

بررسی شیوع و پیامدهای همسرآزاری در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

فرنگیس خسروی^۱، لیلا هاشمی نسب^۲، دکتر محمد عبداللهی^۳

تاریخ دریافت 86/1/15، تاریخ پذیرش 86/3/2

چکیده

زمینه و هدف: همسرآزاری 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 اثر گذار است. با توجه به عدم وجود اطلاعات کافی درخصوص این مشکل در منطقه بالاخص در مورد زنان باردار، هدف از این تحقیق، تعیین شیوع و پیامدهای همراه با همسر آزاری در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنندج است.

مواد و روش کار: 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. جمع آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه ساختاری و پرونده‌های زایمانی صورت گرفت. پیامدهای بارداری شامل مرده زایی، زایمان زود رس، سقط، PROM و میانگین وزن زمان تولد بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۶۰/۵٪ از واحدهای مورد پژوهش در دوران بارداری تحت همسرآزاری قرار گرفته اند و شامل همسرآزاری جسمی ۸/۵٪ همسرآزاری احساسی ۵۷٪، همسرآزاری جنسی ۱۸/۸٪ بود. همچنین آسیب‌های شدید ناشی از همسرآزاری در بعد جسمی برابر ۳/۴٪، در بعد احساسی برابر ۹/۸٪ و در بعد جنسی برابر ۰/۲٪ بود. زنانی که تحت خشونت قرار گرفته بودند، بیشتر دارای سن ازدواج زیر ۱۸ سال ($p < 0.028$)، گذشت بیشتر از ۲۰ سال از زمان ازدواج ($p < 0.048$)، بیسواد ($p < 0.048$)، خانه دار ($p < 0.03$)، دارای همسران بیکار ($p < 0.025$) و دارای بیشتر از ۴ فرزند ($p < 0.002$) بودند. بر اساس نتایج مطالعه از بین کلیه پیامدهای بارداری، همسرآزاری با PROM ($P < 0.05$) و میانگین وزن زمان تولد ($P < 0.007$) ارتباط معنی دار داشت.

نتیجه گیری: با توجه به پیامدهای نامناسب همسرآزاری در بارداری باید با غربالگری روتین خشونت همسرآزاری در دوران بارداری و انجام اقدامات آموزشی جهت تغییر رفتارهای مردان، توانمندسازی زنان و اصلاح ساختارهای ناسالم فرهنگی گامی در جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه برداشت.

کلیدواژه‌ها: همسرآزاری، عوامل خطر، زنان باردار، پیامد

مجله پزشکی ارومیه، سال نوزدهم، شماره اول، ص ۱۴-۸، بهار ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: سنندج، خیابان پاسدران، دانشگاه علوم پزشکی سنندج، دانشکده پرستاری و مامایی شماره تلفن ۰۵۲-۶۶۶۰۰۸۷۱ و ۰۹۱۸۸۷۳۳۳۴۹

E-mail: f45khosravy@yahoo.com

مقدمه

اجتماعی مشاهده می شود (۱). خشونت خانگی شامل هر نوع سوء استفاده جسمی، جنسی و یا احساسی است که در روابط خانوادگی بر افراد اعمال می‌شود (۲). اگرچه مردان و زنان تمامی گروه‌های سنی تحت تاثیر این پدیده قرار می‌گیرند ولی

خشونت در خانواده از جمله مسایل اجتماعی حاد به شمار می‌رود که در تمام مناطق جغرافیایی و در میان تمام گروه‌های دینی، نژادی و در تمام سطوح تحصیلی، شغلی، اقتصادی و

^۱ کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد مامائی مربی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

^۳ پزشک عمومی، بیمارستان تامین اجتماعی سنندج

مواد روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی است و با توجه به این‌که در بیشتر مطالعه‌ها شیوع همسرآزاری معادل ۱۰٪ برآورد شده بود با استفاده از فرمول $n = z^2 pq/d^2$ و با $d = 1/0.2$ حجم نمونه معادل ۸۶۴ نفر تعیین شد. که در نهایت ۸۴۰ مورد از پرسشنامه‌ها به طور 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 آزمایش‌های لازم در این زمینه، پژوهشگران 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 نمونه‌گیری 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 تامین 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 اطلاعات مصاحبه و استفاده از پرونده‌های موجود و ابزار تحقیق شامل برگ ثبت اطلاعات جهت پیامدهای بارداری (شامل زایمان زودرس، سقط، پارگی زودرس پرده‌ها، مرده زایی، وزن زمان تولد) و پرسشنامه بود. بخش اول پرسشنامه حاوی سئوالات مشخصات فردی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات مرد، وضعیت اشتغال مرد، مدت زمان گذشته از ازدواج، محل سکونت، تعداد فرزندان و کفایت درآمد خانواده بود. قسمت دوم شامل پرسشنامه خود ساخته همسرآزاری (مشمتمل بر سه بخش خشونت جسمی، احساسی و جنسی) بود که با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون سازی شده است. اعتبار پرسشنامه با استفاده از اعتبار محتوا و پایایی آن به وسیله ضریب آلفا کرونباخ تعیین گردید ($r=0/9$). سئوالات مربوط به غربالگری خشونت فیزیکی شامل سابقه 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 در بارداری اخیر بود. در صورتی که فرد یک

در این میان تفاوت بین زنان و مردان در اشکال سرشتی و پیامدهای اعمال خشونت بر آنها است (۳). همچنین تحقیقات نشان داده اند که آزار و خشونت که با هدف به کنترل درآوردن و تسلط انجام می‌پذیرد، در ۹۰٪ موارد نسبت به زنان، ۷-۸٪ دو طرفه و ۳-۲٪ نسبت به مردان صورت می‌گیرد (۱) در اهمیت این موضوع همان بس که خشونت بر علیه زنان به عنوان یک معضل بهداشتی شناخته شده در جهان مطرح می‌باشد و سازمان جهانی بهداشت نیز خشونت بر علیه زنان را از اولویت‌های بهداشتی می‌داند که عوارض قابل توجهی را در سلامت جسمی و روانی زنان ایجاد می‌کند (۳). بارداری می‌تواند به دلایل مختلف مانند کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیر طبیعی همسر درخصوص بارداری، شیوع خشونت خانگی را تحت تاثیر قرار داده و موجب بروز، تشدید و یا کاهش آن شود (۴). 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 (۵).

مطالعه‌های انجام شده در جوامع مختلف، شیوع خشونت خانگی در بارداری را بین ۲۱-۱۹٪ گزارش نموده‌اند (۶). این رقم بیانگر آن است که شیوع خشونت خانگی بیشتر از بسیاری از مشکلات شایع بارداری نظیر پره اکلامپسی و دیابت می‌باشد (۴).

خشونت خانگی می‌تواند منجر به مسائلی نظیر صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضا، معلولیت‌های ماندگار، اختلال ناشی از استرس، افسردگی، سوء مصرف مواد، خودکشی و غیره شود (۷). بسیاری از مطالعه‌ها هم نقش همسرآزاری را در بروز پیامدهای نامناسب بارداری (نظیر وزن کم زمان تولد، زایمان زودرس، پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان سزارین، آپگار پایین و غیره) نشان داده‌اند (۸-۱۰) هر چند پاره‌ای از آنها نیز وجود هرگونه رابطه‌ای را بین خشونت خانگی و نتیجه بارداری انکار نموده اند (۶).

علی‌رغم این‌که خشونت خانگی طیف وسیعی از مشکلات جسمی و اجتماعی مادران و فرزندان آنها را تشکیل می‌دهد، بسیاری از زنان تحت خشونت خانگی به وسیله سیستم‌های مراقبتی شناسایی نمی‌شوند (۱۱). با توجه به این‌که شناسایی زودرس خشونت خانگی، درک رابطه آن با پیامدهای مادری و جنینی و مداخله جهت پیشگیری از آن، می‌تواند کاربردهای مهم بالینی در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی داشته باشد، بر آن شدید تا تحقیقی به منظور تعیین شیوع و پیامدهای همسرآزاری در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنندج انجام دهیم.

یافته‌ها

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۵۶/۶٪)، دارای تحصیلات ابتدایی (۳۶/۴٪)، دارای سن ازدواج ۱۸ سال و بالاتر (۹۱/۶٪)، مدت زمان گذشته از ازدواج کمتر از ۵ سال (۵۳٪)، خانه دار (۹۰٪)، دارای همسران با تحصیلات دبیرستان (۲۹٪)، دارای همسران با شغل آزاد (۴۳/۳٪)، ساکن شهر (۶۲/۸٪)، دارای درآمد خانوار نسبتاً کافی (۵۵/۴٪) و دارای یک فرزند (۵۰/۸٪) بودند.

نتایج پژوهش نشان داد که شیوع همسرآزاری در دوران بارداری ۶۰/۵٪ است. شیوع انواع خشونت به ترتیب شامل خشونت احساسی ۵۷٪، خشونت جنسی ۱۸/۸٪ و خشونت جسمی ۸/۵٪ بود. همسر آزاری شدید در بعد فیزیکی دارای شیوع ۳/۴٪، در بعد احساسی دارای شیوع ۹/۸٪ و در بعد جنسی دارای شیوع ۰/۲٪ بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت انواع

همسرآزاری در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان

بیمارستان‌های شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

نوع همسرآزاری	جسمی	احساسی	جنسی
شدت همسرآزاری	فراوانی (فراوانی نسبی)	فراوانی (فراوانی نسبی)	فراوانی (فراوانی نسبی)
شدید	۲۹ (۳/۴٪)	۸۲ (۹/۸٪)	۲ (۲/۲٪)
متوسط	۲۳ (۲/۸٪)	۱۶۹ (۲۰/۱٪)	۱۴۷ (۱۷/۵٪)
خفیف	۱۹ (۲/۳٪)	۲۲۸ (۲۷/۱٪)	۹ (۱/۱٪)
جمع	۷۱ (۸/۵٪)	۴۷۹ (۵۷٪)	۱۵۸ (۱۸/۸٪)

بین دو متغیر شیوع همسرآزاری و سن ازدواج واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار وجود دارد. به این صورت که واحدهای مورد پژوهش که در سن کمتر از ۱۸ سال ازدواج نموده اند بیشتر از کسانی که در سنین بالاتر از ۱۸ سال ازدواج کرده اند (۶۵/۵٪ در مقابل ۵۷/۷٪) مورد همسرآزاری قرار گرفته اند و براساس آزمون آماری χ^2 رابطه‌ی بین این دو متغیر با $p < 0/02$ معنی دار است (جدول شماره ۲).

مورد خشونت جسمی را متحمل شده است که منجر به درد و آسیب موقت او شده به عنوان خشونت خفیف، اگر بیش از یک مورد آسیب جسمی را که منجر به درد یا آسیب موقت وی شده است، متحمل شده باشد به عنوان خشونت جسمی متوسط و در صورتی که خشونت جسمی منجر به درد یا آسیب طولانی مدت شده بود به عنوان خشونت فیزیکی شدید در نظر گرفته شد. سئوال‌ات مربوط به خشونت احساسی شامل قهر کردن، بهانه‌جویی، عدم تهیه خوراک، پوشاک و مسکن، عیب جویی مداوم، تحقیر در انظار، سوءظن، کتک زدن کودکان به منظور اذیت همسر، ممانعت از اشتغال به کار، تهدید و یا تخریب اموال و دارایی وی، ممانعت از استفاده از دارائی‌های شخصی، محدود کردن ارتباط با خانواده دوستان و همسایگان و عدم ابراز علاقه بود. در صورتی که فرد فقط یک مورد از گزینه‌های غربالگری خشونت احساسی را تجربه نموده باشد به عنوان خشونت عاطفی خفیف و در صورتی که بیش از یک مورد را تجربه نموده باشند به عنوان خشونت عاطفی متوسط و اگر منجر به احساس عدم امنیت جانی و یا ترس از شوهر شده باشد به عنوان خشونت عاطفی شدید در نظر گرفته شدند. سئوال‌ات خشونت جنسی در برگزیده انجام عمل جنسی به اجبار و بدون رضایت فرد، مجبور کردن فرد به انجام رابطه جنسی با افراد دیگر، مجبور کردن به تماشای فیلم‌های مستهجن، انجام عمل جنسی از راه‌های غیر متعارف و انجام عمل جنسی با خشونت بود. در صورتی که رابطه جنسی به اجبار یا با خشونت انجام شده باشد یا علی‌رغم میل فرد از راه‌های غیر متعارف عمل جنسی صورت گرفته باشد، به عنوان خشونت متوسط در نظر گرفته شد و در صورت اجبار فرد به عمل جنسی با افراد دیگر و یا ایجاد آسیب فیزیکی در نتیجه عمل جنسی به عنوان خشونت جنسی شدید و در غیر اینصورت به عنوان خشونت جنسی خفیف در نظر گرفته شدند.

زمان انجام مصاحبه بسته به شرایط واحدهای مورد پژوهش در نظر گرفته می‌شد. 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 به عمل آمد.

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. پس از پاسخگویی به تمام سئوال‌ات پرسشنامه، اطلاعات جمع آوری شده وارد رایانه شد و با استفاده از نرم افزار spss و با کمک روش آماری کای اسکوار و tstudent نسبت به تجزیه و تحلیل آن اقدام گردید.

شاغل هستند (۶۱/۹٪ در مقابل ۵۰٪) مورد همسر آزاری قرار گرفته اند (جدول شماره ۴).

جدول شماره (۴): رابطه همسر آزاری با وضعیت اشتغال زنان

باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان های

شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

جمع	خیر	بلی	همسر آزاری
			وضعیت اشتغال
فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	شاغل
۲۹۳ (۱۰۰٪)	۴۲ (۵۰٪)	۴۲ (۵۰٪)	خانه دار
۷۵۳ (۱۰۰٪)	۲۸۷ (۳۸/۱٪)	۴۶۶ (۶۱/۹٪)	

$\chi^2=4/47$ $P < 0/03$

۸۱/۳٪ زنانی که همسران آنها بیکار بودند مورد آزار قرار گرفته بودند در حالی که ۵۹/۸٪ زنانی که همسران آنها شاغل بودند مورد آزار و اذیت آنها واقع می شدند. بین دو متغیر شیوع همسر آزاری و وضعیت اشتغال همسران واحدهای مورد پژوهش با $p < 0/025$ رابطه معنی دار وجود دارد.

بین دو متغیر شیوع همسر آزاری و تعداد فرزندان واحدهای مورد پژوهش با $p < 0/002$ رابطه معنی دار وجود دارد. به این ترتیب که ۷۲/۵٪ واحدهای مورد پژوهش که دارای چهار فرزند هستند مورد آزار و اذیت همسران خود قرار گرفته اند در حالی که این رقم برای افراد فاقد فرزند ۴۱/۳٪ است (جدول شماره ۵).

جدول شماره (۵): رابطه همسر آزاری با تعداد فرزندان زنان باردار

مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان های

شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

جمع	احساسی	جسمی	نوع همسر آزاری
فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	تعداد فرزندان
۴۶ (۱۰۰٪)	۲۷ (۵۸/۷٪)	۱۹ (۴۱/۳٪)	صفر
۴۱۴ (۱۰۰٪)	۱۷۹ (۴۳/۲٪)	۲۳۵ (۵۶/۸٪)	یک
۲۲۲ (۱۰۰٪)	۷۷ (۳۴/۷٪)	۱۴۵ (۶۵/۳٪)	دو
۹۳ (۱۰۰٪)	۲۹ (۳۱/۲٪)	۶۴ (۶۸/۸٪)	سه
۴۰ (۱۰۰٪)	۱۱ (۲۷/۵٪)	۲۹ (۷۲/۵٪)	چهار

$\chi^2=16/7$ $P < 0/002$

جدول شماره (۲): رابطه شیوع همسر آزاری با سن ازدواج

زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان های

شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

جمع	خیر	بلی	همسر آزاری سن ازدواج
فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	زیر ۱۸ سال
۲۹۳ (۱۰۰٪)	۱۰۱ (۳۴/۵٪)	۱۹۲ (۶۵/۵٪)	۱۸ سال و بالاتر
۵۴۷ (۱۰۰٪)	۳۳۱ (۴۲/۲٪)	۳۱۶ (۵۷/۷٪)	

$\chi^2=4/8$ $P < 0/028$

بر اساس آزمون آماری χ^2 رابطه ی بین شیوع همسر آزاری و مدت زمان گذشته از ازدواج معنی دار است ($p < 0/001$). به این صورت که (۸۸٪) واحدهای مورد پژوهش که بیشتر از ۲۰ سال از زمان ازدواج آنها می گذرد، مورد همسر آزاری قرار گرفته اند. در حالی که (۵۵/۵٪) کسانی که کمتر از ۵ سال از زمان ازدواج آنها می گذرد مورد خشونت همسرانشان قرار می گیرند.

یافته های پژوهش نشان داد که ۶۷/۸٪ واحدهای مورد پژوهش که بی سواد هستند مورد همسر آزاری قرار می گیرند در حالیکه این رقم برای کسانی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند ۴۶/۷٪ می باشد و بر اساس آزمون آماری χ^2 رابطه ی بین این دو متغیر معنی دار است ($p < 0/048$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره (۳): رابطه همسر آزاری با میزان تحصیلات

زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان های

شهر سنندج در سال ۱۳۸۵

جمع	خیر	بلی	همسر آزاری سطح تحصیلات
فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	بیسواد
۱۵۲ (۱۰۰٪)	۴۹ (۳۲/۲٪)	۱۰۳ (۶۷/۸٪)	ابتدائی
۳۰۶ (۱۰۰٪)	۱۲۱ (۳۹/۵٪)	۱۸۵ (۶۰/۵٪)	راهمنائی
۱۲۷ (۱۰۰٪)	۵۲ (۴۰/۱٪)	۷۵ (۵۹/۱٪)	دبیرستان
۱۷۸ (۱۰۰٪)	۶۹ (۳۸/۷٪)	۱۰۹ (۶۱/۳٪)	دانشگاهی
۷۷ (۱۰۰٪)	۴۱ (۵۳/۳٪)	۳۶ (۴۶/۷٪)	

$\chi^2=8/157$ $P < 0/048$

بین دو متغیر شیوع همسر آزاری و وضعیت اشتغال واحدهای مورد پژوهش با $p < 0/03$ ارتباط معنی دار وجود دارد. به این صورت که واحدهای مورد پژوهش که خانه دار هستند، بیشتر از کسانی که

جسمی در دوران بارداری ۳۴/۵٪، همسرآزاری احساسی ۵۱/۷٪ و همسرآزاری جنسی ۱۳/۸٪ گزارش گردیده است. همچنین براساس نتایج مطالعه صالحی و مهرعلیان (۱۲) آسیب‌های شدید ناشی از همسرآزاری در بعد جسمی ۱۷/۴۴٪، در بعد احساسی ۱۲/۵۶٪ و در بعد جنسی ۰/۴٪ است.

با این حال در زمینه شیوع همسرآزاری 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 نمونه گیری و تفاوت‌های فرهنگی در تمایل پاسخگویان در افشای تجارب زناشویی شان مربوط می‌شود.

براساس نتایج پژوهش ازدواج در سنین پایین یک عامل مساعد کننده جهت بروز همسرآزاری است. یافته‌های مطالعه ی صابریان و همکاران (۱) نیز تاییدی بر نتایج تحقیق حاضر است. این در حالی است که در مطالعه صالحی و مهرعلیان (۱۲) بین این دو متغیر ارتباط معنی دار وجود نداشت. تفاوت در نتایج این مطالعات می‌تواند به دلیل تفاوت در معیار تعیین سن پایین ازدواج باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که با افزایش تعداد سال‌های گذشته از ازدواج، میزان همسرآزاری افزایش می‌یابد. صالحی و مهرعلیان (۱۲) نیز در جهت تایید نتایج پژوهش حاضر است.

براساس نتایج این مطالعه با افزایش سطح تحصیلات میزان تجربه زنان باردار از همسرآزاری کاهش می‌یابد. یعنی تحصیلات زن نقش پیشگیری کننده بر علیه بروز همسرآزاری دارد. صابریان و همکاران (۱۲) و همتی (۱۳) نیز در مطالعات خود نتایج مشابهی را گزارش نمودند. در نتایج مطالعه (۱۲) و (۱۴) بین این دو متغیر رابطه معنی دار وجود نداشت.

نتایج تحقیق نشان داد که زنان خانه دار بیشتر از زنان شاغل مورد همسرآزاری قرار می‌گیرند Rathora و همکاران (۱۴) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند. UNICEF (۱۵) 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 حالی است که همتی (۱۳) نیز بین این دو متغیر ارتباط معنی داری نیافت.

براساس یافته‌های تحقیق حاضر، مردان بیکار بیشتر مرتکب همسرآزاری می‌شوند. نتایج مطالعه صالحی و محمد علیان (۱۲) نیز موید یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر موید آن است که افزایش تعداد فرزندان یک ریسک فاکتور بروز همسرآزاری است. نتایج مطالعه ۸ نیز موید نتایج پژوهش اخیر است. در حالی که صالحی و مهرعلیان (۱۲) در مطالعه خود نشان دادند میزان خشونت خانگی در زنانی که دارای یک فرزند هستند بیشتر است.

بین شیوع همسرآزاری و سایر مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (سن، تحصیلات مرد، محل سکونت و کفایت درآمد خانوار) رابطه معنی دار وجود ندارد.

در بررسی رابطه بین شیوع همسرآزاری با پیامدهای بارداری، یافته‌ها نشان دادند که میزان همسرآزاری در زنانی که دارای پارگی زودرس پرده‌ها بودند ۶۹/۶٪ و در زنانی که پرده‌های آنها سالم است، ۵۹/۴٪ می‌باشد. به بیان دیگر بین همسرآزاری و پارگی زودرس پرده‌ها با $P < 0.05$ ارتباط معنی دار وجود دارد (جدول شماره ۶).

جدول شماره (۶): رابطه همسرآزاری با پارگی زودرس پرده‌ها

زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های

شهر سنج در سال ۱۳۸۵.

جمع	خیر	بلی	همسرآزاری پارگی زودرس پرده‌ها
فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	فرآوانی (فرآوانی نسبی)	
۹۲ (۱۰۰٪)	۲۸ (۳۰/۴٪)	۶۴ (۶۹/۶٪)	بلی
۷۴۸ (۱۰۰٪)	۳۰۴ (۴۰/۶٪)	۴۴۴ (۵۹/۴٪)	خیر

$$\chi^2=3.57 \quad P<0.05$$

همچنین آزمون آماری tstudent نشان داد که میانگین وزن زمان تولد در زنان خشونت دیده 31120 ± 413 گرم و در زنان خشونت ندیده 3221 ± 418 گرم می‌باشد. به بیان دیگر بین این دو متغیر با $P < 0.007$ ارتباط معنی دار است. ولی همسرآزاری با سایر پیامدهای بارداری نظیر مرده زایی، زایمان زودرس و سقط رابطه معنی دار ندارد.

بحث

شیوع همسرآزاری به صورت کلی بر اساس نتایج این پژوهش ۶۰/۵٪ است. در مطالعه صالحی و مهرعلیان (۱۲) نیز شیوع همسرآزاری ۶۷/۵٪ گزارش شده است. در حالی که شیوع انواع همسرآزاری در مطالعه ی Fung و همکاران (۴) در چین ۱۲/۵٪ بود.

فرآوانی خشونت فیزیکی، احساسی و جنسی بر علیه زنان باردار در مطالعه ی حاضر به ترتیب ۵۷٪، ۸۱/۵٪ و ۱۸/۸٪ بود. فرامرزی و همکاران (۶) نیز طی مطالعه‌ای در بابل شیوع خشونت فیزیکی، احساسی و جنسی را به ترتیب ۹/۱٪، ۳۰/۸٪ و ۱۹/۲٪ گزارش نمودند. در مطالعه صالحی و مهر علیان (۱۲) نیز همسرآزاری

مبین عدم وجود ارتباط بین این دو متغیر است که این ناهماهنگی می تواند به دلیل تفاوت در نوع، محل و شدت وارد شدن ضربه به مادر در دوران بارداری باشد.

همچنین براساس نتایج تحقیق همسر آزاری در دوران بارداری تاثیری بر میزان سقط ندارد. در حالی که یافته های تحقیق Arcose و همکاران (۹) نشان دهنده ی رابطه ی معنی دار این دو متغیر است. در تجزیه و تحلیل انواع خشونت با سقط نتایج نشان داد که آزار فیزیکی در دوران بارداری با سقط همراه است ولی با سایر انواع خشونت ارتباط معنی دار نداشت که بیانگر نقش ترومای فیزیکی در ایجاد سقط است.

نتایج مطالعه در خصوص ارتباط بین خشونت فیزیکی خانگی و زایمان زودرس، حاکی از عدم وجود ارتباط بین این دو متغیر است. Jagoe و همکاران (۱۸) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند.

نتیجه گیری

با توجه به این که همسر آزاری یک معضل اجتماعی است که وضعیت سلامت زنان، نوزادان و کودکان را تهدید می نماید، توصیه می گردد تحقیقات تکمیلی به منظور بررسی متغیرهای مرتبط دیگر با بروز آن در زنان باردار و غیر باردار سایر شهرستان های استان انجام شود. همچنین با غربالگری خشونت خانگی در دوران بارداری و شناسایی بیشتر گروه های در معرض خطر همسر آزاری و ارائه آموزش های مناسب به منظور پیشگیری و حمایت های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از آنها گامی در جهت ارتقاء سطح سلامت مادران و در نهایت ارتقای سطح سلامت جامعه برداریم.

قدردانی و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که تامین کننده هزینه طرح پژوهشی بودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References:

۱. صابریان م، آتش نفس ا، بهنام ب: بررسی شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سمنان، مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان، زمستان ۱۳۸۳، صفحات ۲۱-۱۱۵.
2. Huria KA, Deepti D, Lajya D, Sunder SS. Domestic violence in pregnancy in North Indian women. *Ind J Med Sci* 2005; 59(5): 195-9.

نتایج این تحقیق نشان دهنده عدم تاثیر سن واحدهای مورد پژوهش بر میزان بروز همسر آزاری است. نتایج مطالعه صابریان و همکاران (۱) نیز در جهت تایید یافته های این مطالعه است.

یافته های تحقیق حاکی از نداشتن ارتباط بین همسر آزاری و تحصیلات همسران واحدهای مورد پژوهش بود. نتایج مطالعه Huria و همکاران (۲) در سال ۲۰۰۵ نیز در جهت تایید یافته های این تحقیق است.

تجزیه و تحلیل آماری میزان همسر آزاری بر حسب محل سکونت واحدهای مورد پژوهش این نکته را نمایان می سازد که میزان همسر آزاری در زنان شهری و روستایی از نظر آماری برابر است. یافته تحقیق ۱۲ نیز تایید کننده نتایج این مطالعه است.

در تجزیه و تحلیل ارتباط همسر آزاری با کفایت درآمد ماهیانه خانوار یافته ها حاکی از آن بود که میزان همسر آزاری ارتباط معنی دار با کفایت درآمد خانواده نداشت.

نتایج پژوهش در مورد ارتباط همسر آزاری با پارگی زودرس پرده ها نشان می دهد که خشونت در دوران بارداری با افزایش میزان پارگی زودرس پرده ها مرتبط است. نجومی و اکرمی (۱۶) نیز در مطالعات خود به یافته های مشابهی دست یافتند.

همچنین براساس نتایج تحقیق تجربه همسر آزاری با کاهش میانگین وزن نوزادان در هنگام تولد همراه است. نتایج مطالعه Neggers و همکاران (۱۷) در سال ۲۰۰۴ در این زمینه موید نتایج مطالعه اخیر است.

خشونت خانگی می تواند به طریق مستقیم (ضربه به شکم) بر ایجاد نتیجه نامطلوب بارداری موثر باشد. چون براساس مطالعات انجام شده ترومای فیزیکی ناشی از خشونت، بعد از تصادفات رانندگی، دومین علت تروما به زنان باردار است. خشونت همچنین می تواند با ایجاد استرس روانی یا ممانعت از دسترسی به خدمات پزشکی به صورت غیر مستقیم زمینه ساز بروز پیامدهای ناگوار بارداری شود (۶).

اگرچه در مطالعه های زیادی بین همسر آزاری و میزان مرده زایی ارتباط معنی دار گزارش شده است (۶)، یافته های این تحقیق

۳. افتخار ح، کاکائی س، فروزان آ، برادران ا: ویژگی های فردی قربانیان همسر آزاری در مراجعان به مراکز سازمان پزشکی قانونی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۴، سال سوم، شماره ۱۲، صفحات ۲۲-۲۵۹.

4. Fang GS, Ling WJ, Chuan-yan QU. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. *Chinese Med J* 2004; 17(3): 331-6.

- شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، تابستان ۱۳۸۵، دوره ۸، شماره ۲، صفحات ۷-۷۲.
۱۳. همتی ز: بررسی فراوانی همسر آزاری و عوامل موثر بر آن در منطقه اسلام آباد زنجان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، سال ۱۳۸۴، شماره ۵۰، صفحات ۴۳-۳۶.
14. Rathora AM, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in new dehli. *Int J Obstet Gynecol* 2002; 76: 83-5.
15. UNICEF Innocenti Research Centre. Domestic violence against women and girls. Florence: The Institute; 2000.
۱۶. نجومی م، اکرمی ز: خشونت فیزیکی دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادی آن، پایش، ۱۳۸۱، سال دوم، شماره اول، صفحات ۸-۴۳
17. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effect of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(5): 455.
18. Jagoe J, Mayann EF, Chauhan SP, Morrison JC. The effect of physical abuse on pregnancy in a low risk obstetric population. *AM J Obstet Gynecol* 2000; 182(5): 1067-9.
۵. کانینگهام گ: بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه قاضی جهانی ب، چاپ اول، تهران، گلبن، ۱۳۸۰، ص ۲۳۰.
6. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence of maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Medica Iranica* 2004; 43(2):115-22
۷. مرندی ع: جهانی شدن و سلامت زنان، سبنا، اسفند ماه ۱۳۸۳، شماره ۱۶، صفحات ۵-۲۰.
8. Kady DE, Gillbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcome of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2): 357-63.
9. 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.
10. 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.
11. Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ* 2002; 325(7345): 44.
۱۲. صالحی ش، مهرعلیان ح: بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی