

بررسی خصوصیات جمعیت شناختی خانمهای مواجه شده با خشونت خانگی طی بارداری

راضیه باقرزاده*، طاهره کشاورز**، دکتر فرخنده شریف***، دکتر صدیقه دهباشی****، حمیدرضا طباطبایی*****
محبوبه حمیدی*****

دریافت: ۸۷/۴/۹، پذیرش: ۸۸/۳/۹

چکیده:

مقدمه و هدف: زنان در تمام سنین در معرض خشونت هستند اما اوج آن در سالهای تولید مثل است. مطالعه حاضر به منظور بررسی عوامل دموگرافیک مرتبط با خشونت خانگی طی بارداری انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است واحد های مورد پژوهش را ۴۰۰ نفر از زنان زایمان نموده بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستانهای زینبیه و حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز که به طور تصادفی ساده انتخاب شده بودند تشکیل می دادند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. پرسشنامه ها از طریق مصاحبه و همچنین با مراجعه به پرونده واحدهای پژوهش و نوزادان آنها تکمیل گردید.

نتایج: یافته های پژوهش نشان می دهند که بین خشونت روانی و فیزیکی با بیکار بودن شوهران واحدهای پژوهش، مصرف دخانیات توسط واحدهای پژوهش، مصرف دخانیات، الکل مواد مخدر و داروهای اعصاب توسط همسران واحدهای پژوهش و سابقه ازدواج متعدد در همسران واحدهای پژوهش ارتباط وجود دارد. بین خشونت اجتماعی با سطح تحصیلی پایین و مصرف واحدهای پژوهش ارتباط وجود دارد. خشونت اقتصادی با بیکار بودن، مصرف مواد مخدر و الکل توسط همسران واحدهای پژوهش در ارتباط بود. خشونت جنسی با سطح تحصیلی بالاتر در واحدهای پژوهش و مصرف داروهای اعصاب توسط همسران واحدهای پژوهش در ارتباط بود.

نتیجه نهایی: شناخت عوامل دموگرافیک مرتبط با خشونت خانگی طی بارداری می تواند به کشف این خشونتها و برنامه ریزی جهت برخورد با این مشکل کمک کننده باشد. مطالعات وسیعتر جهت شناخت عوامل مرتبط با خشونت در بارداری و عوارض ناشی از آن ضروری است.

کلید واژه ها: خشونت خانگی / خشونت روانی / خشونت فیزیکی / سوء رفتار

مقدمه:

نتوانند از زندگی و زنانگی خود لذت ببرند در چنین

صورتی دست یافتن به جامعه سالم و سعادت مند میسر نخواهد بود (۱).

جامعه سالم به افراد، والدین و زندگی خانوادگی سالم

نیازمند است. چنانچه زنان که از ارکان خانواده هستند

* مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (Raziehbagherzadeh@yahoo.com)

** عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

*** استادیار گروه روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**** استادیار گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

***** عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز

***** کارشناس مامایی مرکز درمانی بنت الهدی بوشهر

۶۶/۵ درصد موارد خشونت توسط شوهر اعمال گردیده بود. زنانی که سوء رفتار را ذکر می نمودند، از زندگی زناشویی و رابطه جنسی خود رضایت کمتری داشتند. همچنین آنها دارای فرزندان بیشتری بودند (۶).

اکمبو و همکاران طی تحقیقی که در نیجریه انجام شد نشان دادند که ۷۸ درصد از زنان مورد ضرب و شتم قرار گرفته بودند. ۵۸/۹ درصد طی حاملگی مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. ۲۱/۳ درصد نزدیکی جنسی خشن را تجربه کرده بودند (۷).

کاوینگتون و همکاران طی مطالعه ای نشان دادند که خشونت در نوجوانان و در قشر کم درآمد بیشتر دیده می شود. در این مطالعه خشونت در نوجوانان ۱۳ تا ۲۲ درصد و در بالغین ۹ تا ۱۴ درصد گزارش گردید (۸).

نصیر و همکاران میزان سوء رفتار طی بارداری را در کشورهای در حال توسعه ۴ تا ۲۹ درصد ذکر نمودند (۹). در بررسی که توسط زنگنه در سال ۱۳۸۰ در ایران روی ساکنان شهرستان بوشهر انجام شد، میزان خشونت روانی ۵۳٪، اجتماعی ۴۱/۲٪، فیزیکی ۴۴/۹٪ و اقتصادی ۴۱/۵٪ گزارش شده است (۱۰).

