

بررسی وضعیت بهداشت باروری زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز

کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۳۸۹

گوهر محمدی^۱، صدیقه امیرعلی اکبری^{۲*}، دکتر علی رمضانخانی^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. عضو هیأت علمی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: نظر به مشکلات و تبعات ناشی از خشونت علیه زنان و کم بودن اطلاعات در زمینه بهداشت باروری زنان با تجربه خشونت، این پژوهش به منظور تعیین وضعیت بهداشت باروری زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، وضعیت بهداشت باروری ۶۹ زن با تجربه حداقل یک نوع خشونت (عاطفی، جسمی یا جنسی) از ۷۵ زن آسیب پذیر مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب به روش غیر احتمالی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مطالعه به وسیله پرسشنامه ۵ قسمتی (دموگرافیک، بهداشت باروری، عملکرد جنسی، رفتار جنسی و خشونت) به روش مصاحبه جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن زنان (۹/۶) ۳۴/۳ سال بود و ۳۷/۷٪ آنها مطلقه بودند. میانگین سن ازدواج (۲/۵) ۱۶/۷ سال، میانگین سن شروع رابطه جنسی (۴/۸) ۱۶/۱ سال و درصد بیسوادی ۱۷/۴٪ بود. ۶۹/۳٪ هر سه نوع خشونت، ۸۵/۳٪ خشونت جسمی، ۸۶/۷٪ خشونت عاطفی و ۷۶٪ خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. ۵۱/۶٪ سابقه سقط و ۶۲/۹٪ بارداری ناخواسته داشتند. ۴۶/۵٪ واجدین شرایط، روش پیشگیری از بارداری نداشتند. ۵۲/۲٪ آنان هرگز پاپ اسمیر انجام ندادند، ۸۲/۴٪ آنان اختلال عملکرد جنسی، ۳۹/۱٪ رابطه جنسی مقعدی و ۳۴/۸٪ رابطه جنسی دهانی داشتند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد در بسیاری از موارد علیرغم دسترسی به خدمات بهداشت باروری، وضعیت این زنان نامناسب بوده، لذا با انجام حمایت‌های بیشتر و مداخلات مناسب می‌توان نتایج بهتری برای این زنان فراهم نمود.

واژگان کلیدی: بهداشت باروری، آسیب دیدگی اجتماعی، خشونت، خشونت خانگی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mohammadi G, Amir Aliakbari S, Ramezankhani A, Alavi Majd H. The reproductive health status of women with experience of violence in harm reduction centers in Tehran, 2010. *Pejouhandeh* 2011;16(5):219-25.

مقدمه

زمینه‌ساز بروز سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی در قربانیان آن به شمار می‌رود (۵-۲). خشونت طیفی از رفتارهای بسیار تند و آسیب‌زا تا عکس‌العمل‌های منفی چون بی‌تفاوتی و کم توجهی را در بردارد (۶ و ۷). محیط خانواده می‌تواند بنا به دلایلی متشنج شود و در معرض آفتها و آسیبها قرار گیرد. زنان به عنوان گروهی ویژه، همچنان که در جامعه مورد خشونت قرار می‌گیرند، در خانواده نیز دیگر اعضای خانواده، به ویژه همسرانشان از آنان بهره‌کشی می‌کنند و قربانی انواع

خشونت علیه زنان یک نگرانی عمده است و از نظر سلامت و بهداشت بسیار حائز اهمیت بوده و نیاز به توجهات ویژه دارد. بین ۱۰ تا ۶۵٪ زنان در طول زندگی خود خشونت را تجربه می‌کنند (۱). خشونت در واقع نوعی آسیب اجتماعی پنهان است و در همه جوامع دیده می‌شود. این معضل اجتماعی

* نویسنده مسؤول مکاتبات: صدیقه امیرعلی اکبری؛ تهران، خیابان ولی‌عصر، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی؛ تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۶-۲۱-۹۸+؛ پست الکترونیک: asa_akbari@yahoo.com

مراکز گذری کاهش آسیب بود. زنانی وارد مطالعه شدند که توان درک سؤالات را داشتند و مورد خشونت همسر یا افراد خانواده واقع شده و در حال حاضر در مرکز کاهش آسیب زنان به سر می‌بردند. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و مبتنی بر هدف انجام گرفت، بدین ترتیب که محقق به مراکز گذری کاهش آسیب زنان مراجعه نمود و پرسشنامه‌ها را برای افراد واجد ویژگی پژوهش که مایل به شرکت در طرح بودند تکمیل نمود. زمان نمونه‌گیری از خرداد تا پایان شهریور ۸۹ بود که در مجموع در این مقطع زمانی از ۷۵ زن آسیب پذیر اجتماعی مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب، ۶۹ نفر مورد خشونت قرار گرفته بودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های مربوط به بررسی وضعیت بهداشت باروری، وضعیت عملکرد جنسی، رفتار جنسی و همچنین خشونت بود. پرسشنامه وضعیت بهداشت باروری شامل سابقه بارداری، حاملگی ناخواسته، سقط، روش پیشگیری از بارداری، غربالگری از نظر سرطان سرویکس و پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI) (Female sexual function index) و شامل ۱۹ سؤال پنج گزینه‌ای بود که در آن حداکثر نمره برابر با ۳۶ بود و نمره کمتر از ۲۸ به عنوان اختلال عملکرد محسوب می‌شد (نمره صفر در هر بخش نشان‌دهنده گزارش نکردن فعالیت جنسی طی ماه گذشته بود). اعتبار و پایایی پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی در پژوهشهای متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۰). در مطالعه محمدی و همکاران (۱۰)، نمرات حاصل از مقیاس، خرده مقیاسها و تشخیص روانپزشک با استفاده از منحنی راک ((Receiver operating characteristic curve (ROC) و سطح زیر منحنی راک ((Area under the curve (AUC) تحلیل شد. نمره برش مناسب (Cut off point) کل مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ تعیین گردید که بر اساس آن ۸۳٪ زنان دارای اختلال و ۸۲٪ زنان بدون اختلال به درستی طبقه‌بندی شدند. شاخص صحت ارزیابی مقیاس و خرده مقیاسها و تشخیص اختلالات عملکرد جنسی، میزان سطح زیر منحنی راک است. در این مطالعه بیشترین سطح زیر منحنی را کل مقیاس (۰/۸۷۳) دارا بود. میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاسها، از طریق آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۷۰ محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است (۱۰). در این پژوهش منظور از خشونت، خشونت اعمال شده توسط همسر یا یکی از اعضای خانواده یا هر دو بود و در سه حیطة جسمی، جنسی و عاطفی سنجیده شد و زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌های مربوط به خشونت داده

خشونت‌های بدنی و روانی می‌گردند که آثار و پیامدهای سوئی برای آنها به بار می‌آورد (۸). نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که زنان هشت مرتبه بیشتر از مردان در معرض خشونت همسرانشان قرار دارند (۹). خشونت می‌تواند وضعیت بهداشت باروری زنان را تحت تأثیر قرار دهد و سبب افزایش مرگ و میر و مشکلات و ناتوانی‌ها برای مادران، مرده‌زایی، زایمان زودرس، خونریزیهای غیرطبیعی دستگاه تناسلی و بیماریهای التهابی لگن شود (۴ و ۵). آسیبهای دستگاه تناسلی، بارداری ناخواسته، سقط ناسالم، اختلال قاعدگی، اختلال عملکرد جنسی، عفونتهای دستگاه ادراری، نازایی، مصرف الکل و مواد مخدر، ابتلا به بیماریهای منتقله جنسی، ایدز و افزایش خطر تطابق با رفتارهای پر خطر جنسی (شرکای جنسی متعدد) از پیامدهای فیزیکی خشونت جنسی است (۷). زنان آسیب پذیر، به دلیل مشکلات خاص خود نسبت به زنان عادی بیشتر در معرض خشونت قرار می‌گیرند. طبق پروتکل "مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان آسیب پذیر" وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۹، زنان آسیب پذیر از گروههای کلیدی در معرض خطر HIV/ایدز می‌باشند. بر مبنای این اصل مسلم که تمامی آحاد جامعه حق دارند از بهداشت و حقوق انسانی مرتبط با سلامتی برخوردار باشند، مراکز ارتقای سلامت اجتماعی زنان آسیب پذیر در این زمینه فعالیت می‌کنند. اگر چه در رابطه با مشکلات خشونت علیه زنان، مطالعات زیادی صورت گرفته است، اما موضوعات خاصی وجود دارند که تقریباً به طور کامل نادیده گرفته شده‌اند، موضوعاتی که برای درک کاملتر زندگی این گروه از زنان ضروری هستند. از جمله واضح‌ترین این مسایل، موضوع بهداشت باروری و حاملگی است. با توجه به اینکه زنان در سنین باروری بیشتر در معرض آسیب قرار دارند و هرگونه اقدام بهداشتی و درمانی در این دوران سلامت زن را در تمام دوران زندگی تأمین می‌کند و از آنجا که حل معضلات ناشی از آسیبهای بهداشت باروری تنها در گرو شناسایی ابعاد مسأله و کسب آمار و اطلاعات دقیق در مورد این زنان می‌باشد و از طرفی کمبود مطالعات نیز در این زمینه به خوبی احساس می‌شود، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت بهداشت باروری در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب زنان شهر تهران (در سال ۱۳۸۹) انجام پذیرفت.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه مورد بررسی شامل کلیه زنان ایرانی آسیب پذیر مراجعه کننده به

در بررسی نوع خشونت، ۸۵/۳٪ نمونه‌ها خشونت جسمی، ۸۶/۷٪ خشونت کلامی و ۷۶٪ آنها خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. در میان پاسخهای مربوط به فرد اعمال کننده خشونت، در ۴۶/۹٪ موارد این زنان از طرف همسر، ۳۵/۹٪ از طرف والدین و دیگر افراد خانواده، و در ۱۷/۲٪ هم از طرف همسر و هم والدین مورد خشونت جسمی قرار گرفته بودند. در رابطه با عامل اعمال کننده خشونت عاطفی، بیشترین خشونتها از طرف همسر (۴۳/۱٪) و سپس والدین و سایر افراد خانواده (۳۵/۴٪) و سپس هر دو مورد (۲۱/۵٪) اعمال شده بود. از نظر وضعیت بهداشت باروری، از ۶۹ زن مورد خشونت واقع شده، ۶۲ نفر (۸۹/۹٪) سابقه بارداری داشتند، همچنین ۳۹ نفر بارداری ناخواسته (۶۲/۹٪) و ۳۲ نفر تجربه سقط (۵۱/۴٪) داشتند. تجربه تولد نوزاد کم وزن ۴۸/۹٪ بود. ۴۶/۵٪ واجدین شرایط در حال حاضر از روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. بیشترین روش پیشگیری از بارداری کاندوم (۳۷/۷٪) بود. بقیه روشها به ترتیب شامل بستن لوله در زنان (۷/۲٪)، روش طبیعی (۲/۹٪)، آمپولهای تزریقی (۲/۹٪)، IUD (۱/۴٪) و قرصهای LD (۱/۴٪) بود. از نظر سابقه غربالگری سرطان دهانه رحم، ۴۷/۸٪ آنها حداقل یک بار تست پاپ اسمیر را انجام داده بودند و ۵۲/۲٪ آنها علیرغم واجد شرایط بودن، هرگز اقدام به این کار ننموده بودند. از ۶۸ زنی که در طی ماه گذشته از نظر رابطه فعالیت جنسی فعال بودند، ۸۲/۴٪ (۵۶ نفر) اختلال عملکرد جنسی داشتند و میانگین نمره عملکرد جنسی آنها (۵/۶) ۲۱/۹ بود. از نظر رفتارهای جنسی پرخطر، ۲۷ نفر (۳۹/۱٪) رابطه جنسی مقعدی و ۲۴ نفر (۳۴/۸٪) رابطه جنسی دهانی داشتند. به علاوه، ۴۳/۵٪ زنان خشونت دیده سابقه قرار از منزل را داشتند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک زنان مورد بررسی مراجعه کننده به مراکز گذری کاهش آسیب شهر تهران در سال ۱۳۸۹

درصد	فراوانی	مشخصات	وضعیت تأهل
۸/۷	۶	مجرد	
۲۰/۳	۱۴	ازدواج دائم	
۳۷/۷	۲۶	مطلقه	
۲۳/۲	۱۶	ازدواج موقت	
۱۰/۱	۷	بیوه	
۱۷/۴	۱۲	بی سواد	تحصیلات
۲۶/۱	۱۸	ابتدایی	
۲۹	۲۰	راهنمایی	
۲۱/۷	۱۵	دیپلم	
۵/۸	۴	دانشگاهی	
۵۵/۱	۳۸	خانه‌دار	شغل
۴۴/۹	۳۱	شاغل	

بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات خشونت، از پرسشنامه‌های تهیه شده بوسیله پژوهشگران ایرانی، که متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعه ایران تهیه و قبلاً روایی و پایایی آن سنجیده شده بود، استفاده گردید (۱۳-۱۱). مافی نیز در پژوهش خود روایی آن پرسشنامه را توسط چند تن از اساتید کارشناس تأیید نمود و ضریب پایایی درونی آن را بر اساس یک نمونه ۶۰ نفری، معادل ۰/۹۷ به دست آورد (۸). در ادامه، با توجه به شرایط خاص گروه هدف سؤالاتی کم یا زیاد گردید و به همین دلیل اعتبار و پایایی آن مجدد بررسی گردید. جهت تعیین اعتبار آن از اعتبار محتوا و جهت بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد. در این پژوهش با بررسی یک نمونه مقدماتی (۱۵ نفر) ضریب آلفای کرونباخ آزمونهای خشونت جسمی، عاطفی و جنسی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۷ سؤال بود (۱۳ سؤال اول خشونت جسمی، ۷ سؤال خشونت عاطفی و ۷ سؤال خشونت جنسی را مورد بررسی قرار می‌داد). پرسشنامه‌های وضعیت باروری، و رفتار جنسی با استفاده از کتب و مقالات تنظیم و سپس برای تعیین اعتبار آن از اعتبار محتوا و صوری استفاده شد، به این ترتیب که پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی قرار گرفت و با توجه به نظرات و پیشنهادات آنها اصلاحات لازم انجام گرفت. پایایی نیز با روش آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت، به این صورت که ابتدا پرسشنامه برای ۱۵ نفر واجد شرایط تکمیل و سپس ۱۰ روز دیگر مجدداً برای همین افراد تکمیل گردید و در نهایت ضریب همبستگی تعیین و سؤالات با همبستگی کمتر از ۰/۷ حذف و سؤالات مناسب جایگزین گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک زنان بررسی شده در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سن زنان خشونت دیده (۹/۶) ۳۴/۳ سال بود؛ بیشترین درصد زنان آسیب دیده در گروه سنی زیر ۲۵ سال (با فراوانی ۲۴٪) دیده شد. میانگین سن ازدواج در زنان خشونت دیده (۲/۵) ۱۶/۷ سال و میانگین سن شروع رابطه جنسی (۴/۸) ۱۶/۱ سال بود. از ۷۵ زن آسیب دیده ۶۹ نفر مورد خشونت واقع شده بودند. ۶۹/۴، ۱۷/۳ و ۵/۳٪ افراد آسیب دیده به ترتیب تحت هر سه، دو و یک نوع خشونت عاطفی، جنسی و جسمی قرار گرفته بودند و تنها ۸/۸٪ (۶ نفر) افراد آسیب دیده تجربه خشونت را نداشتند.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد ۹۲٪ زنان آسیب دیده حداقل تجربه یک نوع خشونت را داشتند که از این میان، خشونت عاطفی بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بود. این یافته مشابه مطالعه اکیوز و باقرزاده (۴ و ۱۱) بود که در آن، خشونت عاطفی بیشترین میزان را در میان پاسخ‌گویان به خود اختصاص داده بود، ولی با مطالعه فرامرزی که در آن خشونت جنسی از بالاترین شیوع برخوردار بود متفاوت بود (۱۴). در این زمینه می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و قومی موجود اشاره نمود که می‌تواند عامل مؤثری باشند. اگر چه در این مطالعه آزارهای جسمی و بدنی کمتر اتفاق افتاده بود ولی تحقیر و توهین در بین این زنان نسبت به زنان عادی رواج بیشتری داشت و در بیشتر موارد خشونت توسط همسران و سپس افراد خانواده (پدر، مادر و برادر) بر افراد اعمال شده و در بقیه موارد نیز فرد هم توسط اعضا خانواده و هم توسط همسر مورد خشونت قرار گرفته بود.

۴۳/۵٪ زنان خشونت دیده سابقه فرار از منزل داشتند. این مسأله آشکار می‌سازد که تجربه تنبیهات جسمانی و تحقیر و سرزنش‌های روانی والدین و یا همسر می‌تواند یکی از عوامل عمده و مهم فرار از منزل باشد. در پژوهشی گزارش شد بیش از ۸۰٪ نوجوانانی که از خانه فرار می‌کنند و زندگی در خیابان را ترجیح می‌دهند، از نظر جسمی و روانی مورد آزار اعضای خانواده قرار گرفته‌اند و خشونت در خانواده بیش از گسستگی خانواده در بروز انحرافات زنان نقش دارد (۱۵).

نتایج بدست آمده نمایانگر پایین بودن سطح تحصیلات در این گروه بود. در پژوهش آزاده، میزان خشونت خانوادگی با بالا رفتن میزان تحصیلات زنان کاهش معنی‌داری را نشان می‌داد (۱۶).

در زمان مطالعه، ۳۷/۷٪ نمونه‌ها مطلقه بودند. تحقیقات انجام شده درباره خشونت خانگی علیه زنان نشان می‌دهند که بسیاری از زنان قربانی خشونت، تمایلی به جدایی و طلاق از همسرانشان ندارند (۱۷ و ۱۸). در یافته‌های ما پایان دادن به زندگی مشترک زناشویی از طریق طلاق، راه حلی است که در قبال مسأله آسیبهای اجتماعی به کار برده شده است. زیرا علاوه بر خشونت، دلایل و زمینه‌های دیگری چون اعتیاد زنان و یا همسرانشان برای طلاق وجود داشت و به نظر می‌رسد این دلیل متفاوت بودن این مطالعه با مطالعات دیگر باشد.

تجربه بارداری و حاملگی ناخواسته در زنان آسیب پذیر مورد خشونت واقع شده بیشتر بود. فانگ نیز در پژوهش خود بر روی زنان روسپی چین این موضوع را اثبات کرد (۱۹) ولی در

پژوهش گیلیبرگ بر روی زنان خیابانی در آمریکا این یافته تأیید نشد (۲۰). علت این تفاوتها ممکن است ناشی از اختلاف در جامعه پژوهش و تعریف و نحوه تعیین حاملگی ناخواسته باشد. ناخواسته بودن می‌تواند از دیدگاه زن، مرد یا هر دو بررسی شود که در این پژوهش ناخواسته بودن فقط از دیدگاه زنان مورد بررسی قرار گرفته است. از طرف دیگر، دو دسته از حاملگیها ناخواسته محسوب می‌شوند، یکی حاملگیهایی که زودتر از زمان مورد تمایل فرد رخ دهند و دسته دیگر آنهایی که فرد اساساً تصمیمی برای بچه‌دار شدن در آینده ندارد. نتایج پژوهش سیلورمن (خشونت در حاملگی) در هند و بنگلادش، نشان داد که حاملگی ناخواسته در زنان با تجربه خشونت، دو برابر زنان عادی است (۲۱). اکیوز در تحقیق خود جوانتر بودن سن شروع رابطه جنسی و حاملگی را از علل افزایش دوره باروری و افزایش تعداد حاملگیها ذکر نمود، که علاوه بر بارداری ناخواسته، تبعات و مشکلات دیگری هم در پی دارد (۴). میانگین سن ازدواج در پژوهش حاضر، ۱۶/۷ سال بود که از پژوهش اکیوز (۱۹/۵ سال) کمتر بود. زنانی که مورد خشونت واقع می‌شوند اولین رابطه جنسی را در سنین پایین شروع می‌کنند. به عبارت دیگر دوره باروری با جوانتر بودن سن زن افزایش می‌یابد که این امر منجر به افزایش بارداری ناخواسته و مشکلات مربوط به آن می‌گردد. این مطالعات نشان دادند که بین سن ازدواج و تعداد بارداری و تعداد فرزندان رابطه منفی وجود دارد (۴ و ۲۲).

از ۶۲ زن خشونت دیده با تجربه زایمان، ۳۲ نفر (۵۱/۶٪) سابقه سقط داشتند. یافته‌های این پژوهش، اندکی بیش از یافته‌های تساکریدول و هی بود. شیوع سقط القایی در مطالعه تساکریدول ۳۲ تا ۴۸٪ بود و در مطالعه هی به ازای حداقل ۲ حاملگی، یک سقط وجود داشت (۲۳ و ۲۴).

در مطالعه فانگ نیز بین آسیب و سقط رابطه وجود داشت ولی در مطالعه اکیوز بین سقط القایی و خشونت ارتباط وجود نداشت (۴ و ۱۹) و نتایج آن با پژوهش ما متفاوت بود. سقط عمدی، یکی از عوامل مرگ و میر مادران در دنیا است. در ایران با وجود ممنوعیت قانونی و محدودیت فرهنگی و اجتماعی، آمارهای تخمینی، نشان‌دهنده وجود مواردی از سقطهای عمدی هستند. بارداری ناخواسته به عنوان اصلی‌ترین علت مطرح است، که در شرایط مختلف منجر به انجام سقط عمدی می‌گردد. تحقیقات انجام شده در مورد دلایل انجام سقط جنین در ایالت متحده متفاوت می‌باشد (۲۵ و ۲۶) که با توجه به ساختار اجتماعی و فرهنگی متفاوت این کشورها، این تفاوتها و شباهتها، قابل انتظار هستند.

پایین بودن سطح آگاهی و عدم توجه ویژه به روشهای مناسب جهت حل مشکل و ارائه خدمت مناسب به این گروه است. برنامه‌های غربالگری باید مبتنی بر نیاز جمعیت هدف بوده و به منظور انجام مرتب این آزمایش، باید با بینش حمایتی و مشاوره صحیح، مهارتها و رفتارهای بهداشتی را در این افراد تقویت نمود.

از نظر وضعیت عملکرد جنسی، ۸۲/۴٪ زنان خشونت دیده اختلال عملکرد جنسی داشتند. یافته‌های ما متفاوت از یافته‌های اکیوز، محمدی و کایان بود (۴، ۱۰ و ۳۱). در مطالعه اکیوز در شهر آنکارا، ۴۸/۳٪ زنان و در مطالعه کایان در شهر آنکارا ۴۶/۹٪ زنان اختلال عملکرد جنسی داشتند. آمارهای بدست آمده در زمینه عملکرد جنسی در زنان بسیار متفاوت است. پژوهشگران علت آمارهای متفاوت را مربوط به متفاوت بودن نمونه‌ها و تأثیر عوامل نژادی، مذهبی و حتی مقیاس مورد استفاده می‌دانند (۳۲). با توجه به شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن، برنامه‌ریزان باید در برنامه‌های آموزشی خود این مسأله را مورد توجه قرار دهند. بعلاوه وجود مراکز مشاوره و آموزشی برای شناسایی این زنان و نیازهای آنها جهت ارتقای کیفیت زندگیشان ضروری به نظر می‌رسد و همچنین در صورت لزوم، باید ارجاع جهت درمانهای تخصصی‌تر انجام گیرد. ۳۴/۸٪ زنان خشونت دیده تجربه مقاربت دهانی و ۳۹/۱٪ آنها تجربه مقاربت مقعدی داشتند. در مطالعه لوگربرگ که بر روی جمعیت ملی زنان و مردان انجام گرفت، ۲۵/۴٪ زنان تجربه مقاربت دهانی و ۳۴/۶٪ تجربه مقاربت مقعدی داشتند و جمعیت زیادی از زنان گفتند که تجربه مقاربت دهانی در آنها بیشتر از مقاربت واژینال بوده و مقاربت دهانی را کم خطرتر از مقاربت مهلی می‌دانستند. در بررسی ملی بر روی مردان و زنان مشاهده شد که مقاربت مقعدی و دهانی نسبت به دهه گذشته افزایش پیدا کرده و حتی این افزایش، در بین جوانانی که معتقد به نداشتن رابطه جنسی تا زمان ازدواج بودند مشاهده شد. این افراد در معرض بیشترین خطر برای ابتلا به بیماریهای مقاربتی هستند. زنان جوان در سال ۲۰۰۴، تقریباً ۲ برابر، نسبت به جمعیت مشابه خود در سال ۱۹۹۴، مقاربت مقعدی داشتند (۳۳) و ۳۴). ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، باید از این تغییر رفتار جنسی آگاهی داشته و سرویسهای تشخیصی مناسب ارائه دهند و در صورت لزوم خدمات درمانی مناسب صورت گیرد. بعلاوه با توجه به تغییر رفتار جنسی، آموزش بهداشت جنسی و رفتارهای جنسی سالم، مدنظر قرار گیرد. با آگاهی از اهمیت این مسأله و درک سازگاریهای فیزیکی و

در مطالعه حاضر تجربه تولد نوزاد کم وزن، ۴۸/۹٪ بود. در مطالعه باقرزاده بین خشونت‌های روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی در دوران حاملگی و کم وزنی زمان تولد ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۱۴). مطالعات نشان می‌دهند که آسیبهای دستگاه تناسلی، بارداری ناخواسته، سقط ناسالم، اختلال قاعدگی، اختلال عملکرد جنسی، عفونتهای دستگاه ادراری، نازایی، مصرف الکل و مواد مخدر، ابتلا به بیماریهای منتقله جنسی، ایدز و افزایش خطر تطابق با رفتارهای پرخطر جنسی (شرکای جنسی متعدد) از پیامدهای فیزیکی خشونت جنسی است (۷ و ۲۷).

از نظر روش پیشگیری از بارداری، ۴۶/۵٪ زنان واجد شرایط تنظیم خانواده در حال حاضر از روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند. گیلبرگ در تحقیقات خود در علت‌یابی پایین بودن استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، به مخالفت شریک جنسی، به عنوان یک شاخص مهم و تعیین کننده اشاره کرد (۲۰). در مطالعه ما به نظر می‌رسد عدم حمایت و مشاوره مناسب، عدم آگاهی از دیگر روشهای پیشگیری از بارداری یا مخالفت شریک جنسی را می‌توان به عنوان علل عدم استفاده نام برد. در این مطالعه، کاندوم بیشترین روش پیشگیری از بارداری را به خود اختصاص داد. در مطالعه پترسون در سال ۲۰۰۸ بر روی زنان آسیب دیده، ۵۶/۳٪ گروه مداخله و ۵۸٪ گروه کنترل مصرف کننده کاندوم بودند (۲۸).

در مطالعه گیلبرگ، زنان با یک شریک جنسی در مقایسه با زنان دارای چند شریک جنسی کمتر از کاندوم استفاده می‌کردند. به نظر او، کاندوم روش اصلی پیشگیری از بارداری در زنان بی‌خانمان است. این یافته توسط مطالعه پترسون نیز تأیید گردید (۲۰ و ۲۸). در مطالعه ما، احتمالاً عواملی مثل داشتن بیش از یک شریک جنسی، ترس از ابتلا به بیماری مقاربتی و همچنین در دسترس بودن کاندوم را می‌توان به عنوان علل افزایش مصرف این روش ذکر نمود.

نتایج این پژوهش نشان داد، زنان خشونت دیده به رغم مشکلاتی از قبیل شروع رابطه جنسی در سنین پایین، داشتن بیش از یک شریک جنسی و پایین بودن وضعیت اقتصادی-اجتماعی، کمتر اقدام به انجام پاپ اسمیر نموده و بیشتر از نیمی از آنان حتی تجربه یک بار غربالگری را نیز نداشتند. در مطالعه چیک و همکاران در سال ۱۹۹۹ بر روی زنان ویتنامی متولد شده در استرالیا، ۷۵٪ و در مطالعه یو و همکاران، ۸۰/۵٪ افراد مورد مطالعه، حداقل یک بار پاپ اسمیر انجام داده بودند (۲۹ و ۳۰). به نظر می‌رسد این مشکل به دلیل

همچنین یافتن راه حلی جهت کاهش خشونت‌های خانوادگی به عنوان یکی از عوامل عمده فرار از منزل ضروری به نظر می‌رسد و این مهم با اتخاذ قوانین حقوقی جهت حمایت کودکان و زنان و از همه مهمتر، شناخت علل پدیدآورنده خشونت‌های خانوادگی (از جمله فقر اقتصادی و فرهنگی، اعتیاد، بیکاری و طلاق والدین، ازدواج مجدد والدین) و تلاش در جهت حذف آنها از خانواده تحقق یافتنی است.

تشکر و قدردانی

از کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز گذری کاهش آسیب و نیز مسئولین این مراکز که پژوهشگر را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد؛ بدون همکاری آنان انجام این پژوهش ممکن نبود.

روانی که بدنبال خشونت روی می‌دهد، ممکن است این گروه از زنان کمتر از خدمات موجود استفاده کنند. لذا با انجام حمایت‌های بیشتر و مداخلات مناسب می‌توان نتایج بهتری برای این زنان فراهم نمود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، وضعیت بهداشت باروری زنان خشونت دیده در برخی جنبه‌ها به خصوص حاملگی ناخواسته، سقط‌های القایی و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، نیازمند ارزیابی و نظارت بیشتر می‌باشند. لذا توجه بیشتر به زنان آسیب پذیر جهت بهبود کیفیت خدمات بهداشت باروری و برنامه‌ریزی مناسب در این امر توصیه می‌شود.

REFERENCES

1. Hamzeh B, Farshi Garousi M, Laflamme L. Opinions of married women about potential causes and triggers of intimate partner violence against women. A cross-sectional investigation in an Iranian city. *BMC Public Health* 2008;8:209.
2. Shabani S, Mansogindia N, Mansogindia MA, Bahraini NS. Study of the susceptible factors in wife abuse among women referred to karaj forensic medicine center in 2005: a case - control study. *Med Sci J Islam Azad Uni Tehran Med Branch* 2008;18(4):269-73. (Full Text in Persian)
3. Mazloomi SS. *Sociology and public health*. Tehran: Cheraghe Danesh, Shabnam Danesh; 2004. (Text in Persian)
4. Akyuz A, Sahiner G, Bakir B. Marital Violence: Is it a Factor Affecting the Reproductive Health Status of women? *J Fam Violence* 2008;23(6):437-45.
5. Ismayilova L. *Intimate Partner violence in three former Soviet Union countries (Azerbaijan, Moldova, and Ukraine): Prevalence, risk factors and women's reproductive health (dissertation)*. USA: Columbia University; 2009.
6. Shannon K, Kerr T, Strathdee SA, Shoveller J, Montaner JS, Tyndall MW. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ* 2009;339:b2939.
7. WHO, Department of Reproductive Health and Research. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly 2004;WHO/RHR/04.8.
8. Akbarzadeh N, Mafi M. Psychological characteristics of perpetrators of domestic violence. *Psychological Studies* 2005-2006;1(4-5):71-86. (Full Text in Persian)
9. Hemmati R. *Effective Factors on men's violence against women: case study of Tehranian families*. *Social Welfare Quarterly* 2004;3(12):229-58. (Full Text in Persian)
10. Mohammadi K, Haydari M, Faghihzadeh S. Validated Persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh Health Monit J Iran Instit Health Sci Res* 2008;7(2):269-78. (Full Text in Persian)
11. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Med Iran* 2005;3(2):115-22. (Full Text in Persian)
12. Kazemi Navaei F. *Prevalence, factors and consequences of domestic violence against pregnant women referring to labor units of medical science universities (dissertation)*. Tehran: University of Tehran; 2004.
13. Hasheminasab L. *Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit*. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2006;4:32-42. (Full Text in Persian)
14. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaei HR. The relationship between Domestic Violence during pregnancy and Complications of Pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz University of medical sciences. *Ofogh Danesh J Gonabad Uni Med Sci* 2008;13(4):51-8. (Full Text in Persian)
15. Kamrani Fakor S. *The prevalence of domestic violence experienced by Runaway and non-Runaway children*. *Social Welfare Quarterly* 2006;6(22):197-218. (Full Text in Persian)
16. Azadeh MA, Dehghanfard R. *Domestic violence on women in Tehran: the role of gender socialization, resources available for women and family relationships*. *Woman Dev Politic* 2006;4(1-2):159-79. (Full Text in Persian)
17. Moazami S. *Supporting women against domestic violence*. *Social Welfare Quarterly* 2004;3(13):224-251. (Full Text in Persian)

