

بررسی رابطه تأثیر خشونت خانگی با وضعیت شیردهی

دکتر حمید علوی مجد^۴

دکتر جمال شمس^۳

کژال حسامی^۲

*ماهرخ دولتیان^۱

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی علیه زنان در حال حاضر بطور وسیعی به عنوان مشکل مهم سلامت عمومی تشخیص داده شده است. خشونت در بارداری می‌تواند علاوه بر پیامدهای متعدد بر زن باردار، سلامت جنین فعلی و کودک بعدی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که خشونت در بارداری همچنین می‌تواند قابلیت شیردهی زنان را تحت تأثیر قرار دهد. هدف این پژوهش تعیین رابطه خشونت خانگی با وضعیت شیردهی است.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر است. نمونه‌ها شامل ۲۴۰ زن بارداری بودند که مراقبت بارداری را در این مرکز دریافت کردند و مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. ابتدا زنان باردار در ماه آخر بارداری از نظر وجود یا عدم خشونت در بارداری با استفاده از پرسشنامه غربالگری خشونت بررسی شدند و به دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده تقسیم شدند. سپس از نظر وضعیت شیردهی در هفته‌ی ۶-۴ پس از زایمان پیگیری شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه انجام شد. پرسشنامه با روش اعتبار محتوا و پایایی از طریق آلفای کرونباخ و آزمون مجدد اندازه‌گیری شد. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود. پایایی پرسشنامه‌ی خشونت با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در دوبار اندازه‌گیری $r = 0/90$ به دست آمد.

یافته‌ها: میزان شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه ترکیبی و تغذیه مصنوعی در ۴ هفته اول پس از زایمان به ترتیب ۵۲/۱ درصد، ۴۷/۵ درصد و ۴ درصد بود. نتایج نشان داد که نوع تغذیه در زنان تجربه‌کننده خشونت عاطفی و جنسی در مقایسه با زنان بدون خشونت تفاوت معنی‌داری نداشت، اما در زنان تجربه‌کننده خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به تغذیه ترکیبی و تغذیه مصنوعی کمتر بود ($P=0/006$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که خشونت فیزیکی در بارداری با وضعیت شیردهی ارتباط دارد. ماماها برای شناسایی و مداخله جهت تشویق و افزایش موفقیت بیشتر در امر شیردهی جایگاه کلیدی دارند.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، بارداری، تغذیه با شیر.

تأیید مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۸/۱۲

۱- * مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. (نویسنده مسئول مکاتبات)

آدرس پست الکترونیکی: mhdolatian@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

۳- استادیار گروه روانپزشکی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

۴- دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

خشونت خانگی در بارداری مشکلی جدی و گسترده است که مرزها را می شکند و در تمامی فرهنگها اتفاق می افتد. انواع مختلف خشونت شامل آسیب جسمی، جنسی و روانی است که از شخصی بر شخص دیگر اعمال می شود. شیوع جهانی خشونت در بارداری بین ۲۰-۹ درصد برآورد شده است (رکوردس،^۱ ۲۰۰۷؛ لو وچان،^۲ ۲۰۰۷). در ایران نیز زنان از چنین خشونتی در امان نیستند. میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار در ایران بسیار بالا بوده و بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است (هاشمی نسب، ۱۳۸۵؛ کاظمی نوائی، ۱۳۸۴؛ جهانفر و همکاران، ۱۳۸۲). اگر چه تناقضهای موجود در آمار می تواند ناشی از تفاوت در تعریف خشونت و درک مادران از آن، ابزار مورد استفاده، و محیط فرهنگی و اجتماعی متفاوت باشد، اما همه این مطالعات نشان می دهند که گستردگی خشونت در بارداری یک مسأله مهم است (رکوردس، ۲۰۰۷؛ وارما و همکاران،^۳ ۲۰۰۶؛ باچوز و همکاران،^۴ ۲۰۰۴).

