



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 2 (Spring 2018), 179-416 Social Determinants of Health Supplement

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

تعیین‌کننده‌های اجتماعی خشونت علیه زنان باردار توسط همسر در شهرستان همدان در سال ۱۳۹۵

بابک معینی^{*۱} (Ph.D)، خدیجه عزتی رستگار^۲ (M.Sc)، یداله حمیدی^۳ (Ph.D)، مژگان حسینی^۴ (MPH)، علیرضا سلطانیان^۵ (Ph.D)

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳- گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴- پزشک عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۵- مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر واگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۱۹

• نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۵۴۲۰۴۵۳ babak_moeini@umsha.ac.ir

چکیده

هدف: خشونت علیه زنان باردار در همه کشورها اتفاق می‌افتد، اما شیوع آن در سراسر جهان بسیار متفاوت و با پیامدهای فراوان و غیر قابل قبولی از اختلالات روانی تا آسیب‌ها و مرگ مادر و نوزاد همراه است. هدف این مطالعه تعیین عوامل اجتماعی مرتبط با خشونت علیه زنان باردار توسط همسرانشان در همدان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با حضور ۱۰۳۹ زن باردار ساکن مناطق شهری و روستایی در همدان در سال ۱۳۹۴ انجام شد. اطلاعات مورد بررسی شامل ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی در قالب تعیین‌کننده‌های اجتماعی بود. ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه استاندارد خشونت (IPAQ) برای سنجش تجربه خشونت جسمی، روانی و جنسی در ۱۲ ماه گذشته بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۸۸ درصد زنان باردار تجربه خشونت در یک سال گذشته را داشته‌اند. بیش‌ترین شکل آن، خشونت روانی (۸۷/۹ درصد)، سپس خشونت عاطفی (۱۸/۹ درصد) و در نهایت خشونت جنسی (۶/۴ درصد) بود. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که دفعات ازدواج مادر ($p=0/003$ و $OR=2/2$)، تعداد فرزندان ($p=0/041$ و $OR=0/52$)، شاغل بودن مادر ($p=0/039$ و $OR=0/44$)، سیگاری بودن ($p=0/019$ و $OR=1/91$)، بیماری روانی همسر ($p=0/023$ و $OR=2/63$)، ناخواسته بودن بارداری ($p=0/047$ و $OR=1/62$) و آگاهی مرد از بارداری زن ($p=0/012$ و $OR=12/94$) ارتباط معنی‌داری با انواع خشونت در مادران باردار داشتند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که خشونت علیه زنان باردار گسترده و اجتناب‌ناپذیر است. خشونت به عنوان مشکل سلامتی باید مورد توجه قرار گیرد. به منظور بهبود سلامت مادران و جامعه، نتایج این مطالعه تخصیص بودجه، تحقیقات بعدی و مداخلات مبتنی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی خشونت را پیش‌بینی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: خشونت شریک جنسی، بارداری، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

مقدمه

تهدید یا عمل علیه خود، فرد دیگر، یک گروه و یا جامعه دیگر است که منجر به آسیب، مرگ، عوارض روانی، اختلالات یا معلولیت می‌گردد [۱]. خشونت علیه شریک

بر اساس تعریف سازمان جهان بهداشت (WHO)، رفتار خشونت‌آمیز شامل استفاده از قدرت و نیروی فیزیکی در قالب

کمترین میزان شیوع مربوط به مطالعه جوکار در سال ۲۰۰۳، در یاسوج با ۸ درصد بوده است [۶].

با این وجود هنوز دانسته‌های ما از عوامل اساسی که بر خشونت علیه مادران باردار تاثیر می‌گذارد، ناکافی است، زیرا بیش‌تر مطالعات به بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی و زمینه‌ای از قبیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر آن نپرداخته‌اند [۱۰]. در طی سال‌های اخیر، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) Social Determinants of Health، از بحث برانگیزترین موضوعات در حیطه سیاست‌گذاری‌های سلامت بوده است و از آنجایی که شیوع خشونت خانگی در جوامع در حال توسعه و توسعه‌نیافته بالاتر می‌باشد، باید به دنبال علل خشونت نیز در میان عوامل اجتماعی بود [۱۱]. هم‌چنین ساز و کارهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی منجر به مجموعه‌ای از موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی می‌گردد که به موجب آن جمعیت با توجه به درآمد، آموزش، شغل، جنسیت، قومیت / نژاد و سایر عوامل (عوامل واسطه) بازتابی از جایگاه مردم در سلسله مراتب اجتماعی بوده و بر اساس آن تجارب متفاوتی از مواجهه و آسیب‌پذیری در شرایط بهداشتی دارند [۱۲].

بر طبق چارچوب کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر یا Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (شکل ۱) تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت عبارتند از: مکانیسم‌های ساختاری و عوامل بینابین. منظور از مکانیسم‌های ساختاری آن‌هایی هستند که منجر به طبقه‌بندی و رده‌های اجتماعی جامعه و تعریف موقعیت اجتماعی و اقتصادی افراد در درون سلسله مراتب قدرت، اعتبار و دسترسی به منابع می‌گردند. دسته‌بندی‌های اصلی عوامل بینابینی سلامت عبارتند از: شرایط مادی؛ شرایط روانی-اجتماعی؛ عوامل رفتاری و یا بیولوژیکی؛ و عوامل مربوط به نظام سلامت که خود به عنوان یک عامل تعیین‌کننده اجتماعی است [۴].

مستندات موجود حاکی از شیوع بالای خشونت علیه زنان باردار در همدان می‌باشد [۶] با توجه به ضرورت شناسایی

جنسی (Intimate Partner Violence) (IPV) نقض حقوق بشر یک فرد است و به عنوان یک مسئله بهداشتی جهانی به رسمیت شناخته شده است [۲]. خشونت فقط بر قربانیان تاثیر ندارد و سلامت و رفاه خانواده، دوستان و جامعه قربانیان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد [۳]. اعمال خشونت علیه زنان در دنیا به شکل خشونت جسمی، جنسی، روانی و مالی دیده شده است [۴]. اخیراً سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده که در دنیا، یک سوم زنان در طول عمر خود، خشونت در شکل جسمی، جنسی، یا هر دو، توسط همسر و یا شریک جنسی دیگر را تجربه کرده و عوارضی از قبیل اضطراب، اختلالات اضطرابی بعد از ضربه (PTSD) post-traumatic stress disorder، ناامیدی و عزت نفس پایین را نشان می‌دهند. اغلب قربانیان مشکلات مرتبط با سلامتی را تجربه می‌کنند و می‌توان به مشکلات تناسلی، اختلالات گوارشی، علائم عصبی، دردهای عمومی و عوارض قلبی عروقی، روی آوردن به سوء مصرف مواد [۲] و مصرف سیگار [۵] اشاره نمود.

یافته‌های حاصل از ۱۰ بررسی از جوامع مختلف میزان خشونت را متغیر و بین ۷۱درصد-۱۵درصد متغیر گزارش کرده‌اند [۶،۷]. در ۳۰درصد زنان، اولین تجربه خشونت خانگی در دوران بارداری رخ داده است [۸]. بنابراین خشونت علیه زنان باردار یک معضل بهداشتی جهانی است [۹] که با استناد به مطالعات انجام شده، الگوی جسمی خشونت علیه زنان باردار در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد [۸]. مطالعات مختلف در ایران حاکی از دامنه متغیر آمار خشونت علیه زنان باردار است. در مطالعه مرور نظام‌مند (Systematic Review) سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) بررسی ۳۲ مطالعه در جامعه زنان باردار ایرانی (۱۵۶۱۰ فرد) از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۴ نشان داده است که میزان شیوع خشونت بین ۴۳ تا ۶۲ درصد متغیر بوده و به ترتیب خشونت فیزیکی ۱۹درصد، خشونت جنسی ۳۱درصد و خشونت روحی و روانی ۴۵درصد برآورد شده است. هم‌چنین بیش‌ترین میزان شیوع انواع خشونت علیه زنان باردار مربوط به مطالعه انجام شده توسط محمدی در همدان در سال ۲۰۱۲ با ۸۸/۸۲ درصد (خشونت فیزیکی) و

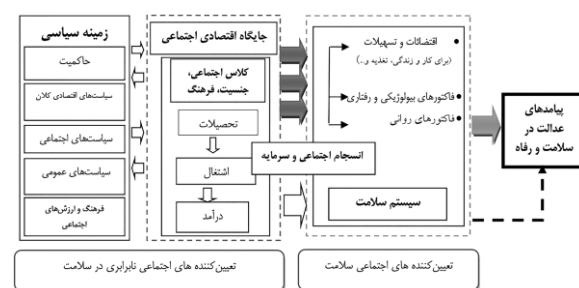
مراجعه‌کنندگان به مراکز در روزهای فرد تعداد مورد نیاز انتخاب شدند. در این مطالعه روزهای فرد نیز به صورت تصادفی انتخاب شد.

داده‌ها توسط پرسش‌نامه تعیین‌کننده‌های اجتماعی خشونت و پرسش‌نامه استاندارد خشونت علیه زنان (IPAQ) (Intimate Partner Abuse Questionnaire) جمع‌آوری شد که مربوط به تجارب خشونت در یک سال گذشته بود. در این ابزار، خشونت فیزیکی با ۲ سوال در مقیاس لیکرت (هرگز= صفر، ۱-۳ بار= ۱، ۴-۶ بار= ۲، ۷-۹ بار= ۳ و بیش از ۱۰ بار= ۴)، و یک سوال نیز برای بررسی شدت آسیب (کبودی مختصر= ۱، جراحات با شکستگی= ۲، تاثیر دائمی نقص عضو= ۳) برآورد می‌شد. خشونت روانی با ۱۵ سوال (بلی/خیر) در قالب سوالاتی مثل ترس از همسر، تهدید به مرگ، داد زدن و بددهنی پرسیده می‌شود. هم‌چنین خشونت جنسی با ۳ سوال (بلی/خیر) و با سوالات اتهام به بی‌وفایی، درخواست آمیزش جنسی غیر عادی و خیانت همسر سنجیده می‌شد. جواب مثبت پاسخگویان به هر کدام از بخش‌ها به معنای داشتن خشونت بود [۱۴]. روایی این ابزار با استفاده از نظر متخصصان، در بعد جسمی و روانی ۰/۸۴ و در بعد جنسی ۰/۸۲ ارزیابی شده و پایایی با روش همسانی درونی (آلفا کرونباخ) آن نیز ۰/۸۵ به دست آمده بود [۱۵].