طی تحقیقی که توسط جهانفر و همکاران در سال ۸۲-۱۳۸۱ در ایران انجام گردید، شیوع خشونت خانگی طی حاملگی ۶۰/۶ درصد گزارش گردید. از این میزان ۱۴/۶٪ فیزیکی، ۶۰/۵٪ روانی و ۲۳/۵٪ نوع جنسی بود. در این مطالعه آسیبهایی شدید ناشی از خشونت فیزیکی در ۴۳/۳٪، همسرآزاری روحی-روانی در ۲۴/۲٪ و آسیب ناشی از خشونت جنسی در ۳/۵٪ موارد گزارش گردید (۱۱).

محققین دلایل شکست در بررسی خشونت خانگی را فقدان اطلاعات، عدم سعی کافی، محدودیت زمانی، ترس از رنجاندن زنان، عقیده بر اینکه بررسی خشونت در حیطه کار مراقبین بهداشتی نمی باشد و نهایتاً احساس عدم توانایی برای حل مشکل ذکر می کنند (۱۲).

چند فاکتور غربالگری را مشکل می سازد از جمله عدم اطلاع در مورد شیوع، مدت و شدت خشونت (۱۳).

تا حدود سه دهه قبل جامعه شناسان، خشونت در خانواده را امری استثنایی قلمداد می کردند و آن را خاص خانواده هایی می دانستند که دارای مشکلات مادی، سطح پایین فرهنگ و شرایط بحرانی مانند طلاق بودند. اما آنچه در تمام تحقیقات اجتماعی ثابت شده، این است که بر خلاف تصور، خشونت رفتاری استثنایی نیست بلکه بیشتر رفتاری عمومی و معمولی است که تنها در شرایط بحرانی میان خانواده ها بروز نمی کند بلکه در بین خانواده هایی با ظاهر مطلوب هم دیده می شود. خشونت علیه زنان در خانواده محدود به طبقات یا فرهنگ خاصی نمی باشد (۲).

طبق گزارش اف-بی-آی در آمریکا در هر ثانیه یک زن مورد ضرب و شتم قرار می گیرد. چهار میلیون زن سالانه مورد خشونت واقع می شوند که در دو میلیون از این موارد شوهران مجرم می باشند. خشونت خانگی در آمریکا بیش از مجموع حوادث رانندگی، کیف زنی و تجاوز باعث صدمه دیدن زنان ۴۴-۱۵ ساله می شود. در این کشور سالانه چهار هزار زن توسط شوهر یا شریک جنسی و دوستان مذکر خود کشته می شوند. همچنین دلیل ۵۰ درصد از آوارگی و بی خانمانی زنان و کودکان خشونت خانگی است (۳).

زنان در تمام سنین در معرض خشونت هستند اما اوج آن سالهای تولید مثلی است (۴).

مطالعات شیوع خشونت فیزیکی در کانادا را ۶/۵-۵/۶ درصد گزارش نمودند که مشابه موارد گزارش شده در دیگر کشورها از جمله آمریکا، جنوب آفریقا، سوئد، انگلستان و هند می باشد. خشونت یک تهدید برای زندگی و سلامت مادر و جنین می باشد. خشونت در طی حاملگی و پس از آن با بیماریهای منتقله از راه جنسی مانند ایدز و دیگر عوارض از جمله عفونتهای ادراری، سوء مصرف مواد، افسردگی و دیگر مشکلات روحی در ارتباط است. به علاوه خشونت طی حاملگی با میزان بیشتر حاملگی ناخواسته، بارداری در سنین نوجوانی و ختم انتخابی حاملگی همراه است (۵).

سابقین و همکاران طی یک بررسی در ترکیه میزان خشونت طی حاملگی را ۳۳/۳ درصد گزارش نمودند

که با ۹ سؤال اول خشونت روانی، ۹ سؤال دوم خشونت فیزیکی، ۵ پرسش بعد نوع اجتماعی، ۴ سؤال خشونت اقتصادی و با ۳ سؤال آخر سوءرفتار جنسی سنجیده میشد. هر سؤال دارای ۵ گزینه هرگز، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد بود که به این گزینه ها به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ تعلق میگرفت. به علت متفاوت بودن تعداد سؤالات در هر حیطه خشونت، نمره خشونت هر فرد در هر حیطه بر حداکثر نمره ای که در آن حیطه امکان کسب آن بود تقسیم گردید. یعنی نمره خشونت روانی و فیزیکی هر فرد بر ۳۶، نمره خشونت اجتماعی بر ۲۰، امتیاز خشونت اقتصادی بر ۱۶، و نوع جنسی بر ۱۲ تقسیم گردید، و میانگین با توجه به این نمرات محاسبه شد.