اثرات خشونت بر زنان باردار یک موضوع بحرانی در میان افراد خشونت دیده است زیرا علاوه بر پیامدهای جسمی و روانی جدی بر زن باردار، سلامت جنین فعلی و کودک بعدی او را نیز تحت تاثیر قرار می دهد (رکوردس، ۲۰۰۷؛ راینور،^۵ ۲۰۰۶). شواهد نشان داده است که خشونت در بارداری همچنین می تواند قابلیت شیردهی زنان را تحت تاثیر قرار دهد زیرا شیردهی زنان متأثر از وضعیت جسمی و روحی زن و کودک او است. (کوک و همکاران،^۶ ۲۰۰۷؛ کندال - تاکت،^۷ ۲۰۰۷). نتایج مطالعه ی لو وچان در سال ۲۰۰۷ نشان داد که خشونت خانگی در بارداری در میان ۳ گروه شیردهی متفاوت است و زنانی که خشونت فیزیکی و روانی را تجربه کرده اند به میزان بیشتری نوزاد خود را با شیر مصنوعی تغذیه می کنند.

ویژگیهای شیر مادر به گونه ای است که دقیقاً متناسب با نیازهای نوزاد انسان است (رضا سلطانی و پارسای، ۱۳۸۴). لذا بهترین منبع غذایی برای نوزاد بوده و از آن به عنوان یک مفهوم با ارزش برای بهبود سلامت کودک، سلامت مادر و ارتباط عاطفی

مادر- نوزاد جانبداری شده است (سیمارد و همکاران،^۸ ۲۰۰۴). سازمان بهداشت جهانی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر را در ۴-۶ ماه اول زندگی و ادامه ی آن را در مدت تغذیه ی تکمیلی توصیه می کند (کوک و همکاران، ۲۰۰۷). شواهد موجود نشان می دهد که عوامل دموگرافیک مثل سن، وضعیت ازدواج، سطح تحصیلات، درآمد، زمینه های قومی و مذهبی و حمایت اجتماعی با شروع یا ادامه ی تغذیه با شیر مادر مرتبط هستند (بارون- ویلار،^۹ ۲۰۰۷؛ سرنادز و همکاران،^{۱۰} ۲۰۰۳).

در سالهای گذشته ارتباط بین شیردهی و خشونت خانگی در بارداری کمتر مورد توجه قرار گرفته است (لو و چان، ۲۰۰۷). سیلورمن و همکاران^{۱۱} در سال ۲۰۰۶ عنوان کردند که زنان تجربه کننده ی خشونت خانگی به طور معنی داری کمتر به نوزاد خود شیر می دهند. مطالعه کوک و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد زنانی که نگرانی کمتری را تجربه می کنند برای مدت طولانی- تری به نوزاد خود شیر می دهند.

خشونت یک تجربه ی دردناک است و بارداری به عنوان یک دوره ی پرخطر برای خشونت شناسائی شده است (رکوردس، ۲۰۰۷؛ لازنبات و همکاران،^{۱۲} ۲۰۰۵). افزایش آگاهی در مورد خشونت خانگی طی بارداری جزء اولویت های ارگان های کالج متخصصان زنان و مامائی آمریکا، انجمن پزشکی آمریکا و عوامل دیگر بهداشتی است (یوست و همکاران،^{۱۳} ۲۰۰۵). عدم آگاهی و اطلاعات کافی در مورد شیوع، ماهیت، علل و پیامدهای خشونت خانگی، مانعی جدی بر سر راه شناخت وسیع تر موضوع و راهکارهای مداخلات مؤثر است (سازمان بهداشت جهانی،^{۱۴} ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر با هدف به دست آوردن روابط خشونت خانگی در بارداری با وضعیت شیردهی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ انجام شده است. با این امید که بتواند گامی اندک در جهت حمایت از زنان باردار بردارد.

8- Simard et al

9- Barona-Vilar

10- Cernadas et al

11-Silverman et al

12-Lazenbatt et al

13-Yost et al

14-World Health Organization(WHO)

1-Records

2- Lau & Chan

3-Varma et al

4-Bacchus et al

5- Raynor

6-Cooke et al

7-Kendall- Tackett

مواد و روشها

در این مطالعه‌ی تحلیلی از نوع آینده‌نگر، زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان با سن حاملگی بیش از ۳۶ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه-گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. مرحله‌ی اول نمونه-گیری به صورت سهمیه‌ای بود به این ترتیب که ابتدا کلیه مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان لیست شده و سپس کل نمونه متناسب با تعداد مراجعین آن مراکز بر اساس آمار موجود، توزیع گردید. در مرحله‌ی بعد، نمونه‌گیری در داخل هر مرکز به صورت تصادفی انجام شد. در مرحله‌ی آخر با توجه به تعداد نمونه‌ی مشخص شده در هر درمانگاه به صورت تصادفی ۱۲۰ نفر در هر گروه انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه، زنان باردار ۴۰-۱۵ ساله در ماه آخر بارداری، ایرانی، قومیت کرد، باسواد، بارداری تک قلو، عدم وجود عوارض بارداری شناخته شده و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود. این افراد از نظر سن، تحصیلات و شغل خود و همسر، درآمد، وضعیت ازدواج، تعداد زایمان و بارداری خواسته یا ناخواسته در دو گروه همسان سازی شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که شامل پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک و سابقه مامایی، پرسشنامه خشونت و پرسشنامه وضعیت شیردهی بود.

پرسشنامه دموگرافیک شامل سوالاتی در زمینه‌ی سن، تحصیلات و شغل خود و همسر، میزان درآمد، سن زمان ازدواج، وضعیت ازدواج، وضعیت بارداری، تعداد زایمان، تعداد خانوار و وضعیت مسکن بود.

در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر یا اعضای خانواده در طی بارداری است که با استفاده از پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته و در سه حیطه‌ی فیزیکی، جنسی و عاطفی سنجیده شد. زن بارداری خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد.

وضعیت شیردهی با ۳ سوال در مورد نوع اولین تغذیه نوزاد (شیرمادر، شیرخشک، شیردایه، آب‌قند)، زمان اولین شیردهی (۱ ساعت اول پس از زایمان- پس از ۱ ساعت) و وضعیت تغذیه نوزاد تا ۴ هفته پس از زایمان ارزیابی شد. وضعیت تغذیه

نوزاد بصورت تغذیه انحصاری با شیرمادر، تغذیه ترکیبی و تغذیه مصنوعی تعریف شد. تغذیه انحصاری با شیر مادر زمانی است که نوزاد فقط از شیر مادر به همراه قطره آهن و ویتامین استفاده می‌کند. تغذیه ترکیبی زمانی است که علاوه بر شیرمادر، نوزاد از شیرخشک یا آب قند هم استفاده می‌کند تغذیه مصنوعی شامل نوزادانی است که از شیر مادر استفاده نمی‌کنند.

برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد. که از نظرات ۱۶ نفر اعضای محترم هیأت علمی استفاده گردید. جهت بررسی پایایی ابزار، از روش همبستگی درونی و آزمون مجدد استفاده شد. در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵= بود. پایایی پرسشنامه‌ی خشونت با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار اندازه‌گیری $r = 0/90$ به دست آمد.

در این پژوهش با کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت مطالعه بود، به عنوان نمونه انتخاب می‌شد. در مرحله اول و در ماه آخر بارداری پرسشنامه خشونت توسط شرکت کنندگان تکمیل شده و در گروه خشونت دیده یا عدم خشونت وارد شدند. سپس در هفته ۴-۶ پس از زایمان، از نظر وضعیت شیردهی ارزیابی شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه اس.پی.اس.اس انجام شد. از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور برای تجزیه و تحلیل داد-ها استفاده شد. $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه بدون خشونت $25/77 \pm 4/88$ سال و در گروه خشونت دیده $26/28 \pm 6/13$ سال، میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت $6/13 \pm 4/58$ سال، در گروه خشونت دیده $6/65 \pm 5/12$ سال و $82/5$ درصد در گروه بدون خشونت و $84/2$ درصد در گروه خشونت دیده بارداری آنان خواسته بود. این متغیرها در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

میزان تحصیلات گروه بدون خشونت در $33/3$ درصد موارد در سطح ابتدایی، شغل آنان در $80/8$ درصد موارد خانه‌دار، نوع مسکن در 55 درصد موارد اجاره ای، 30 درصد موارد متراژ

سرانه بین ۳۱-۴۰ متر مربع و ۴۷/۵ درصد موارد درآمد ماهیانه بیش از ۳۰۰ هزار تومان داشتند.

میزان تحصیلات گروه خشونت دیده در ۴۵ درصد موارد در سطح ابتدایی، شغل آنان در ۹۱/۷ درصد موارد خانه‌دار، نوع مسکن در ۴۶/۷ درصد موارد شخصی، ۳۵ درصد موارد متراژ سرانه بین ۳۰-۲۱ متر مربع و ۳۴/۲ درصد موارد درآمد ماهیانه بیش از ۳۰۰ هزار تومان داشتند.

دربرسی وضعیت خشونت در این مطالعه ۳۱ (۱۲/۹ درصد) خشونت فیزیکی، ۸۹ (۳۷/۱ درصد) خشونت عاطفی و ۱۰۷ (۴۴/۶ درصد) خشونت جنسی را تجربه کرده بودند. جدول شماره ۱، ارتباط انواع خشونت را با وضعیت شیردهی نشان می‌دهد.

در میان پاسخ‌های مربوط به وضعیت شیردهی، ۱۱۷ (۴۸/۸ درصد) مورد اولین شیردهی را در یک ساعت اول پس از زایمان و ۱۲۳ (۵۱/۳ درصد) اولین شیردهی را پس از یک ساعت اول شروع کرده بودند. همچنین در ۱۹۱ (۷۹/۶ درصد) مورد اولین تغذیه با شیر مادر، ۲۶ (۱۰/۸ درصد) مورد اولین تغذیه با شیر خشک، ۱۳ (۵/۴ درصد) مورد اولین تغذیه با آب قند و ۱۰ (۴/۲ درصد) مورد اولین تغذیه با شیر دایه بود. در ۴ هفته اول پس از زایمان ۱۲۵ (۵۲/۱ درصد) مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر، ۱۱۴ (۴۷/۵ درصد) مورد تغذیه ترکیبی و ۱ (۰/۴ درصد) تغذیه مصنوعی داشتند. جدول شماره ۱ ارتباط انواع خشونت را با وضعیت شیردهی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر در افراد تجربه کننده خشونت عاطفی و جنسی و افراد خشونت ندیده اختلاف معنی‌داری نداشت. در گروه خشونت فیزیکی هم نسبت به زنان خشونت ندیده به میزان بیشتری تغذیه نوزاد خود را در ساعت اول پس از زایمان شروع کرده بودند (۵۲/۵ درصد) اما از نظر آماری معنی دار نبود. مطالعه نشان داد که اختلاف بین زنان تجربه کننده هر سه نوع خشونت نسبت به زنان خشونت ندیده از نظر نوع اولین تغذیه معنی‌دار نبود. بعلاوه یافته‌ها نشان داد نوع تغذیه در ۴ هفته اول پس از زایمان، در دو گروه خشونت عاطفی و جنسی نسبت به گروه خشونت ندیده تفاوت معنی‌داری نداشتند. اما شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان بدون خشونت در مقایسه با زنان تجربه کننده خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری بالاتر بود (۵۳/۳ درصد در مقابل ۲۵/۸ درصد ($P=0/006$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش نشان داد ۱۲/۹ درصد از نمونه‌ها خشونت فیزیکی، ۳۷/۱ درصد خشونت عاطفی و ۴۴/۶ درصد خشونت جنسی را تجربه کرده‌اند. این نتایج در مقایسه با مطالعات انجام شده در سطح دنیا بالاتر است و با دیگر مطالعات انجام شده در ایران همخوانی دارد با این تفاوت که در این مطالعه مشابه با مطالعه فرامرزی و همکاران در سال ۲۰۰۵، خشونت جنسی از بیشترین شیوع برخوردار بود اما در مطالعات دیگر، هاشمی‌نسب، (۱۳۸۵)؛ جهانفر و همکاران (۱۳۸۲)؛ صالحی و مهر علیان (۱۳۸۵) بالاترین درصد مربوط به خشونت عاطفی بود، که در این زمینه تفاوت‌های فرهنگی و قومی موجود در نقاط مختلف کشور می‌تواند عامل موثر می‌باشد.

نتایج حاکی از این است که زمان شروع اولین تغذیه با شیر مادر در افراد تجربه کننده خشونت عاطفی و جنسی و افراد خشونت ندیده اختلاف معنی‌داری نداشت. در گروه خشونت فیزیکی هم اگرچه تفاوت معنی‌دار نبود اما این زنان نسبت به زنان خشونت ندیده به میزان بیشتری تغذیه نوزاد خود را در ساعت اول پس از زایمان شروع کرده بودند (۵۲/۵ درصد در مقابل ۴۱ درصد).

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که اختلاف بین زنان تجربه کننده هر سه نوع خشونت فیزیکی، عاطفی و جنسی نسبت به زنان خشونت ندیده از نظر نوع اولین تغذیه معنی‌دار نبود. اما از این نظر قابل توجه بود که درصد شروع اولین تغذیه با شیر مادر در زنان خشونت دیده بالاتر بود (۸۰/۶ درصد در مقابل ۸۰ درصد، ۸۳/۱ درصد در مقابل ۸۱/۳ درصد، ۷۹/۴ درصد در مقابل ۷۱/۱ درصد به ترتیب). این نتایج در راستای مطالعه کندال تاکت در سال ۲۰۰۷ است که عنوان کردند خشونت در بارداری می‌تواند قابلیت شیردهی زنان را تحت تاثیر قرار دهد، اگر چه زنان خشونت دیده نسبت به زنان خشونت ندیده تمایل بیشتری دارند که تغذیه نوزاد خود را با شیرمادر شروع کنند.

در بررسی نوع تغذیه در ۴ هفته اول پس از زایمان، یافته‌ها نشان داد که دو گروه خشونت عاطفی و جنسی نسبت به گروه خشونت ندیده از این نظر تفاوت معنی‌داری نداشتند. اما شیوع تغذیه انحصاری با شیر مادر در زنان بدون خشونت در مقایسه با

کاهش داده و حتی متوقف کند (رکوردس، ۲۰۰۷؛ لو وچان، ۲۰۰۷؛ جهانفر و همکاران، ۱۳۸۲). مطالعه کوک و همکاران در

سال ۲۰۰۷ نشان داد زنانی که نگرانی کمتری را تجربه می‌کنند برای مدت طولانی‌تری به نوزاد خود شیر می‌دهند. به نظر می‌رسد که شدت خشونت و تنش ناشی از آن در خشونت فیزیکی بالاتر است. لذا پیامدهای ناشی از آن نیز شدیدتر بروز می‌کند.

شواهد نشان می‌دهد که حمایت همسر یکی از عوامل موثر در موفقیت زنان در امر شیردهی است و این نوع حمایت در یک ارتباط خشن کمتر اتفاق می‌افتد. در دید وسیع‌تر شیردهی یک ارتباط نزدیک بین مادر و کودک است و ویژگی‌های یک ارتباط نزدیک در یک محیط خشن، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بنابراین، زنان خشونت دیده در شیردهی موفقیت کمتری دارند (بارون-ویلار و همکاران، ۲۰۰۷؛ لو وچان، ۲۰۰۷).

