

بررسی رابطه خشونت فیزیکی توسط همسر و اختلالات کیفیت خواب در بارداری

مینا عرب‌زاده^۱، دکتر محبوبه احمدی دولابی^{۲*}، دکتر صدیقه امیر علی‌اکبری^۲، دکتر ملیحه نصیری^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، گرایش مامایی قانونی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

خلاصه

مقدمه: خواب از مهم‌ترین نیازهای زندگی فرد است که نقش اساسی در سلامت دارد. خشونت خانگی به‌خصوص نوع فیزیکی بر کیفیت خواب اثر دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خشونت فیزیکی و اختلالات کیفیت خواب زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۲۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته دموگرافیک- مامایی و اطلاعات مربوط به خشونت خانگی با استفاده از پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از سازمان جهانی بهداشت و کیفیت خواب با پرسش‌نامه پیتربورگ جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۳) و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۷۰ نفر (۳۵/۲٪) نمونه‌ها دارای کیفیت خواب نامطلوب بودند و بیشترین و کمترین فراوانی خشونت فیزیکی هل دادن (۱۶٪) و داغ کردن (۴٪) بود. بین کیفیت خواب و میزان خشونت فیزیکی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). ضریب همبستگی خشونت فیزیکی با اختلالات کیفیت خواب $I = ۰/۱۴۹$ بود ($p = ۰/۰۴۹$).

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه مثبت خشونت فیزیکی با اختلالات خواب، توصیه به غربالگری و شناسایی موارد خشونت خانگی در دوران بارداری در کسانی که با شکایت اختلال خواب مراجعه می‌کنند، می‌گردد. بنابراین مشاوره، تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی زنان در مواجهه با خشونت، موجب ارتقاء سلامت آنان می‌شود.

کلمات کلیدی: بارداری، خشونت فیزیکی، کیفیت خواب

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محبوبه احمدی دولابی؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲؛ پست الکترونیک: mah1372@yahoo.com

مقدمه

زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت جهان، در راستای نقش همسری و مادری، وقایع مختلف و مهمی را در زندگی خود تجربه می‌کنند. یکی از مهم‌ترین تجربی که یک زن در طول زندگی خود به‌دست می‌آورد، وقوع بارداری و به‌دنبال آن زایمان است. در طی بارداری تغییرات فراوانی در شکل بدن، وزن و حالات روحی و روانی مادر ایجاد می‌شود. برخی از این حالات مانند بزرگ شدن شکم، کمردرد، تغییرات پوستی کاملاً آشکار و برخی دیگر، تغییراتی کاملاً ذهنی هستند. همراه شدن این تغییرات با عوامل مخاطره‌آمیز و تخریب‌کننده‌ای همچون خشونت، ناتوانی جسمی و روانی مادر و آسیب‌پذیری وی را به همراه دارد (۱). خشونت خانگی یکی از انواع خشونت‌ها می‌باشد و شامل سوء استفاده‌های جسمی یا فیزیکی، خشونت روانی و خشونت جنسی است. شایع‌ترین شکل خشونت خانگی در زنان باردار، خشونت روانی (۷۲/۵٪) و خشونت فیزیکی (۲۶/۷٪) می‌باشد (۲). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها ایالات متحده گزارش داده است ۱۵/۸٪ زنان باردار با خشونت فیزیکی روبرو هستند (۳). رهنوردی و همکاران (۲۰۱۷) خشونت فیزیکی علیه زنان را ۴۴/۱۳٪ و دولتیان و همکاران (۲۰۱۰) ۲۴/۰۷٪ گزارش نمودند (۴، ۵). از طرفی خشونت در زنان باردار، با تأثیر منفی بر لیبر، افزایش احتمال سزارین و طولانی شدن مراحل اول و دوم زایمان طبیعی همراه می‌باشد و با افزایش عوارض ناشی از آن، اضطراب، ترس از نگهداری و مراقبت نوزاد و پذیرش نقش مادری در خانواده همراه می‌گردد (۶). مطالعات در زنان باردار دارای تجربه خشونت خانگی و سوء استفاده جسمی و جنسی، سطوح بالایی از اختلالات خلقی، استرس، اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهد. اختلال کیفیت خواب از پیامدهای استرس و اضطراب ناشی از خشونت‌ها می‌باشد که عملکرد روزانه افراد را مختل، کیفیت زندگی را کاهش و هزینه‌ها و کاربرد درمانی را برای میلیون‌ها نفر در سراسر جهان افزایش می‌دهد (۷). فشارهای اجتماعی و محیطی در زمان بارداری و زایمان همراه با تغییرات فیزیولوژیک،

نورآندوکرینی و سایکولوژیک، باعث کم شدن کیفیت خواب و خطر بی‌خوابی می‌شود (۸). تحریکات فیزیولوژیک شدید هورمونی همراه با اضطراب روانی ناشی از قربانی بودن خشونت خانگی می‌تواند به کمبود خواب مادر باردار کمک کند. شواهد موجود در زنان خشونت دیده بر این فرضیه تأکید می‌کند که افزایش هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH)^۱، منجر به افزایش فعالیت مغز، هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)^۲ شود که این اتفاق با اختلالات خواب همراه است (۹). همچنین هر عاملی که منجر به تغییرات سطح استرس در زندگی شود، باعث اضطراب و افسردگی و در نهایت اختلال در خواب و بیداری شبانه می‌شود (۱۰).

خواب، یک فرآیند مهم فیزیولوژیک است و اثرات عمیقی بر سلامت جسم و روان دارد و اختلالات آن می‌تواند بستر مناسبی برای بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات در زندگی شود. نداشتن خواب کافی در حین بارداری می‌تواند اثراتی فراتر از احساس فرسودگی، تحریک‌پذیری و نداشتن تمرکز در طول روز داشته باشد. مادرانی که در معرض کمبود خواب و یا خواب نامناسب هستند، با پیامدهای منفی در زمینه سلامت خود و جنینشان مواجه می‌شوند (۱۱). اختلال خواب^۳ در بارداری با تأثیر بر سوخت‌وساز سلولی و اختلال در متابولیسم مادر و جنین عوارضی چون دیابت مادر، عدم وزن‌گیری صحیح و اختلال در رشد و نمو جنین را به‌دنبال دارد (۱۲). افزایش فشارهای اجتماعی و محیطی و عواملی مانند خشونت خانگی در زمان بارداری و زایمان همراه با تغییرات فیزیولوژیک و سایکولوژیک، باعث کم شدن کیفیت خواب و افزایش خطر بی‌خوابی می‌شود. همچنین به‌دنبال اختلالات خواب، اثرات نامطلوب و پایدار خشونت خانگی بر سلامت مادران ماندگار خواهد بود (۱۳). به این ترتیب از یک سو کیفیت خواب به‌دلیل دربرداشتن وضعیت و عواقب فیزیکی و روانی آن باید برای زنان باردار در دوران بارداری مورد ارزیابی ویژه قرار گیرد و از سوی

