پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۶، پی در پی ۱۰۲، صفحات ۳۲۰ تا ۳۲۷
بهمن و اسفند ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۵

بررسی همبستگی خشونت خانگی در دوران بارداری و پس از زایمان با وضعیت تکاملی شیرخواران ۱۲-۸ ماهه

فاطمه خبازکار[۱]، ماهرخ دولتیان[۲]، دکتر فرین سلیمانی[۳]، دکترحمید علوی مجد[۴]*

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شعبه بین‌الملل، تهران، ایران
۲. مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. متخصص کودکان و اعصاب اطفال، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴. دانشیار آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: از تولد تا پنج سالگی، زمان بحرانی در تکامل زبان، شناختی، عاطفی، مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و جسمانی بوده و پایه‌ی مهارت‌ها و تجارب جدید در بزرگسالی می‌باشد. ممکن است خشونت خانگی در دوران بارداری و پس از زایمان، سبب پیامدهای نامطلوب بر سلامت مادر و کودک شود. این تحقیق، با هدف تعیین همبستگی خشونت خانگی با وضعیت تکاملی شیرخواران ۸ تا ۱۲ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی منتخب شهر رشت در سال ۱۳۹۲، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، با طراحی مقطعی، روی ۴۰۰ مادر و کودک ۱۲-۸ ماهه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر رشت، به روش چند مرحله‌ای انجام شد. خشونت خانگی در سه حیطه‌ی آزار جسمی، عاطفی (کنترل، غفلت) و جنسی و پرسشنامه‌ی تکاملی سنین و مراحل در حیطه‌های پنجگانه‌ی برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، توان حل مسأله و مهارت‌های شخصی- اجتماعی، سنجیده شد. روایی پرسشنامه‌ی خشونت خانگی، از طریق روایی محتوی و پایایی از روش آزمون مجدد، سنجیده شد. اعتبار پرسشنامه‌ی تکاملی سنین و مراحل نیز در پژوهش‌های گوناگون از طریق اعتبار همزمان و پایایی آن از طریق آزمون مجدد و نیز آلفای کرونباخ، سنجیده شده است. در تجزیه و تحلیل داده‌ی شیوع خشونت خانگی و نیز اختلال تکاملی و ارتباط این دو متغییر، از آزمون‌های آماری کای دو و رگرسیون لجستیک، استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع خشونت خانگی در مادران کودکان ۱۲-۸ ماهه شهر رشت با اطمینان ۹۵٪، ۴۵/۵۴ درصد و شیوع تأخیر تکاملی نوزادان، ۱۴ درصد می‌باشد. خشونت خانگی، همبستگی معناداری با وضعیت تکاملی کودکان در حیطه‌های حرکات ظریف، حل مسأله و شخصی- اجتماعی نشان داد (P<۰/۰۰۰۱). در مدل لجستیک، متغیرهای سطح تحصیلات مادر و سن مادر، همبستگی معناداری با وضعیت تکاملی کودکان نشان داد و بیشترین آسیب شیرخواران در حیطه‌های شناختی و رفتاری بود (P<۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که باید جهت کاهش خشونت خانگی و عوامل مؤثر بر تکامل کودکان، راه‌کارهایی اندیشیده شود تا از اختلالات تکاملی و پیامدهای مضر آن، کاسته شود.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، وضعیت تکاملی کودکان، پرسشنامه سنین و مراحل

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Khabbazkar F, Dolatian M, Soleimani F, Alavi Majd H. The survey of the correlation between domestic violence during pregnancy and after delivery with developmental status of 8-12 month's infant. Pejouhandeh 2015;19(6):320-327.

مقدمه

اختلالات تکاملی، یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان است و با شیوع ۲۰- ۱۵ درصد، از اولویت‌های سیستم بهداشتی- درمانی کشورهای توسعه یافته، محسوب می‌شود (۱). رشد (growth)، به صورت افزایش اندازه‌ی بدن و تکامل (development)، به افزایش عملکرد فرآیندهای مربوط به بدن و ذهن اشاره می‌کند (۲). هنگامی که کودک، دچار تأخیر در کسب توانایی‌های تکاملی مطابق با سنش باشد، به اختلال تکاملی (developmental delay) مبتلا شده است (۳). تقریباً ۱۸-۱۵ درصد از کودکان در جوامع مختلف، دچار

*نویسنده مسؤول مکاتبات: ماهرخ دولتیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ تلفن: ۸۸۲۰۲۵۱۲ (۰۲۱)؛
پست الکترونیک: mhdolatian@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

ناتوانی‌های گفتاری، یادگیری و اختلالات هیجانی- رفتاری بوده و ۲۵ درصد کودکان، دارای مشکلات جدی روانی- اجتماعی می‌باشند (۵،۴). شیوع تأخیر تکاملی کودکان در شهر اصفهان ۱۸/۷ درصد و در کودکان ۱۲ ماهه در قزوین، ۲۲/۴ درصد گزارش شده است (۷،۶). از تولد تا پنج سالگی، زمان بحرانی در تکامل زبانی، شناختی، عاطفی، مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و جسمانی بوده و پایه‌ی مهارت‌ها و تجارب جدید در بزرگسالی را شکل می‌دهد (۸). مطالعات نشان می‌دهند که از تولد تا سه سالگی، به ویژه سال اول زندگی، زمان بسیار مهمی برای یادگیری و سلامت کودکان می‌باشد (۹). شرایط نامطلوب زندگی مادر باردار و عوارض آنها، می‌تواند در محیط جنین، تغییراتی القا کرده و اثرات زیان‌باری در روند تکامل و سلامت جسمانی و روانی کودک، بر جای بگذارد (۱۱،۱۰). شرایط سلامت خانواده، تأثیر قابل توجهی بر تکامل اولیه‌ی کودک دارد. هرگونه مشکل مزمن، جسمی یا روانی (به‌خصوص از مادر یا مراقب اولیه) مانند خشونت همسر قانونی، افسردگی مادر و بیماری مزمن، می‌تواند اثر نامطلوبی بر تکامل کودک بگذارد (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که خشونت خانگی در دوران بارداری و پس از زایمان، پیامدهای نامطلوبی بر سلامت جنین و تکامل اجتماعی و احساسی نوزادان دارد (۱۳). کمیته‌ی سلامت روحی مؤسسه‌ی ملی آمریکا (US National Institutes of Mental Health Committee)، خشونت خانگی را تحت عنوان "هرگونه اعمال خشونت اجباری، فیزیکی و احساسی که سبب آسیب بدنی، اجبار یا تجاوز جنسی، ترساندن یا تهدید به قتل یا صدمه، جلوگیری از آزادی‌های فردی نرمال، عدم اجازه دستیابی به خدمات" تعریف می‌کند و شیوع آن را در بارداری، ۵/۷-۲/۹ درصد بیان می‌کند (۱۴). خشونت علیه زنان توسط همسر قانونی، به عنوان یکی از عمومی‌ترین اشکال خشونت جنسیتی شناخته شده و با سلامت عمومی جامعه مرتبط می‌باشد. شیوع خشونت فیزیکی در کشورهای در حال توسعه، قبل و در طول بارداری، ۳/۵ تا ۲۴/۵ درصد گزارش شده است (۱۵). میزان خشونت در زنان، ۴۲ درصد و در زمان بارداری، ۱۹ درصد اعلام شده است (۱۶). در مشهد، میزان کلی انواع خشونت قبل از بارداری ۸۲/۹ درصد و در زمان بارداری، ۶۴/۱ درصد گزارش شده است. شایع‌ترین نوع خشونت در دوران بارداری، خشونت جنسی به میزان ۵۱/۶ درصد بوده است (۱۷،۱۶). خشونت خانگی در دوران بارداری، با مشکلات متعددی برای مادران و نوزادان همراه است که از آن جمله می‌توان به مشکلات بهداشتی در دوران بارداری، احتمال بیشتر زایمان زودرس، مراجعه دیرتر جهت مراقبت‌های دوران بارداری، نوزادان با وزن تولد کمتر، استفاده‌ی بیشتر از منابع مراقبت‌های بهداشتی و استفاده‌ی بیشتر از مواد مخدر پیش از تولد، اشاره کرد (۱۹،۱۸).

در مطالعات بسیاری که تا کنون انجام گرفته، نشان داده شده است که خشونت بین والدین، بچه‌ها را در معرض خطر مشکلات رفتاری، عاطفی و شناختی قرار داده و منجر به نتایج کوتاه مدت و دراز مدت خواهد شد (۲۰). همچنین، خشونت بین والدین موجب افزایش استرس روانی کودکان شده و تأثیر منفی بر سلامت کودکان می‌گذارد (۲۱). مشکلات عدیده‌ای که از طریق خشونت فیزیکی یا عاطفی ایجاد می‌شود، باعث عدم توانایی احساسی و عاطفی و جسمی مادران خشونت دیده شده و مادر قادر به تأمین نیازهای اساسی کودک خود، نمی‌باشد (۲۲). همچنین در شرایط مربوط به افسردگی مادران، فقر شدید و یا بالا بودن سطوح استرس خانواده، رابطه‌ی بین والدین و کودک ممکن است دچار اختلال شود که در نتیجه، فرصت‌های کمتری برای تجربه‌های یادگیری در خانه ایجاد می‌گردد (۱۲). بررسی‌ها نشان دادند که خشونت همسر قانونی در دوران بارداری و پس از آن، پیش‌بینی‌کننده‌ی ارتکاب کودک‌آزاری و غفلت توسط پدر و مادر است (۲۳). علاوه بر این، درگیر شدن با خشونت در دوران کودکی، موجب مشکلات روانی در زندگی آینده و نیز اختلال در تکامل احساسی و شناختی کودکان خواهد شد (۲۵،۲۴). محققان معتقدند که خشونت خانگی موجب تأخیر در تکامل اجتماعی و احساسی نوزادان یک ساله می‌شود (۲۷،۲۶). در یک مطالعه، همبستگی خشونت خانگی با مشکلات ارتباطی و رفتاری نوزادان ۶-۴ ماهه، نشان داده شد (۲۸). با این حال، در یک پژوهش دیگر، خشونت خانگی ارتباط مستقیم با نتایج تکاملی کودک تا ۶ سالگی، نداشت (۲۹). با توجه به تناقض فوق و با در نظر گرفتن عوارض خشونت در بارداری و پس از زایمان و صدمات تکاملی در کودکان، پژوهش حاضر به منظور تعیین همبستگی خشونت خانگی با وضعیت تکاملی شیرخواران ۱۲-۸ ماهه، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر رشت، در سال ۱۳۹۲، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی بود. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا لیست تمامی مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت، از مرکز بهداشت استان گیلان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

(معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان) اخذ گردید و سپس شهر رشت به سه منطقه‌ی متمایز اقتصادی-اجتماعی تقسیم و حجم نمونه، متناسب با جمعیت تحت پوشش مناطق، توزیع شد. از هر منطقه، درمانگاه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده و بر این اساس به هر مرکز بهداشتی-درمانی، سهمیه‌ای تعلق گرفت و به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، مادران واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس، پرسشنامه‌ی خشونت، توسط مادران تکمیل و مادران به دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت، تقسیم شدند. پس از آن، پرسشنامه‌ی سنین و مراحل در مورد شیرخواران آنها توسط والدینشان تکمیل شد. حداقل تعداد نمونه‌ی لازم در هر گروه، ۲۰۰ نفر برآورد گردید.

در این مطالعه، مادرانی وارد پژوهش شدند که کودک ۸ تا ۱۲ ماهه داشته، ایرانی بوده، سن بین ۳۵-۱۹ سال داشته، سابقه‌ی ۳ زایمان و یا کمتر داشته و سابقه‌ی مصرف سیگار یا الکل در دوران بارداری و هیچ عارضه‌ی بارداری (مثل دیابت، فشارخون، آنمی، مشکل سوء تغذیه) نداشتند. همچنین، کودک آنها باید با پدر و مادر خود زندگی می‌کرده، ناهنجاری واضح مادرزادی نداشته، دچار سوء تغذیه و آنمی نبوده و هنگام تولد، سن بیشتر از ۳۷ هفته و وزن بیشتر از ۲۵۰۰ گرم داشته باشند. علاوه بر این، کودک پس از تولد، سابقه‌ی بستری در بیمارستان به دلایل غیر مامایی (اعم از حوادث و تروما) و سابقه‌ی مصرف مزمن دارو و بیماری‌های مزمن مثل صرع را نداشته باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی دو قسمتی بود که بخش اول، فرم اطلاعاتی شامل اطلاعات دموگرافیک، اقتصادی اجتماعی، سابقه‌ی بارداری و زایمان و بخش دوم پرسشنامه، شامل سؤالاتی در مورد خشونت خانگی علیه زنان بود که محقق- ساخته و در سه حیطه‌ی آزار جسمی، عاطفی (کنترل، غفلت) و جنسی بود. این پرسشنامه شامل ۱۳ سؤال خشونت جسمی (شامل سابقه‌ی سیلی زدن، مشت زدن، هل دادن، پرتاب اشیا و سایر)، ۷ سؤال خشونت جنسی (شامل هرگونه اعمال جنسی اجباری)، ۱۵ سؤال خشونت عاطفی (شامل قهر به مدت طولانی، عیب‌جویی مداوم، تحقیر و سایر) بود. درصورتی زن بارداری خشونت دیده درنظرگرفته می‌شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد.

وضعیت تکاملی کودکان، با آزمون تکاملی "پرسشنامه‌ی سنین و مراحل" که توسط پژوهشگر به روش مصاحبه، مشاهده و معاینه‌ی کودک تکمیل می‌گردید، در پنج حیطه، سنجیده شد. این آزمون متشکل از ۱۹ پرسشنامه در سنین گوناگون است. برای هر گروه سنی، ۳۰ سؤال وجود دارد که شامل ۶ سؤال برای هر یک از حیطه‌های پنج‌گانه‌ی برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، توان حل مسأله و مهارت‌های شخصی-اجتماعی می‌باشد. برای هر یک از ۳۰ سؤال، ۳ گزینه‌ی پاسخ وجود دارد: "بله" برای هنگامی که کودک کاملاً قادر به انجام فعالیت مورد سؤال باشد، "هنوز نه" برای زمانی که تاکنون هرگز فعالیت مورد سؤال را انجام نداده باشد و "گاهی" برای توانایی انجام فعالیت مورد سؤال در برخی از اوقات، در نظر گرفته شده است. به پاسخ "بله"، ۱۰ امتیاز، پاسخ "گاهی"، ۵ امتیاز و پاسخ "نه"، صفر امتیاز تعلق می‌گیرد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، امتیازات به‌دست آمده با نقاط برش از پیش تعیین شده بر اساس استانداردسازی وزارت بهداشت و درمان کشور، مقایسه شد. چنانچه کودک در هر یک از حیطه‌های پنج‌گانه نتوانسته باشد امتیاز نقطه‌ی برش مربوطه را کسب کند، در آن حیطه دارای مشکل بوده و باید پی‌گیری‌های تخصصی لازم را جهت اطمینان از سلامت یا وجود اختلال یا بیماری، انجام گیرد. پرکردن پرسشنامه، ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و امتیازبندی آن حدود یک دقیقه وقت می‌گیرد.

جهت به دست آوردن اعتبار فرم اطلاعاتی، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. با مطالعه‌ی مقالات و کتب مرجع و شناخت متغیرهای مداخله‌گر، پرسشنامه‌ها تهیه و تنظیم شده و با نظر ۱۰ نفر از اعضای محترم هیأت علمی دانشکده‌های پرستاری و مامایی، علوم تربیتی و روانشناسی، اصلاح گردیدند. در راستای اعتباریابی، فرم مذکور به ۱۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی جهت تکمیل داده شد و پایایی آن به روش آزمون مجدد از مادران پس از یک هفته، مورد ارزیابی قرار گرفت و ضریب همبستگی برای پرسشنامه‌ی خشونت خانگی، r=۰/۹۹ به دست آمد. پرسشنامه‌های آزمون تکاملی سنین و مراحل، ابزاری معتبر در سطح جهانی با اعتبار ۸۳٪ و پایایی ۹۰٪ بوده و طبق انطباق و استانداردسازی آن در ایران در سال‌های ۸۶-۸۱، اعتبار ۸۴٪ (اعتبار همزمان)، پایایی ۹۴٪ (پایایی به روش آزمون مجدد و پایایی درونی به روش آلفاکرونباخ) و توانایی تست در تعیین اختلالات تکاملی، بیش از ۹۶٪ گزارش شد (۳۱،۳۰). همچنین، پایایی این تست در کودکان ایرانی، ۷۶ تا ۸۶ درصد گزارش شده است (۳۲).

پس از اخذ مجوز لازم و با توضیح به مادر و کسب رضایت کتبی، در صورت دارا بودن شرایط شرکت در مطالعه و دادن اطمینان به ایشان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، مادران در مطالعه شرکت داده شدند. همچنین، به کلیه‌ی واحدهای

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

پژوهش، توضیحاتی در مورد نحوه‌ی پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه‌ها، ارایه شد. ابتدا، پرسشنامه‌ی مربوط به مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی خشونت و سپس پرسشنامه‌ی سنین و مراحل، جهت سنجش وضعیت تکاملی نوزادان توسط والدین تکمیل شد. سپس، با امتیاز دادن به پرسشنامه و مقایسه‌ی امتیازات به‌دست آمده با نقاط برش از پیش تعیین شده در دستورالعمل این آزمون، وضعیت تکاملی کودکان ارزیابی شد. سپس، همبستگی بین خشونت خانگی در دوران بارداری و پس از زایمان با وضعیت تکاملی شیرخوار در ۵ حیطه، سنجیده شد. در صورتی‌که تأخیر تکاملی شیرخوار مشخص می‌شد، پژوهشگر اسامی شیرخواران مبتلا به تأخیر تکاملی را به پزشک مرکز جهت بررسی مجدد، اعلام می‌کرد.

در تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به شیوع خشونت خانگی و نیز اختلال تکاملی و ارتباط این دو متغیر، از آزمون‌های آماری کای-دو و رگرسیون لجستیک، استفاده شد.

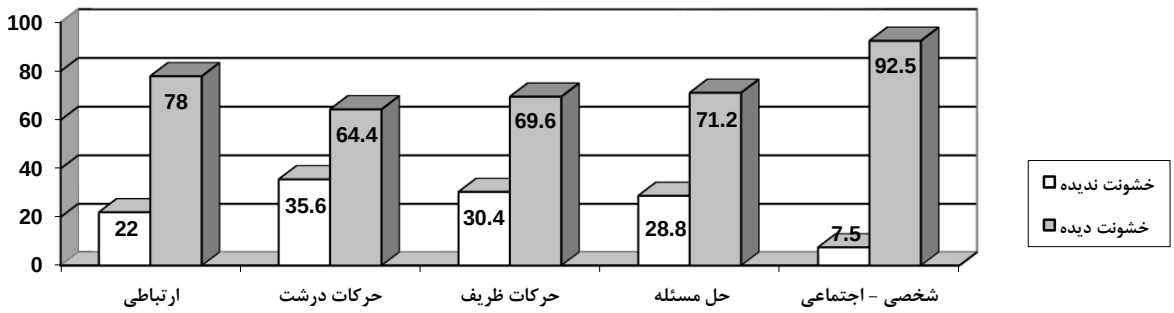
یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی ۴۰۰ زن شرکت کننده در پژوهش در گروه خشونت دیده، ۴/۶±۲۸/۴۷ سال، سطح تحصیلات ابتدایی ۷۶/۷٪ و شغل خانه‌دار ۵۲/۳٪ و در گروه خشونت ندیده، میانگین سن ۴/۳±۲۸/۸۴ سال و تحصیلات دانشگاهی ۵۸/۶٪ و شاغل ۶۵/۴٪ بوده است. شیوع خشونت خانگی در نوزادان ۱۲-۸ ماهه در شهر رشت، با اطمینان ۹۵٪، ۴۵/۵۴ درصد بود. بیشترین فراوانی جنسیت در گروه مادران خشونت ندیده ۵۳/۹٪ دختر و بیشتر نوزادان در گروه مادران خشونت دیده ۵۳/۶٪ پسر بودند. شیوع تأخیر تکاملی نوزادان ۱۲-۸ ماهه (۱۷-۱۱ درصد) ۱۴٪ بود. بیشترین شیوع تأخیر تکاملی در حیطه‌ی توان حل مسأله (۱۳٪) و کمترین آن در حیطه‌ی حرکات ظریف (۵/۸٪) بود. ۵/۵٪ کودکان حاصل از حاملگی خشونت ندیده و ۲۲/۵٪ کودکان حاصل از حاملگی خشونت دیده، تأخیر تکاملی داشتند که در تحلیل آماری با استفاده از آزمون مجذور کای، این اختلاف معنادار بود (P=۰/۰۰۱). امتیازات هر حیطه‌ی تکاملی در کودکانی که در گروه خشونت دیده قرار داشتند، بیشتر بود (نمودار ۱). با وارد کردن متغیرهای خشونت خانگی در آزمون رگرسیون لجستیک و بررسی اثر متقابل این متغیرها بر یکدیگر، متغیر خشونت خانگی همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان داشت (P<۰/۰۰۱)، به‌طوری‌که کودکانی که تأخیر تکاملی داشتند، ۶/۳ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، در معرض خشونت دوران بارداری و پس از زایمان مادرانشان بودند.

با وارد کردن متغیرهای خشونت خانگی در آزمون رگرسیون لجستیک و بررسی اثر متقابل این متغیرها بر یکدیگر، متغیر تحصیلات مادر همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی برقراری ارتباط داشت (P=۰/۰۰۳)، به طوری‌که کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی برقراری ارتباط داشتند، ۰/۵ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، دارای مادران با تحصیلات پایین‌تر از ابتدایی بودند.

جدول ۱. همبستگی خشونت خانگی مادران با تأخیر تکاملی کودکان.

متغیرهای خشونت	نتایج آزمون		
	نسبت شانس	فاصله اطمینان	سطح معناداری
خشونت خانگی	۶/۳	۱۸/۰ -۲/۲	P<۰/۰۰۰۱
خشونت جسمی دوران بارداری	۰/۶	۱/۳-۰/۲	۰/۲
خشونت جسمی پس از زایمان	۰/۸	۱/۷-۰/۳	۰/۶
خشونت جنسی دوران بارداری	۱/۳	۲/۹-۰/۶	۰/۴
خشونت جنسی پس از زایمان	۱/۲	۲/۷-۰/۵	۰/۵
خشونت عاطفی دوران بارداری	۱/۱	۳/۰-۰/۳	۰/۸
خشونت عاطفی پس از زایمان	۰/۸	۲/۰-۰/۳	۰/۶
سن مادر	۱/۰	۱/۶-۰/۶	۰/۸
تحصیلات مادر	۰/۷	۱/۰-۰/۴	۰/۱
مدت زمان ازدواج	۰/۷	۱/۲-۰/۴	۰/۲
شغل مادر	۱/۶	۴/۴-۰/۵	۰/۳
جنسیت	۰/۵	۱/۰-۰/۲	۰/۰ ۷
شغل همسر	۰/۷	۱/۰-۰/۴	۰/۰۸
درآمد ماهیانه	۱/۰	۱/۵-۰/۶	۰/۸
تعداد بارداری	۰/۷	۱/۴-۰/۴	۰/۴



نمودار ۱. درصد فراوانی تأخیر تکاملی ۵ حیطه‌ی کودکان بر اساس وضعیت خشونت مادران.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

هیچ‌کدام از متغیرها، همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی حرکات درشت نداشتند. همچنین متغیر خشونت خانگی، در آزمون رگرسیون لجستیک و بررسی اثر متقابل این متغیرها بر یکدیگر، همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی حرکات ظریف داشت (P=۰/۰۱)، به‌طوری‌که کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی حرکات ظریف داشتند، ۵/۸ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، در معرض خشونت دوران بارداری و پس از زایمان مادرانشان بودند. متغیرهای خشونت خانگی و تحصیلات مادر، همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی توان حل مسأله داشتند (به ترتیب P=۰/۰۳ و P=۰/۰۲)، به طوری‌که کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی توان حل مسأله داشتند، ۳/۱ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، در معرض خشونت دوران بارداری و پس از زایمان مادرانشان بودند و کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی توان حل مسأله داشتند، ۱/۶ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، دارای مادران با تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر بودند. با انجام رگرسیون لجستیک، متغیرهای خشونت خانگی (P<۰/۰۰۱) و سن مادران (P<۰/۰۰۱)، همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی شخصی-اجتماعی داشتند، به طوری‌که کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی شخصی-اجتماعی داشتند، ۱۵/۱ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، در معرض خشونت دوران بارداری و پس از زایمان مادرانشان بودند و کودکانی که تأخیر تکاملی در حیطه‌ی شخصی-اجتماعی داشتند، ۲/۴ برابر بیشتر از کودکان طبیعی، دارای مادران جوان‌تر بودند.

بحث

در پژوهش حاضر، خشونت خانگی با تأخیر تکاملی، همبستگی نشان داد. خشونت خانگی همچنین با حیطه‌های حرکات ظریف، توان حل مسأله و شخصی-اجتماعی، همبستگی داشت. عوامل دموگرافیک مانند سطح تحصیلات مادر، همبستگی معناداری با حیطه‌ی ارتباطی و حیطه‌ی توان حل مسأله داشت. سن مادر، با حیطه‌ی شخصی-اجتماعی، هبستگی داشت. English و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان دادند خشونت خانگی، ارتباط مستقیم با نتایج تکاملی کودک تا ۶ سالگی ندارد (۲۹). Hildyard و Wolfe در سال ۲۰۰۲، در مطالعه‌ی مروری خود، خشونت خانگی و غفلت از کودکان را موجب تأخیر در همه‌ی ابعاد مهم تکاملی دانسته و نشان دادند که نوزادان غفلت شده در مرحله‌ی پیش دبستانی، اختلال در تکامل شناختی و گفتاری و تعامل مثبت اجتماعی کمتری دارند (۳۳).

در این پژوهش، عوامل دموگرافیک شامل سن مادر، میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل مادر، میزان درآمد خانواده، مدت زمان ازدواج، تعداد بارداری و جنسیت، همبستگی معناداری با خشونت دوران بارداری و پس از زایمان نداشتند. در مطالعه‌ی Austin و همکاران (۲۰۰۵) نیز متغیرهای سن مادر، تحصیلات، درآمد، وضعیت ازدواج و جنس نوزاد، همبستگی معناداری با تأخیر تکاملی در ۶-۴ ماهگی نداشت (۲۸)، درحالی‌که در تحقیق دیگری نشان دادند که تکامل کودک توسط عوامل دموگرافیک خانواده و شیوه‌ی زندگی، مانند سلامت روان مادر و درآمد، تأثیر می‌پذیرد (۳۴). To و همکاران نیز این امر را تأیید کردند (۳۵). Chan و Yeung معتقدند تفاوتی بین آسیب‌پذیری کودکان در سنین پایین‌تر نسبت به نوجوانان در اثر عواقب منفی خشونت وجود نداشته و جنسیت نیز رابطه‌ی معناداری با خشونت ندارد (۳۶).

مطالعه‌ی حاضر نشان داد خشونت خانگی به طور مستقیم، بر حیطه‌ی ارتباطی مؤثر نیست، ولی به طور غیر مستقیم، با سلامت و مشکلات رفتاری کودک، همبستگی دارد. به این صورت که خشونت خانگی با تأثیر منفی بر عملکرد خانواده، سلامت عمومی مادر و کیفیت تعامل مادر با کودک، موجب مشکلات رفتاری و برهم زدن سلامت کودک می‌شود (۲۹).

جنبه‌های مختلف استرس دوران بارداری، تأثیر منفی بر خلق و خوی نوزادان (مشکلات ارتباطی) در سن ۳ و ۸ ماه داشته و موجب اختلال در تکامل ذهنی و روانی- حرکتی (رفتاری) نوزاد ۸ ماهه و تکامل ذهنی در ۳ ماهگی می‌شود. سن ۸ ماهگی نوزادان، شروع تکامل کنجکاوی بیشتر و علاقه به دنیای اطراف بوده و به طور کلی حساسیت بیشتری نسبت به مسایل ناشناخته در مقایسه با سنین پایین‌تر، از خود نشان می‌دهند (۳۷). در مطالعه‌ی Austin و همکاران، مشخص گردید که بین اضطراب خاص و استرس حوادث دوران بارداری از جمله خشونت خانگی و مشکلات خلق و خوی نوزادان (مشکلات ارتباطی و رفتاری) در ۶-۴ ماهگی، همبستگی وجود دارد (۲۸). همچنین Burke معتقد است، تجارب خشونت خانگی با بدخلقی نوزاد در یک سالگی، همبستگی دارد (۳۸). وضعیت احساسی مادران باردار بر خلق و خوی نوزاد مؤثر بوده و استرس مادر با مشکلات رفتاری نوزاد در ۸ ماهگی، همبستگی دارد (۳۹).

McMahon و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ی مروری خود بیان داشتند که خشونت عاطفی، با توانایی کلامی ضعیف‌تر و مشکلات ارتباطی کودکان و بدخلقی آنها همراه است و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

درصورتی‌که با خشونت جسمی نیز همراه باشد، نتایج بدتری خواهد داشت (۴۰).

قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی می‌تواند پیامدهای منفی برای تکامل احساسی و عصبی نوزادان خردسال داشته باشد. از آنجا که نوزادان به دنبال یک محیط امن و قابل پیش‌بینی برای پاسخ به نیازهای خود هستند تا بتوانند در آن به اکتشاف بپردازند. این دلبستگی به مادر، پایه و اساس تنظیم بیولوژیکی و سطح رفتاری نوزاد بوده و خشونت‌های پس از زایمان و دوره‌ی نوزادی، برای مغز نوزاد که در حال تکامل می‌باشد، تأثیر زیان‌آور داشته و می‌تواند حوزه‌های دیگر تکامل از جمله رشد عاطفی را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۴۱).

در مطالعه‌ی حاضر، هیچ‌کدام از متغیرها، با تأخیر تکاملی کودکان در حیطه‌ی حرکات درشت، همبستگی نداشتند. این در حالی است که Buitelaar و همکاران (۲۰۰۳) بیان کردند که اثرات استرس دوران بارداری بر تکامل ذهنی و حرکتی اولیه، ممکن است مانع تکامل بعدی کودک در راه‌های مختلف شود و موجب اختلال در همه‌ی ابعاد تکاملی شود (۳۷).

در این پژوهش، خشونت خانگی با حیطه‌ی شخصی-اجتماعی و توان حل مسأله ارتباط داشت. این یافته، با نتایج سایر مطالعات که بیان داشتند خشونت خانگی موجب تأخیر در تکامل اجتماعی-احساسی نوزادان یک ساله می‌شود، همخوانی دارد (۲۷،۲۶،۲۵). قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و افسردگی والدین قبل از سن ۳ سالگی، با شروع پیش از دبستان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (اختلال در حیطه‌های شناختی-ارتباطی) همراه است (۴۲). همچنین، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و مشکلات برون‌گرایی، در ۹-۸ سالگی کودکان، نشان داده شده است (۴۳). Kitzman و همکاران (۲۰۰۳) پس از بررسی ۱۱۸ مطالعه، گزارش کردند که همبستگی معناداری بین در معرض خشونت خانگی بودن و مشکلات رفتاری کودکان، وجود دارد (۴۴).

هنگامی که مشکلات تکاملی تشخیص داده نشوند و درمان نشده باقی بمانند، احتمال افزایش شکست در مدرسه، مشکلات رفتاری، اعتماد به نفس پایین و از دست دادن توانایی وجود دارد. بنابراین، مشکلات کشف نشده و درمان نشده‌ی تکاملی می‌توانند زیان قابل توجهی از نظر اقتصادی و اجتماعی در جامعه ایجاد کنند (۴۵).

مطالعات نشان داده‌اند که خشونت در دوران کودکی، موجب مشکلات روانی در زندگی آینده خواهد شد. این حقیقت نشانگر آن است که توجه تخصصی برای عوارض جانبی خشونت بر کودکان، مورد نیاز است (۲۴). بسیاری از مادران گزارش دادند که خشونت همسر، از دوران بارداری آغاز شده است. بنابراین، غربالگری در دوران بارداری، قابل توجه بوده و با ارایه خدمات به خانواده‌های در معرض خشونت در دوران بارداری و پس از تولد کودک، می‌توان از اختلال تکاملی کودکان جلوگیری به عمل آورد.

تحقیق حاضر نشان داد که شیوع تأخیر تکاملی نوزادان ۱۲-۸ ماهه در شهر رشت، ۱۴٪ می‌باشد که به ترتیب در حیطه‌های توان حل مسأله، ارتباطی، حرکات درشت، شخصی-اجتماعی دیده می‌شود. همچنین، کمترین شیوع تأخیر تکاملی، در حیطه‌ی حرکات ظریف می‌باشد. شیوع خشونت خانگی در نوزادان ۱۲-۸ ماهه شهر رشت، با اطمینان ۹۵٪، ۴۵/۵۴ درصد می‌باشد که در نتیجه، لزوم توجه بیشتر مسؤولین بهداشتی و درمانی را مشخص می‌سازد.

مداخله برای اصلاح مشکلات توانایی تکاملی، نیاز به شناسایی زودرس کودکان در معرض خطر مشکلات رفتاری و یادگیری دارد. از آنجا که پزشکان و پرسنل بهداشت خانواده، در تماس روزمره با کودکان زیر پنج سال هستند، برای شناسایی خطر مشکلات تکاملی و رفتاری، مناسب می‌باشند (۳۵). مطالعه‌ی حاضر، محدودیت‌هایی نیز داشت. مطالعه به صورت مقطعی بود و جهت بررسی یک ارتباط علت و معلولی بین خشونت خانگی با اختلال تکامل در همه‌ی حیطه‌های آن، نیاز به یک مطالعه‌ی آینده‌نگر با حجم نمونه‌ی بیشتر می‌باشد. علاوه بر این، خشونت موضوع حساسی است که اغلب توسط زنان پنهان می‌ماند و نیاز به پیگیری مکرر دارد و تنها در ویزیت‌های متعدد مادران در مراقبت‌های دوران بارداری که در کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی صورت می‌گیرد، قابل شناسایی است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که فرصت‌های از دست رفته برای غربالگری و شناسایی کودکان در معرض خطر مشکلات تکاملی وجود دارد که ممکن است با تشخیص زودهنگام، از آن بیشتر بهره‌مند شد. همچنین، تأمین سلامت کودکان در واقع، تأمین سلامت جامعه است. وجود کودکانی که اختلال تکاملی دارند باعث می‌شود نرخ سرباری جامعه بیشتر و هزینه‌های گزافی به جوامع تحمیل شود.

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، واحد بین‌الملل

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

می‌باشد. پژوهشگران بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نیز مسؤولین واحد بین‌الملل و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گیلان و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی شهید بهشتی شهرستان رشت و نیز کلیه‌ی مادرانی که با تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق، پژوهشگر را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Vohr BR, O'Shea M, Wright LL. Longitudinal multicenter follow-up of high-risk infants: Why, Who, When, and what to assess. Semin Perinatol 2003; 27(4): 333-42.

2. Marecdant JK, Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB. Nelson essentials of pediatrics. Volume 1. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2011.

3. William WH, Myron JJ, Judith MS, Robin RD. Current diagnosis and treatment pediatrics. Volume 1. 20th ed; 2011.

4. Rydz D, Srour M, Oskoui M, Marget N, Shiller M, Birnbaum R, *et al*. Screening for developmental delay in the setting of community pediatric clinic: A prospective Assessment of Parent-Report Questionnaires. Pediatric 2006; 118(4): e1178-86.

5. Glascoe FP. Early detection of developmental and behavioral problems. Pediatric Rev 2000; 21(8): 272- 80.

6. Amir Ali Akbari S, Torabi F, Solei Mani F, Alavimajd H. Correlation between high-risk pregnancies with developmental delay in Children 4-60 months in Isfahan. J Rehabil Child Neurol 2010; 11(5): 40-9. (Full Text in Persian)

7. Soleimani F, Bajelan Z, Amir Ali Akbari S, Alavi Majd H. Correlation between anemia during delivery and developmental delay in children 12 months in Qazvin, Iran 2011-2012. J Rehabil 2013; 13(5): 66-72.

8. Guralnick MJ. Early intervention for children with intellectual disabilities: current knowledge and future prospects. J Appl Res Intellect Disabil 2005; 18: 313-24.

9. Farrell AM. Birth to three years: A review of the literature around the care and education of young children and babies. 2006; Available from: http://eprints.qut.edu.au

10. Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behavior of the offspring. Prog Neurobiol 2001; 65: 427-51.

11. Maccari S, Darnaudery M, Morley-Fletcher S, Zuena AR, Cinque C, Van-Reeth O. Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones. Neurosci Behav Rev 2003; 27: 119-27.

12. Iravani MR, Sedrpoushan N, Afghami Ardakani I. A social work study on violence against women. Manage Sci Lett 2012; 2: 1409-16.

13. Charles P, Pereira KM. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. J Fam Violence 2007; 22: 609-19.

14. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. Int J Women Health 2010; 2: 183-97.

15. Garcia C, Sharps PW. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence Against Women 2004; 10: 770-89.

16. Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. Res J Biol Sci 2008; 3(1): 128-31. (Full Text in Persian)

17. Khadivzadeh T, Erfanian F. Comparison of domestic violence during pregnancy with the pre-pregnancy period and its relating factors. Iran J Obstet Gynecol Infert 2011;14(4): 47-56. (Full Text in Persian)

18. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of violence during pregnancy on maternal and infant health. Violence Vict 2002; 17: 169-85.

19. Kaye DK, Mirembe F, Bantebya G, Johansson A, Edstrom A. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. Trop Med Int Health 2006; 11(10): 1576-84.

20. Onyskiw JE. Domestic violence and children's adjustment: A review of research. J Emotion Abuse 2003; 3(12): 11-45.

21. Wyman PA, Moynihan J, Eberly S, Cox C, Cross W, Jin X. Association of family stress with natural killer cell activity and the frequency of illnesses in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161: 228-34.

22. Ziaei S, Tabassum Naved R, Ekström Eva-Ch. Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. Matern Child Nutr 2014; 10(3): 347-59.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]

23. Chan KL, Brown Ridge DA, Fong DY, Tiwari A, Leung WC, Ho P. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. Child Abuse Neglect 2012; 36: 275-84.

24. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, editors. The impact of early life trauma on health and disease, the hidden epidemic. Cambridge University Press; 2010. p. 77-87.

25. Morrel TM, Dubowitz H, Kerr MA, Black MM. The Effect of maternal victimization on children: a cross-informant study. J Fam Violence 2003; 18(1): 29-41.

26. Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, Davidson WS, Eye AV. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. Child Abuse Neglect 2006; 30: 109-25.

27. McDonald R, Jouriles EN, Briggs Gowan MJ, Rosenfield D, Carter AS. Violence toward a family member, angry adult conflict, and child adjustment difficulties: Relations in families with 1- to 3-year-old children. J Fam Psychol 2007; 21: 176-84.

28. Austin MP, Hadzi-Pavlovica D, Leader L, Sainta K, Parker G. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. Early Hum Dev 2005; 81: 183-90.

29. English D J, Marshall DB, Stewart AJ. Effects of family violence on child behavior and health during early childhood. J Fam Violence 2003; 18(1): 43-57.

30. Sices L, Stancin T, Kirchner HL, Bauchner H. PEDS and ASQ developmental screening tests may not identify the same children. Pediatrics 2009; 124(4): e640-7.

31. Bricker D, Squires J, Twombly E. Ages and stages questionnaires: a parent-completed, child monitoring system. 2nd ed. Paul H. Brookes Publishing Co.; 1995.

32. Vameghi R, Sajedi F, Mojembari AK, Habiollahi A, Lornezhad HR, Delavar B. Cross-cultural adaptation, validation and standardization of Ages and Stages Questionnaire (ASQ) in Iranian children. Iran J Public Health 2013; 42(5): 522-8.

33. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. Child Abuse Neglect 2002; 26: 679-95.

34. Halfon N, McLearn KT, Schuster MA. Child rearing in America: Challenges facing parents of young children. New York: Cambridge University Press; 2003. p. 15-20.

35. To T, Guttmann A, Dick PT, Rosen field JD, Parkin PC, Tassoudji M, *et al*. Risk markers for poor developmental attainment in young children: results from a longitudinal national survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158: 643-9.

36. Chan YC, Yeung JWK. Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995-2006. Aggression Violent Behav 2009; 14: 313-22.

37. Buitelaar JK, Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GHA. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. Neurobiol Aging 2003; 24: S53-S60.

38. Burke JG, Lee Li-C, O'Campo P. An Exploration of maternal intimate partner violence experiences and infant general health and temperament. Matern Child Health J 2008; 12: 172-9.

39. Huizink AC, Robeles de Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Psychosocial measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(9): 1078-85.

40. McMahon S, Huang Ch, 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; 33: 2103-11.

41. Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: a review of the literature. Child Youth Serv Rev 2009; 31: 831-9.

42. Bauer NS, Gilbert AL, Carroll AE, Downs SM. Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. JAMA Pediatrics 2013; 167(4): 341-7.

43. Van den Bergh B, Marcoean A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. Child Dev 2004; 75: 1085-97.

44. Kitzman KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witness to domestic violence: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2003; 71(2): 339-52.

45. Tough SC, Siever JE, Leew SH, Johnston DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. BMC Pregnancy Childbirth 2008; 8(1): 16. doi:10.1186/1471-2393-8-16.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-15]