

همسرآزاری طی دوران بارداری در استان مازندران (۹۰-۱۳۸۹)

دکتر فاطمه عبدالهی^۱، دکتر جمشید یزدانی چراتی*^۲، زهره مجیدی^۳

۱- دکتری بهداشت عمومی، استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲- استادیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری. ۳- کارشناس بهداشت عمومی، کارشناس مسؤول مرکز بهداشت شهرستان بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

چکیده

زمینه و هدف: بارداری نه تنها سبب کاهش یا توقف خشونت علیه زنان نمی‌شود؛ بلکه حتی می‌تواند سبب شروع یا تشدید آن گردد. این مطالعه به منظور تعیین انواع همسرآزاری طی دوران بارداری در استان مازندران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به عنوان بخشی از یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر روی ۱۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران از بهمن ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۰ انجام گردید. داده‌ها با پرسشنامه سوء رفتار تغییر یافته استاندارد سازمان بهداشت جهانی و مصاحبه با زنان باردار جمع‌آوری شد. پرسش‌ها شامل سه بخش سوء رفتار فیزیکی، روحی و جنسی بود و با شدت‌های خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی شد.

یافته‌ها: شایع‌ترین نوع همسرآزاری محدود کردن مادران در مایحتاج زندگی (۸۸ درصد) بود. شیوع انواع همسرآزاری فیزیکی، روحی و جنسی در دوران بارداری به ترتیب ۱۰/۸ درصد، ۶۹/۷ درصد و ۱۴/۱ درصد تعیین شد. شانس عود همسرآزاری فیزیکی در زنان با سطح سواد کمتر و سطح اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر بیش از زنان با سطح سواد بیشتر و سطح اجتماعی - اقتصادی بالاتر بود ($P < 0.05$). این تفاوت در گروه همسرآزاری روحی معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: همسرآزاری خفیف به خصوص از نوع روحی طی دوران بارداری در استان مازندران از شیوع بالایی برخوردار بود.

کلید واژه‌ها: بارداری، همسرآزاری، خشونت روحی

* نویسنده مسؤول: دکتر جمشید یزدانی چراتی، پست الکترونیکی jamshid_1380@yahoo.com

نشانی: ساری، کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت

تلفن ۰۱۱-۳۳۵۴۳۰۸۲، شماره ۳۳۵۴۲۴۷۳

وصول مقاله: ۹۳/۱/۲۶، اصلاح نهایی: ۹۳/۵/۴، پذیرش مقاله: ۹۳/۵/۱۵

مقدمه

بارداری که به طور یقین غربالگری می‌شوند؛ بیشتر است (۱۱). مضاف بر آن که سوء رفتار در این دوران یک خطر بهداشتی برای جنین و مادر است و می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر بارداری اثرگذار باشد (۱۲ و ۱۳). تحقیقات بر ارتباط بین سوء رفتار در دوران بارداری و سقط، زایمان زودرس، نوزاد کم‌وزن، دیسترس جنینی، جداشدن زودرس جفت، پاره شدن رحم، افزایش سزارین، بستری شدن مادر و نوزاد در بیمارستان و حتی مرگ میر مادری و جنینی اشاره کرده‌اند (۱۹-۱۴). قربانیان همسرآزاری از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می‌برند. به عبارتی وقوع بدرفتاری با بروز مشکلات روان‌شناختی مرتبط است. در این میان قربانیان بدرفتاری جنسی و جسمی در مقایسه با قربانیان بدرفتاری عاطفی مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۰). از آنجایی که بیشتر زنان حاضر به گزارش سوء رفتار نبوده و در بعضی از مواقع آن را یک واقعه طبیعی ذکر می‌کنند؛ بنابراین مراجعات زنان برای مراقبت‌های دوران

