

بنام خدا

تعیین عوامل خطر و ارتباط خشونت فیزیکی با برخی پیامدهای بارداری در مراجعین به بیمارستان

های آموزشی شهر تبریز - ۱۳۸۶

نویسندگان مقاله

دکتر جلیل باباپور(۱) نیلوفر ستارزاده(۲) رقیه خدایی(۳)

(۱) دکترای روانشناسی - استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه تبریز، آدرس: تبریز-دانشگاه تبریز-دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی -

مدیر گروه روان شناسی- تلفن ۰۹۱۴۴۱۶۹۳۸۵- تلفن همراه ۰۴۱۱۳۳۹۲۰۷۳۳۲

(۲) کارشناس ارشد مامایی- عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، آدرس: تبریز- خیابان شریعتی جنوبی- دانشکده پرستاری

و مامایی تبریز- گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۳۱۱۴۸۹۴

(۳) کارشناس ارشد مامایی و کارمند شبکه بهداشت و درمان ورزقان، آدرس: تبریز- خیابان سرباز شهید -کوی شهید دریایی(باغ صفا)- بن

بست دانشور- پلاک ۳۸۱، تلفن ۰۴۱۱۲۳۵۱۲۲۴- تلفن همراه ۰۹۱۴۴۱۷۱۴۷۵

نویسنده رابط: رقیه خدایی، آدرس الکترونیکی

Khodaei_r@yahoo.com

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۸۷/۲/۲۴

چکیده

مقدمه: اگرچه خشونت خانگی می تواند کلیه اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار دهد ولی زنان به علت نقش کانونی خود به عنوان مادر و همسر در خانواده در معرض خطر بالاتری هستند. بدون شک خشونت علیه زنان باردار عامل استرس زای مهمی برای آنان بوده و ممکن است پیامدهای بارداری را تحت تاثیر قرار دهد. این مطالعه به منظور تعیین عوامل خطر و پیامدهای بارداری خشونت فیزیکی بر روی مادران باردار در تبریز انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای توصیفی مقایسه ایی است که در آن ۲۶۰ زن زائو که در بیمارستان های آموزشی شهر تبریز در سال ۱۳۸۶ زایمان نمودند، وارد مطالعه شدند. روش جمع آوری داده ها ابزار گردآوری پرسشنامه و پرونده های زایمانی بود و جهت تعیین روایی و پایایی ابزار به ترتیب از روش روایی محتوایی و بازآزمایی استفاده شد.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد؛ مادران باردار در معرض انواع خشونت های خانگی از جمله خشونت فیزیکی و روانی بوده، در گروه تحت خشونت ۲۳/۶٪ زنان باردار تحت خشونت فیزیکی بودند. از نظر ارتباط عوامل خطر با خشونت بر علیه زنان باردار بین تحصیلات همسر، نوع بیمه سلامتی، ناخواسته بودن حاملگی از دیدگاه همسر، ناکافی بودن درآمد از دیدگاه مادر، مصرف الکل در همسر ($p < 0/05$)، ناخواسته بودن حاملگی از دیدگاه مادر و سابقه خشونت در خانواده مادر ($p < 0/01$) و سیگاری بودن همسر و سابقه خشونت در خانواده همسر ($p < 0/001$) با خشونت فیزیکی علیه زنان باردار ارتباط معنی داری وجود داشت. در خصوص پیامدهای بارداری، تفاوت در آغاز مراقبت روتین دوران بارداری ($p < 0/05$)، وزن گیری مادر در دوران بارداری ($p < 0/01$) و تفاوت در دریافت قرص آهن و اسید فولیک بین دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت در دوران بارداری ($p < 0/001$) معنی دار بود.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه با یافته های مطالعات مشابه به ویژه در مورد ارتباط خشونت با پیامدهای بارداری همخوانی دارد. بنابراین برای ارتقای سطح سلامت مادران در دوران بارداری و بهبود پیامدهای بارداری همکاری همه به ویژه کارکنان بهداشتی توصیه می شود.

واژه های کلیدی: خشونت؛ عوامل خطر؛ پیامد بارداری؛ فیزیکی

مقدمه

اصطلاح خشونت خانگی معمولاً به خشونت و بدرفتاری با زنان نوجوان و بزرگسال در محدوده خانواده و یا در ارتباطات نزدیک گفته می شود. این گونه خشونت ها به صورت روز افزون به عنوان یکی از مشکلات عمده بهداشت همگانی مطرح می شوند (۳،۴). احتمالاً به استثنای پره اکلامپسی، شیوع خشونت خانگی از شیوع تمام حالات عمده طبی که از طریق غربالگری پره ناتال روتین تشخیص داده می شوند، بیشتر است (۳،۵).

یکی از مسایل مهم اجتماعی و بهداشتی و روانی مساله خشونت های خانگی است که شامل اقسام مختلفی از جمله خشونت علیه زنان، کودک آزاری، بدرفتاری با سالخوردگان و ... است که در این میان به علت نقش کانونی زن به عنوان همسر و مادر خانواده، خشونت علیه وی از درجه اهمیت بالایی برخوردار است که غالباً از دید اجتماع پنهان می ماند (۱). خشونت علیه زنان قدمتی به تاریخ انسانی دارد و از زمان بربریت و توحش آدمی وجود داشته است و تا زمان نوین نیز ادامه یافته است (۲).

خشونت علیه زنان امری جهانی است؛ ۳۰ تا ۳۵٪ زنان آمریکایی مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می گیرند. متأسفانه ۱۵ تا ۲۵٪ از زنان آمریکایی حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می گیرند(۶). در مطالعه تقوی^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ در تبریز خشونت در زنان ۴۲٪ و در زمان بارداری ۱۹/۳٪ گزارش شده بود(۷). خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در حاملگی تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می شود(۸). حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می کند و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگر همچون خشونت می تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود و این عوارض موجب افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان می گردد(۹).

طبق مطالعات انجام گرفته پیامدهای نامطلوب بارداری همراه با خشونت در طی بارداری ممکن است مستقیماً از ترومای جنسی یا فیزیکی یا بطور غیر مستقیم از طریق استرس(۱۰،۱۱) منجر به سقط(۱۲)، زایمان زودرس(۸،۹،۱۰،۱۳)، تولد کودکان با وزن پایین زمان تولد (۸،۹،۱۰،۱۳،۳)، جدایی زودرس جفت، کوریوآمیوتیت (۳،۸)، آپگار پایین نوزاد (۱۳) و زایمان سزارین(۳) گردد. در مطالعه ای در سبزوار در سال ۱۳۸۴، ۱۴/۵٪ از زنان باردار قربانی خشونت جسمی بودند، با این حال تفاوت معنی داری از لحاظ سن حاملگی جنین، میزان دیلاتاسیون و افسمان زمان پذیرش، آپگار دقیقه یکم و پنجم و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان بین زنان تحت خشونت و سایر زنان دیده نشد(۹). ولی در مطالعه خدا کرمی و همکاران در شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۰، بین میانگین اضافه وزن مادر در

^۱-Taghavi

طی حاملگی، تعداد مراقبت های دوران بارداری، وزن هنگام تولد و پارگی زودرس پرده های جنینی و زایمان سخت بین دو گروه تحت خشونت و بدون خشونت ارتباط معنی داری وجود داشت و پیشنهاد شده بود که با توجه به بافت فرهنگی خاص منطقه جهت اظهار نظر قطعی تر، پژوهش های دیگری در سایر مناطق کشور انجام گرفته و عوارض انواع سوء رفتار بر سرانجام حاملگی نیز مورد مطالعه قرار گیرد(۸). با توجه به تاثیر عوامل مختلف نظیر فرهنگ منطقه و نژاد افراد بر انواع، عوامل خطر و پیامد خشونت، تاکنون مطالعه ایی در این خصوص در منطقه صورت نگرفته است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل خطر و ارتباط خشونت فیزیکی با پیامدهای بارداری در دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت در مراجعین به بیمارستان های آموزشی شهر تبریز به اجرا درآمد.

