

## بررسی سلامت معنوی در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران در سال ۱۳۹۹: یک مطالعه توصیفی

ندا دستیار<sup>۱</sup>، فوزیه رفعتی<sup>۲\*</sup>، اکبر مهرعلیزاده<sup>۳</sup>

نوع مقاله:  
مقاله اصیل

### چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی پیامدهای منفی زیادی بر سلامت جسمی، روانی و بهزیستی زنان باردار دارد. امروزه سلامت معنوی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت فردی در برابر مشکلات جسمی و روانی شناخته شده است. هدف از این مطالعه تعیین سلامت معنوی زنان باردار تحت خشونت خانگی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان در جنوب ایران بوده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۹ در مورد ۳۰۵ نفر از مادران باردار تحت خشونت خانگی زیر پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان جیرفت انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت و داده‌ها با کمک فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی و مقیاس سلامت معنوی جمع‌آوری شد. سپس داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی شرکت‌کنندگان  $79/19 \pm 18/98$  بود. نمره سلامت معنوی با سن ( $r_s = -0/18$  و  $p < 0/001$ )، مدت ازدواج ( $r_s = -0/32$  و  $p < 0/001$ )، تعداد فرزندان ( $p < 0/001$ ) و نمره خشونت خانگی ( $r_s = -0/26$  و  $p < 0/001$ ) رابطه آماری معکوس و معناداری داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای مدت ازدواج، شغل همسر و نمره خشونت خانگی پیش‌بینی‌کننده نمره سلامت معنوی شرکت‌کنندگان می‌باشند ( $R^2 = 0/45$ ).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند به کادر درمان و مددکاران اجتماعی که در تماس با زنان باردار تحت خشونت خانگی هستند، در شناسایی و دستیابی به راهکارهای ارتقای معنویت به عنوان سکوی پرش این زنان به سمت سلامتی، کمک کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، خشونت خانگی، بارداری

نویسنده مسؤول: فوزیه رفعتی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، ایران  
e-mail: foozieh1384@yahoo.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۱۲

### مقدمه

خشونت علیه زنان یکی از اصلی‌ترین اشکال نقض حقوق بشر شناخته شده است و ممکن است در هر مرحله از زندگی، از جمله بارداری رخ دهد (۱). خشونت در دوران بارداری را به صورت پرخاشگری یا تهدید به سوء استفاده روانی، جسمی یا جنسی علیه

زنان باردار تعریف می‌کنند (۲). شایان ذکر است، که خشونت خانگی هم در کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای توسعه نیافته، شایع است (۳). نتایج مطالعه‌ای که در ۱۹ کشور انجام گرفت، نشان داد که شیوع خشونت خانگی در کشورهای کم درآمد بسیار بیش‌تر از کشورهای پردرآمد است (۲). میزان آن در پاکستان ۵۱٪، در پرو ۴۵/۱٪، و در کنیا ۳۷٪ برآورد شده است (۴). خشونت خانگی در

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران  
۲- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران  
۳- گروه آموزشی آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

مصرف مواد، اضطراب، خودکشی، افسردگی و افزایش رضایت زناشویی، رفاه، خوشبینی، امید و حمایت اجتماعی در زنان می‌شود (۱۴). با وجود این که دوران بارداری یک زمینه ایده‌آل برای تقویت سلامت معنوی زنان در نظر گرفته می‌شود، اما بیش‌تر مطالعات کنونی، به سلامت معنوی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و بیماری صعب‌العلاج تمرکز دارند و تمرکز نسبتاً کمی بر سلامت معنوی در طول دوران بارداری وجود دارد (۱۲). بنابراین به دلیل این که سلامت معنوی یکی از مهم‌ترین عوامل محافظتی فردی در برابر مشکلات جسمی و روانی است و از آن‌جا که متأسفانه این منبع ارزشمند اغلب به عنوان یک راهکار مقابله‌ای برای بازماندگان خشونت خانگی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد (۱۵)، مطالعه حاضر با هدف تعیین سلامت معنوی در زنان باردار تحت خشونت خانگی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان در جنوب ایران انجام گرفته است.

### روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان باردار تحت خشونت خانگی بود که جهت دریافت خدمات بارداری به مراکز جامع سلامت، شهرستان جیرفت مراجعه می‌کردند. از ۱۲ مرکز شهری رایه‌کننده خدمات بهداشتی به زنان باردار، ۶ مرکز به صورت تصادفی ساده (انجام قرعه‌کشی) انتخاب و نمونه‌گیری در هر مرکز، به روش در دسترس انجام یافت. داده‌ها در بازه زمانی شهریور تا آبان ماه سال ۱۳۹۹، جمع‌آوری شد.

برخی از شهرهای جنوبی ایران شیوع بیش‌تری دارد؛ برای مثال در شهر بندرعباس ۹۲٪ (۵)، در شهر آبادان ۷۲/۳٪ (۶) و در شهر کرمان ۵۵/۷۸٪ (۷) گزارش شده است. نکته مهم این است که وقوع خشونت در دوران بارداری، علاوه بر آسیبی که به سلامت جسمی- روانی مادر وارد می‌کند، با افزایش احتمال وقوع خون‌ریزی، پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس، اختلالات جفتی، وزن کم هنگام تولد و سزارین اورژانسی به جنین نیز آسیب می‌رساند (۸).

به دلیل شیوع بالای خشونت و مشکلات جسمی و روانی ناشی از آن، تاکنون مداخلات پیشگیرانه زیادی ایجاد و اجرا شده است (۹). هرچند که به نظر می‌رسد انجام مداخلات جامع و چند بعدی در مورد زنان تحت خشونت خانگی ضروری است (۱۰)، اما در میان مداخلات پیشنهادی، شواهدی وجود دارد که مداخلات مبتنی بر معنویت و سلامت معنوی می‌تواند مفید باشد (۱۱).

معنویت از مؤلفه‌های مهم سلامتی و رفاه شناخته می‌شود و هزاران سال است که زنان از دعا و سایر اعمال معنوی برای نگرانی‌های مربوط به سلامتی خود و دیگران استفاده می‌کنند (۱۲). در تعریف سلامت معنوی، سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یکی از ابعاد تأثیرگذار در زندگی انسان تعریف می‌کند و در سال‌های اخیر، اکثر روان‌شناسان و متخصصان بر اهمیت سلامت معنوی در ایجاد و ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی تأکید کرده‌اند (۱۳). همچنین مطالعات نشان داده است که سلامت معنوی منجر به کاهش میزان سوء

و قابلیت تعمیم یافته‌ها، ۳۰۵ پرسشنامه به طور کامل تکمیل و بازگردانده شد.

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1 + 0.2}{1 - 0.2}\right)^2} + 3 = \frac{7.84}{0.041} + 3 = 191 + 3 = 194$$

ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه بود: اول اطلاعات جمعیت‌شناختی و باروری (سن مادر، سن حاملگی، میزان درآمد، سطح تحصیلات و شغل مادر و همسرش، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، با برنامه‌ریزی یا بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری فعلی)، دوم فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی و سوم مقیاس سلامت معنوی.

فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی (Hurts Insults Threaten Screams: HITS): این ابزار در سال ۱۹۹۸، توسط Sherin و همکاران در آمریکا برای غربالگری خشونت خانگی طراحی شد. روایی این ابزار از طریق روایی سازه و روایی هم‌زمان با ابزار Conflict Tactics Scale: CTS تأیید شد و پایایی ابزار ۰/۸ به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۴ سؤال با تمرکز بر خشونت کلامی و فیزیکی است. پاسخ به این سؤالات به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (از هرگز تا همیشه) می‌باشد. حداقل نمره برای هر سؤال ۱ و حداکثر ۵ و در مجموع دامنه امتیازها ۴ تا ۲۰ است. امتیاز بالاتر از ۱۰، وجود خشونت را تأیید می‌کند (۱۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است (۱۷). در مطالعه حاضر، پایایی مقیاس غربالگری خشونت خانگی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، محاسبه و برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد. در این مطالعه از فرم HITS فقط در یک نوبت و جهت

معیارهای ورود زنان به مطالعه شامل: داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، سن حداقل ۲۰ سال، کسب نمره بیش‌تر یا مساوی ۱۰ از فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی (Hurts Insults Threaten Screams: HITS) مورد خشونت قرار گرفتن مادر صرفاً از سوی همسر و معیارهای عدم ورود ابتلای مادر به اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب و استرس)، اعتیاد (به تریاک، حشیش، هروئین، شیشه، سیگار، مشروبات الکلی و برخی از داروها مثل: دیازپام، متادون و ترامادول) در مادر باردار و همسرش، تک همسر بودن شوهر، زن باردار و پرخطر بودن بارداری (شامل: عدم سابقه بیماری حاد جسمی همچون دیابت و فشارخون بالا، سقط مکرر، مرده‌زایی و زایمان زودرس) بود. این معیارها با استفاده از چک لیست ارزیابی می‌شدند. معیار خروج از مطالعه نیز عدم تکمیل همه بندهای پرسشنامه بود.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول زیر و نتایج مطالعه پایلوت محاسبه شد.

$$n = \left( \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}} \right)^2 + 3$$

این فرمول در مطالعاتی که از ضرایب همبستگی در تحلیل نتایج استفاده می‌شود، کاربرد دارد و در آن مقدار احتمال خطای نوع اول،  $\beta$  مقدار احتمال خطای نوع دوم و  $\rho$  اندازه ضریب همبستگی است. در این مطالعه مقدار  $\alpha$  را برابر ۰/۰۵،  $\beta$  را برابر ۰/۲ و مقدار  $\rho$  با استفاده از نتایج مطالعه پایلوت به حجم ۳۰ نفر، برابر ۰/۲ در نظر گرفته شد و حجم نمونه ۱۹۴ نفر محاسبه شد. به منظور افزایش اعتبار

شناسایی زنان باردار تحت خشونت خانگی برای ورود به مطالعه، استفاده شد.

