

بررسی میزان خشونت علیه مادر و سوء مصرف مواد در دوران بارداری و ارتباط آنها با پیامد بارداری در مادران شهر کرمان در سال ۱۳۸۸

هادی رنجبر^۱، مهری کهن^{۲*}، دکتر عباس عباس زاده^۳، منصور عرب^۴، فروغ پور یزدان پناه^۵

۱. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۳. دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۵. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، بندرعباس، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۳۰

خلاصه

مقدمه: وزن کم هنگام تولد و تولد پره ترم از عوامل مؤثر در مرگومیر زیر یک سال می‌باشند. با این حال، یافتن راهی برای کاهش و پیشگیری از وزن کم هنگام تولد و تولد پره ترم جزء چالش‌های سیستم‌های بهداشتی است.
روش کار: در این مطالعه گذشته نگر ۴۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خشونت خانوادگی و فرم ثبت اطلاعات پژوهشگر ساخته (اطلاعات مربوط به تولد کودک و مادر) بود و اطلاعات برای هر نفر ثبت شد. داده ها با آزمون های آماری کای دو، تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) تحلیل شد.

یافته‌ها: بین سوء مصرف مواد و خشونت در زمان بارداری ارتباط معنی دار وجود داشت. همچنین سوء مصرف مواد با وزن کم هنگام تولد ارتباط داشت. در ۳۶/۲ درصد موارد پیش بینی جنسیت کودک بر خلاف تمایل همسر باعث افزایش خشونت شده بود. بین مصرف قلیان و سیگاری غیر فعال بودن زن با وزن کم هنگام تولد ارتباط وجود داشت.
نتیجه گیری: بین سوء مصرف مواد با پیامد ضعیف بارداری ارتباط معنی دار وجود دارد، اما خشونت در زمان بارداری با پیامد ضعیف بارداری ارتباط ندارد.

کلمات کلیدی: خشونت علیه مادر، سوء مصرف مواد، پیامد بارداری، وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس

* نویسنده مسئول مکاتبات: مهری کهن؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۶۱۰۰۸۵۷
پست الکترونیک: mkohan@kmu.ac.ir

مقدمه

داروها، وضعیت‌های استرس‌زا و تغذیه ضعیف) بر روی جنین تأثیر داشته باشد (۱۱). انقباضات رحم، پاره شدن پرده‌ها، عفونت به دلیل مقاربت اجباری یا مشکلات همراه مانند دیابت از دلایل وزن کم هنگام تولد هستند (۳).

مطالعات نشان داده‌اند که زنان مورد خشونت بیشتر تمایل به سوء مصرف مواد و الکل دارند که می‌تواند بر رشد جنین و پیامد بارداری تأثیر بگذارد (۹). پیامدهای خشونت خانوادگی شامل مصرف دارو، الکل، تلاش برای خودکشی، افسردگی و اختلال استرس بعد از سانحه هستند (۷). تحقیقات نشان داده‌اند زنانی که مورد خشونت خانوادگی قرار می‌گیرند بیشتر سیگار می‌کشند، الکل مصرف می‌کنند و سوء مصرف مواد دارند (۶). ارتباط این عوامل نیز با وزن هنگام تولد ناشناخته مانده است. برخی از مطالعات تفاوت‌های کمی بین وزن هنگام تولد و سن زایمان بین زنان قربانی خشونت خانوادگی و سایر زنان پیدا کرده‌اند (۱) و هنوز توافقی بر وجود ارتباط بین خشونت خانوادگی و وزن کم هنگام تولد یافت نشده است (۱۱). در مطالعه آمرو و همکاران در سال ۱۹۹۰، ۷٪ از زنان مورد مطالعه، آزار جسمی یا جنسی در زمان بارداری را گزارش کرده بودند و قربانیان خشونت در خطر بیشتری از نظر افسردگی و تلاش برای خودکشی بودند. همچنین سوء مصرف مواد در قربانیان خشونت بیشتر بود (۹). در مطالعه آئودی و همکاران در سال ۲۰۰۸ ارتباط معنی داری بین خشونت علیه زنان در زمان بارداری و وزن کم هنگام تولد مشاهده نشد (۱۱). نظر به عدم وجود توافق بر تأثیر خشونت و سوء مصرف مواد بر وزن کم هنگام تولد و با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایران با سایر مناطق مورد بررسی در جهان و بومی بودن مسأله خشونت خانوادگی و سوء مصرف مواد بر آن شدیم با انجام پژوهشی میزان خشونت علیه زنان، سوء مصرف مواد در زمان بارداری و تأثیر آن‌ها بر وزن کم هنگام تولد و تولد زود هنگام را بررسی نماییم.

روش کار

در این مطالعه گذشته نگر تمامی مادرانی که جهت انجام واکسیناسیون نوزادان خود به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹ مراجعه می‌کردند و معیارهای ورودی را داشتند مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهای

وزن کم هنگام تولد و تولد نوزاد پره ترم از عوامل مؤثر در مرگو میر زیر یک سال می‌باشند (۱). پیشگیری از وزن کم هنگام تولد یک اولویت بهداشتی است (۲). با این حال یافتن راهی برای کاهش و پیشگیری از وزن کم هنگام تولد و تولد نوزاد پره ترم جزء چالش‌های سیستم‌های بهداشتی بوده‌اند (۱). وزن کم هنگام تولد ممکن است به دلیل مشکلات بیولوژیک، رفتاری، اقتصادی، اجتماعی رخ دهد (۲، ۳). یکی از این مشکلات می‌تواند خشونت در زمان بارداری باشد. خشونت در زنان باردار یک مخاطره بالقوه برای مادر و جنین او است (۴). خشونت علیه زنان توسط شریک جنسی مرد به عنوان شایع‌ترین شکل خشونت بر مبنای جنسیت شناخته شده است و یکی از نگرانی‌های عمده اجتماعی است (۵). میزان‌های گزارش شده خشونت علیه زنان بسیار متفاوت هستند، میزان خشونت علیه زنان در کانادا ۶/۶ - ۵/۵٪ گزارش شده است (۲). در ایالات متحده حداقل سالی ۱۴۰۰ زن بر اثر خشونت خانوادگی جان خود را از دست می‌دهند (۶). خشونت در زمان بارداری ممکن است افزایش داشته باشد (۷). برخی مطالعات میزان خشونت علیه زنان در زمان بارداری را ۲۵-۴٪ گزارش کرده‌اند (۸). تجربه خشونت و آزار در زنان باردار نیازمند توجه جدی است (۹). یکی از پیامدهای خشونت در زمان بارداری می‌تواند نتیجه ضعیف بارداری باشد. زنانی که مورد خشونت خانوادگی قرار گرفته‌اند، با احتمال بیشتری در معرض وضعیت‌هایی مانند عفونت‌های منتقله جنسی، خونریزی، افسردگی، اضطراب، مراقبت کم قبل از تولد، سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد، بارداری ناخواسته و وزن‌گیری کم مادر هستند که این‌ها می‌توانند از دلایل بالقوه تولد زودرس و وزن کم هنگام تولد باشند (۵). بین خشونت علیه زنان و افسردگی زنان ارتباط وجود دارد (۱۰)، افسردگی نیز می‌تواند بر پیامد بارداری تأثیرگذار باشد. کم بودن تحصیلات یا تنها زندگی کردن مادر که هر دو می‌توانند با خشونت علیه زنان حامله همراه باشند نیز جزء عوامل خطر وزن کم هنگام تولد شناخته شده‌اند (۴). خشونت علیه مادر می‌تواند به دو صورت مستقیم (بر اثر ترومای مستقیم به شکم) و غیر مستقیم (بر اثر مصرف الکل، مواد مخدر،

مربوط به همسر شامل: سن، اعتیاد، شغل، تحصیلات، میزان درآمد بودند. روایی ابزار پژوهش به روش روایی محتوا تعیین شد، به این شکل که پس از طراحی پرسشنامه در اختیار ۸ نفر از اعضای هیئت علمی گروه های پرستاری و مامایی و دو نفر متخصص بیماری های زنان و زایمان قرار گرفت و پس از اعمال نظرات اصلاحی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی ابزار با استفاده از آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت.

در مورد پرسشنامه خشونت خانوادگی به پاسخ بله نمره ۱ و به پاسخ خیر نمره صفر داده شد و در نهایت مجموع نمرات محاسبه شد. برای خشونت خانوادگی، سوء مصرف مواد، وزن کم هنگام تولد و تولد نوزاد پره ترم و معیارهای فردی از شاخص های پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و فراوانی و درصد استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای اسمی با یکدیگر از آزمون مربع کای و در مواردی که بیش از ۲۵ درصد خانه های جدول فراوانی کمتر از ۵ داشتند از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. همچنین برای تعیین ارتباط بین متغیرهای عددی با یکدیگر از آزمون همبستگی پیرسون و برای تعیین اختلاف بین گروه ها از آزمون های مقایسه میانگین (تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه) استفاده شد. در پایان از رگرسیون لجستیک برای تعیین متغیرهای پیش بینی کننده پیامد ضعیف بارداری استفاده شد. جهت انجام آزمون های آماری از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) استفاده شد. سطح معنی داری در کلیه آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

۲۰۴ نفر (۵۱٪) از شرکت کنندگان در این پژوهش تنها یک فرزند داشتند و بیشترین سهم را به خود اختصاص داده بودند. ۱۸۷ نفر (۴۶/۸٪) افراد اولین زایمان خود را تجربه کرده بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۲۷/۸۵ سال با انحراف معیار ۵/۶۰ سال بود. ۳۲۴ نفر (۸۱٪) شرکت کنندگان خانه دار بودند و دارندگان مدرک دیپلم با ۳۶/۵٪ بیشترین سهم را به خود اختصاص داده بودند. از نظر طول مدت ازدواج افراد حاضر در پژوهش (۱ تا ۳۰ سال)، سابقه ازدواج کمتر از ۱۰ سال (۸۰/۶٪) بیشترین سهم را داشت. ۹۷٪ از شرکت کنندگان از اولین ازدواج

ورود شامل زندگی با همسر، سلامت عقلی و توانایی درک زبان فارسی بودند. نمونه گیری به روش آسان و در مراکز بهداشتی و درمانگاه های دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. به این ترتیب که لیستی از مراکز بهداشتی و درمانگاه ها تهیه و سپس پژوهشگر جهت جمع آوری داده ها به آنجا مراجعه می کرد. تا حد امکان در هر مرکز بهداشتی به مدت یک هفته، مراجعین مورد مصاحبه قرار می گرفتند و پس از یک هفته، ادامه کار در مرکز بهداشتی بعدی پیگیری می شد. بعد از یک دوره کامل گردش در مراکز بهداشتی و درمانگاه ها، مجدداً به مکان های مذکور مراجعه و باقیمانده نمونه تا رسیدن به حجم نمونه کامل انتخاب می شدند. حجم نمونه با توجه به پژوهش های مشابه و با استفاده از فرمول حجم نمونه مطالعات توصیفی مورد محاسبه قرار گرفت و تعداد نمونه ۳۶۸ نفر محاسبه شد. برای جبران موارد ریزش احتمالی و اطمینان بیشتر ۴۰۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند. پوشش واکسیناسیون در کشور ما به نحوی است که اکثر کودکان برای تزریق واکسن توسط مادر مراجعه می کنند، بنابراین یکی از مکان هایی که می توان مادر را در زمان مناسب پس از زایمان ملاقات کرد، مراکز بهداشتی و درمانی می باشند. جهت رعایت محرمانه بودن تحقیق، از درج نام و نام خانوادگی در پرسشنامه ها خودداری شد و پرسشنامه ها توسط پژوهشگر بدون دخالت کارمندان درمانگاه ها تکمیل شد. رضایت شخصی از مادران جهت تکمیل پرسشنامه گرفته شد. سپس با استفاده از کارت تولد کودک وزن هنگام تولد و بر اساس گفته های مادر سن بارداری ثبت شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خشونت خانوادگی بود که توسط سالاری (۱۲) مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۶ سؤال در مورد خشونت های روانی، ۷ سؤال در مورد خشونت جسمی و ۱ سؤال در مورد خشونت جنسی است. از دیگر ابزار پژوهش فرم ثبت اطلاعات بود که توسط پژوهشگر طراحی شده و شامل اطلاعات مربوط به تولد کودک و سؤالاتی از مادر در مورد اطلاعات فردی و مصرف مواد مخدر و سیگار بود. ویژگی های فردی مورد بررسی شامل سن، تعداد فرزندان، تعداد زایمان، شغل، تحصیلات، مدت تأهل، نوع زایمان، محل تولد، محل زندگی، جنس فرزند و ویژگی های

خود صاحب بچه شده بودند. میزان سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیشتر بود (۶۲٪ یعنی ۲۴۸ نفر) و اکثر مادران در بیمارستان های شهری، کودکان خود را به دنیا آورده بودند (۶۲/۳٪). ۵۳/۳٪ افراد شرکت کننده در مطالعه در منزل شخصی ساکن بودند و مساحت منازل اکثر آنان بیش از ۱۰۰ متر بود (۶۰/۳٪). بیشتر زنان شرکت کننده در پژوهش (۶۱/۸٪) صاحب حساب بانکی مستقل نبودند که می تواند نشان دهنده وابستگی مالی به همسرانشان باشد. میانگین سن همسران ۳۱/۷۱ سال با انحراف معیار ۶/۲۶ سال بود. همسران شرکت کنندگان عمدتاً در بخش خصوصی و به صورت شغل آزاد شاغل بودند (۴۶٪) و مدرک تحصیلی بیشتر آنها دیپلم بود (۳۰/۳٪). ۶۶/۳٪ خانواده ها درآمد بالای ۲۵۰ هزار تومان داشتند و تنها ۳/۳٪ مردان در زمان مطالعه همسر دیگری

نیز داشتند و ۶/۸٪ آنان سابقه ازدواج قبلی داشته و از این میان ۶/۵٪ افراد فرزند دیگری از همسر قبلی شان داشتند. ۲۰۵ کودک (۵۱/۳٪) به دنیا آمده پسر بودند. میانگین وزن کودکان ۲/۹۸ کیلوگرم با انحراف معیار ۰/۶۴ بود. میانگین سن ختم بارداری ۳۷/۳۸ هفته با انحراف معیار ۲/۲۴ بود. میانگین دور سر کودکان ۳۴/۴۴ سانتی متر با انحراف معیار ۱/۲۰ و قدشان ۴۹/۰۶ سانتی متر با انحراف معیار ۲/۶۲ بدست آمد. در ۸۰/۵٪ موارد بارداری با برنامه ریزی قبلی بود و در ۹۱/۸٪ موارد جنسیت کودک قبل از تولد مشخص شده و در ۳۶/۲٪ موارد پیش بینی جنسیت کودک بر رفتار همسر تأثیر گذاشته بود. ارتباط بین متغیرهای فردی و پیامد بارداری در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی واحدهای پژوهش و ارتباط آنها با خشونت در زمان بارداری و پیامد

بارداری		نمره خشونت بارداری		متغیر		
زایمان زودرس	وزن کم هنگام تولد	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	درصد	
تعداد (درصد)	آزمون آماری	آزمون آماری	آزمون آماری	تعداد	درصد	
p=۰/۱۰۰	p=۰/۶۲۱	p=۰/۳۰۴	p=۰/۳۰۴	خانه دار	۳۲۴	۸۱
				کارگر	۲	۰/۵
				کارمند	۶۰	۱۵
				سایر	۱۴	۳/۶
p=۰/۱۱۸	p=۰/۸۶۸	p=۰/۰۰	p=۰/۰۰	بی سواد	۲۶	۶/۵
				ابتدائی	۳۱	۷/۸
				راهنمائی	۷۲	۱۸
				دبیرستان	۳	۰/۸
				دیپلم	۱۴۶	۳۶/۷
دانشگاهی	۱۲۰	۳۰/۲				
p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۹۹	p=۰/۰۰	p=۰/۰۰	طبیعی	۱۵۲	۳۸
				سزارین	۲۴۸	۶۲
p=۰/۲۱۳	p=۰/۰۵۷	p=۰/۱۰۹	p=۰/۱۰۹	شهر	۲۴۹	۶۴/۳
				روستا	۱۳۸	۳۵/۷
p=۰/۱۰۲	p=۰/۵۲۴	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۱	بلی	۱۵۳	۳۸/۲
				خیر	۲۴۷	۶۱/۸
p=۰/۱۳۹	p=۰/۳۲۹	p=۰/۰۰	p=۰/۰۰	بیکار	۱۲	۳
				کارگر	۵۰	۱۲/۵
				کارمند	۱۰۱	۲۵/۳
				آزاد	۱۸۴	۴۶
				سایر	۵۳	۱۳/۳

در بین زنان ۰/۳٪ و در بین مردان ۱/۳٪، مصرف قرص اکستازی ۰/۳٪ تنها در بین مردان و حشیش نیز ۰/۵٪ تنها در مردان، مصرف هروئین ۰/۳٪ در زنان و ۰/۵٪ در مردان، مصرف تریاک ۲/۸٪ در زنان و ۱۳/۵٪ در مردان و مصرف ناس ۴٪ در بین مردان (شیوع سوء مصرف مواد و ارتباط آن خشونت بارداری در جدول ۲ آورده شده است.

شیوع مصرف مواد در بین مشارکت کنندگان و همسرانشان به شرح زیر بود: مصرف سیگار در بین زنان ۰/۵٪ و مردان ۳۲٪، مصرف قلیان در زنان ۴/۳٪ و در مردان ۲۷/۸٪، مصرف سیگار به صورت غیر فعال در بین زنان ۲۷٪ و در مردان ۵۱/۵٪، مصرف الکل در بین زنان ۰/۵٪ و در مردان ۱۰/۳٪، مصرف داروهای آرامبخش ۱/۳٪ در بین زنان و ۲/۵٪ در بین مردان، مصرف مسکن

جدول ۲- توزیع مطلق و نسبی فراوانی مصرف مواد مخدر در بین زنان و همسران واحدهای پژوهش و ارتباط آن با خشونت در

زمان بارداری

ماده مخدر	جنس	تعداد (درصد)	نمره خشونت بارداری	
			میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری (تی مستقل)
سیگار	مرد	۱۲۸ (۳۲)	۳/۹۲ (۴/۱۰)	p=۰/۰۰
	زن	۲۷۲ (۶۸)	۱/۶۶ (۲/۷۱)	
قلیان	مرد	۱۱۱ (۲۷/۸)	۶/۵۸ (۴/۱۲)	p=۰/۰۰
	زن	۳۹۸ (۹۹/۵)	۲/۳۹ (۳/۳۹)	
الکل	مرد	۴۱ (۱۰/۳)	۳/۶۰ (۳/۷۷)	p=۰/۰۱۴
	زن	۳۹۸ (۹۹/۵)	۲/۳۸ (۳/۳۹)	
آرامبخش	مرد	۱۰ (۲/۵)	۶/۸۰ (۳/۸۸)	p=۰/۰۰
	زن	۳۹۵ (۹۸/۷)	۲/۲۷ (۳/۳۰)	
تریاک	مرد	۵۴ (۱۳/۵)	۶/۵۷ (۴/۸۰)	p=۰/۰۰
	زن	۳۹۵ (۹۸/۷)	۲/۳۵ (۳/۳۷)	
ناس	مرد	۱۶ (۴)	۶/۳۱ (۵/۷۷)	p=۰/۰۰
	زن	۳۸۴ (۹۶)	۲/۲۲ (۳/۱۶)	

بارداری و ارتباط آنها با پیامد بارداری در جدول ۳ آورده شده است.

میانگین نمره شدت خشونت در زمان بارداری ۲/۳۸ با انحراف معیار ۳/۳۸ بود (سوء مصرف مواد و نمره خشونت

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار نمره خشونت خانوادگی و فراوانی سوء مصرف مواد بر اساس پیامدهای بارداری

		نمره شدت خشونت							فراوانی سوء مصرف مواد در مادر (درصد)	
متغیر	میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری	سیگار	قلیان	سیگاری غیر فعال	الکل	آرامبخش	مسکن	هروئین	تریاک
جنسیت	پسر (۲۰۵)	P=۰/۷۷	(۵)۱	(۴/۹)۱۰	(۲۵/۹)۵۳	(۰)۰	(۱/۵)۳	(-۰/۵)۱	(۰)۰	(۳/۴)۷
کودک	دختر (۱۹۵)		(۵)۱	(۳/۶)۷	(۳۸/۲)۵۵	(۱)۲	(۱)۲	(۰)۰	(-۰/۵)۱	(۲/۱)۴
وزن	کمتر از ۲۵۰۰ گرم (۸۰)	P=۰/۷۷۴	(۰)۰	(۶/۳)۵	(۳۵)۲۸	(۱/۳)۱	(۰)۰	(۱/۳)۱	(۱/۳)۱	(۶/۳)۵
	بیشتر از ۲۵۰۰ گرم (۳۲۰)		(-۰/۶)۲	(۳/۸)۱۲	(۲۵)۸۰	(۰/۳)۱	(۰)۰	(۱/۶)۵	(۰)۰	(۱/۹)۶
سن حاملگی	کمتر از ۳۶ هفته (۱۱۵)	P=۰/۱۶۹	(۱/۷)۲	(۵/۲)۶	(۳۹/۶)۳۴	(۰/۹)۱	(۰)۰	(۰)۰	(-۰/۹)۱	(۴/۳)۵
	بیشتر از ۳۶ هفته (۲۸۵)		.	(۳/۹)۱۱	(۲۶)۷۴	(۰/۴)۱	(۱/۸)۵	(۱/۴)۰	(۰)۰	(۲/۱)۶
حاملگی ناخواسته	خیر (۳۲۰)	P=۰/۰۰	(-۰/۳)۱	(۴) ۱۳	(۳۵/۵)۸۲	(۰/۳)۱	(۱/۲)۴	(-۰/۳)۱	(-۰/۳)۱	(۱/۹)۶
	بلی (۷۸)		(۱/۳)۱	(۵/۱) ۴	(۳۳/۳)۲۶	(۱/۳)۱	(۱/۳)۱	(۰)۰	(۰)۰	(۶/۴)۵
پیش بینی جنس کودک	بلی (۳۶۷)	P=۰/۰۰۲	(-۰/۵)۲	(۳/۸)۱۴	(۳۵/۹)۹۵	(-۰/۳)۱	(-۰/۸)۳	(-۰/۳)۱	(-۰/۳)۱	(۱/۹)۷
	خیر (۳۳)		(۰)۰	(۹/۱) ۳	(۳۹/۴)۱۳	(۳)۱	(۶/۱)۲	(۰)۰	(۰)۰	(۱۲/۱)۴
تاثیر پیش بینی جنس کودک	بلی (۱۲۳)	P=۰/۰۰۹	(۱/۵)۲	(۴/۵) ۶	(۳۸/۶)۳۸	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۲/۳)۳
	خیر (۲۲۴)		(۰)۰	(۳/۴) ۸	(۳۴/۴)۵۷	(-۰/۴)۱	(۱/۳)۳	(-۰/۴)۱	(-۰/۴)۱	(۱/۷)۴

با وجود متفاوت بودن شیوع وزن کم هنگام تولد و تولد زودرس در گروه های مختلف شغل، تحصیلات، نوع زایمان، محل زایمان، شغل همسر و تحصیلات همسر تنها آزمون دقیق فیشرف تفاوت معنی دار را در میزان بالاتر زایمان زودرس در زنانی که سزارین شده بودند نشان داد. هر چند نمره خشونت در مردانی که هر نوع سوء مصرف مواد داشتند بیشتر بود اما در کسانی که سیگار، قلیان، الکل، تریاک و ناس مصرف می کردند آزمون تی مستقل تفاوت معنی دار آماری را نشان داد. خشونت در زنانی که سوء مصرف مواد داشتند بیشتر بود اما در مورد قلیان و تریاک آزمون تی مستقل تفاوت معنی دار آماری را نشان داد.

هر چند خشونت در کسانی که فرزند دختر داشتند بیشتر بود اما این بیشتر بودن از نظر آماری معنی دار نبود. نمره خشونت در کودکان با وزن نرمال بیشتر بود اما از نظر آماری با آزمون تی مستقل تفاوتی مشاهده نشد. نمره خشونت در زنانی که تولد ترم داشتند بیشتر بود اما این تفاوت نیز معنی دار نبود. در کسانی که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند نمره خشونت به مراتب بیشتر بود و آزمون تی مستقل نیز تفاوت معنی دار را نشان داد. در افرادی که جنس کودک مشخص شده بود نمره خشونت بیشتر بود همچنین در زنانی که

آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری بین نمره خشونت در زمان بارداری و سن را نشان نداد اما با رتبه تولد کودک ارتباط منفی داشت ($r = -0/234, p < 0/001$). بیشترین نمره خشونت در گروهی از زنان بیسواد بود و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز اختلاف معنی داری را بین گروه ها نشان داد. هر چند نمره خشونت علیه زنان در مشاغل مختلف متفاوت بود اما آزمون آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معنی داری را نشان نداد. نمره خشونت در زنانی که زایمان طبیعی داشتند بیشتر بود و آزمون تی مستقل نیز تفاوت معنی داری را نشان داد. زنانی که حساب بانکی مستقل داشتند نمره خشونت کمتری را کسب کرده بودند و آزمون تی مستقل نیز تفاوت معنی دار آماری را نشان داد. نمره خشونت در زنان ساکن روستا بیشتر بود اما آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد. بیشترین نمره خشونت در بین مردان کارگران بود و کارمندان کمترین نمره را کسب کرده بودند و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نیز تفاوت آماری معنی داری را بین گروه ها نشان داد. بیشترین نمره خشونت مربوط به مردان بیسواد بود و آنالیز واریانس یک طرفه نیز تفاوت آماری معنی داری را نشان داد.

معتقد بودند تعیین جنس کودک بر خلاف میل همسرشان باعث بد رفتاری شده بود نیز نمره خشونت بالاتر بود و این دو اختلاف با استفاده از آزمون تی مستقل معنی دار بودند. آزمون مربع کای و دقیق فیشر بین انواع مختلف سوء مصرف مواد با جنس کودک و تولد زودرس تفاوتی را نشان ندادند. اما مصرف تریاک توسط مادر با وزن کم هنگام تولد، بارداری برنامه ریزی نشده و افزایش خشونت پس از تشخیص جنسیت کودک با استفاده از آزمون دقیق فیشر ارتباط نشان داد. همچنین آزمون دقیق فیشر بین مصرف الکل و هروئین توسط همسر با وزن کم هنگام تولد ارتباط نشان داد اما با مصرف سایر مواد ارتباطی مشاهده نشد. رگرسیون لجستیک نشان داد که مصرف تریاک در زنان می تواند پیش بینی کننده وزن کم هنگام تولد باشد، همچنین بارداری ناخواسته می تواند عامل پیش بینی کننده تولد زودرس باشد. رگرسیون خطی نشان داد که تحصیلات پایین زن و شغل همسر از عوامل پیش بینی کننده خشونت بالاتر در زمان بارداری هستند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد سوء مصرف مواد در خانواده با افزایش خشونت در طول بارداری همراه است. این نتیجه با نتایج مطالعات قبلی تشابه داشت (۹، ۱۳-۱۵). همچنین سوء مصرف مواد با وزن کم هنگام تولد ارتباط داشت. مطالعات قبلی نیز نشان داده بودند که سوء مصرف مواد با ارتباط ضعیف مادر و کودک همچنین وزن کم هنگام تولد و تولد نوزاد زودرس در ارتباط است (۱۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سوء مصرف مواد به خصوص در مادران، پیش بینی کننده وزن کم هنگام تولد است. با توجه به این که هر روز شاهد تغییر الگوی شیوع اعتیاد به خصوص در زنان هستیم بایستی آموزش لازم در این مورد به جامعه داده شود. کم بودن تعداد سوء مصرف مواد در جامعه مورد بررسی اثر پیش بینی کننده آنها را کم کرده است. مطالعه در جوامع بزرگتر و در شرایط فرهنگی متفاوت می تواند نتایج متفاوتی ارائه نماید.

در مطالعه والدارز و همکاران در سال ۲۰۰۲، ۲۲٪ از مادران با کودکان با وزن کم هنگام تولد تجربه خشونت

در زمان بارداری داشتند و تجربه خشونت در زمان بارداری به عنوان یک فاکتور مستقل بر وزن هنگام تولد شناخته شد (۵). در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۶ که توسط یانگ و همکارانش انجام شد ۱۱/۷۶٪ کودکان که مادرشان در زمان بارداری مورد خشونت قرار گرفته بود با وزن کم به دنیا آمدند و ارتباط معنی داری بین خشونت در زمان بارداری و وزن هنگام تولد مشاهده شد (۴). در مطالعه مزی و همکاران در سال ۱۹۹۷ درصد به دنیا آوردن کودک با وزن کم هنگام تولد در مادران مورد خشونت ۷/۱٪ و در گروه مقابل ۷/۱٪ بود. همچنین میزان تولد کودک پره ترم ۸/۵٪ در گروه اول و ۳/۵٪ در گروه دوم بود، اما با وجود این تفاوت ارتباط معنی داری بین خشونت در زمان بارداری و وزن کم هنگام تولد و تولد زود هنگام مشاهده نشد (۱).

خشونت در زمان بارداری با هیچ یک از متغیرهای اصلی پژوهش (وزن کم هنگام تولد و زایمان زودرس) ارتباطی را نشان نداد که با نتایج برخی مطالعات قبلی هماهنگی داشت (۱). هر چند در مطالعات قبلی این ارتباط به طور مکرر نشان داده شده است (۲-۵، ۷، ۱۱). این مطلب نیازمند بررسی های دقیق تر با طرح بررسی متفاوت و نمونه گیری های بزرگتر است تا بتواند اختلاف کم را به صورت دقیق تری تفکیک نماید. با این حال با توجه به این که برخی پژوهش ها با وجود پیدا نکردن ارتباط معنی دار بین خشونت در زمان بارداری و پیامدهای ضعیف بارداری موفق به کشف ارتباط خشونت با رشد کودک پس از زایمان شده اند (۳)، می توان اینگونه نتیجه گرفت که کودک در شکم مادر به هر شکل نیازهای تغذیه ای خود را برطرف می کند و این مادر است که احتمالاً ضربه بیشتری را تحمل می کند. با این وجود جهت رد یا اثبات این فرضیه نیاز به بررسی های بیشتری می باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خشونت در زمان بارداری با میزان تحصیلات، زایمان طبیعی، داشتن حساب بانکی مستقل، شغل همسر و تحصیلات همسر رابطه دارد. همچنین خشونت در زنان بارداری که بارداری ناخواسته داشتند بیشتر بود، پیش بینی جنسیت کودک بر خشونت تأثیر داشت و در زنانی که جنسیت کودک قبل از تولد مشخص شده بود بیشتر

بود و ۳۶٪ زنان معتقد بودند که تعیین جنسیت کودک و عدم انطباق آن با خواسته همسرشان باعث افزایش خشونت در زمان بارداری می شود. نتایج نشان داد که در زنانی که معتقد بودند تعیین جنسیت کودک بر خلاف خواسته همسرشان باعث افزایش خشونت می شود نمره خشونت در زمان بارداری به طور قابل توجهی بالاتر بود. به نظر می رسد. کم بودن تحصیلات و سطح اقتصادی زن می تواند او را در معرض خطر خشونت بارداری قرار دهد. همچنین وجود تعصبات یا تمایلات در همسر می تواند زمینه ساز ایجاد خشونت خانوادگی شود. با توجه به عدم تفاوت سوء مصرف مواد در کسانی که معتقد بودند با تعیین جنسیت خشونت زیادتر شده است و گروهی که این اعتقاد را نداشتند، به نظر می رسد علت اصلی، هماهنگ نبودن جنسیت کودک با تمایلات همسر باشد. در این مورد نیز انجام آموزشهای عمومی می تواند راه گشا باشد.

در میان متغیرهای مورد بررسی تنها نوع زایمان سزارین با وزن کم هنگام تولد و تولد نوزاد پره ترم ارتباط داشت. این مطلب شاید به دلیل جلو انداختن زمان زایمان انتخابی به دلیل ترس از شروع ناگهانی زایمان طبیعی باشد. این احتمال نیز وجود دارد که افراد تحت سزارین به دلیل مسایل زمینه ای مجبور به ختم بارداری زودتر از موعد شده اند که خود دلیلی بر وزن کم هنگام تولد نیز هست.

منابع

1. Fried LE, Cabral H, Amaro H, Aschengrau A. Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth. *J Midwifery Womens Health* 2008 Nov-Dec;53(6):522-8.
2. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001 May 29;164(11):1567-72.
3. Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol* 1999 Oct 1;150(7):714-26.
4. Yang MS, Ho SY, Chou FH, Chang SJ, Ko YC. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birthweight infants among aborigines in Taiwan. *Public Health* 2006 Jun;120(6):557-62.
5. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2002 Oct;100(4):700-5.
6. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2008 Jun;51(2):385-97.
7. Mezey GC, Bewley S. Domestic violence and pregnancy. *BMJ* 1997 May 3;314(7090):1295.
8. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003 Jul;93(7):1110-6.
9. Amaro H, Fried LE, Cabral H, Zuckerman B. Violence during pregnancy and substance use. *Am J Public Health* 1990 May;80(5):575-9.
10. Taft AJ, Watson LF. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health* 2008;8:75.

بررسی گذشته نگر خشونت و سوء مصرف مواد می تواند زمینه ساز کاهش صحت اطلاعات شود، این امکان وجود دارد که در یک مطالعه پیمایشی زنان باردار از ابتدای بارداری مورد بررسی و مطالعه قرار گیرند. همچنین بسیاری از خشونت ها در زمان بارداری، ریشه در رفتار جنسی افراد دارند که در این مطالعه به دلیل ملاحظات فرهنگی کمتر به آنها پرداخته شد با این وجود راهکارهایی مانند ارسال پرسشنامه به صورت هدفمند و محرمانه وجود دارند که می توان جهت کسب اطلاعات دقیق تر از آنها استفاده کرد.

نتیجه گیری

بین سوء مصرف مواد با پیامد ضعیف بارداری ارتباط وجود دارد، اما خشونت در زمان بارداری با پیامد ضعیف بارداری ارتباطی ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی همکاران مراکز بهداشت شهر کرمان که در این مطالعه ما را یاری دادند تشکر می شود. همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش که بدون همکاری ایشان انجام این مطالعه میسر نبود قدردانی می شود. این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی شماره ۸۸/۲۶ مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد.

11. Audi CA, Correa AM, Latorre Mdo R, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)* 2008 Jan-Feb;84(1):60-7.
12. Salari Z, Nakhaee N. Identifying types of domestic violence and its associated risk factors in a pregnant population in kerman hospitals, iran republic. *Asia Pac J Public Health* 2008;20(1):49-55.
13. Quinlivan JA, Evans SF. Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice. *Arch Womens Ment Health* 2005 Sep;8(3):191-9.
14. Rodrigues DT, Nakano AM. [Domestic violence and drug abuse in pregnancy]. *Rev Bras Enferm.* 2007 Jan-Feb;60(1):77-80. [Article in Portuguese.]
15. Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Inte J Gynecol Obstet* 2006;95(3):254-60.
16. Fried LE, Cabral H, Amaro H, Aschengrau A. Lifetime and during pregnancy experience of violence and the risk of low birth weight and preterm birth. *J Midwifery Women's Health* 2008 Nov-Dec;53(6):522-8.
17. Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Soc Sci Med* 2011 Mar;72(6):867-73.