

رابطه خشونت خانگی با عوارض حاملگی، نوع زایمان و وزن زمان تولد در خانمهای زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز

راضیه باقرزاده^۱ - طاهره کشاورز^۲ - فرخنده شریف^۳ - صدیقه دهباشی^۴ - حمیدرضا طباطبایی^۵

چکیده

زمینه و هدف: شیوع بالای خشونت خانگی لزوم انجام مطالعاتی که اثرات و نتایج این خشونت را مورد بررسی قرار دهد، آشکار می‌سازد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان و نوع خشونت خانگی طی بارداری و ارتباط آن با عوارض حاملگی، نوع زایمان و وزن نوزاد انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۴۰۰ نفر از زنان زایمان کرده بستری در بخش بعد از زایمان بیمارستانهای زینبیه و حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز که به طور تصادفی ساده انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای شامل سه بخش بود. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه و همچنین با مراجعه به پرونده واحدهای پژوهش و نوزادان آنها تکمیل گردید. افرادی که بیماریهای روانی یا طبعی، سزارین انتخابی، چند قلوبی، سابقه تصادف یا زمین خوردن یا زایمان زیر ۲۸ هفته داشتند، از پژوهش خارج گردیدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و انجام روشهای آماری شامل آزمون های من-ویتنی، آزمون همبستگی اسپیرمن، و کروسکال-والیس در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها: میزان خشونت روانی $47/5\%$ ، فیزیکی 22% ، اجتماعی $13/5\%$ ، اقتصادی 23% و جنسی $22/3\%$ بود. بین خشونت روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی طی حاملگی با خونریزی دستگاه تناسلی، بستری شدن به علت این خونریزیها و دردهای زودرس زایمانی، زایمان زودرس، سزارین و کم وزنی زمان تولد ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P \leq 0/05$). بین خشونت اجتماعی با خونریزی دستگاه تناسلی طی بارداری و کم وزنی زمان تولد ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: خشونت خانگی می‌تواند از جنبه‌های مختلف، مادر و جنین را با خطر مواجه سازد؛ بنابراین توجه و مقابله با این مشکل و پیشگیری از طریق آموزش و مشاوره می‌تواند در بهبود سیر حاملگی، زایمان و وضعیت نوزاد مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی؛ خشونت؛ خشونت فامیلی

افق‌دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۶/۳/۱۳ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۴/۱ پذیرش: ۱۳۸۷/۴/۱۱

^۱ نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد مامایی، مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

آدرس: بوشهر- دانشگاه علوم پزشکی- دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۷۷۱-۲۵۲۸۴۹۸-۰۷۷۱-۲۵۲۸۴۹۸-۰۷۷۱-۲۵۲۸۴۹۸ پست الکترونیکی: raziehbagherzadeh@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد مامایی، مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۳ دکترای روانپرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۴ استاد گروه آموزشی زنان و زایمان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۵ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی و عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

مادر شدن رویای دیرینه هر زنی است که بلوغ را تجربه می‌کند و جهت تحقق این رویا و رفع نیازهای دیگر (که در مقابل مادر شدن کم رنگتر ولی به هر حال حائز اهمیت است)، ازدواج صورت می‌گیرد و ابتدایی‌ترین شکل جامعه و بنیاد جوامع بزرگتر یعنی خانواده تشکیل می‌گردد و این جنس مؤنث است که یکی از ارکان خانواده را تشکیل می‌دهد تا هم به رویای خود جامعه حقیقت ببوشاند و هم بقای نسل بشر را تضمین کند.

از آنجا که جامعه سالم، هدف هر فردی است که در آن زندگی می‌کند، بنابراین سلامت بنیاد جامعه نیز بایستی مد نظر باشد.

حدود ۵۰-۴۰٪ زنان در مرحله‌ای از زندگی خود تحت خشونت خانگی واقع می‌شوند که این امر سلامت جسمی و روحی آنان را تحت تأثیر قرار داده و گاه آنها را به سوی خودکشی سوق می‌دهد (۱).

خشونت خانگی طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی مادران و فرزندان آنان را تشکیل می‌دهد اما بسیاری از زنان مواجه شده با خشونت خانگی به وسیله سیستم‌های مراقبتی شناسایی نمی‌شوند؛ در حالی است که بیش از یک سوم زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی تحت خشونت خانگی هستند و زنان حامله شانس بیشتری برای مواجه شدن با خشونت، بخصوص نوع جسمی را دارند (۲).

در فلوریدا طی یک بررسی ۹٪ از خانمهای حامله کتک خوردن و صدمه دیدن در اثر خشونت خانگی را ذکر نمودند و ۶٪ اظهار داشتند که در زندگی خود احساس ناامنی می‌کنند (۳).

Gohnson و همکاران طی مطالعه‌ای در انگلستان خشونت طی حاملگی را در ۱۷٪ نمونه‌ها گزارش کردند (۴).

در یک تحقیق در کلمبیا از روی نتایج کالبدشکافی سالهای ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۶ مشخص شد که مرگ در اثر خشونت در زنان حامله شایعتر از زنان غیر باردار است (۵).

در گینه نو، پرو، هند، بنگلادش و سریلانکا ارتباط بین خشونت خانگی و اقدام به خودکشی مشخص گردیده است (۶).

نتایج یک مطالعه در آمریکا در سال ۱۹۹۴ تأثیر خشونت طی حاملگی را روی عوارض مادری و کم وزنی نوزاد نشان داده است. با توجه وسیعی که کشورها روی وزن کم نوزادی و اثر آن

به عنوان یک عامل تهدیدکننده سلامتی دارند، این موضوع که چرا اخیراً سعی کمی برای بررسی اثرات خشونت طی حاملگی انجام گردیده است، عجیب به نظر می‌رسد (۷).

خشونت در خلال حاملگی نباید در چهارچوب یک بیماری یا سندرم قرار گیرد و نبایستی مانند یک الگوی خاص از مشکلات بهداشتی مثل آسیب، مسائل تولید مثلی یا روحی- روانی بدان نگریسته شود؛ چون خشونت یک عامل خطر برای تمام موارد ذکر شده است (۸).

شیوع کتک‌خوردن زنان طی حاملگی از برخی عوارض دوران بارداری، مثل مسمومیت حاملگی بیشتر است. سوء مصرف مواد، سیگار کشیدن، افزایش وزن کمتر از حد مطلوب طی حاملگی و رژیم غذایی نامناسب با خشونت در رابطه می‌باشند (۹).

خشونت‌های فیزیکی، جنسی و روانی می‌توانند به وسیله تغییر رفتار بهداشتی زنان مثل اعتیاد به الکل، دخانیات، مصرف داروهای روان‌گردان یا داروهای ممنوعه منجر به پیش‌آگهی بد حاملگی شوند (۱۰).

Seng معتقد است که اختلالات تنشی مادری از طریق دو فرایند رفتاری و نروآندوکراین باعث پیامد ناخوشایند حاملگی می‌شوند (۱۱).

مطالعات ارتباط خشونت خانگی و پیامد بد حاملگی از جمله افزایش سقط، زایمان زودرس کم وزنی زمان تولد، کاهش ارتباط عاطفی مادر و نوزاد، خونریزی قبل از زایمان، محدودیت رشد داخل رحمی جنین، دکولمان جفت و مرگ و میر پرناتال را نشان داده‌اند (۲۰-۱۲).

طی تحقیقی که توسط جهانفر و همکاران در سال ۱۳۸۲ در ایران انجام گردید، شیوع خشونت خانگی طی حاملگی ۶۰/۶٪ گزارش گردید. از این میزان ۱۴/۶٪ فیزیکی، ۶۰/۵٪ روانی و ۲۳/۵٪ نوع جنسی بود. در این مطالعه آسیبهای شدید ناشی از خشونت فیزیکی در ۴۳/۳٪، همسرآزاری روحی-روانی در ۲۴/۲٪ و آسیب ناشی از خشونت جنسی در ۳/۵٪ موارد گزارش گردید (۲۱).

این شیوع بالا از خشونت خانگی در کشور ما لزوم انجام مطالعاتی که اثرات و نتایج این خشونت را مورد بررسی قرار دهد، آشکار می‌سازد.

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت با عوارض

مصابحه با ۳۰ نفر از افراد مشابه واحدهای مورد پژوهش پرسشنامه را تکمیل نمود و با استفاده از نرم افزار SPSS ضریب آلفا محاسبه شد که ضریب پایایی ۰/۸۵ بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و انجام روشهای آماری شامل آزمون های من-ویتنی، آزمون همبستگی اسپیرمن، و کروسکال-والیس انجام شد.

یافته‌ها

میزان خشونت روانی ۴۷/۵٪، فیزیکی ۲۲٪، اجتماعی ۱۳/۵٪، اقتصادی ۲۳٪ و جنسی ۲۲/۳٪ بود. بین خشونت روانی و فیزیکی طی حاملگی و بستری شدن به علت خونریزی دستگاه تناسلی طی سه ماهه دوم و سوم بارداری، دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه دوم، زایمان زودرس و زایمان به روش سزارین، بین خشونت اجتماعی با بستری شدن در بیمارستان به علت خونریزی دستگاه تناسلی طی سه ماهه دوم، بین خشونت اقتصادی با بستری شدن در بیمارستان به علت دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه سوم بارداری، زایمان زودرس و سزارین اورژانس؛ بین خشونت جنسی با بستری شدن در بیمارستان به علت خونریزی سه ماهه دوم حاملگی، دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه دوم و سوم بارداری و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/05$).

آزمون کروسکال والیس نشان داد که خونریزیهای سه ماهه دوم با همه انواع خشونت و خونریزیهای سه ماهه سوم با خشونت روانی فیزیکی، اجتماعی و جنسی در ارتباط می‌باشند.

آزمون همبستگی اسپیرمن بین کم وزنی زمان تولد و همه انواع خشونت، ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد. این آزمون بین انواع خشونت با تعداد حاملگی و تعداد فرزندان زنده ارتباط آماری معنی‌دار را نشان نداد. تنها خشونت روانی و فیزیکی با تعداد سقط رابطه مستقیم داشتند (به ترتیب $P < 0/007$ و $P < 0/025$).

همبستگی نمرات خشونت با وزن نوزاد در جدول ۱ و ارتباط بین نمرات خشونت با عوارض بارداری، نوع زایمان و وضعیت نوزاد در جدول شماره ۲ و ۳ گنجانده شده است.

حاملگی و وضعیت نوزاد انجام شد تا بر اساس آن بتوان با توجه به شرایط فردی مادران برنامه‌ریزی نموده و گامی هر چند کوتاه در جهت سلامت مادران و نوزادان برداشت.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۴۰۰ نفر از زنان زایمان نموده که در بهار تا پاییز ۱۳۸۳ در بخش بعد از زایمان بیمارستانهای زینبیه و حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بستری شده بودند، به طور تصادفی ساده انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل سه بخش بود. بخش اول سؤالات مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها، بخش دوم شامل سؤالاتی در مورد تاریخچه و عوارض حاملگی‌های قبلی و فعلی و بخش سوم سؤالات سنجش خشونت خانگی بود. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه و همچنین با مراجعه به پرونده واحدهای پژوهش و نوزادان آنها تکمیل گردید.

سؤال سنجش انواع خشونت شامل ۳۰ سؤال بود که با ۹ سؤال اول خشونت روانی، ۹ سؤال دوم خشونت فیزیکی، ۵ سؤال بعد نوع اجتماعی، ۴ سؤال خشونت اقتصادی و با ۳ سؤال آخر سوء رفتار جنسی سنجیده می‌شد. هر سؤال دارای پنج گزینه هرگز، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد بود که به این گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفر تا ۴ تعلق می‌گرفت. به علت متفاوت بودن تعداد سؤالات در هر حیطه خشونت، نمره خشونت هر فرد در هر حیطه بر حداکثر نمره‌ای که در آن حیطه امکان کسب آن بود، تقسیم گردید؛ یعنی نمره خشونت روانی و فیزیکی هر فرد بر ۳۶، نمره خشونت اجتماعی بر ۲۰، امتیاز خشونت اقتصادی بر ۱۶ و نوع جنسی بر ۱۲ تقسیم گردید و میانگین با توجه به این نمرات محاسبه شد.

پرسشنامه سنجش خشونت خانگی با استفاده از چند پرسشنامه که در کشور جهت سنجش خشونت خانگی استفاده شده بود، تدوین گردید و روایی و پایایی این پرسشنامه انجام شد. جهت تعیین روایی، فرم جمع‌آوری اطلاعات به نظر تعدادی از اساتید و مربیان صاحب‌نظر رسانده شد و از راهنماییها و تغییرات پیشنهادی آنها استفاده شد.

پایایی ابزار با انجام مطالعه پیش‌آزمایی و با استفاده از ضریب آلفا تعیین گردید؛ بدین صورت که پژوهشگر به طریق

جدول ۱- همبستگی نمرات خشونت با وزن نوزاد واحدهای پژوهش

وزن		انواع خشونت	
با تطبیق سن حاملگی	بدون تطبیق سن حاملگی		
-۰/۱۶۷ <۰/۰۰۱	-۰/۲۶۷ <۰/۰۰۱	ضریب همبستگی سطح معنی داری	روانی
-۰/۰۳۰ <۰/۰۰۱	۰/۰۷۶ ۰/۱۳	ضریب همبستگی سطح معنی داری	فیزیکی
-۰/۱۴۴ ۰/۰۰۴	-۰/۰۵۱ ۰/۳۱	ضریب همبستگی سطح معنی داری	اجتماعی
-۰/۱۰۶ ۰/۰۳۵	-۰/۰۰۳ ۰/۲۹۴	ضریب همبستگی سطح معنی داری	اقتصادی
-۰/۱۹۹ <۰/۰۰۱	-۰/۱۷۷ <۰/۰۰۱	ضریب همبستگی سطح معنی داری	جنسی

جدول ۲- ارتباط نمرات انواع خشونت با عوارض بارداریهای قبلی و فعلی

انواع خشونت					متغیر	
جنسی	اقتصادی	اجتماعی	فیزیکی	روانی		
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
۰/۶۶±۰/۹۹ ۰/۳۳±۰/۷۸ P<۰/۰۱۰*	۰/۴۷±۰/۷۸ ۰/۲۱±۰/۵۰ P<۰/۰۰۳*	۰/۰۹±۰/۲۰ ۰/۰۸±۰/۲۸ P<۰/۰۴۴۲	۰/۲۱±۰/۴۱ ۰/۱۱±۰/۳۳ P<۰/۰۲۷*	۰/۹۵±۱/۰۱ ۰/۵۶±۰/۹۱ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	سابقه عفونت دستگاه تناسلی در بارداری
۰/۵۸±۱/۰۵ ۰/۳۷±۰/۸۰ P<۰/۰۲۳۶	۰/۳۸±۰/۷۲ ۰/۲۴±۰/۵۵ P<۰/۰۶۶	۰/۲۰±۰/۴۳ ۰/۰۸±۰/۲۷ P<۰/۰۵۲۸	۰/۲۶±۰/۶۴ ۰/۱۲±۰/۳۲ P<۰/۰۱۹۱	۰/۶۸±۰/۹۸ ۰/۶۲±۰/۹۳ P<۰/۰۶۲۲	مثبت منفی سطح معنی داری	سابقه زایمان زودرس در بارداریهای قبلی
۰/۳۶±۰/۷۸ ۰/۴۰±۰/۸۵ P<۰/۰۶۳۴	۰/۳۳±۰/۶۴ ۰/۱۸±۰/۴۷ P<۰/۰۰۴*	۰/۱۲±۰/۳۶ ۰/۰۶±۰/۲۱ P<۰/۰۲۶۲	۰/۲۰±۰/۴۵ ۰/۰۷±۰/۲۱ P<۰/۰۰۱*	۰/۸۱±۱/۰۶ ۰/۴۷±۰/۷۹ P<۰/۰۰۴*	مثبت منفی سطح معنی داری	شروع مراقبتهای دوران بارداری پس از هفته ۱۲ حاملگی زیر هفته ۱۲ حاملگی
۰/۳۸±۰/۸۲ ۰/۴۱±۰/۸۵ P<۰/۰۵۶	۰/۲۳±۰/۵۶ ۰/۲۶±۰/۴۳ ۰/۹۳±۰/۶۵ P<۰/۰۱۴*	۰/۰۸±۰/۲۷ ۰/۱۴±۰/۳۷ ۰/۳۵±۰/۵۷ P<۰/۰۰۶۶	۰/۰۲±۰/۳۴ ۰/۱۸±۰/۳۴ ۰/۳۳±۰/۴۷ P<۰/۰۱۱	۰/۵۹±۰/۹۲ ۰/۹۰±۱/۰۰ ۱/۹۴±۰/۹۵ P<۰/۰۰۳*	مثبت منفی سطح معنی داری	عدم خونریزی طی سه ماهه اول بارداری لکه بینی خونریزی
۰/۳۲±۰/۷۶ ۰/۷۵±۱/۰۷ ۰/۸۰±۱/۰۴ P<۰/۰۰۳*	۰/۱۹±۰/۴۵ ۰/۳۲±۰/۸۴ ۰/۹۲±۰/۹۸ P<۰/۰۰۱*	۰/۰۶±۰/۲۴ ۰/۲۸±۰/۵۸ ۰/۱۷±۰/۲۹ P<۰/۰۰۱*	۰/۰۶±۰/۲۱ ۰/۳۸±۰/۵۱ ۰/۷۳±۰/۷۲ P<۰/۰۰۱*	۰/۴۵±۰/۷۸ ۱/۶۵±۱/۱۱ ۱/۸۸±۰/۹۹ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	عدم خونریزی طی سه ماهه دوم بارداری لکه بینی خونریزی
۰/۳۸±۰/۸۳ ۰/۴۵±۰/۸۳ ۰/۳۳±۰/۶۳ P<۰/۰۹۳	۰/۲۳±۰/۵۲ ۰/۰۹±۰/۳۰ ۰/۸۸±۱/۲۴ P<۰/۰۰۷*	۰/۰۸±۰/۲۵ ۰/۰۴±۰/۷۴ P<۰/۰۰۹*	۰/۱۰±۰/۳۲ ۰/۲۸±۰/۲۹ ۰/۷۵±۰/۵۲ P<۰/۰۰۱*	۰/۵۲±۰/۸۶ ۱/۹۱±۰/۷۸ ۲/۲۹±۰/۷۰ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	عدم خونریزی طی سه ماهه سوم بارداری لکه بینی خونریزی
۰/۸۲±۱/۰۵ ۰/۳۶±۰/۸۲ P<۰/۰۲۴*	۰/۸۹±۰/۹۹ ۰/۲۱±۰/۵۱ P<۰/۰۰۱*	۰/۲۰±۰/۳۲ ۰/۰۸±۰/۲۸ P<۰/۰۰۳*	۰/۸۷±۰/۷۹ ۰/۰۹±۰/۲۶ P<۰/۰۰۱*	۲/۱۴±۱/۰۴ ۰/۵۴±۰/۸۶ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	سابقه بستری در اثر خونریزی دستگاه تناسلی طی سه ماهه دوم بارداری

* دارای اختلاف معنی دار در سطح P<۰/۰۵

جدول ۳- ارتباط نمرات انواع خشونت با عوارض بارداری، نوع زایمان و وضعیت نوزادان واحدهای پژوهش

انواع خشونت					متغیر	
جنسی	اقتصادی	اجتماعی	فیزیکی	روانی		
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۳۰±۰/۸۲ ۰/۳۸±۰/۸۲ P<۰/۰۸۰	۰/۳۵±۰/۵۰ ۰/۳۴±۰/۵۶ P<۰/۰۷۲	۰/۲۶±۰/۲۹ ۰/۰۸±۰/۲۸ P<۰/۰۳۱	۰/۵۳±۰/۲۰ ۰/۱۲±۰/۳۴ P<۰/۰۰۱*	۲/۰±۰/۷۴ ۰/۵۹±۰/۹۱ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	بستری به علت خونریزی از دستگاه تناسلی طی سه ماهه سوم بارداری
۱/۲۳±۱/۴ ۰/۳۱±۰/۷۴ P<۰/۰۰۱*	۰/۲۶±۰/۵۷ ۰/۲۷±۰/۵۶ P<۰/۰۹۲	۰/۱۶±۰/۴ ۰/۰۸±۰/۲۷ P<۰/۰۱۸	۰/۲۹±۰/۴۲ ۰/۱۱±۰/۳۴ P<۰/۰۰۶*	۱/۳۳±۰/۵۶ ۰/۹۹±۰/۹۰ P<۰/۰۰۱*	مثبت منفی سطح معنی داری	بستری به علت دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه دوم بارداری
۰/۸۴±۱/۰۳ ۰/۳۶±۰/۸۱ P<۰/۰۰۲*	۰/۶۶±۱/۰۰ ۰/۲۳±۰/۵۳ P<۰/۰۱۸*	۰/۱۶±۰/۴۷ ۰/۰۸±۰/۲۷ P<۰/۰۹۲	۰/۲۵±۰/۴۵ ۰/۱۲±۰/۳۴ P<۰/۰۰۸	۱/۲±۱/۱۵ ۰/۶±۰/۹۲ P<۰/۰۱۵*	مثبت منفی سطح معنی داری	بستری به علت دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه سوم بارداری
۰/۹۹±۱/۱۵ ۰/۲۵±۰/۶۶ P<۰/۰۰۱*	۰/۴۴±۰/۷۴ ۰/۲۰±۰/۵۱ P<۰/۰۰۲*	۰/۱۳±۰/۴۰ ۰/۰۷±۰/۲۵ P<۰/۰۱۸	۰/۲۸±۱/۰۲ ۰/۰۹±۰/۲۸ P<۰/۰۰۱*	۱/۰۷±۱/۰۲ ۰/۵۲±۰/۸۲ P<۰/۰۰۱*	<۳۷ ≥ ۳۷ سطح معنی داری	سن حاملگی هنگام زایمان
۰/۳۵±۰/۹۷ ۰/۵۲±۰/۹۵ P<۰/۰۱۱	۰/۲۲±۰/۵۳ ۰/۳۶±۰/۶۷ P<۰/۰۴۳*	۰/۰۸±۰/۲۷ ۰/۱۰±۰/۳۲ P<۰/۰۹۹۵	۰/۱۰±۰/۳۱ ۰/۲۴±۰/۴۵ P<۰/۰۰۱*	۰/۵۵±۰/۸۹ ۰/۹۸±۱/۰۴ P<۰/۰۰۱*	طبیعی سزارین سطح معنی داری	نوع زایمان
۰/۳۱±۰/۷۴ ۱/۰۴±۱/۲۰ ۰/۶۲±۰/۹۴ P<۰/۰۰۱*	۰/۲۲±۰/۵۴ ۰/۴۷±۰/۶۸ ۰/۳۳±۰/۸۲ P<۰/۰۵۳	۰/۰۴±۰/۲۷ ۰/۱۴±۰/۳۹ ۰/۰۴±۰/۱۳ P<۰/۰۴۸	۰/۱۰±۰/۳۰ ۰/۳۷±۰/۶۰ ۰/۰۹±۰/۱۷ P<۰/۰۰۱*	۰/۵±۰/۹۰ ۱/۲۶±۱/۰۵ ۰/۶۲±۰/۹۳ P<۰/۰۰۱*	خوب بستری مرده سطح معنی داری	وضعیت نوزاد

* دارای اختلاف معنی دار در سطح $P \leq 0.05$

بحث

اثر سقط مرتبط ندانستند که با نتیجه پژوهش فعلی هماهنگ می باشد. مطالعات در دسترس، اثر خشونت اجتماعی و اقتصادی را در ارتباط با خونریزی سه ماهه اول تفکیک نکرده اند. در پژوهش حاضر بین خشونت اجتماعی و جنسی با خونریزی سه ماهه اول ارتباط معنی داری مشاهده نشد که این عدم ارتباط می تواند به این علت باشد که در واحدهای پژوهش حداقل سن حاملگی موقع زایمان ۲۸ هفته حاملگی بود و زیر ۲۸ هفته وارد این پژوهش نشده بودند.

یافته های تحقیق حاضر بین خونریزی سه ماهه دوم و همچنین بستری شدن در اثر خونریزی در این مدت با تمام حیطه های خشونت ارتباط معنی داری را نشان داد که با نتایج مطالعات مشابه همسو می باشد (۱۵، ۱۹).

در پژوهش حاضر بین خونریزی سه ماهه سوم با خشونت های روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی ارتباط آماری معنی داری

هدف از این پژوهش تعیین ارتباط خشونت خانگی با عوارض حاملگی، نوع زایمان و وزن نوزاد بود. بیشترین نوع خشونت، روانی (۰/۴۷/۵) و کمترین نوع مربوط به خشونت اجتماعی (۰/۱۳/۵) بود. نوع فیزیکی ۰/۲۲، اقتصادی ۰/۲۳ و نوع جنس ۰/۲۲/۳ به دست آمده است.

یافته های پژوهش نشان دهنده ارتباط آماری مثبت و معنی داری بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی با تأخیر در مراجعه جهت مراقبت های دوران بارداری می باشند که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۵، ۲۲).

نتایج پژوهش بین خونریزی سه ماهه اول بارداری و خشونت روانی و اقتصادی ارتباط آماری مثبت و معنی داری نشان داد؛ این یافته نیز با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۲۳، ۲۴).

Cokkinds و همکاران (۲۰) خشونت فیزیکی را با بستری شدن در

Shumway و همکاران (۲۵) و نیز Krueger و Fernandes (۱۷) نیز نشان دادند که خشونت خانگی طی بارداری با زایمان زودرس در ارتباط می‌باشد که این جز در حیطه خشونت اجتماعی با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

عدم ارتباط خشونت اجتماعی با زایمان زودرس را می‌توان به محدودیت خروج زنان از منزل و در نتیجه امکان استراحت، بیشتر مربوط دانست.

Neggars و همکاران (۲۶)، همچنین Kearney و همکاران (۲۴) در مطالعه خود، بین خشونت روانی و فیزیکی و زودرس ارتباط آماری معنی‌داری گزارش نمودند که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

یافته‌های این پژوهش بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی و زایمان به روش سزارین ارتباط مثبت آماری نشان داد که با مطالعه Rachana و همکاران (۱۹) و همچنین Cokkinds و همکاران (۲۰) همخوانی دارد.

نتایج پژوهش نشان داد مادرانی که نوزاد مرده داشته‌اند یا نوزادشان پس از تولد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شده‌اند، در طی حاملگی بیشتر با خشونت روانی، فیزیکی و جنسی مواجه بوده‌اند.

Janssen و همکاران (۱۴) در مطالعه خود بین خشونت توسط شریک جنسی و مرگ و میر پری‌ناتال ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نمودند که با مطالعه حاضر در جنبه‌های روانی، فیزیکی و جنسی هماهنگ می‌باشد؛ همچنین مطالعه حاضر با مطالعه Lipsky و همکاران (۲۷) که بین مرگ و میر نوزادی و خشونت توسط شریک جنسی ارتباط آماری معنی‌داری گزارش نمودند، همسو می‌باشد.

Asling Monemi و همکاران (۲۸) بین خشونت فیزیکی و جنسی با مرگ و میر کودکان زیر پنج سال که دوران نوزادی را نیز در بر می‌گرفت، ارتباط مثبت و از نظر آماری معنی‌دار گزارش نمودند که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

Shumway و همکاران (۲۵)، Rachana و همکاران (۱۹) و Neggars و همکاران (۲۶) ارتباط آماری معنی‌دار بین زایمان زودرس و خشونت خانگی گزارش نمودند. یکی از علل عمده پذیرش نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نارس نوزاد می‌باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین وزن نوزاد و خشونت

مشاهده شد که با مطالعه Janssen و همکاران (۱۴) همسو می‌باشد. در پژوهش فعلی بین خشونت جنسی و خونریزی سه ماهه سوم ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که آن را می‌توان با تغییر رفتارهای جنسی و کاهش ارتباط جنسی در سه ماهه سوم مرتبط دانست.

در مطالعه حاضر بستری شدن به علت خونریزی سه ماهه سوم با خشونت روانی و فیزیکی مرتبط بود و این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود.

Cokkinds و همکاران (۲۰) بین خشونت فیزیکی طی حاملگی و بستری شدن به علت خونریزی دستگاه تناسلی در حاملگی و مشکلات جفت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نکردند که با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد و علت آن می‌تواند میزان پایین خشونت در مطالعه ایشان نسبت به مطالعه حاضر باشد.

با وجود ارتباط بین خشونت اجتماعی و اقتصادی با خونریزی سه ماهه سوم، بین این دو نوع خشونت و بستری شدن در اثر این عارضه ارتباطی مشاهده نشد که این عدم ارتباط را در حیطه خشونت اجتماعی می‌توان به اکراه همسران واحدهای پژوهش برای خروج خانم‌ها از منزل و در مورد خشونت اقتصادی به هزینه لازم جهت بستری مربوط دانست.

یافته‌های پژوهش بین بستری شدن در اثر دردهای زودرس زایمان طی سه ماهه دوم و خشونت روانی، فیزیکی و جنسی ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار نشان داد؛ همچنین بین بستری شدن در اثر دردهای زودرس زایمانی طی سه ماهه سوم و خشونت روانی، اقتصادی و جنسی ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید؛ همچنین بین زایمان زودرس (زیر ۳۷ هفته) و خشونت روانی، فیزیکی، اقتصادی و جنسی ارتباط مثبت دیده شد. Rachana و همکاران (۱۹) بین بستری شدن در اثر دردهای زودرس زایمانی و خشونت فیزیکی ارتباط آماری گزارش نمودند که این در مورد سابقه بستری شدن طی سه ماهه دوم بارداری با پژوهش حاضر همسو می‌باشد ولی در مورد سه ماهه سوم همسو نمی‌باشد که البته علت این تفاوت می‌تواند این مسأله باشد که در پژوهش‌های مذکور، دردهای زودرس زایمانی به وجود دردها در سه ماهه دوم و سوم تفکیک نگردیده است و به طور کلی در نظر گرفته شده است.

داده و نه تنها نسل موجود یعنی مادر بلکه نسل آینده یعنی جنین وی را نیز به خطر می‌اندازد، بنابراین هرگونه اقدامی هرچند کوچک برای کاهش خطراتی که مادران باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌تواند به بهبود شرایط مادران و نوزادان کمک نماید.

از آنجا که خشونت خانگی می‌تواند از جنبه‌های مختلف مادر و جنین را با خطر مواجه سازد. بنابراین توجه و مقابله با این مشکل و پیشگیری از طریق آموزش و مشاوره می‌تواند در بهبود سیر حاملگی، زایمان و وضعیت نوزاد مؤثر باشد. انجام مطالعات بیشتر در جهت شناخت بهترین راههای غربالگری و مقابله با خشونت خانگی طی بارداری توصیه می‌گردد.

روانی و جنسی ارتباط معکوس و از نظر آماری معنی‌داری وجود دارد. پس از تعدیل از نظر سن حاملگی بین هر پنج نوع خشونت و وزن کم نوزادی ارتباط معکوس و از نظر آماری معنی‌داری مشاهده گردید که با پژوهش Muthal-Rathore و همکاران (۱۵) Lipsky و همکاران (۲۷)، Valladares و همکاران (۱۶) که همگی بین خشونت خانگی و وزن کم نوزادی ارتباط آماری معکوس و معنی‌دار را ذکر نمودند، همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بدیهی است که زنان حامله جزء گروه پرخطر محسوب می‌شوند؛ از آنجا که بی‌توجهی به این گروه خطرات را افزایش

References:

- 1- Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional 199 violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust.* 2001; 175 (4): 201.
- 2- Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ.* 2002; 325 (7354): 44.
- 3- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthcare providers. *J Womens Health (Larchmt).* 2008; 17 (4): 557-67.
- 4- Gohnson GK, Haidar F, Ellis, K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *Br J Obstet Gynecol.* 2003; 210 (3): 272-75.
- 5- Krulewitch CJ, Pierre-Louis ML, Leon-Gomez R, Guy R, Green R. Hidden from view: violent deaths among pregnant women in the district of columbia, 1988-1996. *J Midwifery Women's Health.* 2001; 46 (1): 4-10.
- 6- Kapoor S. Domestic violence against women and girls. UNICEF. Innocenti Research Centre. 2000 Jun 6: 1-28.
- 7- Macmillan HL. Physical abuse during pregnancy: a significant threat to maternal and child. *JAMA.* 1999; 160 (7): 1022.
- 8- Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: attest of the model. *Rescue Nurse Health.* 1999; 22 (1): 49-58.
- 9- Langford NP, Torres S, Campbell J, Glass N. Women battering in primary care practice. *Family Practice J.* 1999; 16: 343-52.
- 10- Lent B, Patricia A, Rechner S. This paper was commission by the CFPC's maternity and newborn care committee. Discussion Paper. 2000; January 28: 1-8.
- 11- Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, post traumatic stress and child bearing. *J Midwifery Women's Health.* 2002; 47 (5): 337-46.
- 12- Heath I. Domestic violence as a Women's Health Issue. *Am J Prevent Med.* 2000; 19 (4): 375-78.
- 13- Zeitling D, Tdhajal T, Colmsee M. Maternal-fetal bonding process between a mother and child. *Arch Women's Mental Health.* 1999; 2: 183-85.
- 14- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188 (5): 1341-47.

- 15- Muthal-Rathore A, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002; 76 (1): 83-85.
- 16- Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol*. 2002; 100 (4): 700-705.
- 17- Fernandes FM, Krueger PM. Domestic violence: effect on pregnancy outcome. *J Osteopath Assoc*. 1999; 99 (5): 254-56.
- 18- 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 birthweight in Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14 (2): 75-83.
- 19- Rachana C, Suraiyak AL, Mulhim AL, Abdol Hai A. Prevalence and complication of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002; 103: 26-29.
- 20- Cokkides VE, Cokker A, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complication and birth outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 1999; 93 (51): part 1.
- 21- Jahanfar A, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence among expectant mothers who had attended in Iran University of Medical Sciences (IUMS) hospitals. *Quarterly of Iran Nursing*. 2003; 16 (33): 93-99
- 22- Purwar MB, Jeaseeian L, Varhadpande U, Motgharew V, Pimplakute S. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. *J Gyneacol Res*. 1999; 25 (3): 165-71.
- 23- Acros E, Uara C M, Molina I, Reossi A, Ulloa M. Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health. *Rev Med Chil*. 1999; 129 (12): 1413-24.
- 24- Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *Indianapolis: Fourth Quarter*. 2003; 35 (4): 345.
- 25- Shumway J, Ocamp P, Gielen A, Khouzami AN, Blahemore KJ. Preterm labore, placenta abruption and membranes rupture in relation to maternal violence or verbal abuse. *J Materno Fetal Med*. 1999; 8 (3): 76-8.
- 26- NeggersY, Goldenberg R, Cilver S, Hhauth J. Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta obstet Gynecol Scand*. 2004; 83 (5): 455-60.
- 27- Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Impact of police reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obestet Gynecol*. 2003; 102 (3): 557-64.
- 28- Asling Monemi K, Pena R, Ellisberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case -referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ*. 2003; 81 (1): 8-17.