در سال‌های اخیر خشونت علیه زنان بزرگ‌ترین علت ناخوشی و مرگ و میر زنان در جهان بوده است (۳-۱). خشونت یک مشکل جهانی پرهزینه و پیچیده بهداشتی است (۴). تحقیقات جهانی شیوع آن را در دوران بارداری در کشورهای رو به توسعه ۳۱ درصد و حتی تا ۶۰ درصد در دوران بارداری (۳ و ۵) و در کشورهای توسعه یافته ۲۹-۴ درصد گزارش کرده است (۶). نتایج تحقیقات پراکنده در ایران شیوع آن را ۶۰-۱۴/۵ درصد اعلام نموده است (۳ و ۷ و ۸). نتایج تحقیقات گویای آن است که بارداری نه تنها یک دوره محافظتی برای زنان به‌شمار نمی‌آید؛ بلکه حتی ممکن است شیوع همسرآزاری در این دوران افزایش یابد (۹). به طوری که مطالعه Purwar و همکاران شیوع همسرآزاری را در بارداری اخیر ۸ درصد بیشتر از زمان غیربارداری نشان داده است (۱۰). به نظر می‌رسد شیوع همسرآزاری از دیگر مشکلات مامایی مانند پره‌اکلامپسی و دیابت

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل دو بخش مشخصه‌های دموگرافیک و فرم تغییر یافته استاندارد همسرآزاری در دوران بارداری بود (۳). مشخصه‌های دموگرافیک شامل سن، شغل و سطح تحصیلات زن و شوهر، میزان درآمد خانواده، محل سکونت، طول مدت ازدواج، تعداد دفعات ازدواج همسر، تعداد فرزندان و خواستاری بارداری بود.

پرسشنامه مربوط به همسرآزاری مشتمل بر سه بخش آزار فیزیکی (مانند مشت زدن، لگ‌زدن، ضربه زدن، هل دادن)، آزار روحی (مانند مشاجرات لفظی، بی‌احترامی، توهین کردن، دشنام دادن، عدم تهیه خوراک، پوشاک و مسکن و دیگر مایحتاج زندگی) و آزار جنسی (مانند رابطه جنسی با اجبار، تهدید، آزار کلامی و فیزیکی) بود.

شدت آزار به صورت شدید، متوسط و خفیف طبقه‌بندی شد. تحمل یک مورد از خشونت فیزیکی منجر به درد و آسیب موقت به عنوان خشونت خفیف، بیش از یک مورد منجر به آسیب موقت به عنوان خشونت متوسط و خشونت منجر به آسیب طولانی مدت به عنوان خشونت شدید در نظر گرفته شد.

در حیطه خشونت روحی، پاسخ مثبت به ۴-۱ پرسش به عنوان آزار روحی خفیف و پاسخ مثبت به ۵ پرسش به عنوان آزار روحی متوسط تلقی شد. در صورتی که به دو سوال ترس از همسر و تهدید همسر، پاسخ مثبت دادند؛ به عنوان آزار روحی شدید در نظر گرفته شد.

در مورد خشونت جنسی اگر یک مورد از دو سوال آزار جنسی مثبت بود؛ از نوع خفیف و اگر هر دو سوال مثبت بود؛ آزار جنسی متوسط تلقی شد. در صورتی که گزینه آخر پرسشنامه در ارتباط با پارگی اندام تناسلی در نتیجه خشونت جنسی، مثبت بود؛ آزار جنسی از نوع شدید در نظر گرفته شد.

اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوی و پایایی آن به وسیله ضریب آلفا کرونباخ تعیین شد (آلفا=۰/۹۰). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 و آزمون‌های آماری کای اسکور و رگرسیون لجستیک یک طرفه و چندطرفه تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن زنان و شوهران به ترتیب $26/80 \pm 5/75$ سال و $30/79 \pm 6/12$ سال و میانگین طول دوره ازدواج $5/74 \pm 3/2$ سال بود. بیشتر زنان چندزا (۹۷/۴۰ درصد)، خانه‌دار (۸۵/۴۰ درصد)، سطح سواد زیردپلم (۷۷/۴۰ درصد) و وضعیت اقتصادی متوسط (۶۷/۶۰ درصد) بودند (جدول یک).

شیوع انواع همسرآزاری فیزیکی، روحی و جنسی در دوران بارداری به ترتیب ۱۰/۸ درصد، ۶۹/۷ درصد و ۱۴/۱ درصد تعیین