مواد و روش ها

این پژوهش مطالعه ای توصیفی- مقایسه ای است. جامعه پژوهش را زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله با بارداری ۲۰ هفته یا بیشتر که در سال ۱۳۸۶ جهت زایمان به یکی از بیمارستان های آموزشی شهر تبریز مراجعه نموده بودند، تشکیل دادند. تعداد شرکت کنندگان شامل ۲۶۰ نفر زنان زائو با حاملگی تک قلوبی و حاملگی اول تا چهارم و فاقد بیماری مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، دیابت، هیپرتانسیون و بیماری روانی بود. از کلیه واحدهای مورد پژوهش بعد از توضیح اهداف تحقیق رضایت نامه کتبی جهت همکاری با پرسشگر و تکمیل پرسشنامه اخذ گردید. نمونه گیری به طریق آسان و در دسترس بوده و بدلیل

توصیفی بودن مطالعه از فرمول

$$n = \frac{z^2 p (1 - p)}{d^2}$$

استفاده شد. حجم نمونه نهایی با توجه به نتیجه مطالعه پایلوت برابر بود با

$n = (1/96)^2 \times (0/2)^2 \times (0/8)^2 \times (0/05)^2 = 246$ که در این مطالعه ۲۶۰ نفر در نظر گرفته شد و نمونه گیری از طریق مراجعه به بخش بعد از زایمان بیمارستان های آموزشی و پرسش از زنان زائونجام گرفت. در نهایت تعداد ۲ نفر به علت داشتن معیارهای خروج از مطالعه در بررسی پرونده های آنان از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری داده ها با اندکی تغییرات به صورت تلفیقی از دو ابزار AAS^1 و ISA^2 تهیه شد. برای تعیین روایی این ابزار از روایی محتوایی و برای تعیین پایایی از بازآزمایی استفاده شد ($r = 0/73$).

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده در این مطالعه از آزمون های تی تست، من ویتنی و مجذور کای با استفاده از نرم افزار SPSS (Version 13.0) استفاده شد. در کلیه آزمون ها حداکثر خطا ۵٪ بود.

یافته ها

در بررسی نتایج مطالعه، میانگین سن مادران $25/2 \pm 5/4$ و میانگین سن همسران آنها $29/3 \pm 5/9$ سال بود. تحصیلات بیشتر مادران ($36/8\%$) و همسران آنها ($31/4\%$) در حد ابتدائی بود. اکثر مادران خانه دار ($73/3\%$) و شغل همسران آنها آزاد ($64/7\%$) بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش ساکن تبریز ($66/3\%$) بودند. مادران بطور متوسط در $4/5 \pm 1$ ماهگی برای آغاز مراقبتهای روتین دوران بارداری تشکیل پرونده داده و برای دریافت مراقبت های بهداشتی دوران بارداری بطور متوسط $11 \pm 4/1$ مرتبه به مراکز بهداشتی-درمانی و یا به پزشک

مراجعه نموده و بطور متوسط $12/2 \pm 6/2$ کیلوگرم افزایش وزن داشتند. در خصوص نوزادان واحدهای مورد پژوهش یافته ها نشان داد میانگین سن نوزادان در هنگام تولد بر اساس $38/8 \pm 2/4 LMP^3$ و بر اساس سونوگرافی $38/5 \pm 2/2$ هفته و با میانگین وزن $3/100 \pm 0/5$ کیلوگرم و قد $48/6 \pm 2/6$ سانتی متر) بود. هیچکدام از واحدهای مورد پژوهش سیگاری یا الکی یا روانی نبوده و از مواد مخدر استفاده نمی کرده، سابقه سوء مصرف مواد مخدر نداشتند. ولی حدود ۴۱٪ همسران آنها سیگاری و ۱۴٪ الکی بودند. سابقه خشونت در خانواده مادران و همسران آنها یکسان و در حدود ۳۵٪ گزارش گردید. در خصوص سوابق مامایی، اکثر واحدهای مورد پژوهش حاملگی اول خود را تجربه می کردند ($55/4\%$) فلذا اکثراً فاقد سابقه زایمان زودرس، سابقه تولد کم وزن، سابقه سزارین و سابقه مرده زایی بودند. جدول شماره ۱ نشان می دهد در گروه تحت خشونت ($49/2\%$) بیست و سه و شش دهم درصد مادران تحت خشونت فیزیکی بودند. در خصوص هدف اول پژوهش: ارتباط عوامل خطر با خشونت فیزیکی علیه زنان، نتایج مطالعه نشان داد: بین تحصیلات همسر، نوع بیمه سلامتی، ناخواسته بودن حاملگی از دیدگاه همسر، ناکافی بودن میزان درآمد از دیدگاه مادر و مصرف الکل در همسر ($p < 0/05$)، سابقه خشونت در خانواده مادر، ناخواسته بودن حاملگی از دیدگاه مادر ($p < 0/01$)، سیگاری بودن همسر و سابقه خشونت در خانواده همسر ($p < 0/01$) با خشونت علیه زنان باردار ارتباط معنی داری وجود داشت. در مورد هدف دوم پژوهش: ارتباط خشونت فیزیکی با پیامدهای دوران بارداری، همان طوری که از روی جدول شماره ۲ مشاهده می شود؛ تفاوت در آغاز تشکیل پرونده بهداشتی برای مراقبت

