

## میزان شیوع همسر آزاری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران

سرور در تاج رابری<sup>۱</sup> \*ربابه شکرآبی<sup>۲</sup> ماه منیر بنی اسد<sup>۳</sup>  
آغا فاطمه حسینی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** همسر آزاری در دوران بارداری، یکی از شایع ترین مشکلات مطرح در بهداشت باروری است که اطلاعات و دانسته های ما در مورد آن بسیار اندک است. با توجه به اهمیت موضوع در ارتقاء سلامت مادران تجربه آزار در دوران بارداری، سلامتی و زندگی مادر و جنین در حال رشد وی را به مخاطره انداخته و منجر به عواقب وخیمی می گردد. این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع همسر آزاری و عوامل فردی و بارداری مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران در سال ۸۶-۱۳۸۵ انجام گرفت.

**روش بررسی:** در پژوهشی مقطعی، ۳۷۰ نفر از زنان باردار، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب از بهمن ۱۳۸۵ لغایت فروردین ۱۳۸۶ به طور مستمر مورد بررسی قرار گرفتند. جمع آوری اطلاعات از هریک از واحدهای پژوهش در یک مرحله با استفاده از دو پرسشنامه خود گزارش دهی تعیین عوامل مرتبط با آزار و پرسشنامه اقتباس شده از ابزار استاندارد ارزیابی، غربالگری آزار بود. تجزیه و تحلیل آماری با نسخه ۱۴ نرم افزار SPSS و آزمونهای کای اسکوئر و رگرسیون لجستیک انجام گرفت.

**یافته ها:** فراوانی کلی همسر آزاری در این پژوهش ۵۹/۷ درصد بود. (تحصیلات، شغل، تجربه آزار در کودکی، شاهد خشونت والدین بودن، سوء مصرف مواد و سیگار) در زن یا شوهر و بارداری بدون برنامه و مراقبت های ناکافی دوران بارداری با همسر آزاری در دوران بارداری ارتباط معنی داری داشتند ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری کلی:** مواجهه بیش از نیمی از زنان با همسر آزاری لزوم شناسایی و حمایت از زنان باردار آزار دیده را مطرح می سازد، لذا پیشنهاد می شود در دوران بارداری علاوه بر مراقبت های معمول، غربالگری همسر آزاری با اولویت دادن به زنان باردار مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** همسر آزاری - دوران بارداری - زنان باردار

تاریخ دریافت: ۸/۱۲/۸۷

تاریخ پذیرش: ۲۹/۴/۸۹

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

۱. کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۲. مربی گروه مدیریت پرستاری و مسئول دفتر توسعه آموزش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۳. مربی گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
۴. مربی گروه آمار زیستی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

Email: shekarabir@yahoo.com +۹۸-۲۱-۷۷۸۹۳۲۴۲

## مقدمه

علی رغم تحولات عظیم قرن بیست و یکم، خشونت علیه زنان، از موارد مهم نقض حقوق بشر و حقوق باروری سالم و یکی از مشکلات اساسی در زندگی میلیون ها نفر از زنانی است که بدلیل جنسیت خود مورد تعدی قرار می گیرند<sup>(۲،۱)</sup>. تعدی به حقوق زنان، پیامدها و مسائل اجتماعی، بهداشتی و قانونی ناگوار و دردناکی را به همراه دارد که می تواند صدمات جدی و جبران ناپذیری را بطور مستقیم و غیرمستقیم به بنیان خانواده و جامعه وارد نماید<sup>(۳)</sup>.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) هرگونه عمل خشونت آمیز شوهر علیه زن که منجر به صدمات عاطفی روانی جسمی یا جنسی در وی شده یا احتمال تأثیر روی سلامت او بصورت پنهان یا آشکار داشته باشد «همسرآزاری» نامیده می شود<sup>(۴)</sup>. اعمال خشونت آمیز می توانند دربرگیرنده انواع مختلف آزارهای کلامی، روانی، عاطفی، اقتصادی جسمی، جنسی و حتی مرگ باشند<sup>(۵)</sup>.

مطالعات گسترده نشان می دهند که زنان در دوران باروری، بیشتر در خطر مواجهه با پدیده همسرآزاری می باشند<sup>(۶)</sup> هر چند که همسر آزاری پدیده ای ناگوار برای همه زنان است اما هراس انگیزتر این است که زنان باردار نیز در برابر این خشونت ها ایمن نیستند<sup>(۷)</sup>. طبق گزارش مرکز ملی مبارزه با خشونت علیه زنان آمریکا (NVAW) در سال ۱۹۹۹ سالانه ۱/۹ میلیون زن در ایالات متحده با همسرآزاری مواجهه کرده اند که ۲۵ تا ۴۵ درصد این زنان آزار را در دوران بارداری تجربه می کنند<sup>(۸)</sup>. طبق گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای (CDC)، شیوع همسرآزاری در دوران بارداری بین ۱/۹-۲۹/۱ درصد در سال ۲۰۰۰ بوده است<sup>(۹)</sup>. شیوع همسرآزاری در دوران بارداری در سال ۲۰۰۱ در کشورهای اسکانندیناوی و امریکایی بین ۲۱-۰/۹ درصد، در عربستان ۲۱ درصد<sup>(۱۰)</sup>، در هند ۲۱ درصد<sup>(۱۱)</sup> و در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۳ در ایران به ترتیب ۶۰/۳ درصد و ۶۰/۸ درصد برآورد گردیده است<sup>(۱۲،۱۳)</sup>. شیوع خشونت در دوران بارداری برابر یا بیشتر از عوارض مهم دوران بارداری مانند جفت سرراهی، پرفشاری خون و دیابت بارداری که بطور منظم در دوران بارداری مورد ارزیابی قرار می گیرند می تواند مخاطره آمیز باشد<sup>(۱۴)</sup>. با این

وجود اهمیت پیشگیری و کاهش این مسئله در بیشتر نقاط دنیا از جمله کشور ما کمتر مورد توجه مراقبین بهداشتی قرار گرفته است<sup>(۳،۱۵)</sup>.

تجربه آزار در دوران بارداری، سلامتی و زندگی مادر و جنین در حال رشد وی را به مخاطره می اندازد و منجر به عواقب وخیمی می گردد. عواقب خشونت در بارداری از تنش های عاطفی تا مرگ و میر و ناتوانی در مادر و مرگ جنین متغیر است<sup>(۱۶)</sup>. علاوه بر این، زنی که مورد آزار قرار گرفته است معمولاً جهت مراقبت های دوران بارداری مراجعه نمی کند یا دیر مراجعه می کند. در این زنان خطر زایمان زودرس و تولد نوزاد دارای وزن کم تولد و نیز بارداری بدون برنامه و ناخواسته نیز بیشتر است<sup>(۱۷)</sup>. پیامدهای حاصل از این مشکلات همراه با صدمات ناشی از خشونت جسمی و جنسی باعث شده است تعداد مراجعات پزشکی و هزینه های درمانی، در قربانیان آزار تقریباً دو برابر شود<sup>(۱۸)</sup>.

کاهش و پیشگیری از همسرآزاری یکی از برنامه های بهداشت باروری و شامل یک برنامه جامع متشکل از شناسایی، آموزش، حمایت و ارزیابی زنان آزار دیده است<sup>(۱۹)</sup>. اما یکی از مشکلات بزرگ در این زمینه شناسایی زنان در معرض خطر یا آزار دیده است زیرا علت اصلی مسئله خشونت علیه زنان ناشناخته بوده و عوامل متعدد یا ترکیبی از عوامل در ایجاد آن دخیل می باشند<sup>(۲۰)</sup>. Boyd و Mary تعامل و ارتباط عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی را شرط لازم بروز همسرآزاری ذکر می کنند<sup>(۲۱)</sup>، درحالی که Cunningham و همکاران همسرآزاری در دوران بارداری را به فقدان ثبات اجتماعی، سبک ناسالم زندگی و عدم سلامت جسمی یا عاطفی در زوجین نسبت می دهند<sup>(۷)</sup>. تحقیقات انجام شده در جوامع مختلف نیز، یافته های متفاوتی را در زمینه عوامل مرتبط با همسرآزاری در دوران بارداری نشان می دهند<sup>(۲۳،۱۲،۱۴)</sup>. بررسی نتایج حاصل از این تحقیقات، نشان دهنده اطلاعات ضد و نقیضی در رابطه با شناسایی عوامل مرتبط با همسرآزاری در جوامع مختلف می باشند. لذا در کنار اطلاعات صحیح و قابل اعتماد مربوط به فراوانی همسرآزاری در بارداری، ارزیابی عوامل مرتبط با همسرآزاری، برای شناسایی، پیشگیری و مراقبت از زنان آزار

دیده و زنان در معرض خطر در هر جامعه ای جایگاه ویژه ای دارند<sup>(۱۱)</sup>. دوران بارداری، فرصت مناسبی را برای شناسایی و حمایت از زنان آزار دیده فراهم می آورد، زیرا بیشتر زنان در هنگام بارداری خواه ناخواه با سیستم مراقبت های بهداشتی در تماس قرار می گیرند<sup>(۱۲)</sup> و مراقبین بهداشتی به ویژه ماماها به عنوان اولین گروه از این مراقبین که با زنان باردار در ارتباط هستند، می توانند از این فرصت برای شناسایی زنان آزار دیده و در معرض خطر استفاده نمایند. با توجه به موارد فوق و در راستای پیشگیری از همسرآزاری در دوران بارداری و ارتقای سلامت خانواده و جامعه و در جهت توسعه برنامه ها و سیاست های جهانی بهداشتی در این تحقیق به بررسی شیوع همسرآزاری و عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری، در نمونه ای از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی غرب شهر تهران پرداخته شده است.

### روش بررسی

تحقیق حاضر قسمتی از یک مطالعه جامع است که به صورت مقطعی و برای بررسی فراوانی همسرآزاری و عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری، در سال ۸۶-۱۳۸۵ در تهران انجام شد. در این پژوهش ۳۷۰ نفر از زنان باردار و ایرانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران، با سن بارداری حداقل ۱۶ هفته (۴ماه) که دارای پرونده بهداشتی در این مراکز بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند با روش نمونه گیری مستمر وارد مطالعه شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. زنانی که در حین تکمیل پرسشنامه از ادامه کار منصرف شدند و زنانی که بدلیل مشکلات خاص قادر به پاسخگویی نبودند در مطالعه شرکت داده نشدند. نمونه گیری با انتخاب شلوغ ترین مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران در مناطق ۵، ۱۱، ۹ و ۱۸ (کن، نظام مافی، تهرانسر، ولی عصر) صورت گرفت. این مراکز خدمات بهداشتی- درمانی را به مراجعه کنندگان ارائه می دادند، لازم به ذکر است که نمونه های این پژوهش از زنان بارداری که جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری به واحد مامایی این مراکز مراجعه نموده بودند انتخاب شدند. داده ها از هر یک از واحدهای پژوهش در یک مرحله و به روش خود گزارش دهی با دو پرسشنامه که به هم الصاق

بودند جمع آوری شد. پرسشنامه اول بر اساس عوامل احتمالی مرتبط با همسرآزاری بود که با بررسی متون و مقالات علمی و با نظر اساتید راهنما، مشاور و آمار، توسط پژوهشگر تهیه شد. بدین ترتیب که مهم ترین عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و بارداری مرتبط با همسرآزاری، گرد آوری و در پنج گروه (۴۹ سوال) طبقه بندی گردیدند.

بیست سؤال اول عوامل فردی (۱۰ سوال اول عوامل فردی مربوط به زن و ۱۰ سوال دوم عوامل فردی مربوط به شوهر) این سوالات، متغیرهای مربوط به سن، دین، قومیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تجربه آزار در کودکی از سوی والدین، شاهد خشونت والدین بودن، سابقه سوء مصرف مواد و سیگار، سابقه بیماری جسمی و سابقه اختلال روانی (در زن یا شوهر) بودند. هشت سؤال مربوط به بارداری که شامل: مرتبه بارداری، مدت ازدواج، سن بارداری بر حسب ماه، چگونگی مراقبت های دوران بارداری (کافی: شروع از سه ماهه اول بارداری و دریافت ۷۰ درصد مراقبت های لازم، ناکافی: شروع از ماه پنجم به بعد و دریافت مراقبتها کمتر از ۷۰ درصد مورد نیاز برای سن بارداری)، بارداری برنامه ریزی شده، تمایل به بارداری، آگاهی از جنسیت فرزند و جنسیت مورد علاقه را بررسی می نمایند. سوالات این پرسشنامه بصورت سوال باز یا پاسخ کوتاه و سوالات بسته با پاسخهای چند گزینه ای، بلی و خیر بودند.

ابزار دوم پرسشنامه سنجش فراوانی همسر آزاری است که سوالات آن از پرسشنامه غربالگری. ارزیابی. آزار(AAS) که توسط انجمن تحقیقات پرستاری خشونت و آزار طراحی شده، اقتباس شده است. اصل این ابزارمشمول بر پنج سوال است و برای تعیین فراوانی آزار، شدت آزار و عامل مرتکب بطور وسیعی استفاده میشود و اختصاصاً" برای سنجش آزار در دوره زمانی خاصی مانند دوران بارداری بکار میرود. اعتبار این ابزار توسط دوازده پرستار محقق (از نژادهای سفید آفریقایی-آمریکایی و اسپانیولی) که در حیطه خشونت علیه زنان کار کرده اند نیز مورد تایید قرار گرفته است<sup>(۱۳)</sup>. معیارهای مشخص مربوط به روایی این پرسشنامه هنگامی که پاسخ سوالات آن با امتیازات سه پرسشنامه معتبر دیگر یعنی

SPSS نسخه ۱۴ و آزمونهای آماری کای اسکوئر و رگرسیون لجستیک انجام شد.

### یافته ها

در این پژوهش، نمونه ای متشکل از ۳۷۰ زن باردار مورد مطالعه قرار گرفت. در این نمونه میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار  $26/27 \pm 6$  سال و محدوده سنی آنها در فاصله ۱۶ تا ۴۲ سال بود. ۳۲ نفر از آنها (۸/۸٪) زیر ۱۸ سال، ۱۵۲ نفر (۴۱/۱٪) در فاصله سنی ۱۹-۲۵ سال، اکثریت ۱۵۷ نفر (۴۲/۲٪) در فاصله سنی ۳۵-۳۶ سال و ۲۹ نفر (۷/۸٪) سن بالای ۳۵ سال داشتند. از نظر مذهبی اکثریت آنها ۳۴۸ نفر (۹۴/۱٪) شیعه بودند. قومیت اکثریت زنان ۳۱۸ نفر (۸۵/۹٪) فارس و ۴۱ نفر (۱۱/۱٪) ترک بودند. در رابطه با تحصیلات، سطح تحصیل اکثر آنها ۱۰۷ نفر (۲۸/۹٪) راهنمایی و ۳۴ نفر (۹/۲٪) بیسواد یا کم سواد بودند. شغل اکثریت آنها ۲۶۶ نفر (۷۱/۹٪) خانه دار و ۲۳ نفر (۶/۲٪) کارمند بودند. سطح درآمد اکثریت خانواده ها ۱۶۸ نفر (۴۵/۴٪) متوسط گزارش شد. اکثریت این زنان ۱۱۹ نفر (۳۲/۲٪) ۳-۵ سال قبل ازدواج کرده بودند و اکثراً ۱۴۳ نفر (۳۸/۶٪) بارداری نخستین خود را تجربه می نمودند و از نظر سن بارداری اکثریت آنها ۹۸ نفر (۲۶/۵٪) در ماه چهارم بودند، همچنین ۱۱۱ نفر (۳۰٪) بارداری بدون برنامه داشتند. دریافت مراقبت های ناکافی دوران بارداری نیز توسط ۱۱۲ نفر (۳۰/۳٪) در این زنان گزارش گردید.

جدول شماره ۱ وجود همسرآزاری را برحسب عوامل فردی مربوط به زن و شوهر در زنان باردار نشان می دهد، بر مبنای آزمون کای اسکوئر بین همسرآزاری و مذهب، قومیت و سن زوجین ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما بین همسرآزاری و سطح تحصیلات زن و شوهر ( $p=0/000$ )، بین همسرآزاری و شغل زن و شوهر ( $p=0/000$ ) و تجربه آزار و بی مهری در کودکی ( $p=0/000$ ) و شاهد خشونت والدین بودن ( $p=0/000$ ) و مصرف سیگار در زن ( $p=0/01$ ) و مصرف سیگار و سوء مصرف مواد در شوهر ( $p=0/000$ ) ارتباط معنی داری وجود داشت.

پرسشنامه Straus در سال ۱۹۷۹، پرسشنامه همسر آزاری McIntosh & Hudson در سال ۱۹۸۱ و پرسشنامه ارزیابی خطر Campbell در سال ۱۹۸۶ که در این حیطه طراحی شده بودند مقایسه گردید، بیشتر مورد تایید قرار گرفت (۲۴).

این ابزار برای تعیین فراوانی همسرآزاری در دوران بارداری مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰۰،۱۱،۲۳،۲۵).

روایی کل پرسشنامه براساس اعتبار محتوی و پایایی آن با روش آزمون مجدد مورد تأیید قرار گرفت ( $r=0/84$ ). سوالات پرسشنامه به صورت چند گزینه ای، بلی یا خیر و کوتاه پاسخ بودند که در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه توسط پاسخگو تکمیل گردید. در مورد نمونه های بیسواد یا کم سواد سوالات عیناً برای پاسخگو قرائت و جواب آنها در پرسشنامه درج گردید.

برای دستیابی به نمونه و جمع آوری اطلاعات مورد نیاز پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی با همکاری پرسشگرانی که دارای تحصیلات دانشگاهی در رشته مامایی یا بهداشت خانواده بوده و آموزش لازم در زمینه اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات را دیده بودند و توانایی لازم در جهت جلب اطمینان و همکاری نمونه ها را داشتند هر روز بجز روزهای تعطیل از ساعت ۸ صبح تا ۱۲ بعد از ظهر در محیط پژوهش اقدام به جمع آوری اطلاعات از واحدهای مورد پژوهش نمود. روش کار بدین صورت بود که پس از دریافت مراقبت های مامایی، زنان باردار واجد شرایط با همکاری مامای مرکز شناسایی و پس از ارائه توضیحات مختصر و مفیدی نسبت به اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات از آنان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در صورت موافقت به شرکت در پژوهش رضایت نامه کتبی از آنان اخذ و پرسشنامه در اختیار آنها قرار داده شد تا آن را در محل خلوتی از درمانگاه بدون حضور شوهر یا شخص دیگری تکمیل نمایند. به سوالات احتمالی آنها نیز پاسخ داده شد. نمونه ها در رد یا قبول شرکت در پژوهش آزاد بودند. نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات از واحدهای پژوهش به همین روش تا کامل شدن تعداد در محیط پژوهش ادامه یافت. تجزیه و تحلیل آماری با نرم افزار

های قبل از زایمان و برنامه ریزی در بارداری از نظر آماری ارتباط معنی داری نشان داد ( $p=0/000$ ) (جدول شماره ۲). نتایج حاصل از آزمون رگرسیون لجستیک نیز نشان داد از بین کلیه عوامل مرتبط با همسرآزاری، بارداری بدون برنامه ( $p=0/000$ )،  $B=0/1$ ،  $t=3/783$  و مراقبت های ناکافی دوران بارداری ( $p=0/026$ )،  $B=0/059$ ،  $t=-2/431$  به طور مستقلاً با همسرآزاری مرتبط بودند.

بر مبنای آزمون کای اسکوئر بین تعداد بارداری و سن بارداری و مدت ازدواج با همسرآزاری ارتباط معنی داری مشاهده نشد، اما از ۲۲۰ زن باردار آزار دیده، (۹۴ نفر [۴۲/۷ درصد]) از مراقبت های ناکافی در دوران بارداری برخوردار بودند و (۹۶ نفر [۴۳/۶ درصد]) از آنها بارداری بدون برنامه را گزارش نمودند. آزمون دقیق فیشر، بین همسرآزاری و مراقبت

جدول شماره ۱- ارتباط عوامل فردی مربوط به زن و شوهر با همسر آزاری در زنان باردار مورد مطالعه در مراکز بهداشتی- درمانی غرب تهران (۸۶-۱۳۸۵)

متغیر	زنان		همسران	
	آزار دیده فراوانی (درصد)	آزار ندیده فراوانی (درصد)	آزار دیده فراوانی (درصد)	آزار ندیده فراوانی (درصد)
سن (سال)	<18 19-25 26-35 >35 جمع آزمون آماری	21(9/5) 88(40) 96(43/6) 105(6/8) 220(100) $\chi^2 = 1/361$	11(7/3) 64(42/7) 61(40/7) 14(9/3) 150(100) $\chi^2 = 1/564$	-(-) 46(20/9) 125(56/8) 49(22/3) 220(100) <b>p-value = 0/506</b>
پوشش مذهبی	شیعه اهل تسنن سایر گروههای مذهبی جمع آزمون آماری	207(95) 11(5) 2(-) 218(100)	141(94/6) 8(5/4) 1(-) 149(100)	206(94/5) 12(5/5) 2(-) 218(100) <b>p-value = 0/659</b>
قومیت	فارس ترک سایر* جمع آزمون آماری	184(83/6) 28(12/7) 8(3/6) 220(100)	134(89/3) 13(8/7) 3(2/0) 150(100)	154(70/0) 48(21/8) 18(8/2) 220(100) <b>p-value = 0/353</b>
تحصیلات	بیسواد و ابتدایی راهنمایی متوسطه دیپلم دانشگاهی آزمون آماری	29(13/2) 86(39/1) 70(31/8) 26(11/8) 9(4/1) <b>*p-value = 0/000</b>	5(3/3) 21(14) 21(14) 79(52/7) 24(16) $\chi^2 = 1/07$	41(18/6) 60(27/3) 30(13/6) 49(22/3) 40(18/2) <b>*p-value = 0/000</b>

ادامه جدول شماره ۱- ارتباط عوامل فردی مربوط به زن و شوهر با همسر آزاری در زنان باردار مورد مطالعه در مراکز بهداشتی- درمانی غرب تهران (۸۶-۱۳۸۵)

متغیر	گروه های متغیر		زنان		همسران	
	آزار دیده	آزار ندیده	آزار دیده	آزار ندیده	آزار دیده	آزار ندیده
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
شغل	خانه دار	۱۶۳ (۷۴/۱)	۱۰۳ (۶۸/۷)	۹ (۴/۱)	۵ (۳/۳)	
	کارگر	۱۳ (۵/۹)	۳ (۲/۰)	۴۳ (۱۹/۵)	۱۸ (۱۲/۱)	
	آزاد	۳۳ (۱۵)	۱۵ (۱۰/۰)	۱۳۲ (۶۰/۰)	۷۲ (۴۸/۷)	
	کارمند	۷ (۳/۲)	۱۶ (۱۰/۷)	۲۶ (۱۱/۸)	۴۳ (۲۸/۷)	
	دانشجو	۴ (۱/۸)	۱۳ (۸/۷)	۱۰ (۴/۵)	۱۲ (۸/۱)	
آزمون آماری	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۲۲/۳۷$	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۲۰/۹$		
تجربه آزار و بی مهری در کودکی	هرگز	۱۱۷ (۵۶/۸)	۱۱۴ (۷۷/۰)	۷۰ (۳۲/۲)	۱۴۱ (۹۴/۶)	
	به ندرت	۷۳ (۳۵/۴)	۳۴ (۲۳)	۱۰۹ (۵۴/۸)	۷ (۴/۷)	
	مکرر	۱۶ (۷/۸)	-	۱۲ (۶/۳)	۱ (۰/۷)	
	جمع	۲۰۶ (۱۰۰)	۱۴۸ (۱۰۰)	۱۹۱ (۱۰۰)	۱۴۹ (۱۰۰)	
	آزمون آماری	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۲۱/۳۲$	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۱۱۹$	
شاهد سوء رفتار والدین در کودکی	هرگز	۵۲ (۴۲/۲)	۱۳۹ (۹۳/۹)	۷۶ (۳۵/۸)	۱۱۷ (۸۴/۲)	
	به ندرت	۱۴۵ (۶۷/۴)	۹ (۶/۱)	۱۲۳ (۵۸)	۱۶ (۱۱/۵)	
	مکرر	۱۸ (۸/۴)	-	۱۳ (۹/۱)	۶ (۴/۳)	
	جمع	۲۱۵ (۱۰۰)	۱۴۸ (۱۰۰)	۲۱۲ (۱۰۰)	۱۳۹ (۱۰۰)	
	آزمون آماری	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۱۷۱$	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۸۲$	
سوء مصرف مواد و سیگار	سیگار	۲۳ (۱۰/۵)	۳ (۲/۰)	۸۵ (۳۸/۶)	۲۴ (۱۶)	
	سیگار و الکل	-	-	۱۰ (۴/۵)	۲ (۱/۳)	
	سیگار و تریاک	-	-	۱۲ (۵/۵)	۲ (۱/۳)	
	سیگار و سایر مواد	-	-	۵ (۲/۳)	۴ (۲/۷)	
	بدون سابقه سوء مصرف مواد	۱۹۷ (۸۹/۵)	۱۴۷ (۹۸/۰)	۱۰۸ (۴۹/۱)	۱۱۸ (۷۸/۷)	
	آزمون آماری	*p-value = ۰/۰۱	*p-value = ۰/۰۰۰	*p-value = ۰/۰۰۰	$\chi^2 = ۳۵$	

\* در کلیه آزمونها  $p < ۰/۰۵$  معنی دار است.

به دلیل تعداد کم واحدهای مورد پژوهش در سایر گروههای مذهبی (مسیحی و زرتشتی) این گروه ها، در آزمون آماری وارد نشدند.

جدول شماره ۲- فراوانی وجود همسر آزاری در زنان باردار مورد مطالعه بر حسب عوامل مرتبط با بارداری در مراکز بهداشتی- درمانی غرب تهران (۸۶-۱۳۸۵)

متغیر	گروه های متغیر		همسر آزاری		بلی		خیر		جمع	
	مرتبه بارداری	مرتبه بارداری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرتبه بارداری	اولین	۹۱	۴۱/۴	۵۲	۳۴/۷	۱۴۳	۳۸/۶			
	دومین	۶۹	۳۱/۴	۵۲	۳۴/۷	۱۲۱	۳۲/۷			
	سومین	۳۰	۱۳/۶	۲۴	۱۶	۵۴	۱۴/۶			
	چهارمین	۱۸	۸/۲	۱۴	۹/۳	۳۲	۸/۶			
	پنجمین و بیشتر	۱۲	۵/۵	۸	۵/۳	۲۰	۵/۴			
	جمع	۲۲۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰			

ادامه جدول شماره ۲- فراوانی وجود همسرآزاری در زنان باردار مورد مطالعه برحسب عوامل مرتبط با بارداری در مراکز بهداشتی- درمانی غرب تهران (۸۶-۱۳۸۵)

متغیر	گویه های متغیر	همسرآزاری		بلی		خیر		جمع	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
	آزمون آماری	p-value = ۰/۷۷						$\chi^2 = ۱/۸۱$	
	۴	۲۲/۳	۴۹	۳۲/۷	۴۹	۲۶/۵	۹۸	۲۶/۵	
	۵	۲۴/۱	۵۳	۲۰/۷	۳۱	۲۲/۷	۸۴	۲۲/۷	
	۶	۲۰/۵	۴۵	۱۸/۷	۲۸	۱۹/۷	۷۳	۱۹/۷	
	۷	۸/۶	۱۹	۱۱/۳	۱۷	۹/۷	۳۶	۹/۷	
سن بارداری	۸	۱۰/۵	۲۳	۸/۰	۱۲	۹/۵	۳۵	۹/۵	
	۹	۱۴/۱	۳۱	۸/۷	۱۳	۱۱/۹	۴۴	۱۱/۹	
	جمع	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	
	آزمون آماری	p-value = ۰/۱۷۵						$\chi^2 = ۷/۶$	
	کافی	۵۷/۳	۱۲۶	۸۸	۱۳۲	۶۹/۷	۲۵۸	۶۹/۷	
میزان مراقبت های قبل از زایمان	ناکافی	۴۲/۷	۹۴	۱۲	۱۸	۴۰/۳	۱۱۲	۴۰/۳	
	جمع	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	
	آزمون آماری	p-value = ۰/۰۰۰							
	بلی	۵۶/۴	۱۲۴	۹۰	۱۳۵	۷۰	۲۵۹	۷۰	
بارداری برنامه ریزی شده	خیر	۴۳/۶	۹۶	۱۰	۱۵	۳۰	۱۱۱	۳۰	
	جمع	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	
	آزمون آماری	p-value = ۰/۰۰۰							
	بلی	۵۷/۷۲	۱۲۷	۵۴/۰	۸۱	۵۶/۲	۲۰۸	۵۶/۲	
آگاهی از جنسیت فرزند	خیر	۴۲/۲۸	۹۳	۴۶/۰	۶۹	۴۳/۸	۱۶۲	۴۳/۸	
	جمع	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	
	آزمون آماری	p-value = ۰/۵۲۲							

در کلیه آزمونها  $p < ۰/۰۵$  معنی دار است.\*

## بحث و نتیجه گیری

گزارشات متفاوت می تواند ناشی از صحت مطالعه و دقت در گزارش دهی باشد. هم چنین بیان شده که عواملی مانند تفاوت های فرهنگی، خانوادگی و منطقه محل زندگی نیز در این میزان دخالت دارند. Boyd، ساختار اجتماعی و نوع جامعه را عامل بسیار مؤثری در افراد و رفتارهای آنان میدانند<sup>(۲۱)</sup>. علاوه بر خصوصیات جامعه مورد پژوهش، روش تحقیق

نیز عامل مهمی در وجود این اختلافات می باشد. در این پژوهش بین سن، مذهب و قومیت (زن و شوهر) با همسرآزاری ارتباطی نشان داده نشد. در ارتباط با سن، یافته های این پژوهش و پژوهشگران دیگر از جمله جهانفر در تهران و Muhajarine در سوئد که ارتباطی بین سن زنان

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد بیش از نیمی از زنان باردار (۵۹/۷٪)، در دوران بارداری خود با همسرآزاری روبرو می باشند. فراوانی بالای همسرآزاری در دوران بارداری در مطالعات دیگر از جمله مطالعه جهانفر (۱۳۸۱) با برآورد (۶۰/۳٪) و نوایی (۱۳۸۳) با برآورد (۶۰/۸٪) نیز در تهران نشان داده شده است. در چین (۱۹۹۹) فراوانی آزار فیزیکی در دوران بارداری ۲۱ درصد و در بررسی متون در کشورهای امریکای شمالی بین ۲۰-۱ درصد برآورد گردیده است. بطور کلی در بررسی مطالعات انجام شده، نتایج متفاوتی از فراوانی همسرآزاری در دوران بارداری ذکر شده است که این

باردار و همسر آزاری نشان نداند<sup>(۱۲،۲۴)</sup> مشابه بود. در حالیکه مطالعات زیادی بر ارتباط بین همسر آزاری و سن زنان باردار اذعان دارند، آنها بارداری های سن نوجوانی را عامل خطر مهمی در بروز خشونت بیان کرده اند<sup>(۲۶-۲۹، ۳۱،۶)</sup>. شاید بتوان گفت علت ارقام بالاتر در دیگر مطالعات از نظر اعمال خشونت بر جوانان حاکی از این حقیقت باشد که در کشورهای آمریکایی و آفریقایی شروع فعالیت جنسی در نوجوانان سنین دبیرستان زود هنگام بوده و روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج شیوع فراوانی دارد<sup>(۱۲)</sup>. لذا بنظر میرسد عدم تطابق یافته های پژوهش حاضر با پژوهش های انجام شده در این کشورهای دیگر بیشتر تحت تأثیر تفاوت های فرهنگی و مذهبی این جوامع با جامعه ایران باشد.

در ارتباط با نقش مذهب در همسر آزاری، علی رغم یافته های این مطالعه Rathore و Tripathi در دهلی نو در نمونه ای متشکل از جمعیت همگانی از دو مذهب اسلام و هندو، نشان دادند همسر آزاری در مسلمانان بسیار کمتر از هندوهاست<sup>(۱۱)</sup>. همچنین این مطالعه در راستای مطالعه جهانفر و Muhajarine، ارتباطی بین همسر آزاری و قومیت زنان باردار نشان نداد. از دیدگاه Muhajarine، قومیت متغیر پیچیده ای است که امتزاج عوامل فرهنگی و اجتماعی را در محدوده وسیعی تحت تأثیر خود قرار می دهد و می تواند مانند پوسته ای روی ارتباط همسر آزاری و عوامل دیگر کشیده شود<sup>(۲۴)</sup>.

بر مبنای یافته های این پژوهش بین همسر آزاری در دوران بارداری و سطح تحصیلات زنان باردار و همسران زنان باردار ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/000$ ) یعنی همسر آزاری در گروهی که تحصیلات بالاتر داشتند کمتر بود. در این رابطه Evants در پژوهش خود نشان داد که زنان کم درآمد و با تحصیلات پایین تر نسبت به زنان با درآمد بالاتر و تحصیلات بالاتر احتمال بیشتری در دریافت آزار، به خصوص آزار جسمی دارند<sup>(۳۰)</sup>، زیرا زنان تحصیل کرده بدلیل تعاملات اجتماعی بهتر امکان تطابق و سازگاری بهتری با مسایل زندگی را دارند. جهانفر، عامل تحصیلات بالای مردان را با کاهش همسر آزاری مرتبط می داند، وی به نقل از Chenet تحصیلات مردان را در بهینه سازی وضعیت

اجتماعی- اقتصادی آنان و داشتن شغل مناسب و بروز رفتارهای کم خطر موثر می داند<sup>(۱۲)</sup>. بر مبنای یافته های این پژوهش بین همسر آزاری در دوران بارداری و شغل زنان باردار و همسران زنان باردار نیز ارتباط معنی داری یافت شد ( $p=0/000$ ) بدین معنا که افرادی که شغل مناسبی داشتند کمتر همسران خود را مورد آزار قرار می دادند. در مطالعه انجام شده در چین، یافته ها نشان داده که مردان بیکار و کارگر بیشتر زنان خود را آزار می دهند. زیرا افراد بیکار بشدت به علت وضعیت اقتصادی نامطلوب و وابستگی به دیگران تحت فشار می باشند<sup>(۲۵)</sup>. نتایج یافته ها ارتباط معنی داری بین همسر آزاری و سابقه آزار و بی مهری در کودکی زن و شوهر را نیز نشان داد ( $p=0/000$ ) یعنی مردانی که در کودکی خود بی مهری و آزار را تجربه نموده اند بیشتر زنان خود را آزار داده اند. تحقیقات فراوانی موید این مطلب هستند که تجربه آزار در کودکی با سوء رفتار در بزرگسالی ارتباط دارد<sup>(۲۵،۳۱)</sup>، فرض آن است که فرزندان پرورش یافته با خشونت، خشونت را رفتاری طبیعی میدانند که باید از آن برای حل تعارضات و تنبیه استفاده کرد. بدیهی است کودکان پرورش یافته در محیط خشن و پر تعارض خانواده که زندگی پر تنش قسمتی از محیط طبیعی رشد آنها به شمار می رود، یاد می گیرند که در برخی موقعیتهای خشونت امری طبیعی است به این ترتیب پسران می آموزند که رفتارهای خشونت آمیز داشته باشند و دختران یاد می گیرند که خشونت و رفتار پر خاشاگرانه را تحمل کنند<sup>(۳۱)</sup>. یافته ها نشان داد اکثریت زنان آزار دیده و زنانی که شوهران آنها به ندرت یا مکرراً شاهد سوء رفتار والدین شان بوده اند، با تجربه آزار روبرو می گردند ( $p=0/000$ ). بر مبنای نتایج گزارش شده از تحقیق Lutenbacher نیز، ۶۰ درصد از زنانی که تجربه ی آزار را گزارش نموده بودند، در کودکی شاهد خشونت بین والدین و آزار فیزیکی مادر خود بوده اند<sup>(۳۱)</sup> به نظر می رسد که تجربیات زندگی نقش مهمی در شکل گیری ساختار شخصیتی افراد دارد<sup>(۳۲)</sup>.

نتایج همچنین حاکی از آن بود که زنان باردار سیگاری و زنانی که همسر آنها از مواد مخدر، الکل یا سیگار استفاده می کردند بیشتر در معرض خطر همسر آزاری قرار داشتند



نظر دارند<sup>(۱۶،۳۵)</sup>، که یافته های پژوهش حاضر با این مطالعات همخوانی دارد.

مواجهه بیش از نیمی از زنان باردار با همسرآزاری و تاثیرات منفی آن در سلامت مادران ایجاب می نماید که ماماها به عنوان اولین گروه از مراقبین بهداشتی که با زنان باردار در ارتباط هستند، علاوه بر مراقبت های معمول دوران بارداری غربالگری همسر آزاری را با اولویت دادن به زنان با بارداری بدون برنامه و مراقبت های ناکافی دوران بارداری، به عنوان بخشی از مراقبت های دوران بارداری مورد توجه قرار دهند، لذا پیشنهاد می شود آموزش مراقبین بهداشتی به خصوص ماما، به منظور راهنمایی و کمک به زنان آزار دیده و انجام مداخلات موثر در اولویت قرار گیرد.

این مطالعه از نوع مقطعی بود، امکان بروز تصور خشونت پس از جمع آوری اطلاعات، علی رغم آگاهی پژوهشگر از آنجایی که به دلیل محدودیت زمانی در این پژوهش مقطعی بود، از محدودیتهای این مطالعه بود که پیشنهاد می شود محققین دیگر مطالعه خود را با رفع این محدودیت و انجام پژوهش به صورت طولی در هریک از سه ماهه های بارداری انجام داده و سپس نتایج مقایسه گردد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز بهداشت غرب تهران، پرسنل و مسئولین مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران و مسئولین و اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و زنان باردار شرکت کننده در مطالعه که امکان انجام این تحقیق را مقدور ساختند، تشکر و قدردانی می شود.

( $p=0/000$ ). پیش از هر گونه اظهار نظر پیرامون این نتایج لازم به ذکر است که آمار مربوط به اعتیاد در زن یا شوهر می تواند جزء ناچیزی از واقعیت باشد زیرا اکثر زنان به دلایل متعددی چون عقاید فرهنگی حاکم بر جامعه، خجالت و ترس، اعتیاد خود یا شوهر را بروز نمی دهند. در ارزیابی این یافته Amero و همکاران افزایش خطر خشونت را در بین زنانی که همسر آنها از ماری جوانا، کوکائین یا مواد توهم زا و الکل مصرف می کردند گزارش کردند. Espinosa به نقل از Campbell، نیز به این موضوع اشاره دارد که زنان به دنبال راهی برای فرار از تنش های مرتبط با آزار به الکل، سیگار یا مواد مخدر روی می آورند<sup>(۱۶)</sup>. نتیجتاً مداخله برای کنترل رفتارهای مخاطره آمیز بهداشتی مانند سوء مصرف مواد و سیگار بدون حل مشکل خشونت امکان پذیر نمی باشد.

بین همسرآزاری و مراقبت های ناکافی دوران بارداری ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/000$ ) بدین ترتیب که زنان بارداری که مورد همسرآزاری قرار گرفتند مراقبت های دوران بارداری را به طور کافی دریافت نمی کنند. در تحقیق Campbell نیز مشخص گردید زنان باردار آزار دیده در مقایسه با زنان بارداری که با آزار مواجهه نبوده اند به طور منظم و کافی از مراقبت های دوران بارداری استفاده نمی کنند. توجه وی این بود که همسر آزاررسان ممکن است برای پیشگیری از افزایش آزار، از مراجعه همسر به این مراکز ممانعت به عمل آورد<sup>(۳۳)</sup>. Norton و همکاران، نیز نشان دادند که ۳۸ درصد از زنان آزار دیده در مطالعه آنان، مراقبت های دوران بارداری را پس از هفته ۲۰ بارداری شروع کرده بودند<sup>(۳۴)</sup>. بین همسر آزاری و بارداری بدون برنامه نیز ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/000$ ). در راستای یافته های این پژوهش Espinosa، Kaey و همکاران، مشابهاً بر شیوع زیاد همسر آزاری در بارداری های بدون برنامه اتفاق

### فهرست منابع

1. Valladares E, Pena R, Persson LA, Hogberg U. Violence Against pregnant Women: Prevalence and characteristics. A Population- based study in Nicaragua. *BJOG* 2005; 112:1243- 8.
2. Jasinski, JL. Pregnancy and Domestic Violence. *Trauma, violence and abuse* 2004; 5(1):47- 64.

3. Bacchus L, Mezy G, Bewley S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Euro J Obstet Gynecol reproduct Biology* 2004; 113:6- 11.
4. Poureza A, Mosavee Shendi P. Violence Against women. Tehran: Iranban Publication; 2003.
5. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006.
6. Tejadin P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Washington DC: national institute of health and centers for disease control; 2000.
7. Kanningham G, Kent N, Lonoo K, Gilstroup L, Hoos J, Vestrum K. Williams Pregnancy and Labour. 1<sup>st</sup> ed. Ghazi Jahani Translation. Tehran: Golban ; 2002.
8. Neumann P, Langford d, Torres s, Campbell J, glass N. Woman battering in primary care practice. *Family pract* 1999; 16(4):343-52.
9. Salzman LE, green YT, marks JS, thicker SB. Violence against women as a public health issue. *Ame J Prev Med* 2000; 19(4):325-9.
10. Rachana C, soraiya KH, hisham AS, abdulaziz A M, hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Euro J Obstet Gynecol reproduct Biology*. 2002; 103:26-9.
11. Mutal- Rathore A, Tripathi R, Arora R. Domestic violence against pregnant women interviewed at the hospital in new Dehli. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76:83- 5.
12. Navaee. Prevalence study, Cause and complications of Domestic Violence against pregnant women who referred to Labour Room in Tehran Medical Sciences Universities. M.S. Thesis, Tehran College of Nursing and Midwifery: 2004.
13. Jahanfar Sh. Study of effects of wife Abuse on Labour Results in Referral women to Iran Medical Sciences Hospitals. Iran Medical Sciences University, Proposal dissertation: 2002.
14. Dunn LL, Oths KS Prenatal predictors of intimate partner abuse. *JOGNN*. 2004; 33(1):54-63.
15. Dehghanfard R. Study of effect of different relationships in family on violence against women in tehrancity. M. S. Thesis. Social Sciences College in Alzahra university: 2004.
16. Espinosa L, Osborn K. Domestic violence during pregnancy: Implications for practice. *J Midwif Woman's Health*. 2002; 47(5):305- 17.
17. Breslin ET, Lucas VA. Woman's health nursing toward evidence- based practical. St. Louis: Saunders; 2003.
18. Schilling MC, Cann JA. Women's health: A guide to health promotion and disorder management. Philadelphia: Lippincott Williams& wilkins; 2005.
19. Shadigian EM, Bauer ST. screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;84:273-80.
20. Moore, M. Reproductive Health and Intimate Partner Violence. *Family plann perspect*. 1999 Nov;31(6):302- 12.
21. boyd, mary and. Psychiatric nursing contemporary practice 3<sup>rd</sup> ed. est luis: lippincott williams wilkins; 2005.
22. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence Of intimate partner violence and implicatons for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens health issu* 2004; 14:19-29.
23. Macfarlane J, Parker B, Soeken K., Abuse during pregnancy: frequency, severity, and risk factors of homicide. *Public Health Nurs* 1995; 12(5):284-9.
24. Muhajarine N, Arcy C D. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Canadian Med Assoc J* 1999; 160(7):1007-11.

25. Leung W C, leung TW, lam Y Y J, ho PC The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 66:23-30.
26. Moraes C.L, Reichenhim M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 79:269- 77.
27. Castro R. peek-Asa C, Garcia L, ruiz A, Kraus JF. Risks for abuse against pregnant Hispanic women, Moreals and Angeles County, California. *Ame J Prevent Med* 2003;25(4):325-32.
28. Eisenstat, SA. Domestic violence. In: KG c, editor. Primary care of women. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2003.
29. Hou WL, Wang HH, hung HH. Domestic violence against women in TAIwan: their life- threatening situations, post traumatic responses, and psycho- physiological symptoms. an interview study. *Int J Nurs Studies* 2005; 42; 626-36.
30. Evants, s. Beyound gender: class, poverty and domestic violence. *Australian Social Work* 2005; 58(1):36-43.
31. Lutenbacher M, Cohen A, Conner NM. Breaking the Cycle of Family Violence: Understanding the perceptions Of Batterd women. *J Pediatr Health Care.* 2004; 18:236-4.
32. Rafieefar Sh, Parsinia S. Violence against women. 1<sup>st</sup> ed Tehran: Tandis : 2001.
33. Campbell, JC. Abuse during pregnancy: A essential threat to maternal and child health- so when do we start to act? *Canadian Med Assoc J.* 2001; 164:1578-9.
34. Norton LB, PeipertJF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two methods. *Obstet Gynecol.* 1999; 85:321-5.
35. Kaye DK, Mirembe FM, Banteba G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as a risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulage Hospital, Kampala, Uganda. *Tropical Med Int Health* 2006 ; 11(1):90- 101.

## Prevalence of violence among pregnant women attending to health care centers in west of Tehran

Sorour Dortag-e-Raberi<sup>1</sup> MSc \*Robabeh Shekarabi<sup>2</sup> MSc Mah monir Baniassad<sup>3</sup> MSc  
Agha Fatemeh Hosseine<sup>4</sup> MSc

### Abstract

**Background and Aim:** Abuse during pregnancy is the most common reproductive health problem. Regarding the importance of mothers' health promotion, the present study was conducted to determine the prevalence of spouse abuse and associated individual and pregnancy factors among pregnant women attending to health care centers of Western Tehran in 2007.

**Material and Method:** In this cross sectional study, 370 pregnant women, attending in selected health care centers were selected consecutively from February to April in 2007. The data collection tool consisted of associated factors questionnaire and "Adopted Standard Tool" (A.A.S). Data were analyzed using SPSS 14 software, descriptive statistics,  $\chi^2$  and logistic regression.

**Result:** In all, 59.7% of the women reported spouse abuse during pregnancy. Education, occupation, abuse during childhood, witnessing conflict between their parents, drug abuse and cigarette smoking in wife or her husband, and inadequate prenatal care and unplanned pregnancy were significantly associated with abuse ( $p \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** It is necessary to plan visits screening for abuse. Women with inadequate prenatal care and unplanned pregnancy should be viewed as pivotal priorities for screening, prevention and support.

**Keywords:** Spouse abuse, pregnancy

Received: 26 Feb 2009

Accepted: 20 Jul 2010

---

◆ This article has been excerpted from MS dissertation

<sup>1</sup>. MSc in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Senior Lecturer in Nursing Education, Department Nursing Education and Administration, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) The: 02177893242

E mail: shekarabir@yahoo.com

<sup>3</sup>. Senior Lecturer in Psychiatric Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>. Senior Lecturer statistics, Department of statistics, Faculty of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran