مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره یازدهم/ زمستان ۱۳۸۵/ ۴۱-۳۲

بررسی شیوع، پیامدها و عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستانهای شهر سنندج

لیلا هاشمی‌نسب

کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی 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 مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستانهای شهر سنندج 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 سنندج 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 مرده‌زائی، زایمان زود رس، سقط، PROM و LBW بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان دادکه ۸/۵٪ از واحدهای مورد پژوهش در دوران بارداری تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته‌اند. زنانی که تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند بیشتر خانه‌دار ($p<۰/۰۵$) و دارای وضعیت اقتصادی ضعیف ($p<۰/۰۱$) بودند. همچنین این میزان با سطح تحصیلات پائین ($p<۰/۰۳$)، سابقه محکومیت کیفری، بیکاری ($p<۰/۰۰۱$)، اعتیاد به سیگار، مواد مخدر ($p<۰/۰۰۱$) و مصرف الکل ($p<۰/۰۱$) توسط همسر رابطه معنی‌دار داشت. ازدواج اجباری و حاملگی ناخواسته ($p<۰/۰۴$) نیز با افزایش میزان خشونت خانگی همراه بود. بر اساس نتایج مطالعه از بین کلیه پیامدهای بارداری، خشونت فیزیکی با سقط ($p<۰/۰۵$) و PROM ($p<۰/۰۴$) ارتباط معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: توصیه می‌شود با غربالگری روتین خشونت خانگی در دوران بارداری و انجام اقدامات آموزشی، در جهت تغییر رفتار مردان، توانمندسازی 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 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. 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

قرار داده و موجب بروز، تشدید و یا کاهش آن شود (۳). به همین دلیل توصیه شده که کلیه زنان باردار در اولین ویزیت دوره بارداری و سپس در هر سه ماه بارداری و در دوران بعد از زایمان مورد غربالگری خشونت خانگی قرار گیرند (٤).

مطالعات انجام شده در جوامع مختلف، شیوع خشونت فیزیکی در بارداری را بین ۲۱-۰/۹٪ گزارش نموده‌اند (۵). این رقم بیانگر آن است که شیوع خشونت خانگی بیشتر از بسیاری از مشکلات شایع بارداری نظیر پره اکلامپسی و دیابت می‌باشد (۳).

خشونت فیزیکی می‌تواند منجر به مسائلی نظیر صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضاء، معلولیتهای ماندگار، اختلال ناشی از استرس، افسردگی، سوء مصرف مواد، خودکشی و... شود (۶). بسیاری از مطالعات، نقش خشونت فیزیکی را در بروز پیامدهای نامناسب بارداری (نظیر وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان سزارین، آپگار پائین و...) نشان داده‌اند (۹-۷) هرچند پاره‌ای از آنها نیز وجود هرگونه رابطه‌ای را بین خشونت خانگی و نتیجه بارداری انکار نموده‌اند (۵).

به دلیل کمبود اطلاعات دقیق در این زمینه در سطح کشور و بالاخص شهر سنندج و با توجه به اینکه شناسائی زودرس خشونت خانگی، درک رابطه آن با پیامدهای مادری و جنینی و مداخله جهت پیشگیری ازآن، می‌تواند کاربردهای مهم بالینی در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی داشته باشد، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای به منظور تعیین شیوع، پیامدها و عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستانهای شهر سنندج انجام دهیم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی (مقطعی) است و با توجه به اینکه در بیشتر مطالعات شیوع خشونت خانگی معادل ۱۰٪ برآورد شده بود با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۲ حجم نمونه معادل۸۶۴ نفر تعیین گردید. که در نهایت ۸۴۰ مورد از پرسشنامه‌ها بطور کامل پر شده بود و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش مادران باردار تک قلو، زیر ۳۵ سال و با کمتر از ۵ حاملگی که جهت سقط یا زایمان در بیمارستان بستری بودند، وارد مطالعه شدند و پس از اخذ شرح حال بالینی مادران سیگاری، معتاد یا دارای بیماریهای طبی شناخته شده از مطالعه حذف شدند. جهت جدا کردن افراد سیگاری و معتاد از مطالعه، با توجه به شرایط فرهنگی جامعه و شیوع بسیار کم این مسائل در بین زنان و حجم زیاد نمونه و همچنین عدم امکان انجام آزمایشات لازم در این زمینه پژوهشگر با برقراری ارتباط با واحدهای مورد پژوهش، فراهم کردن محیط مناسب، مصاحبه در زمان مناسب و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، اعتماد واحدهای مورد پژوهش را به خود جلب می‌نمود و با شرح حال بالینی به غربالگری این موارد اقدام نمود.

جهت انتخاب نمونه‌ها کلیه زنان باردار واجد شرایط شرکت در پژوهش که در فاصله زمانی آبان ماه ۱۳۸۴ تا فروردین ماه ۱۳۸۵، جهت ختم بارداری در بخش زایمان بیمارستانهای بعثت و تأمین اجتماعی، بستری شده بودند، به صورت تصادفی سیستماتیک، جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. نحوه انتخاب تصادفی نمونه‌ها به صورت یک در میان بود و از هر دو نفر یک نمونه مورد بررسی قرار می‌گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه و استفاده از پرونده‌های

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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 سؤالات 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 سؤالات 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 سؤالات 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 خانمهائی که جهت اینداکشن به بلوک زایمان مراجعه نموده بودند قبل از شروع دردهای زایمانی و خانمهائی 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 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 نظیر 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 سئوالات غربالگری پاسخ مثبت داده بودند به عنوان خشونت دیده در نظر گرفته می‌شدند.

اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا و پایائی آن بوسیله ضریب آلفا کرونباخ تعیین گردید (r=۰/۸۵). اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و غربالگری خشونت با استفاده از گفته‌های مادر و اطلاعات مربوط به پیامدهای بارداری با استفاده از پرونده‌های 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع خشونت فیزیکی خانگی در بارداری ۸/۵٪ است. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اشتغال واحدهای مورد پژوهش با p<۰/۰۵ ارتباط معنی‌دار وجود دارد، به این صورت که ۱۰/۶٪ زنان خانه‌دار تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. در حالیکه ۴/۲٪ 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<۰/۰۳ رابطه معنی‌دار وجود دارد به این ترتیب که فقط ۱/۸٪ مردان با تحصیلات دانشگاهی نسبت به زنان خشونت فیزیکی اعمال می‌کردند در حالیکه این رقم برای مردان بی‌سواد یا با تحصلات دیپلم و کمتر ۹/۵٪ بود. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اشتغال همسران واحدهای مورد پژوهش با p<۰/۰۰۱ رابطه معنی‌دار وجود دارد. به این صورت که ۲۱/۹٪ زنانی که همسران آنها بیکار بودند تحت خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته بودند در حالیکه ۷/۹٪ زنانی که همسران آنها شاغل بودند مورد خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته‌اند.

بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و وضعیت اقتصادی واحدهای مورد پژوهش با p<۰/۰۱ رابطه معنی‌دار وجود داشت. به این ترتیب که ۱۴/۷٪ افرادی که از وضعیت اقتصادی نامطلوب برخوردار بودند، تحت خشونت فیزیکی خانگی قرار گرفته بودند در حالیکه فقط ۶/۸٪ افرادی که از اقتصادی مطلوب برخوردار بودند، مورد خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته بودند (جدول ۱).

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

خشونت فیزیکی / وضعیت اقتصادی	بلی		خیر		جمع		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مطلوب	۱۶	۶/۸	۲۲۰	۹۳/۲	۲۳۶	۱۰۰	
نسبتاً مطلوب	۳۵	۷/۵	۴۲۸	۹۲/۵	۴۶۳	۱۰۰	۰/۰۱
نامطلوب	۲۰	۱۴/۷	۱۱۶	۸۵/۳	۱۳۶	۱۰۰	

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 معنی‌دار وجود ندارد.

آنالیز آماری بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و اعتیاد به سیگار توسط همسر با p=/۰۰۰ نشان می‌دهد که بین آن دو رابطه معنی‌دار وجود داشته است. به بیان دیگر همسران زنان خشونت دیده با میزان ۱۳/۴٪ در مقابل ۵/۵٪ بیشتر از همسران زنان خشونت ندیده سیگار مصرف نموده‌اند (جدول ۲).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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

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

بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و مصرف الکل توسط همسر با p<۰/۰۱ ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. به بیان دیگر زنانی که همسران آنها الکل مصرف می‌نمایند (۱۶/۹٪)، بیشتر از زنانی که همسران آنها الکل مصرف نمی‌کنند (۷/۸٪)، مورد خشونت واقع می‌شوند. بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و اعتیاد به مواد مخدر توسط همسر با p=/۰۰۰ 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).

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

خشونت فیزیکی / مصرف موادمخدر	بلی		خیر		جمع		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بلی	۶	۳۷/۵	۱۰	۶۲/۵	۱۶	۱۰۰	۰/۰۰
خیر	۶۵	۷/۸	۷۵۹	۹۲/۲	۸۰۶	۱۰۰	

آنالیز آماری نشان داد که بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و حاملگی ناخواسته با p<۰/۰۴ رابطه معنی‌دار وجود دارد.به بیان دیگر زنانی که حاملگی آنها نا خواسته است، بیشتر از زنانی که حاملگی آنها خواسته است (۱۳/۴٪ در مقابل ۶/۹٪)، تحت خشونت فیزیکی همسران خود قرار گرفته‌اند (جدول ۴).

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

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

بررسی ارتباط بین دو متغیر خشونت فیزیکی خانگی و ازدواج اجباری نشان داد که بین آنها با p<۰/۰۱ رابطه معنی‌دار وجود دارد.به بیان دیگر زنانی که به اجبار با همسرانشان ازدواج کرده‌اند در ۲۳/۵٪ موارد و زنانی که با رضایت خود ازدواج کرده‌اند ۷/۸٪ موارد، تحت خشونت فیزیکی همسرانشان قرار گرفته‌اند.

رابطه بین دو متغیرخشونت فیزیکی خانگی و سابقه محکومیت کیفری مرد با p<۰/۰۰۱ معنی‌دار است و ۲۳/۳٪ زنانی که همسرانشان سابقه محکومیت کیفری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

داشتند تحت خشونت فیزیکی همسرانشان قرار می‌گرفتند در حالی که این میزان برای زنانی که همسرانشان سابقه محکومیت کیفری نداشتند، ۸/۳٪ 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 فیزیکی و پارگی زودرس پرده‌ها با $p<۰/۰۴$ رابطه معنی‌دار وجود دارد. به بیان دیگر ۱۵/۲٪ کسانی که دچار پارگی زودرس پرده‌ها شده بودند، تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند در حالیکه ۸/۲٪ کسانی که پارگی زودرس پرده‌ها را نداشتند، خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند (جدول ۵).

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

خشونت فیزیکی / پارگی زودرس پرده	بلی		خیر		جمع		p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بلی	۱۴	۱۹/۷	۷۹	۸۰/۳	۹۳	۱۰۰	۰/۰۲
خیر	۵۷	۱۰/۳	۶۹۰	۸۹/۷	۷۶۹	۱۰۰	

همچنین یافته‌های دیگر نشان دادند که ارتباط خشونت فیزیکی دوران بارداری و میزان سقط با $p<۰/۰۵$ معنی‌دار است. یعنی ۱۶/۳٪ کسانی که سقط نموده بودند از خشونت فیزیکی همسرانشان در دوران بارداری رنج می برند. در حالیکه این رقم برای کسانی که بارداری آنها به سقط منجر نشده بود ۸/۲٪ 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 ۸/۵٪ بود. فرامرزی و همکاران (۵) در یک مطالعه در بین زنان باردار بابل، شیوع همسر آزاری را ۹/۱٪ 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 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 باشند.

نتایج تحقیق نشان داد که زنان خانه‌دار بیشتر از زنان شاغل مورد خشونت فیزیکی همسرانشان قرار می‌گیرند ($p<۰/۰۱$)، 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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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 (۱,۱۱,۱۳). 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) هماهنگ 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 و روستائی از نظر آماری برابر است. یافته تحقیق Bradely و همکاران (۱۵) نیز تائیدکننده 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 ($p<۰/۰۱$). نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۱۷) نیز در جهت تائید یافته‌های پژوهش حاضر است.

همچنین یافته‌های این تحقیق نشان دادکه مردان الکلی 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 معتاد 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، الکل و مواد مخدر توسط همسر، می‌تواند به عنوان یک عامل تشنج‌زا در خانواده مطرح شده و موجب بروز اختلافات خانوادگی شود. از طرفی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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<۰/۰۱). محققان دیگری نیز که در این زمینه مطالعه نموده‌اند (۵,۱۰) یافته‌های مشابهی را بدست آوردند. 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 بار گردد.

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<۰/۰۱)، 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 مزبور 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.

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<۰/۰۱)، 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 پیامد های ناگوار بارداری شود (۵).

اگرچه در مطالعات زیادی بین خشونت فیزیکی خانگی و میزان مرده‌زائی ارتباط معنی‌دار گزارش شده است (۵)، یافته‌های این تحقیق مبین 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 تائید یافته‌های پژوهش حاضر است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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.

نتیجه‌گیری

توصیه می‌گردد تحقیقات تکمیلی به منظور بررسی متغیر های 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 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.

قدردانی 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 غریبی و سرکار خانم شهبازی کمال تشکر را دارد.

References

1. 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.

2. 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.

3. Fang GS, Ling WJ, Chuan-yan QU. Domestic abuse on women in China befor during and after pregnancy. Chinese Med J 2004; 17(3): 331-336.

۴. کانینگهام گاری، بارداری و زایمان ویلیامز. ۲۰۰۱ ترجمه قاضی جهانی بهرام، چاپ اول، تهران: گلبان ۱۳۸۰: صفحهٔ ۲۳۰.

5. 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

۶. مرندی علیرضا، جهانی شدن و سلامت زنان، سبا، شماره ۱۶، ۱۳۸۳: صفحات ۲۵-۲۰.

7. Kady DE, Gillbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcome of assualts during pregnancy. Obstetric and Gynecol 2005; 105(2): 357-363.

8. Arcose E, Uarac M, Molina I, Reposso A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. Rev Med Chil 2001; 129(12): 1413-24.

9. 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.

10. 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.

11. United Nations Childrens Fund Innocenti Research Centre (UNICEF). Domestic violence against women and girls. Innocenti Digest, No 6, june 2000.

۱۲. 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.

13. 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

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. Muhajarine N, Daroy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. CMAJ 1999; 160(7): 1007-11.
19. Yost NP, Bloom SL, Mclntire 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]