

بررسی علل خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به اورژانس مصدومین مشهد

دکتر سید مجید صدرزاده^۱، دکتر سید محمد موسوی^۱، دکتر بهرنگ رضوانی کاخکی^۱، دکتر شقایق رحمانی^{۲*}، دکتر کوثر دلدار^۳، دکتر سارا همتی عالی^۴

۱. استادیار گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. متخصص طب اورژانس، مرکز تحقیقات نوآوری پزشکی، شاخه مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۴. دستیاری تخصصی طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۰۶

خلاصه

مقدمه: خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است و با توجه به ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکان متفاوت می‌باشد. خشونت خانگی، شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی خشونت خانگی فیزیکی و شایع‌ترین عوامل دخیل در ایجاد آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه مورد شاهدهی در فاصله سال‌های ۹۸-۱۳۹۵ بر روی ۲۳ زن باردار مراجعه کننده به اورژانس سوانح بیمارستان شهید هاشمی نژاد و امام رضا (ع) مشهد با شکایت ترومای ناشی از خشونت خانگی و ۲۳ بیمار باردار دیگر به علت ترومای ناشی از سایر علل انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک‌لیست پژوهشگر ساخته شامل سه قسمت (اطلاعات دموگرافیک، خشونت اعمال شده و عوامل دخیل در اعمال خشونت) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای دو، تست فیشر دقیق، تی دانشجویی و یا من‌ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در طی سال‌های ۹۸-۱۳۹۵، ۲۳ زن باردار به علت خشونت خانگی به اورژانس دو بیمارستان ارجاعی سطح سه مشهد مراجعه نمودند. بر اساس آنالیز رگرسیونی، مهم‌ترین علل بروز خشونت خانگی از نظر زنان باردار بیکاری و مشکلات اقتصادی همسر، سابقه بستری قبلی به علت خشونت خانگی و اعتیاد همسران بود. ۱۶ بیمار (۳۴/۶٪) با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نمودند و ۳۰ بیمار (۶۵/۲٪) دوره بستری را طی کردند. تعداد موارد رضایت شخصی به طور معناداری در بیماران آسیب‌دیده از خشونت خانگی بیشتر از سایر تروماها بود ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری: از مهم‌ترین علل زمینه‌ساز خشونت‌های خانگی در مطالعه حاضر می‌توان سابقه خشونت در فرد یا خانواده و نیز بیکاری و مشکلات اقتصادی را نام برد.

کلمات کلیدی: تروما، خشونت خانگی، مادر باردار

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر شقایق رحمانی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۲۱۱۱۹؛ پست الکترونیک:

rahmanish3@mums.ac.ir

مقدمه

بروز خشونت علیه زنان به گستردگی تاریخ بشر است. خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهانی است و با توجه به ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکان متفاوت می‌باشد. خشونت و تهاجم علیه زنان، طبقه، نژاد، ملیت، کهولت سن، مذهب و نوع باورهای ایدئولوژیک نمی‌شناسد و به شکل‌های مختلف اعمال می‌گردد. خشونت خانگی، شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان می‌باشد (۳-۱) و شامل خشونت‌های فیزیکی، روانی و جنسی می‌باشد که در تمام سنین، جنسیت‌ها، قومیت‌ها، زمینه‌های آموزشی و گروه‌های اقتصادی اجتماعی رخ می‌دهد و به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشت عمومی به‌طور روزافزون در حال افزایش می‌باشد (۴).

در بسیاری از موارد بررسی دقیق نوع و تعداد دفعات بروز خشونت با مشکل همراه است و بیماران حاضر به افشای تجارب زندگی خصوصی و خشونت‌های رخ داده نیستند. برخی نیز آسیب‌ها را پنهان کرده و یا مکانیسم آسیب جسمی را حادثه دیگری معرفی می‌نمایند. در بسیاری از کشورها مانند کشور ما با توجه به باورهای عرفی مرسوم، آمار دقیق از شیوع آسیب‌های ناشی از خشونت وجود ندارد. خشونت خانگی علیه زنان یک مشکل مهم بهداشت جسمی و روانی در سراسر دنیا می‌باشد که از جنبه‌های مختلف سلامت مادر و جنین را با خطر مواجه می‌سازد. طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، شیوع کلی خشونت خانگی علیه زنان حدود ۴۵٪ می‌باشد (۵) که به معنای در معرض خشونت واقع شدن ۱ نفر از هر ۲ زن می‌باشد.

از سوی دیگر دوره بارداری با توجه به شرایط خاص فیزیولوژیک و هورمونی برای زنان دوران پرتنشی می‌باشد و آنان را در معرض آسیب‌هایی با الگوهای متفاوت قرار می‌دهد و آستانه آسیب‌پذیری زنان در طی بارداری با سایر دوره‌های زندگی متفاوت می‌باشد. از این‌رو هرگونه خشونت در طی این دوره می‌تواند سبب عواقب زیاد در مادر و جنین شود. خشونت خانگی می‌تواند منجر به افزایش بروز عوارض و مشکلات مربوط به زنان باردار نظیر صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضاء، معلولیت‌های ماندگار، اختلالات تغذیه‌ای، مشکلات

خواب، اختلال ناشی از استرس، افسردگی، سوء مصرف مواد و خودکشی و نیز آسیب‌های جنین مانند مرگ داخل رحمی، کندگی جفت و زایمان زودرس شود (۶). در آمارهای منتشر شده از کشورهای غربی نیز حدود ۱۵٪ زنان در طی بارداری در معرض خشونت قرار می‌گیرند. مطالعات منطقه‌ای انجام شده در کشور ما نیز مؤید شیوع حدود ۱۵٪ خشونت در طی بارداری در ایران می‌باشد. بیشتر موارد خشونت خانگی اعمال شده به زنان از سوی همسرانشان بوده و این زنان در معرض افسردگی، ایجاد اختلالات خواب و بروز مجدد خشونت می‌باشند (۷-۵).

توجه و مقابله با این مشکل نیاز به اطلاعات پایه در زمینه شدت، فراوانی و انواع آن دارد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی خشونت خانگی فیزیکی و شایع‌ترین عوامل دخیل در ایجاد آن از نظر مادران انجام شد.

روش کار

این مطالعه مورد شاهی در فاصله سال‌های ۹۸-۱۳۹۵ در دو بیمارستان ارجاعی آموزشی مشهد با کد اخلاق IR-940153 انجام شد. زنان باردار ۴۵-۱۵ ساله مراجعه کننده به اورژانس سوانح بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد و امام رضا (ع) مشهد که با شکایت ترومای ناشی از خشونت خانگی به اورژانس ارجاع می‌شدند و جهت ورود به مطالعه رضایت داشتند، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه یک نسبت در دو جمعیت و فاصله اطمینان ۹۵٪ و مطالعات مشابه و فراوانی تعداد مراجعه زنان باردار در طی سال به اورژانس تروما، حداقل ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. در طی یک سال تعداد ۲۳ زن باردار با شکایت ترومای ناشی از خشونت خانگی به اورژانس مراجعه نمودند. تعداد ۲۳ بیمار باردار دیگر که به‌علت تروما ناشی از سایر علل به اورژانس ارجاع شده بودند نیز جهت شناسایی علل تأثیرگذار بر تروما به‌روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک‌لیست پژوهشگر ساخته و مصاحبه بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران (شامل سن، وضعیت اقتصادی،

شغل، وضعیت تأهل، بارداری)، قسمت دوم اطلاعات مربوط به خشونت اعمال شده (مرتبه خشونت، فرد اعمال کننده) و قسمت سوم عوامل دخیل در ایجاد خشونت (مسائل فردی، مسائل اجتماعی و فرهنگی و ...) از نظر بیمار بود.