بارداری یک فرصت مناسب برای بررسی همسرآزاری در دوران بارداری و حفاظت دو موجود زنده بر علیه تهدیدهای محیطی است. به طوری که با به کارگیری تست‌های غربالگری همسرآزاری در دوران بارداری می‌توان همسرآزاری را تشخیص و از آن پیشگیری کرد (۲۱). زیرا اولین قدم برای شناسایی عوامل زمینه‌ساز خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی سوء رفتار است. با شناسایی عوامل مرتبط با مشکل می‌توان اقدامات لازم را برای پیشگیری فراهم نمود. چنانچه مطالعات در ایران و دیگر کشورها نشان داده؛ زنان با سطح اجتماعی اقتصادی و سواد پایین‌تر بیشتر در معرض خطر سوء رفتار قرار دارند (۹۸). همچنین سطح سواد شوهران نیز از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر شیوع سوء رفتار گزارش شده است (۲۲). با توجه به عدم پیشینه تحقیقاتی همسرآزاری در دوران بارداری در استان مازندران، تفاوت‌های آماری گزارش شده در جمعیت‌هایی با فرهنگ و عوامل اجتماعی اقتصادی متفاوت، غیرقابل استناد کردن نتایج مطالعات از مناطقی به مناطق دیگر به علت تفاوت‌ها و سدهای فرهنگی مختلف و نیز نقش جهانی زنان و کودکان در برپایی جامعه سالم، این مطالعه به منظور تعیین انواع همسرآزاری طی دوران بارداری در استان مازندران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به عنوان بخشی از یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر روی ۱۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران به صورت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از بهمن ۱۳۸۹ تا شهریور ۱۳۹۰ انجام گردید.

با توجه به فرمول برآورد نمونه در مطالعات توصیفی، شیوع همسرآزاری در دوران بارداری در ایران به میزان ۶۵-۳۵ درصد (۸۷)، در مطالعه حاضر میزان شیوع ۳۵ درصد در نظر گرفته شد و با توجه به خطای نوع یک ۵ درصد و توان مطالعه ۸۰ درصد، تعداد نمونه‌ها ۱۵۰۰ نفر برآورد گردید.

برای نمونه‌گیری در مرحله اول تعداد افراد در هر شهر با توجه به تعداد زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی هر شهر تعیین شد و در مرحله بعد مراکز بهداشتی هر شهر به عنوان خوشه و نمونه‌ها از پنج خوشه مختلف جغرافیایی شهر انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه شامل زنان باردار با سن ۱۶-۴۵ سال، بارداری تک‌قلو، توانایی در پاسخگویی به سؤالات و نیز تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار عدم ورود به مطالعه شامل مشکلات شدید طبی نظیر دیابت و پرفشاری خون بود.

مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب شد. از شرکت کنندگان در مطالعه رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. پس از آموزش به همکاران پرسشگر، داده‌ها به روش مصاحبه با زنان جمع‌آوری گردید.

جدول ۱: مشخصه‌های دموگرافیک و فراوانی همسرآزاری فیزیکی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران طی ۹۰-۱۳۸۹

متغیر	کل تعداد (درصد)	وجود همسرآزاری فیزیکی تعداد (درصد)	p-value
سن مادر (سال)	۲۵> ۲۵≤	۶۱۰ (۴۶/۶) ۷۷۹ (۵۳/۴)	۰/۲۷
تعداد بارداری	۱ ۲≤	۳۹ (۲/۶) ۱۴۲۰ (۹۷/۴)	۰/۰۵
سطح سواد	بیسواد و ابتدایی کمتر از دیپلم بیشتر از دیپلم	۵۲۵ (۳۵/۸) ۶۲۱ (۴۲/۶) ۳۱۵ (۲۱/۶)	۰/۰۰۱
شغل مادر	خانه‌دار کارگر شغل مهارتی	۱۲۴۶ (۸۵/۴) ۹۴ (۶/۴) ۱۱۹ (۸/۲)	۰/۰۰۱
سن همسر (سال)	۳۰> ۳۰≤	۱۰۸ (۵۵/۴) ۶۵۱ (۴۴/۶)	-
سطح سواد همسر	بیسواد و ابتدایی کمتر از دیپلم بیشتر از دیپلم	۵۳۳ (۳۶/۶) ۵۹۴ (۴۰/۸) ۳۳۰ (۲۲/۷)	۰/۰۰۱
شغل همسر	دولتی خصوصی	۷۹۲ (۵۴/۴۰) ۶۶۹ (۴۵/۸۰)	۰/۳۲
طول مدت ازدواج (سال)	۵> ۵≤	۸۹۶ (۶۱/۵) ۵۶۲ (۳۸/۵)	۰/۱۶
داشتن نسبت فامیلی با همسر	بله خیر	۲۱۲ (۱۴/۶) ۱۲۳۷ (۸۵/۴)	۰/۲۸
چندهمسری	بله خیر	۹۴ (۶/۴) ۱۳۶۵ (۹۳/۶)	-
وضعیت مسکن	شخصی اجاره‌ای	۸۳۱ (۵۷) ۶۲۸ (۴۳)	۰/۰۱
درآمد ماهیانه (ریال)	خوب (< ۴۵۰۰۰۰۰) متوسط (۴۵۰۰۰۰۰-۳۵۰۰۰۰۰) ضعیف (> ۳۵۰۰۰۰۰)	۳۲۹ (۲۲/۵) ۹۸۷ (۶۷/۶) ۱۴۰ (۹/۶)	۰/۰۰۱
خواستاری بارداری	خیر بله	۳۵۰ (۲۴/۱) ۱۱۰۵ (۷۵/۹)	-