مقیاس سلامت معنوی (Spiritual Well Being: SWB): این مقیاس در سال ۱۹۸۲، توسط Ellison طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است. پاسخ به این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. در عبارات‌های با فعل مثبت پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ و در عبارات با فعل منفی، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ را می‌گیرند. دامنه نمرات ۲۰ تا ۱۲۰ است و به سه دسته: سلامت معنوی کم (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم می‌شود. در نسخه اولیه پرسشنامه، روایی ابزار با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی و پایایی آن به روش آزمون-بازآزمون محاسبه (۰/۹۳) شد و همبستگی درونی ابزار ۰/۸۹ به دست آمد (۱۸). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران بررسی و تأیید شده است (۱۹). در مطالعه حاضر، پایایی مقیاس سلامت معنوی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، محاسبه و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

پژوهشگر پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه و گرفتن مجوز از مسؤولان، به مراکز جامع سلامت منتخب مراجعه و پس از کسب موافقت مسؤولان مراکز، مادران باردار واجد شرایط را با استفاده از چک لیست ارزیابی معیار ورود و پرسشنامه خشونت خانگی شناسایی کرد. به این ترتیب که در همان جلسه ابتدا نمره پرسشنامه خشونت خانگی محاسبه و در صورتی که فرد نمره بیشتر و

مساوی ۱۰ کسب کرده بود، پرسشنامه اطلاعات فردی و مقیاس سلامت معنوی جهت تکمیل به وی داده می‌شد. مادرانی که علی‌رغم تأکید و تذکر محقق، همه بندهای پرسشنامه را تکمیل نکردند، از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ها توسط مادر باردار واجد شرایط شخصاً تکمیل و سپس جمع‌آوری می‌شد. مدت زمان تقریبی برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۲۵ دقیقه بود.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره IR.JMU.REC.1399.012، به ثبت رسیده است. اطلاعات مربوط به هدف و شیوه انجام مطالعه، مدت مطالعه، محرمانه بودن و ناشناس بودن پرسشنامه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به طور کامل به شرکت‌کنندگان شرح داده شد. رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد.

داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. برای متغیرهای سن، سن حاملگی، تعداد فرزندان، مدت ازدواج، درآمد خانوار، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، بارداری ناخواسته و خشونت خانگی شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی محاسبه شد. سپس پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از آزمون‌های استنباطی تحلیل واریانس یک‌طرفه به همراه آزمون تعقیبی چند دامنه‌ای Duncan، آزمون تی‌دو نمونه مستقل و ضریب همبستگی Spearman با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov و آزمون Levene بررسی شد. از آزمون

دو میلیون تومان به طور معناداری بیش‌تر از زنان با درآمد ماهانه خانوار کم‌تر از یک میلیون تومان بود و زنانی که خود یا همسرانشان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند نسبت به زنانی که خود یا همسرانشان دارای سطح تحصیلات آکادمیک نبودند از میانگین نمره سلامت معنوی بیش‌تری برخوردار بودند. همچنین، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد زنان باردار شاغل و خانه‌دار از لحاظ میانگین نمره سلامت معنوی تفاوت معنادار آماری ندارند ( $p > 0.05$ )، اما میانگین نمره سلامت معنوی زنان باردار دارای همسر کارمند بیش‌تر از زنانی بود که همسرانشان شغل آزاد داشتند ( $p = 0.002$  و  $t = 3.10$ ). علاوه بر این، زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده نسبت به زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از میانگین نمره سلامت معنوی بالاتری ( $p < 0.001$  و  $t = 5.24$ ) برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون ضریب همبستگی Spearman نشان داد نمره سلامت معنوی با سن زنان باردار ( $p < 0.001$  و  $r_s = -0.18$ )، مدت ازدواج ( $p < 0.001$  و  $r_s = -0.32$ )، تعداد فرزندان ( $p < 0.001$  و  $r_s = -0.26$ ) و نمره خشونت خانگی ( $p < 0.001$  و  $r_s = -0.65$ ) دارای همبستگی معکوس و معناداری است؛ به نحوی که با افزایش سن زنان باردار، مدت ازدواج، تعداد فرزندان و نمره خشونت خانگی، نمره سلامت معنوی آن‌ها کم‌تر می‌شود. اما بین سن حاملگی زنان باردار با متغیر نمره سلامت معنوی همبستگی معنادار آماری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ) (جدول شماره ۲).

Kolmogorov-Smirnov برای سنجش نرمال بودن متغیرهای کمی و از آزمون Levene برای سنجش برابری واریانس در گروه‌ها استفاده شد. در میان متغیرهای کمی مطالعه، متغیر نمره سلامت معنوی توزیع نرمال و داده‌های متغیر خشونت خانگی توزیع غیرنرمال و کشیدگی به راست داشتند. در ادامه با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه رابطه بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و خشونت خانگی بررسی شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

دامنه سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه ۲۰-۴۳ سال بود. میانگین (انحراف معیار) سنی آنان  $28/12 \pm 5/02$  سال، میانگین سن حاملگی آن‌ها  $22/68 \pm 1/89$  هفته، میانگین تعداد فرزندان  $1/00 \pm 1/01$  فرزند و میانگین مدت ازدواج  $6/33 \pm 4/79$  سال بود. اطلاعات مربوط به سایر ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت معنوی  $79/89 \pm 18/98$  به دست آمد.

نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه و به دنبال آن آزمون تعقیبی چند دامنه‌ای Duncan نشان داد در سطوح مختلف میزان درآمد ماهانه خانوار ( $F = 4/69$  و  $p = 0/010$ )، تحصیلات زنان ( $F = 5/81$  و  $p = 0/003$ )، تحصیلات همسر ( $F = 3/16$  و  $p = 0/044$ ) از نظر نمره سلامت معنوی تفاوت آماری معناداری وجود دارد. به این ترتیب که میانگین نمره سلامت معنوی در زنان باردار با درآمد ماهانه خانوار بالاتر از

۱۰ بود و این در حالی است که مقادیر بزرگتر از ۱۰ برای این معیار نشان‌دهنده وجود هم‌خطی است.

متغیر نمره سلامت معنوی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهایی که در آزمون‌های تک متغیره معنادار شده بودند (درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات زن و مرد، شغل همسر، خواسته بودن بارداری، سن زن، مدت ازدواج، تعداد فرزند و نمره خشونت خانگی) به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل شدند. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که مدت ازدواج، شاغل بودن همسر و نمره خشونت خانگی پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت معنوی هستند که براساس مقدار  $R^2$ ، ۴۵٪ از پراکندگی نمره سلامت معنوی را توضیح می‌دهند (جدول شماره ۳).

هر ضریب بتای استاندارد نشده، میانگین افزایش یا کاهش نمره سلامت معنوی مرتبط با افزایش یک واحد در یک پیش‌بینی را نشان می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۳، افزایش یک سال در مدت ازدواج به طور متوسط نمره سلامت معنوی زنان تحت خشونت خانگی را ۰/۵۳۰ واحد کاهش می‌دهد. به طور متوسط نمره سلامت معنوی در زنانی که تحت خشونت خانگی هستند و همسر شاغل دارند ۶/۶۶۸ واحد بالاتر از زنانی است که همسر آنها بی‌کار است. همچنین، با افزایش یک واحد نمره خشونت خانگی به طور متوسط ۷/۴۹۱ واحد نمره سلامت معنوی زنان را کاهش می‌دهد.

در نهایت، برای تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت معنوی از مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش رو به جلو (Forward) استفاده شد. قبل از استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه، ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از این مدل بررسی شد. آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن متغیر وابسته نمره سلامت معنوی انجام یافت که بیانگر نرمال بودن توزیع این متغیر می‌باشد ( $p > 0/05$ ). همچنین، آزمون F فیشر نشان از وجود رابطه خطی معنادار بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و متغیر وابسته دارد ( $p < 0/05$ ).

آزمون Durbin-Watson به منظور بررسی پیش‌فرض استقلال خطاها انجام گرفت. مقدار حاصل از این آزمون برابر ۱/۸۸ بود که براساس این مقدار، شرط استقلال برقرار است. برای آزمون مفروضه همگنی واریانس متغیر وابسته نمره سلامت معنوی در مقادیر مختلف متغیرهای مستقل از نمودار پراکنش متغیر وابسته نمره سلامت معنوی در مقابل باقیمانده‌های رگرسیونی استفاده شد که نشان‌دهنده تأیید پیش‌فرض همسانی واریانس متغیر نمره سلامت معنوی بود. برای تشخیص وجود یا فقدان هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده از معیارهای عامل تورم واریانس (Variance Inflation Factor: VIF) و Tolerance استفاده شد. مقادیر VIF در هر سه متغیر مستقل پیش‌بینی‌کننده کم‌تر از

**جدول ۱- مقایسه میانگین نمره سلامت معنوی برحسب متغیرهای کیفی جمعیت‌شناختی و باروری در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران در سال ۱۳۹۹ (نفر ۳۰۵)**

p-value	متغیرهای کیفی	(درصد فراوانی)	
		(انحراف معیار) میانگین	
.۰/۰۱۰*	درآمد	۷۴/۷۰ (۱۷/۲۵)	۸۷ (۲۸/۵)
		۸۰/۶۶ (۱۸/۵۴)	۱۰۹ (۳۵/۸)
		۸۲/۷۵ (۱۹/۹۸)	۱۰۹ (۳۵/۸)
.۰/۰۰۳*	سطح تحصیلات	۷۶/۰۴ (۱۷/۹۹)	۱۳۹ (۴۵/۶)
		۷۷/۶۵ (۲۲/۷۲)	۱۴۶ (۴۷/۹)
		۸۳/۴۹ (۱۸/۶۶)	۲۰ (۶/۵)
.۰/۰۴۴*	سطح تحصیلات همسر	۷۷/۵۷ (۱۸/۰۱)	۱۸۰ (۵۹/۰)
		۷۹/۶۵ (۲۰/۱۴)	۱۰۵ (۳۴/۵)
		۸۳/۳۸ (۱۹/۸۸)	۲۰ (۶/۵)
.۰/۹۷۰**	شغل	۷۹/۷۴ (۱۸/۶۲)	۱۰۷ (۳۵/۱)
		۷۹/۶۴ (۱۹/۶۲)	۱۹۸ (۶۴/۹)
.۰/۰۰۳**	شغل همسر	۸۰/۷۸ (۱۸/۹۲)	۲۷۶ (۹۰/۵)
		۶۹/۴۸ (۱۶/۰۹)	۲۹ (۹/۵)
<.۰/۰۰۱**	حاملگی ناخواسته	۷۱/۲۷ (۱۸/۷۰)	۹۳ (۳۰/۵)
		۸۳/۲۳ (۱۷/۹۹)	۲۱۲ (۶۹/۵)

\*: آنالیز واریانس یک‌طرفه، \*\*: آزمون تی مستقل،  $p < ۰/۰۵$  اختلاف معنادار

**جدول ۲- ضریب همبستگی بین نمره سلامت معنوی با متغیرهای کمی پیوسته در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران در سال ۱۳۹۹ (نفر ۳۰۵)**

p-value	ضریب همبستگی Spearman ( $r_s$ )	متغیرهای کمی
.۰/۰۰۱	-.۰/۱۸	سن (سال)
.۰/۵۲۹	.۰/۰۴	سن حاملگی (هفته)
<.۰/۰۰۱	-.۰/۳۲	مدت ازدواج (سال)
<.۰/۰۰۱	-.۰/۳۶	تعداد فرزندان
<.۰/۰۰۱	-.۰/۶۵	نمره خشونت خانگی

**جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده نمره سلامت معنوی در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران در سال ۱۳۹۹ (نفر ۳۰۵)**

p-value	آماره t	ضرایب استاندارد نشده		متغیرها
		ضرایب استاندارد شده $\beta$	خطای معیار B	
.۰/۰۰۱	۱۷/۶۲۲		۸/۷۸۲	مقدار ثابت
.۰/۰۰۴	-۲/۹۴۰	-.۰/۱۳۴	.۰/۱۸۰	مدت ازدواج (سال)
.۰/۰۱۸	۲/۳۸۵	.۰/۱۰۳	۲/۷۹۶	شغل همسر (شاغل در مقابل بی‌کار)
<.۰/۰۰۱	-۱۲/۹۵۶	-.۰/۵۹۴	.۰/۵۷۸	نمره خشونت خانگی

( $R^2 = ۰/۴۵$ , Adjusted  $R^2 = ۰/۴۴۹$ )

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی در زنان باردار تحت خشونت خانگی انجام گرفته است. نتایج نشان داد که زنان باردار مطالعه حاضر، سلامت معنوی متوسطی داشتند. میانگین نمرات سلامت معنوی در مطالعه جعفری ندوشن و همکاران (۱۳) که سلامت معنوی در زنان باردار ایرانی را در دوران پاندمی کووید-۱۹ بررسی کردند و مطالعه مهرابی و همکاران (۲۰) که به بررسی سلامت معنوی در زنان ناباور ایرانی در سال ۲۰۱۴ پرداخته‌اند، به ترتیب ۹۹/۱۳ و ۹۷/۷ گزارش شده است و نسبت به میانگین نمرات سلامت معنوی در مطالعه حاضر، بیش‌تر می‌باشد. از این‌رو شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که شرایط پاندمی کووید-۱۹ به همراه خشونت خانگی، نسبت به پاندمی کووید-۱۹ به تنهایی و نسبت به ناباوروری، سلامت معنوی زنان ایرانی را بیش‌تر کاهش می‌دهد. در واقع معنویت با فرهنگ و سبک زندگی ایرانیان آمیخته شده و نقش مهمی در زندگی آن‌ها به ویژه هنگامی که آنان انواع مزمن تنش مانند بارداری را تجربه می‌کنند، بازی می‌کند (۱۴). بنابراین لازم است که مداخلات معنوی به عنوان یک روش ارزان و مؤثر برای حمایت معنوی زنان (۲۱)، مورد توجه مراقبان زنان باردار ایرانی که تحت خشونت خانگی هستند، قرار گیرد.

