

مقایسه فراوانی خشونت خانگی و مهارت حل مسئله در زنان باردار خشونت دیده و خشونت ندیده شهر تهران

زیبا تقی زاده* - مریم پوربختیار** - حمیدرضا دانش پرور*** - سوگند قاسم زاده**** - عباس مهران*****

*دکترای تخصصی بهداشت باروری، عضو هیات علمی مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران
** کارشناسی ارشد مامایی قانونی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران
*** متخصص پزشکی قانونی، استادیار مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور - تهران- ایران
**** دکترای روانشناسی بالینی کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران
***** کارشناسی ارشد آمار، عضو هیئت علمی پرستاری و مامایی و دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران

چکیده

زمینه و هدف: مهارت حل مسئله و شیوه رویارویی با مشکلات برای اجتناب از درگیری و خشونت خانگی در زنان باردار امری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا در بین زنان خشونت دیده، زنان باردار به عنوان آسیب پذیرترین قشر قربانیان خشونت خانگی شناخته شده‌اند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تفاوت مهارت حل مسئله در زنان باردار با و بدون خشونت خانگی انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مورد-شاهدی است، تعداد ۴۱۹ نفر از زنان باردار به روش نمونه گیری طبقه‌ای خوشه‌ای از بین مراکز بهداشتی- درمانی شهر تهران انتخاب شدند و در دو گروه بدون خشونت (۱۳۵ نفر) و تحت خشونت (۲۸۴ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌های جمعیت شناختی، پرسش‌نامه CTS2^۱ (مقیاس حل تعارض) و مهارت حل مسئله هپنر و پیترسون بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های کای دو، آزمون دقیق فیشر، تی تست استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ۷۱٪ (۲۸۴ نفر) از واحدهای مورد پژوهش خشونت را طی یک سال گذشته تجربه کرده بودند و ۹۳٪ خشونت روانی، ۶۴٪ فیزیکی و ۵۴٪ جنسی در زنان باردار خشونت دیده تحت مطالعه گزارش شد. نتایج یافته‌ها نشان داد که بین گروه مورد و شاهد در مؤلفه‌های اعتماد به خود در حل مسئله و کنترل شخصی اختلاف آماری معنا داری ($P < 0.001$) وجود داشت، در حالی که در مؤلفه‌های اجتناب- نزدیکی به مسئله ($P = 0.213$) و حل مسئله کلی ($P = 0.926$) این اختلاف معنا دار نبود.

نتیجه گیری: با توجه به این که زنان باردار خشونت دیده در مقابله با خشونت خانگی نسبت به زنان خشونت ندیده، در حل مسائل و مشکلات زندگی شان به خود اعتماد نداشته و کنترل شخصی کمتری برای حل آن دارند، بنابراین با تقویت این دو مؤلفه در زنان خشونت دیده می‌توان از شیوع خشونت خانگی و عوارض ناشی آن در زمان بارداری کاست.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، مهارت حل مسئله و زنان باردار

تأیید مقاله: ۹۳/۸/۱۱

وصول مقاله: ۹۳/۵/۱۲

نویسنده پاسخگو: کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران- ایران

شماره تماس: ۰۳۱-۴۵۲۱۵۴۱۱

m_poor_mw@yahoo.com

مقدمه

پیترسون^۲ مقابله با مشکلات با فرآیند حل مسئله مترادف است (۱). مسئله، پرسش یا موقعیتی است که برای آن راه حل واضحی وجود ندارد (۲) و راه حل نوعی راهبردی مقابله‌ای است که در یک موقعیت مشکل‌زا منجر به فرآیند حل مسئله می‌گردد (۳).

حل مسئله یک فرآیند شناختی، عاطفی و رفتاری جهت مقابله با مشکلات و کشف راه حل‌های مؤثر می‌باشد و طبق نظر هپنر و

است. بلعکس، یافته‌های مطالعه‌ی پناغی و همکاران (۱۳۸۷) افزایش مهارت حل مسئله در زنان خشونت دیده را نشان می‌دهد. اما در مطالعه‌ی ماریسون^۵ و همکاران (۱۹۸۷) تفاوت آماری معناداری در مهارت حل مسئله در گروه خشونت دیده نسبت به دو گروه دیگر (زنان خشونت ندیده و زنان دارای رضایت زناشویی) دیده نشد. زنان در سنین باروری و طی بارداری بیشتر از هر زمان دیگری برای دریافت خدمات پزشکی به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه می‌کنند (۱۸) و مطالعات مختلف نشان داده‌اند که، دوران بارداری (۱۲) به دلیل مراجعه ۹۵ درصد زنان در طی بارداری خود جهت دریافت مراقبت‌های روتین دوران بارداری به مراکز بهداشتی-درمانی می‌کنند (۱۹)، بهترین زمان مناسب برای غربالگری خشونت خانگی است (۱۲). در نتیجه با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی در زنان باردار و پیامدهای منفی آن (۲۰) و این که مطالعات اندکی به بررسی میزان مهارت حل مسئله در زنان باردار خشونت دیده پرداخته‌اند، پژوهشگر بر آن شد، جهت مقایسه تفاوت مهارت حل مسئله در زنان باردار با و بدون خشونت خانگی، این مطالعه را انجام دهد.

روش بررسی

این مطالعه مورد-شاهدی طی ۵ ماه در استان تهران با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای - خوشه‌ای انجام شد، به این صورت که پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی تهران، لیستی از شبکه‌های بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه تهیه گردید (شبکه بهداشت و درمان جنوب، شهرری و اسلام شهر). از بین این شبکه‌های بهداشتی-درمانی دو شبکه به صورت تصادفی انتخاب گردید (شبکه بهداشت و درمان شهرری و جنوب). سپس لیستی از مراکز بهداشتی-درمانی این دو شبکه تهیه و به صورت تصادفی از شبکه بهداشت و درمان جنوب (دارای ۳۱ مرکز) و شبکه بهداشت و درمان شهرری (دارای ۲۳ مرکز) ۸ مرکز (جمعاً ۱۶ مرکز) انتخاب و سپس در هر مرکز بهداشتی-درمانی از روش نمونه‌گیری در دسترس برای نمونه گیری استفاده شد.

پس از مراجعه به واحد مامایی مراکز بهداشتی-درمانی انتخاب شده و توضیح اهداف مطالعه، فرم‌های غربالگری خشونت خانگی در اختیار زنان باردار واجد شرایط پژوهش جهت تکمیل قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه استاندارد حل تعارض (CTS2)، زنان خشونت دیده (مثبت بودن حتی یک مورد از موارد فرم غربالگری خشونت خانگی) در گروه مورد و زنان خشونت ندیده (که حتی یک مورد از موارد فرم غربالگری خشونت خانگی را علامت زده بودند) در گروه شاهد قرار گرفتند و طی تماس تلفنی برای شرکت در یک جلسه توجیهی از کلیه زنان باردار دعوت به عمل آورد. در جلسه توجیهی ضمن توضیح اهداف مطالعه فرم رضایت آگاهانه اخذ گردید و زنان باردار هر دو گروه

توانایی حل مسئله همان تجربه‌ی قبلی برخورد با مشکلات، تعیین موانع حل مشکل و انگیزه جهت تغییر رفتار است. نوع رفتار در حل مشکل نیز، با ویژگی‌های فردی مرتبط است و افرادی در حل موقعیت‌های مشکل‌زا موفق‌ترند که، دارای مهارت حل مسئله باشند (۳). در واقع، حل مسئله سطح بالایی از یادگیری و مهارت حل مسئله جزء مهارت‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی است (۴) که باید همه افراد آن را فرا گیرند (۱).

مهارت حل مسئله با رابطه بین فردی سالم مرتبط است (۵)، به طوری که حل مسئله موفق ناسازگاری افراد را کاهش و سازگاری مثبت آنان را افزایش می‌دهد (۳). طبق شواهد ارائه شده زوجها در رابطه زناشویی خود با یکسری از مشکلات مواجه می‌شوند، بنابراین مهارت حل مسئله و شیوه رویارویی با مشکلات برای اجتناب از درگیری و خشونت خانگی امری ضروری به نظر می‌رسد (۶).

خشونت خانگی نوعی تجاوز فیزیکی، جنسی و یا عاطفی/روانی است که توسط شریک نزدیک ایجاد میشود و در سراسر جهان به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی به رسمیت شناخته شده است (۷) و نسبت به سایر مسائل بهداشتی قابل پیشگیری مانند فشارخون بالا و دیابت، مسئول اکثر بیماری‌ها و مرگ و میر زودرس در زنان زیر ۴۵ سال است (۸). نتایج قهاری و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان می‌دهد که زنان قربانی خشونت از سلامت عمومی مناسبی برخوردار نیستند. هم‌چنین طبق نتایج مطالعه عاطف وحید و همکاران اختلالات روان‌پزشکی و بارداری از عوامل تاثیرگذار بر خشونت خانگیاند (۹).

در بین زنان قربانی خشونت، زنان باردار به عنوان آسیب پذیرترین قشر قربانیان خشونت خانگی شناخته شده‌اند (۱۰)، زیرا خشونت در بارداری، تهدیدی اضافی برای سلامت مادر و جنین محسوب شده (۱۱) و از جفت سرراهی، دیابت حاملگی یا پرفشاری خون ناشی از حاملگی شایع‌تر است (۱۲). از پیامدهای نامطلوب خشونت خانگی در دوران بارداری، عدم وزن گیری کافی دوران بارداری (۱۲)، پره‌اکلامپسی (۸)، افزایش مرگ پریناتال (۱۳)، زجر جنینی (۱۴) و مرگ دوران جنینی گزارش شده است (۱۵).