در ابتدا مفهوم خشونت خانگی و انواع آن برای بیماران توسط پرستار با سابقه حداقل ۳ سال کار در اورژانس توضیح داده می‌شد. سازمان ملل، خشونت را چنین تعریف کرده است "هر نوع عمل خشونت‌آمیزی است که بر اختلاف جنسیت مبتنی باشد و به آسیب یا رنج بدنی، جنسی یا روانی زنان بیانجامد و یا احتمال منجر شدن آن به این نوع آسیب‌ها و رنج‌ها وجود داشته باشد مانند تهدید به این‌گونه اعمال، زورگویی یا محروم‌سازی خودسرانه از آزادی، خواه در حضور عموم یا در زندگی خصوصی (۶)". سپس چکلیست در اختیار بیماران قرار داده می‌شد و از آنان خواسته می‌شد در طی مدت ۱۵ دقیقه پاسخ‌ها را مشخص نمایند.

چکلیست دارای ۴ قسمت کلی شامل اطلاعات دموگرافیک مادران، داده‌های مربوط به ازدواج، اطلاعات مربوط به همسر بیمار و در نهایت علت بروز خشونت خانگی از دیدگاه زنان و پاسخ آنان در برابر خشونت بود. علت خشونت و پاسخ زنان در برابر آنان به صورت یک سؤال باز با چند مورد شایع بر اساس مطالعات مشابه طراحی شده بود.

۱) اطلاعات مربوط به بیمار شامل سن، سن بارداری، دفعه بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط به علت خشونت، محل تولد، محل زندگی، تحصیلات، شغل، استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مصرف داروهای خواب‌آور یا ضدافسردگی بود. ۲) اطلاعات مربوط به ازدواج بیمار شامل مدت ازدواج، فاصله سنی زوجین، ازدواج تحمیلی و عدم رضایت زناشویی، سابقه طلاق در بیمار یا همسر وی و تعدد زوجین بود. ۳) اطلاعات مربوط به همسر شامل: محل تولد، تحصیلات، شغل، استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، اعمال خشونت قبلی، آسیب به کودک و آزار رساندن به کودکان، مصرف داروهای خواب‌آور یا ضدافسردگی بود.

به‌منظور اطمینان از پرسشگری، برخی چکلیست‌ها به‌صورت تصادفی مجدداً تکمیل می‌شدند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو، تست فیشر دقیق، تی دانشجویی و یا من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همبستگی بین متغیرهای کمی با استفاده از تست پیرسون بررسی شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد. برای حذف متغیرهای مداخله‌گر از آنالیز رگرسیون خطی استفاده شد. متغیر وابسته، وضعیت تأهل بیماران در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مدت ۳ سال، تعداد ۲۳ زن باردار به علت خشونت خانگی به اورژانس دو بیمارستان ارجاعی سطح سه مشهد مراجعه نمودند. در ۲۲ بیمار خشونت توسط همسر بیماران انجام شده بود و تنها در ۱ بیمار خشونت توسط برادر رخ داده بود.

میانگین سن بیماران $27/6 \pm 5/5$ سال (با محدوده ۳۸-۱۹ سال) و میانگین مدت ازدواج $3 \pm 3/4$ سال (محدوده ۱۲-۱ سال) بود. میانگین سن بارداری $28/6 \pm 6/7$ هفته (با محدوده ۳۸-۱۱ هفته) بود. تنها ۶ مورد (۱۳٪) از بارداری‌ها کمتر از ۲۰ هفته بودند و بقیه (۸۷٪) بیشتر از ۲۰ هفته و دارای قابلیت حیات بودند. میانگین سنی مادران در گروه مراجعه کننده به علت ترومای ناشی از خشونت و مادران مراجعه کننده با سایر علل تروما تفاوت معناداری نداشت ($p=0/637$). میانگین سن بارداری مادران در دو گروه نیز تفاوت معناداری نداشت ($p=0/478$). میانگین مدت ازدواج مادران در دو گروه نیز تفاوت آماری معناداری نداشت ($p=0/886$).

