

پیامدهای بهداشتی مرتبط با سوء رفتار همسر در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر گچساران در سال ۱۳۸۶

ماهرخ دولتیان^{*}، مریم قراچه^{**}، محبوبه احمدی^{*}، دکتر جمال شمس^{***}، دکتر حمید علوی مجد^{****}
^{*}مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^{**}مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، گچساران، ایران.
^{***}استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^{****}دانشیار آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف

سوء رفتار همسر طی بارداری یک مشکل جدی و گسترده و همراه با انواعی از پیامدهای منفی بهداشتی است. با وجود اهمیت موضوع هنوز اطلاعات کافی به خصوص در کشورهای در حال توسعه به اندازه کافی در دسترس نیست. لذا این تحقیق با هدف تعیین پیامدهای بهداشتی مرتبط با سوء رفتار همسر در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر گچساران در سال ۱۳۸۶ انجام گردید.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان های شهر گچساران که به روش آسان انتخاب شده بودند، انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، سوالات مربوط به سوء رفتار و سوالات مربوط به پیامدهای بهداشتی بود. جهت تعیین اعتبار و پایایی ابزار به ترتیب از روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی، آزمون تی، دقیق فشر، من ویتنی و مربع کای استفاده گردید. سطح معنی داری اختلاف ها در تمام موارد $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

۴۸/۶٪ از زنان باردار تحت سوء رفتار همسر قرار گرفته بودند. سوء رفتار با پیامدهای بهداشتی نامطلوب نظیر بارداری ناخواسته، دفعات کم مراقبت پرنتال، فاصله گذاری اندک بین موالید، تأخیر در شروع شیردهی و عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری ارتباط معنی داری نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصله، سوء رفتار همسر می تواند منجر به مشکلات بهداشتی جدی گردد که اهمیت و لزوم اقدامات پیشگیرانه علیه خشونت را مورد تأیید قرار می دهد.
کلید واژه ها: خشونت؛ پیامد بهداشتی؛ حاملگی.

مقدمه

در دهه اخیر، خشونت علیه زنان در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک نگرانی فرآیند در میان محققین و سیاست‌گذاران علاقمند به توانمندسازی زنان مطرح بوده است. در این کشورها زنان در معرض بسیاری از اشکال خشونت قرار دارند که خشونت خانگی شایع‌ترین فرم آن است (۲، ۱). مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های امریکا خشونت شریک جنسی را به عنوان الگوی شدید سوءرفتار همراه با اعمال اجبار، ارباب یا تهدید و کنترل یک شریک جنسی بر دیگری در یک رابطه نزدیک تعریف کرده است (۳) و از لحاظ ماهیت، دامنه‌ای از سوءرفتار جسمی و روانی تا سوءرفتار جنسی را شامل می‌شود. شیوع خشونت خانگی اعمال شده در بارداری از ۱ تا ۳۰٪ گزارش شده است (۴). در ایران نیز شیوع خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰٪ گزارش گردیده است (۵، ۶). عواقب سوءرفتار شریک جنسی بر همه جنبه‌های زندگی زنان از جمله اعتماد به نفس، قدرت باروری، استقلال درونی، ظرفیت مراقبت از خود و کودک، سلامتی و بهداشت، توانایی مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. به علاوه اثرات خشونت، علاوه بر زنان و کودکان، خانواده و جامعه را نیز متأثر می‌سازد (۷). در بارداری نیز خشونت شریک جنسی، مشکل عمده‌ای است که بهداشت باروری و سلامت روانی زنان باردار را متأثر می‌سازد. بارداری ممکن است مشکلات بین فردی را تشدید کرده و از سوی دیگر خطر سوءرفتار همسر در دوران بارداری را افزایش دهد (۸). در واقع بارداری خود می‌تواند یک عامل استرس‌زا در زندگی زوجین باشد که ثبات و پایداری خانواده را بر هم زده و منجر به افزایش خشونت شود (۹). خشونت طی بارداری می‌تواند هم‌زمان سلامت مادر و جنین را به مخاطره اندازد (۹، ۳). زنان قربانی خشونت همسر طی بارداری در افزایش خطر عوارضی هم‌چون خونریزی واژینال، دکولمان جفت، پارگی رحم، عفونت‌های ادراری، عفونت‌های سرویکال و واژینال، افزایش فشارخون دوران بارداری و پره اکلامپسی، پارگی رحم کبد یا طحال و شکستگی‌های لگنی هستند (۱۰، ۱۱). از سوی دیگر خشونت شریک جنسی، اثرات منفی عمده‌ای بر بهداشت روانی زنان دارد که اغلب منجر به اشکال مختلف دیسترس عاطفی و افسردگی طی دوران بارداری و پس از زایمان می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند که زنان باردار تحت سوءرفتار در رابطه با بارداری خود محزون‌تر بوده و نسبت به سایر زنان بیشتر نگران زایمان و مادر شدن هستند (۹). سوءرفتار همسر هم‌چنین همراه با عواقب جدی بهداشت باروری نظیر بارداری ناخواسته، کوتاه بودن فاصله‌گذاری بین موالید و عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از

بارداری است (۱۲). به‌علاوه نشان داده شده است در زنانی که تجربه خشونت داشته‌اند احتمال شروع شیردهی پس از زایمان کمتر از سایرین می‌باشد (۱۷-۱۳).

ارتباط خشونت با پیامدهای بهداشتی در زنان، ممکن است تا حدی با ویژگی‌های مربوط به همسر توضیح داده شود. برای مثال مردانی که مرتکب خشونت می‌شوند بیشتر احتمال دارد که درگیر رفتارهای جنسی پرخطر نظیر داشتن شرکای جنسی متعدد بوده و بنابراین در خطر افزایش یافته‌ای برای ابتلا به بیماری‌های مقاربتی باشند. از سوی دیگر زنان در یک رابطه خشونت‌آمیز کمتر قادر به استفاده از کاندوم و روش‌های پیشگیری از بارداری و سایر اقدامات حفاظتی هستند (۱۸). هم‌چنین این زنان کنترل کمتری بر تصمیمات مربوط به بهداشت باروری خود دارند که خطر بارداری ناخواسته را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۱). علاوه بر این، پیامدهای بهداشتی ناشی از خشونت علیه زنان می‌تواند خسارات اجتماعی بسیاری را بر جامعه تحمیل نموده و موجب افزایش هزینه‌های درمانی، کاهش کارایی و کاهش کیفیت زندگی گردد (۱۹). با شناسایی زودرس خشونت و مداخله پیشگیرانه، می‌توان از عوارض و مرگ و میر مربوط به آن جلوگیری کرد (۲۰) و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش داد (۲۱). علی‌رغم شناسایی این مطلب که خشونت ممکن است همراه با عواقب جدی بهداشت باروری زنان باشد درک ما از ارتباط بین این دو عامل محدود است (۲۲). هم‌چنین در میان جوامع و فرهنگ‌های مختلف، یافته‌های گزارش شده متناقض است (۱۲). لذا تحقیقی با هدف تعیین بررسی پیامدهای بهداشتی مرتبط با سوءرفتار همسر در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر گچساران در سال ۱۳۸۶ انجام گردید. امید است افزایش درک و آگاهی ما در زمینه سوءرفتار و پیامدهای بهداشتی جهت طرح برنامه‌ها و استراتژی‌های مداخله‌ای مؤثر و جهت‌دهی سیاست‌های بهداشتی به کار رفته و گامی در جهت ارتقای سلامت جامعه بردارد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر گچساران انجام گردید. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار با ملیت ایرانی بدون توجه به سن حاملگی که برای زایمان یا سقط به بیمارستان مراجعه نموده بودند، سن ۱۸ تا ۳۵ سال و پارتیتی ۴ و کمتر، حاملگی تک قلو و سفالیک و عدم وجود تنگی لگن، سزارین قبلی و سزارین انتخابی، عدم وجود بیماری شناخته شده جسمی و روانی و مشکلات مامایی بود. ابزار

گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ی سنجش سوءرفتار پرسشنامه‌ی خود ساخته در سه حیطه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی برگرفته از چند پرسشنامه‌ی دیگر شامل پرسشنامه‌ی استفاده شده در طرح ملی بررسی خشونت خانگی در ۲۸ استان کشور (امینی ۱۳۸۳) و فرامرزی و همکاران (۲۰۰۵)، هاشمی نسب (۱۳۸۵)، صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۵)، کاظمی نوائی (۱۳۸۴) بود (۲۶-۲۳).

در این پژوهش منظور از سوءرفتار، خشونت اعمال شده توسط همسر در طی بارداری بود و زن باردار خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد. خشونت فیزیکی با ۱۸ سؤال، خشونت جنسی با ۹ سؤال و خشونت عاطفی با ۱۵ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۶ حالت لیکرت (هرگز، یک‌بار در بارداری، ۲ تا ۵ بار در بارداری، یک‌بار در ماه، یک‌بار در هفته، هر روز) محاسبه گردید. منظور از پیامدهای بهداشتی، بارداری ناخواسته، فاصله‌گذاری بین موالید، دفعات مراقبت پرناتال، شروع شیردهی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری بود. جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد. ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود. پایایی پرسشنامه سوءرفتار با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه‌گیری ۰/۹ به دست آمد. روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهش‌گر در بخش پس از زایمان بعد از فراهم کردن محیط محرمانه و انجام مصاحبه اولیه که شامل معرفی خود و کسب اجازه از افراد و دادن

توضیحات در مورد اهداف پژوهش بود، در صورتی که فرد حایز شرایط تعیین شده جهت جامعه پژوهش بود و موافقت خود را به صورت رضایت‌نامه کتبی اعلام می‌داشت پس از اخذ تاریخچه دقیق مامایی، او را به عنوان نمونه انتخاب کرده و موارد مربوط به عواقب بهداشت باروری توسط پژوهش‌گر از پرونده مادر تکمیل و سپس پرسشنامه سوءرفتار از طریق مصاحبه در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل می‌گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS ۱۵ و آمار توصیفی، آزمون تی، دقیق فیشر، من ویتنی و مربع کای برای تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد. سطح معنی‌داری اختلاف‌ها در تمام موارد $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۵۰۰ زن مورد مطالعه ۲۴۳ نفر (۴۸/۶٪) تحت سوءرفتار تشخیص داده شدند. در گروه بدون سوءرفتار و تحت سوءرفتار به ترتیب میانگین سن $25/5 \pm 4/2$ و $23/6 \pm 4/4$ سال، میانگین سن همسر $31/4 \pm 4/2$ و $29/7 \pm 4/4$ سال و میانگین مدت ازدواج $3/9 \pm 3/8$ و $5/4 \pm 3/6$ سال بود. اختلاف دو گروه از نظر سه متغیر مذکور به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$ ، آزمون تی). همچنین بین سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و تحصیلات همسر، مدت ازدواج، شغل مادر و همسر، میزان درآمد خانواده و اعتیاد همسر در دو گروه تحت سوءرفتار و بدون سوءرفتار تفاوت معنی‌داری وجود داشت (همه موارد $P < 0/001$) اختلاف دو گروه از نظر تعداد بارداری معنی‌دار نبود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع زنان با و بدون سوءرفتار بر اساس شاخص‌های جمعیت شناختی

متغیرها	گروه	
	بدون سوءرفتار	تحت سوءرفتار
سن مادر*	۲۵۷ نفر	۲۴۳ نفر
سن همسر*	۴۷(۱۸/۳٪)	۱۴۱(۵۸٪)
تعداد بارداری**	۱۱۷(۴۵/۵٪)	۱۳۴(۵۵/۱٪)
تحصیلات مادر***	۱۲۰(۴۶/۷٪)	۱۴۰(۵۷/۶٪)
تحصیلات همسر***	۱۸۱(۷۰/۴٪)	۱۲۵(۵۱/۴٪)
مدت ازدواج*	۱۶۲(۶۳٪)	۱۴۹(۶۱/۳٪)
شغل مادر#	۱۴۱(۵۴/۹٪)	۱۹۱(۷۸/۶٪)
شغل همسر#	۲۱۸(۸۴/۸٪)	۲۳۵(۹۶/۷٪)
	۲۵۷(۱۰۰٪)	۲۲۳(۹۱/۸٪)

* آزمون تی، ** آزمون من ویتنی، # آزمون مربع کای

۱۴/۲٪ زنان در دوران بارداری تحت سوءرفتار فیزیکی و ۱۸/۶٪ تحت سوءرفتار جنسی و ۴۸/۴٪ تحت سوءرفتار عاطفی توسط همسرانشان قرار گرفته بودند.

۵/۸٪ افراد گروه بدون سوءرفتار و ۳۶/۲٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار بارداری ناخواسته داشتند ($P < 0.001$ ، $OR = 9$ ، $95\%CI: 16-58$).

میانگین تعداد دفعات مراقبت پرناتال در گروه تحت سوءرفتار 10.7 ± 5 و در گروه بدون سوءرفتار 16.3 ± 2.3 بار بود ($P < 0.05$).

۱/۵۶٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۱۴/۲٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار فاصله بین مولید کمتر از ۳ سال داشتند ($P < 0.001$ ، $OR = 7.7$ ، $95\%CI: 4.2-14$).

۹/۵۳٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۱۰/۵٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند ($P < 0.001$ ، $OR = 9$ ، $95\%CI: 6.2-15$).

۸/۳۴٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۵/۸٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار، شیردهی بعد از زایمان را با تأخیر آغاز کرده بودند ($P < 0.001$ ، $OR = 8$ ، $95\%CI: 4.7-15$).

بحث

نتایج تحقیق نشان داد که بین سوءرفتار در بارداری و برخی پیامدهای بهداشتی رابطه وجود دارد. شیوع سوءرفتار در بارداری ۴۸/۶٪ به دست آمد. زنان دارای بارداری ناخواسته ۹ برابر بیشتر از سایرین در معرض خشونت بودند. در مطالعه Stephenson گزارش شده است که ارتباط سوءرفتار با بارداری ناخواسته ممکن است به دلیل اثر خشونت بر توانایی زنان جهت تصمیم‌گیری بر استفاده مؤثر از روش‌های پیشگیری از بارداری باشد. به طوری که این زنان کنترل کمتری بر تصمیمات مربوط به بارداری خود دارند که منجر به بارداری ناخواسته می‌گردد. از سوی دیگر این موضوع ممکن است به برخی ویژگی‌های مربوط به همسر ارتباط داشته باشد چرا که زنانی که سوءرفتار جنسی را تجربه کرده‌اند عدم استفاده از کاندوم توسط همسر را نیز گزارش می‌کنند (۱۸). Gao، و Cripe شاهین نیز در مطالعه خود نشان دادند که ارتباط معنی‌داری بین خشونت و بارداری ناخواسته وجود دارد (۲۹-۲۷). زنانی که فاصله بین مولید کمتر از ۳ سال داشتند ۷/۷ برابر بیشتر از سایرین سوءرفتار را گزارش کرده بودند. در تأیید این مطلب Emenike و همکاران اظهار

می‌دارند عدم استقلال در تصمیم‌گیری در زمینه بارداری منجر به بارداری ناخواسته و فاصله‌گذاری کمتر بین مولید می‌شود (۱۲). میزان سوءرفتار در زنانی که قبل از بارداری از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده نکرده بودند بیش از سایرین گزارش گردید. از آن‌جا که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده بارداری ناخواسته، عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثر است (۲۹) و بارداری ناخواسته نیز در ارتباط با خشونت می‌باشد، بنابراین زنان تحت سوءرفتار بیش از سایرین، عدم استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را گزارش نمودند. آنان بیان کرده‌اند که علی‌رغم ترس از بارداری نمی‌توانند از مقاربت با همسرشان اجتناب نموده و از سوی دیگر دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری را ندارند چرا که این وسایل توسط همسر یافت شده و از بین برده می‌شود. همچنین برخی زنان گزارش کردند که از نظر همسرشان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در واقع مجوزی برای خیانت زن می‌باشد (۳۰). Salam و Stephenson نیز ارتباط منفی معنی‌داری را بین خشونت و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را گزارش کرده‌اند (۳۱، ۲۲). اما Fanslow و همکاران گزارش نموده‌اند که زنان تحت سوءرفتار به طور معنی‌داری بیش از سایرین از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند اما از سوی دیگر بیشتر احتمال دارد که این زنان دارای همسری باشند که استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری را نمی‌پذیرد یا به همسر خود اجازه استفاده از هیچ نوع از روش‌های پیشگیری را نمی‌دهد به طوری که این خصوصیات همسر می‌تواند شاخص کلیدی خشونت باشد (۳۰). فاصله‌گذاری کوتاه‌تر بین مولید و افزایش میزان بارداری ناخواسته در بین زنان تحت سوءرفتار، این یافته را حمایت می‌کند (۱۲). تضاد در مطالعات متعدد می‌تواند به دلیل تفاوت فرهنگی در نگرش مردان نسبت به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در جوامع مختلف باشد. تعداد دفعات مراقبت پرناتال نیز در دو گروه با و بدون سوءرفتار تفاوت معنی‌داری را نشان داد به طوری که تعداد دفعات مراقبت پرناتال در گروه تحت سوءرفتار کمتر بود. Diop-Sidibe نیز نتایج مشابهی با پژوهش حاضر گزارش کرده است (۳۲). در مطالعه Cunningham و همکاران بیان شده است، زنانی که تحت سوءرفتار قرار می‌گیرند یا اصلاً برای مراقبت پرناتال مراجعه نمی‌کنند یا دیرتر مراجعه می‌کنند (۸). در مطالعه شاهین

بارداری ناخواسته همراه با مجموعه‌ای از رفتارهای پرخطر نظیر مراقبت ناکافی پرناتال گزارش شده است (۲۹)، اما Campbell و همکاران گزارش کرده‌اند که زنان تحت سوءرفتار به دلیل این که از نظر بهداشتی در وضعیت مطلوبی نبوده و برای اطمینان از تداوم سلامت بارداری‌شان به دفعات بیشتری به پزشک مراجعه می‌نمایند (۳۳). تأخیر در شروع شیردهی در زنان تحت سوءرفتار به طور معنی‌داری بیشتر بود. زنان تحت سوءرفتار به دلیل ترس از افشای خشونت، کمتر مراقبت‌های پرناتال را دریافت می‌دارند بنابراین ممکن است اطلاعات مربوط به فواید شیردهی را در اواخر بارداری کمتر دریافت نموده و در نتیجه شروع شیردهی در آن‌ها با تأخیر صورت گیرد. از سوی دیگر شروع زودهنگام علایم افسردگی پس از زایمان در این زنان می‌تواند بر روی رفتارهای شیردهی تأثیر بگذارد. به علاوه استرس هم مانعی برای تولید شیر مادر است و استرس ایجاد شده توسط یک موقعیت خشونت‌آمیز ممکن است با مهار آزادسازی اکسی‌توسین با جریان یافتن شیر مادر تداخل نماید (۱۳). برخی مطالعات نشان داده‌اند که زنان تحت خشونت دچار اختلال عملکرد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال می‌شوند که می‌تواند منجر به افزایش سطح کورتیزول (در موارد افسردگی) شده و باعث مهار یا تأخیر در شروع شیردهی گردد (۳۴). هم‌چنین شواهد تجربی مطرح می‌کنند که حمایت همسر، خود عامل مهمی در موفقیت زنان در شیردهی است. حمایت عاطفی در یک رابطه خشونت‌آمیز کمتر رخ می‌دهد. حسادت به کودک نیز می‌تواند دلیل دیگری بر تأخیر در شیردهی باشد به طوری که همسر ممکن است کودک را رقیب خود حس کرده و به دلیل احساس مالکیت به زن، اجازه شیردهی به کودک را ندهد و به طور کلی در یک رابطه خشونت بار، نیاز همسر به کنترل همه جنبه‌های زندگی زن، خود به معنای عدم تأیید شیردهی است (۱۳). به علاوه بارداری ناخواسته که در بین زنان تحت خشونت شایع‌تر است، خود می‌تواند عاملی بر تأخیر در شروع اولیه شیردهی باشد (۲۹). Sarkar و Silverman نیز گزارش نمودند زنان تحت خشونت همسر در قبل و طی دوران بارداری کمتر احتمال دارد که متعاقب زایمان کودکان‌شان را شیر دهند (۳۶، ۳۵). در پژوهش حاضر شیوع سوءرفتار در بارداری ۴۸/۶٪ به دست آمد که ۱۴/۲٪ سوءرفتار فیزیکی، ۱۸/۶٪ سوءرفتار جنسی و ۴۸/۴٪ سوءرفتار عاطفی را شامل می‌شد برخی منابع شیوع خشونت را ۶۰-۴۰٪ و سازمان جهانی

بهداشت ۵۰-۲۵٪ گزارش نموده است (۳۵). هم‌چنین در این مطالعه سوءرفتار عاطفی، همانند برخی پژوهش‌ها (۲۴، ۵، ۴) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. بین سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، مدت ازدواج، شغل مادر و همسر، درآمد خانواده و اعتیاد همسر در گروه با و بدون سوءرفتار ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بر اساس این نتایج ملاحظه گردید که زنان در گروه تحت سوءرفتار نسبت به گروه بدون سوءرفتار دارای سن پایین‌تری هستند. سن پایین مادر ممکن است به دلیل عدم تجربه و مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی، خود عامل مستعدکننده بروز خشونت باشد.

طبق نتایج این پژوهش هرچه میزان تحصیلات زنان کمتر باشد خشونت بیشتر رخ داده است. سطح پایین تحصیلات زنان می‌تواند عاملی باشد تا از حقوق اجتماعی خود آگاهی نداشته و نتیجه آن به صورت بروز خشونت از سوی همسر ظاهر گردد. سایر محققین هم بیان کردند که زنان با تحصیلات بالاتر کمتر از خشونت فیزیکی توسط همسر شکایت داشته‌اند (۳۷، ۲۴).

از نظر مدت ازدواج تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت. به طوری که میزان خشونت در زنان با طول مدت ازدواج کمتر از ۵ سال بیشتر بود. در زنانی که همسر بیکار داشتند میزان خشونت بیشتر بود. اما تعداد بارداری در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. بروز خشونت در زنان با همسر معتاد بیشتر مشاهده گردید. نتایج دیگر مطالعات انجام شده بیان‌گر تأثیر عوامل مشابه و هم‌سو با پژوهش حاضر است به طوری که در سایر مطالعات نیز در خصوص عوامل خطر خشونت، به متغیرهای مؤثری نظیر بیکاری و اعتیاد اشاره شده است (۵).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که سوءرفتار در بارداری پیامدهای بهداشت باروری نامطلوبی را به دنبال دارد بنابراین اقدام جهت غربالگری و طرح خدمات جهت پیشگیری و درمان عوارض بهداشتی زنان و ایجاد مراکز حمایت اجتماعی از زنان باردار و آرایه‌ی آموزش‌های مهارت زندگی به نوجوانان و جوانان ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین تحقیقات بیشتری در زمینه آگاهی از اثرات خشونت، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و نقش سیستم مراقبت‌های بهداشتی در کاهش خشونت نیاز است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و نیز از کلیه کسانی که در طی تحقیق پژوهش‌گران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر را داریم.

References:

1. Stephenson R, Koenig MA, Ahmed S. Domestic Violence and Contraceptive Adoption in Uttar Pradesh, India. *Stud Family Planning* 2006;37(2):75-86.
2. Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic Violence Against Women in Egypt-Wife Beating and Health Outcomes. *Social Science & Medicine* 2006;62(5):1260-77. Epub 2005 Aug 31.
3. Schuiling DK, Likis FE. Women's Gynecologic Health. Sudburg: Jones and Bartlett Publisher; 2006.
4. Records KA. Critical Review of Maternal Abuse and Infant Outcomes: Implications for Newborn Nurses. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2007;7(1):7-13.
5. Salehi Sh, Mehralian H. Prevalence and Type of Domestic Violence in Pregnant Women Referring to the Health Care Center in Shahre Kord. *Shahre Kord University of Medical Sciences* 2006;2:72-77. [Full Text in Persian]
6. Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of Domestic Violence in Pregnant Women Referring to the Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Iran Nursing Quarterly* 2003,2002;32,33:93-99.
7. Wittenberg E, Joshi M, Thomas KA. Measuring the Effect of Intimate Partner Violence on Health-Related Quality of Life: A Qualitative Focus Group Study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;19(5):67-73.
8. Cunningham G, Hauth JC, Leveno KJ, Gilstrap L, Bloom SL, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: Mc Graw Hill Company; 2005.
9. Edin KE. Perspectives on Intimate Partner Violence, Focusing on the Period of Pregnancy. Available from: <http://www.who.org/>. 2006.
10. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P. Intimate Partner Violence and Preeclampsia Among Peruvian Women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2008;138(1):50-55.
11. Varma D, Chndra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate Partner Violence and Sexual Coercion Among Pregnant Women in India: Relationship with Depression and Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Effective Disorder* 2007;102(1-3):227-235.
12. Emenike E, Lawoko S, Dalal K. Intimate Partner Violence and Reproductive Health of Women in Kenya. *International Council of Nurses* 2008;55(1):97-102.
13. Lau Y, Chan KS. Influence of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Early Post Partum Depressive Symptoms on Breast Feeding Among Chinese Women in Hong Kong. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2007;52(2):15-20.
14. Gazmararian R, Petersen AM, Spitz MM, Goodwin L, Saltzman E, Marks JS. Violence and Reproductive Health: Current Knowledge and Future Research Directions. *Maternal and Child Health Journal* 2000;4(2):79-84.

15. Jejeebhoy SJ. Association Between Wife Beating and Fetal and Infant Death: Impression from a Survey in Rural India. *Studies in Family Planning* 1998;29(3):300–308.
16. Letourneau M, Holmes M. Chasedunn-RoarkJ Gynecologic Halth Cnsequences to Vctims of Iterpersonal Volence. *Women's Health Issues* 1999;9(2):115–120.
17. Parsons M, Goodwin M, Peterson R. Violence Against Women and Reproductive Health: Towards Defining a Role for Reproductive Health Care Services. *Maternal and Child Halth Journal* 2000;4(2):135–140.
18. Stephenson R. Human Immunodeficiency Virus and Domestic Violence: The Sleeping Giants of Indian Health. *Indian Journal Michigan State University* 2007;61(5):251-252.
19. Moracco K, Runyan CW, Bowling JM, Earp JL. Womens Experiences with Violence: A National Study. *Women's Health Issues* 2007;(17):3-12.
20. Perry SE, Wong DL, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal Child Nursing*. 3rd ed. Missouri: Mosby Inc; 2006.
21. Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J, Kub J, Ocampo P, Carlson Gielen A, Campbell JC .Long Term Costs of Intimate Partner Violence in a Sample of Female HMO Enrollees. *Women's Health Issues* 2006;16(5):252-261.
22. Salam A, Alim A, Noquchi T. Spousal Abuse Against Women and Its Consequences on Reproductive Health: A Study in the Urban Slums in Bangladesh. *Maternal Child Health* 2006;10(1):83-94.
23. Amini S. Violence Against Women. *Culture & Research* 2004;165:3-7. [Full Text in Persian]
24. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Babol City, Islamic Republic Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005;11(55/6):870-879.
25. Hasheminasab L. Prevalence, Consequences and Factors Accompanying with Domestic Violence in Pregnant Women Referring to Sanandaj Labor Unit. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2006;4:32-42. [Full Text in Persian]
26. Kazemi Navaei F. Prevalence, Factors and Consequences of Domestic Violence Against Pregnant Women Referring to Labor Units of University of Medical Sciences, Tehran 2004. Thesis of Midwifery Education. [Thesis in Persian]
27. Gao W, Paterson J, Carter S, Lusitini L .Intimate Partner Violence and Unplanned Pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008;100(2):109-115.
28. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of Intimate Partner Physical and Sexual Violence with Unintended Pregnancy Among Pregnant Women in Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008;100:104-108.
29. Shaheen AA, Diaaeldin M, 2 M. Chaaya3 and Z. El Roueiheb3 Unintended Pregnancy in Egypt: Evidence from the National Study on Women Giving Birth in 1999. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2007;13(6):1392-1404.

30. Fanslow J, Whitehead A, Silva M, Robinson E. Contraceptive Use Associations with Intimate Partner Violence Among a Population-Based Sample of New Zealand Women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008;48(1):83-89.
31. Stephenson R, Koenig MA, Ahmed S. Domestic Violence and Symptoms of Gynecologic Morbidity Among Women in North India. *International Family Planning Perspectives* 2006;32(4):201-208.
32. Diop-Sidibe N, Campbell J, Becker S. Domestic Violence Against Women in Egypt-Wife Beating and Health Outcomes. *Social Science & Medicine* 2006;62:1260-1277.
33. Campbell JC, Garcia-Moreno C, Sharps PW. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women* 2004;10(7):770-789.
34. Grajeda R, Perez-Escamilla R. Stress During Labor and Delivery is Associated with Delayed Onset of Lactation Among Urban Guatemalan Women. *Journal of Nutrition* 2002;132:3055-60.
35. Sarkar NN. The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Reproductive Health and Pregnancy Outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008;28(3):266-71.
36. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate Partner Violence Around the Time of Pregnancy: Association with Breast Feeding Behavior. *Journal of Women's Health* 2006;15(8):934-40.
37. Yang MS, Ho SY, Chou FH, Chang SJ, Ko YC. Physical Abuse During Pregnancy and Risk of Low Birthweight Infants Among Aborigines in Taiwan. *Public Health* 2006;120(6):557-562.