¹ -Abuse Assessment Screen

² -Index Of Spouse Abuse

³ -Last Menstrual Period

روتین دوران بارداری ($p < 0.05$) و تفاوت وزن گیری مادر در دوران بارداری بین دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت ($p < 0.01$) معنی دار بود. ولی بین میانگین سن نوزاد هنگام تولد، وزن و قد نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد، هموگلوبین مادر، تعداد دفعات مراقبت بهداشتی تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد، تفاوت در دریافت قرص آهن و اسید فولیک بین دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت در دوران بارداری معنی دار بود ($p < 0.01$). ولی بین جنس نوزاد، سلامت نوزاد، نوع زایمان در ۲ گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

نتیجه پژوهش نشان داد بین تحصیلات همسر، نوع بیمه سلامتی، مصرف الکل در همسر ($p < 0.05$) و سیگاری بودن همسر و سابقه خشونت در خانواده همسر ($p < 0.01$) با خشونت علیه زنان باردار ارتباط معنی داری وجود دارد. در مطالعه پدیسیل^۱ و همکاران و آقاخانی و همکاران نیز تحصیلات پایین همسر یکی از عامل خطر خشونت علیه زنان باردار بود (۱۴، ۱۵). در مطالعه خداکرمی و همکاران و کوکر^۲ و همکاران نیز بین نوع بیمه و مشخصات فردی همسران (میزان تحصیلات، مصرف سیگار و...) با خشونت علیه زنان ارتباط معنی داری وجود داشت (۸). به نظر می رسد مردان تحصیلکرده به علت مطالعه و شناخت بیشتر نسبت به وظایف اجتماعی و خانوادگی خود رفتار مناسبتری با همسرانشان دارند. در این مطالعه بین تحصیلات و شغل مادر با خشونت ارتباطی وجود نداشت که با مطالعه تقوی و همکاران در تبریز همخوانی

دارد (۷). اما ناخواسته بودن حاملگی با خشونت دوران بارداری ارتباط داشت که با مطالعات لائق^۳ و همکاران، تقوی و همکاران، کی^۴ و همکاران، لا^۵، ساتسمن^۶ و همکاران، قانو^۷ و همکاران نیز همخوانی دارد (۴، ۷، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸). همچنین در مطالعه کی و همکاران خشونت خانگی عامل خطری برای حاملگی ناخواسته بود (۲۴).

در خصوص تعیین و مقایسه پیامد های بارداری در ۲ گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت نتایج مطالعه نشان داد، بین میانگین وزن نوزاد در دو گروه تفاوت وجود داشت که معنی دار نبود که با مطالعه لائق و همکاران در چین همخوانی داشت (۱۹). ولی با مطالعه خداکرمی در خرم آباد (۸) کی و همکاران در اوگاندا (۱۱) نفرس^۸ و همکاران در امریکا همخوانی نداشت (۲۳). به نظر می رسد به دلیل تفاوت نژادی و تفاوت ماهیت خشونت در فرهنگ های مختلف اثر خشونت فیزیکی بر وزن موقع تولد نیز متفاوت باشد. همچنین در این مطالعه تفاوت وزن گیری مادر در دوران بارداری بین دو گروه خشونت و بدون خشونت معنی دار بود ($p < 0.01$). که با مطالعه خداکرمی و همکاران و یانق^۹ و همکاران همخوانی دارد (۸، ۲۰). در مطالعه مرایز^{۱۰} و همکاران نیز خشونت فیزیکی یک عامل خطر مستقل برای وزن گیری ناکافی مادر در دوران بارداری شناخته شد (۲۱). همچنین تفاوت در دریافت قرص آهن و اسید فولیک بین دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت در دوران بارداری معنی دار بود ($p < 0.01$). در مطالعه مرایز و همکاران

³-Leung

⁴-Kaye

⁵-Lau

⁶-Saltzman

⁷-Gao

⁸-Neggers

⁹-Yang

¹⁰-Moraes

¹-Peedicayil

²-Coker

ذکر شده است که زنان تحت خشونت فیزیکی تمایلی به خرید و آماده سازی غذا ندارند و به صورت مرتب غذا نمی خورند (۲۱). مشکلات شایع این مادران شامل مصرف رژیم غذایی ناکافی مانند شیر یا محصولات لبنی کم، بی خوابی و ... است و ممکن است مراقبت صحیحی از خود به عمل نیاورند (۲۲). به نظر می رسد مجموعه این عوامل بر نحوه تغذیه و مصرف قرص های آهن و اسید فولیک و در نتیجه میزان وزن گیری مادران تحت خشونت فیزیکی موثر باشد. در مطالعه حاضر بین میانگین سن حاملگی جنین در دو گروه خشونت و بدون خشونت تفاوت معنی داری یافت نشد که با مطالعه خداکرمی و همکاران در خرم آباد، بداغ آبادی در سبزوار، لانق و همکاران در چین همخوانی دارد (۸،۹،۱۹) ولی در مطالعه نفرس و همکاران در امریکا زنان تحت خشونت فیزیکی شدید نسبت به زنان گروه بدون خشونت بیشتر زایمان زودرس داشتند (۲۳) که علت این عدم همخوانی می تواند ناشی از تفاوت اثر انواع خشونت بر پیامد بارداری باشد. چون در مطالعه نفرس و همکاران اثر خشونت فیزیکی منجر به

صدمه، بر سن حاملگی بررسی شده در حالی که در مطالعه حاضر اثر خشونت فیزیکی بررسی شده است. همچنین بین میانگین هموگلوبین مادر در زمان بستری (۸)، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد (۹،۱۹)، نوع زایمان و سلامت نوزاد (۱۹) تفاوت معنی داری یافت نشد که این موارد با نتایج مطالعات ذکر شده در بالا همخوانی دارد. در این پژوهش، عدم وجود اختلاف معنی دار در نمره آپگار مبین یکسان بودن وضعیت سلامتی نوزاد این افراد در بدو تولد بوده است. حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر مادران تحمیل می کند و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگری همچون خشونت می تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود. با توجه به نتایج مطالعه می توان با اجرای برنامه آموزشی در خصوص عوامل خطر و اثرات سوء خشونت فیزیکی بر سطح سلامت مادران و نوزادان و مشارکت همسران در این برنامه ها در مراکز بهداشتی درمانی تا حدود زیادی گام موثری در جهت کاهش اثر این پدیده شوم از روی سلامت مادران برداشت.

جدول شماره ۱) توزیع فراوانی انواع خشونت علیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر تبریز-۱۳۸۶

نوع خشونت	روانی		فیزیکی		بدون خشونت		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فراوانی	۶۶	۲۵/۴	۹۱	۳۳/۴	۱۳۱	۵۰/۸	۲۵۸	۱۰۰

جدول شماره ۲) تعیین و مقایسه پیامدهای بارداری در دو گروه خشونت فیزیکی و بدون خشونت در مراجعین به بیمارستان های آموزشی شهر تبریز در سال ۱۳۸۶ (آزمون تی مستقل Independent-sample T Test)

میانگین متغیر های کمی بررسی شده	خشونت فیزیکی*	بدون خشونت*	p	df	t
سن نوزاد هنگام تولد به هفته بر اساس سونوگرافی	۳۸/۶۹±۲/۲	۳۸/۵۹±۲	۰/۷۶	۱۶۶	۰/۲۹
سن نوزاد هنگام تولد به هفته بر اساس LMP	۳۸/۶۵±۲/۱	۳۸/۹۲±۲/۱	۰/۵	۱۳۶	۰/۶۶
وزن نوزاد هنگام تولد به گرم	۳/۰۹±۰/۵	۳/۱۷±۰/۵	۰/۴	۱۸۲	۰/۸۳
قد نوزاد هنگام تولد به سانتی متر	۴۸/۸±۲/۲	۴۸/۹±۲/۷	۰/۷۲	۱۷۱	۰/۳۵
آپگار دقیقه ۱	۸/۶±۱/۴	۸/۷±۰/۸	۰/۴۱	۱۸۹	۰/۸۲
آپگار دقیقه ۵	۹/۷±۱	۹/۸±۰/۴	۰/۳۲	۱۸۹	۰/۹۸
میانگین هموگلوبین مادر در زمان بستری	۱۳/۲±۱/۳	۱۳±۱/۳	۰/۳۹	۱۸۲	۰/۸۴
زمان تشکیل پرونده بهداشتی به ماه	۲/۷±۱	۲/۳±۱	۰/۰۲۵	۱۸۸	۲/۲۶
تعداد دفعات مراقبت بهداشتی	۱۰/۵±۴/۷	۱۱±۳/۷	۰/۴۴	۱۹۱	۰/۷۷
میزان وزن گیری مادر در دوران بارداری	۱۰/۴±۶/۵	۱۳/۴±۵/۷	۰/۰۰۴	۱۵۷	۲/۹۱

*در کل تعداد مادران گروه خشونت فیزیکی ۶۱ نفر و تعداد مادران گروه بدون خشونت ۱۳۱ نفر بود

- ۱- امینی، ک: "بررسی علل موثر بر همسرآزاری در ایران"، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تبریز، ص چکیده، ۱۳۸۱.
- ۲- قطریفی، ر؛ قطریفی، د: "بحث تحلیلی خشونت علیه زنان". نشریه بهداشت خانواده: سال نهم، شماره بیست و هشتم، ۲۰ - ۱۸، ۱۳۸۳.
- ۳- کانینگهام؛ هوث؛ لونو؛ گیلسترپ؛ بلوم؛ ونستروم: بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه بهرام قاضی جهانی، جلد اول و سوم، چاپ سوم. انتشارات گلبن، تهران ۱۱۶۱-۱۱۵۹، ۱۳۸۵، ۲۴۷.
- 4-Leung WC , Leung TW, Lam YYJ, Ho PC.(1999).The prevalence of domestic violence against pregnant women in Chinese community. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 66, 23-30.
- ۵- ویلر، لیندا: مراقبت های قبل و بعد از زایمان راهنمای مهارت های عملی، ترجمه گیتی ازگلی؛ دولتیان، م؛ محمدخانی شالی، ا. چاپ اول. انتشارات نور دانش، تهران، ۸۱-۷۹، ۱۳۸۲.
- ۶- کار، م: پژوهشی درباره خشونت علیه زنان در ایران. چاپ دوم. انتشارات روشنگران و مطالعات زنان، تهران، ۱۳-۱۵، ۱۳۸۰.
- 7-Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D.(2008).Domestic Violence Against Pregnant Women Attending a hospital in Iran. *Research Journal of Biological Sciences*,3(1),128-131.
- ۸- خداکریمی، ن؛ گودرزدشتی، م؛ ناجی، ه؛ موحدی، م: "رابطه سوءرفتار و سرانجام حاملگی در مادران باردار شهر خرم آباد". تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان: شماره بیستم، ۲۶-۳۴، ۱۳۸۲.
- ۹- بداغ آبادی، م: "بررسی پیامد حاملگی در قربانیان خشونت مراجعه کننده به بیمارستان شهیدان مبینی سبزوار". مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار: دوره دوازدهم، شماره سوم، ۴۶-۴۱، ۱۳۸۴.
- 10-Coker AL, Sanderson M, Dong B.(2004).Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*,18.260-269.
- 11-Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM.(2006).Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago hospital,Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 2(10), 1576-1584.
- 12-Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW.(2003).The prevalence of domestic violence in pregnant women.*BJOG:International Journal of Obstetrics and Gynaecology*,110, 272-275.

- 13-Margaret H, Kearney LA, Haggerty bh, Munro JW, Hawkins.(2003).Birth Outcomes and Maternal Morbidity in Abused Pregnant Women With Public Versus Private Health Insurance. *Journal of NursingScholarship*,35(4),345-349.
- 14-Peedicayil A, Laura S, Sandowski, Jeyaseelan L, Shankar V,Jain D,et all.(2004). Spousal Physical Violence against women during pregnancy. *An International Journal of Obestetrics&Gynaecology*, 111, Page 682.
- ۱۵-آقاخانی،ک؛آقاییگلویی،ع؛چهره ای،ع:" بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران در پاییز ۱۳۷۹ "مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران:سال نهم، شماره سی ویکم، ۴۹۰-۴۸۵، ۱۳۸۱.
- 16-Lau y. (2005).Does pregnancy provides immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? *Soc SciMed*, 61(2).365-377.
- 17-Sltzman LE, Johnson CH, Gilbert BC, Goodwin MM. (2003).Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 states.*Matern Child Health*, 7(1), 31-43.
- 18- Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. (2008). Intimate partner violence and unplanned pregnancy in Pacific Island Families study. *International Journal of Gynecology and Obestetrics*, 100,109-115.Available[on Line] www.Sciencedirect.com.
- 19- Leung WC, Wong YYM, Leung Tw, Ho pc. (2001). Pregnancy outcom following domestic violence in Chinese community. *International Journal of Gynecology & Obestetrics*, 72,79-80.
- 20-Yang MS,Ho SY,Chou FH,Chang SJ,Ko YC.(2006).Physical abuse during pregnancy and risk of low-birthweight infant among aborigines in Taiwan.*Public Health*,120(6),557-562.
- 21- Moraes Cl, Amorim AR, Reichenheim ME. (2006). Gestational weight gain Differential in presence of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obestetrics*,95,254-260.
- 22- Ledbetter MS, Muench LK (2004). *Maternity& Women Health Care*, 8th ed, US, 138-140.
- 23-Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J.(2004).Effects of Domestic Violence on Preterm Birth and Low Birth Weight.*Acta Obestet Gynecol*,83,455-460.
- 24-Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM.(2006).Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital,Kampala,Uganda.*Tropical Medicine and International Health*, 2(1),90-101.

Physical violence against pregnant women: risk factors and its relation to some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospitals in 1386

Introduction: Every member of the family may be at risk of domestic violence, but women, because of their essential roles as a mother and as a wife, are at higher risk. Undoubtedly, violence is a major stressor for expectant mothers and can influence pregnancy outcomes. This study performed to determine the risk factors and pregnancy outcomes of physical violence against pregnant women in Tabriz.

Methods and materials: This survey was a descriptive-analytic study performed on 260 women delivered in educational hospitals of Tabriz in 1386. Data were collected by a questionnaire and from delivery records. Content validity and test-retest were used for determining the validity and reliability of questionnaire, respectively.

Results: Findings of this study showed that pregnant mothers were at risk of domestic violence, including physical and psychological. 23.6% of violent behaviors were physical. There were significant relationships between domestic violence against pregnant mothers and low educational level of husband, type of insurance, unwanted pregnancy from viewpoint of husband, low economic status from viewpoint of mother, use of alcohol ($p < 0.05$), unwanted pregnancy from viewpoint of mother, history of physical violence in mother's family ($p < 0.01$), cigarette smoking by husband and history of physical violence in husband's family ($p < 0.001$). There were significant differences between two groups regarding the beginning time of prenatal care ($p < 0.05$), mean weight gain during pregnancy ($p < 0.01$), and use of Iron and Acid folic during pregnancy ($p < 0.001$).

Conclusion: Results of this study were consistent with findings of previous similar studies, specifically regarding relationship between violence and pregnancy outcomes. Therefore, in order to promoting mothers' health and improvement of pregnancy outcomes, collaboration of all, specifically health care workers are recommended.