از تعداد ۴۶ مادر باردار مورد بررسی، ۲۷ نفر (۵۸/۷٪) قبلاً مورد خشونت خانگی فیزیکی قرار گرفته بودند. در جدول ۱ فراوانی بستری در بیمارستان به علت خشونت خانگی قبلی در دو گروه مراجعه کننده به علت ترومای ناشی از خشونت و مادران مراجعه کننده با سایر علل تروما با استفاده از تست فیشر دقیق مورد مقایسه قرار گرفته است.

جدول ۱- فراوانی بستری در بیمارستان به علت خشونت خانگی در دو گروه مراجعه کننده به علت ترومای ناشی از خشونت و

مادران مراجعه کننده با سایر علل تروما

سطح معنی داری	مراجعه با سایر علل تروما	مراجعه با ترومای ناشی از خشونت	بستری در بیمارستان به علت خشونت خانگی
۰/۰۰۱	۱ (۸/۳)	۱۱ (۹۱/۱)	بلی
	۲۲ (۶۴/۷)	۱۲ (۳۵/۳)	خیر

میانگین تعداد دفعات خشونت خانگی $0/1 \pm 0/9$ بار بود. میانگین تعداد دفعات خشونت خانگی مادران در گروه مراجعه کننده به علت ترومای ناشی از خشونت $1/7 \pm 0/8$ مورد و در مادران مراجعه کننده با سایر علل تروما $0/2 \pm 0$ مورد بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p=0/001$). در جدول ۲ علل بروز خشونت خانگی از دیدگاه زنان باردار مورد مطالعه خلاصه شده است.

جدول ۲- علل بروز خشونت خانگی از دیدگاه زنان باردار مورد مطالعه

علت	مراجعه با ترومای ناشی از خشونت	مراجعه با سایر علل تروما	سطح معنی داری
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
بالاتر بودن سطح تحصیلات زن	۱۲ (۷۵)	۴ (۴۵)	۰/۰۰۱
اختلاف سن بیشتر از ۱۰ سال	۱۷ (۴۷/۲)	۴ (۴۰)	۰/۴۷۵
مصرف دخانیات توسط همسر	۱۳ (۷۲/۲)	۵ (۲۷/۸)	۰/۰۱۶
بیکاری همسر و مشکلات اقتصادی	۱۳ (۸۷/۶)	۲ (۱۳/۳)	۰/۰۰۲
تعدد زوجین	۶ (۷۵)	۲ (۲۵)	۰/۲۴۳
ازدواج تحمیلی	۳ (۷۵)	۱ (۲۵)	۰/۶۰۱
اعتیاد همسر	۱۷ (۷۷/۳)	۵ (۲۲/۷)	۰/۰۰۱
مصرف داروهای اعصاب و روان	۱۵ (۴۵/۵)	۵ (۳۸/۵)	۰/۳۲۶
سابقه خشونت خانگی	۱۹ (۷۰/۴)	۸ (۲۹/۶)	۰/۰۰۳
آسیب به کودک و آزار رساندن به کودکان	۱۴ (۵۱/۹)	۱۳ (۴۸/۱)	۰/۷۶۵

مخدر ($p=0/001$, $I=0/552$) همبستگی وجود داشت. بین بروز خشونت خانگی و سایر فاکتورهای مطرح شده همبستگی مستقیمی یافت نشد. برای حذف متغیرهای مداخله گر آنالیز رگرسیونی انجام شد که نتایج آن به طور خلاصه در جدول ۳ آمده است.

بین بروز خشونت خانگی و سابقه خشونت خانگی در خانواده ($p=0/001$, $I=0/647$)، بیکاری همسر و مشکلات اقتصادی ($p=0/001$, $I=0/510$)، سابقه بستری به علت خشونت خانگی ($p=0/001$, $I=0/495$) و مصرف دخانیات ($p=0/001$, $I=0/356$) و سوء مصرف مواد

جدول ۳- بررسی رگرسیونی فاکتورهای اثرگذار بر بروز خشونت خانگی

متغیر	B	SE	CI95%	β	t	سطح معنی داری
سابقه بستری به علت خشونت خانگی	۰/۳۱۰	۰/۱۳۴	۰/۰۹	۰/۳۴۵	۲/۱۳۹	۰/۰۲۶
سابقه خشونت خانگی	۰/۱۸۶	۰/۱۲۴	۰/۰۸	۰/۱۸۲	۱/۵۰۵	۰/۱۴۰
اعتیاد همسر	۰/۲۷۵	۰/۱۱۲	۰/۰۵	۰/۳۲۲	۲/۴۵۲	۰/۰۱۹
مصرف دخانیات توسط همسر	۰/۱۲۳	۰/۱۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳	۱/۱۳۱	۰/۲۶۵
بیکاری همسر و مشکلات اقتصادی	۰/۳۸۶	۰/۱۱۳	۰/۱۲۹	۰/۵۱۲	۳/۴۲۴	۰/۰۰۱

بر اساس آنالیز رگرسیونی، مهم‌ترین علل بروز خشونت خانگی از نظر زنان باردار، بیکاری و مشکلات اقتصادی همسر، سابقه بستری قبلی به علت خشونت خانگی و اعتیاد همسران بود. در ۴۳ بیمار (۹۳/۵٪) تروما به صورت آسیب غیرنافذ و در ۳ مورد (۶/۵٪) آسیب نافذ بود که هر ۳ مورد در گروه بیماران ترومایی خشونت خانگی قرار داشتند. در ۳ بیمار (۶/۵٪) آسیب وارده منجر به از دست رفتن جنین گردید (۲ مورد در گروه خشونت خانگی و ۱ مورد در بیماران سایر تروماها) که در ۱ مورد ترومای نافذ به شکم و در ۲ مورد ترومای بلانت به همه نقاط بدن بود. ۱۶ بیمار (۶/۳۴٪) با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نمودند و ۳۰ بیمار (۶۵/۲٪) دوره بستری را طی کردند. تعداد موارد رضایت شخصی به‌طور معناداری در بیماران آسیب‌دیده از خشونت خانگی بیشتر از سایر تروماها بود (۱۳ در برابر ۳ بیمار) ($p=۰/۰۰۱$) بود. میانگین مدت بستری در آنان $۱/۴ \pm ۱/۱$ روز (طیف ۰ تا ۶ روز) بود. میانگین مدت بستری در بیماران گروه خشونت خانگی $۲/۶ \pm ۱/۲$ روز و در گروه دیگر $۰/۸ \pm ۰/۴$ روز بود ($p=۰/۰۰۱$).

فراوانی پاسخ مادران باردار به خشونت وارد شده از طرف همسرانشان به ترتیب خروج از منزل یا مخفی شدن در منزل (۶۹/۵٪)، تحمل تا آرام شدن همسر (۱۳٪) و تهدید به طلاق و جدایی (۶/۵٪) بود و ۲ بیمار (۸٪) نیز در پاسخ با همسرانشان به صورت فیزیکی درگیر شده بودند.

بحث

خانواده، نخستین و پایدارترین نهاد اجتماعی است که هویت انسانی و جامعه‌پذیری فرد در آن شکل می‌گیرد و پذیرش ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی، انتقال الگوهای روابط و تعامل به سایر نهادهای اجتماعی را سبب شده

است. بدون شک، هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی از تأثیر خانواده جدا نیستند (۸). نهاد خانواده هنگامی کارکرد خود را به‌درستی انجام می‌دهد که دچار نابسامانی و آشفتگی نباشد. خشونت علیه زن در خانواده، متداول‌ترین شکل خشونت علیه زنان است که غالباً توسط افراد نزدیک خانواده مانند شوهر به وقوع می‌پیوندد. در مطالعه حاضر نیز ۹۵/۶٪ موارد خشونت توسط شوهر بیماران انجام شده بود.

مصادیق خشونت علیه زنان شامل خشونت‌های زبانی، فیزیکی، حقوقی، اقتصادی، فکری، آموزشی و مخاطرات هستند (۹)، ولی در مطالعه حاضر تنها خشونت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه شریعت و همکار (۲۰۱۷) نشان داد رگه‌های شخصیتی و کودک‌آزاری همسران می‌تواند نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای برای خشونت خانگی علیه زنان داشته باشد (۲). در مطالعه حاضر نیز بین بروز خشونت خانگی و سابقه خشونت خانگی در خانواده همبستگی وجود داشت.

در پژوهش حسن و همکاران (۲۰۱۳) بین خشونت خانگی علیه زنان باردار، بیکار بودن همسران آنها و نامناسب بودن وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۸). در مطالعه حاضر نیز بین بروز خشونت خانگی و بیکاری همسر و مشکلات اقتصادی ($r=۰/۴۶۲$ ، $p=۰/۰۰۱$) همبستگی وجود داشت. در مطالعه استونارد (۲۰۱۶) انواع خشونت در بارداری با سابقه خشونت در خانواده همسر، ازدواج بدون رضایت زن، چندهمسری بودن مرد، اعتیاد و سابقه محکومیت کیفری همسر ارتباط معنی‌داری داشت (۱۰). در مطالعه سرایلو و همکاران (۲۰۱۷) در مشهد نشان داد که بارداری ناخواسته یکی از علل پیش‌بینی‌کننده بروز خشونت خانگی در زنان می‌باشد (۱)، ولی در مطالعه حاضر این نکته ثابت نشد.

این زمینه، حمایت‌های قانونی بیشتری دارند؛ اما هنوز خشونت خانگی بسیار رایج است، زیرا با وجود بهبود در وضعیت قانونی، توسل به قانون برای زنان (که دچار خشونت خانگی می‌شوند) بسیار دشوار است و در بیشتر موارد، پلیس مداخله نکردن را ترجیح می‌دهد و به آرام کردن مشاجره اکتفا می‌کند (۱۰، ۱۱).

در دوره سه ساله مطالعه حاضر تنها ۲۳ بیمار با شکایت خشونت خانگی شناسایی شدند که در مقایسه با سایر کشورها تعداد کمتری است و می‌تواند ناشی از ترس‌های فرهنگی و عرفی موجود در جامعه باشد. همچنین در برخی موارد بیماران با وجود مراجعه به اورژانس، شرح‌حال درست و کاملی نسبت به رخداد ارائه نمی‌دهند و علت آسیب را مخفی می‌نمایند، لذا شناسایی چنین بیمارانی از مشکلات مطالعه می‌باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده پیگیری طولانی‌مدت تا بعد از زایمان افراد قربانی خشونت خانگی نیز انجام گیرد تا عوارض آن بر روی نوزادان مشخص گردد. طبق جستجوی انجام شده، مطالعه حاضر از معدود مطالعات انجام شده بر روی زنان باردار می‌باشد و می‌تواند در برنامه‌ریزی برای پیشگیری از بروز خشونت خانگی علیه زنان، به‌خصوص زنان باردار به‌کار رود.

نتیجه‌گیری

خشونت‌های خانگی در دوران بارداری به‌طور شایعی رخ می‌دهند و می‌توانند سبب آسیب به جنین و صدمات درازمدت روحی به مادر شوند. از مهم‌ترین علل زمینه‌ساز خشونت‌های خانگی می‌توان سابقه خشونت در فرد یا خانواده و نیز بیکاری و مشکلات اقتصادی را نام برد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی بیماران مشارکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه باهری و همکاران (۲۰۱۲) در کرج نشان داد که خشونت کلامی و روانی با کاهش وزن زمان تولد، خشونت جنسی با پارگی زودرس پرده‌ها و خشونت فیزیکی با سقط بعد از ۱۲ هفته ارتباط دارد (۵). در مطالعه حاضر در ۲ بیمار (۸/۷٪) آسیب وارده منجر به از دست رفتن جنین گردید که هر دو مورد سن بیشتر از ۲۰ هفته داشتند.

