

تأثیر خشونت خانگی علیه زنان بر وضعیت رشد کودکان در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان

فاطمه لیموپور^۱، حسین انصاری^{۲*}، مجید سرتیپی^۳، زهرا عرب برزو^۴

۱- دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۴- استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

• نویسنده رابط: ansarih@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی یکی از آسیب‌های اجتماعی علیه زنان است که بر سلامت مادران و فرزندان اثرات منفی می‌گذارد. این مطالعه به منظور بررسی شیوع مواجهه با خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر زاهدان و ارتباط آن با وضعیت رشد جسمی کودکان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۴ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت به همراه کودکانشان در زاهدان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و رگرسیون لجستیک در نرم افزار Stata14 تحلیل شد.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان داد شیوع کلی مواجهه با خشونت در زنان ۴۳٪ می‌باشد. خشونت خانگی با وضعیت نامناسب رشد جسمانی کودک ارتباط معنی داری نشان داد، نسبت شانس (OR) برابر با ۲/۰۶ می‌باشد، (۳-۱/۳۹)؛ ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۲/۰۶). همچنین در رگرسیون لجستیک متغیرهای سن و اعتیاد پدر، سابقه خشونت در کودکی والدین در کنار مواجهه با خشونت خانگی مادر در مدل نهایی ارتباط خود را با اختلالات رفتاری نشان دادند ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه اهمیت مواجهه با خشونت خانگی در زنان و تأثیر آن بر وضعیت رشد جسمی کودک را نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی کمک کند تا راهکارهای مؤثری برای کاهش خشونت خانگی و بهبود وضعیت رشد کودکان ارائه دهند.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، رشد جسمی کودکان، زنان، کودکان

مقدمه

پدیده اجتماعی، به اشکال متفاوتی از جمله خشونت جسمی، روانی و کلامی بروز می‌کند (۱). مطالعات نشان می‌دهند که زنان قربانی خشونت خانگی، اغلب با

خشونت خانگی یکی از انواع معضلات بهداشت عمومی است که به طیف مختلفی از بدرفتاری‌ها علیه زن اطلاق می‌شود. خشونت خانگی به عنوان یک

مهارت‌های رفتاری کودکان را دچار اختلال کند (۱۴). همچنین این کودکان نه تنها از نظر عاطفی و روانی آسیب می‌بینند، بلکه رشد جسمانی کودک نیز با چالش‌های جدی مواجه می‌شوند. این کودکان معمولاً با مشکلاتی نظیر کم‌خوری یا پرخوری، اضطراب و اجتماعی نبودن روبرو هستند در مطالعات اخیر مواجهه با خشونت خانگی مادر می‌تواند سبب کم‌وزنی کودک شود (۱۶، ۱۵). در این راستا، وضعیت رشد کودکان به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد زندگی آنان، تحت تأثیر خشونت خانگی قرار می‌گیرد. رشد کودکان شامل جنبه‌های جسمی، عاطفی و شناختی است و هرگونه اختلال در این روند می‌تواند عواقب جدی برای آینده آنان به همراه داشته باشد. بررسی ارتباط بین خشونت خانگی و وضعیت رشد کودکان، نیازمند توجه به ابعاد مختلف این پدیده و تأثیرات آن بر خانواده و جامعه است (۱۷). دوران کودکی، به عنوان یکی از حیاتی‌ترین مراحل رشد هر انسان، دارای اهمیت ویژه‌ای است. توجه به بهداشت روانی و جسمانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف جسمانی و روانی کودک حائز اهمیت است (۱۸).

حفاظت از کودکان و تسهیل در رشد آنها یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های خانواده است. پیگیری رشد به عنوان ابزار ارزیابی رشد و ارتقاء وضعیت سلامتی کودکان برای شناسایی تغییرات در رشد و اطمینان از ادامه رشد خوب در بسیاری از کشورها پذیرفته شده است. با توجه به نگرانی‌ها برای کودکان که در معرض خشونت قرار می‌گیرند، اهمیت مداخله زودهنگام، به عنوان راهی برای محافظت در برابر خطرات شدید آنها بیشتر می‌شود (۱۹).

خشونت خانگی علیه زنان به عنوان یک چالش عمده بهداشت عمومی، پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت زنان و کودکان دارد. در حالی که مطالعات متعددی به بررسی این پدیده پرداخته‌اند، پژوهش‌های محدودی به تأثیر

مشکلاتی مانند اضطراب، کاهش عزت‌نفس مواجه می‌شوند (۲). بر اساس آمارها و تحقیقات انجام شده، زنان در جوامع مختلف به طور مکرر در معرض خشونت خانگی قرار دارند. به طوری که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از هر ۳ زن یک نفر در طول زندگی خود خشونت را تجربه کرده است (۳). در مطالعات اخیر شیوع خشونت خانگی در زنان ایالات متحده ۴۷/۹٪ و در زنان برزیلی ۲۲/۴٪ گزارش شد (۴، ۵). همچنین در هند ۲۹/۱٪ و پاکستان ۲۳/۷٪ از زنان خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند (۶). در مطالعه‌ای دیگر شیوع خشونت در زنان خاور میانه ۲۵/۷٪ گزارش شد (۷). همچنین شیوع خشونت خانگی در جنوب شرقی ایران ۴۴٪ و در جنوب غربی ۵۴/۵٪ بدست آمد (۸، ۹).

اما تأثیر این پدیده تنها به فرد قربانی محدود نمی‌شود؛ بلکه فضای خشونت‌آمیز خانواده می‌تواند رشد جسمی و عاطفی کودکان را نیز به شدت تحت‌الشعاع خود قرار دهد. خشونت می‌تواند تأثیرات منفی گسترده‌ای بر سلامت زنان داشته باشد (۱۰). این پدیده نه تنها بر سلامت و رفاه زنان تأثیر می‌گذارد، بلکه پیامدهای عمیق و گسترده‌ای بر روی رشد و توسعه کودکان نیز به همراه دارد. کودکان، به عنوان آسیب‌پذیرترین گروه در برابر خشونت خانگی، تحت تأثیر مستقیم این پدیده قرار می‌گیرند. کودکانی که در محیط‌های تنش‌زا رشد می‌کنند و شاهد خشونت خانگی هستند، در معرض خطراتی مانند اختلالات اضطرابی، پرخاشگری و حتی چرخه‌ی انتقال خشونت به نسل بعدی قرار دارند (۱۲، ۱۱). در مقابل تحقیقات نشان می‌دهد که وجود یک محیط خانوادگی سالم و حمایتگر می‌تواند به رشد مثبت کودکان کمک کند (۱۳).

مطالعات نشان می‌دهند که قرارگرفتن در معرض خشونت، چه به صورت مستقیم (مانند کودک‌آزاری و خشونت علیه کودک) و چه غیرمستقیم (مانند مشاهده خشونت علیه مادر)، می‌تواند توانایی‌های شناختی و

آگاهانه کامل برای شرکت در پژوهش، ۲) داشتن همسر (۳) همراه داشتن فرزند ۴ تا ۶ ساله بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای برآورد ۰/۰۵ و فاصله اطمینان ۹۵٪، بر اساس مطالعه گوهری و همکاران (۸)، ۴۵۴ نفر تخمین زده شد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد؛ بدین ترتیب که شهر زاهدان به پنج منطقه جغرافیایی شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم شد و سپس لیست مراکز هر منطقه جمع‌آوری گردید. پس از آن، به صورت تصادفی ۵ مرکز از هر منطقه (در مجموع ۲۵ مرکز) انتخاب و از هر مرکز ۱۸ نمونه با روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه بخش اصلی جمع‌آوری شدند:

الف) اطلاعات دموگرافیک: از چک‌لیست محقق‌ساخته مبتنی بر ویژگی‌های سن، تحصیلات، شغل و تعداد فرزندان استفاده شد.

ب) پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی و همکاران (۲۰۱۳) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای سنجش خشونت خانگی به کار رفت. روایی و پایایی این پرسشنامه با نظر متخصصان و بررسی ۳۰ نمونه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تأیید شد. این پرسشنامه شامل ۶۱ گویه بود و نمره‌دهی آن در دو بخش انجام شد: بخش اول بر اساس طیف لیکرت از صفر تا چهار (از "هیچ وقت" تا "همیشه") و بخش دوم از صفر تا چهار (از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم") (۲۰).

ج) پرسشنامه به صورت مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل گردید. در مرحله بعد وزن کودک همراه به صورت حضوری و با کمک ترازو موجود در مرکز خدمات سنجیده شد و وضعیت رشد کودک مشخص گردید. در این بررسی داده‌های تن سنجی کودکان، با استانداردهای مرکز ملی آمار بهداشتی آمریکا (National Center for Health Statistics) (NCHS) که از طرف سازمان جهانی بهداشت به عنوان جامعه الگو پذیرفته شده است، مقایسه گردید.

خاص آن بر رشد کودکان در مناطق مرزی ایران با بافت فرهنگی-اجتماعی ویژه (مانند زاهدان) توجه کرده‌اند. این مطالعه با هدف پر کردن این شکاف دانشی، به بررسی ارتباط بین خشونت خانگی (با ۳ بعد روانی، جسمی و کلامی) و شاخص‌های رشد کودکان در مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت زاهدان می‌پردازد. نوآوری این پژوهش در بررسی همزمان متغیرهای واسطه‌ای کم‌مطالعه شده (مانند سابقه خشونت در کودکی والدین و مدت ازدواج) و ارائه داده‌های بومی برای طراحی مداخلات هدفمند در این منطقه است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنای علمی برای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و برنامه‌های حمایتی در مناطق با ویژگی‌های مشابه فراهم آورند.

شهر زاهدان به عنوان یکی از شهرهای شرق ایران، دارای زمینه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاصی است که هنگام پرداختن به خشونت خانگی و پیامدهای آن نیاز به توجه بیشتری دارد. با توجه به اینکه در این منطقه مطالعات جامع در این رابطه محدود است، بررسی خشونت خانگی علیه زنان و ارتباط آن با وضعیت رشد کودکان در این حوزه می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثر که این مسائل را کاهش دهد، کمک کند.

این مطالعه با هدف تأثیر خشونت خانگی علیه زنان بر وضعیت رشد کودکان در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان انجام شده است. یافته‌های این مطالعه بتواند به سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و حمایتی برای زنان و کودکان در معرض خشونت خانگی کمک کند.

روش کار

این پژوهش به روش مقطعی بر روی زنان به همراه کودکانشان که به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای مشارکت در مطالعه شامل: (۱) رضایت

نتایج

بر اساس نتایج بدست آمده مادران شرکت کننده در این مطالعه با میانگین سنی $31 \pm 6/2$ بودند. همچنین میانگین سنی پدران $35/6 \pm 7/1$ بدست آمد. شیوع خشونت خانگی در زنان 43% (۱۹۵ نفر) بود و ابعاد خشونت شامل خشونت روانی، جسمی و کلامی به ترتیب $23/78\%$ (۱۰۸ نفر)، $9/47\%$ (۴۳ نفر) و $9/69\%$ (۴۴ نفر) بود. نتایج این مطالعه شیوع وضعیت نامناسب رشد در کودکان $51/3\%$ (۲۳۳ نفر) نشان داد.

نتایج مندرج در جدول ۱ توزیع تعداد و درصد افراد نمونه را بر اساس چندین متغیر کلیدی نشان می‌دهد. در بخش سن، بیشترین افراد ($51/76\%$) در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال قرار دارند و کمترین درصد ($6/61\%$) مربوط به افراد بالای ۴۰ سال است. از نظر شغل، اکثریت نمونه‌ها ($88/77\%$) خانه‌دار هستند و فقط ($11/23\%$) شاغل‌اند. شغل همسر بیشتر به شغل آزاد ($80/62\%$) اختصاص دارد و بیکاری تنها ($7/05\%$) را شامل می‌شود. در تحصیلات همسران، بیشترین درصد متعلق به گروه زیر دیپلم ($46/92\%$) است و کمترین مربوط به تحصیلات دانشگاهی (13%) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی نمونه‌ها عمدتاً در سطح پایین ($57/7\%$) قرار دارد، و درصدهای متوسط و بالا به ترتیب $28/2\%$ و $14/1\%$ هستند.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد وضعیت رشد جسمی نامناسب در کودکان با متغیرهای وضعیت اقتصادی-اجتماعی، شغل پدر، سن و تحصیلات مادر ارتباط معنی داری دارد ($P < 0/05$). به طوری که رخداد وضعیت رشد نامناسب جسمی در کودکانی که پدرانشان بیکار بودند بیشتر از سایرین بود ($9/69 - 1/29 - 95\%$ فاصله اطمینان، $OR: 3/51$). همچنین شانس وضعیت رشد جسمی نامناسب در کودکانی با مادر زیر ۳۰ سال بیشتر از سایر گروه‌ها بود ($5/86 - 1/01 - 95\%$ فاصله اطمینان، $OR: 2/35$). علاوه بر این شانس وضعیت رشد جسمی نامناسب در کودکانی با