اطلاعات پس از کد گذاری وارد کامپیوتر شده و با نرم افزار SPSS و با روشهای آماری شامل آزمون های من - ویتنی، آزمون همبستگی و کروسکال-والیس داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تمامی آزمونهای تحلیلی در سطح زیر ۰/۰۵ معنی دار فرض شد.

نتایج:

میانگین سنی واحدهای پژوهش (۲۴/۵۴±۵/۱۴) سال و میانگین سنی همسران واحدهای پژوهش (۲۹/۹۲±۵/۸۸) سال بود. طبق نتایج به دست آمده بین میانگین سنی افراد مواجه شده با خشونت و افرادی که با سوء رفتار مواجه نشده بودند، تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت. انواع خشونت با تعداد حاملگی، تعداد سقط و تعداد فرزندان زنده در ارتباط نبودند. (P در تمام موارد بیشتر از ۰/۰۵) تنها خشونت روانی و فیزیکی با تعداد سقط رابطه مستقیم داشتند. (P به ترتیب ۰/۰۰۷ و ۰/۰۲۵) بین وضعیت شغلی، اقتصادی، سابقه ازدواج قبلی واحدهای پژوهش و سطح تحصیلات همسران واحدهای پژوهش با انواع خشونت ارتباط آماری معنی دار دیده نشد. (P در تمام موارد بیشتر از ۰/۰۵) ارتباط بقیه خصوصیات دموگرافیک نمونه های پژوهش و همسرانشان با انواع خشونت در جدول ۱ و ۲ گنجانده شده است.

این مطالعه و بررسی های مشابه که در کشور های مختلف انجام گردیده و شیوع و عوامل مرتبط با خشونت طی بارداری را مشخص می نماید راهگشای مراقبین بهداشتی برای بررسی و مداخله در مورد خشونت می باشد. نه تنها هر کشور بلکه هر گوشه از یک کشور نیازمند مطالعاتی است که عوامل خطر و عوارض را در همان جامعه نشان دهد تا بر اساس آن بتوان جهت پیشگیری، شناخت و مقابله با خشونت به خصوص در طی حاملگی که مرحله ای بسیار حساس و حائز اهمیت است برنامه ریزی نمود.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که با هدف بررسی خصوصیات جمعیت شناختی خانمهای مواجه شده با انواع خشونت خانگی طی بارداری انجام گرفته است. واحد های مورد پژوهش را ۴۰۰ نفر از زنان زایمان نموده که در سال ۱۳۸۳ در بخش بعد از زایمان بیمارستانهای زینبیه و حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بستری بوده و به طور تصادفی ساده انتخاب شده بودند تشکیل می دادند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که شامل سؤالات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی نمونه ها و سؤالات سنجش خشونت خانگی بود. پرسشنامه ها از طریق مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل گردید. پرسشنامه سنجش خشونت خانگی با استفاده از چند پرسشنامه که در کشور جهت سنجش خشونت خانگی استفاده شده بود تدوین گردید، و روایی و پایایی این پرسشنامه انجام شد.

جهت تعیین روایی، فرم جمع آوری اطلاعات به نظر تعدادی از اساتید و مربیان صاحب نظر رسانده شد و از راهنمایان و تغییرات پیشنهادی آنها استفاده شد. پایایی ابزار با انجام مطالعه پیلوت و با استفاده از ضریب آلفا تعیین گردید. بدین صورت که پژوهشگر به طریق مصاحبه با ۳۰ نفر از افراد مشابه واحدهای مورد پژوهش پرسشنامه را تکمیل نمود و با استفاده از نرم افزار SPSS ضریب آلفا محاسبه شد که ضریب پایایی ۰/۸۵ بود.