¹ Corticotrophin Releasing Hormone

² Hypothalamic-pituitary-adrenal

³ Sleep Disorders

اهداف به نمونه‌های دارای شرایط ورود به مطالعه و کسب رضایت آگاهانه کتبی از آنان پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان متأهل باردار در سه ماهه اول، ایرانی بودن، دارای حداقل سواد ابتدایی، نداشتن هرگونه بیماری روانی، اختلالات عصبی، بیماری طبی شناخته شده و تحت درمان با توجه به پرونده مادر باردار و نیز نداشتن حوادث ناگوار مانند مرگ عزیزان و ... در طی ۶ ماه گذشته بود. معیار خروج از مطالعه شامل: عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه بود. حجم نمونه لازم با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد نسبت یک صفت در جامعه و با استفاده از نتایج مطالعات آبادی و همکاران (۲۰۱۲) در شهر مینودشت و بنی‌فاطمه و همکاران (۲۰۱۶) در شهر تبریز ۱۶۵ نفر به‌دست آمد که با احتساب ریزش نمونه، ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۱۵، ۱۶).

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم ثبت اطلاعات مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی، پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ و پرسشنامه خشونت فیزیکی برگرفته از پرسشنامه استاندارد خشونت خانگی سازمان جهانی بهداشت بود. فرم ثبت اطلاعات مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی دارای دو بخش جمعیت‌شناختی شامل: سن زن باردار، سن همسر، شغل زن باردار و همسر، تعداد فرزندان خانواده، تعداد افراد خانوار، وضعیت درآمد و بخش مامایی شامل سؤالاتی در خصوص پیشینه و اطلاعات بارداری: سن حاملگی برحسب تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و برحسب سونوگرافی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، سابقه نازایی، مدت زمان و چندمین ازدواج خود و همسرش بود.

پرسشنامه خواب پیترزبورگ توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شد و یک ابزار استاندارد بین‌المللی جهت بررسی کیفیت خواب می‌باشد. این شاخص، اختلالات خواب را پیرامون کیفیت خواب در ۴ هفته گذشته بررسی می‌کند. این پرسشنامه از ۹ سؤال در ۷ بعد شامل: کیفیت ذهنی خواب، مدت تأخیر در خواب، مدت زمان خواب، کفایت خواب، اختلالات خواب،

دیگر، عوارض و عواقب فیزیکی و روانی خشونت از جمله اختلال در کیفیت خواب فرصت‌های ارائه مراقبت آگاهانه برای زنان باردار خشونت دیده را در طول بارداری زایمان و پس از زایمان از بین می‌برد (۱۳). بنابراین وجود خشونت خانگی و اختلالات خواب در زنان باردار، اهمیت ارتباط بین این دو موضوع را با توجه به پیامد و عوارض آن بر یکدیگر و بر بارداری محرز می‌نماید (۱۴). با تأکید بر این نکته که در جریان بررسی مطالعات گوناگون، پژوهشی که مستقیماً به بررسی وجود ارتباط خشونت خانگی و اختلالات خواب در زنان باردار جامعه ایرانی بپردازد مشاهده نگردید، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خشونت فیزیکی توسط همسر و اختلالات کیفیت خواب در سه ماه اول بارداری انجام شد. از نتایج این پژوهش در مورد ارتباط خشونت خانگی با کیفیت خواب، ماماها، متخصصین زنان و زایمان و دیگر دست‌اندرکاران بهداشتی، می‌توانند با شناسایی زودهنگام و مداخله مناسب، ارائه مشاوره‌های لازم و افزایش غربالگری مادران باردار، باعث کم شدن آثار آنی و طولانی‌مدت خشونت بر بارداری بهبود کیفیت خواب زنان شده و در نهایت سلامت زنان و جامعه را تأمین نمایند.

روش کار

این مطالعه مقطعی از اول مهر ماه تا بیستم اسفند ماه سال ۱۳۹۸ بر روی ۲۰۰ نفر از زنان باردار ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای انجام گردید. ابتدا مناطق مختلف تحت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به‌عنوان طبقات تعیین گردید. در مرحله بعد تمام درمانگاه‌های بهداشتی تحت پوشش در این مناطق لیست گردید و به‌عنوان خوشه‌ها در نظر گرفته شد و سپس ۸ مرکز به‌طور تصادفی از این مناطق انتخاب شدند و به هر مرکز بر اساس جمعیت تحت پوشش آن، سهمیه‌ای جهت نمونه‌گیری تعلق گرفت. در نهایت با روش نمونه‌گیری مستمر و در دسترس تا کامل شدن حجم نمونه، نمونه‌گیری ادامه یافت. پس از توضیح

جهت بررسی و تأیید نهایی، در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (شامل ۶ نفر ماما، ۱ نفر پزشک متخصص زنان، ۱ نفر متخصص پزشک قانونی، ۱ نفر روان‌پزشک و ۱ نفر روان‌شناس) قرار داده شد و پس از مشورت و بررسی نهایی، اعتبار آن تأیید و مورد استفاده قرار گرفت و نیازی به پایایی نداشت. در ایران پرسشنامه خشونت خانگی توسط حاجیان و همکاران (۲۰۱۴) هنجاریابی و با استفاده از روش اعتبار محتوا سنجیده شده که در آن CVI بالای ۰/۸ برای تمامی پرسش‌ها و ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه خشونت فیزیکی ۰/۹۲ به دست آمد (۱۸).

جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه خشونت خانگی در این مطالعه از روش آزمون بازآزمون استفاده شد؛ بدین ترتیب که در ۲۰ نفر از مشارکت‌کنندگان واجد شرایط تحقیق، پرسش‌نامه فوق در فاصله دو هفته تکمیل و ضریب همبستگی درون رده‌ای^۱ (ICC) بین نتایج محاسبه شد. مقدار این ضریب برابر ۰/۹۷ بود که بیانگر مطلوب بودن پایایی پرسشنامه فوق می‌باشد و همسانی درونی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد (α=۰/۹۷).