ارزیابی رشد کودکان: برای تحلیل رشد جسمانی، از نمودارهای منحنی رشد وزن برای سن ($Weight-for-Age$) استفاده شد. این نمودارها شامل چندین صدک (۳، ۵۰، ۹۷) هستند: صدک ۳: حد پایین رشد نرمال (کم‌وزنی)، صدک ۵۰: میانه رشد طبیعی، صدک ۹۷: حد بالای رشد نرمال (اضافه‌وزن) کودکانی که وزن آن‌ها زیر صدک ۳ یا بالای صدک ۹۷ قرار داشت، دارای رشد نامناسب در نظر گرفته شدند (۲۱). برای تعیین وضعیت رشد از شاخص وزن برای سن کودک ۴ تا ۶ سال رسم و بررسی شد، کودکانی که شاخص رشد در محدوده نرمال یعنی زیر صدک ۳ یا بالای صدک ۹۷ قرار گرفتند به عنوان رشد نامناسب وزن برای سن تلقی گردید و در غیر این صورت رشد مناسب در نظر گرفته شد.

سنجش وضعیت اقتصادی-اجتماعی: وضعیت اقتصادی-اجتماعی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PCA) و بر اساس متغیرهایی مانند: سطح تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر و دارایی‌های خانوار (مالکیت خانه، ماشین، یخچال و تلویزیون) به روش تجزیه مؤلفه‌های اصلی (PCA) تعیین شد و سپس افراد بر اساس صدک‌های ۳۳ و ۶۶ در گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین، متوسط و بالا قرار گرفتند.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Stata14 استفاده شد. در تحلیل داده‌های آمار توصیفی، داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار (برای کمی) و فراوانی و درصد (برای کیفی) گزارش شد.

در آمار تحلیلی برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای-دو (χ^2) یا فیشر استفاده شد. برای تحلیل همزمان تأثیر چند متغیر (مانند خشونت خانگی و وضعیت اقتصادی) بر رشد کودک، از رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد. سطح معناداری $0/05 < P$ در نظر گرفته شد.

رشد نامناسب در کودکان با مادران دارای مواجهه خشونت خانگی (۱/۰۹-۲/۸۰) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۱/۴۸). برابر سایرین بود. همچنین رخداد وضعیت رشد نامناسب در کودکانی با پدران دارای سابقه خشونت در کودکی (۱/۰۱-۲/۵۶) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۱/۲۹). گزارش شد. در حالی که شانس رخداد وضعیت رشد نامناسب در کودکانی با والدین که سال‌های گذشته از ازدواج آنان کمتر از ۶ سال بود، (۰/۹۳-۰/۰۲) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۰/۵۵). گزارش شد.

بحث

خشونت خانگی یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی در اغلب کشورهای جهان شناخته می‌شود. تحقیقات اخیر در زمینه خشونت خانگی و تأثیرات آن بر رشد کودکان، به ویژه در جوامع در حال توسعه، اهمیت ویژه‌ای یافته است. مطالعه حاضر به بررسی شیوع مواجهه با خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر زاهدان و ارتباط آن با وضعیت رشد جسمی در کودکان زیر ۶ سال پرداخته است.

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع خشونت خانگی در زنان ۴۳٪ بود که با وضعیت رشد نامناسب جسمی در کودکان ارتباط معنی داری نشان داد. این نشان می‌دهد که خشونت خانگی یک معضل اجتماعی گسترده و رو به افزایش است و با نتایج سایر همکاران سایر مطالعات در ایران و دیگر کشورها همراستاست. Kisa و همکاران در مطالعه خود شیوع خشونت خانگی در اردن را ۵۰٪ و یمن ۵۴٪ گزارش دادند و دلیل احتمالی آن وجود سنت و هنجار جنسیتی که از ضرب و شتم همسر در منطقه مورد مطالعه حمایت می‌کند (۲۲). مطالعه صابر و همکاران در شهر بجنورد در زنان که توسط همسر مورد خشونت قرار گرفته بودند، شیوع خشونت خانگی ۶۴٪ بود که شیوع متفاوت و بالاتری ثبت کرد (۲۳).

مادر بی سواد (۰/۱۶-۰/۸۰) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۰/۳۶). بود. در این مطالعه در خانواده با سطح وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین شانس وضعیت رشد جسمی نامناسب در کودکان بیشتر از سایر گروه‌ها نشان داد (۱/۰۸-۳/۵۸) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۱/۹۶).

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد وضعیت رشد نامناسب جسمی کودکان با متغیرهای مواجهه با خشونت خانگی مادر، تعداد فرزندان خانواده، سابقه خشونت در کودکی والدین و سال‌های گذشته از ازدواج والدین ارتباط معنی داری دارند ($P < 0/05$). به طوری که شانس مواجهه با وضعیت رشد نامناسب در کودکانی با مادر دارای مواجهه با خشونت خانگی (۳-۱/۳۹) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۲/۰۶). و در کودکانی با خانواده تک‌فرزند (۶/۸۶-۲/۴۷) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۳/۱۳). بود. همچنین شانس رخداد وضعیت رشد جسمی نامناسب در کودکانی با مادر دارای سابقه خشونت (۶/۷۰-۲/۳۹) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۳/۹۷). بود در حالی که شانس رخداد وضعیت رشد نامناسب در کودکانی با پدر دارای سابقه خشونت در کودکی نیز (۹/۲۵-۲/۳۰) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۴/۴۸). گزارش شد. علاوه بر این شانس رخداد وضعیت رشد نامناسب در کودکانی با والدین که سال‌های گذشته از ازدواج کمتر شش سال بود، (۳/۱۵-۱/۲۸) ۹۵٪ فاصله اطمینان (OR: ۲). بیشتر از سایرین گزارش شد. برای مدل سازی و تحلیل در مدل رگرسیون لجستیک چند گانه، از روش روش Forward: LR استفاده شد.