سؤالات سنجش انواع خشونت شامل ۳۰ سؤال بود

جدول ۱: ارتباط مشخصات واحدهای پژوهش با انواع خشونت خانگی طی بارداری

انواع خشونت					
جنسی	اقتصادی	اجتماعی	فیزیکی	روانی	خصوصیات جمعیت شناختی
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	سطح تحصیلات
۰/۴۹±۰/۹۰	۰/۵۱±۰/۹۳	۰/۲۲±۰/۴۵	۰/۲۳±۰/۴۷	۰/۸۷±۰/۱۶	بیسواد
۰/۴۲±۰/۹۱	۰/۲۴±۰/۵۳	۰/۰۶±۰/۲۱	۰/۱۲±۰/۳۸	۱/۰۰±۰/۶۴	ابتدائی
۰/۳۸±۰/۷۹	۰/۳۲±۰/۶۰	۰/۱۷±۰/۳۴	۰/۱۲±۰/۲۸	۰/۸۸±۰/۶۰	سیکل
۰/۲۴±۰/۶۵	۰/۱۵±۰/۴۷	۰/۰۵±۰/۲۷	۰/۱۳±۰/۳۵	۰/۵۸±۰/۸۸	دیپلم
۰/۶۳±۰/۹۱	۰/۱۲±۰/۳۳	۰/۰۴±۰/۱۹	۰/۰۸±۰/۱۷	۰/۵۶±۰/۶۹	دانشگاهی
*۰/۰۴۹	۰/۱۱۷	*۰/۰۱۱	۰/۶۹۳	۰/۸۱۶	P
وضعیت شغلی					
۰/۴۰±۰/۸۴	۰/۲۷±۰/۶۰	۰/۰۹±۰/۳۰	۰/۱۳±۰/۳۷	۰/۶۵±۰/۹۷	خانه دار
۰/۲۵±۰/۷۰	۰/۱۸±۰/۳۷	۰/۱۲±۰/۳۵	۰/۰۶±۰/۱۵	۰/۷۷±۰/۸۳	کارگر
۰/۴۰±۰/۷۸	۰/۰۸±۰/۲۹	۰/۰۲±۰/۰۸	۰/۰۳±۰/۱۰	۰/۳۸±۰/۶۵	کارمند
۰/۲۶±۰/۷۳	۰/۰۹±۰/۲۷	۰/۰۷±۰/۰۹	۰/۱۱±۰/۲۲	۰/۴۸±۰/۷۷	شغل آزاد
۰/۵۷۰	۰/۱۱۷۶	۰/۶۷۹	۰/۷۴۵	۰/۳۶۸	P
وضعیت اقتصادی					
۰/۰۰±۰/۰۰	۱/۲۰±۱/۶۴	۰/۲۸±۰/۴۳	۰/۴۲±۰/۵۷	۱/۳۱±۱/۷۹	خیلی بد
۰/۵۰±۰/۹۳	۰/۳۱±۰/۶۷	۰/۱۵±۰/۳۶	۰/۲۷±۰/۶۲	۰/۹۷±۱/۲۰	بد
۰/۳۴±۰/۷۹	۰/۲۴±۰/۵۰	۰/۰۷±۰/۲۴	۰/۱۰±۰/۲۶	۰/۵۷±۰/۸۶	متوسط
۰/۴۳±۰/۸۴	۰/۱۸±۰/۵۱	۰/۰۷±۰/۲۸	۰/۱۱±۰/۲۹	۰/۵۳±۰/۸۵	خوب
۰/۳۲۶	۰/۳۱۸	۰/۰۶۶	*۰/۰۴۱	*۰/۰۵۰	P
مصرف دخانیات					
۰/۳۷±۰/۸۱	۰/۲۲±۰/۵۳	۰/۵۷±۰/۲۵	۰/۱۰±۰/۳۱	۰/۵۶±۰/۸۸	منفی
۰/۵۷±۰/۹۷	۰/۳۵±۰/۴۷	۰/۲۵±۰/۵۹	۰/۱۴±۰/۲۰	۰/۶۱±۰/۸۹	سیگار
۰/۱۱±۰/۸۱	۰/۳۷±۰/۷۲	۰/۱۸±۰/۴۲	۰/۲۷±۰/۵۴	۱/۰۷±۱/۰۷	قلیان
۰/۸۷۳	۰/۱۱۴	*۰/۰۲۱	*۰/۰۰۷	*۰/۰۰۷	P
سابقه ازدواج قبلی					
۰/۶۶±۰/۹۸	۰/۶۰±۱/۰۱	۰/۳۷±۰/۶۷	۰/۲۷±۰/۵۰	۱/۱۶±۱/۱۰	مثبت
۰/۳۷±۰/۸۱	۰/۲۳±۰/۵۳	۰/۰۷±۰/۲۵	۰/۱۲±۰/۳۴	۰/۶۰±۰/۹۲	منفی
۰/۲۰۳	۰/۱۵۲	۰/۰۵۴	۰/۳۵۴	۰/۰۵۵	P
رضایت از حاملگی					
۰/۴۰±۰/۸۳	۰/۲۳±۰/۵۳	۰/۰۷±۰/۲۵	۰/۱۳±۰/۳۵	۰/۶۱±۰/۹۲	مثبت
۰/۲۸±۰/۷۳	۰/۳۲±۰/۶۸	۰/۱۷±۰/۴۰	۰/۱۳±۰/۳۱	۰/۷۰±۰/۹۹	منفی
۰/۲۴۵	۰/۳۲۷	*۰/۰۳۹	۰/۶۵۲	۰/۴۱۹	P