این تفاوت از نظر آماری معنی داری نبود و تنها بارداری ناخواسته (OR=۱/۳۸، P=۰/۰۱، CI: ۱/۰۷-۱/۷۹، ۹۵ درصد) از پیش‌بینی کننده‌های همسرآزاری روحی در این مطالعه تعیین شد (جدول ۲).
آزمون رگرسیون لجستیک چندطرفه بعد از همسان‌سازی متغیرها نشان داد که شانس عود همسرآزاری فیزیکی در زنان با سطح سواد کمتر، درآمد پایین‌تر خانواده و زندگی در خانه اجاره‌ای بیشتر از زنان با سطح سواد بیشتر، درآمد بالاتر خانواده و زندگی در منزل شخصی است (جدول ۳).
انواع همسرآزاری براساس شدت در جدول ۴ آمده است. شایع‌ترین نوع همسرآزاری از نوع روحی خفیف (۳۹/۹ درصد) بود که در بین مولفه‌های آن محدود کردن مادران در مایحتاج زندگی (۸۸ درصد) شایع‌ترین نوع همسرآزاری تعیین شد (جدول ۴).

شد. شیوع همسرآزاری فیزیکی در دوران بارداری برحسب مشخصات دموگرافیک زنان در جدول یک آمده است. زنان با سطح سواد پایین‌تر، حاملگی اول، شغل کارگری، زندگی در خانه اجاره‌ای، درآمد کم خانواده، داشتن همسری با سطح سواد پایین‌تر و بارداری ناخواسته بیشتر در معرض خطر همسرآزاری فیزیکی بودند (P<۰/۰۵). اگرچه نتایج آزمون رگرسیون لجستیک یک‌طرفه نشان داد برخی عوامل مانند زنان با سن کمتر (OR=۰/۰۱، P=۰/۷۶، CI: ۰/۸۱-۱/۲۷، ۹۵ درصد)، زندگی در خانه اجاره‌ای (OR=۱/۱۷، P=۰/۱۶، CI: ۰/۹-۱/۴۳، ۹۵ درصد)، درآمد کم خانواده (OR=۱/۰۳، P=۰/۳۹، CI: ۰/۷۹-۱/۳۶، ۹۵ درصد) و داشتن همسری با سطح سواد پایین‌تر (OR=۱/۱۳، P=۰/۹۲، CI: ۰/۹-۱/۴۳، ۹۵ درصد) می‌تواند شانس همسرآزاری روحی را افزایش دهد؛ اما

جدول ۲: شانس عود همسرآزاری روحی با آزمون رگرسیون لجستیک یک طرفه برحسب مشخصه‌های دموگرافیک زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹

متغیر	عدم همسرآزاری روحی تعداد (درصد)	همسرآزاری روحی تعداد (درصد)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
تعداد بارداری	۱۴ (۳/۲)	۲۳ (۲/۳)	۰/۷۲(۰/۳۷-۱/۴۲)
سطح سواد	۱۶۷ (۳۷/۹)	۳۴۴ (۳۴/۹)	۰/۸۸(۰/۶۹-۱/۱۱)
سن همسر (سال)	۲۴۷ (۵۶)	۵۴۶ (۵۵/۴)	۰/۹۷(۰/۷۷-۱/۲۲)
شغل همسر	۳۷۲ (۸۴/۵)	۸۰۵ (۸۱/۷)	۰/۸۱(۰/۶-۱/۲۲)
طول مدت ازدواج (سال)	۲۶۵ (۶۰/۲)	۶۱۱ (۶۲)	۱/۰۷(۰/۸۵-۱/۳۵)
داشتن نسبت فامیلی با همسر	۷۳ (۱۶/۷)	۱۳۳ (۱۳/۶)	۰/۷۸(۰/۵۷-۱/۰۶)
چند همسری	۳۳ (۷/۵)	۵۹ (۶)	۱/۲۶(۰/۸۱-۱/۹۷)
درآمد ماهیانه (ریال)	۹۷ (۲۲)	۲۲۳ (۲۲/۷)	۱/۰۳(۰/۷۹-۱/۳۶)

جدول ۳: شانس عود همسرآزاری فیزیکی با آزمون رگرسیون لجستیک چندطرفه برحسب مشخصه‌های دموگرافیک زنان باردار (۱۴۶۱ نفر) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹

متغیر	شانس عود	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	p-value
بیسواد و ابتدایی	۳/۵۵	۱/۷۸-۷/۰۸	۰/۰۰۱
سطح سواد	۲/۶۷	۱-۳۹-۵/۱۳	۰/۰۰۳
بالاتر از دیپلم	-	۱	-
وضعیت مسکن	۰/۶۱	۰/۴۳-۰/۸۷	۰/۰۰۶
اجاره‌ای	-	۱	-
ضعیف (>۴۵۰۰۰۰۰)	۰/۳۵	۰/۱۹-۰/۶۳	۰/۰۰۱
متوسط (۳۵۰۰۰۰۰-۴۵۰۰۰۰۰)	۰/۳۲	۰/۲۰-۰/۴۹	۰/۰۰۱
خوب (<۴۵۰۰۰۰۰)	-	۱	-

جدول ۴: شیوع و شدت همسرآزاری فیزیکی، روحی و جنسی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی استان مازندران طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۹

شدت	همسرآزاری فیزیکی تعداد (درصد)	همسرآزاری روحی تعداد (درصد)	همسرآزاری جنسی تعداد (درصد)
خفیف	۱۱۹ (۸/۲)	۵۸۲ (۳۹/۹)	۱۲۴ (۸/۵)
متوسط	۵۳ (۳/۶)	۱۰۷ (۷/۳)	۱۹ (۱/۳)
شدید	۲۰ (۱/۴)	۳۳۱ (۲۲/۷)	۰ (۰)
عدم همسرآزاری	۱۲۶۶ (۸۶/۸)	۴۳۹ (۳۰/۱)	۱۳۱۵ (۹۰/۲)

بحث

سبب عوارض طولانی مدت گردد (۲۳ و ۲۴). شیوع همسرآزاری فیزیکی در مطالعه حاضر (۱۴/۱ درصد) مشابه گزارشات قبلی در ایران و دیگر کشورهای روبه توسعه مانند پاکستان و آفریقا (۳۱-۹/۱ درصد) بوده است (۲۵).

سازمان بهداشت جهانی شیوع همسرآزاری فیزیکی را با کمترین شیوع در کشور ژاپن (یک درصد) و بیشترین شیوع در کشور پرو

نتایج این مطالعه نشان داد همسرآزاری از نوع خفیف به خصوص همسرآزاری روحی در دوران بارداری شایع است.

همسرآزاری یکی از مشکلات بهداشت عمومی و اجتماعی در سراسر دنیا است که می‌تواند سبب عوارض مهم مادری و جنینی گردد (۱۹ و ۲۰). در صورت عدم تشخیص در دوران بارداری می‌تواند

مشابه عوامل خطر همسرآزاری در دیگر دوران‌های زندگی است؛ اما از آنجا که دوران بارداری یک دوران خاص با نیازهای خاص است؛ ممکن است برخی عوامل مهم‌تر شوند. چنانچه مطالعات ارتباط حاملگی ناخواسته و شیوع بالاتر همسرآزاری در دوران بارداری را ذکر کرده‌اند (۳۱ و ۳۲). اگرچه ناخواسته بودن بارداری در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری با همسرآزاری در دوران بارداری نشان نداد که ممکن است به دلیل نقش مهم‌تر دیگر عوامل در همسرآزاری باشد.

در مطالعه ما همسرآزاری فیزیکی با سطح سواد، شغل و وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده ارتباط آماری معنی‌داری داشت؛ اما این تفاوت در گروه همسرآزاری روحی معنی‌دار نبود. در مطالعه Bailey اگرچه زنان در دوران بارداری از همسرآزاری ایمن نبودند؛ ولی زنان جوان‌تر و افرادی که سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تری داشتند بیشتر مستعد همسرآزاری بودند (۹). سطح اجتماعی اقتصادی پایین اگرچه نتواند مستقیماً سبب همسرآزاری گردد؛ ولی به‌طور غیرمستقیم از طریق اثر بر دیگر عوامل مانند سطح سواد می‌تواند با شیوع بالاتر همسرآزاری همراه باشد (۳۳ و ۳۴).

زنان باردار با سن کمتر معمولاً در سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تری قرار دارند و در بسیاری از مطالعات از عوامل پیش‌بینی‌کننده همسرآزاری تعیین شده است (۳۴ و ۳۵)؛ اما در مطالعه حاضر ارتباطی بین سن و همسرآزاری مشاهده نشد. علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر با دیگر مطالعات ممکن است به خاطر افزایش میانگین سنی زنان باردار مطالعه ما باشد.

سطح در آمد و سواد مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده همسرآزاری در دوران بارداری در آمریکا و دیگر کشورهای رو به توسعه نظیر هند و مصر تعیین شده است (۳۵ و ۳۶). مطالعه Abramsky و همکاران نشان داد نابرابری سطح سواد زوجین از علل شیوع بالای همسرآزاری است. لذا مهم‌ترین عامل محافظتی علیه همسرآزاری، افزایش سطح سواد زنان و همسران آنان است و کاهش شیوع هنگامی که سطح سواد هر دو زوج افزایش یابد؛ در مقایسه با افزایش سطح سواد یک زوج بسیار چشمگیر است (۳۳).

نظر به این که در ایران پدیده همسرآزاری به عنوان مشکل تشخیصی و پزشکی مورد توجه قرار نگرفته و اکثر افراد تیم بهداشتی از این مسأله به عنوان مشکل قابل تشخیص و درمان اطلاعی ندارند؛ استفاده از پرسشنامه استاندارد تطابق‌یافته با فرهنگ هر جامعه همراه با آگاهی از مشخصه‌های دموگرافیکی که زنان را بیشتر مستعد به همسرآزاری می‌کند می‌تواند به کارکنان بهداشتی - درمانی برای تشخیص به موقع زنان در معرض خطر و مداخلات به موقع پیشگیرانه‌کننده همسرآزاری در دوران بارداری کمک‌کننده باشد. پیشنهاد می‌شود قبل از غربالگری زنان برای تعیین

(۲۸ درصد) گزارش نموده است (۲). اگرچه بالاترین میزان را یک مطالعه محلی در افریقا با شیوع ۴۰-۲۳ درصد اعلام نموده است (۲۵).

در مطالعه حاضر شیوع همسرآزاری روحی نیز مانند دیگر گزارشات در ایران (۵/۵-۵/۵ درصد) (۳ و ۷ و ۲۶) بیش از همسرآزاری فیزیکی بود. شیوع آن در دیگر کشورهای رو به توسعه مانند برزیل و افریقا ۴۱/۶ درصد و ۴۹ درصد گزارش شده است (۲۵ و ۲۷). مطالعه ای در هنگ کنگ نیز نشانگر این واقعیت است که سه چهارم همسرآزاری در دوران بارداری از نوع روحی است (۱۳). به نظر می‌رسد همسرآزاری روحی می‌تواند پیش در آمد همسرآزاری فیزیکی باشد.

به نظر می‌رسد بسیاری از زنانی که تحت همسرآزاری قرار دارند؛ از همسرآزاری جنسی نیز در رنج هستند. شیوع همسرآزاری جنسی در مطالعه ما (۱۰/۸ درصد) پایین‌تر از مطالعه فرامرزی و همکاران در بابل (۱۹/۲ درصد) (۱۸) و مطالعه Shamu و همکاران (۲۵) در افریقا (۲۷ درصد) بود. اعتقادات مذهبی و عوامل فرهنگی در کشور می‌تواند از علل بازدارنده سوء رفتار جنسی در مطالعه حاضر باشد. به نظر می‌رسد شیوع همسرآزاری در کشورهای مختلف به دلیل عدم تعریف استاندارد از آن، روش‌های مختلف مطالعه و عدم خواستاری زنان به بازگو کردن آن به خاطر عواملی فرهنگی متفاوت است (۹ و ۱۸).

علی‌رغم گزارشات گسترده در خصوص پیامدهای سوء همسرآزاری، هنوز این رخداد در کشورهای رو به توسعه به خصوص مناطق خاورمیانه کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۲۸). چنانچه در مطالعه Campbell و همکاران مناطق با شیوع بالای همسرآزاری در دوران بارداری، کشورهای رو به توسعه اعلام شده است (۲۹). به طوری که مصر (۳۲ درصد)، هند (۲۸ درصد)، عربستان سعودی (۲۱ درصد) و مکزیک (۱۱ درصد) به ترتیب مناطق با شیوع بالای همسرآزاری در دوران بارداری گزارش شده است (۲۹). در مطالعه شمسی و همکاران در اراک شیوع کلی خشونت در دوره بارداری ۳۴/۵ درصد بود. همچنین انواع خشونت به ترتیب خشونت‌های عاطفی (۵۶ درصد)، کلامی (۴۸ درصد)، مالی (۲۳ درصد) و جسمی (۱۱ درصد) تعیین گردید (۳۰).

ویزیت‌های دوران بارداری یک موقعیت مناسب برای تشخیص زنان در معرض خطر همسرآزاری است. با برقراری ارتباط با زوجین و آموزش و برنامه‌ریزی مناسب به منظور آرایه تدبیر از عوارض پیچیده و پرهزینه این مشکل می‌توان پیشگیری کرد. همچنین این ویزیت‌ها فرصتی برای مشاوره با زنان به منظور افزایش اعتماد به نفس و راه‌های کنترل خود در چنین موقعیت‌هایی است. عوامل خطر همسرآزاری در دوران بارداری با کمی تفاوت

بارداری هنگام ورود نمونه‌ها به مطالعه از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. زیرا ممکن است شیوع و شدت همسرآزاری در تریامسترهای مختلف بارداری، متفاوت باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که همسرآزاری خفیف به خصوص از نوع روحی طی دوران بارداری در استان مازندران از شیوع بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (۳۴-۱۳۸۹) معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود و با حمایت مالی آن معاونت محترم به انجام رسید. بدین وسیله از کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی و شرکت کنندگان در مطالعه نهایت سپاس خود را اعلام می‌داریم.

References

1. Bunch C. Women's rights as human rights: Toward a re-vision of human rights. *Hum Rights Quar.* 1990;12(4):486-98.
2. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: World Health Organization Geneva. 2005.
3. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. *J Fam Viol.* 2007; 22(8):643-8.
4. Brown DS, Finkelstein EA, Mercy JA. Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2008; 23(12): 1747-66.
5. Hoque ME, Hoque M, Kader SB. Prevalence and experience of domestic violence among rural pregnant women in KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection (SAJEI).* 2009;24(4):34-7.
6. Nasir K, Hyder AA. Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence. *Eur J Public Health.* 2003 Jun;13(2):105-7.
7. Khosravi F, Hashemi Nasab L, Abdollahi M. [Study of the incidence and outcomes of domestic violence among pregnant women referring to childbirth unit of sanandaj hospitals]. *Urmia Med J.* 2008;19(1): 8-14. [Article in Persian]
8. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroun, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict.* 2010;25(1):116-27.
9. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J Womens Health.* 2010;2:183-97.
10. Purwar MB, Jeyaseelan L, Varhadpande U, Motghare V, Pimplakute S. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. *J Obstet Gynaecol Res.* 1999 Jun;25(3):165-71.
11. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996 Jun;275(24):1915-20.

همسرآزاری، برنامه‌های مداخله‌ای مدون برای کاهش عوارض آن و ارتقا سلامت زنان و خانواده تدوین شود. همچنین انجام مطالعات کیفی برای افزایش چگونگی به کارگیری تست‌های غربالگری و نیز انجام تحقیقات وسیع برای تعیین اثر برنامه‌های آموزشی برای شوهران به منظور کاهش شیوع و عوارض همسرآزاری در دوران بارداری پیشنهاد می‌گردد.

