

## بررسی همبستگی خشونت فیزیکی دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به جنین در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد ۹۴-۱۳۹۳

مریم غفاری<sup>۱</sup>، فاطمه ناهیدی\*<sup>۲</sup>، عباس مسجدی<sup>۳</sup>، ملیحه نصیری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۳/۲۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** دل‌بستگی مادر به جنین از عوامل مؤثر بر رشد و سلامت جنین می‌باشد. خشونت فیزیکی در بارداری اثرات زیان‌بار بر سلامت جسمی و روانی خواهد داشت که ممکن است بر دل‌بستگی مادر به جنین نیز تأثیرگذار باشد. مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط همبستگی خشونت فیزیکی دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به جنین در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۹۴-۱۳۹۳ روی ۲۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، ابزار بررسی خشونت استراوس و پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های آماری توصیفی و همبستگی و رگرسیون خطی انجام شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۲۶ درصد از مادران بارداری خشونت فیزیکی را در دوران بارداری تجربه کرده بودند. ۸۹ درصد میزان دل‌بستگی مادر به جنین را خوب، ۱۰ درصد متوسط و ۱ درصد ضعیف گزارش کرده بودند. ارتباط معنی‌داری بین نمره خشونت فیزیکی و دل‌بستگی مادر به جنین وجود داشت ( $P < 0.001$ ). خشونت فیزیکی قادر به ۴۱۴ درصد پیشگویی واریانس نمره دل‌بستگی مادر به جنین در مادران مورد مطالعه بود.

**نتیجه‌گیری:** خشونت فیزیکی بالاتر با دل‌بستگی پایین‌تر مادر به جنین همراه است. کاهش و کنترل خشونت فیزیکی، آموزش و مشاوره‌های خانوادگی و زناشویی در جهت افزایش دل‌بستگی مادر به و جنین و بهبود روند مادری توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** خشونت، خشونت فیزیکی، دل‌بستگی مادر به جنین

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۰۷، شهریور ۱۳۹۷، ص ۴۱۱-۴۰۲

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، تلفن: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱۲

Email: nahidifateme@yahoo.com

### مقدمه

سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت‌های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌باشد که در نهایت منجر به پیامد رضایت‌بخش حاملگی، کاهش اضطراب و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و همچنین تقبل مسئولیت مادری می‌شود (۴). بر اساس تعریف کرانلی، دل‌بستگی در بارداری در حوزه‌های متفاوتی تقسیم‌بندی می‌شود، مانند پذیرش جنین به‌عنوان موجودی مستقل و جدا از مادر، برقراری ارتباط با جنین، نسبت دادن خصوصیت و ویژگی به جنین، پذیرش نقش مادری، تحمل سختی‌های دوران بارداری و فراهم کردن امکانات زندگی برای

دل‌بستگی مادر به جنین در واقع همان ارتباط مادر باردار با جنین است و نشان‌دهنده رابطه عاطفی بین آن‌ها می‌باشد (۱). این دل‌بستگی از ابتدای بارداری ایجاد و به تدریج بیشتر می‌شود؛ به طوری که در سه‌ماهه سوم به اوج خود می‌رسد و تا بعد از زایمان ادامه می‌یابد و در تطابق موفق مادر با بارداری نقش مهمی دارد (۲). دل‌بستگی برای زنده ماندن و رشد کودک لازم بوده و اثر آن در تمام طول زندگی محسوس می‌باشد (۳). دل‌بستگی مادر به جنین موجب افزایش رفتارهای بهداشتی مادر می‌شود. این رفتارها شامل ترک

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دکتری تخصصی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دکتری تخصصی، گروه آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

خشونت فیزیکی با دل‌بستگی مادر به جنین و همچنین حوزه‌های آن در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، انجام شد.

### مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۲۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و همچنین یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۲۰ نفر برآورد شد؛ به‌این‌ترتیب با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد حداقل حجم نمونه ۱۶۰ نفر برآورد شد که به‌منظور افزایش اعتبار و پیش‌بینی ریزش احتمالی، حجم ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به‌صورت طبقه‌ای - خوشه‌ای انجام گرفت، به‌این‌ترتیب که ابتدا شهر مشهد به پنج منطقه مرکزی، شمال شرقی و غربی و جنوب شرقی و غربی تقسیم‌شده، سپس متناسب با جمعیت تحت پوشش، از هرکدام از مناطق مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شد. سپس به شیوه‌ی در دسترس افراد دارای معیار ورود وارد مطالعه شدند. جهت انجام مطالعه، ابتدا طرح پژوهشی به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به شماره SBMU2.REC.1394.64 مورخ ۱۳۹۴/۰۵/۱۹ رسید. پس از توضیح اهداف و اخذ رضایت‌نامه کتبی، ضمن تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات واحدهای پژوهش و عدم نشر مشخصات آن‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار مادران باردار قرار گرفت. به واحدهای پژوهش توضیح داده شد که در صورت تمایل می‌توانند در هر زمان از ادامه همکاری انصراف دهند و در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، سواد خواندن و نوشتن، سن حاملگی ۲۸ تا ۴۰ هفته بارداری، تنها همسر شوهر بودن، نداشتن تصمیم به جدایی از همسر، نداشتن سابقه اختلالات روانی و استرس عمده در یک سال گذشته، خانواده هسته‌ای، نداشتن اعتیاد و نداشتن بارداری پرخطر بود. افراد در صورت ناقص تکمیل کردن پرسشنامه‌ها و یا تصمیم به عدم همکاری از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، دل‌بستگی مادر به جنین کرانلی و خشونت خانگی استراوس بود. پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین در سال ۱۹۸۱ توسط کرانلی تهیه شده است و کارایی آن در مطالعات قبلی تأیید شده است. این مقیاس ۲۴ آیتم در ۵ حوزه ایجاد تمایز میان خود و جنین، تعامل با جنین، نسبت دادن برخی ویژگی‌ها به جنین، ارائه احساس مادر و بر عهده داشتن نقش والدی دارد و پاسخگو نظر خود را در

نوزادی وی (۵). بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که دل‌بستگی به جنین رابطه نزدیکی با تعارضات عاطفی زنان، رابطه زناشویی، ارتباط بین زن و شوهر و مسائل خانوادگی از جمله درگیری و خشونت بین زوجین، دارد (۶). نتایج مطالعه عباسی و همکاران نشان داد که هر چه مشکلات ارتباطی مادر با اطرافیان بیشتر باشد میزان دل‌بستگی کم‌تر خواهد بود (۷). خشونت خانگی رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است که ۴۵ درصد زنان از آن رنج می‌برند (۸). خشونت خانگی نوعی تجاوز فیزیکی، جنسی و یا عاطفی- روانی است که توسط شریک جنسی ایجاد می‌شود (۹). اعمال خشونت از طرف شوهر نسبت به همسرش از عواملی است که می‌تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زناشویی شود و دل‌بستگی بین همسران را کاهش دهد. خشونت‌های دوران بارداری علاوه بر اینکه مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جنین اثر بگذارد (۱۰). در بررسی‌های انجام شده در کشورهای آسیایی شیوع خشونت بین ۴۸-۴ درصد می‌باشد. این میزان در کشورهای با درآمد کم و متوسط به ۷۱-۱۵ درصد رسیده است (۱۱). میزان خشونت اعمال‌شده بر زنان باردار ایرانی در مطالعات انجام شده بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است که این میانگین در شهر تهران ۳۵/۷ درصد می‌باشد (۱۲). در مطالعه کلایتون و همکاران که در سال ۲۰۱۷ صورت گرفت میزان خشونت فیزیکی را به‌طور متوسط ۲۶ درصد، گزارش کردند (۱۳). خشونت فیزیکی با رفتارهایی مانند با ناخن خراشیدن، چنگ زدن، گاز گرفتن، تکان دادن، تنه زدن، هل دادن، پرت کردن، پیچ‌وتاب دادن، مشت زدن، سیلی زدن، اقدام به خفه کردن و سوزاندن مشخص می‌شود (۱۴). خشونت فیزیکی شدید طی بارداری یکی از علل اصلی مرگ مادران باردار محسوب می‌شود (۱۵). سوء رفتار فیزیکی طی بارداری، ممکن است به‌طور مستقیم از طریق ترومای فیزیکی ناشی از خشونت یا به‌طور غیرمستقیم از طریق افزایش سطوح استرس مادر، محرومیت از مراقبت‌های پره ناتال، رفتارهای پرخطر، نظیر استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر و تغذیه ناکافی مادر، پیامد بارداری را تحت تأثیر قرار دهد (۱۶). زنانی که تحت خشونت‌های فیزیکی قرار دارند، چون تلاش می‌کنند تا به محیط خصومت‌آمیزی که در خانه وجود دارد غلبه کنند، هم‌زمان نمی‌توانند به‌طور کافی به ابعاد فرایند دل‌بستگی توجه داشته باشند. شناخت عوامل تقویت‌کننده و موانع مرتبط با رفتارهای دل‌بستگی مادر به جنین با توجه به اهمیت آن‌ها در پذیرش نقش والدی و رشد و تکامل آینده جنین حائز اهمیت می‌باشد و با توجه به اینکه در سال‌های اخیر سلامت جسمی و روانی زنان باردار، امر بسیار مهم و قابل‌توجه و از وظایف سیستم‌های بهداشتی، به‌ویژه کسانی که ارتباط مستقیم با مادران دارند، می‌باشد پژوهش حاضر باهدف بررسی همبستگی