جدول ۲: ارتباط مشخصات همسران واحدهای پژوهش با انواع خشونت خانگی طی بارداری

انواع خشونت					
متغیر	روانی	فیزیکی	اجتماعی	اقتصادی	جنسی
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
سطح تحصیلات					
بیسواد	۰/۸۴±۰/۹۸	۰/۴±۰/۱۱	۰/۲۵±۰/۴۷	۰/۱۵±۰/۴۷	۰/۸۳±۰/۸۳
ابتدائی	۰/۶۸±۱/۰۵	۰/۲±۰/۵۲	۰/۱۵±۰/۴۲	۰/۳۶±۰/۷۵	۰/۵۴±۰/۴۵
سیکل	۰/۶۸±۰/۹۳	۰/۱±۰/۲۴	۰/۰۷±۰/۲۱	۰/۲۶±۰/۵۶	۰/۳۸±۰/۳۸
دیپلم	۰/۵±۰/۸۱	۰/۰۸±۰/۲۵	۰/۰۵±۰/۱۸	۰/۱۸±۰/۳۸	۰/۳۰±۰/۳۰
دانشگاهی	۰/۵۷±۰/۹۳	۰/۱۳±۰/۲۶	۰/۰۴±۰/۰۶	۰/۰۶±۰/۲۵	۰/۳۶±۰/۳۶
	۰/۴۰۱	۰/۳۷۱	۰/۳۱۶	۰/۱۳۶	۰/۶۰۶
P					
وضعیت شغلی					
بیکار	۱/۴۱±۱/۲۱	۰/۳±۰/۳۷	۰/۱۵±۰/۲۵	۰/۷۱±۰/۹۶	۰/۷۳±۱/۱۰
کارگر	۰/۶±۰/۹۰	۰/۱۸±۰/۵۲	۰/۰۵±۰/۲۶	۰/۲۹±۰/۶۲	۰/۴۹±۰/۹۵
کارمند	۰/۴۹±۰/۸۲	۰/۰۹±۰/۲۳	۰/۰۲±۰/۱۳	۰/۰۸±۰/۲۷	۰/۳۷±۰/۷۶
شغل آزاد	۰/۶۱±۰/۹۳	۰/۱۲±۰/۳۳	۰/۱±۰/۳۱	۰/۲۵±۰/۵۶	۰/۳۵±۰/۸۰
	*۰/۰۵	*۰/۰۱۵	*۰/۰۰۹	*۰/۰۰۶	۰/۴۱۱
P					
مصرف مواد مخدر					
مثبت	۱/۷۶±۱/۱۲	۰/۳۹±۰/۳۸	۰/۲±۰/۳۸	۰/۵۱±۰/۷۷	۰/۶۱±۰/۹۵
منفی	۰/۵۶±۰/۸۸	۰/۱۱±۰/۳۴	۰/۰۸±۰/۲۸	۰/۲۳±۰/۵۴	۰/۳۷±۰/۸۱
	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۴۷	۰/۱۸۶
P					
مصرف الکل					
مثبت	۱/۶۴±۱/۳۵	۰/۵۹±۰/۸۲	۰/۱۲±۰/۲۸	۰/۶۵±۰/۸۹	۰/۳۵±۰/۹۱
منفی	۰/۵۱±۰/۹۰	۰/۱۱±۰/۳۱	۰/۰۸±۰/۲۸	۰/۲۳±۰/۵۴	۰/۳۸±۰/۸۱
	*۰/۰۰۲	*۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	*۰/۰۰۱۹	۰/۶۴۳
P					
مصرف سیگار					
مثبت	۰/۷۶±۱/۰۱	۰/۱۶±۰/۳۸	۰/۱±۰/۲۸	۰/۳±۰/۶۴	۰/۴۱±۰/۷۹
منفی	۰/۵±۰/۸۵	۰/۰۹±۰/۳۱	۰/۰۷±۰/۲۸	۰/۱۹±۰/۴۷	۰/۳۶±۰/۸۵
	*۰/۰۰۴	*۰/۰۰۸	۰/۱۳۴	۰/۱۷۰	۰/۸۴۹
P					
مصرف داروهای اعصاب					
مثبت	۱/۸۴±۱/۱۳	۰/۴۲±۰/۵۱	۰/۳۲±۰/۵۵	۰/۴۴±۰/۲۴	۰/۸±۱/۰۱
منفی	۰/۵۹±۰/۹۱	۰/۱۲±۰/۳۳	۰/۰۸±۰/۲۷	۰/۹۳±۰/۵۴	۰/۳۷±۰/۸۱
	*۰/۰۰۲	*۰/۰۰۱	*۰/۰۰۹	۰/۲۸۵	*۰/۰۴۹
	۰/۰۵۵	۰/۳۵۴	۰/۰۵۴	۰/۱۵۲	۰/۲۰۳
P					
سابقه ازدواج متعدد					
مثبت	۱/۰±۱/۱۲	۰/۲۹±۰/۴۲	۰/۲۱±۰/۴۳	۰/۳۹±۰/۷۸	۰/۵۳±۰/۹۷
منفی	۰/۵۹±۰/۹۱	۰/۱۱±۰/۳۳	۰/۰۷±۰/۲۶	۰/۲۳±۰/۵۳	۰/۳۷±۰/۸۰
	*۰/۰۲۵	*۰/۰۰۳	*۰/۰۰۸	۰/۲۱۲	۰/۵۳۸
P					