به طول کلی نتایج جدول ۴ نشان داد در تحلیل چند متغیره متغیرهای سال‌های گذشته از ازدواج والدین، مواجهه با خشونت خانگی در مادران، مواجهه با خشونت در کودکی پدر در مدل نهایی باقی ماندند و ارتباط معنی داری با وضعیت رشد نامناسب در کودکان نشان دادند. به طوری که شانس مواجهه با وضعیت

تأثیر بگذارد. همسو با این نتایج در مطالعات Whitten و همچنین Leppakoski نشان دادند که والدینی که در کودکی قربانی خشونت بوده‌اند، با احتمال بیشتری کودکان دچار اختلالات رشد (کم‌وزنی یا تأخیر رشدی) دارند. این پژوهشگران اشاره کردند که خشونت دوران کودکی والدین می‌تواند منجر به افزایش سطح اضطراب و افسردگی در آن‌ها شود و در نتیجه، مراقبت‌های تغذیه‌ای و عاطفی کافی را برای کودکان خود فراهم نکنند (۲۷، ۲۸).

در این مطالعه وضعیت رشد نامناسب در کودکان با مادرانی که سن کمتر ۳۰ سال دارند و همچنین خانه دار بودند بیشتر از سایر گروه‌های کودکان است ($P < 0/05$). این یافته می‌تواند ناشی از عوامل چندگانه‌ای باشد از جمله: محدودیت‌های اقتصادی (درآمد کمتر خانواده‌های جوان)، کمبود تجربه والدینی در مراقبت از کودک و یا دسترسی محدودتر به منابع آموزشی در مورد تغذیه کودک باشد. همسو با این نتایج در مطالعه Wake نشان داد که مادران زیر ۳۰ سال خانه‌دار با خطر بالاتر خشونت خانگی و تأثیرات منفی بر رشد کودکان مواجه هستند. این پژوهشگران اشاره کردند که انزوای اجتماعی، وابستگی اقتصادی به همسر و فشارهای نقش مادری می‌تواند از عوامل مؤثر در این ارتباط باشد. این ارتباط در مطالعه حاضر مشاهده نشد. این تفاوت ممکن است ناشی از ویژگی‌های جمعیتی متفاوت باشد و جامعه مورد مطالعه ما از نظر سطح اقتصادی-اجتماعی با مطالعه ویک تفاوت داشت و یا معیارهای مختلف سنجش اعتیاد: در مطالعه ما تنها اعتیاد شدید مورد بررسی قرار گرفت (۲۹).

همچنین در مطالعه حاضر شانس وضعیت رشد نامناسب در کودکان با والدینی که کمتر از ۶ سال از ازدواجشان گذشته است بیشتر است ($P < 0/001$) که می‌تواند ناشی از عدم ثبات اقتصادی و اجتماعی در سال‌های اولیه ازدواج و کم‌تجربگی والدین در مراقبت از کودک باشد. احمدآبادی و همکاران خلاف این یافته را

در مطالعه گوهری و همکاران همسو با نتایج ما بود. در این مطالعه که بروی ۱۰۰۰ نفر از زنان کرمان انجام شد. شیوع کلی خشونت خانگی ۴۴٪ مشخص شد که با توجه به بزرگ تر بودن حجم نمونه شیوع خشونت خانگی بیشتر از مطالعه ما برآورد شد (۸).

در نتایج بدست آمده از وضعیت رشد کودکان که شاخص رشد در محدوده غیر نرمال یعنی زیر صدک ۳ یا بالای صدک ۹۷ قرار گرفتند به عنوان رشد نامناسب وزن برای سن در نظر گرفته شد. شیوع نامناسب وضعیت رشد کودک ۵۱/۳٪ برآورد شد. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات در ایران و دیگر کشورها هم‌راستا است چنانچه در مطالعه Hidalgo-Mendez و همکاران شیوع وضعیت وزنی نامناسب در کودکان را ۵۳/۲۵٪ گزارش کردند (۲۴). اما در مطالعه علیجانزاده و همکاران در قزوین شیوع وضعیت وزنی نامناسب کودکان ۱۳/۵۶٪ گزارش دادند (۲۵).

در مطالعه ما خشونت خانگی با وضعیت رشد جسمی کودکان ارتباط معناداری داشت، به طوری که شیوع وضعیت رشد نامناسب در کودکانی که شاهد خشونت علیه مادر خود بودند بطور معنی داری ۲/۰۶ بار نسبت به دیگر کودکان بود ($OR: 2/06$). هم راستا با این نتایج مطالعه ای دیگر که مواجهه با خشونت خانگی در زنان سبب کم وزنی کودکان آن‌ها می‌شود (۱۲). در مطالعه دادرس و همکاران نیز این یافته تایید شد که خشونت خانگی علیه مادر با کم وزنی کودک ارتباط داد ($P < 0/05$) (۲۶).

در مطالعه حاضر متغیر سابقه مواجهه با خشونت در کودکی والدین با وضعیت رشد نامناسب در کودکان ارتباط دارد.

این یافته نشان می‌دهد که تجربه خشونت در دوران کودکی والدین می‌تواند تأثیرات بین‌نسلی داشته باشد و از طریق مکانیسم‌های روانی-اجتماعی (مانند استرس والدینی، الگوهای تربیتی نامناسب) بر رشد فرزندان

(۳۱). در مطالعه حاضر شانس وضعیت رشد نامناسب در کودکان با پدر بیکار، در خانواده با تعداد فرزند کمتر، که کمتر از ۶ سال از ازدواجشان گذشته است بیشتر است. که در مطالعه استارتن و همکاران خلاف این یافته‌ها وضعیت رشد نامناسب در کودکان زوج‌های با ازدواج بیشتر ۶ سال گذشته از آن و تعداد فرزندان زیاد بیشتر بود (۳۲).

در نتایج مطالعه وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده به همراه تحصیلات دانشگاهی مادر با وضعیت رشد کودک ارتباط معناداری داشت ($P < 0/05$). فقر و وضعیت معیشتی خانواده می‌توانند به تشدید تنش‌ها و خشونت‌ها در خانواده‌ها منجر شوند. تشدید خشونت با وضعیت رشد کودک ارتباط دارد ($P < 0/05$). بنابراین، بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها می‌تواند به کاهش خشونت خانگی و در نتیجه بهبود وضعیت رشد کودکان کمک کند. همراستا با این نتیجه در مطالعه وانگ و همکاران نیز تحصیلات بالاتر مادر به همراه وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده با خشونت خانگی و تشدید وضعیت رشد کودکان تایید شد (۳۳). در مطالعه سعیدی و همکاران نیز بیکاری و کاهش درآمد همسر و مستاجر بودن خانواده رابطه معناداری با خشونت بیشتر علیه زنان داشت (۳۴). علاوه بر این در مطالعه کوهورت هلاکویی و همکاران که در حاشیه شهر بندرعباس انجام شد، داده‌ها نشان داد کودکانی که در خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایینی متولد شده‌اند شانس اختلال رشد بیشتر از سایر کودکان بود ($P < 0/05$) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۵).

از نقاط قوت مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات با حجم نمونه بالا در مورد شیوع خشونت خانگی و ارتباط آن با وضعیت رشد کودکان در شهر زاهدان می‌باشد که خود می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت برنامه‌ریزی، غربالگری، و ارجاع زنان و کودکان در معرض خطر فراهم نماید.

بدست آوردند و ارتباط معناداری بین مدت ازدواج و وضعیت رشد کودک گزارش نکرده‌اند ($P < 0/70$). جامعه مورد مطالعه احمدآبادی عمدتاً از زوج‌های مسن‌تر (میانگین سن ازدواج بالاتر) تشکیل شده بود. تفاوت در توزیع سنی جمعیت مورد مطالعه می‌تواند علت اختلاف نتایج باشد (۳۰). در نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر متغیرهای دموگرافیک زن و شغل همسرش با وضعیت رشد کودک ارتباط معناداری دارد ($P < 0/001$). هم‌راستا با این نتایج، Lye و همکاران با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی شریک زندگی و تأثیر آن بر رشد و تکامل فرزندان‌شان انجام دادند. در این مطالعه ۵۹۶ نفر از مادران به همراه کودک مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر گنبد کاووس با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد. در این مطالعه سوالات مربوط به وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ویژگی‌های جمعیت شناختی و آنتروپومتریک شاخص توده بدن (BMI) Body Mass Index اندازه‌گیری شد. اکثر کودکان (۹۱/۷٪) دارای وزن نرمال بودند در حالی که بقیه اضافه وزن یا چاق بودند و مشکلات رشدی گزارش شد. در حالی که نوع شغل پدر مربوط به تأخیر در رشد کودک بود. و تفاوت معنی‌داری بین، وزن کودک و ناتوانی‌های رشدی وجود نداشت. که با نتایج مطالعه حاضر در مغایرت بود (۱۸). همچنین در نتایج حاضر، جوان بودن سن والدین (زیر ۳۰ سال) با افزایش معنادار شانس بروز وضعیت رشد نامناسب در کودکان همراه بود ($P < 0/001$) اما Sunday و همکاران در مطالعه خود گزارش دادند که هر چه سن والدین بیشتر باشد شانس داشتن وضعیت مناسب رشد در کودکان زیر ۶ سال بیشتر است. این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت در بافت اجتماعی-اقتصادی باشد و جامعه مورد مطالعه Sunday عمدتاً از خانواده‌های مرفه با دسترسی بهتر به مراقبت‌های بهداشتی تشکیل شده بود و نیز تفاوت در تعریف متغیرها، در مطالعه مذکور سن والدین به صورت پیوسته تحلیل شده بود

۷. استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) برای تحلیل جامع‌تر

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین خشونت خانگی علیه زنان و اختلال در رشد کودکان در شهر زاهدان است. یافته‌ها بر ضرورت اتخاذ سیاست‌های سلامت محور چندسطحی تأکید دارند. در سطح نظام سلامت، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های غربالگری منظم خشونت خانگی در مراکز بهداشتی ادغام شود و کارکنان بهداشتی برای شناسایی و ارجاع موارد آموزش ببینند. در سطح مداخلات تخصصی، ایجاد کلینیک‌های حمایتی چندمنظوره برای ارائه خدمات روان‌اجتماعی به زنان و کودکان آسیب‌دیده ضروری است. در سطح اجتماعی، اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخشی و برنامه‌های آموزشی در مدارس و محلات می‌تواند در پیشگیری از خشونت مؤثر باشد. همچنین، طراحی بسته‌های حمایتی اقتصادی برای خانواده‌های در معرض خطر و ایجاد فرصت‌های شغلی برای زنان قربانی باید در دستور کار سیاست‌گذاران قرار گیرد. این رویکرد یکپارچه با مشارکت وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و نهادهای محلی می‌تواند به کاهش پیامدهای منفی خشونت خانگی بر سلامت زنان و رشد کودکان منجر شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد که در قالب طرح تحقیقاتی با شماره ۱۱۲۹۱ و کد اخلاق IR.ZAUMC.REC.1403.087 انجام شد. نویسندگان مقاله سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و تمامی افرادی که در پیشبرد این پژوهش، یاری رساندند اعلام می‌دارند. مشارکت نویسندگان: تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش بخش‌های مختلف پژوهش مشارکت نموده‌اند.

این مطالعه با چند محدودیت مهم روبرو بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد: نخست آنکه نمونه‌گیری تنها از مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت انجام شد که ممکن است نماینده کامل جامعه زنان زاهدان نباشد. دوم، با وجود حجم نمونه مناسب، امکان سوگیری گزارش‌دهی به دلیل ماهیت حساس موضوع خشونت خانگی وجود داشت، چرا که برخی زنان ممکن است به دلایل فرهنگی یا ترس از عواقب، موارد خشونت را کمتر از واقع گزارش کرده باشند. سوم، ارزیابی رشد کودکان تنها بر اساس شاخص وزن برای سن انجام شد و سایر ابعاد رشد مورد بررسی قرار نگرفت. چهارم، این مطالعه مقطعی بوده و توانایی استنباط روابط علی را محدود می‌سازد. پنجم، یافته‌های این پژوهش با توجه به ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی خاص منطقه زاهدان به دست آمده و تعمیم آن به سایر مناطق ایران نیازمند مطالعات بیشتر است. با این وجود، حجم نمونه مناسب و روش‌شناسی دقیق تا حدی این محدودیت‌ها را جبران نموده است. انجام مطالعات طولی آینده‌نگر با استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) می‌تواند به درک جامع‌تری از این موضوع کمک کند. پیشنهادات برای تحقیقات آینده:

۱. انجام مطالعات طولی برای بررسی اثرات بلندمدت خشونت خانگی بر رشد کودکان
۲. ارزیابی سایر ابعاد رشد کودک (شناختی، حرکتی، عاطفی-اجتماعی)
۳. انجام پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر عوامل فرهنگی-اجتماعی مؤثر
۴. طراحی و ارزیابی برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر
۵. اجرای مطالعات چندمرکزی با توجه به تنوع فرهنگی مناطق مختلف
۶. بررسی نقش متغیرهای واسطه‌ای مانند حمایت‌های اجتماعی و تاب‌آوری مادران

انگلیسی با استفاده از نرم‌افزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی استفاده شد.
تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع در مورد انتشار این مقاله وجود ندارد.

نکته: در فرآیند نگارش این مقاله، از ابزارهای هوش مصنوعی DeepSeek تنها به صورت محدود جهت ترجمه و بهینه‌سازی چکیده انگلیسی با کمک مدل‌های زبانی پیشرفته، بازبینی گرامر و ساختار جملات در متن

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در زنان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت زاهدان، ۱۴۰۳

متغیرها	طبقه	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۳۰	۲۳۵	۵۱/۷۶
	۳۰ تا ۴۰	۱۸۹	۴۱/۶۳
	بیشتر از ۴۰	۳۰	۶/۶۱
شغل	خانه دار	۴۰۳	۸۸/۷۷
	شاغل	۵۱	۱۱/۲۳
	بیسواد	۱۱۰	۲۴/۲۳
	زیر دیپلم	۲۰۰	۴۴/۰۵
تحصیلات	دیپلم	۹۷	۲۱/۳۷
	دانشگاهی	۴۷	۱۰/۳۵
	کمتر از ۳۰	۱۳۵	۲۹/۷۴
سن همسر	۳۰ تا ۴۰	۲۱۳	۴۶/۹۲
	بیشتر از ۴۰	۱۰۶	۲۳/۳۵
	بیکار	۳۲	۷/۰۵
شغل همسر	شغل آزاد	۳۶۶	۸۰/۶۲
	کارمند	۵۶	۱۲/۳۳
	بیسواد	۵۸	۱۲/۷۸
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۲۱۳	۴۶/۹۲
	دیپلم	۱۲۴	۲۷/۳۱
	دانشگاهی	۵۹	۱۳
وضعیت اقتصادی- اجتماعی	پایین	۲۶۲	۵۷/۷
	متوسط	۱۲۸	۲۸/۲
	بالا	۶۴	۱۴/۱

جدول ۲- نتایج تحلیل تک متغیره ارتباط وضعیت رشد نامناسب کودکان با متغیرهای دموگرافیک زنان، ۱۴۰۳

تک متغیره		وضعیت رشد نامناسب		متغیرهای دموگرافیک	
OR(%95CI)	P_value	ندارد (%)	دارد (%)		
۲/۳۵ (۱/۰۰۱ - ۵/۸۶)	۰/۰۰۰۱	۱۱۲ (۴۷/۶۵)	۱۲۳ (۵۲/۳۴)	زیر ۳۰ سال	سن مادر
۲/۲۴ (۰/۹۴ - ۵/۶۶)		۸۹ (۴۷/۰۸)	۱۰۰ (۵۲/۹۱)	۳۰ تا ۴۰	
۱		۲۰ (۶۶/۶۶)	۱۰ (۳۳/۳۳)	بالاتر از ۴۰ سال	
۰/۵۹ (۰/۳۰ - ۱/۱۱)	۰/۰۸	۲۰۲ (۵۰/۱۲)	۲۰۱ (۴۹/۸۸)	خانه دار	شغل مادر
۱		۱۹ (۳۷/۲۵)	۳۲ (۶۲/۷۵)	شاغل	
۰/۳۶ (۰/۱۶ - ۰/۸)	۰/۰۳۵	۵۹ (۵۳/۶۴)	۵۱ (۴۶/۳۶)	بی سواد	تحصیلات مادر
۰/۴۵ (۰/۲۱ - ۰/۹۳)		۹۷ (۴۸/۵)	۱۰۳ (۵۱/۵)	زیر دیپلم	
۰/۳۸ (۰/۱۶ - ۰/۸۴)		۵۱ (۵۲/۵۸)	۴۶ (۴۷/۴۲)	دیپلم	
۱		۱۴ (۲۹/۷۹)	۳۳ (۷۰/۲۱)	دانشگاهی	
۰/۳۵ (۰/۲۱ - ۰/۶)	۰/۱۳	۸۶ (۶۳/۷۰)	۴۹ (۳۶/۳۰)	زیر ۳۰ سال	سن پدر
۰/۷۵ (۰/۴۷ - ۱/۲۲)		۸۱ (۴۵/۲۵)	۹۸ (۵۴/۷۵)	۳۰ تا ۴۰	
۱		۵۴ (۳۸/۵۷)	۸۶ (۶۱/۴۳)	بالاتر از ۴۰ سال	
۳/۵۱ (۱/۲۹ - ۹/۶۹)	۰/۰۰۲	۱۲ (۳۷/۵)	۲۰ (۳۲/۵)	بیکار	شغل پدر
۲/۴ (۱/۲۸ - ۴/۶۴)		۱۷۱ (۴۶/۷۲)	۱۹۵ (۵۳/۲۷)	آزاد	
۱		۳۸ (۶۷/۸۵)	۱۸ (۳۲/۱۴)	کارمند	
۱/۲۷ (۰/۵۷ - ۲/۸۱)	۰/۳۳	۲۵ (۴۳/۱)	۳۳ (۵۶/۸۹)	بی سواد	تحصیلات پدر
۰/۸۸ (۰/۴۷ - ۱/۶۴)		۱۱۱ (۵۲/۱۱)	۱۰۲ (۴۷/۸۸)	زیر دیپلم	
۱/۱۷ (۰/۶ - ۲/۲۸)		۵۶ (۴۵/۱۶)	۶۸ (۵۴/۸۳)	دیپلم	
۱		۲۹ (۴۹/۱۵)	۳۰ (۵۰/۸۴)	دانشگاهی	
۱/۹۶ (۱/۰۸ - ۳/۵۸)	۰/۰۴	۱۱۶ (۴۴/۲۷)	۱۴۶ (۵۵/۷۳)	پایین	وضعیت اقتصادی - اجتماعی
۱/۴۶ (۱/۰۹ - ۲/۸۳)		۶۶ (۵۱/۵۶)	۶۲ (۴۸/۴۴)	متوسط	
۱		۳۹ (۶۰/۹۴)	۲۵ (۳۹/۰۶)	بالا	

جدول ۳- نتایج تحلیل تک متغیره ارتباط وضعیت رشد نامناسب کودکان با متغیرهای مرتبط با ازدواج و رفتارهای پر خطر در زنان، ۱۴۰۳

متغیرهای مرتبط با ازدواج	وضعیت رشد نامناسب		تک متغیره
	دارد (%)	ندارد (%)	
سن ازدواج مادر	زیر ۲۰ سال	۱۶۱ (۴۸/۹۴)	۰/۰۹۸
	بالا ۲۰ سال	۷۲ (۵۷/۶)	۱
سال های گذشته از ازدواج والدین	زیر ۶ سال	۷۸ (۶۳/۴۱)	<۰/۰۰۱
	بالای ۶ سال	۱۵۵ (۴۶/۸۲)	۱
اختلاف سنی والدین	کوچکتر	۲۰۹ (۵۱/۱)	۰/۹۱
	همسن	۱۷ (۵۴/۸۴)	۱/۰۴ (۰/۳ - ۳/۵۵)
	بزرگتر	۷ (۵۰)	۱/۲۱ (۰/۲۸ - ۵/۱۶)
	یک	۳۰ (۶۸/۱۸)	۱
تعداد فرزندان	دو	۵۳ (۵۲/۴۷)	۰/۰۰۱
	سه	۸۱ (۵۸/۲۷)	۱/۶۱ (۱/۴۳ - ۲/۷۳)
	چهار یا بیشتر	۶۹ (۴۰/۵۸)	۲/۰۴ (۱/۲۶ - ۳/۳)
	دارد	۴۸ (۵۱/۶۱)	۱/۰۱ (۰/۶۲ - ۱/۶۴)
اعتیاد مادر	ندارد	۱۸۵ (۵۱/۲۵)	۱
	دارد	۶۷ (۵۰/۳۸)	۰/۹۴ (۰/۶۱ - ۱/۴۴)
اعتیاد پدر	ندارد	۱۶۶ (۵۱/۷۱)	۰/۷۹
	دارد	۸۳ (۷۵/۴۵)	۳/۹۷ (۲/۳۹ - ۶/۷)
سابقه خشونت در کودکی مادر	ندارد	۱۵۰ (۴۳/۶)	۱
	دارد	۵۱ (۷۹/۶۸)	۴/۴۸ (۲/۳ - ۹/۲۵)
سابقه خشونت در کودکی پدر	ندارد	۱۸۲ (۵۴/۶۲)	۰/۰۰۰۵
	دارد	۲۰۲ (۴۵/۳۸)	۱
چند همسری مرد	ندارد	۱۳ (۴۰/۶۳)	۰/۲
	دارد	۲۲۰ (۵۲/۱۳)	۱/۵۹ (۰/۷۲ - ۳/۶)
مواجهه با خشونت خانگی	دارد	۱۲۰ (۶۱/۵۳)	۲/۰۶ (۱/۳۹ - ۳)
	ندارد	۱۱۳ (۴۳/۶۲)	۱

جدول ۴- نتایج تحلیل چند متغیره و ضرایب مربوط با آن در بررسی ارتباط متغیر های مستقل با وضعیت رشد نامناسب در کودکان همراه زنان مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان، ۱۴۰۳

OR(%95CI)	P_value	S.E	β	متغیر های مستقل	
۰/۵۵ (۰/۰۲-۰/۹۳)	۰/۰۲	۰/۲۶	-۰/۵۸	کمتر از ۶ سال	سال های گذشته از ازدواج والدین
			۱	بالای ۶ سال	
۱/ ۲۹ (۱/۰۱-۲/۵۶)	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۱۶	دارد	سابقه خشونت در کودکی پدر
			۱	ندارد	
۱/۴۸ (۱/۰۹-۲/۸)	۰/۰۱۴	۰/۲۴	۰/۶	دارد	مواجهه با خشونت خانگی مادر
			۱	ندارد	

References

- Sapkota BD, Simkhada P, Newton D, Parker S. Domestic Violence Against Women in Nepal: A Systematic Review of Risk Factors. *Trauma, violence and abuse*. 2024; 25(4):2703-20.
- White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence and abuse*. 2024; 25(1):494-511.
- Tsegay SM, Tecleberhan S. Violence Against Women: Experiences of Eritrean Refugee Women in Britain. *Violence against women*. 2025; 31(3-4):892-915.
- Singh JK, Duncan TK. Examining the Domestic Violence Crisis in Ventura County in the Wake of the COVID-19 Pandemic. *The American surgeon*. 2023; 89(11):4353-9.
- Nakamura IB, Silva MT, Garcia LP, Galvao TF. Prevalence of Physical Violence Against Brazilian Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence and abuse*. 2023; 24(2):329-39.
- Vyas S, Jansen H, Gardner J, Tuladhar S, Hammond K, Diemer K. An analysis of changes in the prevalence and patterns of intimate partner violence against women in seven Asian countries. *BMC women's health*. 2023; 23(1):399.
- Moshtagh M, Amiri R, Sharafi S, Arab-Zozani M. Intimate Partner Violence in the Middle East Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence and abuse*. 2023; 24(2):613-31.
- Ahmadi Gohari M, Baneshi MR, Zolala F, Garrusi B, Salarpour E, Samari M. Prevalence of Domestic Violence against Women and Its Visibility in Southeast Iran. *Iran J Public Health*. 2023; 52(3):646-54.
- Moazen B, Salehi A, Soroush M, Molavi Vardanjani H, Zarrinhighighi A. Domestic violence against women in Shiraz, South-western Iran. *Journal of injury and violence research*. 2019; 11(2):243-54.
- Fomenko E, De Schrijver L, Vandeviver C, Keygnaert I. Locked up at home: a cross-sectional study into the effects of COVID-19 lockdowns on domestic violence in households with children in Belgium. *BMC public health*. 2022; 22(1):1719.
- Díaz-Faes DA, Widom CS. From childhood maltreatment to intimate partner violence perpetration: A

- prospective longitudinal examination of the roles of executive functioning and self-esteem. *Journal of psychiatric research*. 2024; 173:271-80.
12. Do HP, Baker PRA, Van Vo T, Murray A, Murray L, Valdebenito S, et al. Intergenerational effects of violence on women's perinatal wellbeing and infant health outcomes: evidence from a birth cohort study in Central Vietnam. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021; 21(1):648.
 13. De Waal N, Boekhorst M, Nyklíček I, Pop VJM. Maternal-infant bonding and partner support during pregnancy and postpartum: Associations with early child social-emotional development. *Infant behavior and development*. 2023; 72:101871.
 14. Savopoulos P, Bryant C, Fogarty A, Conway LJ, Fitzpatrick KM, Condrón P, et al. Intimate Partner Violence and Child and Adolescent Cognitive Development: A Systematic Review. *Trauma, violence and abuse*. 2023; 24(3):1882-907.
 15. Barnett W, Nhapi R, Zar HJ, Halligan SL, Pellowski J, Donald KA, et al. Intimate partner violence and growth outcomes through infancy: A longitudinal investigation of multiple mediators in a South African birth cohort. *Maternal and child nutrition*. 2022;18(1):e13281.
 16. Issah AN, Yeboah D, Kpordoxah MR, Boah M, Mahama AB. Association between exposure to intimate partner violence and the nutritional status of women and children in Nigeria. *PloS one*. 2022;17(5):e0268462.
 17. Nation A, Pacella R, Monks C, Mathews B, Meinck F. Prevalence of violence against children in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse and neglect*. 2023;146:106518.
 18. Lye MS, Zarghami M, Charati JY, Abdollahi F. Impact of Intimate Partner Violence on Iranian Children's Growth and Development: A Descriptive-analytical Study. *Oman medical journal*. 2023;38(1):e464.
 19. Niu L, Li Y, Bai R, Pagán JA, Zhang D, Diaz A. Global prevalence of violence against children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *Child abuse and neglect*. 2024;154:106873.
 20. Mohseni Tabrizi A, Kaldi A, Javadianzadeh M. The Study of Domestic Violence in Married Women Admitted to Yazd Legal Medicine Organization and Welfare Organization. *Tolooebehdasht*. 2013;11(3):11-24.
 21. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm—issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(7):731-7.
 22. Kisa S, Gungor R, Kisa A. Domestic Violence Against Women in North African and Middle Eastern Countries: A Scoping Review. *Trauma, violence and abuse*. 2023;24(2):549-75.
 23. Saber A, Omidi M, Eidy F, Mehrabi Bardar M, Panahi R, Moghadasi Z, et al. Factors Affecting the Severity of Domestic Violence against Pregnant Women: A Cross-Sectional Study in Northeastern Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2024;20(2):95-105.
 24. Hidalgo-Mendez J, Power TG, Fisher JO, O'Connor TM, Hughes SO. Child weight status and accuracy of perceived child weight status as predictors of Latina mothers' feeding practices and styles. *Appetite*. 2019;142:104387.
 25. Alijanzadeh M, RajabiMajd N, RezaeiNiaraki M, Griffiths MD, Alimoradi Z. Prevalence and socio-economic determinants of growth and

- developmental delays among Iranian children aged under five years: A cross sectional study. *BMC pediatrics*. 2024;24(1):412.
26. Dadras O, Hazratzai M, Dadras F. Intimate Partner Violence and Children Under 5 Morbidities and Mortality in Afghanistan: Findings From a National Survey. *Journal of interpersonal violence*. 2023;38(17-18):10105-26.
27. Whitten T, Tzoumakis S, Green MJ, Dean K. Global Prevalence of Childhood Exposure to Physical Violence within Domestic and Family Relationships in the General Population: A Systematic Review and Proportional Meta-Analysis. *Trauma, violence and abuse*. 2024;25(2):1411-30.
28. Leppäkoski T, Vuorenmaa M, Paavilainen E. Combinations of Parent-Related Risk Factors Explaining Family Violence Toward Children and Spouse. *Journal of interpersonal violence*. 2024;39(7-8):1421-47.
29. Wake AD, Kandula UR. The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during COVID-19 pandemic-"The shadow pandemic": A review of cross-sectional studies. *Women's health (London, England)*. 2022;18:17455057221095536.
30. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Abajobir AA. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child abuse and neglect*. 2018;82:23-33.
31. Sunday FX, Ilinde DN, Izabayo Rudatinya P, Kwizera P, Kanimba P, Rutayisire R, et al. Factors affecting nutritional status among children aged below five years in Rwanda's Western and Southern Provinces. *BMC public health*. 2024;24(1):2053.
32. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2020;146(4).
33. Wang Q, Liu X. Child abuse and non-suicidal self-injury among Chinese migrant adolescents: the moderating roles of beliefs about adversity and family socioeconomic status. *Journal of interpersonal violence*. 2023;38(3-4):3165-90.
34. Saeedi M, Taleb S. Evaluation of Domestic Violence Against Women and its Effective Factors During the COVID-19 Pandemic. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2024;19(4):267-79.
35. Holakouie-Naieni K, Mansournia MA, Nematollahi S, Nomali M, Haresabadi M, Mohammadi MI, et al. Risk Factors for Growth Failure of One-Year Old Children in the Suburbs of Bandar Abbas City: A Population-Based Prospective Cohort Study in the South of Iran, Conducted by Bandar Abbas Health Research Station. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;19(3):259-74.

The Impact of Domestic Violence against Women on Child Growth Status among Attendees of Comprehensive Health Service Centers in Zahedan

Fatemeh Limoparvar¹, Hossein Ansari*², Majid Sartipi³, Zahra Arab Borzu⁴

1-MS.c. Student, Research and Technology Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2- Ph.D. Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3- Ph.D. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Infectious Diseases and Tropical Medicine Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

4- Ph.D. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*Corresponding Author: ansarih@gmail.com

Received: May 8, 2025

Accepted: Jun 21, 2025

ABSTRACT:

Background and Aim: Domestic violence is a major social harm against women, with serious negative effects on the health and well-being of both mothers and children. This study aimed to determine the prevalence of domestic violence among women attending comprehensive health service centers in Zahedan and to examine its relationship with the developmental status of their children.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2024 on 454 women who visited comprehensive health service centers in Zahedan with their children. Participants were selected through a multi-stage sampling method. Data were collected using the standardized Domestic Violence against Women questionnaire developed by Mohseni Tabrizi. Statistical analyses were performed using chi-square tests and logistic regression in Stata 14 software.

Results: The overall prevalence of exposure to domestic violence among women was 43%. Domestic violence showed a significant association with poor child development (CI: 1.39–3.00, OR: 2.06). Logistic regression analysis indicated that maternal exposure to domestic violence, along with factors such as parental history of childhood violence, paternal addiction, and maternal age, were significantly related to behavioral disorders in children ($p \leq 0.05$).

Conclusion: The findings highlight the crucial impact of domestic violence on women's well-being and the developmental outcomes of their children. These results can assist policymakers and social planners in designing effective strategies to reduce domestic violence and promote healthy child development.

Keywords: Domestic Violence, Child Development, Women, Children

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.