سوالات پرسش‌نامه تعیین‌کننده‌های اجتماعی (SDH) خشونت بر اساس شکل شماره یک در قالب عوامل ساختاری و بینابین مورد استفاده قرار گرفت. عوامل ساختاری شامل سن و دفعات ازدواج مادر (برگرفته از فرهنگ و ارزش)، تعداد فرزندان، درآمد، محل زندگی، و تحصیلات (بر حسب مقطع تحصیلی) و نوع شغل زوجین بود. هم‌چنین در عوامل بینابین رفتاری؛ سیگار بودن، اعتیاد و بیماری روانی همسر، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و آگاهی مرد از بارداری همسر مورد بررسی قرار گرفت.

تیم تحقیق جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مراکز ارائه خدمات حضور یافته و در صورت داشتن معیارهای ورود شرکت‌کنندگان، توضیحات لازم در مورد موضوع، اهمیت و

علل مشکل خشونت علیه زنان باردار، به نظر می‌رسد؛ یکی از بهترین شیوه استفاده از چارچوب CSDH باشد. زیرا به سیاستمداران کمک می‌کند تا علاوه بر شناسایی وسعت مسئله و گروه‌های خطر اقدام به برنامه‌ریزی صحیح و هدفمند در حل مشکل نمایند. بنابراین این مطالعه با دو هدف برآورد شیوع خشونت علیه زنان باردار و شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی خشونت علیه زنان باردار توسط همسران در شهرستان همدان انجام شد.



شکل ۱. چارچوب الگوی CSDH [۱۲]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی (Cross-sectional) و بخشی از یک مطالعه بزرگ نوع توصیفی - تحلیلی بوده که در مراکز ارائه خدمات بهداشتی شهری و روستایی شهرستان همدان اجرا شد [۱۳]. گروه هدف، کلیه زنان باردار دارای پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت شهرستان همدان بودند. معیار پذیرش نمونه‌ها، بارداری ثابت شده بر اساس پرونده بهداشتی موجود، داشتن همسر در قید حیات و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. با توجه به این‌که آمار رسمی از میزان خشونت علیه زنان باردار شهرستان در دسترس نبود، لذا با در نظر گرفتن $p=0/5$ ، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر خطای قابل قبول (۰/۰۳) حجم نمونه لازم ۱۰۳۹ نفر برآورد شده بود.

جهت نمونه‌گیری از مناطق شهری، روستایی و حاشیه شهر از تشکیلات طرح تحول سلامت موجود در مرکز بهداشت همدان استفاده شد. با شیوه تقسیم متناسب، سهم هر مرکز برای انتخاب نمونه‌ها محاسبه و در مرحله نهایی از بین

تجربه خشونت		متغیر	
ندارد	دارد		
۶۹ (٪ ۵۵/۲)	۴۹۸ (٪ ۵۴/۵)	شهر	محل زندگی
		روستا / حاشیه شهر	
۵۶ (٪ ۴۴/۸)	۴۱۶ (٪ ۴۵/۵)	بلی	سیگاری بودن مرد
		خیر	
۱۵ (٪ ۱۲)	۲۱۲ (٪ ۲۳/۲)	بلی	اعتیاد مرد
		خیر	
۱۱۰ (٪ ۸۸)	۷۰۲ (٪ ۷۶/۸)	بلی	بیماری روانی مرد
		خیر	
۱۲۴ (٪ ۹۹/۲)	۱ (٪ ۰/۸)	بلی	ناخواسته بودن بارداری
		خیر	
۸۸۹ (٪ ۹۷/۳)	۲۵ (٪ ۲/۷)	بلی	آگاه بودن مرد از بارداری همسر
		خیر	
۱۲۴ (٪ ۹۹/۲)	۱ (٪ ۰/۸)	بلی	
		خیر	
۸۸۴ (٪ ۹۶/۷)	۳۰ (٪ ۳/۳)	بلی	
		خیر	
۱۹ (٪ ۱۵/۲)	۲۱۶ (٪ ۲۳/۶)	بلی	
		خیر	
۱۰۶ (٪ ۸۴/۸)	۶۹۸ (٪ ۷۶/۴)	بلی	
		خیر	
۱ (٪ ۰/۸)	۹۵ (٪ ۱۰/۴)	بلی	
		خیر	
۱۲۴ (٪ ۹۹/۲)	۸۱۹ (٪ ۸۹/۶)	بلی	
		خیر	