بحث:

نتایج پژوهش تفاوتی را بین میانگین سنی واحدهای پژوهش که با خشونت مواجه بودند و میانگین سنی گروهی که خشونت ندیده بودند، نشان نداد. همچنین بین میانگین سنی همسران این دو گروه نیز تفاوتی دیده نشد که این نتیجه با یافته پژوهش را دور و همکاران (۱۴) که تفاوتی بین زنان زیر ۲۰ سال و بالای ۲۰ سال از لحاظ مواجهه با خشونت خانگی مشاهده نکردند، همسو می‌باشد.

شهنی ییلاق (۱۵) طی مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶ روی ۱۵۲ زن ساکن شهرستان اهواز انجام شد بین خشونت خانگی و سن واحدهای پژوهش یا سن همسران آنها رابطه‌ای مشاهده نکرد که این با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد. آنچه مسلم است اینکه خشونت خانگی در همه سنین و حتی در حاملگی ممکن است رخ دهد و زنان در همه سنین و مراحل زندگی بایستی از لحاظ خشونت غربالگری شوند.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین سطوح تحصیلات واحدهای پژوهش با خشونت اجتماعی و جنسی ارتباط وجود دارد، اما با سه نوع دیگر خشونت ارتباطی دیده نشد. در حیطه خشونت اجتماعی گروه بیسواد بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده بودند. بالعکس خشونت جنسی با بالاتر بودن سطح تحصیلات ارتباط مستقیم داشت. در مورد ارتباط سطح تحصیلات همسران واحدهای پژوهش با خشونت علیه نمونه‌های پژوهش در هیچ کدام از حیطه‌های خشونت ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

رادور و همکاران (۱۴) نشان دادند که خانم‌هایی که مورد سوء رفتار فیزیکی قرار می‌گیرند و همسران آنها بطور معنی‌دار بیشتر دارای تحصیلات در سطح ابتدایی هستند، که این با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی ندارد. علت این تفاوت می‌تواند در این نکته نهفته باشد که در جامعه سنتی ایران اطاعت از مرد و پذیرفتن سلطه وی علی‌رغم میزان تحصیلات یک اصل است.

کویزول و همکاران (۱۶) در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ در کلرادو روی زنان بالغ انجام دادند ارتباطی را بین

سطح تحصیلات زنان و خشونت خانگی مشاهده نکردند که این با نتیجه حاصل از پژوهش حاضر همسو می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین وضعیت شغلی واحدهای پژوهش با هیچ کدام از انواع خشونت ارتباط آماری معنی‌دار وجود ندارد، که این با نتایج حاصل از تحقیق رادور و همکاران (۱۴) که بین خشونت فیزیکی طی بارداری و کارمند بودن یا نبودن واحدهای پژوهش ارتباطی مشاهده نکردند همسو می‌باشد، اما با نتایج تحقیق زنگنه (۱۰) که بین خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی و شغل زن ارتباط آماری معنی‌دار را ذکر می‌کند، تفاوت دارد که می‌تواند ناشی از فرهنگ متفاوت در دو جامعه پژوهش و همچنین زمان خاص جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین وضعیت شغلی همسران واحدهای پژوهش و خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی ارتباط معنی‌دار وجود دارد، و بیشترین میانگین نمرات خشونت مربوط به زنانی بود که شوهران بیکار داشتند. این با نتایج پژوهش زنگنه (۱۰) که بین چهار حیطه خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی و شغل همسران واحدهای پژوهش ارتباط آماری معنی‌دار را ذکر می‌کند همسو می‌باشد. بایستی مد نظر باشد که زنان در هر موقعیت شغلی و اجتماعی که باشند باز به علت فرهنگ مردسالاری ممکن است با خشونت روبرو شوند. از طرف دیگر مردان با افزایش وجهه اجتماعی و داشتن شغل مطلوب کمتر دست به اعمال خشونت می‌زنند. از طرف دیگر شوهران بیکار وقت بیشتری را در خانه می‌گذرانند که می‌تواند منجر به افزایش برخورد و در نتیجه خشونت شود. بالا بردن تفکر مردان در مورد اصول همسررداری و ایجاد شغل مناسب می‌تواند در کاهش رفتارهای خشن مؤثر باشد.