در نهایت پس از تصویب عنوان پژوهش و دریافت کد اخلاق، با اخذ معرفی‌نامه از معاونت بهداشت، معاونت درمان و حراست، به مراکز درمانی و مراکز سلامت مورد پژوهش مراجعه و با هماهنگی کارکنان و جلب رضایت مادران باردار برخوردار از شرایط مطالعه در محیطی آرام و به دور از سروصدا با کسب رضایت‌نامه آگاهانه، از آنها تقاضا شد در مصاحبه و تکمیل پرسشنامه همکاری نمایند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۳) و شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای نمرات خشونت و کیفیت خواب و روش و آزمون‌های آماری تی مستقل و کای اسکوتر برای مقایسه متغیرهای کمی و ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی همبستگی بین نمرات خشونت و کیفیت خواب انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه تشکیل شده است. مجموع نمرات ابعاد هفت‌گانه، نمره کلی کیفیت خواب فرد را تشکیل می‌دهد. سؤالات ۴-۱ به صورت باز پاسخ و سؤالات ۹-۵ به صورت لیکرتی ۴ امتیازی (هیچ وقت، کمتر از ۱ بار در هفته، ۱ یا ۲ بار در هفته، ۳ بار در هفته یا بیشتر) بود. امتیازدهی هر یک از ابعاد، بر اساس امتیاز ۳-۰ صورت گرفت؛ به این ترتیب که مورد "اصلاً تجربه نکرده‌ام معادل ۰"، کمتر از ۱ بار در هفته معادل "۱"، ۱ یا ۲ بار در هفته معادل "۲" و ۳ بار در هفته یا بیشتر معادل "۳" بود. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه نمره کلی را تشکیل می‌داد که بین ۰-۲۱ بود. امتیاز ۴-۰ به منزله کیفیت خواب مطلوب در مقیاس لیکرت و مجموع امتیاز مساوی ۵ و بیشتر، نشان‌دهنده کیفیت خواب نامطلوب بودند (۱۷).

پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ دارای پایایی ۰/۸۳ و اعتبار آن با حساسیت ۰/۸۹/۶۶٪ و ویژگی ۰/۸۶/۵۵٪ توسط سازندگان این پرسش‌نامه گزارش شده است (۱۸). در نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط حیدری و احتشام‌زاده (۲۰۱۰) روایی ۰/۸۶ و پایایی آن ۰/۸۹ به دست آمد (۱۹). همچنین پایایی آن در مطالعه مهدی‌زاده و همکاران (۲۰۱۱) و جهدی و همکاران (۲۰۱۳) با روش همسانی درونی ۰/۸۲ به تأیید رسیده است (۲۰، ۴۱). در این مطالعه برای تعیین پایایی این پرسشنامه از روش همسانی درونی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۳) ضریب آلفای کرونباخ α=۰/۸۱ به دست آمد که پایایی قابل قبولی بود.

پرسشنامه خشونت فیزیکی برگرفته از پرسشنامه خشونت خانگی استاندارد سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. پرسشنامه خشونت خانگی دارای ۳۴ سؤال در حیطه‌های خشونت فیزیکی، روانی عاطفی، جنسی و اقتصادی است که از حیطه خشونت فیزیکی با ۷ سؤال در این مطالعه استفاده شد. هر سؤال دارای ۵ گزینه هرگز، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد بود که این گزینه‌ها به ترتیب نمرات ۴-۰ تعلق دارند. فرم ثبت اطلاعات مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی بر اساس اهداف پژوهش و با استفاده از منابع علمی معتبر و جدیدترین مقالات و مطالعات سایر پژوهشگران، تنظیم و

¹ Intraclass Correlation Coefficients

یافته‌ها

۲/۰۳۱±۱۰/۰۰۰ هفته بود. میانگین سنی زنان باردار در گروه با کیفیت خواب مطلوب ۲۷/۹۵±۴/۹۶ سال و با کیفیت خواب نامطلوب ۲۸/۳۷±۳/۵۹ سال بود که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=0/468$). میانگین سنی همسران مشارکت‌کنندگان در گروه کیفیت خواب مطلوب ۳۲/۳۴±۵/۰۴ سال و در گروه با کیفیت خواب نامطلوب ۳۱/۹۱±۴/۵۷ سال بود. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

در این مطالعه که بر روی ۲۰۰ نفر زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد، ارتباط خشونت فیزیکی و اختلالات کیفیت خواب در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن حاملگی در گروه با کیفیت خواب مطلوب ۱۰/۱۶±۲/۲۶۹ هفته و در گروه کیفیت خواب نامطلوب

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مامایی زنان باردار بر اساس کیفیت خواب

سطح معنی‌داری	کیفیت خواب		گروه	متغیرها
	مطلوب	نامطلوب		
* $p=0/372$	۴۰	۴۸/۸	بدون فرزند	تعداد کل فرزندان (درصد)
	۴۲/۹	۴۱/۱	یک فرزند	
	۹/۳	۱۴/۳	دو فرزند	
	۰/۸	۲/۹	سه فرزند	
* $p=0/241$	۶۸/۶	۶۷/۷	بدون پسر	جنسیت فرزند (درصد)
	۲۸/۶	۲۰/۲	یک پسر	
	۱/۴	۰	دو پسر	
	۱/۴	۰	سه پسر	
	۵۸/۶	۷۲/۱	بدون دختر	
	۴۰	۲۴	یک دختر	
	۱/۴	۳/۹	دو دختر	
* $p=0/496$	۴/۳	۱/۶	متوسطه و کمتر	تحصیلات مادر (درصد)
	۱۰	۲۰/۹	دیپلم	
	۴۲/۹	۳۰/۲	فوق‌دیپلم	
	۳۰	۳۱	لیسانس	
* $p=0/042$	۱۲/۹	۱۶/۳	فوق‌لیسانس و بالاتر	تحصیلات همسر (درصد)
	۰	۰/۸	متوسطه و کمتر	
	۱۰	۱۶/۳	دیپلم	
	۲۷/۱	۳۸/۸	فوق‌دیپلم	
* $p=0/707$	۳۰	۲۸/۷	لیسانس	شغل مادر (درصد)
	۳۲/۹	۱۵/۵	فوق‌لیسانس و بالاتر	
	۷۴/۳	۶۹	خانه‌دار	
	۱۸/۶	۲۴	کارمند	
* $p=0/260$	۷/۱	۶/۲	کارگر	شغل همسر (درصد)
	۰	۰/۸	مستقل - آزاد	
	۱۰	۱۴	بیکار	
	۴۶/۶	۵۳/۵	کارمند	
* $p=0/260$	۴/۳	۶/۲	کارگر	شغل همسر (درصد)
	۳۴/۳	۲۵/۵	مستقل - آزاد	