نحوه انجام مطالعه را شرح می‌داد و سپس در صورت تمایل شرکت‌کننده و پر کردن آگهانه فرم رضایت‌نامه، پرسش‌نامه خشونت نیز در محیط امن اتاق مامایی به شیوه مصاحبه و توسط ماماهاى آموزش‌دیده همان مرکز تکمیل می‌شد. پرسش‌نامه‌های کدگذاری شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و شاخص‌های فراوانی و رگرسیون لجستیک جهت تعیین اثر عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان باردار استفاده شد. سطح معنی‌داری در این تحقیق ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

نتایج

از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی زنان باردار $27/26 \pm 5/33$ سال بود و ۹۶/۹ درصد از آنها یک بار ازدواج کرده بودند. ۴۳/۶ درصد از مادران دارای یک فرزند و ۴۰/۵ درصد آنها برای اولین بار باردار شده بودند. میانگین درآمد ماهیانه گزارش شده خانوار 731 ± 44 هزار تومان بود. بر اساس یافته‌های این مطالعه ۸۸ درصد زنان باردار مورد مطالعه تجاربی از خشونت خانگی داشته‌اند. به نحوی که ۸۷/۹ درصد از ایشان مورد خشونت روانی، ۱۸/۹ درصد مورد خشونت جنسی و در نهایت ۶/۴ درصد مورد خشونت جسمی قرار گرفته بودند. در جدول ۱، فراوانی عوامل ساختاری (تحصیلات، شغل، و محل زندگی) و عوامل بینابینی (سیگاری بودن، اعتیاد و بیماری مرد، ناخواسته بودن بارداری و آگاهی مرد از بارداری زن) در هر دو گروه زنان دارای تجربه خشونت و بدون خشونت مشخص شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی عوامل ساختاری و بینابینی مرتبط با خشونت در زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه

تجربه خشونت		متغیر	
ندارد	دارد		
۸۹ (٪ ۷۱/۲)	۷۲۷ (٪ ۷۹/۵)	زیر دیپلم	تحصیلات زن
		دیپلم و بالاتر	
۳۶ (٪ ۲۸/۸)	۱۸۳ (٪ ۲۰/۰)	زیر دیپلم	تحصیلات مرد
		دیپلم و بالاتر	
۱۰۷ (٪ ۸۵/۶)	۸۴۹ (٪ ۹۱/۹)	خانه دار	شغل زن
		غیر خانه دار	
۳۷ (٪ ۲۹/۶)	۳۲۲ (٪ ۳۵/۲)	کارمند/ شغل ثابت	شغل مرد
		بیکار/شغل غیر ثابت	

در جدول ۲، نتایج آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه و نسبت شانس (Odds Ratio, OR) در ارتباط بین انواع خشونت و عوامل مرتبط با آن نشان داد که اعمال خشونت فیزیکی به ازای هر دفعه ازدواج و هر مورد افزایش تعداد فرزند دارای نسبت شانس به ترتیب برابر ۰/۱۸ و ۰/۵۲ بود. هم‌چنین نسبت شانس اعمال خشونت فیزیکی در مردانی که از بارداری همسر خود آگاه بودند، ۰/۰۲ برابر مردانی بود که از بارداری همسر اطلاعی نداشتند که این نسبت در اعمال خشونت جنسی برابر ۴/۴۳ و در اعمال خشونت عاطفی برابر ۱۵/۱۵ بود. نسبت شانس اعمال خشونت جنسی در مردانی که کارمند بوده و یا شغل ثابت داشتند، ۰/۴۴ برابر مردان بیکار و یا دارای شغل غیر ثابت بود. هم‌چنین خطر اعمال خشونت جنسی در مردان دارای بیماری روانی، ۲/۶۳ برابر مردان سالم بود ($p=0/023$, $OR=2/63$).

در ادامه نتایج نشان داد که نسبت شانس اعمال خشونت عاطفی و روانی در مردان سیگاری ۱/۹۱ برابر مردان غیر سیگاری بود.

در مجموع اعمال خشونت (تحت عنوان خشونت کل)، اعمال خشونت در زنان خانه‌دار ۰/۲۴ برابر زنان شاغل بود و از نظر سیگاری بودن مردان، این اعمال خشونت برابر ۱/۱۱ به دست آمد. هم‌چنین بروز این خشونت در مردانی که از بارداری همسر خود آگاه بودند ۱۲/۹۴ برابر سایر مردان گزارش شد.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک عوامل مرتبط با انواع خشونت در زنان باردار شرکت کننده در مطالعه

