

## بدرفتاری همسر و کیفیت زندگی زنان متأهل

مریم قراچه<sup>۱</sup>، شهذخت آزادی<sup>۲</sup> و دکتر اردشیر افراسیابی<sup>۳</sup>

هدف پژوهش حاضر، تعیین ارتباط بدرفتاری همسر با کیفیت زندگی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی است. بدین منظور، ۱۰۰۰ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر گچساران، به شیوه ی در دسترس انتخاب شدند و از نظر بدرفتاری از سوی همسر و کیفیت زندگی، مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج، نشان داد که کیفیت زندگی ۴۶/۱ درصد از زنان شرکت کننده که مورد بدرفتاری همسر قرار گرفته بودند، در مقایسه با زنانی که مورد بدرفتاری واقع نشده بودند، پایین تر بود.

**واژه های کلیدی:** خشونت، بدرفتاری همسر، کیفیت زندگی زنان

### مقدمه

بدرفتاری همسر، یک بحران سلامت عمومی است که با تأثیرات فوری و دراز مدت بر سلامت زنان همراه است (دیکر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). این معضل، به عنوان علت عمده ی صدمات جسمی بیماری های روانی، پیامدهای نامطلوب بارداری و بهداشت روان، بیش از آنکه یک موضوع آشکار بهداشتی باشد، یک اپیدمی مخفی پایدار است (رولنز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). زنان، تحت بدرفتاری همسر، در مقایسه با زنان بدون تجربه ی بدرفتاری، علایم جسمی بیشتری از قبیل سردرد ناراحتی های ژنیکولوژیک؛ مانند دیس منوره و دیس پارونی (مقاربت دردناک)، بیماری های خاص نظیر سندرم روده ی تحریک پذیر، آرتريت و وضعیت های منجر به بستری را گزارش کرده اند (وایتبرگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر علایم جسمی، علایم روان شناختی مانند افسردگی (تیواری<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) اضطراب، استرس پس از حادثه، خودکشی، مصرف مواد و

۱. دانشجوی دکتری مامایی دانشگاه تهران و مربی دانشگاه آزاد واحد گچساران gharacheh.m@gmail.com

۲. مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

الکل نیز ناشی از بدرفتاری گزارش شده است (ماتود<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). این عواقب ممکن است با وضعیت سلامت ضعیف، کیفیت زندگی نامطلوب و استفاده ی زیاد از خدمات بهداشتی، ظاهر شود (ایبرهادگران<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). به طور کلی خشونت، ظرفیت زنان را برای شرکت در زندگی شغلی، اجتماعی و خانوادگی کاهش می دهد (دیاپ سی دیپ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶، هیگارتی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و باعث ابتلا به بیماری ها و مرگ و میر قابل توجهی در زنان واقع در سنین باروری می شود (هیگارتی و همکاران، ۲۰۱۰).

بدرفتاری و خشونت همسر، در مقایسه با سایر شرایطی که سلامت زنان را تحت تاثیر قرار می دهد موضوعی نسبتا شایع است (وایتنبرگ و همکاران، ۲۰۰۷). بر اساس گزارش های منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، شیوع بدرفتاری اعم از جسمی، روانی و جنسی از ۱۵ تا ۷۱ درصد متغیر بوده است (گارسامارنو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ هیگارتی و همکاران، ۲۰۱۰). یافته های مطالعه ی انجام شده در ۲۸ مرکز استان در ایران نیز، بیانگر این واقعیت است که زنان متأهل در ۶۶ درصد خانواده های مورد مطالعه، حداقل یک بار از ابتدای شروع زندگی مشترک، خشونت و بدرفتاری از سوی همسر را تجربه کرده اند (بلالی میسوی و حسنی، ۱۳۸۸). علی رغم شایع بودن خشونت و بدرفتاری همسر، برنامه های غربالگری و پیشگیرانه ی مثرثمری در زمینه ی ارایه ی مراقبت های بهداشتی، کاربردی نشده اند (لیموز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ بانسل<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). یک دلیل عمده ی این موضوع، عدم وجود ابزار سودمند به منظور ارزیابی تاثیر مداخلات و خدمات ارایه شده است. سنجش کیفیت زندگی در این مورد، ممکن است شیوه ی مناسبی به منظور بررسی کارایی مداخلات مربوط به بدرفتاری در زنان قربانی خشونت و بدرفتاری همسر باشد (لونگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). سنجش کیفیت زندگی، علاوه بر اینکه کارکنان بهداشتی را از اثرات بالقوه ی بدرفتاری آگاه می کند (مک دانل<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) می تواند در طراحی، اجرا و ارزشیابی اقدامات بهداشتی، پیشگیری از بدرفتاری، متناسب با زمینه های اجتماعی و فرهنگی، سودمند باشد (مک دانل و همکاران، ۲۰۰۵؛ وایتنبرگ و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه بدرفتاری همسر به تنهایی می تواند بر زندگی زنان اثرات منفی داشته باشد اما بعضی از زنان ممکن است با بکارگیری منابع

1. Matud  
2. Eberhard- Gran  
3. Diop- Sidibe

4. Hegarty  
5. Garcia- Moreno  
6. Limbos

7. Bansal  
8. Leung  
9. McDonnell

موجود و اتخاذ راهبردهای مناسب، دوره ی خشونت و بدرفتاری و پیامد های آن را محدود سازند (فاوا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). از طرف دیگر، شناسایی زنان مستعد بدرفتاری و دارای عوامل بالقوه ی کاهش دهنده ی کیفیت زندگی، می تواند به عنوان هدف اصلی نهادها و کانون حمایت های اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، موثر واقع گردد (مک دانل و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، این موضوع به طور کامل در میان زنان قربانی بدرفتاری همسر مورد بررسی قرار نگرفته است (لونگ و همکاران، ۲۰۰۵) و مطالعات بدرفتاری همسر به بررسی مشکلات پزشکی و اجتماعی خاصی محدود شده اند و در زمینه ی اثر بدرفتاری همسر بر کیفیت زندگی زنان و ابعاد مختلف آن اطلاعات کافی در دسترس نیست (وایتبرگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ لونگ و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین یافته های گزارش شده در بین جوامع و فرهنگ های مختلف در این زمینه، متناقض است (وایتبرگ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین مطالعه ی حاضر، با هدف تعیین ارتباط بدرفتاری همسر با کیفیت زندگی زنان متاهل انجام شده است.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش، یک مطالعه ی تحلیلی مقطعی است که جامعه ی مورد پژوهش آن را زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر گچساران تشکیل می دهد. از این جامعه بر اساس نمونه های در دسترس، ۱۰۰۰ نفر انتخاب شد که معیار های ورود به این تحقیق شامل دامنه ی سنی ۱۸-۴۵ سال و عدم ابتلا به بیماری های شناخته شده ی جسمی و روانی بود. این نمونه ها، پس از توضیح اهداف مطالعه، به صورت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند و بر محرمانه بودن اطلاعات جمع آوری شده و نیز استفاده از آن ها در راستای هدف مطالعه، تاکید شد.

## ابزار

پرسشنامه ی بدرفتاری: این پرسشنامه، دارای دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی (۱۰ سوال) و بخش بدرفتاری (۳۵ سوال) است. پرسشنامه ی سنجش بدرفتاری، پرسشنامه ای محقق ساخته است که در سه حیطه ی جسمی (۱۳ سوال) جنسی (۷ سوال) و عاطفی (۱۵ سوال) تهیه شده است. این پرسشنامه بر گرفته از چند پرسشنامه ی دیگر در پژوهش های بررسی خشونت خانگی در ۲۸ استان

کشور بود (امینی، ۱۳۸۳؛ فرامرزى و همکاران، ۲۰۰۵؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵). ضریب پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد و اعتبار این پرسشنامه نیز به شیوه ی اعتبار ملاکی مورد تایید قرار گرفته است.

پرسشنامه ی خلاصه شده ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسشنامه، دارای ۲۶ سوال در چهار بعد جسمی (۷ سوال) روانی- عاطفی (۶ سوال) اجتماعی (۳ سوال) و محیطی (۸ سوال) است و همچنین، دو سوال در مورد رضایت کلی از زندگی دارد. امتیازهای هر یک از سوال ها، بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای ۱-۵ محاسبه می شود. در پایان، مجموع کل نمره های این پرسشنامه، به صورت ۱۰۰-۰ در نظر گرفته می شود که بر حسب امتیازهای کسب شده، کیفیت زندگی آن ها در یکی از سه گروه نامطلوب (۰-۳۳/۳) متوسط (۳۳/۴-۶۶/۳) و مطلوب (۶۶/۴-۱۰۰) قرار می گیرد. ضریب آلفای کرونباخ مربوط به پرسشنامه ی کیفیت زندگی، برابر ۰/۸۶ محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار این پرسشنامه نیز توسط پژوهش های مختلف داخل و خارج از کشور مورد تایید واقع شده است.

### یافته ها

در جدول ۱، مولفه های دموگرافیک آزمودنی ها ارایه شده است. از ۱۰۰۰ زن مورد مطالعه، ۴۶۱ نفر (۴۶/۱ درصد) از بدرفتاری همسر شکایت کردند که از این میان ۴۳/۸ درصد زنان، بدرفتاری عاطفی- روانی، ۱۸/۷ درصد بدرفتاری جنسی و ۱۴/۶ درصد بدرفتاری جسمی را تجربه کرده بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان تحت بدرفتاری همسر (۴۶۱ نفر) و عدم بدرفتاری همسر (۵۳۹ نفر)

#### بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	عدم بدرفتاری	بدرفتاری	آلفا
سن مادر	۲۸±۶/۱	۲۷/۹±۶/۵	p<۰/۰۶
سن همسر	۳۱/۹±۶/۲	۳۱/۷±۶/۵	p<۰/۰۶
تحصیلات زن	۳۳۷(٪۶۲/۵)	۲۲۹(٪۴۹/۷)	p<۰/۰۰۰۱
تحصیلات مرد	۳۲۰(٪۶۱/۲)	۲۵۲(٪۵۴/۷)	p<۰/۰۰۰۱
شغل زن	۴۶۷(٪۸۶/۶)	۴۲۰(٪۹۱/۱)	p<۰/۰۰۲
شغل همسر	۵۳۱(٪۹۸/۵)	۴۲۸(٪۹۲/۸)	p<۰/۰۰۰۱
درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار	(۱۶۲)٪۳۰/۱	p<۰/۰۰۰۱

مقایسه ی مشخصات جمعیت شناختی، نشان می دهد که این دو گروه از لحاظ متغیر هایی چون تحصیلات، شغل زن و همسر و درآمد، تفاوت معنی داری داشته اند.

مقایسه ی کیفیت زندگی در دو گروه، نشان می دهد که میانگین نمره های ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان تحت بدرفتاری همسر، در مقایسه با زنان گروه عدم بدرفتاری همسر، به طرز معناداری پایین تر بوده است. در بعد فیزیکی، اکثر زنان تحت بدرفتاری، کیفیت زندگی متوسطی داشتند (۶۰/۷ درصد) و اکثر زنان در گروه عدم بدرفتاری، از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند (۵۲/۸ درصد). در بعد روانی، کیفیت زندگی بیشتر زنان در هر دو گروه، تحت بدرفتاری (۷۳/۵ درصد) و عدم بدرفتاری (۶۷ درصد) در حد متوسط بود.

در بعد اجتماعی نیز کیفیت زندگی اکثر زنان در هر دو گروه تحت بدرفتاری (۸۵ درصد) و عدم بدرفتاری (۵۸/۳ درصد) در حد متوسط بود. در بعد محیطی، کیفیت زندگی بیشتر زنان، تحت بدرفتاری (۵۲/۸ درصد) در حد متوسط بود در حالی که بیشتر زنان گروه عدم بدرفتاری (۷۲/۲ درصد) از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند. کیفیت زندگی کلی در اکثر زنان تحت بدرفتاری (۷۳/۳ درصد) در حد متوسط و در اکثر زنان گروه، عدم بدرفتاری (۵۱/۷ درصد) در حد مطلوب گزارش شده است. در تمامی ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت بین دو گروه به لحاظ آماری معنی دار بود ( $p < 0.0001$ ). (جدول، ۲).

جدول ۲: مقایسه ی ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه تحت بدرفتاری همسر و عدم بدرفتاری همسر

ابعاد مختلف کیفیت زندگی	گروه زنان		بدرفتاری همسر		عدم بدرفتاری همسر		سطح معنی داری
	میانگین		انحراف		میانگین		
	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	
بعد فیزیکی	۲۱/۵	۵/۵	۲۵/۷	۵/۵	۲۵/۷	۵/۵	$p < 0.0001$
بعد روانی	۱۷	۳/۶	۲۰/۸	۳/۶	۲۰/۸	۴/۱	$p < 0.0001$
بعد اجتماعی	۹	۱/۷	۱۰/۹	۱/۷	۱۰/۹	۱/۹	$p < 0.0001$
بعد محیطی	۲۴/۴	۶	۳۰	۶	۳۰	۵/۱	$p < 0.0001$
کیفیت کلی زندگی	۷۸/۷	۱۵/۱	۹۵/۱	۱۵/۱	۹۵/۱	۱۵/۱	$p < 0.0001$

### بحث و نتیجه گیری

یافته های بدست آمده از مطالعه ی حاضر، نشان داد که کیفیت کلی زندگی زنانی که بدرفتاری همسر را تجربه کرده بودند در مقایسه با زنان مشابه که فاقد بدرفتاری همسر بودند، در وضعیت پایین تری قرار دارد و مقایسه ی میانگین نمره ها به صورت کلی و هر حیطه به طور جداگانه در دو گروه معنی دار بوده است.

بررسی انجام شده توسط لونگ و همکاران (۲۰۰۵) و مک دانل و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد زنان تحت بدرفتاری همسر، نسبت به زنان بدون سابقه ی بدرفتاری در تمامی ابعاد فیزیکی، روانی اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی، دارای نمره های پایین تری هستند اما در مطالعه ی وایتبرگ و همکاران (۲۰۰۷) فقط بعد روانی کیفیت زندگی در زنان تحت بدرفتاری کاهش یافته بود.

ابرها و گارن و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که بدرفتاری، باعث اثرات جسمی و روانی طولانی مدت بر سلامت شده و به کاهش کیفیت زندگی منجر می شود. علاوه بر این، عواقب بهداشتی همراه با بدرفتاری همسر نیز کیفیت زندگی زنان را متاثر می سازد (اکوینو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در این مطالعه، بعد فیزیکی کیفیت زندگی در زنان تحت بدرفتاری در مقایسه با زنان بدون بدرفتاری کاهش یافته بود. الساکر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) گزارش کرده اند در زنان که میزان ناتوانی بیشتری دارند، خطر بروز بدرفتاری افزایش می یابد. این زنان در انجام فعالیت های روزمره، دچار مشکلات بیشتری هستند و علایمی چون سردرد، تهوع، تپش قلب و تنگی نفس را بیشتر از سایرین گزارش می کنند (ماهاراج<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بدرفتاری، سبب اختلال در عملکرد زنان شده و به بروز افسردگی، اضطراب، مشکل در نگهداری از خود و دشواری در راه رفتن و ترک منزل منجر می شود (کوارتینی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). این امر می تواند کسب نمره های پایین تر سلامت جسمی را در آنها توجیه کند (الساکر و همکاران، ۲۰۰۹) اگر چه که مشکلات سلامت روانی، به طور کامل اثر خشونت را بر سلامت جسمانی توجیه نمی کند و شاید مکانیسم های دیگری درگیر این موضوع باشد. در معرض خشونت واقع شدن، یک حادثه ی استرس زاست. استرس حاد یا مزمن، سبب افزایش استعداد ابتلا به بیماری ها می شود. البته، مکانیسم های دقیق آن ناشناخته است اما مشخص شده که استرس سیستم عصبی اتونوم، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، سیستم قلبی عروقی

1. Aquino  
2. Alsaker

3. Maharaj  
4. Quaratini

متابولیک و سیستم ایمنی را تحت تاثیر قرار می دهد. پژوهش ها مشخص می کند که یک حادثه ی دردناک ممکن است اثرات پایداری بر پاسخ به درد یا ادراک درد داشته باشد. بنابراین، ممکن است خشونت با افزایش هوشیاری به علایم سوماتیک منجر شود (ایبرهاردگران و همکاران، ۲۰۰۷). در این مطالعه علی رغم اینکه بعد روانی کیفیت زندگی هر دو گروه تحت بدرفتاری و عدم بدرفتاری در حد متوسط بود اما این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار بود. بر اساس نظر اداواتاتو<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) بدرفتاری همسر با ادراک منفی زنان و مشکلات سلامت روان، همراه است. بدرفتاری به اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی زن لطمه می زند و به افسردگی (تیواری و همکاران، ۲۰۰۸) و مقصر دانستن خود، احساس خشم و اضطراب منجر می شود. این زنان، درگیر یک رابطه ی غیر موثر بوده و فاقد مهارت های لازم در حل مشکل اند (کارن لیوس و ریزن کویی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). از سوی دیگر عواملی نظیر درآمد پایین خانواده که در افراد تحت بدرفتاری شایع تر است خود از عوامل خطر سلامت روانی است (تیواری و همکاران، ۲۰۰۸).

در بعد اجتماعی و محیطی نیز کیفیت زندگی در زنان تحت بدرفتاری، کاهش یافته بود. مشکلات روانی همراه با بدرفتاری، ممکن است با ناتوانی در عملکرد اجتماعی و شغلی همراه باشد (کوارتینی و همکاران، ۲۰۰۹). بدرفتاری همسر باعث کاهش مشارکت و میزان بهره وری زنان در فعالیت های اجتماعی و اقتصادی شده و کیفیت زندگی آنان را کاهش می دهد (دیپ سی دیپ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، با عملکرد سلامتی ضعیف همراه است (عباس زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

در این مطالعه، بدرفتاری عاطفی- روانی از سایر انواع بدرفتاری، شایع تر بود. به نظر می رسد که الگوی خشونت همسر بیشتر محدود به بدرفتاری عاطفی و کلامی یا تهدید به خشونت جسمی باشد (لونگ و همکاران، ۲۰۰۵). در اکثر پژوهش ها، بدرفتاری عاطفی- روانی از بیشترین میزان شیوع به شمار می رود (بلالی میسوی و حسنی، ۱۳۸۸؛ فرامرزی و همکاران، ۲۰۰۵). هر چند پایین بودن سن زنان و همسران آن ها از مشخصات زنان تحت بدرفتاری است (بلالی میسوی و حسنی، ۱۳۸۸، ماهاراج و همکاران، ۲۰۱۰) اما در این مطالعه، سن زنان و همسران آنها، تفاوت معنی داری بین دو گروه نشان نداد. تحصیلات و شغل زن و همسر وی و میزان درآمد خانواده بین دو گروه، تفاوت معناداری داشت. تحصیلات، شغل و میزان درآمد خانواده از عواملی است که هم با بروز بدرفتاری

1. Adeodato

2. Cornelius &amp; Ressenguie

مرتبط است (بلالی میسوی و حسنی، ۱۳۸۸) و هم کیفیت زندگی زنان را تحت تاثیر قرار می دهد (عباس زاده و همکاران، ۱۳۸۸). زوجین تحصیل کرده، آگاهی و توانمندی بیشتری در بکارگیری مهارت های زندگی دارند و این موضوع، بروز بدرفتاری را در خانواده کاهش می دهد (بلالی میسوی و حسنی، ۱۳۸۸). شاغل بودن نیز باعث افزایش استقلال و خود کارآمدی اقتصادی، احساس امنیت ارتباطات اجتماعی و اعتماد به نفس بالا می شود. الساکر و همکاران (۲۰۰۹) بیان نموده اند که بدرفتاری عاطفی - روانی به میزان بیشتری در بین زنان غیر شاغل بروز می کند. از سوی دیگر کیفیت کلی زندگی در بین زنان شاغل تحت بدرفتاری، پایین تر است زیرا این زنان بیش از سایرین احساس کسالت و بیماری را گزارش نموده و مجبور به ترک محل کار خود می شوند.

گرچه این مطالعه، از حجم نمونه ی بالاتر و میزان پاسخدهی بیشتری نسبت به مطالعه های پیشین برخوردار بود اما مهمترین محدودیت این مطالعه، عدم بررسی اثرات شدت بدرفتاری بر کیفیت زندگی زنان بود. بدرفتاری در شدت های مختلف، ممکن است آثار متفاوتی بر کیفیت زندگی زنان داشته باشد که جهت درک آن به بررسی های بیشتری نیاز است. هر چند قوت ارتباط بین بدرفتاری و کیفیت زندگی بر اساس میزان فراوانی و شدت بدرفتاری متغیر است اما یافته های این مطالعه به یک معضل واقعی اشاره دارد که نیاز به توجه ی هر چه بیشتر است. از آنجا که الگوی بدرفتاری همسر بیشتر محدود به بدرفتاری غیر جسمی است اما مداخله و غربالگری علیه بدرفتاری همسر همچنان باید مد نظر قرار گیرد و از آنجا که بدرفتاری همسر می تواند از جنبه های مختلف سلامت زنان را به مخاطره اندازد، بنابراین توجه و مقابله با این معضل و پیشگیری از طریق مشاوره و آموزش مهارت های زندگی جهت کنار آمدن با چالش ها و مشکلات زندگی، می تواند در بهبود کیفیت زندگی زنان موثر باشد.

### سپاسگزاری

مقاله ی حاضر، بخشی از نتایج طرح مصوب پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران به شماره ۵۱۴۹۱۸۸۰۹۱۹۰۰۱ مورخ ۱۳۸۸/۹/۲۵ می باشد که بدینوسیله مراتب سپاس خود را از ریاست و معاونت محترم پژوهشی آن دانشگاه اعلام می داریم. از مسوولین دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی گچساران که در جمع آوری داده ها ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می شود.

### References

- Abas Zadeh, F., et al. (2009). Life quality in pregnant women. *Attendance and Midwife College Journal of Tehran*, 10(1), 41-48. (Persian).

- Adeodato, V. G. (2005). Quality of life and depression in women abused by their partners. *Rev Saude Publica*, 39(1), 108-113.
- Alsaker, K., et al. (2009). Employment, experiences of intimate partner violence, and health related quality of life. *Journal of Psychology and Counseling*, 1(4), 60-63.
- Amini, S. (2004). Severity against women. *Culture and Research*, 165, 3-7.
- Aquino, N. M. et al. (2009). Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women. *Revista Saude Publica*, 43(16), 954-960.
- Bansal, S. K., Park, E., & Edwardsen, E. A. (2008). Medical inquiry for intimate partner violence as reported by women in a shelter. *Journal of Emergency Medicine*, 34(3), 345-347.
- Belaly Meybodi, F., & Hassani, M. (2009). Redundancy severity against women with her husbands in Kerman city. *Iran Psychiatry and Clinic Psychology Journal*, 15(3), 300-307. (Persian).
- Cornelius, T. L., & Ressenguie, N. (2007). Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of literatures. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 364-375.
- Decker, M. R., et al. (2008). Intimate partner violence and sexually transmitted disease symptoms in a national sample of married Bangladeshi women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100, 18-23.
- Diop-Sidibe, N., Campbell, J. C., & Becker, S. (2006). Domestic violence against women in Egypt-wife beating and health outcome. *Social Science and Medicine*, 62, 1260-1277.
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668-1673.
- Faramarzi, M., Esmailzadeh, S., & Mousavi, S. (2005). Prevalence and determinants partner violence in Babol city, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(5), 870-879. (Persian).
- Foa, E. B., et al. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Truama, Violence & abuse*, 1(1), 67-91.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Hegarty, K. L., et al. (2010). Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: A cluster randomized controlled trial (Weave). *BMC Public Health*, 2(10), 2.

- Leung, T. W., et al. (2005). Quality of life of victims of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90, 258-262.
- Limbos, M. A., et al. (2007). Effectiveness of interventions to prevent youth violence. *The American Journal of Preventive Medicine*, 33(1), 65-74.
- Maharaj, R. G., et al. (2010). Abuse and mental disorder among women at walk-in clinics in Trinidad: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 30, 11-26.
- Matud, M. P. (2007). Dating violence and domestic violence. *Journal of Adolescent Health*, 40, 295-297.
- Mc Millan, H. L., et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings. *Jama*, 302(5), 493-501.
- Mc Donnell, K. A., et al. (2005). Abuse, HIV status and health-related quality of life among a sample of HIV positive and HIV negative low income women. *Quality of Life Research*, 14, 945-957.
- Quaratini, L. C. (2009). Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, 31(2), 66-76.
- Roelens, K., et al. (2007). Disclosure and health seeking behavior following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(1), 37-42.
- Tiwari, A., et al. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 115, 377-384.
- W.H.O. (1998). Development of world health organization. WHOQOL-BREF. Quality of life assessment. *Psychology Medical*, 28, 551-558.
- Wittenberg, E., et al. (2005). The utility of intimate partner violence: Impact on health related quality of life. Abstract of Academy Health Meet. 22, abstract no: 3422.
- Wittenberg, E., Joshi, M., & Thomas, K. A. (2007). Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: A qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(5), 67-73.