

## بررسی شیوع، پیامدها و عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی خانگی در زنان باردار مراجعةه کننده به بخش زایمان بیمارستانهای شهر سندج

لیلا هاشمی نسب

کارشناس ارشد مامانی، دانشکده پرستاری و مامانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

hash\_n\_2010@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** خشونت خانگی یکی از مشکلات فرهنگی و بهداشتی جامعه است که شیوع آن در جوامع مختلف، متفاوت می‌باشد که به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم بر پیامدهای بارداری اثرگذار است. هدف از این مطالعه، تعیین شیوع پیامدها و عوامل همراه با خشونت فیزیکی در زنان باردار مراجعته کننده به بخش زایمان بیمارستانهای شهر سندج است.

**روش بررسی:** این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جهت انجام پژوهش تعداد ۸۴۰ نفر از زنان بارداری که جهت ختم بارداری به دلیل زایمان یا سقط در بیمارستانهای شهر سندج بستری شده بودند، به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه با ساختار و پرونده‌های زایمانی صورت گرفت. پیامدهای بارداری شامل مردهزادی، زایمان زود رس، سقط، PROM و LBW بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که ۸/۵٪ از واحدهای مورد پژوهش در دوران بارداری تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته‌اند. زنانی که تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند بیشتر خانه‌دار ( $p < 0.05$ ) و دارای وضعیت اقتصادی ضعیف ( $p < 0.01$ ) بودند. همچنین این میزان با سطح تحصیلات پائین ( $p < 0.03$ )، سابقه محکومیت کیفری، بیکاری ( $p < 0.01$ )، اعتیاد به سیگار، مواد مخدر ( $p < 0.01$ ) و مصرف الکل ( $p < 0.01$ ) توسط همسر رابطه معنی‌دار داشت. ازدواج اجباری و حاملگی ناخواسته ( $p < 0.04$ ) نیز با افزایش میزان خشونت خانگی همراه بود. بر اساس نتایج مطالعه از بین کلیه پیامدهای بارداری، خشونت فیزیکی با سقط ( $p < 0.05$ ) و PROM ( $p < 0.04$ ) ارتباط معنی‌دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود با غربالگری روئین خشونت خانگی در دوران بارداری و انجام اقدامات آموزشی، در جهت تغییر رفتار مردان، توامندسازی زنان و اصلاح ساختارهای ناسالم فرهنگی جامعه اقدام نمود.

**کلید واژه‌ها:** خشونت فیزیکی خانگی، عوامل خطر، زنان باردار، پیامد

وصول مقاله: ۸۵/۶/۱۳      اصلاح نهایی: ۸۵/۸/۱۵      پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۱۷

### مقدمه

خشونت خانگی در گروههای سنی، نژادی، فرهنگی و یا مذهبی مختلف روی می‌دهد (۲). بارداری می‌تواند به دلایل مختلف مانند کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیر طبیعی همسر در خصوص بارداری، شیوع خشونت خانگی را تحت تأثیر

خشونت خانگی بر علیه زنان شامل هر نوع سوء استفاده جسمی، جنسی و یا احساسی است که در روابط خانوادگی بر آنها اعمال می‌شود (۱). این مسئله از جمله معضلات اجتماعی می‌باشد که در حال حاضر به عنوان یکی از اولویتهای مهم بهداشتی شناخته شده است.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی (مقطعي) است و با توجه به اينکه در بيشتر مطالعات شيوخ خشونت خانگي معادل ۱۰٪ برآورد شده بود با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۲ حجم نمونه معادل ۸۶۴ نفر تعين گردید. که در نهايىت ۸۴۰ مورد از پرسشنامه‌ها بطور کامل پر شده بود و مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت. در اين پژوهش مادران باردار تک قلو، زير ۳۵ سال و با كمتر از ۵ حاملگي که جهت سقط يا زايمان در بيمارستان بستري بودند، وارد مطالعه شدند و پس از اخذ شرح حال باليني مادران سيگاري، معتاد يا داراي بيماريهاي طبي شناخته شده از مطالعه حذف شدند. جهت جدا کردن افراد سيگاري و معتاد از مطالعه، با توجه به شرياط فرهنگي جامعه و شيوخ بسيار کم اين مسائل در بين زنان و حجم زياد نمونه و همچنين عدم امكان انجام آزمایشات لازم در اين زمينه پژوهشگر با برقراری ارتباط با واحدهای مورد پژوهش، فراهم کردن محيط مناسب، مصاحبه در زمان مناسب و ارائه توضيحات لازم در مورد اهداف پژوهش، اعتماد واحدهای مورد پژوهش را به خود جلب می‌نمود و با شرح حال باليني به غربالگري اين موارد اقدام نمود.

جهت انتخاب نمونه‌ها کليه زنان باردار واجد شرياط شركت در پژوهش که در فاصله زمانی آبان ماه ۱۳۸۴ تا فروردين ماه ۱۳۸۵، جهت ختم بارداری در بخش زايمان بيمارستانهای بعثت و تأمین اجتماعی، بستري شده بودند، به صورت تصادفي سيستماتيك، جهت شركت در پژوهش انتخاب شدند. نحوه انتخاب تصادفي نمونه‌ها به صورت يك در ميان بود و از هر دو نفر يك نمونه مورد بررسی قرار می‌گرفت. روش جمع‌آوري داده‌ها مصاحبه و استفاده از پرونده‌های

قرار داده و موجب بروز، تشدید و يا کاهش آن شود (۳). به همين دليل توصيه شده که کليه زنان باردار در اولين ويزيت دوره بارداری و سپس در هر سه ماه بارداری و در دوران بعد از زايمان مورد غربالگري خشونت خانگي قرار گيرند (۴).

مطالعات انجام شده در جوامع مختلف، شيوخ خشونت فيزيكي در بارداري را بين ۹۰-۹۲٪ گزارش نموده‌اند (۵). اين رقم بيانگر آن است که شيوخ خشونت خانگي بيشتر از بسياري از مشكلات شائع بارداري نظير پره اكالمپسي و ديابت می‌باشد (۳).

خشونت فيزيكي می‌تواند منجر به مسائلی نظير صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضاء، معلولite‌هاي ماندگار، اختلال ناشی از استرس، افسردگي، سوء مصرف مواد، خودکشی و... شود (۶). بسياري از مطالعات، نقش خشونت فيزيكي را در بروز پيامده‌هاي نامناسب بارداري (نظير وزن کم زمان تولد، زايمان زودرس، پارگي زودرس پرده‌ها، زايمان سزارين، آپگار پائين و...) نشان داده‌اند (۷-۹) هرچند پاره‌اي از آنها نيز وجود هرگونه رابطه‌اي را بين خشونت خانگي و نتيجه بارداري انكار نموده‌اند (۵).

به دليل کمبود اطلاعات دقیق در اين زمينه در سطح کشور و بالاخص شهر سنتدج و با توجه به اينکه شناسائي زودرس خشونت خانگي، درک رابطه آن با پيامده‌هاي مادری و جيني و مداخله جهت پيشگيري از آن، می‌تواند کاربردهای مهم باليني در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی داشته باشد، بر آن شدیم تا مطالعه‌اي به منظور تعیین شيوخ، پيامدها و عوامل مرتبط با خشونت فيزيكي در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زايمان بيمارستانهای شهر سنتدج انجام دهیم.

که مادرانی که در بلوک زایمان شرایط مصاحبه را داشتند در اطاق معاینه، هنگامی که مراجعه‌کننده‌ای وجود نداشت مورد مصاحبه قرار می‌گرفتند و کسانی که در بخش بعد از زایمان بستری بودند انجام مصاحبه بر اساس شرایط مادر هنگامی که همراهان وی و سایر بیماران در اتاق حضور نداشتند انجام می‌شد. لازم به ذکر است به منظور جلب اطمینان واحدهای مورد پژوهش در بخش بعد از زایمان، پژوهشگر ابتدا قبل از شروع مصاحبه و توضیح اهداف با ارزیابی وضعیت شیردهی، پرسش در مورد مشکلات مادر و آموزش‌های لازم در خصوص نحوه شیردهی، مراقبت از فرزند و رعایت بهداشت فردی با آنها ارتباط برقرار نموده و سپس اهداف مطالعه و نحوه کار برای آنها توضیح داده شد و در بلوک زایمان نیز توضیح اهداف و مصاحبه بعد از انجام بعضی از مراقبتهای روتین توسط پژوهشگر نظری سمع قلب جنین، معاینه مادر و ارائه توضیح به آنها در مورد نتایج معاینه انجام شد. بر همین اساس بود که نمونه‌گیری ۵ ماه به طول انجامید و درنهایت کسانی که به یکی از سوالات غربالگری پاسخ مثبت داده بودند به عنوان خشونت دیده در نظر گرفته می‌شدند.

اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا و پایایی آن بوسیله ضریب آلفا کرونباخ تعیین گردید ( $\alpha=0.85$ ). اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و غربالگری خشونت با استفاده از گفته‌های مادر و اطلاعات مربوط به پیامدهای بارداری با استفاده از پروندهای موجود، ثبت گردید. داده‌ها وارد محیط نرم افزار SPSS گردید و با کمک روش‌های آماری کای اسکوار و t-test نسبت به تجزیه و تحلیل آنها اقدام گردید.

موجود و ابزار تحقیق شامل برگ ثبت اطلاعات جهت پیامدهای بارداری (شامل زایمان زودرس، سقط، پارگی زودرس پرده‌ها، مردهزائی، میانگین وزن زمان تولد) و پرسشنامه مشتمل بر سه بخش بود. قسمت اول حاوی سوالات مشخصات فردی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال همسر، مدت زمان گذشته از ازدواج، محل سکونت، تعداد و جنسیت فرزندان و وضعیت اقتصادی (برداشت فرد از کفایت درآمد خانواده) بود، در بخش دوم پرسشنامه سوالات مربوط به عوامل مرتبط با خشونت شامل مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر توسط همسر، حاملگی ناخواسته، ازدواج اجباری، محکومیت کیفری مرد و اختلاف سنی زیاد (منظور وجود اختلاف سنی ۱۰ سال در صورتیکه مرد از زن بزرگتر باشد و اختلاف ۵ سال در صورتیکه زن از مرد بزرگتر باشد) قرار داشت و آخرین قسمت آن را سوالات مربوط به غربالگری خشونت فیزیکی (سیلی زدن، مشت زدن، لگد زدن، هل دادن، پرتاب اشیاء به سمت فرد، اقدام به خفه کردن، داغ کردن و استفاده از اسلحه سرد و گرم) تشکیل می‌داد. زمان انجام مصاحبه بسته به شرایط واحدهای مورد پژوهش در نظر گرفته می‌شد. برای مثال خانمهای که جهت اینداکشن به بلوک زایمان مراجعه نموده بودند قبل از شروع دردهای زایمانی و خانمهای که با دردهای زایمانی مراجعه نموده بودند، چند ساعت بعد در بخش بعد از زایمان مورد مصاحبه قرار گرفتند. جهت انجام مصاحبه ابتدا در مورد اهداف مطالعه به افراد واجد شرایط توضیحات لازم داده شد و به آنها اطمینان خاطر داده شد که از ذکر اسامی آنها در پرسشنامه خودداری می‌شود و نتایج مصاحبه محرمانه می‌باشد. همچنین مصاحبه در شرایط خصوصی انجام شد به این صورت

رابطه معنی دار وجود دارد. به این صورت که  $21/9\%$  زنانی که همسران آنها بیکار بودند تحت خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته بودند در حالیکه  $7/9\%$  زنانی که همسران آنها شاغل بودند مورد خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته اند.

بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش با  $p=0/01$  رابطه معنی دار وجود داشت. به این ترتیب که  $14/7\%$  افرادی که از وضعیت اقتصادی نامطلوب برخوردار بودند، تحت خشونت فیزیکی خانگی قرار گرفته بودند در حالیکه فقط  $6/8\%$  افرادی که از اقتصادی مطلوب برخوردار بودند، مورد خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته بودند (جدول ۱).

## یافته ها

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع خشونت فیزیکی خانگی در بارداری  $8/5\%$  است. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اشتغال واحدهای مورد پژوهش با  $p=0/05$  ارتباط معنی دار وجود دارد، به این صورت که  $10/6\%$  زنان خانه دار تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. در حالیکه  $4/2\%$  زنان شاغل مورد خشونت فیزیکی همسران خود واقع شده بودند.

بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و سطح تحصیلات همسران واحدهای مورد پژوهش با  $p=0/03$  رابطه معنی دار وجود دارد به این ترتیب که فقط  $1/8\%$  مردان با تحصیلات دانشگاهی نسبت به زنان خشونت فیزیکی اعمال می کردند در حالیکه این رقم برای مردان بی سواد یا با تحصیلات دیپلم و کمتر  $9/5\%$  بود. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اشتغال همسران واحدهای مورد پژوهش با  $p=0/01$

جدول ۱: رابطه خشونت جسمی با وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش

وضعیت اقتصادی	خشونت فیزیکی		بلی	عداد	درصد	خریر		جمع	p
	مطلب	نسبتاً مطلب				مطلب	نسبتاً مطلب		
مطلوب	۱۶	۱	۶/۸	۲۲۰	۹۳/۲	۲۳۶	۹۳/۲	۱۰۰	$0/01$
	۳۵	۳	۷/۵	۴۲۸	۹۲/۵	۴۶۳	۹۲/۵	۱۰۰	
	۲۰	۱	۱۴/۷	۱۱۶	۸۵/۳	۱۳۶	۸۵/۳	۱۰۰	

که بین آن دو رابطه معنی دار وجود داشته است. به بیان دیگر همسران زنان خشونت دیده با میزان  $13/4\%$  در مقابل  $5/5\%$  بیشتر از همسران زنان خشونت ندیده سیگار مصرف نموده اند (جدول ۲).

بین خشونت فیزیکی خانگی و سایر مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (سن، مدت زمان گذشته از زادواج، تحصیلات زن، محل سکونت، تعداد فرزندان و جنسیت فرزندان) رابطه معنی دار وجود ندارد.

آنالیز آماری بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و اعتیاد به سیگار توسط همسر با  $p=0/000$  نشان می دهد

جدول ۲: رابطه خشونت جسمی با اعتیاد به سیگار در همسران واحدهای مورد پژوهش

p	خشونت فیزیکی						صرف سیگار
	جمع			خیر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
.۰/۰۰۰	۱۰۰	۳۱۴	۸۶/۶	۲۷۲	۱۳/۴	۴۲	بلی
	۱۰۰	۵۲۶	۹۴/۵	۴۹۷	۵/۵	۲۹	خیر

مخدر توسط همسر با  $p=0/000$  ارتباط معنی‌دار تائید گردید. به عبارت دیگر زنانی که همسران آنها به مواد مخدر اعتیاد داشتند با میزان ۳۷/۵٪ در مقابل ۷/۸٪ از زنانی که همسران آنها مواد مخدر مصرف نمی‌کردند، بیشتر تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته‌اند (جدول ۳).

بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و مصرف الكل توسط همسر با  $p<0/01$  ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. به بیان دیگر زنانی که همسران آنها الكل مصرف می‌نمایند (۱۶/۹٪)، بیشتر از زنانی که همسران آنها الكل مصرف نمی‌کنند (۷/۸٪)، مورد خشونت واقع می‌شوند. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و اعتیاد به مواد

جدول ۳: رابطه خشونت جسمی با اعتیاد به مواد مخدر در همسران واحدهای مورد پژوهش

p	خشونت فیزیکی						صرف موادمادر
	جمع			خیر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
.۰/۰	۱۰۰	۱۶	۶۲/۵	۱۰	۳۷/۵	۶	بلی
	۱۰۰	۸۰۶	۹۲/۲	۷۵۹	۷/۸	۶۵	خیر

ناخواسته است، بیشتر از زنانی که حاملگی آنها نخواسته است (۱۳/۴٪ در مقابل ۶/۹٪)، تحت خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته‌اند (جدول ۴).

آنالیز آماری نشان داد که بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و حاملگی ناخواسته با  $p<0/04$  رابطه معنی‌دار وجود دارد. به بیان دیگر زنانی که حاملگی آنها

جدول ۴: رابطه خشونت جسمی با حاملگی ناخواسته در واحدهای مورد پژوهش

p	خشونت فیزیکی						حاملگی ناخواسته
	جمع			خیر			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
.۰/۰۴	۱۰۰	۲۰۱	۸۶/۶	۱۷۴	۱۳/۴	۲۷	بلی
	۱۰۰	۶۳۹	۹۳/۱	۵۹۵	۶/۹	۴۴	خیر

موارد و زنانی که با رضایت خود ازدواج کرده‌اند ۷/۸٪ موارد، تحت خشونت فیزیکی همسرانشان قرار گرفته‌اند. رابطه بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و سابقه محکومیت کیفری مرد با  $p<0/01$  معنی‌دار است و ۲۳/۳٪ زنانی که همسرانشان سابقه محکومیت کیفری

بررسی ارتباط بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و ازدواج اجباری نشان داد که بین آنها با  $p<0/01$  رابطه معنی‌دار وجود دارد. به بیان دیگر زنانی که به اجبار با همسرانشان ازدواج کرده‌اند در ۲۳/۵٪

فیزیکی و پارگی زودرس پرده‌ها با  $p < 0.04$  رابطه معنی‌دار وجود دارد. به بیان دیگر  $15/2\%$  کسانی که دچار پارگی زودرس پرده‌ها شده بودند، تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند در حالیکه  $8/2\%$  کسانی که پارگی زودرس پرده‌ها را نداشتند، خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند (جدول ۵).

داشتند تحت خشونت فیزیکی همسرانشان قرار می‌گرفند در حالی که این میزان برای زنانی که همسرانشان سابقه محکومیت کیفری نداشتند،  $8/3\%$  بود. میزان خشونت فیزیکی خانگی با اختلاف سنی زیاد بین زن و شوهر ارتباط معنی‌داری را نشان نداد.

در بررسی رابطه بین خشونت فیزیکی خانگی با پیامدهای بارداری، یافته‌ها نشان دادند که بین خشونت

جدول ۵: رابطه خشونت جسمی با پارگی زودرس پرده‌ها در واحدهای مورد پژوهش

p	جمع			خیر			بلی			خشونت فیزیکی		
	درصد	تعداد	درصد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	پارگی زودرس پرده	
.002	۱۰۰	۹۳	۸۰/۳	۷۹	۱۹/۷	۱۴	۱۰۰	۵۷	۶۹۰	۸۹/۷	۱۰۰	
	۱۰۰	۷۶۹	۸۹/۷	۶۹۰	۱۰۰/۳	۵۷					بلی	

آن بین شرایط و جوامع بستگی دارد بلکه به تفاوت روش تحقیق، تکنیکهای نمونه‌گیری و تفاوت‌های فرهنگی در تمایل پاسخگویان در افشای تجارب زناشوئی شان مربوط می‌شود. در این پژوهش نیز علیرغم اینکه با در نظر گرفتن شرایط و موقعیت افراد و پس از جلب اعتماد آنها مصاحبه به عمل می‌آمد ولی با توجه به اینکه خشونت خانگی مربوط به مسائل خصوصی زندگی یک فرد است، تعدادی از واحدهای مورد پژوهش به دلایلی ممکن است وقوع خشونت خانگی را انکار نموده باشد. نتایج تحقیق نشان داد که زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل مورد خشونت فیزیکی همسرانشان قرار می‌گیرند ( $p < 0.01$ ), Rathora و همکاران (۱۰) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند. UNICEF (۱۱) نیز در گزارشی که در سال ۲۰۰۰ تهیه نموده بود، وابستگی اقتصادی زن به مرد را به عنوان یکی از علل مهم بروز خشونت ذکر نموده است. این در حالیست که همتی (۱۲) در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ در اسلام آباد

همچنین یافته‌های دیگر نشان دادند که ارتباط خشونت فیزیکی دوران بارداری و میزان سقط با  $p < 0.05$  معنی‌دار است. یعنی  $16/3\%$  کسانی که سقط نموده بودند از خشونت فیزیکی همسرانشان در دوران بارداری رنج می‌برند. در حالیکه این رقم برای کسانی که بارداری آنها به سقط منجر نشده  $8/2\%$  است. ولی خشونت فیزیکی با سایر پیامدهای بارداری نظیر مردهزائی، زایمان زودرس و میانگین وزن زمان تولد رابطه معنی‌داری نشان نداد.

## بحث

در این مطالعه فراوانی خشونت فیزیکی خانگی بر علیه زنان باردار  $8/5\%$  بود. فرامرزی و همکاران (۵) در یک مطالعه در بین زنان باردار بابل، شیوع همسر آزاری را  $9/1\%$  گزارش نمودند. با این حال در زمینه شیوع خشونت فیزیکی ارقام و اعداد متفاوتی گزارش شده است که این تنوع نرخ خشونت نه تنها به تفاوت سطوح

و روستائی از نظر آماری برابر است. یافته تحقیق Bradely و همکاران (۱۵) نیز تأید کننده نتایج این مطالعه است.

بر اساس نتایج این تحقیق میزان خشونت فیزیکی خانگی با افزایش تعداد سالهای زندگی مشترک، افزایش نمی‌یابد. Grisso و همکاران (۱۶) نیز در مطالعات خود به نتایج مشابه دست یافتند. در حالیکه همتی (۱۲) در مطالعه خود نشان داد که با افزایش سالهای زندگی مشترک میزان خشونت فیزیکی افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش Angelin و همکاران (۱۳) مبنی بر عدم وجود ارتباط بین میزان خشونت فیزیکی و تعداد فرزندان، تائیدی بر یافته‌های پژوهش حاضر است.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مردان سیگاری بیشتر از مردان غیر سیگاری مرتکب خشونت فیزیکی بر علیه زنان خود می‌شوند ( $p < 0.01$ ). نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۷) نیز در جهت تأید یافته‌های پژوهش حاضر است.

همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که مردان الكلی خشونت فیزیکی بیشتری را نسبت به همسران خود اعمال می‌نمایند که در راستای یافته‌های مطالعه Asa و همکاران (۱۴) و Angelin و همکاران است (۱۳).

بر اساس یافته‌های تحقیق، مردانی که به مواد مخدر اعتیاد دارند بیشتر از مردان غیر معتمد همسرانشان را مورد آزار و اذیت جسمی قرار می‌دهند. Muhajarine (۱۸) و Angelin (۱۳) نیز در پژوهش خود به نتایج مشابه رسیدند. کاملاً واضح است که عدم رضایت زن از مصرف سیگار، الكل و مواد مخدر توسط همسر، می‌تواند به عنوان یک عامل تشنج‌زا در خانواده مطرح شده و موجب بروز اختلافات خانوادگی شود. از طرفی

زنجان انجام داده بود، بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری نیافت.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، مردان با تحصیلات بالاتر خشونت جسمی کمتری را نسبت به همسران خود اعمال می‌نمایند. نتایج تحقیقات مختلفی نیز که در این زمینه انجام شده است، مشابه پژوهش حاضر می‌باشد (۱۱, ۱۳). با توجه به اینکه سطح تحصیلات مردان تا حد زیادی با وضعیت اجتماعی و فرهنگی آنها مرتبط است این نتایج می‌تواند بیانگر بروز خشونت فیزیکی بیشتر در خانواده‌های با وضعیت اجتماعی پائین‌تر باشد.

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، مردان بیکار خشونت فیزیکی بیشتری را بر زنان خود اعمال می‌نمایند. نتایج برخی تحقیقات انجام شده در این مورد (۱۰, ۱۲, ۱۳) موید یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

وجود ارتباط بین خشونت خانگی و ضعف اقتصادی خانواده با نتایج تحقیقات (۳, ۵, ۱۴) همانگ است. دو یافته اخیر نشان‌دهنده تأثیر مشکلات اقتصادی بر بروز تنشهای خانوادگی و خشونتهای ناشی از آن است. نتایج این تحقیق نشان‌دهنده عدم تأثیر سن واحدهای مورد پژوهش بر میزان خشونتهای جسمی است. Bradely و همکاران (۱۵) نیز در تحقیقی که در سال ۲۰۰۲ انجام دادند بین این دو متغیر ارتباط معنی‌داری نیافتند.

یافته‌های تحقیق حاکی از نداشتن ارتباط خشونت فیزیکی خانگی و تحصیلات واحدهای مورد پژوهش بود. همتی (۱۲) نیز در تحقیق خود به یافته مشابهی دست یافت.

مطالعه میزان خشونت فیزیکی خانگی بر حسب محل سکونت واحدهای مورد پژوهش این نکته را نمایان ساخت که میزان خشونت فیزیکی در زنان شهری

نتایج پژوهش در مورد ارتباط خشونت فیزیکی با پارگی زودرس پرده‌ها نشان می‌دهد که ضرب و شتم فیزیکی زنان در دوران بارداری با افزایش میزان پارگی زودرس پرده‌ها مرتبط است ( $p<0.01$ ), Kady و همکاران (۷) و فرامرزی و همکاران (۵) نیز در مطالعات خود به یافته‌های مشابهی دست یافتند.

همچنین بر اساس نتایج تحقیق خشونت فیزیکی دوران بارداری با افزایش میزان سقط ارتباط دارد. یافته‌های تحقیق Arcose و همکاران (۸) در این زمینه موید نتایج مطالعه اخیر است. خشونت خانگی می‌تواند به طریق مستقیم (ضربه به شکم) بر ایجاد نتیجه نامطلوب بارداری مؤثر باشد. چون بر اساس مطالعات انجام شده ترومای فیزیکی ناشی از خشونت، بعد از تصادفات رانندگی، دومین علت تروما به زنان باردار است. خشونت همچنین می‌تواند با ایجاد استرس روانی یا ممانعت از دسترسی به خدمات پزشکی به صورت غیر مستقیم زمینه ساز بروز پیامدهای ناگوار بارداری شود (۵).

اگرچه در مطالعات زیادی بین خشونت فیزیکی خانگی و میزان مرده‌زائی ارتباط معنی‌دار گزارش شده است (۵)، یافته‌های این تحقیق میین عدم وجود ارتباط بین این دو متغیر است. که این ناهماهنگی می‌تواند به دلیل تفاوت در محل و شدت وارد شدن ضربه به مادر در دوران بارداری باشد.

دیگر نتایج نشان داد که میانگین وزن زمان تولد در دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده اختلاف معنی‌دار ندارد. اگرچه مطالعات زیادی از وجود رابطه بین این دو متغیر حمایت می‌کنند (۵)، نتایج تحقیقات (۹,۱۹,۲۰) در جهت تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است.

دیگر عدم تعادل روانی ناشی از مصرف الکل یا مواد مخدر توسط مردان، خود می‌تواند عامل مهمی در بروز خشونت فیزیکی بر علیه همسرانشان باشد. بررسی میزان خشونت فیزیکی خانگی بر حسب بارداری ناخواسته نشان می‌دهد، زنانی که بارداری ناخواسته دارند بیشتر در معرض ضرب و شتم فیزیکی همسرانشان قرار دارند ( $p<0.01$ ). محققان دیگری نیز که در این زمینه مطالعه نموده‌اند (۵,۱۰) یافته‌های مشابهی را بدست آورده‌اند. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه از لحاظ فرهنگی بسیاری از مردان، امر تنظیم خانواده را وظیفه همسرانشان می‌دانند، بروز بارداری ناخواسته از دیدگاه آنها می‌تواند یک نوع قصور زن در ایفای وظایف تلقی شده و منجر به رفتارهای خشونت بارگردد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، ازدواج اجباری زن با بروز خشونت فیزیکی خانگی بر علیه آنها مرتبط است. بدیهی است که رضایت از ازدواج می‌تواند یکی از متغیرهای مهم تبیین‌کننده نوع ارتباط همسران باشد. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که زنانی که همسرانشان سابقه محکومیت کیفری دارند بیشتر از سایرین در معرض خطر وقوع خشونت فیزیکی هستند ( $p<0.01$ )، یافته‌های مطالعه Asa و همکاران (۱۴) نیز موید یافته‌های پژوهش حاضر است.

یافته‌ها نشان از عدم نقش اختلاف سنی زیاد بین زن و شوهر در بروز همسرآزاری است. که کسب نتایج مذبور می‌تواند به این دلیل باشد که در اکثریت قریب به اتفاق موارد که به این گزینه پاسخ مثبت داده‌اند، اختلاف سنی در جهت بزرگتر بودن مردان نسبت همسرانشان است که این مسئله از مقبولیت اجتماعی برخوردار می‌باشد.

آموزش‌های مناسب به منظور پیشگیری و حمایتهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از آنها حرکتی در جهت ارتقاء سطح سلامت مادران و در نهایت ارتقای سطح سلامت جامعه انجام گیرد.

نتایج این مطالعه در خصوص ارتباط بین خشونت فیزیکی خانگی و زایمان زودرس، حاکی از عدم وجود ارتباط بین این دو متغیر است. Jagoe و همکاران (۲۱) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند.

### قدرتانی و تشکر

نویسنده بر خود لازم می‌داند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که تأمین‌کننده هزینه طرح پژوهشی بودند، تشکر و قدردانی نماید. همچنین از مشاوران محترم طرح جناب آقای غربی و سرکار خانم شهبازی کمال تشکر را دارد.

### نتیجه‌گیری

توصیه می‌گردد تحقیقات تکمیلی به منظور بررسی متغیرهای مرتبط دیگر با بروز آن در زنان باردار و غیر باردار سایر شهرستانهای استان انجام شود. همچنین با غربالگری خشونت خانگی در دوران بارداری و شناسائی بیشتر گروههای در معرض خطر همسر آزاری و ارائه

### References

- Huria KA, Deepti D, Lajya D, Sunder SS. Domestic violence in pregnancy in north Indian women. *Ind J Med Science* 2005; 59(5): 195-99.
- Mosesson BAG. Intimate partner violence during pregnancy risk factors from the Oregon pregnancy risk assessment monitoring system. A thesis for the degree of masters of public health, April 2004, Department of public health and preventive medicine and the Oregon health and science. University of medicine.
- Fang GS, Ling WJ, Chuan-yan QU. Domestic abuse on women in China before during and after pregnancy. *Chinese Med J* 2004; 17(3): 331-336.
- کانینگهام گاری، بارداری و زایمان ویلیامز. ۲۰۰۱ ترجمه قاضی جهانی بهرام، چاپ اول، تهران: گلبان ۱۳۸۰: صفحه ۲۳۰.
- Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica* 2004; 43(2): 115-2. 2
- مرندی علیرضا، جهانی شدن و سلامت زنان، سیا، شماره ۱۶، ۱۳۸۳: صفحات ۲۵-۲۰.
- Kady DE, Gillbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcome of assaults during pregnancy. *Obstetric and Gynecol* 2005; 105(2): 357-363.
- Arcose E, Uarac M, Molina I, Reposo A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Rev Med Chil* 2001; 129(12): 1413-24.
- Huth-bock AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effect of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence VICT* 2002; 17(2): 169-85.
- Rathora AM, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Dehli. *Int J Gynecol and Obstet* 2002; 76: 83-85.
- United Nations Childrens Fund Innocenti Research Centre (UNICEF). Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, No 6, june 2000.
- همتی رضا. بررسی فراوانی همسر آزاری و عوامل مؤثر بر آن در منطقه اسلام‌آباد زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۱۳۸۴، شماره ۵۰، صفحات: ۴۳-۳۶.
- Angelin D, Kyriacou DN, Taliaferro E, Stone Tubb T, Judith A. Risk factors for injury to women from domestic violence. *The new England J Med* 1999; 341(25): 1892-1898.

14. Asa CP, Zwerling C, young T, Stromquist AM, Burmeister LF. A population based study of reporting pattern and characteristics of men who abuse their female partners. BMJ 2005; 11: 180-185.
15. Bradely F, Smith M, Long J, Odowd T. Reported frequency of domestic violence: crossectional survey of women attending general practice. 2002; 324: 271-275.
16. Grisso JA, Schwaz DF, Hirschinger N, Sammol M, Brensinger C, Santanna J and et al. Violence injuries among women in an urban area. The new England J Med 1999; 341(25): 1899-1905.
17. Mosavi SM, Eshagian A. Wife abuse in Isfahan Islamic republic of iran. East Mediterr Health J 2005; 11(5-6): 860-9.
18. Muhamarine N, Daroy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. CMAJ 1999; 160(7): 1007-11.
19. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. Obstet and Gynecol 2005; 106(1): 61-65.
20. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complication of physical violence during pregnancy. Eue J Obstet and Gynecol Reprod Biol 2002;103(1): 26-9.
21. Jagoe J, Mayann EF, Chauhan SP, Morrison JC. The effect of physical abuse on pregnancy in a low risk obstetric population. AMJ Obstet and Gynecol 2000; 182(5): 1067-9.