

بررسی فراوانی خشونت خانگی در زنان با پیامدهای نامطلوب بارداری (کرج، ۱۳۸۷-۱۳۸۶)

بنفشه باهری*، مرجان ضیایی*، شراره ضیغمی محمدی**

دریافت: ۹۰/۸/۹، پذیرش: ۹۱/۵/۳

چکیده:

مقدمه و هدف: زنان در تمامی مراحل زندگی خود، خصوصاً در دوران بارداری در معرض خشونت خانگی قرار دارند. خشونت خانگی خطر مشکلات بارداری در زنان باردار را افزایش می دهد. هدف از مطالعه حاضر تعیین فراوانی خشونت خانگی در زنان با پیامدهای نامطلوب بارداری بود.

روش کار: این یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که بر روی ۱۶۸ زن باردار با پیامدهای نامطلوب بارداری مراجعه کننده به مراکز درمانی کرج در طی ۶ ماه در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶ انجام شد. نمونه گیری به روش آسان بود. اطلاعات از طریق مصاحبه جمع آوری شدند. ابزار مورد استفاده شامل: فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان باردار و پرسشنامه پیامدهای نامطلوب بارداری بود. داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل آماری شدند.

نتایج: پیامدهای بارداری نامطلوب شامل وزن کم هنگام تولد (۲۵/۸٪)، زایمان زودرس (۲۴/۹٪)، پاره شدن زودرس پرده ها (۱۵/۵٪)، محدودیت رشد جنین (۱۱/۵٪)، دکولمان جفت (۹/۳٪)، سقط (۶/۷٪)، مرگ و میر پری ناتال (۶/۳٪) بود. (۹۵/۸٪)، (۳/۶٪)، (۰/۶٪) زنان خشونت در دوران بارداری را خفیف، متوسط و شدید تجربه کرده بودند. فراوانی خشونت روانی-کلامی (۵۰٪)، خشونت جنسی (۴۵/۲٪) و خشونت فیزیکی (۱۶/۷٪) بود. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره کل خشونت خانگی (P=۰/۰۳۴)، جنسی (P=۰/۰۴۸) و فیزیکی (P=۰/۰۱۰) با تحویلات زنان، خشونت خانگی کل (P=۰/۰۰۲)، روانی-کلامی (P=۰/۰۰۳)، جنسی (P=۰/۰۱۸) و فیزیکی (P=۰/۰۲۲) با شغل زنان، خشونت خانگی کل (P<۰/۰۰۱)، کلامی روانی (P<۰/۰۰۱)، جنسی (P<۰/۰۰۱) و فیزیکی (P=۰/۰۴۰) با اعتیاد همسر و خشونت فیزیکی با مراقبت های قبل از زایمان (P=۰/۰۲۴) و خشونت روانی کلامی با وزن کم زمان تولد نوزاد (P=۰/۰۴۶) وجود داشت.

نتیجه نهایی: ممکن است برنامه های غربالگری و پیشگیری خشونت خانگی در زنان باردار به ارتقاء سلامت زنان باردار و پیامدهای بارداری کمک نماید.

کلید واژه ها: بارداری / خشونت خانگی

مقدمه:

یا به اصطلاح خشونت مردان علیه زنان در خانواده است (۱). خشونت خانگی به عنوان یک مشکل مهم بهداشتی (۲) اجتماعی و روانی است که شامل اقسام مختلفی از جمله خشونت علیه زنان، کودک آزاری، بدرفتاری با سالمندان و... است (۳). خشونت عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس،

خانواده اصلی ترین هسته ی هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روان است که نقش مهمی در شکل گیری شخصیت فرزندان دارد. یکی از پدیده های خانوادگی که امروزه مورد توجه محققان، جامعه شناسان و روانشناسان قرار گرفته است اعمال خشونت در خانواده و

* مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (baheri@kiaou.ac.ir)

** مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

زیرا علاوه بر آسیب مادر، سلامت جنین را نیز به دنبال دارد (۶). خشونت بر بهداشت روانی و اعتماد به نفس زن لطمه زده (۹) و خطر افسردگی بعد از زایمان و خودکشی را افزایش می دهد (۴)، همچنین از طریق ترومای فیزیکی سبب افزایش سطح استرس مادر، رفتارهای پر خطر نظیر استفاده از الکل و سیگار و مواد مخدر، تغذیه ناکافی (۱۴)، افزایش خطر کاهش وزن گیری مادر، افزایش فشار خون، عفونت، آنمی (۱) و کاهش بر خورداری از مراقبتهای پره ناتال (۱۴) می شود. عواقب منفی اجتماعی خشونت دوران بارداری افزایش هزینه مراقبت های بهداشتی، کاهش بهره وری و نیروی کار زنان و معضلات فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی است (۹). خشونت های دوران بارداری علاوه بر اینکه مادر را تحت تاثیر قرار می دهد می تواند بطور مستقیم و غیر مستقیم بر سلامت جنین اثر بگذارد (۱۴). خشونت دوران بارداری منجر به ترومای رحم و شکم، شکستگی استخوانهای جنین، پارگی رحم (۱)، سقط، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده های جنینی، وزن کم زمان تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و افزایش مرگ پره ناتال، زایمان سزارین (۱۴) می گردد.

خشونت معضلی جهانی است که پیکر جامعه را فرو ریخته و زندگی، سلامتی و شادابی فرد را تهدید می کند (۶). خشونت علیه زنان تاثیر منفی بر سایر اولویتهای بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماریهای مقاربتی، ایدز و بهداشت روانی دارد (۹). خشونت خانگی رایجترین خشونت علیه زنان است که در هر زمانی از زندگی زنان روی داده و سلامت و سعادت آنان و جنین داخل بدنشان را تحت تاثیر قرار می دهد (۶). وظیفه اخلاقی و حرفه ای پرسنل درمانی مرتبط با زنان منجمله زنان باردار ایجاب میکند که تمام مسائل و موانع مرتبط با طیف سلامت جسمی و روانی زنان را تحت مطالعه و بررسی قرار دهند (۴). به لحاظ تفاوت های فرهنگی و اجتماعی کشور ما آگاهی از وسعت و شدت خشونت های خانگی علیه زنان در دوران بارداری حائز اهمیت فراوانی است (۱). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی خشونت خانگی در زنان با پیامدهای

تهدید، رفتار زبان آور و آزاردهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود و شامل سوء استفاده جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می باشد (۴). به دلیل نقش کانونی زن به عنوان همسر و مادر خانواده، خشونت علیه وی از درجه بالایی از اهمیت برخوردار است که این مسئله غالبا از دید اجتماع پنهان می ماند (۳). همه زنان در معرض خشونت قرار دارند اما بعضی گروه ها نظیر زنان باردار در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۱). عواملی همچون انتقال به نقش والدی و بهم خوردن توازن و آرامش زوجین و تغییر در الگوی ارتباطی قبلی (۱) کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیر طبیعی همسر در خصوص بارداری (۵) احساسات دو گانه زن در بارداری، آسیب پذیری زنان در این دوره، بالارفتن فشار اقتصادی می توانند عوامل موثر برای افزایش بروز خشونت در دوران بارداری باشد (۶). مطالعات مختلفی در ایران و خارج از کشور در زمینه خشونت علیه زنان در دوران بارداری انجام گرفته است. مطالعه عقیفی ۲۰۱۱ در عربستان نشان داد ۳/۳۹٪ زنان تحت خشونت روانی، ۹/۱۷٪ جسمی، ۹/۶٪ جنسی قرار گرفته بودند (۷). در مطالعه کرمپین در سال ۲۰۱۱ نشان داد ۵/۹٪ زنان تحت خشونت جسمی، ۱/۳۰٪ خشونت عاطفی قرار گرفته بودند (۸) عوامل مختلفی با بروز خشونت های خانگی در دوران بارداری ارتباط دارند که از آن جمله می توان به زندگی شهر نشینی، نداشتن منبع درآمد مستقل، نارضایتی زنان از زندگی مشترک، عفونت در دوران بارداری، عدم ازدواج خویشاوندی، (۴) سطح تحصیلات پایین زن و همسر، شغل همسر، سن ازدواج، مشکلات اقتصادی، دوری از خانواده، انزوای اجتماعی، کمبود ارتباط با دوستان و خانواده (۹) اعتیاد همسر و بیکاری (۱۰)، حاملگی ناخواسته (۱۱)، سابقه اختلال روانی و تجربه خشونت در کودکی (۱۲) حاملگی بیش از ۶ بار، ۴ یا بیشتر فرزند دختر و تحت فشار بودن برای بدنیا آوردن فرزند پسر، اشاره نمود (۱۳).

بارداری دوره پر خطری برای زنان خشونت دیده است

خانگی خفیف)، ۱۱ تا ۲۰ (خشونت خانگی متوسط) و امتیاز ۲۱ تا ۳۰ (خشونت خانگی شدید) بود. بخش سوم سئوالات مربوط به بررسی پیامدهای نامطلوب بارداری (وزن کم هنگام تولد (۲۵۰۰ گرم یا کمتر)، محدودیت رشد جنین (FGR)، زایمان زودرس (مدت بارداری کمتر از ۳۷ هفته کامل)، پاره شدن زودرس پرده ها، دکولمان جفت، مرگ و میر حوالی تولد، سقط جنین بعد از هفته ۱۲ حاملگی) بود. اطلاعات به روش مصاحبه جمع آوری شد. در پژوهش حاضر برای تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. ابتدا پرسشنامه از طریق مطالعه کتب و مقالات و منابع علمی موجود با نظر مشاور آمار تنظیم و سپس توسط ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی کرج مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از گردآوری نظرات و اصلاحات لازم، پرسشنامه توسط شورای پژوهشی دانشکده مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه فعلی به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش باز آزمایی مجدد استفاده گردید که به این منظور پرسشنامه ها در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰ تن از زنان واجد شرایط شرکت در پژوهش قرار داده شد و همبستگی حاصل از دو آزمون برآورد گردید. ضریب همبستگی در مطالعه حاضر برای پرسشنامه خشونت خانگی ($r=0/82$) بدست آمد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پرسشنامه ها بی نام و بر اساس کدگذاری تکمیل گردید و به نمونه های پژوهش در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در مطالعه و این نکته که در صورت عدم تمایل به همکاری در هر زمانی می توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در مطالعه اعلام نمایند و عدم مشارکت ایشان هیچگونه تاثیری بر وضعیت بستری و درمانی آنان نخواهد داشت، توضیحات لازم داده شد. پژوهشگر از کلیه مفاد بیانیه ی هلسینکی در مورد اصول اخلاقی در تحقیقات پزشکی شامل نمونه های انسانی مطلع بوده و خود را متعهد به رعایت آن می داند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS و پیراست ۱۸ استفاده گردید. به منظور دستیابی به نتایج مورد نظر از آمار استنباطی تی

نامطلوب بارداری در شهر کرج طی مدت ۶ ماهه (۱۳۸۷-۱۳۸۶) انجام شد تا با ارائه راهکارهای مناسب جهت پیشگیری، غربالگری و افزایش آگاهی کادر بهداشتی و درمانی جهت شناسایی زنان در معرض خطر و جلوگیری از عوارض ناشی از آن به مبارزه با اعمال خشونت علیه زنان بخصوص زنان باردار و ارتقاء سلامت جسمی و روانی زنان در دوران بارداری کمک نماییم.

روش کار:

این یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که در مدت ۶ ماه (از ابتدای دی ماه ۸۶ تا آخر خرداد ۸۷) بر روی ۱۶۸ زنان بارداری که به علت پیامدهای نامطلوب بارداری در بخش های زنان، لیبر و بعد از زایمان بیمارستانهای البرز، کمالی، امام خمینی، حضرت علی و باهنر شهر کرج بستری شده بودند، انجام شد. نمونه گیری به روش آسان بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از ساکن بودن در شهر کرج، عدم ابتلاء به بیماری در طی حاملگی، اضافه وزن طبیعی در طی بارداری ($16Kg$ - $11/5$)، قرار داشتن در فاصله سنی ۱۸-۳۵ سال. زنانی که دارای سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، مصرف دارو به طور مداوم، ابتلاء به بیماری در طی بارداری، سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵ سال، اضافه وزن غیرطبیعی در طی بارداری، سقط جنین در سه ماهه اول بارداری، تولد نوزاد با ناهنجاری های مادرزادی، حاملگی چندقلو، سابقه فامیلی زایمان زودرس و سابقه سقط جنین های مکرر بعد از هفته ۱۲ حاملگی بودند از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل سه بخش بود. بخش اول مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش، بخش دوم ۳۰ سوال مربوط به تعیین خشونت خانگی بود که ۱۷ سوال مربوط به خشونت کلامی و روانی، ۷ سوال مربوط به خشونت فیزیکی و ۶ سوال مربوط به خشونت جنسی بود که هر سوال دارای دو گزینه بلی و خیر بود که به این گزینه ها به ترتیب نمرات (۱) و (۰) تعلق می گرفت. دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ امتیاز بود و نمره بالاتر نشانه گزارش موارد بیشتر برخورد با خشونت خانگی بود. بر اساس امتیاز کسب شده نمره ۰ تا ۱۰ (خشونت

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب برخی متغیرها

متغیر	تعداد (درصد)
تحصیلات زن	
بی سواد	۴(۲/۴)
خواندن و نوشتن	۳(۱/۸)
ابتدایی	۲۴(۱۴/۳)
راهنمایی	۳۱(۱۸/۵)
متوسطه	۱۲(۷/۱)
دیپلم	۷۵(۴۴/۶)
لیسانس	۱۸(۱۰/۷)
بالتر از لیسانس	۱(۰/۶)
تحصیلات همسر	
بی سواد	۵(۰/۳)
خواندن و نوشتن	۳(۱/۸)
ابتدایی	۱۷(۱۰/۱)
راهنمایی	۳۰(۱۷/۹)
متوسطه	۲۱(۱۲/۵)
دیپلم	۷۱(۴۲/۳)
لیسانس	۱۸(۱۰/۷)
بالتر از لیسانس	۳(۱/۸)
وضعیت اشتغال زن	
خانه دار	۱۴۸ (۸۸/۱)
کارگر	۵ (۳)
کارمند	۱۴ (۸/۳)
سایر موارد	۱ (۰/۶)
وضعیت اشتغال همسر	
کارگر	۵۴ (۳۲/۱)
کارمند	۵۱ (۳۰/۴)
آزاد	۵۹ (۳۵/۱)
بیکار	۴ (۲/۴)
وضعیت اقتصادی (میزان درآمد ماهیانه)	
کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	۳۲ (۱۹)
۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان	۶۸ (۴۰/۵)
۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان	۴۱ (۲۲/۴)
بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان	۲۷ (۱۶/۱)
اعتیاد همسر به مواد مخدر یا الکل	
بلی	۲۱ (۱۲/۵)
خیر	۱۴۷ (۸۷/۵)
وضعیت مسکن	
شخصی	۴۴ (۲۶/۲)
استیجاری	۹۸ (۵۸/۳)
منزل پدر و مادر همسر	۲۱ (۱۲/۵)
سایر موارد	۵ (۳)
انجام مراقبتهای قبل از زایمان	
بلی	۱۵۷ (۹۳/۵)
خیر	۱۱ (۶/۵)

تست برای گروهای مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

میانگین سن زنان در مطالعه حاضر $25/85 \pm 4/42$ سال با دامنه ۳۶ تا ۱۷ سال و میانگین سن همسرانشان $30/94 \pm 6/03$ سال با دامنه ۷۰ تا ۲۰ سال بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در زنان مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

یافته های حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره آپگار ۳/۰۱ $\pm 7/53$ با دامنه ۹/۸ تا ۰ بود. پیامد نامطلوب بارداری به ترتیب عبارت بودند از وزن کم هنگام تولد (۲۵/۸٪)، زایمان زودرس (۲۴/۹٪)، پاره شدن زودرس پرده ها (۱۵/۵٪)، محدودیت رشد جنین (۱۱/۵٪)، دکولمان جفت (۹/۳٪)، سقط جنین بعد از هفته ۱۲ (۶/۷٪)، مرگ و میر پری ناتال (۶/۳٪) بود.

یافته ها نشان داد که ۱۶/۷٪ تحت خشونت فیزیکی، ۵۰٪ خشونت کلامی و روانی و ۴۵/۲٪ خشونت جنسی قرار گرفته بودند. از نظر شدت خشونت خانگی ۹۵/۸٪ با خشونت خفیف، ۳/۶٪ متوسط و ۰/۶٪ شدید رو به رو بودند. همانگونه که جدول ۲ نشان داد بیشترین میانگین خشونت مربوط به خشونت روانی - اجتماعی بوده است.

بیشترین موارد خشونت کلامی و روانی، داد و فریاد زدن و بداخلاقی کردن های مکرر (۲۸/۶٪)، بهانه گیری های پی در پی (۳۳/۹٪)، قهر کردن و صحبت نکردن های مکرر (۲۲/۶٪)، ایجاد محدودیت یا ممانعت در ارتباط دوستانه و فامیلی و تماسهای تلفنی (۲۰/۸٪) بود. بیشترین موارد خشونت فیزیکی کتک خوردن توسط همسر (۱۶/۷٪)، کشیدن و هل دادن (۷/۱٪)، مشت و لگد و سیلی زدن (۵/۴٪) و بیشترین موارد خشونت جنسی، اجبار به انجام نزدیکی جنسی در طی دوران بارداری (۳۱/۵٪)، آزار روحی و روانی هنگام برقراری روابط جنسی با همسر در طی دوران بارداری (۲۶/۸٪)، قطع رابطه جنسی با همسر بدون تمایل زن در طی بارداری (۱۷/۳٪) بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار انواع خشونت خانگی در زنان باردار شهر کرج طی مدت ۶ماه (۱۳۸۷-۱۳۸۶)

دامنه نمرات زنان دامنه نمرات		انحراف معیار ± میانگین		ابزار
۰-۱۷	۰-۱۴	۱/۷۲±۲/۴۸	۰-۱۷	خشونت روانی اجتماعی
۰-۶	۰-۶	۰/۹۳±۱/۲۶	۰-۶	خشونت جنسی
۰-۷	۰-۲	۰/۲۷±۰/۶۸	۰-۷	خشونت فیزیکی
۰-۳۰	۰-۲۲	۲/۹۲±۳/۷۷	۰-۳۰	نمره کل خشونت

آزمون ضریب همبستگی پیرسون همبستگی معناداری بین سن زن و همسرانشان با خشونت روانی-اجتماعی، جنسی، فیزیکی و نمره کل خشونت خانگی ($P > 0/05$) نشان نداد.

اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره خشونت جنسی ($p = 0/048$)، فیزیکی ($p = 0/010$) و نمره کل خشونت خانگی ($p = 0/034$) بر حسب تحصیلات زن، بدست آمد. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره خشونت روانی و کلامی ($p = 0/003$)، جنسی ($p = 0/018$)، فیزیکی ($p = 0/022$) و نمره کل خشونت خانگی ($p = 0/002$) بر حسب شغل زن مشاهده گردید. آزمون تی تست برای گروه های مستقل تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره خشونت روانی کلامی ($p < 0/001$)، جنسی ($p < 0/001$)، فیزیکی ($p < 0/001$) و نمره کل خشونت خانگی ($p < 0/001$) بر حسب اعتیاد همسر به مواد مخدر و اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره خشونت فیزیکی بر حسب دریافت مراقبتهای قبل از زایمان نشان داد ($p = 0/024$).

جدول ۳ نشان داد که بر اساس نتایج آزمون تی تست اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره خشونت کلامی و روانی بر حسب وزن کم زمان تولد دیده شد ($P = 0/046$) اما اختلاف آماری معناداری در میانگین نمره خشونت کلامی و روانی، خشونت فیزیکی و خشونت جنسی بر حسب سایر پیامدهای نامطلوب بارداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). آزمون ضریب همبستگی پیرسون همبستگی معناداری بین نمره آپگار با نمره خشونت روانی و کلامی ($p = 0/617$ ، $r = -0/041$)، خشونت جنسی ($r = 0/182$) و فیزیکی ($p = 0/092$ ، $r = -0/138$) و نمره کل خشونت خانگی ($p = 0/283$ ، $r = -0/088$) نشان نداد.

جدول ۳: مقایسه میانگین انواع خشونت خانگی بر حسب پیامدهای نامطلوب بارداری در زنان باردار شهر کرج طی مدت ۶ماه (۱۳۸۷-۱۳۸۶)

پیامدهای نامطلوب بارداری	خشونت کلامی و روانی	خشونت جنسی	خشونت فیزیکی	نمره کل خشونت خانگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
وزن کم هنگام تولد	خیر	۱/۱۷±۲/۰۱	۰/۷۴±۱/۰۹	۲/۱۷±۳/۱۰
	بلی	۲±۲/۴۱	۰/۹۷±۱/۲۲	۳/۲۲±۳/۵۹
نتایج آزمون محدودیت رشد جنین	خیر	$p = 0/046$	$p = 0/279$	$p = 0/091$
	بلی	۱/۸۱±۲/۶۵	۱±۱/۳۴	۳/۱۰±۴/۰۸
نتایج آزمون زایمان زودرس	خیر	۱/۸۷±۱/۹۱	۰/۷۹±۰/۹۷	۲/۹۱±۲/۵۳
	بلی	$p = 0/913$	$p = 0/454$	$p = 0/831$
نتایج آزمون پاره شدن زودرس پرده ها	خیر	۱/۳۱±۱/۸۶	۰/۷۵±۱/۰۲	۲/۲۴±۲/۷۴
	بلی	۲/۰۳±۲/۷۹	۱/۰۹±۱/۳۶	۳/۴۵±۴/۲۲
نتایج آزمون	خیر	$p = 0/089$	$p = 0/105$	$p = 0/057$
	بلی	۱/۶۷±۲/۵۴	۱/۰۲±۱/۳۹	۳/۰۱±۳/۹۷
نتایج آزمون دکولمان جفت	خیر	۲/۰۳±۲/۵۴	۱/۱۰±۱/۲۹	۳/۴۹±۳/۹۵
	بلی	$p = 0/424$	$p = 0/750$	$p = 0/501$
نتایج آزمون مرگ و میر پری ناتال	خیر	۱/۹۳±۲/۷۰	۱/۰۶±۱/۳۴	۳/۳۴±۴/۱۷
	بلی	۱/۵۵±۲/۰۳	۱/۰۵±۱/۳۶	۲/۹۱±۳/۲۹
نتایج آزمون سقط جنین بعد از هفته ۱۲	خیر	$p = 0/461$	$p = 0/983$	$p = 0/587$
	بلی	۱/۷۴±۲/۳۱	۰/۹۱±۱/۱۸	۲/۸۹±۳/۴۷
نتایج آزمون	خیر	۲/۳۶±۳/۸۴	۱/۴۲±۱/۸۳	۴/۳۱±۵/۹۷
	بلی	$p = 0/320$	$p = 0/107$	$p = 0/135$
نتایج آزمون	خیر	۱/۸۳±۲/۳۲	۱/۰۴±۱/۲۶	۳/۱۷±۳/۵۸
	بلی	۱/۸۳±۳/۳۷	۱/۱۲±۱/۶۷	۳/۴۵±۵/۳۴
		$p = 0/998$	$p = 0/803$	$p = 0/753$

بحث:

در پژوهش حاضر ۱۶/۷٪ زنان در طول مدت بارداری تحت خشونت فیزیکی، ۵۰٪ خشونت کلامی و روانی و ۴۵/۲٪ خشونت جنسی قرار گرفته بودند. در مطالعه دولتیان در سال ۱۳۸۸ شیوع سوء رفتار در بارداری ۴۸/۶٪ بود که ۱۴/۲٪ سوء رفتار فیزیکی، ۱۸/۶٪ سوء رفتار جنسی و ۴۸/۴٪ سوء رفتار عاطفی بود (۱۴). نتایج بررسی مردانی حامله در سال ۱۳۸۸ نشان داد که ۶۳٪ زنان باردار تحت خشونت فیزیکی، ۵۲/۲٪ خشونت جنسی و ۴۲/۴٪ خشونت عاطفی قرار گرفته بودند (۱۵). تفاوت موجود در شیوع خشونت در بین زنان با فراوانی های متفاوتی گزارش شده که این تفاوت می تواند ناشی از روش تحقیق، نوع نمونه گیری و تفاوت های فرهنگی و تمایل پاسخگویان در افشای تجارب خشونت خانگی در دوران بارداری به عنوان بخشی از زندگی خصوصی آنان باشد.

در پژوهش حاضر بیشتر زنان خشونت خفیفی را در دوران بارداری تجربه نموده بودند. بهنام در سال ۱۳۸۷ نیز به نتایج مشابهی دست یافت، بطوریکه بیشتر زنان خشونت خیلی خفیفی را در دوران بارداری گزارش نموده بودند (۱). در مطالعه جعفر نژاد در سال ۱۳۸۸ نیز ۸۹/۲٪ زنان باردار تحت خشونت خیلی خفیف قرار گرفته بودند (۱۶). شاید زنان در دوران بارداری تحت حمایت بیشتر همسران خود قرار می گیرند که این امر شدت خشونت علیه زنان در دوران بارداری را کاهش می دهد.

در مطالعه حاضر بیشترین نوع خشونت مربوط به خشونت روانی و کلامی بود. این یافته با نتایج مطالعه عقیفی در سال ۲۰۱۱ مشابهت دارد که نشان داد ۳۹/۳٪ زنان تحت خشونت روانی، ۱۷/۹٪ جسمی، ۶/۹٪ جنسی قرار گرفته بودند و بیشترین مورد خشونت مربوط به خشونت روانی بوده است (۷). در پژوهش انجام شده توسط اولاغبوجی در سال ۲۰۱۰ شایعترین نیز نوع خشونت روانی بود (۱۷).

در مطالعه حاضر بیشترین نوع خشونت کلامی و روانی مربوط به بهانه گیری های پی در پی همسر بود. این یافته

با نتایج مطالعه مردانی حامله در سال ۱۳۸۸ همسو نبود که نشان داد بیشترین خشونت فحش و ناسزاگویی (۱۵/۴٪) بود (۱۵).

در مطالعه حاضر بیشترین نوع خشونت فیزیکی مربوط به کتک خوردن توسط همسر بود. این یافته با نتایج مطالعه بداغ آبادی در سال ۱۳۸۴ همخوانی دارد که نشان داد سیلی زدن (۲۹/۵٪) شایعترین رفتار خشونت آمیز جسمی از سوی همسران در دوران بارداری بوده است (۱۸). مطالعه مردانی حامله در سال ۱۳۸۸ نشان داد که بیشترین نوع خشونت فیزیکی علیه زنان باردار سیلی زدن (۲۵/۹٪) بود (۱۵).

در مطالعه حاضر بیشترین مورد خشونت جنسی اجبار به انجام نزدیکی جنسی در طی دوران بارداری بود. این یافته با نتایج مطالعه مردانی حامله در سال ۱۳۸۸ همخوانی دارد که نشان داد بیشترین نوع خشونت جنسی در زنان باردار شروع رابطه جنسی بدون رضایت همسر (۱۶/۷٪) بود (۱۵).

در مطالعه حاضر تولد نوزاد با وزن پایین در زنانی که در دوران بارداری تحت خشونت کلامی و روانی قرار گرفته بودند بیشتر بود. در مطالعه بهنام در سال ۱۳۸۷ نیز همبستگی معکوس معنی داری بین وزن زمان تولد با خشونت روانی، جسمی و نمره کل خشونت دیده شد (۱). در مطالعه انصاری در سال ۱۳۸۷ ارتباطی بین خشونت روانی - کلامی و جنسی با وزن کم زمان تولد مشاهده نشد اما با خشونت فیزیکی ارتباط نشان داد (۱۹). در مطالعه هاشمی نسب در سال ۱۳۸۵ اختلافی بین میانگین وزن زمان تولد در زنان خشونت دیده و خشونت ندیده بدست نیامد (۵). دولتیان در سال ۱۳۸۸ معتقد است که انقباض عروقی ایجاد شده توسط فعال شدن هیپوفیز، آدرنال و سمپاتیک که به دنبال خشونت رخ می دهد ممکن است سبب کاهش خونرسانی رحمی جفتی شود که خود منجر به هایپوکسی و در نتیجه محدودیت رشد داخل رحمی و وزن کم زمان تولد می شود (۱۴).

نتایج مطالعه فعلی حاکی از آن بود که زنان دارای تحصیلات خواندن و نوشتن بیشتر در معرض خشونت

تاثیر به سزایی در افزایش وزن دوران بارداری و سن حاملگی جنین خواهد داشت (۱۸).

نتیجه نهایی:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خشونت خانگی در دوران بارداری با شدت خفیف و بیشتر به شکل روانی کلامی شایع بوده و عواملی چون تحصیلات و شغل زن، اعتیاد شوهر به مواد مخدر با بروز خشونت ارتباط داشت. از میان پیامدهای نامطلوب بارداری وزن کم زمان تولد با خشونت روانی و کلامی ارتباط نشان داد. به نظر می رسد غربالگری خشونت خانگی در زنان باردار، آموزش در جهت پیشگیری، حمایت جسمی، روحی و روانی و اقتصادی و اجتماعی و حقوقی از زنان در دوران بارداری به منظور ارتقاء سلامت مادران باردار ضروری می باشد. از محدودیتهای مطالعه حاضر این بود که احتمال داشت وضعیت تغذیه مادران در طی بارداری بر برخی موارد و پیامدهای حاملگی تأثیر بگذارد، همچنین عدم تمایل به فاش کردن خشونت خانگی توسط مادران و صادق نبودن در پاسخ به سوالات پرسشنامه دو موردی موارد بود که کنترل آنها از اختیار پژوهشگر خارج بودند. با توجه به میزان بالای خشونت خانگی انجام مطالعاتی جهت تعیین شیوع خشونت خانگی در طی بارداری و تأثیر آن بر پیامد بارداری در قومیت‌های مختلف ایران و همچنین بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و حقوقی از زنان باردار بر میزان بروز خشونت در دوران بارداری و پیامدهای نامطلوب بارداری پیشنهاد می شود.

سیاسگزاری:

مطالعه حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بوده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج جهت تصویب و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

1. Behnam H.R, Moghadam Hosseini V, Soltanifar A. [Domestic violence against Iranin pregnancy women]. *Ofogh-E-Danesh* 2008; 14(2): 70-6. (Persian).

جنسی و فیزیکی و خشونت خانگی قرار داشتند. نتایج مطالعه حسامی در سال ۱۳۸۹ نشان داد که زنان با سطح تحصیلات پایینتر خشونت بیشتری را تجربه نموده بودند (۶). اما بطور معکوس در مطالعه بهنام در سال ۱۳۸۷ رابطه مستقیمی بین خشونت روانی، جنسی و فیزیکی با سطح تحصیلات وجود داشت و با افزایش سطح تحصیلات میزان روبه رویی با خشونت در دوران بارداری نیز افزایش یافته بود (۱). نتایج مطالعه هاشمی نسب در سال ۱۳۸۵ نیز ارتباطی بین خشونت فیزیکی خانگی و تحصیلات زنان باردار نشان نداد (۵) شاید فقدان آگاهی از حقوق اجتماعی در عدم شکایت از خشونت های خانگی دخیل باشد.

در مطالعه حاضر زنان کارگر بیشتر در معرض خشونت خانگی قرار داشتند. در مطالعه اکور در سال ۲۰۱۱ زنان شاغل بیشتر در معرض خشونت خانگی قرار گرفته بودند (۱۳). اما در مطالعه هاشمی نسب در سال ۱۳۸۵ زنان خانه دار بیشتر در معرض خشونت خانگی قرار داشتند. شاید مسائل اقتصادی، تنشهای شغلی، کوتاهی در رسیدگی به وظایف خانگی و زناشویی با این مسئله مرتبط باشد.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر زنان دارای همسران معتاد بیشتر تحت خشونت های کلامی روانی، جنسی و فیزیکی در دوران بارداری قرار گرفته بودند. این یافته با نتایج بررسی زرین در سال ۲۰۰۹ همسو است (۱۰). اعتیاد با زمینه سازی در بروز اختلافات خانوادگی، ایجاد تنش در بستر خانواده، بر هم زدن تعادل روحی و روانی زمینه را برای بروز خشونت مهیا می سازد.

در مطالعه حاضر زنانی که بیشتر تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند کمتر از مراقبتهای قبل از زایمان بهره مند شده بودند. این یافته با نتایج مطالعات بداع آبادی در سال ۱۳۸۴، دولتیان در سال ۱۳۸۸ و کاسکی در سال ۲۰۱۱ همسو است که نشان دادند زنان قربانی خشونت بدلیل عدم حمایت کافی از سوی همسران از مراقبتهای پره ناتال کافی بهره مند نمی باشند (۱۴، ۱۸، ۲۰). عدم دریافت کافی مراقبتهای پره ناتال از نظر کمی و کیفی

2. Ergonen AT, Ozdemir MH, Can IO, Sonmez E, Salacin S, Berberoglu E, Demir N. Domestic violence on pregnant women in Turkey. *J Forensic Leg Med* 2009; 16(3):125-9.
3. Babapour J, Sattarzadeh N, khaei R. [Psychological violence against pregnant women, risk factors and it's relation to some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz teaching Hospitals in 2007]. *Tabriz Nursing and Midwifery Journal* 2008;(11):10-17. (Persian).
4. Bodaghabadi M. [Prevalence of violence and related factors in pregnant women referred to Shahid Mobini Hospital, Sabzevar]. *Med J Hormozgan Univ* 2007; 11(1):71-6. (Persian).
5. Hasheminasab L. [Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referred to delivery departments of Sanandaj Hospitals]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2007; 11(4):32-41. (Persian).
6. Hesami K, Doulatian M, Shams J, Alavi Majd H. [Domestic violence before and during pregnancy among pregnant]. *Iranian J Nurs* 2010; 23(63): 51-9. (Persian).
7. Afifi ZE, Al-Muhaideb NS, Hadish NF, Ismail FI, Al-Qeamy FM. Domestic violence and its impact on married women's health in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2011 ;32(6):612-20.
8. Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic violence during pregnancy and mental health: Exploratory study in primary health centers in Penalolen. *ISRN Obstet Gynecol* 2011; 2011:265817.
9. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. [Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan(2003)]. *Koomesh* 2005; 6(2):115-22. (Persian).
10. Zareen N, Majid N, Naqvi S, Saboohi S, Fatima H. Effect of domestic violence on pregnancy outcome. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19(5): 291-6.
11. Fawole OI, Abass LW, Fawole AO. Prevalence of violence against pregnant women in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2010;39(4):293-303.
12. Audi CA, Segall-Corraa AM, Santiago SM, Andrade Mda G, Perez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2008; 42(5): 877-85.
13. Okour AM, Badarneh R. Spousal violence against pregnant women from a Bedouin community in Jordan. *J Womens Health (Larchmt)* 2011 ; 26.
14. Doulatian M, Gharacheh M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H.[Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes]. *Med J Hormozgan Univ* 2010; 13(4): 260-69. (Persian).
15. Mardani Hamule M, Heidari H.[Assessment of pregnancy and types of violence against women and associated factors]. *Bimonthly of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2009;7(3):173-80. (Persian).
16. Jafarnezhad F, Moghadam Hosseini V, Soltanifar A, Ebrahimzadeh S. [Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment]. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2009; 16(1):35-42. (Persian).
17. Olagbuji B, Ezeanochie M, Ande A, Ekaete E. Trends and determinants of pregnancy-related domestic violence in a referral center in southern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108(2): 101-3.
18. Bodaghabadi M. [Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to mobini hospital in Sabzevar ,Iran]. *J Sabzevar Univ of Med Sci* 2005; 12(3):41-46. (Persian).
19. Ansari H, Parisai Z, Rahimi E, Rakhshani F. [Relationship between violence exposure pregnancy and neonatal low birth weight :a case – control study]. *Jahrom Med J* 2009; 6(2):17-26. (Persian).
20. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *J Health Popul Nutr* 2011;29(3):245-54.