در مورد ارتباط وضعیت اقتصادی با انواع خشونت خانگی در مقایسه میانگین‌ها ارتباط آماری معنی‌دار نبود که این با نتیجه حاصل از تحقیق رادور و کویزول (۱۴،۱۶) که بین خشونت فیزیکی طی بارداری با وضعیت اقتصادی ارتباطی مشاهده نکردند همخوانی دارد.

طی حاملگی باشد. در مورد عدم ارتباط مصرف الکل با خشونت جنسی شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که مردانی که الکل مصرف می کنند وقت کمتری را در خانه صرف می نمایند.

زنگنه (۱۰) اعتیاد شوهر به مواد مخدر را با خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی مرتبط می داند که این با یافته های حاصل از پژوهش فعلی همسو می باشد. نتایج پژوهش نشان می دهد که بین رضایت از حاملگی و نمرات خشونت فقط در حیطه خشونت اجتماعی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.

لیونگ و همکاران (۲۰) در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۸ روی ۶۳۱ زن حامله چینی انجام دادند بین حاملگی ناخواسته و خشونت کلامی، جنسی و فیزیکی ارتباط آماری معنی دار مشاهده نمود که این با مطالعه حاضر همسو نمی باشد. علت این تناقض می تواند به جامعه مورد پژوهش مربوط باشد، زیرا در چین به علت جمعیت زیاد اغلب زوجها داشتن یک فرزند را کافی می دانند و مخالفت هر دو یا یکی از زوجین با حاملگی مجدد می تواند منجر به بروز تنش و خشونت شود، بالعکس در جامعه ایران علی رغم تبلیغات فراوان برای تنظیم خانواده، داشتن فرزند زیاد به عنوان حامی خانواده یک خرده فرهنگ می باشد.

رادور و همکاران (۱۴) نیز بین خشونت خانگی و حاملگی ناخواسته ارتباط مثبت و از لحاظ آماری معنی دار مشاهده نمودند که این نیز به جز در حیطه خشونت اجتماعی با پژوهش حاضر همخوانی ندارد، که باز هم میتوان به تفاوت دو جامعه اشاره کرد.

با توجه به نتایج پژوهش حاملگی، زایمان و تعداد فرزندان زنده با خشونت خانگی ارتباط ندارد، اما بین سقط و خشونت روانی و فیزیکی ارتباط مثبت آماری معنی دار وجود دارد.

لیونگ و همکاران (۲۰) در تحقیق خود بین تعداد زایمان و خشونت خانگی ارتباط معنی دار مشاهده نکردند که این با نتایج پژوهش حاضر همسو می باشد.

یافته ها نشان داد که بین سابقه ازدواج قبلی زن با مورد سوء رفتار قرار گرفتن وی ارتباط آماری معنی دار وجود ندارد اما خشونت روانی، فیزیکی و اجتماعی در زنانی که شوهرانشان ازدواج متعدد داشتند بیشتر دیده شد که مشابه تحقیقی است که در تهران انجام شده است (۱۷) یافته های پژوهش بین مصرف دخانیات توسط زنان و خشونت روانی، فیزیکی و اجتماعی ارتباط مثبت آماری معنی دار را نشان میدهد که این با مطالعه کوکیندس و همکاران (۱۸) که بین مصرف دخانیات یا نوشیدن الکل با سوء رفتار طی حاملگی ارتباط آماری معنی دار را ذکر کرده اند همسو می باشد. در مطالعه حاضر به علت اینکه مصرف الکل در زنان ایرانی شایع نیست به عنوان یک متغیر عنوان نشده است. توجه به این نکته بایستی مد نظر باشد که مصرف دخانیات و گرایش به مواد مخدر می تواند از عواقب مواجهه با خشونت باشد، که خشونت، اعتیاد و مصرف دخانیات می توانند مشکلات مضاعفی را در بارداری ایجاد کنند.

در پژوهش حاضر مصرف داروهای اعصاب توسط شوهران واحدهای پژوهش با خشونت های روانی، فیزیکی، اجتماعی و جنسی ارتباط آماری معنی دار نشان داد، همچنین مصرف مواد مخدر توسط شوهر با خشونت های روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی، مصرف سیگار توسط همسران واحدهای پژوهش با خشونت روانی و فیزیکی و مصرف الکل با خشونت روانی فیزیکی و اقتصادی علیه واحدهای پژوهش در ارتباط بود.