خشونت جنسی			خشونت عاطفی			خشونت فیزیکی			خشونت کل			سطوح متغیر	متغیر
p-value	فاصله اطمینان %۹۵	OR	p-value	فاصله اطمینان %۹۵	OR	p-value	فاصله اطمینان %۹۵	OR	p-value	فاصله اطمینان %۹۵	OR		
۰/۰۹۹	۰/۸۹ - ۳/۷۷	۱/۸۳	۰/۷۹۶	۰/۲۹ - ۲/۵۸	۰/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۰۶ - ۰/۱۰۶	۰/۱۸	۰/۹۰۷	۰/۳۲ - ۳/۶۶	۱/۰۸	تعداد	دفعات ازدواج زن
۰/۶۹۵	۰/۸۳ - ۱/۳۳	۱/۰۵	۰/۳۸۲	۰/۸۶ - ۱/۵۰	۱/۱۳	۰/۰۴۱	۰/۲۸ - ۰/۹۷	۰/۵۲	۰/۲۵۳	۰/۸۸ - ۱/۶۰	۱/۱۹	تعداد	تعداد فرزندان
۰/۰۳۹	۰/۲۰ - ۰/۹۶	۰/۴۴	۰/۰۶۲	۰/۲۸ - ۱/۰۳	۰/۵۴	۰/۸۹۵	۰/۱۸ - ۷/۳	۱/۱۳	۰/۰۳۲	۰/۲۴ - ۰/۹۴	۰/۴۸	خانه دار/ شاغل	اشتغال زن
۰/۷۷۹	۰/۶۲ - ۱/۴۳	۰/۹۴	۰/۰۱۹	۱/۱۱ - ۳/۲۹	۱/۹۱	۰/۴۹۲	۰/۴۶ - ۴/۹۱	۱/۵۱	۰/۰۲۲	۱/۱۱ - ۳/۵۷	۱/۹۹	بلی/خیر	سیگاری بودن مرد
۰/۰۲۳	۱/۱۴ - ۶/۰۳	۲/۶۳	۰/۲۸۳	۰/۳۹ - ۲۳/۹۷	۳/۰۸	۰/۹۵۲	۰/۱۸ - ۴/۹۲	۰/۹۵	۰/۳۶۱	۰/۳۳ - ۲۰/۵۲	۲/۶۱	بلی/خیر	بیماری روانی مرد
۰/۱۱۳	۰/۹۳۰ - ۱/۰۰	۱/۳۶۳	۰/۰۴۷	۰/۹۷ - ۲/۷۲	۱/۶۲	۰/۳۱۹	۰/۲۱ - ۱/۶۶	۰/۵۹	۰/۲۵۲	۰/۸۰ - ۲/۳۳	۱/۳۷	بلی/خیر	ناخواسته بودن بارداری
۰/۰۰۱	۲/۸۰ - ۷/۰۲	۴/۴۳	۰/۰۱	۲/۰۸ - ۱۱۰/۳۵	۱۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۲ - ۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۰۱۲	۱/۷۷ - ۹۴/۳۷	۱۲/۹۴	بلی/خیر	آگاه بودن مرد از بارداری زن

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که ۸۷/۹ درصد از زنان مورد پژوهش، مورد خشونت‌های روانی قرار گرفته‌اند. این رقم بسیار مشابه با مطالعات مختلف داخلی و خارجی است زیرا در آن‌ها نیز محققان تاکید بر بالا بودن شیوع خشونت روانی نسبت به سایر اشکال خشونت دارند [۶، ۱۷، ۱۶]. البته تفاوت‌هایی نیز در ارقام گزارش شده وجود دارد که دلیل آن سکوت قربانیان در افشای اعمال خشونت بوده است و احتمالاً نشان‌دهنده ترس از آبرو، بدنامی، طلاق، فشارهای فرهنگی و اجتماعی و تلقی پدیده خشونت به عنوان بخش طبیعی از زندگی زنان و یا عدم شناسایی قربانیان خشونت توسط گروه‌های بهداشتی، درمانی یا مراجع ذیصلاح باشد [۱۸].

در این پژوهش تعداد فرزندان از تعیین‌کننده‌های خشونت فیزیکی بود که در مطالعه Halimah Awang و همکاران [۱۹] و فلاح [۲۰] در کنار متغیرهای درآمد و سن مادر به عنوان سه عامل مهم در خشونت خانگی به آن اشاره شده است. هر چند در این مطالعه میزان درآمد، متغیر تعیین‌کننده انواع خشونت نبود که از دلایل آن می‌توان به خود گزارش‌دهی اطلاعات اشاره نمود و این امکان وجود دارد که شرکت‌کنندگان اطلاعات دقیقی از میزان درآمد نداشته و یا اعلام نکرده‌اند.

یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های خشونت فیزیکی در مطالعه حاضر، دفعات ازدواج مادر بود که طبق نظریه ساختار اجتماعی (تنش - تضاد)، یکی از عوامل زمینه‌ساز خشونت و

همسرآزاری، نبود ثبات اجتماعی می‌باشد که طلاق و سوابق آن از عوامل عدم ثبات شناخته شده است [۸].

بیشتر شرکت‌کنندگان این پژوهش خانه‌دار بوده و خانه‌داری نیز از تعیین‌کننده‌های خشونت بود. مطالعات نشان می‌دهند که شغل بهتر، خودمختاری و استقلال مالی زنان باعث شده که کم‌تر در مقابل شوهر تسلیم شده، از منابع در دسترس استفاده بهتر کرده و نگرانی کم‌تری از پیامدهای جستجوی کمک داشته‌اند. در مقابل زنان غیر شاغل و با تحصیلات کم‌تر، بیشتر در مقابل شوهر مطیع و فرمانبردار بوده و انتظارات نقش سنتی‌شان را در زندگی زناشویی انجام می‌دادند [۲۱]. نظریه فمینیستی نیز پیش‌بینی می‌کند که اگر زنان فرصت‌های اقتصادی خارج از منزل داشته باشند و یا درآمد آن‌ها افزایش می‌یابد، کم‌تر مورد سوء استفاده و آزار همسر قرار می‌گیرند [۱۹].

اگر چه برخی مطالعات میزان خشونت خانگی را در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل توصیف کرده‌اند [۱۸] ولی در مطالعات دیگر نشان داده شده که زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار مورد خشونت قرار می‌گیرند. این مساله می‌تواند ناشی از تحریک‌پذیری زنان شاغل به علت تنش‌ها و خستگی‌های شغلی بوده که زمینه بروز خشونت توسط همسر آن‌ها را فراهم می‌نماید. به علاوه وجود مسئولیت‌های شغلی و مسئولیت‌های خانوادگی نیز در این زمینه بار مضاعفی را بر دوش این زنان تحمیل می‌نماید و سبب می‌شود که این زنان به اندازه زنان خانه‌دار از پس مسایل خانوادگی برنیایند [۲۲].

در مطالعه حاضر، محل زندگی تقریباً نیمی از زنان در شهر و مابقی در حاشیه شهر یا روستا بود؛ هم‌چنین بیش‌تر زنان کم‌تر از دیپلم و مردان تحصیلات حداقل دیپلم داشتند، ولی هیچ ارتباط بین این متغیرها با خشونت مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه Ebenezer و همکاران وقوع خشونت در مناطق شهری، ۳۵ درصد بیش‌تر از مناطق روستایی گزارش شده است [۱۷] و طبق مطالعه بابایی‌فرد [۲۳] در کاشان نیز محل سکونت از عوامل موثر بر خشونت‌های خانگی گزارش شده است. پیامدهایی مثل اشتغال، حمایت‌های روانی و اجتماعی، شهرنشینی و روستائینشی، متغیرهای اجتماعی-اقتصادی و فرهنگ از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت بوده و وابسته به موقعیت جغرافیایی، اجتماعی و ... است [۲۱]. علاوه بر آن نابرابری در کسب فرصت‌ها می‌تواند اقتصاد، اجتماع، خانواده و سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. نابرابری در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات [۲۰]، امکانات و نابرابری طبقات اجتماعی از نظر رنگ، نژاد و ملیت می‌تواند شاخص‌های سلامت را کاهش دهد [۲۴] که همگی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مرتبط با خشونت هستند. دلیل این تفاوت‌ها را می‌توان این‌گونه بیان کرد که شاید تفاوت‌های فرهنگی در نقاط مختلف شهرستان همدان فاحش نبوده و تقریباً فرهنگ یکپارچه‌ای بر جامعه حاکم است.

از دیگر یافته‌های مهم این مطالعه، نقش تعیین‌کنندگی ناخواسته بودن بارداری در انواع خشونت بود. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۵) اعلام کرده است که خشونت، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری زنان را در مورد بارداری تحت تأثیر قرار داده و منجر به بارداری ناخواسته می‌شود [۲۵]. کریپ و همکاران معتقدند که زنان خشونت‌دیده کم‌تر از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند و به این دلیل خطر بارداری ناخواسته را در آن‌ها بیش‌تر است [۲۶]. از طرفی مطالعه Goodwin نشان می‌دهد که به دنبال بارداری ناخواسته، زنان، ۲/۵ برابر بیش از دیگران تحت خشونت قرار می‌گیرند [۲۵]. این رقم در مطالعه حاضر و در خشونت عاطفی برابر ۱/۶۷ بود؛ اما این‌که

آیا خشونت نوع بارداری زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد یا ناخواسته بودن بارداری باعث افزایش احتمال خشونت در زنان باردار می‌شود نیاز به تحقیقات بیش‌تری دارد.

سیگاری بودن مرد با خشونت عاطفی و خشونت کل و هم‌چنین بیماری روانی همسر با خشونت جنسی ارتباط معناداری داشتند، هر چند نقش اعتیاد در مطالعه حاضر تأیید نشد که می‌تواند به دلیل شرم زنان در گزارش‌دهی باشد ولی گزارش شده؛ افرادی که ابتلا به سوء مصرف مواد و سیگار داشته و یا سابقه مشکلات خانوادگی و بیماری‌های مزمن و روانی دارند، رفتارهای خشونت‌آمیز بیش‌تری از خود نشان می‌دهند [۱۶، ۱۴]. مطالعه حاضر تناقضات و تشابهات بسیاری با سایر مطالعات داخلی و خارجی دارد که امری طبیعی است، زیرا خشونت پدیده‌ای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و جغرافیایی است و عوامل به وجودآورنده آن در جوامع مختلف یکسان نبوده و از نظر شدت و ضعف و تعداد متفاوتند [۲۷] و مهم‌تر این‌که پذیرش یا رد خشونت خانگی وابسته به فرهنگ می‌باشد و خشونت خانگی می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف، به صورت‌های متفاوت درک شود [۲۸].

نکته قابل تامل مطالعه حاضر، ناآگاهی بیش‌تر مردان از بارداری همسر بود. اثبات بارداری و شناسایی این گروه فقط از طریق مراکز و پایگاه‌های سلامت انجام می‌شود. بنابراین مسئله مهم این است که بیش‌تر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بخش‌های مختلف اجتماعی پراکنده شده‌اند و بایستی تأثیرات احتمالی سیاست‌های آن‌ها بر سلامت، به ویژه گروه‌های هدف آسیب‌پذیر از جمله زنان باردار مورد بررسی قرار گیرند و این موضوع وظیفه یک سازمان خاص نیست [۲۹] و اگر به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت توجه نشود، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نمی‌تواند تأثیر زیادی در ارتقای سلامتی افراد جامعه داشته باشد [۳۰].

مطالعه فوق اگر چه با هدف شناسایی تعیین‌کننده‌های اجتماعی خشونت علیه زنان باردار انجام شد ولی واقعیت این است که دو مشکل عمده در انجام چنین مطالعاتی وجود دارد. اول این‌که بر اساس چارچوب پیشنهادی، شناسایی تمام

توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام پذیرفته است که بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی از مسئولین محترم به عمل می‌آید. از کلیه مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و بانوان باردار محترم که در انجام این تحقیق صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشتند، تشکر و سپاس فراوان به عمل می‌آید.

منابع

- [1] Semahegn A, Mengistie B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *J Reprod Health Med* 2015; 12: 78.
- [2] O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 22.
- [3] Gavine A, MacGillivray S, Williams DJ. Universal community based social development interventions for preventing community violence by young people 12 to 18 years of age. *The Cochrane Library* 2014.
- [4] Moafi F, Dolatian M, Sajjadi H, Alimoradi Z, Mirabzadeh A, Mahmoodi Z. Domestic violence and its associated factors in Iran: according to World Health Organization model. *PSJ J* 2014; 19: 25-36. (Persian).
- [5] Bhandari S, Bullock LF, Bair-Merritt M, Rose L, Marcantonio K, Campbell JC, Sharps P. Pregnant women experiencing IPV: impact of supportive and non-supportive relationships with their mothers and other supportive adults on perinatal depression: a mixed methods analysis. *J Ment Health Nurs* 2012; 33: 827-837.
- [6] Solimany A, Delpisheh A, Khademi N, Jafari nia B, Sayehmiri K. Prevalence of violence against women in during pregnancy in Iran: A systematic review and meta-analysis. *UNMF J* 2016; 13: 973-986. (Persian).
- [7] Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G. Cost-effectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: a modelling study based on a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2012; 2: e001008.
- [8] Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Vizheh M, Hassan M. The prevalence of domestic violence against pregnant women and causes. *Women Soc J* 2010; 1: 77-94. (Persian).
- [9] Pallitto C, García-Moreno C, Stöeckl H, Hatcher A, MacPhail C, Mokoatle K, Woollett N. Testing a counseling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 1-10.
- [10] Quintanilla BPA, Taft A, McDonald S, Pollock W, Henriquez JCR. Social determinants and maternal exposure to intimate partner violence of obstetric patients with severe maternal morbidity in the intensive care unit: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2016; 6: e013270.
- [11] Marmot MG. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
- [12] WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010.

عوامل مرتبط، کار مشکلی بوده و یا لاقفل از توان تیم حاضر خارج بود. این مساله در شناسایی عوامل ساختاری که مرتبط با سیاست‌گذاری، مباحث اقتصادی و فرهنگی است، بسیار مشکل می‌باشد. مشکل دیگر مربوط به خودگزارش‌دهی اطلاعات می‌باشد و زنان باردار ممکن است به دلیل ترس از عواقب مسائل مطرح شده و یا ترس از همسر، واقعیات را بازگو ننمایند. هر چند به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده می‌شد که اطلاعات محرمانه و بی‌نام ثبت خواهند شد ولی خشونت موضوع وابسته به فرهنگ می‌باشد و تایید صحت اطلاعات ثبت شده سخت است.

بنابراین با توجه به گستره وسیعی از تعیین‌کننده‌ها، اثرات آن بر سلامت و یافته‌های حاصل از این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که انجام چنین پژوهش‌هایی نیازمند تحقیقات علمی و شواهد بیشتری در همه زمینه‌ها است. زیرا مساله خشونت یک معضل چندوجهی است و هم شناسایی و هم مداخلات جهت رفع آن نیازمند ارتباط منسجم بین بخشی است. ارتباط بین خشونت خانگی با تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن ایجاب می‌کند که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به شناسایی افراد در معرض خطر اقدام نموده و آن‌را به عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی سیستم‌های مراقبتی و درمانی قرار دهند. هم‌چنین درک بهتر عوامل تعیین‌کننده خشونت خانگی می‌تواند بنیانی علمی در یک چارچوب سیاستی فراهم کند. یافته‌های این مطالعه، حوزه‌های تحقیقاتی بعدی را پیشنهاد داده و مداخله در عوامل تعیین‌کننده سلامت مربوط به حوزه‌های آموزشی و اجتماعی و زمینه جامعه نتایج این مطالعه اطلاعاتی را ارائه می‌دهد که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل از پایان‌نامه دوره عالی بهداشت عمومی (MPH) مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی همدان با تاییدیه اخلاق به شماره ۱۶/۳۵/۹/۳۴۵۴ پ می‌باشد و پشتیبانی مالی آن

