

خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط

معصومه حسن^{۱*}، مریم کاشانیان^۲، مریم روحی^۳، مریم ویژه^۴ و مریم حسن^۵

چکیده

هدف از این مطالعه، تعیین میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار و علل مرتبط با آن در شهرهای میاندوآب، مهاباد و بناب، با استفاده از برگه‌ی ثبت داده‌ها و پرسشنامه‌ی بررسی خشونت خانگی می‌باشد. این مطالعه‌ی پیمایشی از نوع مقطعی است. نمونه‌های این پژوهش شامل ۱۹۵۰ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاههای بیمارستان‌های شهرهای یاد شده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. یافته‌های شیوع خشونت یاد شده در میاندوآب ۷۸٪، مهاباد ۶۷/۴٪ و بناب ۹۴/۵٪ گزارش گردید. بین اعمال خشونت و متغیرهای (بر حسب شهر) سن ازدواج زن (میاندوآب)، تعداد فرزند (سه شهر)، وضعیت اقتصادی خانواده (میاندوآب و مهاباد)، میزان حمایت خانوادگی زن از وی (سه شهر)، سیگار کشیدن زن (مهاباد و بناب) ارتباطی معنی‌دار نشان داده شد. میزان شیوع خشونت خانگی اعمال شده بر زنان باردار در هر سه شهر به گونه‌ی نسبی بالا بوده که با توجه به علل مرتبط بررسی شده، لازم است با یک برنامه‌ریزی صحیح کاهش یابد.

واژه‌های کلیدی: بارداری، خشونت، شیوع خشونت خانگی و علل مرتبط.

۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد.

۲- جراح و متخصص زنان زایمان (دانشیار)، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۳- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد.

۴- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد.

۵- دانشجوی دکتری تخصصی فارماسیوتیکس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده داروسازی.

*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: masumehhasan @ yahoo

پیشگفتار

خشونت خانگی یک بلای جهانی است که پیکر خانواده و جامعه را تخریب و سلامتی افراد را تهدید می‌کند و شمار بسیاری را مجروح و دچار مشکلات جسمی، جنسی، تولید مثلی و روانی می‌گرداند (سجادی فر، ۱۳۸۱، ص ۱۱). این خشونت در محیط خصوصی رخ می‌دهد و معمولاً زنان، کودکان و دختران قربانیان طراز اول آن بشمار می‌روند (اسفندآبادی و امامی پور، ۱۳۸۲).

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۲) می‌نویسد: خشونت علیه زنان عبارتست از هرگونه رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی، عاطفی یا رنج زنان همراه می‌گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، سلب مطلق اختیار یا آزادی صورت گرفته و در جمع و یا خفا رخ دهد (کلانی؛ ۱۳۸۸؛ ص ۲۷).

خشونت به صورت‌های جسمی، جنسی و عاطفی علیه زنان مشاهده می‌شود. همسر آزاری شامل بد رفتاری علیه طرف مقابل (همسر) در هر نوع رابطه‌ی نزدیک و صمیمی با اوست. در روابط زناشویی بد رفتاری با همسر مشکل جدی است که می‌تواند قطعاً تاثیر اساسی بر سلامت جسمی و روانی زن و خانواده و در نهایت جامعه داشته باشد (کاظمی نوایی، ۱۳۸۴، ص ۶).

خشونت خانگی طیفی گسترده از زنان را در مراحل گوناگون زندگی دربر می‌گیرد. بیش از یک سوم زنان مراجعه‌کننده به سیستم‌های بهداشتی درمانی که مورد خشونت خانگی قرار گرفته‌اند، حامله می‌اشند (ریکودرز و رایس^۲، ۲۰۰۲) زیرا شانس زنان باردار برای خشونت خانگی بالا بوده است، لذا این زنان باید به وسیله‌ی سیستم‌های بهداشتی درمانی از نظر خشونت خانگی با دقت فراوانی مورد غربالگری واقع شوند (بارزلاتو^۳، ۱۹۹۸).

در کشورهای توسعه‌یافته، حدود ۲۸٪ زنان ابراز می‌کنند دست‌کم یک‌بار مورد خشونت جسمی در طول زندگی مشترکشان از طرف همسر قرار گرفته‌اند و این آمار در کشورهای در حال توسعه از ۱۸٪ تا ۶۷٪ متغیر است (خرم نصیر و هیدر^۴، ۲۰۰۳).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۷ اعلام کرد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در یک بررسی سراسری انجام شده در ایران، حدود ۶۵٪ بوده است (کلانی، به نقل از وزارت بهداشت، ۱۳۸۸). شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار در تهران ۶۰/۶٪ بوده که شامل خشونت عاطفی (۶۰٪)، خشونت جسمی (۱۴/۶٪) و خشونت جنسی (۲۳/۵٪) می‌باشد (جهانفر، شایسته، ۱۳۸۳).

^۱ -World Health Organization (WHO)

^۲ -Records.&Rice

^۳ -Barzelatto

^۴ -Khurram Nasir, Adnan A.Hyder

از مهم‌ترین علل خشونت در خانواده می‌توان به موردهای زیر اشاره کرد: شغل و درآمد پایین خانواده، محل بزرگ شدن و زندگی زن و شوهر (پازکی زاده، به نقل از تایبر و تدمن^۱، ۱۳۸۹)؛ اعتیاد و محکومیت کیفری همسر (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۲)؛ حمایت ناکافی خانواده‌ی زن از وی، ندادن جهیزیه‌ی مناسب به عروس، نوع مذهب همسر (ناود و پرسن^۲، ۲۰۰۸، ص ۱) و سیگار کشیدن زن (کارااوغلو و همکاران^۳، ۲۰۰۵).

خشونت خانگی در دوران بارداری با خطرات شدیدی جهت مادر و جنین او همراه است که از مهم‌ترین این خطرات می‌توان به زایمان زودرس، بستری شدن‌های پی در پی مادر در بیمارستان به علل گوناگون (مارچانت و همکاران^۴، ۲۰۰۱)، مرده زایی و سقط (آوری، ام^۵، ۲۰۰۳)، عفونت‌های دستگاه ادراری و عفونت‌های مزمن داخل لگنی (مارشا و هیدر^۶، ۲۰۰۴) اشاره کرد.

در نهایت به گفته‌ی سازمان عفو بین الملل، خشونت علیه زنان در خانواده بیش از ابتلا به سرطان و تصادفات جاده‌ای عامل مرگ و یا معلولیت جسمانی زنان در گروه‌های سنی ۱۶ تا ۴۴ سال است، ولی از آن جایی که بیش‌تر زنان ایرانی حاضر نیستند خشونت خانگی را به پلیس گزارش دهند یا نیروی قضایی به شکایات در این زمینه ترتیب اثر نمی‌دهد و آن‌ها را موضوعی خصوصی قلمداد می‌کند، آمار خشونت‌های خانگی بویژه در دوران بارداری دقیق و بازتاب‌کننده‌ی واقعیات نیست (پازکی زاده، به نقل از تایبر و تدمن، ۱۳۸۹) و با توجه به شواهد فراوان بنظر می‌رسد که به احتمال زیاد، شمار زیادی از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی ارایه‌کننده‌ی خدمات دوران حاملگی قربانیان خشونت هستند و دچار پیامدها و عوارض ناشی از آن می‌شوند که قطعاً تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامت، بهداشت و اقتصاد خانواده و جامعه می‌گذارد.

یکی از مهم‌ترین دلایل رویکرد نگارنده به مطالعه‌ی این موضوع، مشاهدات مستقیم و پی در پی آثار خشونت در مورد زنان باردار و عوارض ناشی از آن در درمانگاهها و بیمارستان‌های مراکز خدمت در شهرهای گوناگون بوده است. امید است نتایج این پژوهش بتواند با تعیین شیوع خشونت علیه زنان باردار و علل مرتبط با آن جهت ارایه‌ی راه کارهایی مناسب برای پیشگیری و مبارزه با اعمال خشونت آمیز علیه زنان بکار رود.

¹ -Tiber & Tedman

² -Naved & Persson

³ - Karaoglu L et.al

⁴ -Marchant et.al

⁵ -Avery M

⁶ -Heather Maclean & Marsha

ادبیات پژوهش

ناود و پرسون (۲۰۰۸) در گزارشی از سازمان بهداشت جهانی، وضعیت خشونت علیه زنان در سنین باروری را در چند کشور مختلف آسیایی بررسی نموده و گزارش کردند که: در بنگلادش چنانچه مادر یا مادر شوهر یک زن باردار در گذشته متحمل اعمال خشونت آمیز از طرف همسر خود بوده، احتمال این که او نیز دچار این چنین وضعیتی در دوران بارداری خود شود، بسیار افزایش می‌یابد. هم‌چنین، این مطالعه نشان داد که سن زیر ۱۹ سال زن، تحصیلات پایین مرد، جهیزیه‌ی ناکافی زن و کم بودن حمایت خانواده‌ی زن از وی، احتمال افزایش خشونت علیه او را افزایش می‌دهد.

کاراوغلو و همکارانش (۲۰۰۵) در مطالعه‌ی مقطعی خود در مورد زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت واقع در مالاتیای ترکیه نشان دادند که خشونت عاطفی شایع‌ترین نوع خشونت اعمال شده علیه زنان باردار بوده و پس از آن، خشونت‌های جسمی و جنسی قرار داشتند. سیگار کشیدن مداوم زن، حاملگی ناخواسته، درآمد کم خانواده و در نیمه‌ی دوم حاملگی قرار گرفتن زن، از علل مهم تحت خشونت قرار گرفتن زن در دوران بارداری بوده است.

کاظمی نوایی (۱۳۸۴) در بررسی خود در مورد زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران (جهت سقط و یا زایمان) متوجه گردید که بیش‌تر خشونت‌های اعمال شده روی آن‌ها از نوع خفیف بوده و با بالا رفتن تعداد فرزندان و عدم علاقه کنونی زن به همسرش، میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار افزایش یافته است.

فراری اودی^۱ (۲۰۰۸) در بررسی خود در مورد ۱۳۷۹ زن باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های "پره ناتال"^۲ وابسته به سیستم بهداشتی برزیل واقع در جنوب شرقی این کشور، نشان داد که بی‌کار بودن شوهر همراه با تحصیلات کم، سرپرست خانوار بودن زن باردار و تحت خشونت قرار گرفتن زن در دوران کودکی‌اش از علل مرتبط با اعمال خشونت خانگی علیه آنان بوده است.

صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۵) در بررسی توصیفی-تحلیلی که با روش نمونه‌گیری در دسترس روی ۱۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان "شهر کرد" انجام دادند، شیوع همسر آزاری را ۶۷/۵٪ گزارش نمودند که شامل خشونت روحی ۵۱/۷٪، خشونت جسمی ۳۴/۵٪ و جنسی ۱۳/۸٪ بودند. این خشونت با سطح اقتصادی پایین خانواده، اعتیاد زن به سیگار، الکل و مواد مخدر ارتباطی معنی‌دار داشت.

^۱ - Ferrari Audi & Celen

^۲ - Prenatal

چهارچوب نظری

موضوع و محور اصلی این مطالعه، بررسی خشونت خانگی می‌باشد. برای تشریح این مسئله به لحاظ نظری، با نگرشی به علل خشونت علیه زنان با تاکید بر زنان باردار به بررسی دیدگاههای برخی صاحب نظران در این امر پرداخته می‌شود.

خشونت خانگی در تمام دوران‌های زندگی یک زن می‌تواند رخ دهد، اما از آنجایی که رخدادهای دوران بارداری یک زن حساسیت و فراگیری زیادی دارد و در صورت بروز و یا تداوم خشونت علیه او پیامدهای وخیمی برای زن، جنین، خانواده و جامعه به بار می‌آید، نشان دادن واکنش در قبال آن امری ضروری است، اما برای این که واکنش‌ها مؤثر و متناسب باشند، تشخیص علل بروز خشونت امری بسیار مهم است (معظمی، ۱۳۸۰).

برای توجیه خشونت در خانواده نظریه‌های متعددی عنوان شده است که در این بررسی نظریه‌های زیر بکار برده شده است:

۱- **نظریه‌ی یادگیری اجتماعی:** بنابراین نظریه، رفتار هم از راه تقلید (تقلید رفتار اعضای خانواده و دیگران) و هم از راه تجربه‌های مستقیم فرا گرفته می‌شود. دختران کوچک از همان ابتدا یاد می‌گیرند که نقش جنسیتی زنان پایین‌تر از مردان بوده و زنان همیشه به مردان وابسته اند. با این حال، آن‌ها می‌آموزند که در مقام زن برای دفاع از خود در مقابل خشونت، امکانات محدودی دارند. پسران نیز نقش‌های جنسیتی خود، یعنی نقش مرد بزرگسال را فرا می‌گیرند و متوجه می‌شوند که مردان و پسران برتر از زنان هستند و می‌توانند زنان را تحت نظارت و سلطه قرار دهند و در صورت بروز هرکاستی از طرف زن، او را به هر نحو که یاد گرفته‌اند مورد خشونت قرار دهند (اعزازی، ۱۳۸۰).

۲- **نظریه‌ی سیستمی:** در این دیدگاه، خانواده به صورت یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که دارای مرزهای باز یا بسته یا قابل نفوذ است. مبادله در این سیستم به صورت بازخورد مثبت یا منفی صورت می‌گیرد و اهداف نهفته در نظام بر بازخورد تأثیر دارند. برای مثال ممکن است خشونت در جهت دستیابی به هدف یا بقای نظام وسیله‌ای مؤثر باشد. بازخوردهای مثبت سبب افزایش رفتارهای خشونت آمیز و بازخوردهای منفی باعث کاهش آن می‌شوند (اعزازی، ۱۳۸۰). آسیب شناسان بر این باورند که افزایش پدیده‌ی همسرآزاری که در برخی موارد به همسرکشی می‌انجامد، همگام با رشد نابسامانی‌های اقتصادی (گرانی و کاهش قدرت خرید مردم)، فرهنگی (ماهواره‌ها و جراید) و اجتماعی (اعتیاد زنان و طلاق والدین)، امری انکارناپذیر است (عرب، ۱۳۸۳).

۳- **نظریه‌ی نظارت اجتماعی:** این نظریه بر وجود جرم و رفتار خشونت آمیز در انسان، چه دارای انگیزه‌های درونی باشد و چه از راه عوامل محیطی بوجود آید، تأکید می‌ورزد. آنچه در این نظریه مد نظر است، دو اصل است که افراد برای رسیدن به هدفی یا دست‌یابی به اقتدار در برابر دیگران به استفاده از زور و قدرت تمایل دارند. اصل دوم این است که نظارت اجتماعی به مثابه‌ی مانعی در سر راه اقتدار و خشونت قرار می‌گیرد زیرا از آن‌جا که انسان، بدون وجود تنگناهای اجتماعی، به جرم، جنایت و رفتار نا به‌هنجار تمایل دارد، جامعه باید ساز و کار (مکانیسم) نظارت بر آن‌ها را بوجود آورد (معظمی، ۱۳۸۳).

۴- **نظریه‌ی کارکرد گرایی و منابع قدرت:** بر اساس این نظریه‌ها در خانواده بر خلاف سایر گروه‌ها، سلسله مراتب بر اساس تخصص به صلاحیت و لیاقت مرتب نمی‌گردد بلکه بر اساس جنسیت، سن و قدرت اقتصادی تنظیم می‌شود که البته، بیش‌تر قدرت اقتصادی و منابع مالی در دست مردان بوده و از لحاظ سنی نیز بزرگ‌تر از زنان می‌باشند. وجود عدم تناسب‌ها در این گروه ناهمگون سبب بوجود آمدن تضادهای آشکار و پنهان می‌شود. این تضادها، ویژگی‌ها و کارکردهای مناسب خانوادگی را از بین می‌برد. رفع تضادهای خانوادگی با استفاده از وسایل قدرت و در مواردی از راه خشونت امکان پذیر می‌گردد (اعزازی، ۱۳۸۰؛ مرکز امور مشارکت زنان، ۱۳۸۰).

۵- **نظریه‌ی ساختار اجتماعی (تنش - تضاد):** بر اساس نظریه‌ی ساختار اجتماعی، فشارها و تنش‌های موجود در خانواده‌ها به گونه‌ی نامتناسب پخش شده‌اند. افرادی که در خانه‌های کوچک زندگی می‌کنند، درآمد کافی ندارند و تعداد فرزندان آنان زیاد است، بیماری و مشکلات خانوادگی زیادی دارند و تحت تأثیر تنش‌های موقعیتی متعددی قرار می‌گیرند. هر چه وقایع یا موقعیت‌های تنش آفرینی که خانواده را تهدید می‌کند، بیش‌تر باشد، احتمال بروز خشونت نیز در آن خانواده بیش‌تر خواهد شد، اما نمی‌توان فرض را بر این گذاشت که همیشه موقعیت‌های تنش‌زا به خشونت می‌انجامد زیرا احتمال بروز چنین رفتاری زمانی بیش‌تر می‌شود که فرد خشن از راه مشاهده و یا کسب تجربه به این نتیجه برسد که اعمال خشونت پاسخی مناسب به موقعیت‌های تعارضی است. افزون بر این، او باید به مشروعیت چنین رفتاری باور داشته باشد و گمان برد که در اثر استفاده از خشونت، تقویت مثبتی که برای او بوجود می‌آید، بیش‌تر خواهد شد (اعزازی، ۱۳۸۰، ص ۷۳ و ۷۴).
روی هم رفته، عامل‌های زمینه ساز خشونت و همسر آزاری در حاملگی به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱- **نبود ثبات اجتماعی:** خود شامل عامل‌هایی به این شرح است: زنان طلاق گرفته یا زنانی که جدا از همسر خود زندگی می‌کنند، میزان کم تحصیلات یا عدم اشتغال به کار، سن کم در هنگام ازدواج و حاملگی ناخواسته.

۲- سبک زندگی ناسالم: شامل عواملی مانند: تغذیه‌ی نامناسب، سوء مصرف الکل، دخانیات و داروهای غیر مجاز و مشکلات عاطفی به علل گوناگون می‌شود.

۳- مشکلات سلامت جسمی: شامل عواملی مانند: بیماری‌های طبی حاد و مزمن و کاربرد داروهای نسخه‌ای می‌باشد (کانینگهام و همکاران^۱، ۲۰۰۷)

در این بخش براساس دیدگاهها و نظریه‌های مطرح شده، به برخی علل بروز خشونت علیه زنان باردار اشاره گردید که امید است با شناسایی گسترده‌تر این علل و معرفی آنان گامی موثر در جهت کاهش این معضل اجتماعی رو به رشد برداشته شود.

پرسش‌های پژوهش

- ۱- شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب چند درصد است؟
- ۲- شیوع انواع خشونت خانگی (جسمی، عاطفی و جنسی) علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب چند درصد است؟
- ۳- علل مرتبط (سن ازدواج زن، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان حمایت خانواده‌ی زن از او، سیگار کشیدن زن و طلاق والدین زن) با ایراد خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب کدامند؟

روش پژوهش

این مطالعه‌ی بنیادی از نوع مقطعی بوده و روش آن توصیفی - تحلیلی و از نوع همبستگی انتخاب شده است. چنانچه واحد مورد پژوهش به یکی از موارد پرسشنامه‌ی خشونت پاسخ مثبت می‌داد، در گروه "خشونت دیده" قرار می‌گرفت.

جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان ایرانی و مسلمان واقع در سنین ۱۸ تا ۳۵ سال می‌باشد که در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۹ به زایشگاه‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب (جهت سقط و یا زایمان) مراجعه کرده‌اند.

^۱ -Cunningham et.al

نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه‌های مورد مطالعه به صورت نمونه‌گیری در دسترس از زنان باردار معرف جامعه‌ی پژوهش که جهت سقط یا زایمان به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای میاندوآب، مهاباد و بناب مراجعه می‌کردند، انتخاب شدند. حجم نمونه‌های پژوهش ۱۹۵۰ نفر بود که با توجه به پیش‌زمینه‌ی مساوی بودن جمعیت شهرهای نامبرده، از هر شهر تعداد ۶۵۰ نفر به عنوان نمونه، منتخب شدند. داده‌های بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از: ۱) فرم ثبت داده‌های زن شامل: سن ازدواج زن، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان حمایت خانوادگی زن از وی، سیگار کشیدن زن و طلاق والدین زن ۲) پرسشنامه‌ی بررسی خشونت خانگی خودساخته برگرفته شده از مقاله‌ها، کتاب‌ها و پایان‌نامه‌های مرتبط که با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران همگون سازی شده بود. اعتبار علمی این ابزارها به روش اعتبار محتوی، با نظر خواهی دوازده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه (دانشکده‌ی پرستاری مامایی و دانشکده‌ی روان‌شناسی) سنجیده شد و اعتماد (پایایی) آن از روش ارزیابی آزمون مجدد در ۲۰ نمونه، خارج از موردهای مورد مطالعه تکمیل گردید که با ضریب همبستگی ۰/۹۰٪ دارای پایایی مطلوب بوده است. برگه‌ی ثبت خشونت مشتمل بر ۶۰ پرسش بوده که جهت غربالگری خشونت خانگی (۱۵ پرسش آن در رابطه با آزار جسمی، ۴۰ پرسش مربوط به آزار عاطفی و ۵ پرسش مربوط به آزار جنسی) در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

پرسش نخست: شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب چند درصد است؟

جدول ۱ - توزیع فراوانی وقوع خشونت خانگی و عدم وقوع خشونت خانگی

خشونت خانگی	تعداد	درصد
خشونت دیده	۱۵۵۹	۷۹/۹۴
خشونت ندیده	۳۹۱	۲۰/۰۵

جمع	۱۹۵۰	۱۰۰
در مجموع سه شهر میاندوآب، مهاباد و بناب ۷۹/۹۴ درصد زنان در دوران بارداری خود مورد دست‌کم یکی از انواع خشونت خانگی قرار گرفته بودند و تنها ۲۰/۰۵ درصد از آن‌ها هیچ یک از انواع خشونت خانگی را در این دوران دریافت نکرده بودند.		

جدول ۲- توزیع فراوانی وقوع خشونت خانگی و عدم وقوع خشونت خانگی در شهرهای میاندوآب، مهاباد و بناب

شهر	خشونت دیده	خشونت ندیده	کای دو	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
میاندوآب	٪ ۷۸	٪ ۲۲			
مهاباد	٪ ۶۷/۴	٪ ۳۲/۶	۱/۵۰۹	۲	* ۰/۰۰۱
بناب	٪ ۹۴/۵*	٪ ۵/۵			

بیش‌ترین شیوع خشونت خانگی در شهر بناب رخ داده است. بین وقوع خشونت خانگی و شهر محل زندگی زن ارتباطی معنی‌دار وجود دارد.

پرسش دوم: شیوع انواع خشونت خانگی (جسمی، عاطفی و جنسی) علیه زنان باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب چند درصد است؟

جدول ۳- ارتباط وقوع انواع خشونت خانگی در زنان باردار با شهر محل سکونت آن‌ها

نوع خشونت	میاندوآب	مهاباد	بناب	کای دو	درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری
-----------	----------	--------	------	--------	--------------	---------------

خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط

جسمی	٪۱۲/۲	٪۲۲/۳	* ٪۳۴/۹	۹۴/۱۳۹	۲	* ۰/۰۰۱
عاطفی	٪۷/۲	* ٪۸/۳	٪۸/۱	۰/۹۲۸	۲	۰/۶۲۹
جنسی	* ٪۱۳/۸	٪۸/۶	٪۱/۵	۶۷/۳۹۱	۲	* ۰/۰۰۱

بیشترین شیوع خشونت جسمی در شهر بناب (٪۳۴/۹)، خشونت عاطفی در شهر مهاباد (٪۸/۳) و خشونت جنسی در شهر میاندوآب (٪۱۳/۸) می‌باشد. بین وقوع خشونت جسمی و جنسی و شهر محل زندگی زن ارتباطی معنی‌داری وجود دارد.

پرسش سوم: علل مرتبط (سن ازدواج زن، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی خانواده، میزان حمایت خانواده زن از او، سیگار کشیدن زن و طلاق والدین زن) با ایراد خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه‌های بیمارستان‌های شهرهای مهاباد، میاندوآب و بناب کدامند؟

جدول ۴ - ارتباط وقوع خشونت خانگی در زنان باردار با سن ازدواج زن

سن ازدواج زن	میاندوآب	مهاباد	بناب
خشونت دیده	خشونت ندیده	خشونت دیده	خشونت ندیده
۹۶/۶*	۱/۴	* ۶۷/۸	۱۱/۱
۲۱-۲۶	* ۹۴/۴	* ۱۴/۸	* ۵۸/۳
≥۲۷	۱۳/۴	۱۷/۴	۳۰/۶
کای دو	۳۳/۵۴۱	۵/۹۵	۳/۰۲
درجه‌ی آزادی	۲	۲	۲
سطح معنی‌داری	* ۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۴۴

بیشترین درصد اعمال خشونت خانگی در مورد زنان حامله در هر سه شهر میاندوآب، مهاباد و بناب در زنانی که سن ازدواج آن‌ها کم‌تر از ۲۰ سال بوده، به ترتیب ٪۶۹/۶، ٪۶۷/۸ و ٪۵۸/۸ رخ داده و در گروه خشونت ندیده نیز بیشترین درصد زنان در میاندوآب، مهاباد و بناب دارای سن ازدواج ۲۶-۲۱ سال به ترتیب ٪۹۴/۴، ٪۶۸/۹ و ٪۵۸/۳ بودند. آزمون‌های آماری، اختلافی معنی‌دار

فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال اول، شماره‌ی چهارم، زمستان ۱۳۸۹ ۸۷

را بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده و عامل سن زن در هنگام ازدواج در شهر میاندوآب نشان می‌دهند.

جدول ۵- ارتباط وقوع خشونت خانگی در زنان باردار با تعداد فرزندان

بناب		مهاباد		میاندوآب		تعداد فرزندان
خشونت ندیده	خشونت دیده	خشونت ندیده	خشونت دیده	خشونت ندیده	خشونت دیده	
۵۸/۲ *	۲۸/۷	۸۶/۳ *	۳۷/۹	۷۹/۷ *	۲۸/۴	≤۲
۴۱/۸	۶۱/۲ *	۹	۵۳/۹ *	۱۶/۱	۵۴/۴ *	۳-۴
۰	۱۰/۱	۴/۷	۸/۲	۴/۲	۱۷/۲	≥۵
۲۵/۹۰۳		۶۱/۳۹۴		۳۳/۵۲۸		کای دو
۳		۳		۳		درجه‌ی آزادی
۰/۰۰۱ *		۰/۰۰۱ *		۰/۰۰۱ *		سطح معنی‌داری

بیش‌ترین درصد اعمال خشونت خانگی در مورد زنان حامله در هر سه شهر میاندوآب، مهاباد و بناب در زنانی که دارای ۳-۴ فرزند زنده بوده، به ترتیب ۵۴/۴٪، ۵۳/۹٪ و ۶۱/۲٪ رخ داده است و بیش‌ترین درصد زنان در گروه خشونت ندیده در هر سه شهر به ترتیب ۷۹/۷٪، ۸۶/۳٪ و ۵۸/۲٪ دارای کم‌تر و یا مساوی دو فرزند زنده بودند. آزمون‌های آماری اختلافی معنی‌داری را بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده و عامل تعداد فرزند زنده در هر سه شهر نشان می‌دهند.

جدول ۶- ارتباط وقوع خشونت خانگی در زنان باردار با وضعیت اقتصادی خانواده

بناب		مهاباد		میاندوآب		وضعیت اقتصادی خانواده
خشونت	خشونت دیده	خشونت ندیده	خشونت دیده	خشونت	خشونت	

خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط

ندیده	ندیده	ندیده	ندیده	ندیده	دیده	
۶۱/۱ *	۱۰/۷	۸۶/۴ *	۱۱/۶	۸۳/۹ *	۱۱/۸	مطلوب
۳۶/۱	۴۸/۴ *	۱۲/۷	۳۳/۱	۹/۸	۳۷/۷	تاحدودی
						مطلوب
۲/۸	۴۰/۹	۰/۹	۵۵/۳ *	۶/۳	۵۰/۵ *	نامطلوب
۶/۴۸۲		۶۳/۵۵۰		۵۲/۲۶۵		کای دو
۲		۲		۲		درجه‌ی آزادی
۰/۰۳		۰/۰۰۱ *		۰/۰۰۱ *		سطح
						معنی‌داری

بیش‌ترین درصد اعمال خشونت خانگی در مورد زنان حامله در شهرهای میاندوآب و مهاباد در خانواده‌هایی با سطح اقتصادی نامطلوب به ترتیب ۵۰/۵٪ و ۵۵/۳٪ و در بناب در خانواده‌هایی با سطح اقتصادی تا حدودی مطلوب (۴۸/۴٪) رخ داده بود و بیش‌ترین درصد زنان در گروه خشونت ندیده در هر سه شهر به ترتیب ۸۳/۹٪، ۸۶/۴٪ و ۶۱/۱٪ دارای وضعیت اقتصادی مطلوب بودند. آزمون‌های آماری اختلافی معنی‌دار را بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده و عامل وضعیت اقتصادی خانواده در دو شهر میاندوآب و مهاباد نشان می‌دهند.

جدول ۷- ارتباط وقوع خشونت خانگی در زنان باردار با میزان حمایت خانواده زن از او

بناب	مهاباد	میاندوآب	حمایت خانوادگی زن
خشونت ندیده	خشونت ندیده	خشونت ندیده	خشونت دیده
۵/۶	۲۸/۲	۶۲/۶ *	۱۸/۳
۹۴/۴ *	۳۴/۲	۲۸/۶	۳۴/۳
۰	۳۷/۶ *	۸/۸	۴۷/۴ *
۵۲/۸۸۴	۱/۱۱۶	۳۳/۰۴	کای دو
۲	۲	۲	درجه‌ی آزادی
۰/۰۰۰ *	۰/۰۰۰ *	۰/۰۰۰ *	سطح معنی‌داری

در گروه زنان خشونت‌دیده، در طی بارداری ۴۷/۴٪ در میاندوآب، ۳۷/۷٪ درصد در مهاباد و ۳۷/۶٪ در بناب حمایت ناکافی خانواده از خود را ابراز می‌کردند در حالی‌که در گروه خشونت ندیده در شهرهای میاندوآب و مهاباد به ترتیب ۶۷/۸٪ و ۶۲/۶٪ از زنان، حمایت کافی و در بناب ۹۴/۴٪ زنان حمایت نسبتاً کافی خانواده‌ی خود را بیان می‌کردند. آزمون‌های آماری اختلافی معنی‌دار را

خشونت خانگی علیه زنان باردار: شیوع و علل مرتبط

ندیده	دیده	ندیده	دیده	ندیده	دیده	
۰	۳/۶	۷/۵	۵/۷	۳/۵	۳/۶	بله
۱۰۰	۹۶/۴	۹۲/۵	۹۴/۳	۹۶/۵	۹۶/۴	خیر
۱/۳۳		۰/۸۱۸		۰/۳۳۲		کای دو
۱		۱		۱		درجه‌ی آزادی
۰/۲۴		۰/۳		۰/۹۷۵		سطح معنی‌داری

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که در شهرهای مهاباد و بناب به مانند نتایج بدست آمده از پژوهش کاظمی نوایی (۱۳۸۴)، در شهر تهران ارتباطی معنی‌دار بین سن ازدواج زن و خشونت علیه او در زمان بارداری وجود ندارد، ولی خسروی زادگان (۱۳۸۰) در استان بوشهر ارتباطی معنی‌دار را بین سن ازدواج زن و خشونت علیه او در دوران بارداری نشان داد؛ به گونه‌ای که با افزایش سن زن در زمان ازدواج، شدت و میزان خشونت علیه او کاهش می‌یافت (خسروی زادگان، ۱۳۸۰) که این نتیجه به مانند معنی‌دار بودن ارتباط بین سن ازدواج زن و خشونت علیه او در شهر میاندوآب، در این پژوهش است. این تفاوت‌ها می‌تواند مربوط به میانگین سن ازدواج زنان باشد که در شهرهای گوناگون با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و پایین یا بالا بودن سن ازدواج دختران در آن شهرها، نتایج گوناگونی را بدست می‌دهد.

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بیش‌ترین درصد افراد خشونت‌دیده در هر سه شهر مورد بررسی، تعداد بیش‌تری فرزند زنده نسبت به گروه مقابل داشتند و آزمون آماری کای دو نشان داد که بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده از نظر تعداد فرزندان، تفاوتی معنی‌دار در هر سه شهرو وجود دارد که این نتایج با یافته‌های بگرضایی (۱۳۸۲) در ایلام مشابه است. اعزازی (۱۳۸۰) می‌نویسند: در خانواده‌های پر جمعیت و زنان با حاملگی‌های پشت سر هم، شیوع سوء رفتارها روی زن در حاملگی افزایش می‌یابد (اعزازی، ۱۳۸۰).

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بیش‌ترین شیوع خشونت خانگی در مورد زنان باردار در شهر بناب گزارش شده است و در ادامه، بر اساس یافته‌های جدول ۳ مشخص گردید که از میان انواع خشونت خانگی، بیش‌ترین درصد خشونت جسمی در بناب، بیش‌ترین درصد خشونت جنسی در میاندوآب و بیش‌ترین شیوع خشونت عاطفی در مهاباد بوده است. در مقایسه‌ی زنان در دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده که با استفاده از آزمون کای دو انجام گرفت، مشخص گردید که بین دو گروه در رابطه با شهر محل سکونت زن اختلافی معنی‌داری وجود دارد و هم‌چنین، بین خشونت

جسمی و جنسی و شهر محل زندگی زن ارتباطی معنی‌دار نشان داده شده است. کوکر و همکاران^۱ (۲۰۰۴) می‌نویسند: "شیوع خشونت خانگی و انواع آن با توجه به جمعیت مورد مطالعه، فرهنگ آن جامعه، ابزار غربالگری مورد استفاده، زمان و روش‌های پژوهش متفاوت است". در شهرهای میاندوآب ۳/۶٪، مهاباد ۵/۷٪ و بناب ۳/۶٪ زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، ابراز می‌کردند که پدر و مادرشان از هم جدا شده‌اند در حالی که این امر در گروه مقابل به ترتیب شهرها عبارت بودند از: ۳/۵٪، ۷/۵٪ و ۰٪. آزمون‌های آماری اختلافی معنی‌دار را بین دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده و عامل جدایی پدر و مادر زن در هیچ کدام از شهرها نشان نمی‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

جدول ۱ نشان می‌دهد که شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار در سه شهر میاندوآب، مهاباد و بناب ۷۹/۹۴٪ بوده است. در بررسی کاظمی نوایی (۱۳۸۴) در شهر تهران، شیوع خشونت یاد شده ۶۰/۸٪ گزارش گردید (کاظمی نوایی، ۱۳۸۴). کلانی (۱۳۸۸) به نقل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شیوع خشونت خانگی علیه زنان را در ایران ۶۵٪ اعلام کرد (کلانی، ۱۳۸۸). یافته‌های جدول ۶ نشان داد که بیش‌ترین درصد افراد خشونت دیده در میاندوآب و مهاباد دارای وضعیت اقتصادی نامطلوب بوده و در بناب دارای وضعیت اقتصادی تاحدودی مطلوب و در گروه مقابل، در هر سه شهر بیش‌ترین درصد افراد، دارای خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی مطلوب بودند. آزمون‌های آماری کای دو اختلافی معنی‌دار را بین دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی خانواده در شهرهای میاندوآب و مهاباد نشان می‌دهند. (جانسن و همکاران^۲، ۲۰۰۳)، (خسروی زادگان، ۱۳۸۰)، (آوری، ۲۰۰۳)، (ناود و پرسون، ۲۰۰۸) و (کاراوغلو و همکاران، ۲۰۰۵) نتایج یاد شده را تایید می‌کنند و گزارش می‌دهند که بین خشونت خانگی علیه زن باردار و فقر خانواده ارتباطی معنی‌دار وجود دارد.

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که به مانند نتایج پژوهش ناود و پرسون (۲۰۰۸) در بنگلادش، میزان بیش‌تری از خشونت خانگی علیه زنان بارداری که حمایت کمی از طرف خانواده‌ی خود دریافت می‌کنند، اعمال می‌شود (ناود و پرسون، ۲۰۰۸). بیش‌ترین درصد افراد خشونت دیده در هر سه شهر میاندوآب، مهاباد و بناب میزان حمایت ناکافی از خانواده‌ی خود در زندگی مشترکشان را

^۱ - Cooker et.al

^۲ -Jonson B., et al

داشتند و آزمون آماری کای دو ارتباطی معنی‌دار بین اعمال خشونت علیه زن و میزان حمایت خانواده‌ی زن از وی را در هر سه شهر نشان می‌دهد.

یافته‌های جدول ۸ نشان می‌دهد که درصد بیش‌تری از زنان باردار در گروه خشونت دیده نسبت به گروه مقابل، در دوران بارداری خود سیگار کشیده‌اند و آزمون آماری کای دو ارتباطی معنی‌دار بین سیگار کشیدن زن و خشونت علیه وی را در شهرهای مهاباد و بناب نشان می‌دهد. کاراوغلو و همکاران (۲۰۰۵)، آوری (۲۰۰۰) و مارشا (۲۰۰۴) نیز در مطالعاتشان بین سیگار کشیدن زن در دوران بارداری و خشونت خانگی علیه وی ارتباطی معنی‌دار را نشان دادند. آوری (۲۰۰۳) در ادامه‌ی بحث سیگار کشیدن و خشونت می‌افزاید: در مادران سیگاری ممکن است به علت عصبانیت‌های ناشی از سیگار کشیدن (زیان‌های آن) چاشنی خشونت علیه آن‌ها افزایش یابد یا در اثر خشونت‌های زیاد و استرس‌های ناشی از آن، به ساز و کارهای سازگاری منفی از جمله سیگار کشیدن روی بیاورند (آوری، ۲۰۰۳).

یافته‌های جدول ۹ نشان می‌دهد که تقریباً درصد بیش‌تری از زنان مورد خشونت واقع شده نسبت به گروه مقابل، فرزند طلاق بوده‌اند، ولی ارتباط آماری معنی‌داری بین طلاق والدین زن با خشونت خانگی در هر سه شهر وجود نداشت.

طلاق والدین عاملی خطری است که در دوره‌ی بزرگسالی کودکان مشکلات متعددی همچون مشکلات روانی، افزایش مشکلات زناشویی و احتمال طلاق در زندگی آینده را در آن‌ها بوجود می‌آورد. کودکانی که در معرض الگوی ضعیف روابط بین فردی در والدین خود بوده‌اند، ممکن است در برقراری روابط با ثبات و راضی کننده در بزرگسالی دچار مشکل شوند (محمدی زادگان، ۱۳۸۰، به نقل از آما^۱). هم‌چنین، پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که آسیب پذیری دخترها در مقابل طلاق والدین می‌تواند به صورت بروز پرخاشگری، اضطراب، افسردگی، نگرانی، گوشه‌گیری و یا بیش از حد مبادی آداب بودن باشد (پازکی زاده، ۱۳۸۹، به نقل از تاپیر و تدمن).

منابع

- ۱- آما^۱، پ. ۱۳۸۰. پیامدهای طلاق برای کودکان و بزرگسالان. ترجمه مهناز محمدی زادگان. تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- ۲- اعزازی، ش. ۱۳۸۰. جامعه شناسی خانواده، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- ۳- اعزازی، ش. ۱۳۸۰. خشونت خانوادگی (زنان کتک خورده)، تهران: نشر سالمی.

^۱ -Amatue

- ۴- بگرضایی، پ. ۱۳۸۲. بررسی عوامل موثر بر میزان خشونت مردان علیه زنان در خانواده مطالعه‌ی موردی شهرستان ایلام. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۵- مرکز امور مشارکت زنان دفتر ریاست جمهوری، معاونت امور اجتماعی و توسعه مشارکت ها. ۱۳۸۰. خشونت علیه زنان و اقدامات مرکز مشارکت زنان در راستای محو آن، تهران: مرکز امور مشارکت زنان دفتر ریاست جمهوری.
- ۶- تایبر، الف، تدمن، ت. ۱۳۷۷. بچه‌های طلاق، تهران: نشر اوحدی. پاروکی زاده، م. ۱۳۸۹. www.jamejamonline.ir
- ۷- جهانفر، ش. و همکاران. ۱۳۸۳. شیوع همسر آزاری در دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۸- خسروی زادگان، ف. ۱۳۸۶. ارزیابی ابعاد روانی و دموگرافیک خشونت خانگی بر علیه زنان در استان بوشهر. دوفصلنامه طب جنوب. جلد ۲۰، شماره ۱. ص ۷۵-۸۰.
- ۹- سازمان جهانی بهداشت. ۱۳۸۰. خشونت علیه زنان، ترجمه شهرام رفیعی فر و سعید پارسا نیا. تهران: نشر تندیس.
- ۱۰- سجادی فرم، ظ. قاسم پور، م. محمد حسینی، م. ۱۳۸۱. بررسی فراوانی خشونت فیزیکی علیه زنان در طی مدت بارداری و رابطه‌ی آن با پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی در خانم‌های باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۰-۸۱. رساله دکتری، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۱۱- شمس اسفند آباد، ح. امامی پور، س. ۱۳۸۲. بررسی میزان رواج همسر آزاری و عوامل موثر بر آن. فصلنامه پژوهش زنان، ۵ (۱): ۵۹-۸۲.
- ۱۲- صالحی، ش. مهرعلیان، ح. ۱۳۸۵. بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهرستان شهرکرد، سال ۱۳۸۲." فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. دوره ۸، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵، ۷۷-۷۲.
- ۱۳- عرب، ز. ۱۳۸۳. شکنجه گاهی به نام خانه، ویژه نامه هفتگی حوادث و اسباب های اجتماعی تپش جام جم ف ص ۸ و ۹.
- ۱۴- کاظمی نوایی، ا. ۱۳۸۴. بررسی پیامدهای خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده پرستاری مامایی.
- ۱۵- کلانی، ز. و همکاران. ۱۳۸۸. کنترل رفتارهای پرخطر در روابط زناشویی: ارزیابی و مداخله. طلوع بهداشت، سال هشتم - شماره سوم و چهارم - یزد.

- 16- Avery, M. 2003. Physical violence against pregnant women in North Carolina: 1997-2000. State Center for Health Statistics. Available from URL: [http:// www.schs.state.nc.us/SCHS/](http://www.schs.state.nc.us/SCHS/).
- 17- Barzelatto, J. 1998. understanding sexual and reproductive violence: an overview. *International journal of gynecology and obstetrics*. 63(1):13-18.
- 18- Cooker, A., sanderson, M. and Dong, B. 2004. Partner Violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcome. *Pediatrics and prenatal epidemiology*. (18):260- 269.
- 19- Cunningham, G. Gant, N. Leveno, K. and Ginsrap, I. 2007. *Williams Obstetrics*, Mcgrow hill.
- 20- Ferrari Audi, C.A., Segall –Correa, A., Santiago, M. 2008. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saúde publica*, 42 (5).
- 21- Hedin, L. Johnson, P. 2000 Domestic Violence during pregnancy the prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta obstet gynecol scand*. (79): 625-630
- 22- Jonson, B., etal. 2000. *Woman’s health care*. Hand book. 1st ed. Philadelphia: Hanley & -Belfus.34-56
- 23- Karaoglu, L., and Celbis, O. 2005. Physical, emotional and sexual violence during pregnancy in malatya, turkey. *European journal of public health*, vpl.16, no. 2,149-15
- 24- Khurram Nasir, A. and Hyder, A. 2003. Violence against pregnant women in developing countries. *European Journal of Public Health*, 13,105-107
- 25- Marchant, S., Davidson, I., and Garcia, J. 2001. addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery*, 17(3): 164-170.
- 26- Marsha, M., Cohen, H. M. 2004. Violence against Canadian women. *BMC Women Health*. 2004; 4 suppl 1; S22. 25.doi:10.1186/1472-6874-4-S1-S22. Available from *PupMed Central*.
- 27- Naved, T., and Persson, A. 2008. Factors associated with physical spousal abused of wome dering pregnancy in Bangeladesh. *International Family Planning Prespectives*, 34(2):71-78.
- 28- Records, K., and Rice, M. 2002. childbearing experiences of abuse Hispanic women. *Jorrnal of midwifery and women’s health* , 47(2): 97- 103.
- 29- World Health Organization. 2002. *World report on violace and health* , Geneva: Krug E. etal