هدین و همکاران (۱۹) ارتباط مثبت بین سوء رفتار علیه زنان و نوشیدن الکل و کشیدن سیگار توسط شوهران آنها را نشان دادند که این با یافته های پژوهش حاضر همسو می باشد.

نازپرور (۱۷) نیز ذکر می کند در مردانی که مواد مخدر یا الکل مصرف می کنند زن آزاری بیشتر دیده می شود. در مورد عدم ارتباط مصرف سیگار و مواد مخدر توسط همسر و خشونت جنسی علیه زن شاید بتوان به کاهش میل جنسی در مصرف کنندگان این مواد اشاره کرد. همچنین عامل دیگر می تواند کاهش ارتباط جنسی

Severity, manifestation and consequences of violence among pregnant adolescent. Journal of Adolescent Health 2001; (25):55.

9. Nasir K, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries review of evidence. *Eur Journal Public Health 2003; 13(2): 105-7.*

10. Zangeneh M. [Asses of demographic characteristic with men violence against their wives in family in Bushehr City]. Thesis for MS. Shiraz University of Medical Sciences, 2001. (Persian)

11. Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence against expectant mothers who had attended in Iran university of medical sciences' hospitals. *Iran Journal of Nursing 2003;16(33):93-99.*

12. Brown GB, Lent B, Sas G. Identifying and treating wife abuse. *Journal Family Practice 1993; 36:185-191.*

13. Griffin MP, Koss MP. Clinical screening and intervention in cases of partner violence. *Nursing world: The Online Journal of Issues in Nursing 2002; 1-8.*

14. Rathore RAM, Arorat P. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Dehli. *Inter J Gynecol Obstet 2002; 79,:83-85.*

15. Shehni YM. [Relationship between demographic characteristic with men violence against their wives]. *Education and Psychological Journal of Ahvaz Shahid Chamran University 1997; 4(3): 39-63. (Persian)*

16. Koziol L, Maclain J, Coates CJ, Lowenstein S. Predictive validity of a screen for partner violence against women. *Am J Prevent Med 2001; 21(2): 93.*

17. Nazparvar B. Wife abuse. *Women Res J 2002; 3: 25-40*

18. Cokkides VE, Cokker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complication and birth outcomes. *Am J Obstet Gynecol 1999; 93(51): part 1.*

19. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy: the prevalence of physical injuries, substance use, abortion and miscarriage. *Acta Obstet Gynecol Scand 20079(8): 625-630.*

20. Leung WC, Kung F, Lam G, Leung TV, Hop C. Domestic violence postnatal depression in a Chinese women. *International Gynecology and Obstetric 2002; 79(2):159-66.*

نتیجه نهایی :

با توجه به نتایج پژوهش باید گفت که توجه به عوامل خطر خشونت خانگی و منظور نمودن خشونت به عنوان مشکلی که احتیاج به غربالگری دارد، می‌تواند در شناخت افراد در معرض خطر و برنامه ریزی برای آموزش زنان برای برخورد درست با موارد سوء رفتار و همچنین برای شناخت راه‌های کاهش خشونت توسط مردان سودمند باشد. بررسی‌های بیشتر در جهت دستیابی به راه‌های بهینه غربالگری و همچنین شناخت عوارض ناشی از خشونت پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری :

از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند به خصوص پرسنل محترم بخش‌های بعد از زایمان زایشگاه‌های زینبیه و حافظ کمال تشکر و سپاس را داریم.

منابع :

1. Monajem R. [Different view to woman problem]. 1st ed. Tehran: Mass publication. 2002: 57, 112, 113. (Persian)
2. Ezazi Sh. [Social structure and violence against women]. *Social Welfare Journal 2004;14(4):47-84. (Persian)*
3. Geller R. Minnesota center against violence and abuse. *Domestic violence factoids 2004; 1-3.*
4. US Center For Disease Control. High light of national conference on violence and reproductive health. *Science Prevention and Action 1999; June; 14- 16.*
5. Campbell C. Abuse during pregnancy: a quinte-ssential threat to maternal and child. *CMAG 2002; 164(11) :1578.*
6. Sabin HA, Sabin HG. Domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Turkey. *Eur Journal Contraceptive Reproductive Health Care 2003; 8(2):93-98.*
7. Kemgbo CN, Omideyi AK, Odimeywu CO. Prevalence, patterns and correlates of doemstic violence in select Igbo communication of Imo state, Nigeria. *Afr J Reproduc Health 2000; 6(2):101-114.*
8. Covington DL, Justason B, Lydia N, Wright T.