).

در این پژوهش ۳۰/۷ درصد از موارد مطالعه عنوان کرده اند که همسران آنها بیکار و از طرفی میانگین در آمد ماهانه خانواده ها حدود ۹۰۰۰۰ تومان بوده است. لذا بیکاری و میانگین درآمد ۹۰۰۰۰ هزار تومان با مخارج (در سال ۱۳۸۲) همخوانی نداشته و منجر به عدم ثبات اقتصادی و ناپایداری در تصمیم گیری و در نهایت نابسامانی در کانون خانواده می شود. در این مطالعه بیشترین درصد همسر آزاری در بعد روحی و روانی بوده است. تحقیقات نشان می دهد که سوء رفتار جسمی باعث بسیاری از اختلالات روانی در زنان می شود که از جمله آنها افسردگی است. زنان افسرده به دلیل داشتن فرزند کوچک و برای محافظت از آنها در برابر خشونت مقاومت کرده و در خانه باقی می مانند (۱۹). مطالعات طلعت شهریاری و همکاران در تهران بیانگر آن بوده که مشکلات جسمی و روانی زنان مضروب توسط همسران، دارای ۴۳ درصد افسردگی و ۶۵ درصد عزت نفس پایین می باشند (۲۰). این در حالی

منابع:

1. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. Med J Aust. 2001 Aug; 175(4): 199-201.
2. Cain JM. The ethical and medical consequences of violence against women. Int J Gynaecol Obstet. 1996 Aug; 54(2): 97-100.

3. Cokkinides VE, Coker AL, 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.
۴. جهانفر شایسته، ملک زادگان اقدس، جمشیدی روح انگیز. بررسی شیوع خشونت خانگی بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران. فصلنامه پرستاری ایران. ۱۳۸۲، (۳۳-۳۲): ۹-۹۳.
۵. بختیاری افسانه، امیدبخش نادیا. بررسی مقایسه ای زمینه ها و آثار خشونت علیه زنان در خا نواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. فصلنامه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۳۸۲، ۸(۴): ۲۸-۳۴.
6. Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ.* 2002 Jul; 325(7354): 44.
7. Stalker CA, Fry RA. Comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *Can J Psychiatry.* 1999 Mar; 44(2): 168-74.
8. Hoff LA. Battered women: intervention and prevention. A psychosociocultural perspective, Part 2. *J Am Acad Nurse Pract.* 1993 Jan-Feb; 5(1): 34-9.
9. Parker B, Chouaf K. Intimate partner violence following pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Apr; 156(4): 325-30.
10. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women.* 1998 Jun; 4(3): 262-90.
11. Helten H. Bathing during pregnancy. *Am J Nurs.* 1996; 86: 910-13.
12. Brown L. Family violence. Hidden secrets: wife abuse. *Nurs BC.* 1992 Mar-Apr; 24(2): 13-5.
13. Taylor J, Banks-Wallace J, Tripp-Reimer T. Storytelling and violence against women. *ABNF J.* 2001 Mar-Apr; 12(2): 28-31.
14. 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.
15. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med.* 1996; 11: 44-6.
16. Quinlivan JA, Evans SF. Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Arch Women's Ment Health.* 2005 Sep; 8(3): 191-9.
17. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plan.* 2001 Mar; 32(1): 1-16.
18. Smilk CB. Physical and sexual in middle – class obstetric population. *South Med J.* 1999 Feb; 18(3): 983-8.
19. Martin SL, Tsui AO, Maitra K, Marinshaw R. Domestic violence in northern India. *Am J Epidemiol.* 1999 Aug; 150(4): 417-26.
۲۰. شهریاری طلعت، سلمانی نسرین، بابایی غلامرضا، امیرمرادی فرشته. مشکلات جسمی و روانی مضروب تحت خشونت همسر. مجله حیات دانشکده پرستاری و مامایی تهران. ۱۳۸۲، ۹(۱۷): ۸-۶۳.