نتایج این پژوهش نشان داد که خشونت فیزیکی در بارداری یکی از عوامل موثر در وضعیت شیردهی در میان زنان مریوانی است. در این رابطه ماماها به دلیل جایگاه کلیدی خود می‌توانند با مشاوره، تشویق و مداخله نقش مهمی در افزایش موفقیت بیشتر در امر شیردهی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مریوان و مادرانی که پژوهشگران را در این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

زنان تجربه کننده خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری بالاتر بود (۵۳/۳ درصد در مقابل ۲۵/۸ درصد). این یافته با نتایج مطالعات قبلی همخوانی دارد. لو وچان (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که شیوع

تغذیه مصنوعی نسبت به تغذیه با شیر مادر و تغذیه ترکیبی در زنان تجربه کننده خشونت فیزیکی بالاتر است. سیلورمن و همکاران در سال ۲۰۰۶ عنوان کردند که زنان گزارش کننده خشونت خانگی در بارداری که شیردهی را آغاز کرده‌اند، احتمال اینکه شیردهی به نوزاد خود را در مدت چهار هفته پس از زایمان قطع کنند، بیشتر است.

با توجه به اینکه وقوع خشونت فیزیکی اغلب پس از به حداکثر رسیدن آسیب روانی گزارش می‌شود و زنانی که در معرض آسیب فیزیکی قرار دارند، فشار روحی روانی ناشی از توهین و ترس از اعمال آزار بدتر و دشوارتر را نیز تجربه می‌کنند (جهانفر و همکاران، ۱۳۸۲) لذا این تفاوتها می‌تواند قابل توجهیه باشد.

مطالعات نشان داده‌اند که به دلیل ترس از آشکار شدن خشونت در موارد خشونت شدید، همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی جلوگیری می‌نمایند. این زنان برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری نیز با تأخیر مراجعه می‌کنند در نتیجه اطلاعات کمتری را در مورد شیردهی دریافت می‌کنند. به علاوه خشونت خود یکی از عوامل تنش‌زا است. تنش مادر سدی در راه تولید شیر است و اگر ادامه پیدا کند، می‌تواند تولید شیر پستان را

جدول شماره ۱: رابطه انواع خشونت با وضعیت تغذیه نوزاد در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان مریوان

تغذیه	شروع تغذیه با شیر مادر		مقدار P	نوع اولین تغذیه		مقدار P	نوع تغذیه در ۱ ماه اول		مقدار P	
فراوانی خشونت	ساعت اول	بعد از ساعت		شیر مادر	غیره		تغذیه انحصاری	تغذیه ترکیبی	تغذیه مصنوعی	
	تعداد درصد	تعداد درصد		تعداد درصد	تعداد درصد		تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	
خشونت فیزیکی خشونت دیده	۱۳ (۴۱)	۱۸ (۵۸/۱)		۲۵ (۸۰/۶)	۶ (۱۹/۴)		۸ (۲۵/۸)	۲۳ (۷۴/۲)	-	
	۶۳ (۵۲/۵)	۵۷ (۴۷/۵)	P=0/2	۹۶ (۸۰)	۲۴ (۲۰)	P=0/9	۶۴ (۵۳/۳)	۵۶ (۴۶/۷)	-	
	۷۶ (۵۰/۳)	۷۵ (۴۹/۷)		۱۲۱ (۸۰/۱)	۳۰ (۱۹/۹)		۷۲ (۴۷/۷)	۷۹ (۵۲/۳)	-	
	جمع									
	خشونت عاطفی خشونت دیده	۴۳ (۴۸/۳)	۴۶ (۵۱/۷)		74 (۸۳/۱)	۱۵ (۱۶/۹)		۴۱ (۴۶/۱)	۴۷ (۵۲/۸)	-
خشونت ندیده	۶۳ (۵۲/۵)	۵۷ (۴۷/۵)	P=0/5	۹۶ (۸۰)	۲۴ (۲۰)	P=0/5	۶۴ (۵۳/۳)	۵۶ (۴۶/۷)	۱ (۱/۱)	
	۱۰۶ (۵۰/۷)	۱۰۳ (۴۹/۳)		۱۷۰ (۸۱/۳)	۳۹ (۱۸/۷)		۱۰۵ (۵۰/۲)	۱۰۳ (۴۹/۳)	۱ (۰/۵)	
	جمع									
	خشونت دیده	۵۱ (۴۷/۷)	۵۶ (۵۲/۳)		۸۵ (۷۹/۴)	۲۲ (۲۰/۶)		۵۲ (۴۸/۶)	۵۴ (۵۰/۵)	-
	خشونت جنسی	۴۷ (۴۷/۷)	۵۲ (۵۲/۳)		۷۹ (۷۹/۴)	۲۰ (۲۰/۶)		۴۸ (۴۸/۶)	۵۰ (۵۰/۵)	-
خشونت ندیده	۶۳ (۵۲/۵)	۵۷ (۴۷/۵)	P=0/4	۹۶ (۸۰)	۲۴ (۲۰)	P=0/9	۶۴ (۵۳/۳)	۵۴ (۵۰/۵)	۱ (۰/۹)	
	۱۱۴ (۵۰/۲)	۱۱۳ (۴۹/۸)		۱۸۱ (۷۱/۷)	۴۶ (۲۰/۳)		۱۱۶ (۵۱/۱)	۱۱۰ (۴۸/۵)	۱ (۰/۴)	
	جمع									

- رضا سلطانی پ پارسای س (۱۳۸۴). *بهداشت مادر و کودک*. چاپ دوم، تهران، انتشارات سنجش
- جهانفر ش و همکاران (۱۳۸۲). شیوع خشونت خانگی بین زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران. *فصلنامه پرستاری ایران*. ۱۶ (۳۲) ۹۳-۹۹.
- صالحی ش مهرعلیان ح (۱۳۸۵). بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان شهرکرد. *دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۸ (۲) ۷۷-۷۲
- کاظمی نوائی ف (۱۳۸۴). بررسی شیوع، علل و پیامدهای خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاههای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۳. پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران
- هاشمی نسب ل (۱۳۸۵). بررسی شیوع، پیامدها و عوامل همراه با خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به بخش زایمان شهرستان سنندج. طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی سنندج
- Bacchus L et al (2004). Domestic violence: Prevalence in pregnant women and association with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics' and Gynecology and Reproductive Biology*. 113 (1) 6-11.
- Barona-Vilar C et al (2007). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery* Available online 9 May 2007. E pub ahead of print.
- Cernadas J et al (2003). Maternal and prenatal influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 month of Life. *Journal of Human Lactation*. 19 (2) 136-144.
- Cooke M et al (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*. 23 (1) 66-76.
- Kendall-Tackett KA (2007). Violence against women and the prenatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse*. 8 (3) 344-53.
- Lau Y Chan K S (2007). Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery Women's Health*. 52 (Issue) e15-e20.
- Lazenbatt A et al (2005). The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives attitudes anastereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*. 21(4) 322-334.
- Records K (2007). A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implication for newborn nurses. *Newborn and Infant Nursing Review*. 7 (1) 7-13.
- Raynor M (2006). Pregnancy and the puerperium: The social and psychological context. *Psychiatry*. 5 (1) 1-4.
- Silverman JG et al (2006). Intimate partner violence around the time of pregnancy: Association with breastfeeding behavior. *Journal of Women's Health*. 15 (8) 934-40

- Simard I et al (2004). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 Region of Quebec. ***Journal of Human Lacting***. 21 (3) 327-337
- Varma D et al (2006). Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. ***Journal of Effective Disorder***. 102 Issue (1-3) 227-35
- Yost NP et al (2005). Prospective observational study of domestic violence during pregnancy. ***Obstetrics' and Gynecology***. 106 (1) 61-65
- <http://www.WHO.org/>