	۲/۹	۰	کشاورز	
	۰	۰/۸	کارشناس عالی رتبه	
*p=۰/۴۸۶	۲/۹	۸/۵	کمتر از ۲۱ سال	سن مادر (درصد)
	۴۴/۳	۴۲/۶	سال ۲۲-۲۷	
	۴۵/۷	۴۳/۴	سال ۲۸-۳۵	
	۷/۱	۵/۴	بیشتر از ۳۶ سال	
	۲۷/۹۵±۳/۵۹۱	۲۸/۳۷±۴/۹۶۳	میانگین±انحراف معیار	
*p=۰/۴۱۷	۱۳/۶	۱۵/۵	کمتر از ۲۷ سال	سن همسر (درصد)
	۷۱/۴	۵۹/۷	سال ۲۸-۳۵	
	۱۵/۷	۲۰/۲	سال ۳۶-۴۲	
	۲/۹	۷/۴	بیشتر از ۴۳ سال	
	۳۲/۳۴±۴/۵۷۵	۳۱/۹۱±۵/۰۴	میانگین±انحراف معیار	
*p=۰/۵۱۱	۲۸/۶	۳۸/۸	بارداری اول	تعداد بارداری (درصد)
	۴۵/۷	۳۹/۵	دو بارداری	
	۲۱/۴	۲۰/۲	سه بارداری	
	۲/۹	۰/۸	بارداری چهارم	
	۱/۴	۰/۸	بارداری پنجم	
*p=۰/۸۹۴	۴۱/۴	۴۵/۷	بدون زایمان	تعداد زایمان (درصد)
	۴۵/۷	۴۴/۲	یک زایمان	
	۱۱/۴	۹/۳	دو زایمان	
	۱/۴	۰/۸	سه زایمان	
*p=۰/۰۹۶	۷۴/۳	۸۰/۶	بدون سقط	تعداد سقط (درصد)
	۲۰	۱۸/۶	یک سقط	
	۵/۷	۰/۸	دو	
*p=۰/۹۷۵	۱۳	۱۴	مالک	وضعیت مسکن (درصد)
	۷۱	۷۳	استیجاری	
	۷/۲	۷/۸	سازمانی	
	۸/۷	۷	منزل پدری	
*p=۰/۰۴۴	۰	۱/۶	کمتر از یک میلیون و ۲۰۰ هزار	میزان درآمد (درصد)
	۴/۳	۶/۲	یک میلیون و ۲۰۰ هزار تا ۲ میلیون	
	۳۲/۹	۵۱/۹	۲ تا ۲ میلیون و ۵۰۰ هزار	
	۴۵/۷	۲۹/۵	۲ میلیون و ۵۰۰ هزار تا ۳ میلیون	
*p=۰/۶۲۹	۱۷/۱	۱۰/۹	بیشتر از ۳ میلیون تومان	شاخص توده بدنی (درصد)
	۸/۶	۷	لاغر (کمتر از ۱۹/۹)	
	۷۵/۷	۶۹/۸	عادی (۲۰-۲۴/۹)	
	۱۴/۳	۲۱/۷	اضافه وزن (۲۵-۲۹/۹)	
	۱/۴	۱/۶	چاق (بیشتر از ۳۰)	
**p=۰/۱۶۷	۱۰±۰/۶۶	۱۰/۱۷±۰/۳	سن بارداری برحسب سونوگرافی (هفته)	
*p=۰/۰۷۹	۳/۱۴ (ندارد)	۷ (دارد)	بیماری روانی همسر (درصد)	
*p=۰/۲۲۱	۱۵/۷ (ندارد)	۹/۱۰ (دارد)	بیماری جسمی همسر (درصد)	
*p=۰/۳۱۰	۱۸/۶ (ندارد)	۱۲/۴ (دارد)	خشونت قبل از ازدواج (درصد)	

* آزمون کای دو، ** آزمون تی مستقل

توزیع فراوانی مشارکت‌کنندگان بر حسب خشونت فیزیکی در جدول ۲ نشان داده شده است که بر اساس نتایج آن، بیشترین نوع خشونت هل دادن و کمترین نوع آن، سوزاندن و داغ کردن بدن بود.

بر اساس پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ، کیفیت خواب به دو دسته مطلوب و نامطلوب دسته‌بندی گردید که از بین زنان باردار مورد مطالعه، ۱۲۹ نفر (۶۴/۸٪) از افراد کیفیت خواب مطلوب و ۷۰ نفر (۳۵/۲٪) کیفیت خواب نامطلوب داشتند.

جدول ۲- توزیع فراوانی انواع خشونت فیزیکی زنان باردار

فراوانی	هرگز	۱ بار	۲ بار	۳-۵ بار	بیش از ۵ بار	انواع خشونت فیزیکی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۴۲ (۷۱)	۳۲ (۱۶)	۱۷ (۸/۵)	۸ (۴)	۱ (۰/۵)	هل دادن	
۱۵۸ (۷۹)	۲۹ (۱۴/۵)	۱۰ (۵)	۲ (۱)	۱ (۰/۵)	سیلی زدن	
۶۸ (۸۴)	۱۶ (۸)	۱ (۵)	۳ (۱/۵)	۲ (۱)	پرتاب کردن اشیاء به سمت شما	
۱۶۳ (۸۱/۵)	۲۳ (۱۱/۵)	۱۲ (۶)	۲ (۱)	۰	مشت زدن	
۱۶۶ (۸۳)	۱۵ (۷/۵)	۱۱ (۵/۵)	۸ (۴)	۰	کشیدن مو و بازو	
۱۵۹ (۷۹/۵)	۲۸ (۱۴)	۱۱ (۵/۵)	۲ (۱)	۰	زدن با شلاق	
۱۵۸ (۷۹)	۲۴ (۱۲)	۱۳ (۶/۵)	۴ (۲)	۱ (۰/۵)	تهدید با چاقو	
۱۹۱ (۹۵/۵)	۸ (۴)	۱ (۰/۵)	۰	۰	سوزاندن یا داغ کردن بدن شما	
۱۶۳ (۸۱/۵)	۳۱ (۱۵)	۵ (۲/۵)	۱ (۰/۵)	۰	سایر موارد با ذکر نوع آن	

شایع‌ترین علل خشونت فیزیکی، دخالت خانواده‌ها و عوامل اقتصادی بوده است.

در جدول ۳ به بررسی علل خشونت فیزیکی زنان باردار پرداخته شده است. یافته‌های جدول نشان می‌دهد که

جدول ۳- توزیع فراوانی علت خشونت فیزیکی زنان باردار

فراوانی	تعداد	فراوانی	فراوانی تجمعی	علت خشونت فیزیکی
۹	۴/۵	۴/۵	۴/۵	عدم تفاهم فرهنگی
۲	۵/۵	۱	۵/۵	عدم تفاهم مذهبی
۱۰	۱۰/۵	۵	۱۰/۵	ازدواج مجدد همسر
۱۳	۱۷	۶/۵	۱۷	عوامل اقتصادی
۱۱	۲۲/۵	۵/۵	۲۲/۵	اعتیاد و مصرف مشروبات الکلی
۱۶	۳۰/۵	۸	۳۰/۵	دخالت خانواده
۱۰	۳۰/۵	۵	۳۰/۵	دخالت خانواده همسر
۷	۳۹	۳/۵	۳۹	درگیری خیابانی
۱	۳۹/۵	۵	۳۹/۵	نمیدانم
۱۲۱	۱۰۰	۶۰/۵	۱۰۰	خشونت نداشته است
۲۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل

کیفیت خواب، برابر (۰/۰۴۹) بود ($p \leq 0/05$). بنابراین در سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت بین خشونت فیزیکی با اختلالات کیفیت خواب ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی با افزایش خشونت فیزیکی، اختلالات کیفیت خواب به نسبت ضریب همبستگی مشاهده شده (۰/۰۴۹) افزایش می‌یابد.

بر اساس نتایج آزمون من‌ویتنی در جدول ۴، بین گروه‌های دارای کیفیت خواب مطلوب و نامطلوب از نظر میزان خشونت فیزیکی اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). سطح معناداری مربوط به ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی ارتباط خشونت فیزیکی با اختلالات

جدول ۴- مقایسه خشونت فیزیکی با کیفیت خواب

نوع خشونت	کیفیت خواب	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	آماره من ویتنی	سطح معناداری
خشونت فیزیکی	نامطلوب	۷۰	۱۳/۴۴۲۹ \pm ۵/۸۰۰۱۴	-۳/۹۹۴	$p < ۰/۰۰۱$
	مطلوب	۱۲۹	۱۰/۴۱۸۶ \pm ۳/۱۲۴۲۴		

پارامتریک وجود نداشت، بنابراین از آزمون اسپیرمن برای بررسی همبستگی بین متغیرها استفاده شد که با توجه به سطح معنی‌دار گزارش شده، برای متغیرهای کیفیت خواب، خشونت فیزیکی ($p \leq ۰/۰۰۱$) برآورد شد.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در مورد خشونت فیزیکی و کیفیت خواب در جدول ۵ نشان داده شده است. بر اساس نتایج، برای همه متغیرها مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار نبوده و امکان استفاده از آزمون‌های

جدول ۵- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در مورد خشونت فیزیکی و کیفیت خواب

نتایج آزمون	خشونت فیزیکی	کیفیت خواب
تعداد	۲۰۰	۲۰۰
میانگین	۱/۱۳۵۰	۱/۳۵۱۸
انحراف استاندارد	۰/۳۴۲۵۸	۰/۴۷۸۷۲
آماره (کولموگروف اسمیرنوف-Z)	۷/۳۲۹	۵/۸۸۳
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰/۰

توجه بود. در مطالعه الیز و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۱۰۰ زن باردار برای بررسی فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت خواب زنان باردار انجام گرفت، زنانی که در بارداری قبلی خود سابقه سقط داشتند، از کیفیت خواب پایینی برخوردار بودند (۲۵). در مطالعه اوکان و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۱۶۶ زن باردار انجام شد، زنان در سه ماهه اول بارداری حدود ۲۱٪ دارای کیفیت خواب نامطلوب و ۷۹٪ کیفیت خواب مطلوب بودند (۲۶). در مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۱۶) در کشور پرو، ۷۲٪ نمونه‌ها دارای کیفیت خواب مطلوب بودند که نزدیک به نتایج مطالعه حاضر بود (۲۷). همچنین در مطالعه دزاجا و همکاران (۲۰۰۵) شیوع کیفیت خواب نامطلوب در راستای نتایج پژوهش حاضر بود (۲۸). از دلایل اصلی همسو بودن مطالعات یاد شده با مطالعه حاضر، یکسان بودن سن حاملگی افراد مورد مطالعه (دوره سه ماهه اول بارداری) بود. در مطالعه احمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵) در مشهد ۸۹٪ زنان باردار از کیفیت خواب نامطلوب برخوردار بودند (۲۴). یانگ و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود ۸۷٪ کیفیت خواب نامطلوب را در بین ۴۵۹ زن در طول بارداری گزارش کردند (۲۹). در مطالعه نجار و همکاران

بحث

در این مطالعه که ارتباط خشونت فیزیکی و اختلالات کیفیت خواب در زنان باردار سه ماهه اول مورد بررسی قرار گرفت، از بین تمام زنان باردار مورد مطالعه، ۷۰ نفر (۳۵/۲٪) کیفیت خواب نامطلوب داشتند و بین کیفیت خواب با سن، شاخص توده بدنی و میزان تحصیلات افراد مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت که این نتایج با مطالعات جهدی و همکاران (۲۰۱۳)، علی‌اکبری و همکاران (۲۰۰۷) و کریمی و همکاران (۲۰۲۰) در یک‌راستا بود (۲۲، ۲۰)، اما در مطالعه احمدی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۵) و فاکو و همکاران (۲۰۱۰) افزایش سن مادر با کیفیت خواب نامطلوب مادر همراه بود (۲۳، ۲۴). در توجیه این تفاوت می‌توان به اختلاف در حجم نمونه مطالعات، میانگین سنی پایین‌تر نمونه‌ها و سن بارداری مشارکت‌کنندگان اشاره نمود.

در مطالعه حاضر، مقایسه کیفیت خواب با تعداد بارداری، تعداد زایمان، سابقه نازایی و سقط اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. از طرفی اگرچه در مقایسه با تعداد سقط بین کیفیت خواب افراد مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری وجود نداشت، اما این میزان قابل

خستگی جسمی و کم کردن توانایی فرد برای تطبیق فکری روانی می‌توانند سبب اختلال خواب شوند (۳۵). درحالی‌که خواب کافی و راحت، یکی از پایه‌های اصلی سلامتی به ویژه در دوره بارداری می‌باشد، گزارش شده که کیفیت خواب نامطلوب، با تغییر در سیستم ایمنی فرد مانند تغییر در سطح سیتوکین‌ها و پروتئین واکنشگر C¹ می‌تواند با پیامدهای نامطلوبی مانند اضطراب، کاهش تحمل در برابر درد، زایمان پیش از موعد، کاهش وزن هنگام تولد، اختلالات فشارخون، اختلال تحمل گلوکز و افسردگی در بارداری و پس از زایمان مرتبط باشد (۲۴، ۳۶، ۳۷). در این مطالعه ۳۹/۵٪ افراد مورد مطالعه، خشونت فیزیکی در سه ماهه اول بارداری را تجربه کرده بودند. در ایران میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار بسیار بالا و بیش از ۶۰٪ گزارش شده است (۳۸). در مطالعه رهنوردی و همکاران (۲۰۱۷) میزان خشونت فیزیکی حدود ۳۴٪ گزارش شد (۴). مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۰۰۵) تحت عنوان ارتباط خشونت جسمی، عاطفی و جنسی در دوران بارداری با شرایط نامطلوب جنین و مادران، ۹/۱٪ زنان باردار مشکوک به زایمان زودرس بستری در بیمارستان شهر بابل، از خشونت جسمی توسط همسر خود شکایت داشتند که در این میان هل دادن و سیلی زدن از انواع خشونت فیزیکی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۳۹). در مطالعه حسامی و همکاران (۲۰۱۰) ۶۸/۲٪ زنان خشونت خانگی در بارداری را تجربه کرده بودند و ۱۶/۹٪ از آنان خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند (۴۰، ۴۱). در مطالعه پرهیزگار (۲۰۱۷) تحت عنوان بررسی خشونت خانگی با پیامدهای بارداری، ۵۴/۹٪ زنان مورد مطالعه خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند (۴۲). همچنین مطالعه نوری و همکاران (۲۰۱۷) درصد خشونت جسمی در زنان باردار مورد مطالعه خود را ۲۱/۲٪ گزارش نمود (۴۳). تناقض‌های موجود در یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت در تعریف خشونت و درک مادران از آن، ابزار مورد استفاده و تفاوت محیط فرهنگی و اجتماعی، بررسی انواع خشونت در کل دوره‌های بارداری (سه

(۲۰۱۷) که بر روی ۴۰۰ زن در سه ماهه سوم بارداری صورت گرفت، ۶۳٪ موارد دارای اختلال خواب و ۳۷٪ بدون اختلال خواب یا کیفیت خواب مطلوب داشتند (۳۰). همچنین در مطالعه علی‌اکبری و همکاران (۲۰۰۷) ۶۱/۵٪ افراد مورد مطالعه اختلال خواب را در آخر بارداری تجربه کردند (۲۲). در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۲۰) ۱۰۰٪ نمونه‌ها دارای اختلال خواب بودند که این تحقیق کل دوران بارداری را مورد مطالعه قرار داده بود (۲۱). در رابطه با تناقض نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر می‌توان به مواردی اشاره کرد. مطالعات بالا در سه ماهه دوم و سوم بارداری و یا در طی تمامی دوران بارداری انجام شده بود، از طرفی بر اساس مطالعات، اختلالات کیفیت خواب در طی دوران بارداری با افزایش سن بارداری به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد (۳۱، ۳۲). بررسی مطالعات پیشین نشان داد که اختلال کیفیت خواب در دوران بارداری از ۸۰-۱۳٪ در سه ماهه اول به ۹۷-۶۶٪ در سه ماهه سوم افزایش می‌یابد (۳۴). همچنین اختلال کیفیت خواب در اواخر بارداری در مقایسه با دوران ابتدایی، ۲/۳ برابر بیشتر بود (۳۳). بنابراین با توجه به اینکه مطالعه حاضر در سه ماهه اول بارداری انجام شده است، این تفاوت در نتایج قابل توجیه می‌باشد. بر اساس مطالعه ملین همکاران (۲۰۰۴)، افزایش قابل توجه هورمون‌های جنسی طی سه ماهه اول بارداری و مشکلات فیزیکی ناشی از رشد جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری، دلایل عمده اختلالات کیفیت خواب زنان باردار می‌باشد (۳۴). تغییرات قابل توجه در سطوح هورمون‌های مختلف بدن که در این دوران به‌طور فیزیولوژیک ایجاد می‌گردد، عملکرد سیستم‌های مختلف بدن مادر را تحت تأثیر قرار داده که نه تنها این تغییرات به‌طور مستقیم سیکل خواب-بیداری و ساختار خواب افراد را متأثر می‌سازد، بلکه با ایجاد تغییرات جسمی و روحی، سبب اختلال خواب می‌گردد (۲۴). تغییرات جسمی و مکانیکی مانند تکرر ادرار، کمردرد، وجود حرکات جنینی، انقباضات رحمی، درد و کرامپ پاها و برخی عوامل عاطفی مانند ترس از روبه‌رو شدن با تجربه‌های نو و پذیرش نقش جدید، با ایجاد

¹ Reactive Protein C

دوره سه ماهه) و نیز تفاوت در حجم نمونه‌ها و استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت برای بررسی خشونت باشد. گستردگی خشونت مخصوصاً فیزیکی در بارداری یک مسأله جدی و بسیار مهم است (۴۴).

در راستای هدف پژوهش که به بررسی ارتباط خشونت فیزیکی با اختلالات کیفیت خواب سه ماهه اول بارداری پرداخته شد، سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده است زنانی که مورد خشونت خانگی قرار گرفته‌اند با عوارضی همانند اختلالات خواب مواجه هستند (۴۵، ۴۶). همچنین تغییرات عصبی و فیزیولوژیکی معمول در بارداری و زایمان همراه با عوامل استرس‌زای اجتماعی و محیطی ممکن است در کاهش کیفیت خواب و افزایش خطرات و عوارض ناشی از بی‌خوابی در زنان باردار نقش داشته باشد (۴۷، ۴۹). وودز و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند، خطرات ناشی از اختلال خواب در قربانیان خشونت خانگی افزایش می‌یابد که ناشی از هوشیاری شدید افراد تحت خشونت و پیش‌بینی آنان از وقوع خشونت در موقع خواب است (۴۹). متأسفانه در جهان و همچنین در ایران مطالعه جامعی که به بررسی ارتباط خشونت خانگی به‌ویژه خشونت جسمی با اختلالات خواب در زنان بارداری که در سه ماهه اول بارداری باشند، صورت نگرفته است.

نتایج این مطالعه با نتایج تعدادی از مطالعات که اختلال کیفیت خواب و الگوهای خواب را در قربانیان خشونت خانگی بررسی نموده‌اند، همسو بود (۵۰، ۵۴). مطالعه فرانتر (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری به نقل از هرتز گزارش کرد که ۷۱٪ از زنان مورد ضرب و شتم قرار گرفته (خشونت فیزیکی) در خوابیدن مشکل داشته‌اند (۵۵). در مطالعه هامفریس و همکاران (۱۹۹۹) ۸۲٪ از زنانی که دارای الگوهای اختلال خواب با بیدار شدن مکرر در شب بودند، قربانی خشونت فیزیکی بودند (۵۱). علاوه بر این در مطالعه دیگری واکر و همکاران (۲۰۱۱) خاطر نشان کردند که قربانیان خشونت خانگی به‌طور متوسط فقط ۵/۷ ساعت خوابیدن در شب را گزارش کردند. در این مطالعه اختلال استرس پس از سانحه و صدمات جسمی (خشونت فیزیکی) با ۵ مورد از ۷ مورد شاخص

اختلالات خواب در فرد همراه بود (۵۰). در مجموع، این مطالعات توصیفی اولیه شواهدی از شیوع بالای اختلالات خواب را در بین قربانیان خشونت خانگی ارائه می‌دهد (۵۶). از سوی دیگر در مطالعه ساندرز، تقریباً ۷۸٪ نمونه‌ها گزارش خواب مشکل و ۷۵٪ کابوس‌های شبانه مرتبط با آزار جسمی (خشونت فیزیکی) را گزارش کردند (۵۲). سانچز و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان دادند که خشونت فیزیکی ۱/۹۳ برابر شانس اختلال کیفیت پایین خواب در اوایل حاملگی را افزایش می‌دهد (۲۷). در همین راستا مطالعات کامپبل و همکاران (۲۰۰۴)، وودز و همکاران (۲۰۱۰) و رالیس و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان دادند، عوارض استرس‌زای اجتماعی و محیطی ناشی از خشونت جسمی، مشابه با عارضه اختلال استرس پس از سانحه در کاهش کیفیت خواب و افزایش خطرات ناشی از بی‌خوابی نقش دارد (۴۷، ۴۹). مطالعات انجام شده در ارتباط با انواع خشونت‌ها و اختلال خواب در بارداری نشان داد، خشونت فیزیکی به‌تنهایی ۱/۲۴ برابر، خشونت جنسی به‌تنهایی ۳/۴۴ برابر و خشونت فیزیکی و خشونت جنسی با هم ۲/۵۱ برابر شانس اختلال خواب در اوایل حاملگی را افزایش می‌دهد (۲۷). چندین فرضیه برای توضیح ارتباطات مشاهده شده از کیفیت خواب ضعیف با سابقه خشونت خانگی مطرح شده است. برخی معتقدند که افزایش تحریک فیزیولوژیکی همراه با پریشانی روان‌شناختی ثانویه در قربانیان خشونت خانگی ممکن است به کیفیت پایین خواب کمک کند (۵۷). شواهد موجود از این فرضیه پشتیبانی می‌کنند، زیرا نشان داده شده است که هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین (CRH) منجر به بیش‌فعالی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) می‌شود که با اختلالات خواب همراه است (۵۸). افزایش تحریک فیزیولوژیکی همراه با پریشانی روان‌شناختی ثانویه به‌دنبال خشونت، با اثر مخرب بر نقش خواب در انعطاف‌پذیری مغز و با یادآوری لحظات آسیب و هیجان ممکن است به کیفیت پایین خواب و احساس خواب‌آلودگی در قربانیان خشونت کمک کند (۵۱). با این‌حال برخی محققان دیگر اظهار داشته‌اند که

با توجه به رابطه مثبت خشونت فیزیکی با اختلالات خواب و با در نظر گرفتن اهمیت کیفیت خواب در زنان باردار به نظر می‌رسد با غربالگری به موقع، شناسایی زودهنگام موارد خطر، ارجاع، مراقبت و درمان، می‌تواند به بهبود وضعیت سلامت زنان باردار کمک کرد. در نتیجه مشاوره به موقع و تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی زنان در مواجهه با خشونت، موجب ارتقاء سلامت آنان می‌شود، زیرا بهبود وضعیت سلامت زنان باردار و تبیین آن با ژرفاندیشی و احساس مسئولیتی صادقانه و همگانی، به بهبود وضعیت کل جامعه ختم می‌شود. امید است نتایج چنین تحقیقاتی زمینه‌ساز مطالعات بعدی در جهت شناسایی عوامل خشونت، پیشگیری از انواع خشونت علیه زنان و از بین بردن عوارض مرتبط با آن باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی گرایش مامایی قانونی خانم مینا عرب‌زاده به راهنمایی دکتر محبوبه احمدی می‌باشد و با کد اخلاق IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.202 در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ثبت شده است. بدین‌وسیله از تمام پرسنل بهداشتی و درمانی مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و مشارکت‌کنندگان که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

صدمات مغزی و آسیب‌زای منسوب به خشونت خانگی ممکن است ارتباطات مشاهده شده در قربانی خشونت خانگی و الگوهای خواب را تغییر دهد. به‌عنوان مثال، محققان پیشنهاد کردند، تغییرات ناشی از خشونت خانگی در آمیگدال^۱ یا بادامه (قسمت شکمی از سیستم کناره‌ایی مغز) که وظیفه تنظیم خلق‌وخوی انسان را بر عهده دارد، به کاهش مهارت‌های مقابله و ایجاد رفتارهای ناسازگار منجر می‌شود که به سهم خود تشدید اختلالات خواب و کیفیت پایین خواب را به همراه دارد (۵۹).

عدم همکاری شرکت‌کنندگان و عدم پاسخگویی صحیح به سؤالات به‌علت احساس شرم و خجالت و در نتیجه عدم افشای خشونت خانگی، از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود که با ارتباط مناسب و توضیحات کافی برای فرد مورد پژوهش و در اختیار قرار دادن پرسشنامه‌ها به خود فرد، این محدودیت‌ها تا حدود زیادی کنترل شد. از نکات قوت این مطالعه می‌توان بیان نمود که با توجه به بررسی در مطالعات انجام شده در ایران، پژوهشگران مطالعه‌ای در رابطه با اختلالات خواب در زنان در سه ماهه اول بارداری با خشونت نیافتند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که با توجه به اینکه این مطالعه در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد، قابل‌تعمیم به تمام زنان باردار شهر تهران نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

منابع

1. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of general internal medicine* 2007; 22(11):1596-602.
2. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *Journal of affective disorders* 2017; 218:238-45.
3. Makara-Studzińska M, Lewicka M, Sulima M, Urbańska A. Characteristics of women who have suffered from violence during pregnancy. *Polish Annals of Medicine* 2013; 20(2):106-9.
4. Rahnavardi M, Shayan A, Babaei M, Khalesi ZB, Havasian MR, Ahmadi M. Investigating types and causes of domestic violence against women and identifying strategies to deal with it from the perspective of victims. *Research Journal of Pharmacy and Technology* 2017; 10(10):3637-42.
5. Dolatian, M., Gharache, M., Ahmadi, M., Shams, J. & Alavimajd, H. 2010. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Hormozgan Medical Journal*, 13, 261-269.
6. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 28(3):266-71.

7. Tscholl JJ, Scribano PV. Intimate partner violence. In *A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect* 2019; 355-373.
8. Zhong QY, Gelaye B, Sánchez SE, Williams MA. Psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in a cohort of Peruvian pregnant women. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2015; 11(8):869-77.
9. Cripe SM, Sanchez SE, Gelaye B, Sanchez E, Williams MA. Association between intimate partner violence, migraine and probable migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2011; 51(2):208-19.
10. Szentkirályi A, Madarász CZ, Novák M. Sleep disorders: impact on daytime functioning and quality of life. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research* 2009; 9(1):49-64.
11. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research* 2012; 36(5):427-40.
12. Ward BA. Pregnancy-related sleep disturbances and sleep disorders. In *Clinical Handbook of Insomnia* 2017; 159-180.
13. Nakajima S, Okajima I, Sasai T, Kobayashi M, Furudate N, Drake CL, et al. Validation of the Japanese version of the Ford Insomnia Response to Stress Test and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. *Sleep medicine* 2014; 15(2):196-202.
14. Drake CL, Scofield H, Roth T. Vulnerability to insomnia: the role of familial aggregation. *Sleep medicine* 2008; 9(3):297-302.
15. Abadi MN, Ghazinour M, Nojomi M, Richter J. The buffering effect of social support between domestic violence and self-esteem in pregnant women in Tehran, Iran. *Journal of Family Violence* 2012; 27(3):225-31.
16. Banifateme H, Alizadeh Ahdam MB, Sabori R. Studying the sense of societal security among the employed women in the state agencies and organizations in Tabriz. *Strategic Research on Social Problems in Iran* 2016; 5(1):29-46.
17. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research* 1989; 28(2):193-213.
18. Hajian S, Vakilian K, Najm-abadi KM, Hajian P, Jalalian M. Violence against women by their intimate partners in Shahroud in northeastern region of Iran. *Global journal of health science* 2014; 6(3):117.
19. Heydari A, Ehtesham Zadeh P, Marashi M. Relationship between insomnia severity, sleep quality, drowsiness and mental health disorders with academic performance in girls. *Journal Woman and Culture* 2010; 2(4):65-76.
20. Jahdi F, Rezaei E, Behboodi MZ, Hagani H. Prevalence of sleep disorders in the pregnant women. *Payesh* 2013; 12(6):629-35.
21. Karimi FZ, Nosrati Hadiabad SF, Abdollahi M, Karimi L. Frequency of Sleep Disorders and Individual Related Factors in Pregnant Women Referred to Mashhad Health Centers in 2019. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(1):25-32.
22. Aliakbari A, Bolouri B, Sadegh Niat Haghighi KH, Alavi Majd H. Impacts of sleeping disturbances in the last month of pregnancy on the length of labor and way of delivery in women referring to the health centers of Saghez, 2006. *Journal of Ilam University of Medical Sciences Fall* 2007; 15(3):8-14.
23. Facco FL, Kramer J, Ho KH, Zee PC, Grobman WA. Sleep disturbances in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2010; 115(1):77-83.
24. Seyedahmadinejad FS, Golmakani N, Asgharipour N, Shakeri MT. Investigation of Sleep quality during the third trimester of pregnancy and some related factors in primigravida women referred to health care centers in Mashhad-2014. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care (Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty)* 2015; 22(4):53-60.
25. Ölmez S, Keten HS, Kardaş S, Avcı F, Dalgacı AF, Serin S, et al. Factors affecting general sleep pattern and quality of sleep in pregnant women. *Turkish journal of obstetrics and gynecology* 2015; 12(1):1.
26. Okun ML, Schetter CD, Glynn LM. Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep* 2011; 34(11):1493-8.
27. Sanchez SE, Islam S, Zhong QY, Gelaye B, Williams MA. Intimate partner violence is associated with stress-related sleep disturbance and poor sleep quality during early pregnancy. *PloS one* 2016; 11(3):e0152199.
28. Dzaja A, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmächer T, et al. Women's sleep in health and disease. *Journal of psychiatric research* 2005; 39(1):55-76.
29. Yang Y, Mao J, Ye Z, Zeng X, Zhao H, Liu Y, et al. Determinants of sleep quality among pregnant women in China: a cross-sectional survey. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2018; 31(22):2980-5.
30. Najar S, Sharafi F, Afshari P, Haghighizadeh MH. The relationship between sleep disorders during pregnancy and premature labor and low birth weight. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(7):44-9.
31. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep medicine* 2014; 15(8):853-9.
32. Parry BL, Martínez LF, Maurer EL, López AM, Sorenson D, Meliska CJ. Sleep, rhythms and women's mood. Part I. Menstrual cycle, pregnancy and postpartum. *Sleep Medicine Reviews* 2006; 10(2):129-44.
33. Kızıllırmak A, Timur S, Kartal B. Insomnia in pregnancy and factors related to insomnia. *The Scientific World Journal* 2012; 2012.
34. Moline M, Broch L, Zak R. Sleep problems across the life cycle in women. *Current treatment options in neurology* 2004; 6(4):319-30.
35. Gupta R, Rawat VS. Sleep and sleep disorders in pregnancy. In *Handbook of Clinical Neurology* 2020; 172:169-186. Elsevier.

36. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 24nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014
37. Bondad R, Abedian Z. Sleep Patterns and Factors Affecting It in the Third Trimester Pregnant Women Referred to Health Centers In Mashhad 1380. IJN 2003; 16(36):22-6.
38. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2007; 11(4):32-41.
39. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Acta Medica Iranica 2005: 115-22.
40. Hesami K, Dolatian M, Shams J, Majd HA. Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women. Iran Journal of Nursing 2010; 23(63):51-9.
41. Mahdizadeh S, Salari MM, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Avazeh A, et al. Relationship between sleep quality and quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans referred to Baqiyaallah hospital of Tehran, Iran. Payesh (Health Monitor) 2011; 10(2):265-71.
42. Parhizkar A. Study of the relationship between domestic violence and pregnancy outcomes in mothers referring to Sanandaj comprehensive health centers in 2015-2016. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty 2017; 2(4):33-44.
43. Noori A, Sanago A, Jouybari L, Azimi M. Survey of types of domestic violence and its related factors in pregnant mothers in Kalaleh at 2014. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2017; 19(39):54-62.
44. Razaghi N, Parvizy S, Ramezani M, Tabatabaei Nejad SM. The consequences of violence against women in the family: a qualitative study. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(44):11-20.
45. Bhandari S, Bullock LF, Bair-Merritt M, Rose L, Marcantonio K, Campbell JC, et al. Pregnant women experiencing IPV: Impact of supportive and non-supportive relationships with their mothers and other supportive adults on perinatal depression: A mixed methods analysis. Issues in Mental Health Nursing 2012; 33(12):827-37.
46. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. Bmj 2014; 348.
47. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. Women and Birth 2014; 27(4):e36-42.
48. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence against women 2004; 10(7):770-89.
49. Woods SJ, Kozachik SL, Hall RJ. Subjective sleep quality in women experiencing intimate partner violence: Contributions of situational, psychological, and physiological factors. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies 2010; 23(1):141-50.
50. Walker R, Shannon L, Logan TK. Sleep loss and partner violence victimization. Journal of interpersonal violence 2011; 26(10):2004-24.
51. Humphreys JC, Lee KA, Neylan TC, Marmar CR. Sleep patterns of sheltered battered women. Image: The Journal of Nursing Scholarship 1999; 31(2):139-43.
52. Saunders DG. Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. Violence and victims 1994; 9(1):31-44.
53. Svavarsdottir EK, Orlygsdottir B. Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. Journal of advanced nursing 2009; 65(7):1452-62.
54. Hurwitz EJ, Gupta J, Liu R, Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in US South Asian women. Journal of Immigrant and Minority Health 2006; 8(3):251-61.
55. Frantz D. The Nightmare Before Delivery: A Study of Nightmares, Depressive Symptoms, and Suicidality in Pregnant Women; 2020.
56. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. International journal of family medicine 2013; 2013.
57. Claridge AM, Lettenberger-Klein CG, VanDonge CM. Pregnancy intention and positive parenting behaviors among first-time mothers: The importance of mothers' contexts. Journal of Family Issues 2017; 38(7):883-903.
58. Howland MA, Sandman CA, Glynn LM. Developmental origins of the human hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Expert review of endocrinology & metabolism 2017; 12(5):321-39.
59. Afifi ZE, Al-Muhaideb NS, Hadish NF, Ismail FI, Al-Qeamy FM. Domestic violence and its impact on married women's health in Eastern Saudi Arabia. Saudi Med J 2011; 32(6):612-20.