نقاط قوت مطالعه حاضر انجام نمونه‌گیری وسیع در سطح استان مازندران و به کارگیری پرسشنامه استاندارد برای جمع‌آوری داده‌ها بود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه غیرتصادفی بودن نمونه‌ها بود. معمولاً به خاطر عوامل فرهنگی زنان مورد خشونت واقع شده؛ کمتر تمایل به ابراز آن و در نتیجه تمایل کمتر به شرکت در مطالعاتی در این خصوص دارند. در مطالعه حاضر جمع‌آوری داده‌ها به طریق خودگزارش دهی بود که ممکن است باعث اثرگذاری در یادآوری به هنگام تکمیل پرسشنامه شده باشد. لحاظ نشدن سن

12. Street AE, Arias I. Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict.* 2001 Feb;16(1):65-78.
13. Tiwari A, Chan KL, Fong D, Leung WC, Brownridge DA, Lam H, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG.* 2008 Feb; 115(3):377-84.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Shah PS, Shah J. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt).* 2010 Nov;19(11):2017-31.
18. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Med Iranica.* 2005;43(2):115-22.
19. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery.* 2012 Aug; 28(4):356-20.
20. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E, Mohammadi A. [Evaluating mental health of spouse abused women]. *J Gorgan Uni Med Sci.* 2007;8(4):58-63. [Article in Persian]
21. Leung WC, Kung F, Lam J, Leung TW, Ho PC. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Nov;79(2):159-66.
22. Zareen N, Majid N, Naqvi S, Saboohi S, Fatima H. Effect of domestic violence on pregnancy outcome. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2009 May;19(5):291-6.

23. Flach C, Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, Howard LM. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG*. 2011 Oct; 118(11):1383-91.
24. McMahon S, Huang CC, Boxer P, Postmus JL. The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Child Youth Serv Rev*. 2011 Nov; 33(11): 2103-11.
25. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS ONE*. 2011;6(3):e17591.
26. Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. [Prevalence of domestic violence against women]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2014; 16(1):126-31. [Article in Persian]
27. Ribeiro MR, da Silva AA, e Alves MT, Batista RF, de Rocha LM, Schraiber LB, et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:66.
28. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*. Geneva. 2011;89(1):1-80.
29. Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004;10(7): 770-89.
30. Shamsi M, Bayati A. [Frequency and severity of domestic violence in pregnant women]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2011;13(4):67-75. [Article in Persian]
31. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. PRAMS Working Group. *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Health J*. 2000 Jun;4(2):85-92.
32. Hindin MJ, Sunita K, Donna LA. Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: predictors and health outcomes. DHS analytical studies no 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. 2008.
33. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11:109.
34. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *J Int Devel*. 2009 Jul; 21(5): 577-602.
35. Bohn DK. Lifetime and current abuse, pregnancy risks, and outcomes among Native American women. *J Health Care Poor Underserved*. 2002 May;13(2):184-98.
36. Jeyaseelan L, Sadowski LS, Kumar S, Hassan F, Ramiro L, Vizcarra B. World studies of abuse in the family environment--risk factors for physical intimate partner violence. *Inj Control Saf Promot*. 2004 Jun;11(2):117-24.

Original Paper

Intimate partner violence during pregnancy in the Northern Iran (2010)

Abdollahi F (Ph.D)¹, Yazdani - Cherati J (Ph.D)*², Majidi Z (B.Sc)³

¹Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ²Assistant Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ³B.Sc Health Care Provider, Health Center of Behshahr, Mazandaran University of Medical Sciences, Behshahr, Iran.

Abstract

Background and Objective: Pregnancy can not only protect mothers against intimate partner violence but even it may increase the rate and severity of intimate partner violence. This study was done to determine the intimate partner violence during pregnancy in the Northern Iran.

Method: This cross-sectional - analytical study was done on 1500 mothers whom attended the primary health centers of Mazandaran province, Northern Iran from Feb to Sep 2010. Mothers screened using modified standard world health organization intimate partner violence questionnaire via interview. The questionnaire included physical, emotional and sexual intimate partner violence. Intimate partner violence was categorized to severe, moderate and mild. A multivariate logistic regression analysis was used to identify predictor of intimate partner violence.

Results: The most common intimate partner violence was restriction of mothers in terms of money, food, and clothing (88.8%). The prevalence of physical, psychological and sexual intimate partner violence was 14.1%, 69.9% and 10.8%, respectively. The adjusted odds ratio for physical intimate partner violence in mothers with low education and low socio-economic status were significantly higher in those mothers with high education and fair socio-economic status ($P < 0.05$).

Conclusion: Mild psychological intimate partner violence is prevalent in Mazandran province, North of Iran.

Keywords: Pregnancy, Intimate partner violence, Iran

* Corresponding Author: Yazdani - Cherati J (Ph.D), E-mail: jamshid_1380@yahoo.com

Received 15 Apr 2014

Revised 26 Jul 2014

Accepted 6 Aug 2014