در کل خشونت خانگی ابعاد گسترده‌ای داشته و دارای علل و زمینه‌های مختلف از جمله زمینه‌های خانوادگی، شرایط روانی و اقتصادی و سابقه خشونت‌های قبلی می‌باشد. به‌نظر می‌رسد با توجه به خطرات خشونت خانگی در زنان باردار، به‌خصوص در خانواده‌هایی با سابقه خشونت خانگی قبلی، مراکز بهداشتی درمانی به‌طور معمول غربالگری خشونت خانگی در بارداری را انجام دهند تا بتوانند موارد خشونت خانگی را شناسایی نموده و در صورت لزوم، مشاوره و ارجاعات ضروری را انجام دهند.

از سوی دیگر این زنان بعد از اتمام بارداری نیز در معرض خشونت مجدد و نیز آسیب‌های روحی و روانی می‌باشند و نیازمند پیگیری و حمایت سازمان‌های حمایتی خانواده هستند. فرزندان این خانواده‌ها نیز در معرض خشونت والدین بوده و باید به‌صورت ویژه مورد توجه قرار گیرند. در مطالعه حاضر ۵۰٪ بیماران با وجود مراجعه برای دریافت خدمات سلامت، بیمارستان را قبل از اتمام بررسی‌های تشخیصی و اقدامات درمانی ترک نمودند. شناسایی علت ترخیص با رضایت شخصی در این بیماران دارای اهمیت زیادی است و می‌تواند موضوعی برای مطالعات آینده باشد.

امنیت، پدیده‌ای چندبُعدی است، اما خشونت خانگی واقعیت تلخی است که اغلب زنان آن را تجربه کرده‌اند و این امر همواره در طول تاریخ وجود داشته و سبب کاهش احساس امنیت زنان شده است. امروزه زنان در

1. Sarayloo KH, Mirzaei Najmabadi KH, Ranjbar F, Behboodi Moghadam Z. Prevalence and Risk Factors for Domestic Violence against Pregnant Women. *Iran Journal of Nursing* 2017; 29(104):28-35.
2. Shariat S, Monshei Gh. A prediction model based on pregnancy traits and domestic violence against women and child abuse history spouse in Isfahan. *Community Health* 2017; 4(2):90-98.
3. Taghizadeh Z, Purbakhtyar M, Daneshparvar H, Ghasemzadeh S, Mehran A. Comparison the Frequency of Domestic Violence and Problem-Solving Skill among Pregnant Women with and without Violence in Tehran. *Iran J Forensic Med* 2015; 21(2):91-98.
4. Maghsoudi S, Yarinab F, Ebrahimi F. Investigating Factors Influencing Domestic Violence against Women (Case Study: City Of Kerman). *Journal of Social Development* 2015; 9(3):53-78.
5. Baheri B, Ziaie M, Zeighami Mohammadi Sh. Frequency of Domestic Violence in Women with Adverse Pregnancy Outcomes (Karaj 2007-2008). *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2012; 20(1):31-41.
6. Sharbatian MH, Danesh P, Tavafi P. Sociological analysis of domestic violence against women and its impact on the sense of security (Case study 18 women 54 years in miyaneh). *Strategic Research on Social Problems in Iran* 2017; 6(1):47-72.
7. Almeida FSJ, Coutinho EC, Duarte JC, Chaves CMB, Nelas PAB, Amaral OP, et al. Domestic violence in pregnancy: prevalence and characteristics of the pregnant woman. *J Clin Nurs* 2017; 26(15-16):2417-2425.
8. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. Assessment of Association between Domestic Violence during Pregnancy with Fetal Outcome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(43):21-29.
9. Suzuki S, Eto M. Domestic violence against women during pregnancy in Japan. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 30(4):497-498.
10. Stonard G, Whapples E. Domestic violence in pregnancy: midwives and routine questioning. *Pract Midwife* 2016; 19(1):26-9.
11. Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(1):1-10.