این مطالعه نشان داد که رابطه معکوس و معناداری بین نمره سلامت معنوی با نمره خشونت خانگی مادران باردار وجود داد. Goncalves و همکاران (۲۲) مطالعه‌ای در

مورد ۶۰۷ نفر از جمعیت کشور برزیل انجام دادند؛ نتایج این مطالعه نشان داد که سطوح بالاتر سلامت معنوی با سطوح پایین‌تر خشونت خانگی همراه است. در مطالعه فراتحلیل که Kelly و همکاران (۲۳) انجام دادند، دریافتند که سلامت معنوی در کاهش و یا جلوگیری از رفتارهای خشونت‌آمیز نقش امیدوارکننده و مؤثری دارد و در مطالعه Drumm و همکاران (۱۵) در آمریکا، به نقش معنویت و سلامت معنوی به عنوان یکی از ابزارهای کلیدی و مهم برای مقابله و سازگاری با تنش‌های ناشی از خشونت خانگی در زنان باردار اشاره شده است. از طرفی Khalaf و Callister (۱۲) مطالعه‌ای با هدف تعیین سلامت معنوی زنان باردار در کشورهای استرالیا، اروپا و خاورمیانه انجام دادند و در پایان با اشاره به ضرورت ارزیابی سلامت معنوی و درک ابعاد آن در زنان باردار عنوان کردند که در ارزیابی اولیه زنان باردار حتماً باید اعتقادات و سلامت معنوی آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد، زیرا سلامت معنوی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر توسط کادر درمان برای ارتقا رفتارهای بهداشتی زنان باردار، مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این مشخص شده است که متغیر سلامت معنوی از طریق ایجاد احساس آرامش، کنترل استرس، افزایش عزت نفس، امید و هدفمندی در زندگی، می‌تواند انسان را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده کند و سلامت او را ارتقا می‌بخشد (۲۴).

در مطالعه حاضر بین نمره سلامت معنوی زنان باردار در معرض خشونت خانگی با سطح تحصیلات و درآمد زنان باردار ارتباط



مثبت معنادار و با سن آنان ارتباط معکوس و معناداری یافت شد. مطالعه‌ای که توسط دولتیان و همکاران (۲۴) در ایران انجام یافت، نشان داد که بین نمره سلامت معنوی با سطح درآمد و تحصیلات ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که مشابه مطالعه حاضر می‌باشد. دلیل این تشابه را شاید بتوان این‌گونه توضیح داد که زنانی که آگاهی، تحصیلات و استقلال مالی بیشتری دارند، بیش‌تر می‌توانند از راهبردهای موجود برای تقویت ابعاد سلامت معنوی خود، استفاده کنند. Handelzalts و همکاران پژوهشی با هدف تعیین ارتباط معنویت با سلامت روان در زنان باردار با سابقه بدرفتاری در دوران کودکی در میشیگان انجام دادند (۲۵) و به این نتیجه رسیدند که زنانی که سن پایین، تحصیلات کم و درآمد اندکی دارند از معنویت کم‌تری برخوردار هستند، این نتیجه نیز در راستای تأیید یافته‌های مطالعه حاضر است.

در مطالعه حاضر بین نمره سلامت معنوی زنان باردار در معرض خشونت خانگی با شغل و سن حاملگی زنان باردار ارتباط معناداری یافت نشد، اما در مطالعه جعفری ندوشن و همکاران در ایران (۱۳) بین نمره سلامت معنوی با شغل و سن حاملگی زنان ارتباط مثبت معناداری وجود داشت به این صورت که زنان باردار شاغل که سن حاملگی بالاتری داشتند، نسبت به زنان بی‌کار که سن حاملگی پایین‌تری داشتند، از سلامت معنوی بیش‌تری برخوردار بودند. دلیل این اختلاف می‌تواند به تفاوت در حجم نمونه و جامعه مورد مطالعه برگردد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که زنان با بارداری برنامه‌ریزی شده، نسبت به زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند، از میانگین نمره سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. نتایج مطالعه Athan و همکاران در نیویورک نیز نشان داد که زنان با بارداری ناخواسته نسبت به زنان با بارداری خواسته، اعتقادات معنوی پایین‌تری دارند (۲۶). به نظر می‌رسد درگیری فعال زنان در برنامه‌ریزی برای بارداری روی احساس خوب بودن آنان و نوزادشان تأثیر داشته باشد (۲۷) که سلامت معنوی هم می‌تواند جزئی از احساس خوب بودن افراد باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده در خصوص میزان بارداری ناخواسته و اثربخشی مداخلات کاهش‌دهنده آن مورد توجه محققان حوزه سلامت زنان باشد.

در مطالعه حاضر مشخص شد که خشونت خانگی به همراه متغیرهای مدت ازدواج و شغل همسر پیش‌بینی‌کننده‌های قابل توجهی برای سلامت معنوی می‌باشند و ۴۵٪ از نمره سلامت معنوی را توضیح می‌دهند. در مطالعات متعددی به تأثیر منفی خشونت خانگی بر دیگر ابعاد سلامت زنان باردار، از جمله سلامت روانی (۲۸) و سلامت جسمی (۲۹) اشاره شده است، اما تأثیر خشونت خانگی بر این بعد از سلامت یعنی سلامت معنوی که یکی از جدیدترین و مهم‌ترین ابعاد سلامت می‌باشد (۱۳)، تاکنون سنجیده نشده است.

بررسی مقطعی، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خوداظهاری ممکن است روی گزارش داده‌ها از طرف زنان تأثیر داشته باشد، استفاده از پرسشنامه و عدم قابلیت تعمیم نتایج به

سلامت جسمی، روانی و معنوی آنان انجام شود.

جوامع و فرهنگ‌های دیگر، از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. بررسی‌های مداخله‌ای، کیفی و طولی، انجام مطالعات در محیط‌های پژوهشی با فرهنگ‌های متفاوت و جامعه آماری بیشتر، توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و همکاری صمیمانه و صادقانه مادران بارداری که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل آورند. این مقاله حاصل طرح پژوهشی با کد ۴۰۱، می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۲/۷، در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به تصویب رسیده است.

با توجه به نتایج این مطالعه، خشونت خانگی، تأثیر منفی بر سطح سلامت معنوی زنان باردار دارد. لذا می‌بایست غربالگری از لحاظ انواع مختلف خشونت خانگی مورد توجه نظام بهداشتی و درمانی قرار گیرد تا زنانی که در طول بارداری در معرض این اتفاق هستند، شناسایی شوند و مداخلات لازم برای ارتقای

### References

- 1 - Celebi E, Pirincci E, Durmus AB. Partner violence during pregnancy and its affecting factors a province in eastern Turkey. Niger J Clin Pract. 2020 Dec; 23(12): 1673-1682. doi: 10.4103/njcp.njcp\_104\_19.
- 2 - Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. Rev Saude Publica. 2020 Nov 2; 54: 97. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002103.
- 3 - James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. Violence Vict. 2013; 28(3): 359-80. doi: 10.1891/0886-6708.vv-d-12-00034.
- 4 - Zheng B, Zhu X, Hu Z, Zhou W, Yu Y, Yin S, et al. The prevalence of domestic violence and its association with family factors: a cross-sectional study among pregnant women in urban communities of Hengyang City, China. BMC Public Health. 2020 May 5; 20(1): 620. doi: 10.1186/s12889-020-08683-9.
- 5 - Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. [Prevalence of domestic violence against women]. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2014; 16(1): 126-131. (Persian)
- 6 - Fakharzadeh L, Tahery N, Heidari M, Hatefi Moadab N, Zahedi A, Elhami S. [Factors associated with prevalence of domestic violence in women referred to Abadan health centers in 2015]. Iranian Journal of Epidemiology. 2018; 13(4): 328-336. (Persian)
- 7 - Maghsoudi S, Yarinassab F, Ebrahimi F. [Investigating factors influencing domestic violence against women (case study: city of Kerman)]. Journal of Social Development. 2015; 9(3): 53-78. doi: 10.22055/QJSD.2015.11922. (Persian)
- 8 - Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. J Womens Health (Larchmt). 2015 Jan; 24(1): 100-6. doi: 10.1089/jwh.2014.4872.
- 9 - Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: a systematic review. Aggress Violent Behav. 2014 Nov-Dec; 19(6): 655-662. doi: 10.1016/j.avb.2014.09.006.
- 10 - Asadi-Bidmeshki E, Mohtashami J, Atashzadeh-Shoorideh F, Hosseini M. Interventions on women under intimate partner violence: an integrative review. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2020; 14(2): 1531-1535. 10.37506/ijfomt.v14i2.3142.
- 11 - Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.

- 12 - Callister LC, Khalaf I. Spirituality in childbearing women. *J Perinat Educ.* 2010 Spring; 19(2): 16-24. doi: 10.1624/105812410X495514.
- 13 - Jafari Nodoushan R, Alimoradi H, Nazari M. Spiritual health and stress in pregnant women during the Covid-19 pandemic. *SN Compr Clin Med.* 2020; 2(12): 2528-2534. doi: 10.1007/s42399-020-00582-9.
- 14 - Tork Zahrani S, Haji Rafiei E, Hajian S, Alavi Majd H, Izadi A. The correlation between spiritual health and maternal-fetal attachment behaviors in pregnant women referring to the health centers in Qazvin, Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2020 Jan; 8(1): 84-91. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.81668.0.
- 15 - Drumm R, Popescu M, Cooper L, Trecartin S, Seifert M, Foster T, et al. "God just brought me through it": spiritual coping strategies for resilience among intimate partner violence survivors. *Clinical Social Work Journal.* 2014; 42(4): 385-394. doi: 10.1007/s10615-013-0449-y.
- 16 - Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.* 1998 Jul-Aug; 30(7): 508-12.
- 17 - Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. [The effect of supportive-educational intervention on psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence: a randomized controlled trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2019; 25(2): 151-167. (Persian)
- 18 - Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology.* 1983; 11(4): 330-340. doi: 10.1177/009164718301100406.
- 19 - Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O. Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. *J Relig Health.* 2017 Dec; 56(6): 1981-1997. doi: 10.1007/s10943-016-0305-9.
- 20 - Mehrabi T, Alijanpoor Aghamaleki M, Hosseiny RS, Ziraki Dana A, Safaee Z. [A study on the relationship between spiritual well-being and quality of life in infertile women referred to infertility centers in Isfahan]. *Nursing and Midwifery Journal.* 2014; 12(7): 562-567. (Persian)
- 21 - Rafati F, Mashayekhi F, Dastyar N. Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *J Relig Health.* 2020 Dec; 59(6): 3084-3096. doi: 10.1007/s10943-019-00939-y.
- 22 - Goncalves JPB, Madruga CS, Lucchetti G, Dias Latorre MDR, Laranjeira R, Vallada H. The effect of religiosity on violence: results from a Brazilian population-based representative survey of 4,607 individuals. *PLoS One.* 2020 Aug 25; 15(8): e0238020. doi: 10.1371/journal.pone.0238020.
- 23 - Kelly PE, Polanin JR, Jang SJ, Johnson BR. Religion, delinquency, and drug use: a meta-analysis. *Criminal Justice Review.* 2015; 40(4): 505-523. doi: 10.1177/0734016815605151.
- 24 - Dolatian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Shams J, Zaeri F. The structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *J Relig Health.* 2017 Dec; 56(6): 2267-2275. doi: 10.1007/s10943-017-0395-z.
- 25 - Handelzalts JE, Stringer MK, Menke RA, Muzik M. The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories. *J Child Fam Stud.* 2020 Feb; 29(2): 502-513. doi: 10.1007/s10826-019-01595-2.
- 26 - Athan A, Chung S, Sawyer Cohen J. Spiritual beliefs of mothers with potentially distressing pregnancies. *Spirituality in Clinical Practice.* 2015; 2(3): 216-232. doi: 10.1037/sep0000069.
- 27 - Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the united states, 2008-2011. *N Engl J Med.* 2016 Mar 3; 374(9): 843-52. doi: 10.1056/NEJMsa1506575.
- 28 - Musa A, Chojenta C, Loxton D. High rate of partner violence during pregnancy in eastern Ethiopia: findings from a facility-based study. *PLoS One.* 2020 Jun 4; 15(6): e0233907. doi: 10.1371/journal.pone.0233907.
- 29 - Finnbogadottir H, Baird K, Thies-Lagergren L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Mar 26; 20(1): 183. doi: 10.1186/s12884-020-02864-5.

# Spiritual health in pregnant women with domestic violence experience in the south of Iran in 2020: A descriptive study

Neda Dastyar<sup>1</sup>, Foozieh Rafati<sup>2\*</sup>, Akbar Mehralizadeh<sup>3</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Mar. 2022  
Accepted: May 2022  
e-Published: 3 Aug. 2022

Corresponding author:  
Foozieh Rafati  
e-mail:  
foozieh1384@yahoo.  
com

## Abstract

**Background & Aim:** Domestic violence has many negative consequences on the physical, mental and well-being of pregnant women. Today, spiritual health is recognized as one of the most important factors in protecting individuals against physical and mental problems. The aim of the study was to investigate spiritual health and its relationship with demographic characteristics of pregnant women with domestic violence in the south of Iran.

**Methods & Materials:** This descriptive study was conducted in 2020 on 305 pregnant mothers with domestic violence experience, referred to comprehensive health centers in Jiroft. Subjects were selected by the convenience sampling method, and data were collected using the Spiritual Health Scale and the short form of the Domestic Violence Screening Scale. The data were analyzed using the SPSS software version 24 and independent *t*-test, analysis of variance and linear regression.

**Results:** The mean (and standard deviation) score of spiritual health was 79.89(18.98). Spiritual health score has a statistically significant inverse relationship with the women's age ( $P<0.001$ ,  $r_s=-0.18$ ), duration of marriage ( $P<0.001$  and  $r_s=-0.32$ ), number of children ( $P<0.001$ ,  $r_s=-0.26$ ) and domestic violence ( $P<0.001$ ,  $r_s=-0.65$ ). The results of regression analysis showed that the duration of marriage, spouse occupation, and domestic violence were the predictors of participants' spiritual health score ( $R^2=0.45$ ).

**Conclusion:** The findings of the study can help medical staff and social workers who are in contact with pregnant women experiencing domestic violence to identify and devise strategies to promote spirituality as a way leading these women towards health.

**Key words:** spirituality, domestic violence, pregnancy

## Please cite this article as:

Dastyar N, Rafati F, Mehralizadeh A. [Spiritual health in pregnant women with domestic violence experience in the south of Iran in 2020: A descriptive study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 28(2): 161-172. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran  
2 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran  
3 - Dept. of Statistics, School of Medicine, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

