

بررسی همبستگی سوء رفتار همسر با پیامد حاملگی در زنان باردار

ماهرخ دولتیان^۱، مریم قراچه^۲، محبوبه احمدی^۱، دکتر جمال شمس^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

^۱ مری غروه ماملی، ^۲ استادیار گروه روانپزشکی، ^۳ دانشیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ^۴ مری غروه ماملی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران

مجله پزشکی هرمزگان سال سیزدهم شماره چهارم زمستان ۸۸ صفحات ۲۶۹-۲۶۱

چکیده

مقدمه: سوء رفتار در بارداری یکی از عوامل خطر در ایجاد پیامد نامطلوب حاملگی می باشد که سلامت مادر را تحت تأثیر قرار داده و نیز می تواند بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جنین تأثیر بگذارد. این تحقیق با هدف تعیین همبستگی سوء رفتار همسر با پیامد حاملگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر گچساران در سال ۱۳۸۶ انجام گردید.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای شهر گچساران که به روش آسان انتخاب شده بودند، انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک، سؤالات مربوط به سوء رفتار و سؤالات مبنی بر پیامد حاملگی بود. جهت تعیین اعتبار و پایایی ابزار به ترتیب از روش اعتبار محتوا و آزمون مجدد استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از آزمونهای آماری t و آزمون دقیق فیشر، من ویتنی و کای دو انجام گرفت و سطح معنی دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: سوء رفتار با پیامدهای مادری مانند سقط و زایمان زودرس و پیامدهای جنینی مانند پارگی زودرس پرده های جنینی، وزن کم حین تولد نوزاد و مرگ جنین ارتباط معنی داری نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله و ضرورت توجه به سلامت زنان بخصوص زنان باردار و از آنجایی که مداخله برای کاهش خشونت از عواقب نامطلوب آن بر زنان باردار می کاهد، غربالگری روتین و قطع چرخه خشونت از طریق برنامه ریزی های مناسب توصیه می شود.

کلیدواژه ها: خشونت - خشونت خانگی - بارداری - پیامد بارداری

نویسنده مسئول:

ماهرخ دولتیان

دانشگاه پرستاری ماملی دانشگاه علوم

پزشکی شهیدبهشتی

تهران - ایران

تلفن: ۸۸۸۸۳۱۳۳ ۰۲۱ ۹۸+

پست الکترونیکی:

mhdolatian@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۷/۹/۱۸ اصلاح نهایی: ۸۷/۱۰/۲۰ پذیرش مقاله: ۸۸/۵/۷

مقدمه:

شایع ترین شکل خشونت علیه زنان، خشونت در خانواده یا خشونت خانگی می باشد (۱) و عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید و رفتار آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود (۲) و شامل سه دسته کلی سوء رفتار فیزیکی، جنسی و عاطفی - روانی می باشد (۳).

شیوع سوء رفتار در بارداری بین ۲/۵-۳۳/۷ درصد در مطالعات مختلف متفاوت است (۴). در ایران شیوع خشونت خانگی در زنان باردار بیش از ۶۰ درصد گزارش گردیده است (۵-۷). حدود ۲۰ درصد مراجعات زنان به مراکز

اورژانس، مربوط به صدمات ناشی از سوء رفتار بوده و بیش از یک سوم قتل زنان توسط شریک جنسی آنان صورت می گیرد (۸). در بارداری نیز، خشونت علاوه بر اینکه مادر را تحت تأثیر قرار می دهد، می تواند بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جنین تأثیر بگذارد (۹، ۳). زنانی که تحت سوء رفتار قرار می گیرند بطور معمول یا اصلاً برای مراقبتهای پرناتال مراجعه نمی کنند و یا دیرتر این کار را انجام می دهند (۱۰، ۱۱) که خود منجر به افزایش عوارض مادری و جنینی می گردد (۱۲). میزان لیبر زودرس و کوریوآمینیوت در این زنان افزایش یافته (۱۳) و با افزایش میزان خونریزی قبل از زایمان و محدودیت رشد جنین و افزایش مرگ پرناتال همراه

می‌باشد (۳). همچنین احتمال وزن کم هنگام تولد افزایش می‌یابد (۹). بطور کلی عمده‌ترین اثرات آن در بارداری شامل: اضطراب مزمن، سوءتغذیه، بی‌خوابی، سقط، کوریوآمینیوت، واژینیت (۱۴) و وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس و افزایش میزان سزارین می‌باشد (۳،۱۲).

سوءرفتار طی بارداری، بطور مستقیم از طریق ترومای فیزیکی ناشی از خشونت یا بطور غیرمستقیم از طریق افزایش سطوح استرس مادر، محرومیت از مراقبت‌های پرنااتال، رفتارهای پرخطر نظیر استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر و تغذیه ناکافی مادر، پیامد بارداری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹). خشونت خانگی بیش از سایر عوارض پزشکی مربوط به بارداری، مسئول مرگ و میر مادران می‌باشد، با این وجود، جهت پیشگیری از آن، به این مشکلات بیش از خشونت، توجه شده است (۱۵).

در مطالعات بسیاری که تا کنون انجام گرفته، یافته‌های گزارش شده از عواقب سوءرفتار بر مادران و کودکان متناقض بوده است (۱۳،۱۶). ممکن است تناقضات گزارش شده در رابطه با فراوانی، شیوع و پیامد خشونت در بارداری، ثانویه به عدم وجود یک تعریف استاندارد، تنوع در گزارشات، تفاوت در زمان اعمال خشونت نسبت به زمان زایمان، سائز نمونه، کنترل عوامل مداخله‌گر و تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه باشد (۱۱،۱۵). به هر حال این مشکلی است که در سطح گسترده با عدم شناسایی صحیح و به موقع مواجه می‌باشد و برآورد شده که فقط ۳ درصد از موارد، توسط افراد تیم بهداشت و درمان شناسایی می‌شود و آنان نیز در مواجهه با اینگونه مددجویان به طور اطمینان‌بخشی عمل نمی‌نمایند (۱۷). از طرفی خشونت میان گروه‌های مختلف اجتماعی در یک جامعه واحد و حتی در یک زمان مشخص نیز دارای تفاوت‌هایی می‌باشد (۱۸) که این خود موجب شده است که این مسئله، به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت جامعه به میزان زیادی نادیده گرفته شود (۱۹).

لذا امید است نتایج حاصل از این تحقیق بتواند با تعیین عوارض خشونت در زنان باردار، جهت برنامه‌ریزی برای پیشگیری و مبارزه با اعمال خشونت علیه زنان بخصوص زنان باردار، بکار رفته و برنامه‌هایی جهت غربالگری و

افزایش آگاهی کادر بهداشتی و درمانی زمینه شناسایی زنان در معرض خطر و جلوگیری از عوارض ناشی از آن فراهم گردد تا گامی در جهت حل این معضل اجتماعی بهداشتی برداشته شود.

روش کار:

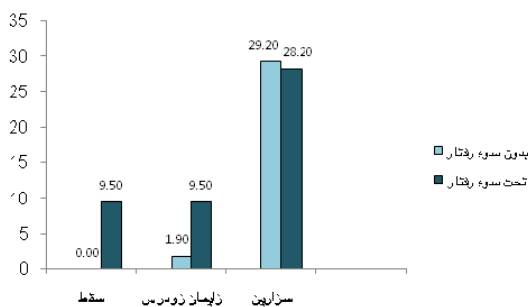
پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۵۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به بیمارستانهای شهر گچساران انجام گردید. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس و معیار ورود به مطالعه، زنان باردار با ملیت ایرانی بدون توجه به سن حاملگی که برای زایمان یا سقط به بیمارستان مراجعه نمودند، سن ۱۸ تا ۳۵ سال و پاریتی ۴ و کمتر، حاملگی تک قلو و سفالیک و عدم وجود CPD، سزارین قبلی و سزارین انتخابی، عدم وجود بیماری شناخته شده جسمی و روانی و مشکلات مامایی بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه سنجش سوءرفتار، پرسشنامه‌ای خودساخته در سه حیطه خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی برگرفته از چند پرسشنامه دیگر شامل پرسشنامه استفاده شده در طرح ملی بررسی خشونت خانگی در ۲۸ استان کشور (امینی ۱۳۸۳) و فرامرزی و همکاران (۲۰۰۵)، هاشمی‌نسب (۱۳۸۵)، صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۵)، کاظمی نوائی (۱۳۸۴) بود (۲۰، ۲۲، ۷، ۵). در این پژوهش منظور از سوءرفتار، خشونت اعمال شده توسط همسر در طی بارداری بود و زن بارداری خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد. در ارزیابی سوءرفتار، خشونت فیزیکی با ۱۸ سؤال، خشونت جنسی با ۹ سؤال و خشونت عاطفی با ۱۵ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۷ حالت لیکرت (هرگز، یکبار در بارداری، ۵-۲ بار در بارداری، یک بار در ماه، یکبار در هفته، هر روز) محاسبه گردید و منظور از پیامد حاملگی، پیامدهای مادری شامل سقط، زایمان زودرس، نوع زایمان و پیامدهای جنینی شامل پارگی زودرس پرده‌های جنینی، وزن کم هنگام تولد، مرگ جنین و نمره آپگار نوزاد بود.

بارداری ناخواسته در دو گروه تحت سوءرفتار و بدون سوءرفتار تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/0001$).

در این پژوهش شیوع سوءرفتار در ۵۰۰ زن باردار مورد بررسی، ۴۸/۶٪ بدست آمد. ۱۴/۲ درصد در دوران بارداری تحت سوءرفتار فیزیکی و ۱۸/۶ درصد تحت سوءرفتار جنسی و ۴۸/۴ درصد تحت سوءرفتار عاطفی توسط همسرانشان را در دوران بارداری خود گزارش نمودند.

در این مطالعه مقایسه پیامد مادری در دو گروه نشان داد که هیچ یک از افراد گروه بدون سوءرفتار تجربه سقط نداشته اما ۹/۵٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار سقط داشتند که آزمون دقیق فیشتر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/0001$).

تعیین نسبت شانس نشان داد که افرادی که سقط داشتند ۱/۱ برابر بیشتر در بارداری تحت سوءرفتار قرار گرفته بودند که با فاصله اطمینان ۹۵٪ این افزایش بین (۱/۰۶-۱/۱۵) بود. ۹/۵٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۱/۹٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار زایمان زودرس داشتند. که آزمون دقیق فیشتر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0/0001$) و نسبت شانس ۵/۳ محاسبه گردید (۱۴/۳-۱/۹). در ارتباط با نوع زایمان مقایسه دو گروه نشان داد ۲۸/۲٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۲۹/۲٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار به روش سزارین، زایمان کردند. بطوری که میزان سزارین در گروه تحت سوءرفتار کمتر بوده است اما آزمون دقیق فیشتر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱- توزیع درصد پیامد مادری در دو گروه تحت سوءرفتار و بدون سوءرفتار

جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی ابزار، از آزمون مجدد استفاده شد. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود. پایایی پرسشنامه سوءرفتار با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه‌گیری ۰/۹ به دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهشگر در بخش پس از زایمان پس از فراهم کردن محیط محرمانه و انجام مصاحبه اولیه که شامل معرفی خود و کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات در مورد اهداف پژوهش بود، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت جامعه پژوهش بود و موافقت خود را به صورت رضایتنامه کتبی اعلام می‌داشت، پس از اخذ تاریخچه دقیق مامایی، او را بعنوان نمونه انتخاب کرده و موارد مربوط به پیامد حاملگی توسط پژوهشگر از پرونده مادر تکمیل و سپس پرسشنامه سوءرفتار از طریق مصاحبه در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS 15 انجام شد. از آمار توصیفی، آزمون t و آزمون دقیق فیشتر، من‌ویتنی و کای دو برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

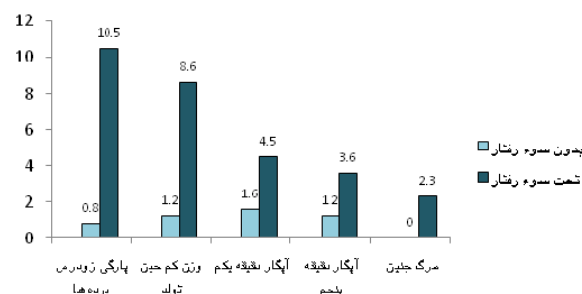
نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن نمونه‌ها در گروه بدون سوءرفتار $25/5 \pm 4/2$ سال و در گروه تحت سوءرفتار $23/6 \pm 4/4$ سال بود و آزمون t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. میانگین سن همسر زنان در گروه بدون سوءرفتار $31/4 \pm 4/2$ سال و در گروه تحت سوءرفتار $29/7 \pm 4/4$ سال بود. آزمون t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون سوءرفتار $3/9 \pm 3/8$ سال، در گروه تحت سوءرفتار $3/6 \pm 3/6$ سال بود. آزمون t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. همچنین بین سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و تحصیلات همسر، مدت ازدواج، شغل مادر و همسر و میزان درآمد خانواده، اعتیاد همسر، دفعات مراقبت پرناتال و

شاهین و همکاران بیان می‌دارند که بارداری ناخواسته همراه با رفتارهای پرخطر نظیر مراقبتهای پرناتال ناکافی بوده که عامل خطری برای سقط در زنان باردار تحت سوءرفتار می‌باشد (۲۳). وو و همکاران و جانسن و همکاران ارتباط معنی‌داری را بین خشونت فیزیکی همسر و سقط القا شده نشان دادند (۲۴، ۲۵) اما کوکر و همکاران رابطه معنی‌داری بدست نیاوردند (۲۶) و در مطالعه بداغ‌آبادی با وجود اینکه میزان سقط در قربانیان سوءرفتار بیشتر گزارش شد، اما این رابطه معنی‌دار نبود (۲). همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین سوءرفتار و زایمان زودرس بدست آمد بطوری که زنانی که زایمان زودرس داشتند، ۵/۳ برابر بیشتر از سایرین سوءرفتار را گزارش کرده بودند. در تأیید این مطلب سیلورمن و همکاران، کیدی و همکاران، یوست و همکاران نیز نشان دادند که بین خشونت و زایمان زودرس ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵، ۲۷، ۲۸) اما در مطالعه جاگو و همکاران و خداکرمی و همکاران چنین رابطه‌ای یافت نشد (۲۹، ۳۰).

رکوردس اظهار می‌دارد که سوءرفتار می‌تواند هم از طریق ترومای مستقیم به شکم و هم از طریق آزاد کردن هورمونهای استرس منجر به زایمان زودرس گردد. همچنین هیتمن بیان می‌کند زنان تحت سوءرفتار دارای مشخصاتی نظیر سن پایین مادر، درآمد کم و تحصیلات پایین هستند که عامل خطری برای زایمان زودرس می‌باشند (۱۳). در ارتباط با نوع زایمان نتایج نشان داد که میزان سزارین در گروه تحت سوءرفتار کمتر بوده است اما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه یافت نشد. بداغ‌آبادی و جاگو و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین خشونت فیزیکی و نوع زایمان بدست نیاوردند (۲، ۲۹) اما کانینگهام و همکاران بیان می‌دارند که احتمال ختم حاملگی به روش سزارین در زنان تحت سوءرفتار فیزیکی بالاتر می‌باشد (۱۱). در این پژوهش میزان سزارین به دلیل حذف موارد سزارین قبلی، سزارین انتخابی و تنگی لگن، کمتر از میزان واقعی آن گزارش گردیده است. همچنین از آنجا که یکی از دلایل سزارین، دیسترس جنینی می‌باشد و مقایسه وضعیت نوزاد تفاوتی را در دو گروه نشان نداد، احتمال دارد یکی از دلایل کمتر بودن میزان سزارین در گروه تحت سوءرفتار باشد.

در مقایسه پیامد جنینی در زنان باردار دو گروه، مشاهده شد که ۱۰/۵٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۰/۸٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار دچار پارگی زودرس پرده‌های جنینی شدند. آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < ۰/۰۰۰۱$). تعیین نسبت شانس نشان داد که افرادی که پارگی زودرس پرده‌های جنینی داشتند، ۱۴/۸ برابر بیشتر در بارداری تحت سوءرفتار قرار گرفته بودند (۳/۴-۶۳). ۸/۶٪ افراد در گروه تحت سوءرفتار و ۱/۲٪ افراد در گروه بدون سوءرفتار، نوزاد با وزن کم هنگام تولد به دنیا آوردند. آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P < ۰/۰۰۰۱$) و نسبت شانس ۸ بدست آمد (۲۷/۴-۲/۳). ۲/۳٪ در گروه تحت سوءرفتار تولد نوزاد مرده داشتند اما هیچیک از افراد گروه بدون سوءرفتار نوزاد مرده به دنیا نیاورده بودند که آزمون دقیق فیشرفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P = ۰/۰۲$) و نسبت شانس ۱/۰۲ تعیین گردید (۱-۱/۰۴). و مقایسه میزان آپگار دقیقه یکم و پنجم نوزاد نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۲- توزیع درصد پیامد جنینی در دو گروه تحت سوءرفتار و بدون سوءرفتار

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج تحقیق نشان داد که بین سوءرفتار در بارداری و برخی از پیامدهای مادری و جنینی همبستگی وجود دارد. در رابطه با همبستگی سوءرفتار با پیامد مادری بررسی نشان داد افرادی که سقط داشتند ۱/۱ برابر بیشتر در بارداری تحت سوءرفتار قرار گرفته بودند.

گزارش نمودند. بطوری که ارتباط معنی‌داری بین خشونت فیزیکی و آپگار دقیقه یکم و پنجم نوزاد بدست نیاوردند (۲،۲۹) اما رکوردس مطرح می‌کند که فاکتورهای نوزادی نظیر نمره آپگار پایین در نوزادان زنان تحت سوءرفتار نسبت به سایرین متفاوت می‌باشد. تفاوت در نتایج این پژوهش در ارتباط با نمره آپگار پایین، به نظر می‌رسد به علت تفاوت در مشخصات واحدهای پژوهش و مدت زمان مواجهه با خشونت باشد.

در پژوهش حاضر، شیوع سوءرفتار در بارداری ۴۸/۶٪ بدست آمد که ۱۴/۲ درصد سوءرفتار فیزیکی، ۱۸/۶ درصد سوءرفتار جنسی و ۴۸/۴ درصد سوءرفتار عاطفی را شامل می‌شد برخی منابع شیوع خشونت را ۶۰-۴۰ درصد سازمان جهانی بهداشت ۵۰-۲۵ درصد گزارش نموده است (۳۴). همچنین در این مطالعه سوءرفتار عاطفی، همان‌طور که برخی پژوهش‌ها (۵،۶،۲۲) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود.

از نظر عوامل مؤثر در بروز خشونت نتایج نشان داد که بین سن مادر و همسر، میزان تحصیلات مادر و همسر، مدت ازدواج، شغل مادر و همسر، درآمد خانواده، بارداری ناخواسته و اعتیاد همسر در گروه با و بدون سوءرفتار ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بر اساس این نتایج ملاحظه گردید که زنان در گروه تحت سوءرفتار نسبت به گروه بدون سوءرفتار دارای سن پایین‌تری هستند که سن پایین مادر ممکن است به دلیل عدم تجربه و مهارت کافی در حل مشکلات و نرسیدن به بلوغ فکری و اجتماعی، خود عامل مستعدکننده بروز خشونت باشد.

طبق نتایج این پژوهش هر چه میزان تحصیلات زنان کمتر بوده خشونت بیشتر رخ داده است که سطح پایین تحصیلات زنان می‌تواند عاملی باشد تا از حقوق اجتماعی خود آگاهی نداشته و نتیجه آن بصورت بروز خشونت از سوی همسر ظاهر گردد. سایر محققین هم بیان کردند که زنان با تحصیلات بالاتر کمتر از خشونت فیزیکی توسط همسر شکایت داشته‌اند (۹،۲۲،۳۴). از نظر مدت ازدواج، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود دارد بطوری که میزان خشونت در زنان با طول مدت ازدواج کمتر از ۵ سال بیشتر

در ارتباط با همبستگی سوءرفتار با پیامد جنینی، نتایج نشان داد پارگی زودرس پرده‌های جنینی در گروه تحت سوءرفتار بطور معنی‌داری بالاتر بوده است. بطوری که افرادی که پارگی زودرس پرده‌های جنینی را تجربه کرده بودند، ۱۴/۸ برابر بیشتر از سایرین در بارداری تحت سوءرفتار قرار گرفته بودند. این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه کایا و همکاران، خداکرمی و همکاران مشابه است (۳۰، ۳۱). رکوردس اظهار می‌دارد که استرس ناشی از سوءرفتار موجب افزایش عفونت شده که خود می‌تواند موجب افزایش کوریوآمینیوت و پارگی زودرس پرده‌های جنینی گردد (۳). همچنین سوءرفتار با وزن کم هنگام تولد نوزاد نیز ارتباط معنی‌داری نشان داد به طوری که افرادی که نوزاد با وزن کم هنگام تولد به دنیا آوردند ۸ برابر بیشتر در بارداری تحت سوءرفتار قرار گرفته بودند. برخی از محققین نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری بین خشونت و وزن کم هنگام تولد نشان دادند (۲،۱۵،۲۷) اما در مطالعه بداغ‌آبادی رابطه معنی‌داری بدست نیامد (۲).

سازمان جهانی بهداشت بیان می‌دارد که انقباض عروقی ایجاد شده توسط فعال شدن هیپوفیز، آدرنال و سمپاتیک که به دنبال خشونت رخ می‌دهد، ممکن است باعث کاهش خون‌رسانی رحمی جفتی شده که خود منجر به هیپوکسی و در نتیجه محدودیت رشد داخل رحمی و وزن کم هنگام تولد می‌شود (۳۲). از سوی دیگر یانگ و همکاران اظهار می‌کنند وضعیت نامطلوب اقتصادی اجتماعی و سطح تحصیلات پایین مادر که از ویژگی‌های زنان تحت سوءرفتار فیزیکی می‌باشد، از عوامل خطر وزن کم هنگام تولد به شمار می‌آیند (۹).

نتایج تحقیق در ارتباط با مرگ نوزاد نیز با سایر محققین هم‌خوانی دارد (۲۸،۱۵،۲۶) و بررسی نشان داد تفاوت معنی‌داری بین سوءرفتار با مرگ جنین وجود دارد. اسلینگ - مونی اظهار می‌دارد که بروز خشونت قبل و حین بارداری هر دو ریسک مرگ و میر را افزایش داده و از طریق ایجاد استرس و اختلال در رفتارهای مراقبتی مادر باعث افزایش ریسک مرگ و میر می‌گردد (۳۳). اما مقایسه میزان آپگار دقیقه یکم و پنجم نوزاد در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. بداغ‌آبادی و جاگو و همکاران نیز نتایج مشابهی را

بالای انواع سوءرفتار بسیاری از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مهارت لازم جهت شناسایی و مواجهه با زنان قربانی خشونت را ندارند. لذا لزوم آموزش دانشجویان رشته‌های وابسته علوم پزشکی و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، با شیوه غربالگری خشونت علیه زنان، تشخیص علائم جسمی و روانی قربانیان خشونت، مشاوره، درمان و ارجاع آنها در صورت لزوم، بیش از پیش مشخص می‌شود. در ابعاد کلی‌تر و با اهمیت دادن به این نتایج، تصویب قانونی جامع برای مقابله با خشونت خانگی، بهبود وضعیت اقتصادی زنان جامعه، تلاش در جهت افزایش آگاهی عمومی در باره خشونت خانگی، ارائه آموزش‌های لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائه برنامه‌هایی مانند فراهم کردن خدمات حقوقی، پزشکی و روانشناختی برای زنان خشونت‌دیده می‌تواند در کاهش میزان خشونت خانگی و پیامدهای آن مؤثر واقع شود. امید است نتایج چنین تحقیقاتی زمینه‌ساز تلاش‌های بعدی ما باشند.

سیاسگزاری:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج و کلیه کسانی که در طی تحقیق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

می‌باشد. همچنین در زنانی که همسر بیکار داشتند، میزان خشونت بیشتر بود. اما تعداد بارداری در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. بارداری ناخواسته نیز در گروه تحت سوءرفتار بطور معنی‌داری بالاتر بوده است. کریپ و همکاران اظهار می‌دارند زنان تحت سوءرفتار کمتر از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند و این ریسک بارداری ناخواسته را در آنها افزایش می‌دهد (۳۵). از سوی دیگر سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند سوءرفتار، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری زنان را در مورد بارداری تحت تأثیر قرار داده و منجر به بارداری ناخواسته می‌شود (۳۲). تعداد دفعات مراقبت پرناتال در دو گروه نیز تفاوت معنی‌داری را نشان داد بطوری که تعداد دفعات مراقبت پرناتال در گروه تحت سوءرفتار فیزیکی کمتر بود. کانینگهام و همکاران بیان می‌دارند که زنانی که تحت سوءرفتار قرار می‌گیرند یا اصلاً برای مراقبت پرناتال مراجعه نمی‌کنند یا دیرتر مراجعه می‌کنند (۱۱). همچنین بروز خشونت در زنان با همسر معتاد بیشتر مشاهده گردید. در این راستا نتایج دیگر مطالعات انجام شده بیانگر تأثیر عوامل مشابه و همسو با پژوهش حاضر است بطوری که در سایر مطالعات نیز در خصوص عوامل خطر خشونت، به متغیرهای مؤثری نظیر بیکاری، اعتیاد و... اشاره شده است (۵،۳۴).

نتایج این پژوهش نشان داد که سوءرفتار در بارداری پیامد نامطلوب جنینی و مادری را به دنبال دارد. بنابراین ضرورت اقدام جهت شناسایی، کاهش و جلوگیری از خشونت علیه زنان باردار را مطرح می‌نماید. با وجود شیوع

References

منابع

1. García-Moreno C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women.2005. Available from: <http://www.WHO.org/>.
2. Bodaghabadi M. Study of the Pregnancy Outcome in Victims of Domestic Violence Referring to Mobini Hospital in Sabzevar, Iran. *Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*. 2005;12:41-46.[Persian]
3. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. *Newborn and Infant Nursing Reviews*.2007;7:7-13.
4. James Dk, Steer PJ, Weiner CP. High risk pregnancy : management options. 3thed. Edinburgh: Saunders Elsevier; 2006.

5. Salehi Sh, Mehr Alian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2006;8:72-77. [Persian]
6. Jahanfar Sh, Malkzadegan A, Jamshidi R. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran university of medical sciences hospitals. *Iran Journal of Nursing*. 2003;15-16:93-99. [Persian]
7. Hasheminasab L. Assesment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical sciences*. 2007;11:32-41. [Persian]
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Domestic Violence. ACOG Education Pamphlet AP083.(2007 Jan).Available from:URL:http:// www.acog.org.
9. Yang MS, Ho SY, Chou FH, Chang SJ, Ko YC. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birth weight infants among aborigines in Taiwan. *Public Health*. 2006;120:557-62.
10. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martínez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007;97:57-64.
11. Cunningham FG, Iveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: MC Graw Hill Company; 2005.
12. . Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;84:273-80.
13. Heaman MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34:721-31.
14. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005;105:357-63.
16. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 95:254-60.
17. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan, 2003. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2005;6:115-121. [Persian]
18. Gudarzi Brujerdi M. Wifebeating and wife murder. *Monthly of Improvement and Nurture*. 2003;23:30-35. [Persian]
19. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360:1083-8.
20. Kazemi Navaei F. Prevalence, factors and consequences of domestic violence against pregnant women referring to labor units of University of Medical Sciences. Tehran: Tehran University of Medical Sciences :2004;33 [Persian]
21. Amini S. Violence against women. *Culture & research*. 2004;165:3-7. [Persian]
22. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2005;11:870-9.
23. Shaheen AA, Diaaeldin M, Chaaya M, El Roueiheb Z. Unintended pregnancy in Egypt: evidence from the national study on women giving birth in 1999. *East Mediterr Health J*. 2007;13:1392-404.
24. Wu J, Guo S, Qu C. Domestic violence against women seeking induced abortion in China. *Contraception*. 2005;72:117-21.
25. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1341-7.
26. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18:260-9.

27. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:140-8.
28. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;106:61-5.
29. Jagoe J, Magann EF, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 ;182:1067-9.
30. Khodakarami N, Naji H, Dashti MG, Yazdgerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2009;15:622-8.
31. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health.* 2006 Oct;11(10):1576-84.
32. World Health Organization (WHO). Partner violence during pregnancy psychosocial factors and child outcomes in Nicaragua. World Health Organization. 2005 Sep. Available from: URL:<http://www.who.int>.
33. Asling-Monemi K, Pena R, Carroll Ellsberg M, Ake Persson L. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ.* 2003;81:10-16.
34. Jokar A, Garmaz Nejad S, Sharifi M. A study on prevalence rate of intimate partner violence among women attending Yasuj health centers. *Armaghane-Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences.* 2004;10:81-88. [Persian]
35. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;100:104-8.

Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes

M. Dolatian, MSc¹ M. Gharache, MSc² M. Ahmadi, MSc¹ J. Shams, MD³ H. Alavi Majd, PhD⁴

Instructor Department of Midwifery¹, Assistant Professor Department of Psychiatry³, Associate Professor Department of Biostatistics⁴, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Instructor Department of Midwifery², Islamic Azad University Gachsaran Branch, Gachsaran, Iran.

(Received 8 Des, 2008 Accepted 27 Jul, 2009)

ABSTRACT

Introduction: Abuse in pregnancy could be a risk factor for poor pregnancy outcomes. Abuse during pregnancy effecting mother may impair the health of fetus directly or indirectly. This study was designed to determine the relationship between abuse in pregnancy and pregnancy outcome in pregnant referred to Gachsaran hospital, Iran.

Methods: This descriptive study was conducted on 500 pregnant women attending Gachsaran hospitals chosen by convenience sampling. A questionnaire consisting of demographic characteristics of samples and their partners, abuse screening and information of pregnancy outcome was administered. Validity and reliability of tool was respectively done using content validity and test retest. By using SPSS software, t-test, exact Fisher test, Mann Whitney and Chi-square tests were used for statistical analysis.

Results: The results showed significant correlations between pregnancy abuse and maternal (only abortion and preterm birth) and fetal outcome such as and fetal death ($P < 0.05$).

Conclusion: We showed that the necessity of care to women health, PROM, low birth weight, especially during pregnancy, and a decrease in abuse improves adverse outcome on pregnant women. Routine screening program to eliminate pregnancy abuse is required.

Key words: Violence – Domestic Violence – Pregnancy – Pregnancy Outcome

Correspondence:

M. Dolatian, MSc.

School of Nursing & Midwifery Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.

Tehran, Iran

Tel: +98 21 88883133

Email:

mhdolatian@yahoo.com