18. Azazy S. Community structure and violence against women. *Social Welfare Quarterly* 2004;3(14):47-84. (Full Text in Persian).
19. Fang X, Li X, Yang H, Hong Y, Zhao R, Dong B, et al. Profile of female sex workers in a Chinese country: does it differ by where they came from where they work? *Word Health Popul* 2007;9(1):46-64.
20. Gelberg L, Lu MC, Leake BD, Andersen RM, Morgenstern H, Nyamathi A M. Homeless women who is really at risk for unintended pregnancy? *Matern Child Health* 2008;12(1):52-60.
21. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *J Womens Health (Larchmt)* 2006;15(8):934-40.
22. O'Donnell L, Agronick G, Duran R, Myint-U A, Stueve A. Intimate partner violence among economically disadvantaged young adult women. *Perspect Sex Reprod Health* 2009;41(2):84-91.
23. Tsakiridu DO, Franco Vidal A, Vázquez Valdés F, Junquera Llaneza ML, Varela Uría JA, Cuesta Rodríguez M, et al. Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *PLoS One* 2008;3(6):e2358.
24. He H, Ostbye T, Daltveit AK. Reproductive and family planning history, knowledge, and needs: a community survey of low-income women in Beijing, China. *BMC Womens Health* 2009;9:23.
25. Sanaei Nasb H, Rashidi Jahan H, Tavakoli R, Tavakoli HR, Amin Shokravi F. Correlates of Unwanted Pregnancy among Pregnant Women attending Medical and Health Centers in Semnan, Iran. *Hayat: J Facult Nurs Midwif Tehran Uni Med Sci* 2009;15(2):81-6. (Full Text in Persian)
26. Finer LB, Forthwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health* 2005;37(3):110-8.
27. Chan RL, Martin SL. Physical and sexual violence and subsequent contraception use among reproductive aged women. *Contraception* 2009;80(3):276-81.
28. Patterson TL, Mausbach B, Lozada R, Staines-Orozco H, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, et al. Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health* 2008; 98(11):2051-7.
29. Cheek J, Fuller J, Gilchrist S, Maddock A, Ballantyne A. Vietnamese women and Pap smears: issues in promotion. *Aust N Z J Public Health* 1999;23(1):72-6.
30. Yu Ck, Rymer y. Women's attitudes to and awareness of smear testing and cervical cancer. *Br J Fam Plann* 1998;23(4):127-33.
31. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72(1):52-7.
32. Dobkin RD, Leiblum SR, Rosen RC, Menza M, Marin H. Depression and sexual functioning in minority women: current status and future directions. *J Sex Marital Ther* 2006;32(1):23-36.
33. van Loggerenberg F, Mlisana K, Williamson C, Auld SC, Morris L, Gray CM, et al. Establishing a cohort at high risk of HIV infection in South Africa: challenges and experiences of the CAPRISA 002 acute infection study. *PLoS One* 2008;3(4): e1954.
34. Gindi RM, Ghanem KG, Erbeling EJ. Increases in oral and anal sexual exposure among youth attending sexually transmitted diseases clinics in Baltimore, Maryland. *J Adolesc Health* 2008;42(3):307-8.