

بررسی شدت و فراوانی انواع خشونت خانوادگی در طی حاملگی

حمیدرضا بهنام^۱ - وحیده مقدم حسینی^۲ - عاطفه سلطانی فر^۳

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانوادگی به خصوص از سوی همسر، شایعترین نوع خشونت بر علیه زنان است که آثار روانی، اجتماعی و فرهنگی - اقتصادی متعددی نیز به دنبال دارد. خشونت خانوادگی در زنان باردار می تواند موجب بروز مشکلات جدی در مادر و شیرخوار شود. به لحاظ اهمیت بسزای این موضوع، این مطالعه در جهت نیل به میزان فراوانی و شدت خشونت خانوادگی در زنان باردار انجام شد.

روش تحقیق: در این پژوهش مقطعی، تعداد ۲۹۰ نفر از زنان بستری شده در بخشهای بعد از زایمان بیمارستانهای آموزشی شهرستان مشهد مورد مطالعه قرار گرفتند. برای تمامی مادران مورد مطالعه، ابزار خشونت خانوادگی و اطلاعات دموگرافیک مادر و همسر از طریق فرم مصاحبه و همچنین مشخصات مربوط به نوزاد از طریق ثبتهای بیمارستانی، پس از سنجش روایی و پایایی، تکمیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که به طور کلی ۹۲/۴ درصد از زنان، خشونت خیلی خفیف، ۶/۹ درصد خفیف و ۰/۷ درصد خشونت متوسط را در بارداری از طرف شوهرانشان تجربه کرده‌اند. از لحاظ خشونت کلامی ۴۰/۹٪ خیلی خفیف و ۰/۷٪ شدید، خشونت روانی ۸۱/۱٪ خیلی خفیف و ۱/۷٪ شدید، خشونت فیزیکی ۹۳/۱٪ خیلی خفیف و ۰/۳٪ شدید و بالاخره خشونت جنسی ۹۵/۲٪ خیلی خفیف و ۰/۳٪ شدید مشاهده شد. بین وزن هنگام تولد نوزاد با نمره‌ی کل خشونت خانوادگی همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد ($p < 0/004$). همچنین ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات همسر با میزان خشونت خانوادگی وجود دارد ($p = 0/614$).

نتیجه‌گیری: بطورکلی نشان داده شد که میزان نسبتاً بالایی از زنان، خشونت خیلی خفیف را در طی بارداری تجربه می‌کنند. همچنین رابطه‌ی معنی‌داری بین وزن هنگام تولد نوزاد و میزان خشونت خانوادگی وجود داشته است. این یافته‌های مهم حاکی از اهمیت این مساله و ضرورت توجه و پیشگیری از این مشکل می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانوادگی؛ حاملگی؛ عوارض بارداری

۱- نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس: مشهد- خیابان ابن‌سینا- چهارراه دکتری- دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

تلفن: ۰۹۱۵۱۱۰۹۵۱۴ نامبر: ۰۵۱۱۸۵۹۷۳۱۳ پست الکترونیکی: behnamhr@mums.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳- فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

خانواده اصلی‌ترین هسته‌ی هر جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان دارد و هیچ مرجعی نمی‌تواند جایگزین آن شود. یکی از پدیده‌های خانوادگی که امروزه مورد توجه محققان، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفته است اعمال خشونت در خانواده و یا به اصطلاح خشونت مردان علیه زنان در خانواده است.

خشونت بر علیه زنان، یکی از موضوعات اصلی در زمینه‌ی وضعیت بهداشتی و اجتماعی زنان است و تحقیقات اولیه‌ی انجام شده در مورد رابطه‌ی بین خشونت بر علیه زنان و وضعیت بهداشت باروری در کشورهای در حال توسعه، آگاهی بیشتری از مسأله و نتایج بهداشتی آن فراهم کرده است. سازمان بهداشت جهانی خشونت بر علیه زنان را به صورت هرگونه عملی بر علیه جنس زن که باعث آسیب یا رنجش جسمی، روانی یا جنسی شود و فقدان آزادی و اختیار در زندگی تعریف می‌کند (۱).

بر اساس مطالعات انجام شده، هر ساله در ایالات متحده آمریکا ۲ میلیون زن از طرف شوهرانشان مورد تهاجم فیزیکی قرار می‌گیرند که آسیب‌های وارده منجر به ۷۳۰۰۰ بستری و ۱۵۰۰ مرگ می‌شود (۲).

با وجود اینکه همه‌ی زنان در معرض خطر قرار دارند اما بعضی از گروهها در معرض خطر بیشتری قرار می‌گیرند که شامل: نوجوانان، زنان با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین و زنان باردار می‌باشند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی از چندین کشور در سال ۲۰۰۵ بیشتر از ۴۵ درصد زنان باردار، سابقه‌ای را از تحت خشونت قرار گرفتن در گذشته ذکر می‌کنند (۳). متأسفانه در بسیاری از این زنان، بدرفتاری در طی بارداری هم ادامه پیدا می‌کند. احتمالاً به استثنای پره‌اکلامپسی، شیوع خشونت خانگی از شیوع تمام حالات عمده‌ی طبی که از طریق غربالگری روتین پره‌ناتال تشخیص داده می‌شود بیشتر است (۴).

در مطالعات انجام گرفته بر روی زنان حامله در ترکیه، ۳۳/۳ درصد زنان در دوران حاملگی مورد سوء استفاده‌ی جسمی یا جنسی بوده‌اند که در ۶۶/۵ درصد از آنها این خشونت از طرف شوهرانشان بوده است. خشونت جسمی ۵۵/۱ درصد و خشونت

روانی ۴۴/۹ درصد گزارش شده است. در چین، شیوع آن ۱۲ ماه قبل از حاملگی ۹/۱ درصد، در طی حاملگی ۴/۳ درصد و در ۱۱ ماه بعد از زایمان ۸/۳ درصد بوده است (۵).

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که به طور کلی ۴ تا ۳۷ درصد زنان در طی حاملگی تحت خشونت قرار می‌گیرند که در تعداد قابل توجهی از آنها قبل از حاملگی این تجربه وجود نداشته است. فرآیندی که سبب تغییر در رفتار و ایجاد تعارض و خشونت در طی حاملگی و بعد از تولد می‌شود به خوبی شناخته شده نیست. مدارکی وجود دارد که نشان می‌دهد حاملگی و به دنبال آن، انتقال به نقش والدی می‌تواند سبب بهم خوردن توازن و آرامش برای زوجین و تغییر در الگوی ارتباطی قبلی شود. فیتزپاتریک و همکاران دریافتند که ۶۸/۹ درصد از شوهران و ۷۴/۲ درصد از همسرانشان افزایش در ایجاد تعارض در طی حاملگی را گزارش کردند؛ که می‌تواند مقدمه‌ای برای بروز خشونت باشد (۶).

از جمله عوامل مستعدکننده‌ی این پدیده که در مطالعات متفاوت به آن اشاره شده است می‌توان به سن مادر، وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات، میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت روانی و جسمی زوجین اشاره نمود (۶). خشونت علیه زنان، عواقب ناگواری را می‌تواند در طی حاملگی و بعد از آن به دنبال داشته باشد که از آن جمله: افزایش خطر تولد نوزاد نارس و کم وزن، افزایش فشارخون و خطر بروز عفونت، آمی، عدم وزن‌گیری مناسب در طی حاملگی و افزایش خطر بروز افسردگی در طی و پس از زایمان می‌باشد (۷).

مطالعات اخیر پیشنهاد می‌کنند که استرس- بخصوص در ارتباط با خشونت خانوادگی در طی حاملگی - می‌تواند باعث وزن کم هنگام تولد شود. همچنین وارد شدن تروما به شکم ممکن است منجر به شکستگی استخوان‌های جنین، پارگی رحم، خونریزی‌های قبل از زایمان، از دست دادن جنین یا زایمان زودرس گردد (۶).

با توجه به اهمیت بسیار زیادی که سلامت جسمی و روانی زنان در طی سنین باروری بخصوص دوران حاملگی دارد شناخت هر چه بیشتر عواملی که این دوره‌ی حساس را با بحران روبرو می‌نماید از اهمیت حیاتی برخوردار است. پدیده‌ی خشونت خانوادگی از جمله‌ی این عوامل می‌باشد که همانطور که ذکر

برای بررسی خشونت خانوادگی از پرسشنامه‌ی "مقیاس تدابیر حل اختلاف"^{۱۱} که یک ابزار استاندارد جهت بررسی شدت خشونت خانوادگی می‌باشد استفاده شده است. این ابزار دارای ۷۸ سوال و ۵ بخش جزئی به شرح ذیل می‌باشد: بعد روانی دارای ۸ سوال، بعد فیزیکی دارای ۱۲ سوال، بعد گفتاری دارای ۶ سوال، بعد جنسی دارای ۷ سوال و بعد صدمات دارای ۶ سوال. هر سوال دارای ۸ گزینه می‌باشد. تمامی سؤالات زوج است؛ یعنی هم خشونت شوهر به همسر و هم همسر به شوهر خود را بررسی می‌کند.

جهت تعیین شدت خشونت در هر کدام از ابعاد مربوطه، در ابتدا نمرات کسب شده در هر قسمت را جمع زده و به این ترتیب، عدد خامی بدست آمد که از آن، در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سپس، علاوه بر این، بر اساس نمره‌ی بدست آمده، افراد مورد مطالعه به ۵ گروه "خیلی خفیف"، "خفیف"، "متوسط"، "شدید" و "خیلی شدید" تقسیم شدند. به این ترتیب، فراوانی هر کدام از قسمت‌ها در هر گروه مشخص شد. در ضمن، عینا همین اقدام نیز در رابطه با میزان خشونت کلی یعنی جمع ابعاد مورد نظر انجام گرفت و به این ترتیب، شاخص شدت خشونت کلی در افراد بدست آمد.

روایی این آزمون از طریق روایی محتوا و با نظر تعدادی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان و با استفاده از روش هامپلتون بررسی و تایید گردید. در روش هامپلتون به این صورت عمل شد که در ابتدا نظر ۵ نفر از متخصصین مربوطه در رابطه با هر یک از گزینه‌های ابزار خشونت به صورت پاسخهای ۳ گزینه‌ای (کاملاً مرتبط با موضوع، ارتباط کم با موضوع، بی‌ارتباط با موضوع) اخذ شد. سپس میزان همبستگی بین نظرات متخصصین محاسبه گردید. در نهایت، اصلاحات لازم در رابطه با تک‌تک گزینه‌ها به عمل آمد.

پایایی ابزار توسط روش آلفای کرونباخ سنجیده شد؛ زیرا ابزار مربوطه به نوبه‌ی خود دارای ۵ خرده آزمون می‌باشد. بنابراین، در ابتدا واریانس امتیاز هر یک از خرده آزمونها و همچنین واریانس امتیاز کل را بدست آورده و سپس میزان آلفای کرونباخ محاسبه گردید. نتیجه عبارت بود از: $Ra=0/92$

گردید می‌تواند پیامدهای ناخوشایند و نامناسب بسیاری به دنبال داشته باشد. به همین دلیل، بسیاری از کشورها ابعاد مختلف این موضوع را تحت مطالعه قرار داده‌اند. اما در ایران، مطالعات انجام شده بسیار محدود می‌باشد. لذا با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، کشور ما با سایر کشورها و حتی در بین شهرهای مختلف، آگاهی یافتن از وسعت و شدت موضوع الزامی می‌نماید تا بتوان راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و برخورد مناسب با آن را اتخاذ نمود و سلامت جسمی و روانی زنان در دوران حاملگی را ارتقاء بخشید.

روش تحقیق

این پژوهش با طراحی توصیفی و مقطعی انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه عبارت بود از زنان بستری شده در بخشهای بعد از زایمان بیمارستانهای آموزشی شهرستان مشهد در سال ۱۳۸۶ که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند.

برای تعیین حجم نمونه و همچنین جهت بررسی پایایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدا یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۱۶ نفر انجام شد. حجم نمونه در ۵ نوبت به صورت جداگانه بر اساس هر یک از ۵ جنبه‌ی خشونت خانوادگی (کلامی، روانی، جسمی، جنسی و صدمات) در سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه گردید. کمترین حجم نمونه بر اساس جنبه‌ی خشونت کلامی، ۱۱۹ نفر و بیشترین حجم نمونه بر اساس جنبه‌ی روانی ۲۹۰ نفر بدست آمد. به این ترتیب، حجم نمونه ۲۹۰ نفر در نظر گرفته شد.

روش اجرای طرح به این صورت بود که پس از ارائه‌ی معرفی‌نامه از طرف دانشکده پرستاری و مامایی به بیمارستانهای مربوطه جهت انجام نمونه‌گیری، پژوهشگر با مراجعه به بخشهای پس از زایمان بیمارستانهای آموزشی، با مادرانی که زایمان کرده‌اند (اعم از طبیعی و سزارین) و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، صحبت کرده و توضیحات لازم در مورد موضوع، اهمیت و نحوه‌ی انجام مطالعه را به آنها داده و سپس در صورت تمایل و بعد از دادن رضایت آگاهانه‌ی کتبی، فرم مصاحبه‌ی مربوط به خشونت خانوادگی و اطلاعات دموگرافیک مادر و همسر تکمیل می‌شد. مشخصات نوزاد نیز از طریق مشاهده‌ی پرونده جمع‌آوری گردید.

خشونت و وزن هنگام تولد نوزادان از آزمون غیرپارامتریک ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که به‌طور کلی ۹۲/۴ درصد از زنان، خشونت خیلی خفیف، ۶/۹ درصد خفیف و ۰/۷ درصد خشونت متوسط را در بارداری از طرف شوهرانشان تجربه کرده‌اند. میزان فراوانی خشونت از جنبه‌های گفتاری، روانی، فیزیکی، جنسی و صدمات در جدول ۱ به تفصیل آورده شده است.

داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آنجایی که متغیر شدت خشونت خانوادگی با مقیاس فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است، لذا برای بررسی رابطه‌ی بین شدت خشونت خانوادگی و بعضی از متغیرها مثل میزان تحصیلات، از آزمون آماری غیرپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. برای بررسی رابطه‌ی بین تحصیلات و مدت ازدواج از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و توکی استفاده شد. برای بررسی میزان همبستگی بین شدت

جدول ۱: فراوانی و شدت انواع خشونت خانوادگی

شدت										انواع خشونت
خیلی شدید		شدید		متوسط		خفیف		خیلی خفیف		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰/۷	۲	۲۱/۳	۶۲	۳۷/۱	۱۰۸	۴۰/۹	۱۱۹	گفتاری
۰	۰	۱/۷	۵	۴/۸	۱۴	۱۲/۴	۳۶	۸۱/۱	۲۳۶	روانی
۰	۰	۰/۳	۱	۱	۳	۵/۵	۱۶	۹۳/۱	۲۷۱	فیزیکی
۰/۳	۱	۰/۷	۲	۱/۴	۴	۲/۴	۷	۹۵/۲	۲۷۷	جنسی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۲۹۱	صدمات منجر به آسیب
۰	۰	۰	۰	۰/۷	۲	۶/۹	۲۰	۹۲/۴	۲۹۶	خشونت کل

دیگر نتایج این مطالعه حاکی از آن است که رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری بین تحصیلات زن با خشونت کلامی، جنسی، صدمات منجر به آسیب و خشونت کل وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۲: رابطه بین تحصیلات و انواع خشونت خانوادگی

انحراف معیار ± میانگین						نوع خشونت تحصیلات
بطور کلی	صدمات	جنسی	فیزیکی	روانی	کلامی	
۲۰/۹۴ ± ۱۵/۲۱	۰/۵ ± ۱/۴۶	۴/۳۸ ± ۵/۵۷	۰/۷۲ ± ۱/۴۰	۶/۴۴ ± ۹/۴۴	۸/۸۸ ± ۲/۶۹	بی سواد
۳۱/۶۱ ± ۲۷/۴۷	۰/۹۶ ± ۱/۷	۵/۳۵ ± ۸/۵۸	۵/۰۵ ± ۱۱/۷۷	۹/۷۶ ± ۱۲/۲۳	۱۰/۴۹ ± ۵/۱۶	ابتدایی
۴۲/۲۵ ± ۳۷/۵۸	۱/۰۵ ± ۱/۷۹	۸/۲۱ ± ۱۰/۴۴	۷/۱۷ ± ۱۵/۷۲	۱۳/۳۰ ± ۱۶/۶۳	۱۲/۵۱ ± ۵/۵۸	راهنمایی
۲۵/۷۲ ± ۱۵/۵۷	۱/۶۸ ± ۲/۲۳	۳/۷۱ ± ۵/۵۶	۰/۷۲ ± ۱/۷۶	۸/۱۰ ± ۸/۴۳	۱۱/۴۸ ± ۶/۱۴	متوسطه
۲۸/۷۲ ± ۱۵/۳۳	۲/۰۵ ± ۲/۵۵	۴/۷۷ ± ۴/۱۵	۱/۱۱ ± ۲/۲۹	۷/۷۲ ± ۷/۴۲	۱۳/۰۵ ± ۵/۰۸	عالی
۰/۰۱۶	۰/۰۳۴	۰/۰۰۵	۰/۲۲۷	۰/۳۴۵	۰/۰۴۱	p-value (Kruskal Wallis)

همچنین تفاوت معنی‌داری نیز بین میانگین مدت ازدواج به بدست آمده از خشونت روانی با مدت ازدواج مشاهده تفکیک تحصیلات زن و همچنین ارتباط معنی‌داری بین نمره‌ی گردید (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳: رابطه بین مدت ازدواج با انواع خشونت خانوادگی

میانگین رتبه‌ای						انواع خشونت
کلامی	روانی	فیزیکی	جنسی	صدمات	بطور کلی	مدت ازدواج به سال
۱۵۷/۷۸	۱۱۱/۵۴	۱۳۶/۱۴	۱۲۳/۳۳	۱۳۸/۱۲	۱۲۲/۴۵	>۱
۱۴۴/۸۸	۱۴۶/۵۹	۱۴۲/۳۶	۱۵۶/۵۸	۱۵۱/۱۴	۱۴۸/۲۲	۲-۵
۱۴۰/۵۷	۱۷۱/۴۰	۱۵۲/۴۶	۱۴۸/۴۸	۱۴۶/۹۶	۱۶۱/۷۲	۶-۱۰
۱۴۲/۰۲	۱۴۰/۱۲	۱۵۱/۵۳	۱۳۸/۶۷	۱۳۸/۴۷	۱۳۹/۴۷	<۱۰
۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۱	۰/۵۸۶	۰/۰۷۶	p-value (Kruskal Wallis)

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین مدت ازدواج به تفکیک تحصیلات زن

نتیجه آزمون توکی p-value					میانگین و انحراف معیار	تعداد	مدت ازدواج تحصیلات
عالی	متوسطه	راهنمایی	ابتدایی	بی‌سواد			
۰/۰۱۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	NS*		۱۰/۱۱±۷/۴۹	۱۸	بی‌سواد
NS	۰/۰۴	NS			۶/۹۱±۵/۰۲	۱۰۰	ابتدایی
NS	NS				۵/۵۲±۴/۶۹	۸۰	راهنمایی
NS					۴/۷۷±۴/۷۲	۷۴	متوسطه
					۴/۸۸±۳/۵۱	۱۸	عالی

* Non-significant difference

گزارش شده است (۸). در مطالعه‌ای که یانی کرم^۱ و همکاران در شهر مانیز ترکیه بر روی ۲۱۷ زن باردار انجام داده بودند، میزان خشونت خیلی خفیف ۰/۵٪، خفیف ۶۵٪، متوسط ۲۵/۳٪، شدید ۷/۸٪ و خیلی شدید ۱/۴٪ گزارش شده است (۹). طبق این مطالعه، بیشترین فراوانی مربوط به نوع خفیف بوده و نوع شدید و خیلی شدید نیز وجود داشته است.

همانطور که مشخص است فراوانی‌های گزارش شده از انواع خشونت خانوادگی در مطالعات مختلف متفاوت است؛ که می‌تواند به دلیل متفاوت بودن روش بررسی خشونت، حجم نمونه و ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی افراد شرکت کننده در این مطالعات باشد.

به‌طور کلی در مطالعات انجام شده، فراوانی خشونت در بارداری از ۰/۹٪ تا ۲۰/۱٪ متفاوت بوده است که بیشتر مطالعات فراوانی ۳/۹٪ تا ۸/۳٪ را گزارش کرده‌اند (۱۰، ۱۱).

در مورد نتایج مربوط به بارداری، یافته‌های این مطالعه نشان دادند که بین وزن هنگام تولد نوزاد با خشونت روانی، فیزیکی و نمره‌ی کل خشونت، همبستگی معنی‌دار معکوس وجود دارد (جدول ۵).

بحث

سوال اصلی این مطالعه این بوده است که "فراوانی و شدت انواع خشونت مردان علیه زنان در بارداری چقدر بوده است؟". یافته‌های این پژوهش در کل نشان داد که میزان نسبتاً بالایی از زنان، خشونت خیلی خفیف را در طی بارداری تجربه می‌کنند و خشونت شدید و خیلی شدید وجود نداشته است. در بین انواع خشونت با توجه به شدت آن، در گروه خیلی خفیف، خشونت جنسی (۹۵/۲ درصد) و در گروه شدید، خشونت روانی (۱/۷ درصد) از همه بیشتر بوده است. در مطالعه‌ی فرامرزی و همکاران میزان خشونت فیزیکی، روانی و جنسی در زنان باردار در شهر بابل به ترتیب ۹/۱ درصد، ۸۲/۳ درصد و ۳۶/۳ درصد

1- EmreYanikkerem, Guls,ahKaradas, Betul Adlguzel ,and UmranSevil

تحصیلات، میانگین مدت ازدواج نیز کاهش می‌یافت که می‌تواند به این دلیل باشد که در این پژوهش با افزایش میزان تحصیلات، سن ازدواج افزایش و مدت ازدواج کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر با افزایش مدت ازدواج، احتمالاً به دلیل بالارفتن تجربه و آگاهی در برقراری ارتباط و نحوه‌ی حل تعارضات و اختلافات بروز خشونت کمتر شده است.

یکی دیگر از اهداف جانبی این مطالعه، بررسی نتایج بارداری بوده است. در این پژوهش، همبستگی معکوس معنی‌داری بین وزن هنگام تولد با خشونت روانی، جسمی و نمره‌ی کل خشونت دیده شد. نونز ریواس^۱ و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش کردند که وزن نوزادانی که مادران آنها در طی حاملگی تحت خشونت بوده‌اند ۴۴۹/۴ گرم کمتر از گروه دیگر بود ($p < 0.001$) (۱۳). در مطالعه‌ی دیگری که توسط یوست انپی^۲ و همکاران انجام شده است میانگین وزن نوزادان مادرانی که خشونت را تجربه کرده بودند $2647/5 \pm 604$ گرم بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد داشت (۱۴).

با توجه به فراوانی نسبتاً بالایی از خشونت در بارداری که در این مطالعه بدست آمد و از آنجایی که پرسنل ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و بخصوص ماماها جزء کسانی هستند که بیشترین ارتباط را با این زنان دارند، لذا آموزش به آنان در زمینه‌ی غربالگری و نحوه‌ی برخورد با این موارد الزامی می‌نماید تا گامهای بیشتر در جهت ارتقای سلامت زنان برداشته شود.

برخی مطالعات بیان می‌کنند که در بعضی فرهنگ‌ها، بارداری به عنوان دوره‌ای که زن در آن تحت حمایت بیشتر اطرافیان از جمله شوهر خود قرار گرفته محسوب می‌شود و بنابراین میزان تحت خشونت قرار گرفتن کاهش پیدا می‌کند. در مقابل، تعدادی از تئوری‌ها نیز بیان می‌کنند: به خاطر اینکه فرد اعمال کننده‌ی خشونت همیشه در یک موقعیت قدرت و کنترل است، ممکن است احساس کند که در طی حاملگی کنترل او روی زن باردار کمتر می‌شود و اغلب به توجهی که یک زن باردار به جنین خود دارد حسادت می‌کند و این حسادت احتمالاً خطر اعمال خشونت را افزایش می‌دهد (۱۲).

در قسمت عوامل مرتبط با خشونت، نشان داده شد که بین تحصیلات زن با خشونت روانی، جنسی، صدمات منجر به آسیب و خشونت کل، رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری وجود دارد؛ بطوری که هر چه تحصیلات زن افزایش می‌یابد نمره‌ی مربوط به خشونت نیز افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ی یانی کرم و همکاران تفاوت معنی‌دار از لحاظ تحصیلات زنان بین دو گروهی که تحت خشونت بودند و آنهایی که نبودند وجود داشت. در این مطالعه، بر خلاف مطالعه حاضر، با بالارفتن سطح تحصیلات زنان، نمره‌ی خشونت کاهش پیدا می‌کرد (۹).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر، تفاوت معنی‌داری بین میانگین مدت ازدواج به تفکیک تحصیلات زن نشان داد؛ به نحوی که با افزایش

References:

- 1- Sunita K. Domestic violence measurement in the demographic and health surveys. Economic Commission for Europe (ECE) and World Health Organization 2005; 11(14): Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/expert-papers/Kishor.pdf> .
- 2- Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women. National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention 2000. Available at: <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>.
- 3- Jennifer Gunter. Intimate Partner Violence. Obstet Gynecol Clin N Am 2007, 34: 376-88.
- 4- Gray CF, Kenneth JL, Steven LB, John CH, Larry CG, Katharine DW. Williams Obstetrics 22nd ed. New York: The McGRAW-HILL 2005: 210.

1- Nunez Rivas

2- Yost NP

- 5- Johnson JK, Haider F, Ellis K. The Prevalence of Domestic Violence in Pregnancy Women. *BJOG* 2003;110:272-5.
- 6- Sagrestano LM, Carroll D, Rodriguez AC, Nuwayhid B. Demographic, Psychological, and Relationship Factors in Domestic Violence during Pregnancy in a Sample of Low Income Women of Color. *Psychology of Women Quarterly* 2004; 28: 309-22.
- 7- Karen JC, Stephanie AE. Domestic violence. In: Stephanie AE. Primary care of women. 2nd ed. Patricia Tannian; 2002: 626.
- 8- Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Babol city, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005; 11(5/6): 870-79.
- 9- Emre Y, Gulsah K, Betul A, Umran S. Domestic Violence during Pregnancy in Turkey and Responsibility of Prenatal Healthcare Providers. *American Journal of Perinatology* 2006; 23(2):93-103.
- 10- Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: Implications for practice. *J Midwifery Women's Health* 2002; 47: 305–316.
- 12- Tonji D, Brenda CG, Linda ES, Christopher HJ. Opportunities for intervention discussing physical abuse during prenatal care visits. PRAMS Working Group. *Am J Prev Med* 2000; 19: 238–244.
- 13- Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. Physical, Psychological, Emotional and Sexual Violence during Pregnancy as a Reproductive-risk Predictor of Low birth-weight in Costa Rica. *Pan Am J Public Health* 2003; 14: 75-83 .
- 14- Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A Prospective Observational Study of Domestic Violence during Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106(1): 61-5.