من ویتنی، کروسکال والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵ درصد (سطح معنی‌داری ۵ درصد) مدنظر قرار گرفت. میزان P کم‌تر از ۰،۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $4.68 \pm 27.62$  سال و  $68.5$  درصد از مادران در رده سنی ۳۰-۲۰ سال و بیشترین محدوده سنی همسران نیز ۳۰-۴۰ سال بود. طول مدت ازدواج  $40.5$  درصد از مادران بین ۱ تا ۴ سال بود. از نظر سطح تحصیلات  $20$  درصد مادران در حد ابتدایی،  $40$  درصد راهنمایی،  $74$  درصد متوسطه و  $66$  درصد دانشگاهی بود. بیشترین سطح تحصیلات همسران نیز  $77$  درصد در حد متوسطه بود و شغل  $71$  درصد از همسران آن‌ها نیز کارگر بود.  $44.5$  درصد نمونه‌ها سن بارداری ۳۶ تا ۴۰ هفتگی داشتند (جدول ۱).

میانگین نمره خشونت فیزیکی واحدهای پژوهش  $4.05 \pm 10.51$  بود (جدول ۲). بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون نیز ارتباط معنی‌داری بین سن ( $P=0.007$ ) با نمره خشونت فیزیکی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

میانگین کلی نمره دل‌بستگی مادر به جنین  $8.93 \pm 59.5$  بود و از میان حوزه‌های آن بیشترین نمره مربوط به حوزه ایجاد تمایز میان خود و جنین ( $3.20 \pm 13.83$ ) و کم‌ترین نمره آن مربوط به حوزه نسبت دادن برخی ویژگی‌ها به جنین ( $2.98 \pm 8.75$ ) بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی‌داری بین نمره خشونت فیزیکی با دل‌بستگی مادر به جنین و تمامی حوزه‌های آن وجود داشت ( $P < 0.001$ ) (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون خطی، خشونت فیزیکی قادر به پیشگویی  $4.14$  درصد دل‌بستگی مادر به جنین در زنان باردار مورد مطالعه بود. به علاوه در بررسی‌های جداگانه، سهم خشونت فیزیکی در پیشگویی حوزه‌های تعامل با جنین  $1.83$  درصد، نسبت دادن برخی ویژگی‌ها به جنین  $1.94$  درصد و بر عهده داشتن نقش والدی  $1.36$  درصد بود (جدول ۴).

یک مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ برای خیر اصلاً این‌طور نیست تا ۳ برای بله همین‌طور است، مشخص می‌کند. حداکثر نمره ۷۲ و حداقل ۲۴ می‌باشد و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده دل‌بستگی بیشتر است. سطوح دل‌بستگی مادر به جنین به صورت ضعیف (کسب امتیاز کم‌تر از ۲۴)، متوسط (امتیاز ۲۴ تا ۴۸) و خوب (امتیاز ۴۸ تا ۷۲) تقسیم‌بندی گردید (۵).

ویرایش فارسی این آزمون از طریق روایی محتوا و با نظر تعدادی از روانشناسان و روان‌پزشکان و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ  $Ra=0.92$  در مطالعه جعفرنژاد و همکاران در سال ۱۳۸۸ تأیید گردیده است (۱۸).

پرسشنامه خشونت خانگی که توسط استراوس و همکاران (۱۹۷۹) ابداع و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان ابزاری استاندارد شناخته شده است، دارای ۳۸ آیتم با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است. نمرات مربوط به هر سؤال به صورت "اصلاً رخ نداده است" = ۰، "نه در طی بارداری ولی قبلاً رخ داده است" = ۱، "۱ بار در طی دوران بارداری" = ۲، "۲ بار در طی دوران بارداری" = ۳، "۳ تا ۵ بار در طی دوران بارداری" = ۴ و "بیشتر از ۵ بار" = ۵ تقسیم می‌شوند. جهت تعیین شدت خشونت، در ابتدا نمرات به دست آمده جمع زده شده و بر اساس امتیاز کسب شده با فواصل مساوی، به ۵ گروه با عدم خشونت، خشونت خیلی خفیف، خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید تقسیم می‌شوند (۱۷). این پرسشنامه توسط خرمرودی در ایران ترجمه شده است و روایی آن به روش روایی محتوا و پایایی آن با آزمون مجدد و با ضریب همبستگی ( $r=0.85$ ) (۱۹) همچنین روایی این پرسشنامه در مقاله جمشیدی منش و همکاران در سال ۱۳۹۱ سنجیده شده و پایایی آن پس از تجدیدنظر، آلفای کرونباخ  $0.83$  گزارش شده است (۲۰) روایی پرسشنامه‌های حاضر توسط روایی محتوا و پایایی پرسشنامه خشونت خانگی با ضریب آلفای کرونباخ =  $0.86$  و پرسشنامه دل‌بستگی مادر به جنین =  $0.79$  تأیید شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از پرسشنامه کرانلی و خشونت خانگی استراووس مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های توصیفی،

جدول (۱): برخی اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش

مقیاس‌ها	تعداد (درصد)
زیر ۲۰ سال	۷ (۳/۵)
۲۰-۳۰ سال	۱۳۷ (۶۸/۵)
۳۰-۴۰ سال	۵۶ (۲۸)
۴۰-۵۰ سال	-

مقیاس‌ها	تعداد (درصد)
Mean ± SD	۴/۶۸ ± ۲۷/۶۲
زیر ۲۰ سال	-
۲۰-۳۰ سال	۷۵ (۳۷/۵)
۳۰-۴۰ سال	۱۰۰ (۵۰)
۴۰-۵۰ سال	۲۳ (۱۱/۵)
Mean ± SD	۳۲/۵۵ ± ۶/۷۲
۱ تا ۴ سال	۸۱ (۴۰/۵)
۴ تا ۸ سال	۶۱ (۳۰/۵)
۸ تا ۱۲ سال	۳۵ (۱۷/۵)
۲۸ تا ۳۲ هفته	۱۷ (۳۴)
۳۲ تا ۳۶ هفته	۷۷ (۳۸/۵)
۳۶ تا ۴۰ هفته	۸۹ (۴۴/۵)
۰	۵۹ (۲۹/۵)
۱	۹۱ (۴۵/۵)
۲	۴۵ (۲۲/۵)
۳	۵ (۲/۵)
۴	۰
بی‌سواد	۰
ابتدایی	۲۰ (۱۰)
راه‌نمایی	۴۰ (۲۰)
دبیرستان	۷۴ (۳۷)
دانشگاه	۶۶ (۳۳)
خانه‌دار	۱۵۷ (۷۸/۵)
شاغل	۴۳ (۲۱/۵)
بیکار	۵ (۲/۵)
کارگر	۷۱ (۳۵/۵)
کارمند	۵۶ (۲۸)
آزاد	۶۸ (۳۴)

**جدول (۲):** بررسی ارتباط بین متغیرهای خشونت فیزیکی و دل‌بستگی مادر به جنین در مادران باردار

متغیر	تعداد (درصد)	Mean ± SD		
بدون خشونت	۱۴۸ (۷۴٪)	۱۰،۵۱ ± ۴،۰۵		
خشونت خیلی خفیف	۴۷ (۲۳،۵٪)			
خشونت خفیف	۴ (۲٪)			
خشونت متوسط	۰ (۰٪)			
خشونت شدید	۱ (۰،۵٪)			
خشونت خیلی شدید	۰ (۰٪)			
حوزه‌ها	ضعیف	متوسط	خوب	
ایجاد تفاوت میان خود و جنین	۳ (۱،۵٪)	۵۴ (۲۷٪)	۱۴۳ (۷۱،۵٪)	۵۹،۵ ± ۸،۹۳
تعامل با جنین	۵ (۲،۵٪)	۲۷ (۱۳،۵٪)	۱۶۸ (۸۴٪)	
نسبت دادن برخی ویژگی‌ها به جنین	۹ (۴،۵٪)	۸۵ (۴۲،۵٪)	۱۰۷ (۵۳،۵٪)	
بر عهده داشتن نقش والدی	۳ (۱،۵٪)	۲۳ (۱۱،۵٪)	۱۷۴ (۸۷٪)	
ارائه احساس مادری	۹۱ (۴۵،۵٪)	۳۳ (۱۶،۵٪)	۷۶ (۳۸٪)	

**جدول (۳): بررسی رابطه همبستگی بین خشونت با دل‌بستگی مادر به جنین در مادران باردار**

P Value	خشونت فیزیکی	ابعاد دل‌بستگی مادر به جنین
<۰/۰۰۱	$r = -0/393$	ایجاد تفاوت میان خود و جنین
<۰/۰۰۱	$r = -0/059$	تعامل با جنین
<۰/۰۰۱	$r = -0/325$	نسبت دادن برخی ویژگی‌ها به جنین
<۰/۰۰۱	$r = -0/143$	بر عهده داشتن نقش والدی
<۰/۰۰۱	$r = -0/148$	ارائه احساس مادری