شیوع خشونت خانگی در زنان باردار در یک مرور نظامند جهانی، ۱ تا ۲۰٪ گزارش شده است (۱۶)، که این میزان در کشورهایی با درآمد کم و متوسط به ۱۵ تا ۷۱٪ می‌رسد (۱۷) و در بررسی‌های انجام شده در کشورهای آسیایی شیوع آن بین ۴ تا ۴۸٪ می‌باشد (۱۶). در ایران نیز میانگین خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰٪ گزارش شده است (۱۵).

به نظر می‌رسد که زنان قربانی خشونت خانگی، فاقد مهارت حل مسئله‌اند و نمی‌دانند در مقابل رفتارهای پرخاشگرانه همسر واکنش مناسبی از خود نشان دهند (۶). به طوری که در مطالعه‌ی کلاهورت^۳ و همکاران (۱۹۸۲)، مارگارت^۴ و همکاران (۱۹۸۷) و توفیقی و همکاران (۱۳۸۰)، عدم داشتن این مهارت در زنان خشونت دیده گزارش شده

3. Claerhout S
4. Margaret H

5. Marrison

جدول شماره ۱: فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه زنان باردار خوشنوت دیده (مورد) و خوشنوت ندیده (شاهد)

p-value	گروه شاهد (n=۱۳۵) %	گروه مورد (n=۲۸۴) %	ویژگی‌های جمعیت شناختی
۰/۲۷۸	۲۶/۸۲ ± ۵/۱۳۷	۲۷/۳۵ ± ۴/۴۶۰	میانگین سن زنان باردار (sd)
۰/۳۵۴	۳۰/۸۸ ± ۵/۱۴۶	۳۰/۸۸ ± ۵/۳۵۸	میانگین سن همسر زنان باردار (sd)
۰/۶۵۵	(۴۰)۵۴	(۳۳/۹)۸۷	تحصیلات زنان باردار (مقطع متوسطه) %
۰/۱۵۰	(۳۲/۶)۴۴	(۳۱/۹)۸۲	تحصیلات همسر زنان باردار (مقطع متوسطه) %
۰/۵۷۲	(۹۵/۶)۱۲۹	(۹۶/۱)۱۵۷	شغل زنان باردار (خانه دار) %
۰/۱۵۱	(۴۰)۵۴	(۴۹)۱۲۶	شغل همسر زنان باردار (کارگر) %
۰/۴۱۴	(۷۱/۱)۹۶	(۷۵/۹)۱۹۵	زندگی مستقل زوجین %
۰/۷۷۱	(۲۰)۲۷	(۷۱/۱)۴۴	وضعیت اقتصادی مطلوب %
۰/۳۰۹	(۵/۲)۷	(۳/۱)۸	سابقه ازدواج قبلی زنان باردار %
۰/۹۴۵	(۱/۵)۲	(۱/۶)۴	داشتن فرزند از ازدواج قبلی زنان باردار %
۰/۷۹۹	۱/۵۹ ± ۱/۱۴۸	۲/۱۲ ± ۱/۰۵۸	میانگین بارداری قبلی (sd)
۰/۲۰۸	(۶۶/۷)۹۰	(۷۲/۸)۱۸۷	تمایل به بارداری فعلی %

مورد و شاهد فرم دموگرافیک، سوابق مامائی و پرسشنامه حل مسئله هیپنرپترسون را تکمیل نمودند. از آنجایی که هر دو گروه زنان باردار بودند و تک گروهی و مطالعه به صورت مورد-شاهدی انجام شده است از t گروه وابسته استفاده گردید.

پرسش‌نامه CTS2 در مطالعه بهیودی و همکاران (۱۳۸۹) تحت عنوان "خوشنوت خانگی در زنان ناباور، تحلیل عوامل مؤثر بر آن و ارائه راهکارهای مناسب پیشگیری" مورد استفاده قرار گرفته که هم‌بستگی درونی توسط ۲۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش، ۰/۸ گزارش شده و پرسش‌نامه از پایایی لازم برخوردار بوده است. هم‌چنین پس از جمع آوری اطلاعات از ۱۲ نفر از اساتید با توجه به فرهنگ جامعه پرسش‌نامه از روایی لازم برخوردار بوده است. در نهایت نیز پژوهشگر برای بررسی روایی پرسش‌نامه نظرات ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه و پزشکی قانونی را جمع آوری و اعمال نمود، بنابراین پرسش‌نامه از روایی لازم برخوردار بود.

پرسش‌نامه هیپنر و پیترسون ۳۲ بیانیه با مقیاس ۶ لیکرت از "کاملاً موافقم" با "نمره ۱" تا "کاملاً مخالفم" با "نمره ۶" تنظیم شده است. این ابزار شامل ۳ عامل اعتماد به خود در حل مسئله، عامل شیوه اجتناب - نزدیکی به مسئله و عامل کنترل شخصی است. پانزده عبارت (۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۴، ۳۵) به صورت گویه منفی بوده و به طور معکوس نمره دهی شده‌اند، به طوری که به گزینه "کاملاً موافقم" "نمره ۶" و برای گزینه "کاملاً مخالفم" "نمره ۱" اختصاص داده شد. در مطالعه‌ی فاطمی و همکاران (۱۳۸۹) روایی ابزار را از طریق بررسی ارتباط بین نمرات ابزار حل مسئله هیپنرپیترسون با سایر آزمون‌های حل مسئله مربوطه بررسی گردید و ضریب آلفا

کرونباخ برای مؤلفه‌ی مهارت حل مسئله کل ۰/۸۳-۰/۸۹، در مؤلفه‌ی عامل اعتماد به خود در حل مسئله ۰/۷۶-۰/۷۹، در مؤلفه‌ی عامل شیوه اجتناب - نزدیکی به مسئله ۰/۸۴-۰/۷۷ و در مؤلفه‌ی عامل کنترل شخصی ۰/۷۲-۰/۹۹ گزارش شده است.

یافته‌ها

در نهایت، از ۴۳۵ نفر، ۱۰ نفر به علت عدم رضایت وارد مطالعه نشدند و بعد از غربالگری خوشنوت ۴۲۵ نفر باقی ماند که به دلیل ریزش در نهایت، ۱۳۵ از زنان باردار بدون خوشنوت در گروه شاهد و ۲۸۴ زن باردار تحت خوشنوت در گروه مورد قرار گرفتند. هم‌چنین گروه مورد از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل؛ سن، تحصیلات، شغل، سابقه ازدواج قبلی و داشتن فرزند از ازدواج قبلی در زنان باردار و همسرانشان و هم‌چنین وضعیت استقلال و مسائل اقتصادی با گروه شاهد هم‌تا شدند.

بر اساس یافته‌های پژوهش ۷۱٪ از واحدهای مورد پژوهش خوشنوت را طی یک سال گذشته تجربه کرده بودند و خوشنوت روانی ۹۳/۳٪، فیزیکی ۶۴/۴٪ و جنسی ۵۴٪ در زنان باردار خوشنوت دیده تحت مطالعه گزارش شد (نمودار ۱).

زنان باردار و همسرانشان در دو گروه مورد و شاهد از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی داری نداشتند (جدول ۱). نمرات حل مسئله در پرسش‌نامه هیپنر و پیترسون، در گروه زنان خوشنوت دیده (گروه مورد) هر سه نوع خوشنوت را جمعاً مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمرات کلی مهارت حل مسئله ۱۹۲-۳۲ می‌باشد

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین مؤلفه‌های مهارت حل مسئله در دو گروه زنان باردار خشونت دیده (مورد) و خشونت ندیده (شاهد)

p-value	df	T test	(گروه شاهد) N= ۱۳۵	(گروه مورد) N= ۲۸۴	مؤلفه های مهارت حل مسئله
NS	۳۹۰	-۳/۸۸۹	۴۷/۶۵ ± ۸/۷۴۳	۴۴/۲۳ ± ۸/۰۲۵	میانگین ± انحراف معیار اعتماد به خود در حل مسئله
			۶۵-۱۹	۶۹-۱۱	حداقل-حداکثر نمره
P = ۰/۲۱۳	۳۹۰	-۱/۲۴۸	۶۴/۲۷ ± ۱۳/۷۲۹	۶۲/۶۳ ± ۱۱/۶۷۸	میانگین ± انحراف معیار اجتناب-نزدیکی به مسئله
			۸۶-۳۱	۹۶-۱۶	حداقل-حداکثر نمره
NS	۳۹۰	۸/۳۹۲	۱۵/۷۱ ± ۵/۱۹۷	۲۰/۵۹ ± ۵/۵۵۷	میانگین ± انحراف معیار کنترل شخصی
			۲۸-۵	۳۰-۵	حداقل-حداکثر نمره
P=۰/۹۲۶	۳۹۰	-۰/۰۹۳	۱۲۷/۶۴ ± ۲۴/۳۰۹	۱۲۷/۴۲ ± ۲۱/۳۰۵	میانگین ± انحراف معیار حل مسئله کلی
			۱۷۱-۵۹	۱۹۲-۳۲	حداقل-حداکثر نمره

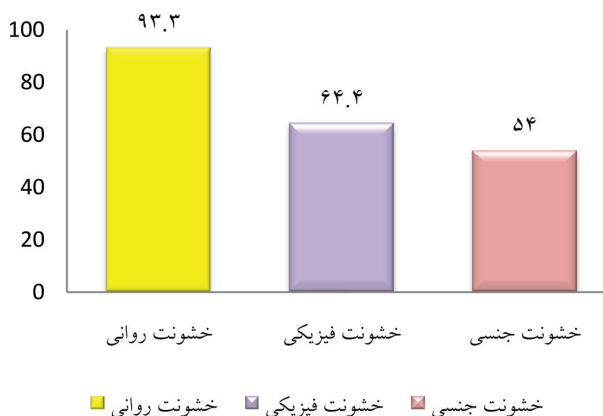
بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه اکثریت زنان باردار (۷۱٪) در یک سال گذشته حداقل یک بار تحت انواع خشونت خانگی (فیزیکی، روانی، جنسی) قرار گرفته بودند. محققان در رابطه با شیوع خشونت خانگی در بارداری توافق نظر ندارند. همچنین طبق نظر جهانفر و همکاران (۲۰۰۶) بارداری می‌تواند منجر به تغییراتی در شیوع کلی خشونت خانگی گردد.

شیوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران، در مطالعه طاهر خانی و همکاران (۱۳۸۹) ۸۸/۳٪ می‌باشد، در حالی که در مطالعه‌ی حسن زاده و همکاران (۱۳۹۰)، شیوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز ۱۹/۳٪ گزارش شده بود. بخشی از تفاوت‌های مشاهده شده می‌تواند مربوط به اختلاف در تعریف خشونت خانگی، مصادیق خشونت و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود در میان جوامع و همچنین تفاوت در ابزار جمع آوری اطلاعات باشد.

در مطالعه حاضر خشونت روانی در دوران بارداری شایع‌ترین نوع خشونت خانگی ۹۲/۸٪ همانند برخی از مطالعات گزارش شده است. به طوری که در مطالعات باقرزاده و همکاران (۱۳۸۷) و دولتیان و همکاران (۱۳۸۸) نیز خشونت روانی شایع‌ترین نوع خشونت خانگی در دوران بارداری گزارش شده بود. برعکس در مطالعه خدیوزاده و همکاران (۱۳۸۹) شایع‌ترین نوع خشونت در دوره بارداری خشونت جنسی گزارش شده بود، زیرا زنان مورد مطالعه در این پژوهش در سه

نمره بالاتر تر نشان دهنده توانایی حل مسئله پایین تر است (در مؤلفه عامل اعتماد به خود در حل مسئله با ۱۱ بیانیه دامنه نمرات آن ۶۶-۱۱، در مؤلفه اجتناب-نزدیکی به مسئله نیز با ۱۶ بیانیه دامنه نمرات آن ۹۶-۱۶ و در مؤلفه عامل کنترل شخصی با ۵ بیانیه و نمرات آن ۳۰-۵ می‌باشد). طبق جدول ۲ نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که در زنان باردار خشونت دیده، از بین مؤلفه‌های پرسش‌نامه حل مسئله، در مؤلفه‌ی اجتناب-نزدیکی به مسئله (P=۰/۲۱۳) و حل مسئله کلی (P=۰/۹۲۶) اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ولی در مؤلفه‌ی اعتماد به خود در حل مسئله و کنترل شخصی اختلاف آماری معنی‌داری (P<۰/۰۱) وجود داشت.



نمودار شماره ۱

که بر روی ۱۰۱ زن مراجعه کننده به پناهگاه‌ها و کلینیک‌های ارائه خدمات خشونت خانگی و ۶۳۵ زن خشونت ندیده انجام شد، زنان خشونت ندیده نسبت به زنان قربانی خشونت دارای مهارت حل مسئله بهتری بودند. در ایران نیز در مطالعه توفیقی و همکاران (۱۳۸۰) اطلاعات به دست آمده از ۲۰۰ زن خشونت دیده مراجعه کننده به واحد معاینات پزشکی قانونی مرکز و استان تهران از طریق تکمیل پرسش‌نامه CSQ در مهارت فراشناختی حل مسئله نمرات پایینی را کسب کردند.

با توجه به این که این تحقیقات در زنان (غیر باردار) قربانی خشونت مراجعه کننده به پناهگاه‌های اضطراری، مراکز پزشکی قانونی و کلینیک‌های مشاوره روان در مواقع نیازمند مداخله جهت دریافت خدمات خشونت خانگی انجام شده بود، طبیعتاً این زنان در موقع بحران خشونت خانگی، استرس روانی/عاطفی شدیدی را تجربه کرده بودند. این استرس‌های عاطفی ناشی از خشونت اعمال شده بر زنان نیز بر عدم مهارت حل مسئله آنان تأثیرگذار است زیرا استرس به عنوان مهم‌ترین عامل در ارزیابی مهارت حل مسئله زنان خشونت دیده به حساب می‌آید. در حالی که در مطالعه حاضر زنان باردار جهت محافظت از خود و جنین در حال رشد شان سعی در حل اختلافات و تعارضات زناشویی شان دارند.

علاوه بر بار استرس روانی/عاطفی در زنان خشونت دیده، برخی از عوامل مانند فقر اقتصادی، داشتن والدین خشونت ورز و کمبود تجربه یا آموزش مقابله با خشونت خانگی باعث می‌شود که زنان خشونت دیده مهارت حل مسئله کافی و استراتژی‌های مقابله با مشکلات جدی زندگی روزمره را نداشته باشند. والکر^۹ (۱۹۷۹) علت باقی ماندن زنان در یک رابطه خشونت آمیز را نداشتن مهارت حل مسئله می‌داند.

به طور کلی، به نظر می‌رسد که زنان در روابط خشونت آمیز، توانایی تولید راه حل (بارش فکری)، تولید راه حل‌های مؤثر و توانایی انتخاب راه حل‌های مؤثر را برای استفاده در موقعیت‌های مشکل‌زا را ندارند. زیرا زنان خشونت دیده در مقابله با خشونت، معمولاً با رفتارهای نامناسبی پاسخ می‌دهند، که ممکن است در تولید راه حل‌های رفع مشکل مؤثر نباشد و این چرخه‌ی رفتار نامناسب و پاسخ نامناسب منجر به کاهش مهارت حل مسئله می‌گردد. همچنین زنان درگیر روابط خشونت آمیز، فاقد مهارت حل مسئله‌اند، زیرا خشونت مانع بزرگی برای حل مشکلات شان به حساب می‌آید.

برعکس مطالعات قبلی، مطالعه پناغی و همکاران (۱۳۸۷) نشان می‌دهد که زنان قربانی خشونت نسبت به زنان خشونت ندیده که در مناطق ۱۳ و ۱۸ تهران زندگی می‌کردند از راهبرد مبتنی بر حل مسئله به طور معنی‌داری بیشتر استفاده می‌کنند. این مطالعه بر روی ۷۲ زن غیر باردار و با پرسش‌نامه مقیاس راهبردهای مقابله‌ای انجام شده است. در حالی که یافته‌های مطالعه‌ی ماریسون^{۱۰} و همکاران (۱۹۸۷) نشان می‌دهد که زنان قربانی خشونت فیزیکی نسبت به زنان خشونت ندیده

ماهه اول و دوم بارداری بودند، در نتیجه تغییرات عمده‌ای در ظاهر بدن آن‌ها که باعث اختلال در رابطه جنسی شود، ایجاد نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد که تنها نوع خشونتی که در دوران بارداری از بقیه انواع خشونت‌های خانگی کمتر گزارش شده است، خشونت فیزیکی باشد. که با توجه به مسائل فرهنگی و اعتقادی، احتمال داده می‌شود که همسران در حین بارداری مراعات حال زنان را می‌نمایند و زنان باردار نیز برای حفظ جنین خود و آسیب کمتر، از اعمالی که سبب افزایش خشونت فیزیکی همسرشان می‌گردد، خودداری می‌کنند. همچنان که در مطالعه عاطف وحید و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد شد که متغیر بارداری از عوامل پیش بینی کننده خشونت فیزیکی نمی‌باشد، در حالی که جزء عوامل پیش بینی کننده خشونت روانی و جنسی است.

با وجود این که به نظر می‌رسد مطالعه مشابهی از لحاظ مقایسه مولفه‌های حل مسئله وجود ندارد، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در زنان باردار خشونت دیده در مقابله با خشونت خانگی، از بین مؤلفه‌های حل مسئله، عامل اعتماد به خود و کنترل شخصی‌شان نسبت به حل مسائل کمتر از زنان خشونت ندیده (انواع خشونت) است. در حالی که در مؤلفه‌ی حل مسئله کلی اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد.

طبق جستجوهای انجام شده در مطالعات خارج از کشور بررسی مهارت حل مسئله در قربانیان زن خشونت خانگی به سال‌های قبل بر می‌گردد و در ایران نیز مطالعات اندکی انجام شده است. همچنین اکثر این تحقیقات بر روی زنان خشونت دیده مراجعه کننده پناهگاه‌های اضطراری، مراکز پزشکی قانونی و کلینیک روان انجام شده که نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که زنان قربانی خشونت نسبت به زنان خشونت ندیده فاقد مهارت حل مسئله‌اند.

به طوری که، مطالعه‌ی کلرهوت^۶ و همکاران (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که زنان خشونت دیده مراجعه کننده به پناهگاه‌های اضطراری و کلینیک روان (۱۴ نفر) نسبت به زنان خشونت ندیده (۲۰ نفر)، به طور معنی داری نمرات حل مسئله کلی کمتر و در مؤلفه اجتناب-نزدیکی به مسئله نمرات بیشتری را کسب نمودند و به طور کلی زنان قربانی خشونت نسبت به زنان خشونت ندیده، در موقعیت‌های فرضی خشونت زا و غیر خشونت فاقد مهارت حل مسئله بودند.

همچنین مطالعه‌ی مارگارت^۷ (۱۹۸۷) نیز نشان می‌دهد که زنان خشونت دیده (۱۹ نفر) نسبت به دو گروه دیگر ۱۹ نفره (گروه خشونت ندیده و گروه مشاوره)، به طور معنی داری در هر سه مؤلفه حل مسئله (بارش فکری، تعداد راه حل مؤثر و انتخاب بهترین راه حل) نمرات کمتری را کسب کردند. بنابراین در این مطالعه زنان قربانی خشونت نسبت به زنان خشونت ندیده در موقعیت‌های فرضی خشونت‌زا فاقد مهارت حل مسئله بودند. در مطالعه مک نمار^۸ و همکاران (۱۹۹۸) نیز

6. Claerhout

7. Margaret

8. McNamara

9. Walker
10. Marrison

حل مسئله به زنان باردار مراجعه کننده برای مراقبت‌های روتین بارداری از بروز خشونت و عوارض ناشی آن در زمان بارداری جلوگیری کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود بقیه مهارت‌های زندگی (به خصوص مهارت کنترل خشم) در زنان قربانی خشونت و هم مردان خشونت ورز در پژوهش‌های آینده استفاده شوند.

محدودیت پژوهش

با توجه به خصوصیات مختلف در افراد برای ابزار احساسات و بیان مشکلات شخصی خصوصاً خشونت و این که زنان به دلایل مختلف از جمله ترس فاش شدن راز زندگی و ...، خشونت همسرشان را بازگو نمی‌کردند؛ این مسئله می‌توانست از دقت و اعتبار این مطالعه بکاهد، برای حل این مشکل پژوهشگر با به کار بستن مهارت‌های مشاوره‌های فرصت‌های مناسبی جهت ابزار احساسات و بیان سؤالات و ابزار خشونت خانگی برای مادران فراهم می‌ساخت.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات دانشکده مامائی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا گردیده است. بدین‌وسیله از تمامی کارکنان دانشگاه و مراکز بهداشتی درمانی وابسته به آن کمال تقدیر و تشکر را داریم.

از بین مؤلفه‌های حل مسئله‌ی پرسش‌نامه PSD، راه‌حل‌های بیشتری را ارائه کردند، که همانند مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی داری در حل مسئله در گروه خشونت دیده نسبت به دو گروه دیگر (زنان خشونت ندیده و زنان دارای رضایت زناشویی) دیده نشد.

بنابراین زنان خشونت دیده از انواع راه‌ها برای مقابله با مشکلات شان سود می‌جویند، البته متغیرهای زمینه‌ای مثل فرهنگ، گرایش‌های جنسی، فراوانی و شدت خشونت، سابقه خشونت و ... در انتخاب نوع راهبرد مقابله‌ای توسط زنان خشونت دیده مؤثر است.

با این وجود آموزش مهارت حل مسئله بخشی از مجموعه مشاوره و روش مداخله جهت درمان زنان خشونت دیده استفاده می‌شود. زیرا کمک‌های مالی، عاطفی و پزشکی به اندازه کافی نمی‌تواند به زنان خشونت دیده جهت مقابله با مسائل جدی بین فردی مثل خشونت کمک کنند. آموزش مهارت حل مسئله مانند مراجعه به مشاوره است و طبیعتاً آموزش نسبت به پیشگیری ثانویه خشونت خانگی در الویت می‌باشد.

به طور کلی با توجه به نتایج این مطالعه، لازم است که زنان باردار تحت خشونت، مهارت‌های زندگی منجمله مهارت حل مسئله و افزایش اعتماد به حل مسئله را فرا گیرند تا بتوانند با مقابله صحیح از شیوع انواع خشونت در زمان بارداری بکاهند.

پیشنهادات

بر اساس نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود ماماها با آموزش مهارت

References

1. Türkay N, Sükran T, Sevda D. The Perception Levels of The Novice Teachers' Problem-Solving Skills. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014; 116: 415 – 420.
2. Yildiz O, Hakan T, Tanriverdi Hakan K. Comparison of perceived problem solving skills of trainee students graduated from different. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2012; 46: 2099 – 2103.
3. Yelkin D, Cagla G, Ulkü T. Analysis of the Relationship between the Resiliency Level and Problem Solving Skills of University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014; 114: 673 – 680.
4. Sinem D, Senar T, Ayhan Y. The effect of learning styles of preservice chemistry teachers on their perceptions of problem solving skills and problem solving achievements. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 46: 1450 – 1454.
5. Mehmet G. An analysis of the vocational education undergraduate students' levels of assertiveness and problem-solving skills. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010; 2: 2064–2070.
6. Ghahari S, Bolhari J, Barootie E. Life skill for domestic violented women. 2007[persian].
7. Philip V, Scribano, 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: 307–318.
8. Hashemabadi B. Bolghanabadi M. Although analysis of the effectiveness of group therapy on improving problem solving skills. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2012; 17: 60-71[persian].
9. Atef vahid M, Ghahari Sh, Zareidoost, Bolhari J, Karimi-Kismi E. The role of demographic and psychological variables in predicting violence in victims of spouse abuse in Tehran. *Iranian journal of psychology*. 2011; 16:4, 403-411[persian].

10. Margaert H, Bernard L. Interpersonal problem-solving in Battered, counseling, and control women. *Journal of family violence*. 1987; 2: 2.
11. Hafru' n F, Anna-Karin D. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*. 2012; 28: 181-189.
12. Taft A, Small R, Hegarty K, Walter R, Adams C, Agius P. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health*. 2012; 1.
13. Baheri B, Ziaie M, Mohammadi S. Effect of Domestic Violence on Pregnancy Outcomes among Pregnant Women Referring to Karaj Medical Centers. *Hakim Research Journal*. 2012; 15: 140-146[persian].
14. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwapo J. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12: 1-8.
15. Hasan M, Kashanian M, Hasan M, Ruhi M, Yusefi H. Examine the relationship between domestic violence during pregnancy and neonatal outcomes. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 16: 21-29[persian].
16. Das S, Bapat U, More N, Alcock G, Joshi W, Pantvaidya S, Osrin D. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC Public Health*. 2013; 13: 1-12.
17. Christina C, Pallitto, García-Moreno C, Jansen H, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2013; 120: 3-9.
18. O'reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2010.
19. Li Q, Kirby R, Sigler R, Hwang S, Lagory M, Goldenberg R. A Multilevel Analysis of Individual, Household, and Neighborhood Correlates of Intimate Partner Violence Among Low-Income pregnant Women in Jefferson County, Alabama. *American Journal of Public Health*. 2010; 100: 531-539.
20. Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M, Amelvalizade M. Prevalence of domestic violence against women and its relationship with the couple's profile. *Journal of Forensic Medicine*. 2009; 15: 123-129[persian].
21. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaiey H. Demographic characteristics of women facing domestic violence during pregnancy. *Journal of nursing and midwifery Hamedan*. 2008; 16: 5-12.
22. Claerhout S, Elder J, Janes C. Problem-solving skills of rural battered women. *American journal of community psychology*. 1982; 10: 5.
23. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Majd H. Relationship between parent abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Journal university of medical sciences Hormozgan*. 2009; 13: 261-269[persian].
24. Khadivzadeh T, Erfanian F. comparison of domestic violence before and during pregnancy and its related factors. *School of nursing and midwife Mashhad university of medical sciences*. 2011; 47-56[persian].
25. Ko Ling C, Douglas A, Brownridgeb Daniel Y, Fongc A, Wing C, Pak C. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36: 275-284.
26. Lynn B, Andy H, Patti A, Michelle L. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: A population based study in Western Australia 2002-2008. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11: 70.
27. Morrison L, Hasselt B, Bellack S. Assessment of assertion and problem-solving skills in wife abuser and their spouses. *Journal of family violence*. 1987; 2: 3.
28. Panaghi L, Ghahari S, Ahmadabadi Z, Yosefian H. Spouse abuse and mental health: The role of social support and coping strategies. *Iranian Journal of Psychology*. 2008; 17: 69-79[persian].
29. Tufighi H, Emran M, Soraia A. Survey Metacognitive problem-solving skills in women victims of domestic violence. *Academy Medicine*. 1999 [persian].

Comparison the Frequency of Domestic Violence and Problem-Solving Skill among Pregnant Women with and without Violence in Tehran

Ziba Taghizadeh*- Maryam Purbakhtyar**†- Hamidreza Daneshparvar***- Sogand Ghasemzadeh****- Abbas Mehran*****

*PhD in Reproductive Health, Faculty Member of Nursing & Midwifery School, Tehran University of medical sciences

**MSc Student in Forensic Midwifery, Nursing & Midwifery School, Tehran University of medical sciences

*** MD, Assistant Professor of Legal Medicine Research Center, Legal Medicine Organization, Tehran, Iran

**** PhD in Clinical Psychology of Exceptional Children, Faculty of Psychology, Tehran University

*****MSc in Biostatistics, Faculty Member of Tehran University of Medical Sciences

Abstract

Background: Problem-solving skill and how to deal with problems, is necessary to avoid conflicts and domestic violence against women especially in pregnancy, as pregnant women are most vulnerable women victims of violence. This study aimed to determine differences problem-solving skills in women with and without domestic violence.

Methods: In this case-control study, 419 pregnant women were selected through stratified cluster sampling from primary healthcare of Tehran, and divided in non-violent (135) and violent (284 cases) groups. Data collection Tools were Demographic, the CTS2 (scale conflict resolution) and problem solving (Heppner and Peterson) questionnaire. To analyze the data, chi-square, Fisher's exact test, t-test was used.

Findings: 71% (284 patients) of subjects had experienced violence in the past year. 93/3%, 64/4% and 54% of pregnant women had experienced psychological, physical and sexual, respectively. The results showed that, the element of self-confidence and personal control in problem-solving was statistically significant different, between groups ($p < 0.001$), While difference in the element of avoidance-close to it ($213/0 = P$) and general problem solving ($926/0 = P$) was not significant.

Conclusion: Given that pregnant victims of violence have less self-confidence and personal control in solving the problems, so the strengthening of these two components can reduce the prevalence of domestic violence and its complications during pregnancy.

Keywords: Domestic Violence, Problem Solving Skill and Pregnant Women

Received: 3 Aug 2014

Accepted: 2 Nov 2014

†Correspondence: Nursing & Midwifery School, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran

Tel 031-45215411

Email: m_poor_mw@yahoo.com