- [23] Babaeim A, Heydarian A. Effective social determinants of Health and domestic violence. *Woman Soc* 2014; 5: 35-52. (Persian).
- [24] Ansari Z, Carson NJ, Ackland MJ, Vaughan L, Serraglio A. A public health model of the social determinants of health. *Soz Praventivmed* 2003; 48: 242-251.
- [25] Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE, Group PW. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Matern Child Health J* 2000; 4: 85-92.
- [26] Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100: 104-108.
- [27] Enayat H, Yaghoubi-Doost M. Relationship between the housing of marginalized people and violence against children in Ahvaz. *Urban Sociological Studies J* 2012; 2: 171-202. (Persian).
- [28] Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Effect of contextual factors on women coping strategies against domestic violence: A qualitative study. *Koomesh* 2015; 16: 581-594. (Persian).
- [29] Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Serv Res J* 2009; 9: 43.
- [30] Scott AJ, Wilson RF. Social determinants of health among African Americans in a rural community in the Deep South: an ecological exploration. *Rural Remote Health* 2011; 11: 1634.
- [13] Hosseini M, Moeini B, Hamidi Y, Soltanian A. Prevalence of domestic violence and related factors among pregnant women referred to health centers in Hamadan. *Hamadan Univ Med Sci* 2016. (Persian).
- [14] Nouri R, Nadrian H, Yari A, Bakri G, Ansari B, Ghazizadeh A. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Marivan county, Iran. *J Family Violence* 2012; 27: 391-399. (Persian).
- [15] Rashti S, Pasha R, Naderi F. A descriptive study on domestic violence and its relationship with the married women's mental profile. *JWC* 2014; 6: 51-66. (Persian).
- [16] Fahmy HH, Abd E-RS. Determinants and health consequences of domestic violence among women in reproductive age at zagazig district, egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2008; 83: 87-106.
- [17] Adjah ESO, Agbemaflle I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health* 2016; 16: 368.
- [18] Moasheri N, Miri M, Abolhasannejad V, Hedayati H, Zangoie M. Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand. *MC Jbums J* 2012; 9: 32-39. (Persian).
- [19] Awang H, Hariharan S. Determinants of domestic violence: Evidence from Malaysia. *J Family Violence* 2011; 26: 459-464.
- [20] Fallah S, Rostamzade S, Ghelich M. Effective factors on confronting violence on married women. *J Gorgan Univ Med Sci* 2016; 17: 91-96. (Persian).
- [21] Usta J, Farver JAM, Pashayan N. Domestic violence: the Lebanese experience. *Public Health J* 2007; 121: 208-219. (Persian).
- [22] Amini L, Daneshparvar H, Gharaee B, Mehran A. The relationship between dimensions of domestic violence and social structural determinants of health in women. *JMUMS* 2014; 24: 131-134. (Persian).

Social determinants of intimate partner violence among Iranian pregnant women

Babak Moeini (Ph.D)^{*1}, Khadije Ezzati Rastegar (M.Sc)², Yadollah Hamidi (Ph.D)³, Mozghan Hosseini (MPH)⁴, Alireza Soltanian (Ph.D)⁵

1- Associate professor, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2- School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4- School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

5- Associate Professor, Modeling of Non-communicable Diseases Research Center & Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author. +98 9125420453 Babak_moeini@umsha.ac.ir

Received: 5 Aug 2017; Accepted: 10 Dec 2017

Introduction: Intimate partner violence (IPV) occurs in all countries but its prevalence varies greatly across the world and remains unacceptably high with numerous consequences ranging from psychological to maternal disorder, neonatal mortality and morbidity outcomes in pregnant women. The aim of this study was to identify social determinants associated intimate partner violence among pregnant women in Hamadan (Iran).

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 1039 pregnant women living in urban and rural areas in Hamadan (Iran, 2015). The data included socio-demographic characteristics in social determinants. The tool was standard questionnaire of violence (IPAQ) for measuring physical, psychological and sexual experiences of violence in the past 12 month.

Results: The results showed that 88% of pregnant women had experiences of violence in the last year. The most experiences of violence were mental violence (87.9%), emotional violence (18.9%) and sexual violence (6.4%). The logistic regression analysis shows that frequency of mother's marriage (OR= 0.18, p=0.003), number of children (OR= 0.52, p=0.041), mother's employment (OR= 0.44, p=0.039), Smoking (OR= 1.91, p=0.019), and mental illness in a spouse (OR= 2.63, p=0.023), unwanted pregnancy (OR= 1.62, p=0.047), and awareness of wife's pregnancy (OR= 12.94, p=0.012) are significantly associated with kind of violence.

Conclusion: The findings confirm that intimate partner violence against pregnant women is widespread and not inevitable. IPV as health problem must be addressed. In order to mothers and the community health promotion, the results of this study suggested the allocation of funding, future research and interventions based on social determinants of intimate partner violence.

Keywords: Intimate Partner Violence, Pregnancy, Social Determinants of Health.