**جدول (۴): بررسی نتایج آزمون رگرسیون خطی پیش‌بینی دل‌بستگی مادر به جنین و حوزه‌های آن بر اساس خشونت فیزیکی**

P Value	Standardized Coefficients $\beta$	F	R <sup>2</sup>	متغیر وابسته
۰/۰۴۱	۰/۱۸	۴/۱۴	۶/۰۹	دل‌بستگی مادر به جنین
۰/۰۳۹	۰/۱۵	۱/۸۳	۲/۰۷	تعامل با جنین
۰/۰۰۳	۰/۲۳	۱/۹۴	۲/۹۹	نسبت دادن برخی ویژگی‌های به جنین
۰/۰۴۱	۰/۱۲	۱/۳۶	۱/۷۱	بر عهده داشتن نقش والدی

**بحث و نتیجه‌گیری**

داشت. در مطالعه‌ای که فدینا و همکاران (۲۰۱۸) انجام دادند، اعلام کردند که در گروه سنی ۱۸-۲۴ سال بیشترین میزان خشونت وجود داشت (۲۵) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند. آبرامسکی و همکاران (۲۰۱۱) (۹) سن پایین زنان را از ریسک فاکتورهای افزایش خطر خشونت بیان کردند.

در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که هر چه سن همسر کم‌تر باشد میزان خشونت فیزیکی اعمال شده بر زن بیشتر است. استوارت و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقدند که شیوع خشونت فیزیکی و روانی در مردان مسن کم‌تر است (۲۶). دلایل توجیه‌کننده این مطلب می‌تواند این باشد که در مرتبه نخست، سن پایین‌تر مرد و زن معمولاً با عدم رشد یافتگی و ناپختگی آن‌ها همراه است و این موضوع زمینه‌ی خشونت را بیشتر فراهم می‌کند. دوم اینکه، مرد در سن جوانی رفتار منطقی کم‌تری دارد. سوم اینکه، هر چه فاصله سنی بیشتر باشد، امکان توافق و سازگاری زوجین کم‌تر می‌شود (۲۷).

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که هر چه میزان تحصیلات مادر کم‌تر باشد، خشونت فیزیکی بیشتر می‌شود به طوری که در زنان با سطح تحصیلات ابتدایی و کم‌تر، بیشترین میزان خشونت فیزیکی دیده شد. در رابطه با متغیر سطح تحصیلات، وانگ و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که زنان با تحصیلات بالاتر، کم‌تر از خشونت فیزیکی توسط همسر شکایت داشته‌اند که می‌تواند به علت آگاهی از حقوق فردی و خانوادگی و امکان بیشتر برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و قدرت چانه‌زنی در زنان باشد (۱۶). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که هر چه میزان تحصیلات مادر کم‌تر باشد، خشونت خانگی بیشتر می‌شود به طوری که در زنان با سطح تحصیلات ابتدایی و کم‌تر، بیشترین میزان خشونت خانگی دیده شد. در رابطه با متغیر سطح تحصیلات، سین‌ها و همکاران ۲۰۱۲ در

هدف این مطالعه بررسی همبستگی خشونت خانگی بر میزان دل‌بستگی مادر به جنین می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره خشونت فیزیکی در زنان باردار شهر مشهد  $40.5 \pm 51$  بود که این میزان تقریباً مشابه با میانگین نمره به‌دست‌آمده از مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۲) (۲۱) و نوح جاه و همکاران (۲۰۱۱) (۲۲) بود. در این مطالعه میانگین نمره دل‌بستگی مادر به جنین نیز  $8.93 \pm 5.59$  بود که این میزان کم‌تر از میانگین به‌دست‌آمده در مطالعه جمشیدی منش و همکاران (۲۰۱۳) (۲۰) بود. تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه جمشیدی منش را می‌توان به ویژگی‌های فردی و اجتماعی متفاوت در دو جمعیت در دو شهر متفاوت نسبت داد.

در مطالعه حاضر ارتباط معکوس و معنی‌داری بین نمره خشونت فیزیکی و دل‌بستگی مادر به جنین وجود داشت. در مطالعه جعفرنژاد و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داده شد که بین خشونت در دوران بارداری و دل‌بستگی مادر به فرزندش ارتباط وجود دارد. به طوری که اعمال خشونت در بارداری می‌تواند دل‌بستگی مادر به شیرخوار را خدشه‌دار کند (۱۸). در مطالعه کوئین لیوان و همکاران (۲۰۰۵) تفاوت معنی‌داری در نمره دل‌بستگی در ۶ ماهگی بین دو گروهی که در دوران بارداری تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند و آن‌هایی که نبودند، وجود داشت (۲۳). اما در گزارش کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) ارتباطی بین نحوه‌ی ارتباط پدر و مادر و دل‌بستگی مادر به نوزاد در دو روز ابتدایی بعد از تولد دیده نشده بود (۲۴).

بیشترین فراوانی شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال گزارش شد و بیشترین میزان خشونت فیزیکی نیز در این گروه وجود

مطالعه‌ی خود بیان کردند که میزان خشونت در میان زنان با تحصیلات پایین بیشتر است (۲۸). نوح جاه و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ی خود ارتباط معنی‌داری بین سطح سواد مادر و میزان خشونت نشان دادند به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، میزان خشونت کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش سطح تحصیلات همسر، میزان خشونت که نسبت به همسر ابراز می‌نمایند کم‌تر می‌شود. به طوری که در همسران با تحصیلات دانشگاهی، کم‌ترین میزان خشونت فیزیکی وجود داشت (۱۶). در مطالعه حاضر میزان خشونت فیزیکی در زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل وجود داشت. در مطالعه سان و همکاران (۲۰۱۷)، بیشترین رفتار خشونت‌آمیز در زنان خانه‌دار دیده شد (۲۹) و در مطالعه جوکار و همکار (۲۰۰۵) (۳۰) بین اشتغال زنان و خشونت رابطه آماری معنی‌داری یافته‌اند به طوری که اشتغال زنان باعث کاهش خشونت شده است و بیشترین رفتار خشونت‌آمیز در زنان خانه‌دار دیده شد، همچنین در مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۰۶) (۳۱) و نوح جاه و همکاران (۱۳۹۰)، بین اشتغال زنان و خشونت رابطه آماری معنی‌داری یافته‌اند به طوری که اشتغال زنان باعث کاهش خشونت شده است و بیشترین رفتار خشونت‌آمیز در زنان خانه‌دار دیده شد (۲۲).

نتایج حاصل از داده‌ها در مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین میزان خشونت از طرف همسرانی دیده می‌شود که بیکار هستند و کم‌ترین میزان خشونت فیزیکی در همسران شاغل بوده است. غضنفری (۲۰۱۰) (۳۲) و دلنو و همکاران (۲۰۰۵) (۳۳) رابطه معنی‌داری میان شغل همسر و خشونت بیان کردند به طوری که مردان بیکار خشونت بیشتری را بر زنان خود اعمال می‌کنند. این محققین بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر را عامل بروز بیشتر خشونت بیان کرده است. به طوری که مواجهه با خشونت شدید در زنان دارای همسر بیکار ۷ برابر زنان دارای همسر کارمند بود (۳۳). بر اساس مطالعه حاضر هرچقدر طول مدت ازدواج بیشتر باشد میزان خشونت فیزیکی بیشتر است. دلنو و همکاران (۲۰۰۵) (۳۳) نشان دادند که با افزایش مدت‌زمان ازدواج، میزان همسر آزاری افزایش می‌یابد. ابراهیم و همکاران در سال ۲۰۱۵ در مطالعه خود بیان کردند که بین خشونت فیزیکی و مدت‌زمان ازدواج رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (۳۴).

بررسی ارتباط بین تعداد بارداری و خشونت فیزیکی در مطالعه حاضر نشان داد که بین تعداد بارداری و میزان خشونت فیزیکی ارتباطی وجود نداشت که با مطالعه دلنو و همکاران (۲۰۰۵) (۳۳) همسو می‌باشد. اما رویز پرز و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود بیان کردند که تعداد بارداری با افزایش خشونت ارتباط معنی‌داری دارد که می‌تواند به دلیل تفاوت در نمونه‌گیری و جامعه آماری باشد (۳۵). نتایج حاصل از پژوهش نشان داد با افزایش تعداد فرزندان میزان

خشونت فیزیکی بیشتر گزارش شده است. انصاری و همکاران (۲۰۰۹) افزایش تعداد فرزند زنده را سبب افزایش مواجهه با خشونت فیزیکی و روانی یافت (۳۶). در مطالعه‌ای که در اردبیل انجام شد نیز داشتن فرزند یکی از فاکتورهای مستعد کننده خشونت بود (۴). به نظر می‌رسد که داشتن فرزند خصوصاً در سال‌های اول زندگی مشترک یکی از علل فشارهای مالی تحمیل شده بر مردان می‌باشد چرا که سال‌های اول زندگی مشترک غالباً دوران تنگناهای شدید مالی است و داشتن فرزند با میزان بالاتری از خشونت همراه است. به طور کلی مطالعه حاضر نشان داد که اعمال خشونت علیه زنان در بارداری، بر روی دل‌بستگی مادران به جنین تأثیر منفی می‌گذارد. به همین دلیل باید به سلامت روانی زنان و بهبود روابط زناشویی و خانوادگی با ایجاد راهکارهایی در جهت کاهش بروز خشونت و شناسایی و مداخله زودهنگام در دوران بارداری به ارتقای سلامت مادران و کودکان و خانواده‌ها کمک کرد.

مطالعه حاضر به بررسی همبستگی خشونت فیزیکی با دل‌بستگی مادر به جنین در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر مشهد در سال ۹۴-۱۳۹۳ پرداخته است. نتایج نشان داد که بین خشونت فیزیکی و دل‌بستگی مادر به جنین ارتباط وجود دارد به طوری که هرچه خشونت فیزیکی اعمال شده بیشتر باشد، دل‌بستگی مادر به جنین کم‌تر می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود مطالعات مشابه، تعداد کم افراد تحت مطالعه و استفاده از ابزار خودگزارش دهی، همچنین پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شده است و به طور دقیق نمی‌توان روابط علی بین متغیرهای مورد نظر را بررسی نمود. ضمن اینکه حالات روانی نمونه‌ها در پاسخگویی به این ابزار نیز از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهش می‌باشد.

پیشنهاد می‌گردد در آینده محققین انجام تحقیقات با نمونه‌های بزرگ‌تر و همچنین عوامل مؤثر دیگری از قبیل وضعیت اقتصادی خانواده، حمایت اجتماعی و روش‌های ارتقاء دهنده دل‌بستگی مادر به جنین و همچنین آموزش پرسنل بهداشتی در جهت شناسایی و اصلاح عوامل قابل تعدیل را مورد توجه قرار دهند.

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی، خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۵۵۱۶ می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

به این ترتیب مراتب تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، به ویژه مادران باردار که نهایت همکاری را در انجام این پژوهش داشته‌اند اعلام می‌داریم.

## References:

1. Kueppers J, Stein KF, Groth S, Fernandez ID. Maternal and child dietary intake: The role of maternal healthy-eater self-schema. *Appetite* 2018;125:527-36.
2. Toosi M AM, Sharif F, Zareh N. The Effect of Training Attachment Behaviors on Maternal-Fetal Attachment in Primipara Mothers Visiting Selected Obstetric-Clinics of Shiraz -2010. *Iran J Obstet Gynecol Inferti* 2012; 15(5):15-23.
3. DC. F. Associations among family relationships, maternal health practices, and antenatal attachment 2008.
4. Taavoni S AM, Gangi T, Hosseini F. Comparison of maternal fetal attachment between primgravidas and multigravidas women with past history of fetal or neonatal death. *Iran J Nurs* 2008;21(53):53-61.
5. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* 2009;46(5):708-15.
6. MS C. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Appl Nurs Res* 1981;30(5):281.
7. Abbasi E TM. The Effect of training attachment behaviors on primipara maternal fetal attachment. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2009;17(12):34-45.
8. Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2017;217(5):527-45.e31.
9. 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(1):109.
10. Scribano PV, Stevens J, Kaizar E. The Effects of Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Nurse Visited First Time Mothers. *Matern Child Health J* 2013;17(2): 307-18.
11. Pallitto CCaGia-M, Claudia and Jansen, Henrica AFM and Heise, Lori and Ellsberg, Mary and Watts, Charlotte. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet* 2013;120(1):3-9.
12. Dolatian MaG, Ahmadi M, Alavimajd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *J Hormozgan Univ Sci* 2010;13(4).
13. Clayton HB LR ,Basile KC, Demissie Z, Bohm MK. Physical and Sexual Dating Violence and Nonmedical Use of Prescription Drugs. *Pediatrics. Am Acad Pediatrics* 2017;201(6).
14. Vameghi R AAAS, Alavi Majd H, Sajedi F, Sajjadi H. & violence research. 2018;10(1):35-44. The comparison of socioeconomic status, perceived social support and mental status in women of reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *J INJ violence Res* 2018;10(1):35-44.
15. Orpin J, Papadopoulos C, Puthussery S. The Prevalence of Domestic Violence Among Pregnant Women in Nigeria: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 2017;1524838017731570.
16. Wang T, Liu Y, Li Z, Liu K, Xu Y, Shi W, et al. Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis *PloS one* 2017;12(10):e0175108.
17. Straus MAaH, Sherry L and Boney-McCoy, Sue and Sugarman, David B. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary

- psychometric data. *J Fam Issues* 1996;17(3):283-316.
18. Jafarnejad F, Ebrahim Zadeh S. The relationship between Domestic Violence and Maternal-Child Attachment in pregnancy. *J Sabzevar Univ of Med Sci* 2010;16(1):35-42.
  19. Khoramrody R. The effect of mothers touch on maternal fetal attachment. *Iran J Univ Med Sci* 2000.
  20. Jamshidimanesh M, Astaraki L, Moghadam ZB, Taghizadeh Z, Haghani H. Maternal-Fetal Attachment and its Associated Factors. *Hayat* 2012;18(5):33-45..
  21. Kordi M, Bakhshi M, Tara F, Mokhber N, EbrahimZade S. The effect of midwife's supportive care during labor on exclusive breastfeeding in primipara women. *J Birjand Univ Med Sci* 2010;17(2):79-86.
  22. Sedigheh N, Sayed Mahmoud L, Mariam H, Hamideh E, Afsaneh F, Neda Z, et al. Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province. *Behbood* 2011;15(4):1-7.
  23. 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;8(3):191-9.
  24. Carlson LL. Maternal attachment in the early postpartum period: Relationships with adult attachment style and the partner relationship. *LSUMC*. 2004.
  25. Fedina L, Backes BL, Jun H-J, Shah R, Nam B, Link BG, et al. Police violence among women in four U.S. cities. *J Prev Med* 2018;106:150-6.
  26. Stewart DEaV, Simone and Riazantseva, Ekaterina. New developments in intimate partner violence and management of its mental health sequelae. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(1):4.
  27. Salari FMR, Younesi SJ, Sharifinia M, Gharavi SM. Principles and Structure of "Islamic couple therapy. *Glob J Health Sci* 2014.
  28. Sinha A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of kalkata. *Indian J public Health* 2012;1(56):31-6.
  29. Sun X, McHale SM, Updegraff KA. Maternal and paternal resources across childhood and adolescence as predictors of young adult achievement. *J Vocat Behav* 2017;100:111-23.
  30. Joukar AaG, Nejad S and Sharifi, M. study on prevalence rate of intimate partner violence among women attending Yasuj health centers. *Armaghan danesh* 2005;10(27):819.
  31. Ahmadi BaA, Golestan M, Bagheri Yazdi B, Shojaeezadeh A. Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006;4(2):35-44.
  32. Ghazanfari F. Correlation of family relationship patterns and domestic violence against women in Lorestan province, western part of Iran. *J Fund Ment Health* 2010;2(46):485-8.
  33. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005;86(2):215-24.
  34. Ibrahim ZaS, WA and El-Hamid, SA and Hagra, AM. Intimate partner violence among Egyptian pregnant women: incidence, risk factors, and adverse maternal and fetal outcomes. *Clin Exp Obstet Gyn* 2015;42(2):212-9.
  35. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla Á, et al. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Ann Epidemiol* 2006;16(5):357-63.



36. Ansari H NM, Yadegari MA, Javaheri M, Ansari S. Physical, Mental and sexual abuse among the married women in south eastern Iran. Med J Hormozgan Univ 2009;16(6):491-99.

## CORRELATION BETWEEN PHYSICAL VIOLENCE AND MOTHER-FETUS ATTACHMENT IN PREGNANT MOTHERS VISITING THE HEALTHCARE CENTERS OF MASHHAD

Maryam Ghafari<sup>1</sup>, Fatemeh Nahidi<sup>2</sup>, Abbas Masjedi<sup>3</sup>, Maliheh Nasiri<sup>4</sup>

Received: 08 Apr, 2018; Accepted: 19 Jun, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** Attachment affects fetus's growth and health. Physical violence during pregnancy will have harmful effects on the physical and mental health, which may also affect the level of maternal and fetal attachment. The purpose of this research is to study the correlation between physical violence and mother-fetus attachment in pregnant mothers visiting the Healthcare Centers of Mashhad.

**Materials & Methods:** This descriptive-correlational study was conducted in 200 pregnant mothers visiting the selected Healthcare Centers of Mashhad. The questionnaires were demographic information, Straus Violence Questionnaire and Cranley's Mother-Fetus Attachment. Questionnaire. Data were analyzed using descriptive and correlation coefficient and liner regression tests as well as SPSS v.21 software.

**Results:** 26% of members had experienced physical violence. In general, there was a reversed and significant correlation between physical violence and mother-fetus attachment. 89% of Research Centers reported fetal attachment as good, 10% as average and 1% as weak. Based on the linear regression test, physical violence was able to predict the variance of maternal attachment attachment score of 4.14% in mothers.

**Conclusion:** A higher physical violence is associated with lower maternal attachment to the fetus. The reduction and control of physical violence and the provision of family and marital counseling are recommended to increase maternal and fetal attachment and to improve maternal health.

**Keywords:** Physical violence, Mother-Child Attachment, Violence

**Address:** Corresponding Author: Fatemeh Nahidi, 1 Ph.D. of Reproductive Health, Faculty Member of Midwifery Major, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** (+98) 2182202512

**Email:** nahidifateme@yahoo.com

<sup>1</sup> M.Sc. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Ph.D. of Reproductive Health, Faculty Member of Midwifery Major, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant professor of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Ayatollah Taleghani Hospital, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant professor of Biostatistics, School of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran