

# بررسی مورد شاهدی خشونت در دوران بارداری در زنان متأهل شهر تبریز

دکتر مهستی علیزاده<sup>۱</sup>، دکتر بهرام صمدی راد<sup>۲</sup>، دکتر یلدا روانشاد<sup>۳\*</sup>،

دکتر ژیلا خامنیا<sup>۴</sup>، دکتر آنوش آذرفر<sup>۵</sup>

۱. استاد گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. استادیار گروه پزشکی قانونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. استادیار گروه نفلولوژی اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳

## خلاصه

**مقدمه:** خشونت علیه زنان پدیده ای جهانی است و بنا به ویژگی های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکان متفاوت می باشد. بنا به برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۴۵ درصد از زنان از خشونت خانگی رنج می برند. با توجه به شیوع بالا و اثرات نامطلوب جسمی، روانی و اجتماعی این مشکل، تعیین عوامل خطر و تشخیص زودرس آن اهمیت دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل خطر خشونت خانگی و ارتباط آن با پیامدهای بارداری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مورد شاهدی از مرداد ماه ۱۳۸۹ تا مرداد ماه سال ۱۳۹۰ بر روی زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تبریز با شکایت خشونت خانگی انجام شد. ۲۵۳ نفر از مراجعه کنندگان به عنوان گروه مورد و ۴۰۶ نفر به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند که ۲۰۲ نفر از این گروه، شکایتی غیر از خشونت خانگی داشتند و ۲۰۳ نفر از آنان شکایتی نداشتند و تنها جهت دریافت مراقبت های بهداشتی اولیه به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که بر اساس بررسی متون و مطالعات مشابه تهیه و توسط افراد متبحر از نظر روایی محتوای مورد تأیید قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** افراد سه گروه از نظر سطح تحصیلات، درآمد زن و شغل زن تفاوت آماری معنی داری داشتند ( $P < 0/001$ ) و افراد گروه مورد سطح تحصیلات پایین تری داشتند. فراوانی خشونت از جانب همسر در بارداری در گروه مورد بیشتر بود ( $P < 0/001$ ). عوارض ذکر شده توسط زنان تحت خشونت قرار گرفته در بارداری در گروه مورد به ترتیب خونریزی (۲۹ مورد)، پارگی زودرس کیسه آب (۱۱ مورد)، زایمان زودرس (۶ مورد) و سقط (۷ مورد) بود. در این مطالعه، ۳۰ مورد خشونت فیزیکی در دوران بارداری گزارش شد که ۱۰ مورد آن منجر به خونریزی شد.

**نتیجه گیری:** تحصیلات، داشتن شغل و درآمد مستقل در زنان متأهل مهمترین عوامل محافظتی در برابر خشونت خانگی می باشند که باید در برنامه ریزی آتی کشور و سیاست گذاری های کلان نیز مدنظر قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** خشونت، زنان متأهل، عوارض بارداری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر یلدا روانشاد؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۱۵۹۷۴؛ پست الکترونیک:

yalda.ravanshad@yahoo.com

## مقدمه

وسعت خشونت علیه زنان به گستردگی تاریخ بشر است. خشونت علیه زنان پدیده ای جهانی است و با توجه به ویژگی های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر محل و مکان متفاوت می باشد. خشونت و تهاجم علیه زنان، طبقه، نژاد، ملیت، کهنولت سن، مذهب و نوع باورهای ایدئولوژیک نمی شناسد. خشونت اساساً فرهنگ، مذهب، منطقه زیستی و مرزهای اقتصادی را در می نوردد و به شکل های مختلف اعمال می شود (۱).

بررسی در مورد خشونت با مشکلاتی همراه است. در این مطالعات، محقق وارد حوزه خصوصی و صمیمی خانواده می شود و در خصوص رفتاری حساس از افراد سؤال می کند. وجود خشونت در خانواده از طرف فرد مورد خشونت قرار گرفته به علل مختلف پنهان نگه داشته می شود و یا در بیان آن اغراق می شود. نبود آمار در خصوص افراد در معرض خشونت، مشکل دیگری در راه دستیابی به نمونه معرف است. مشکل دیگری که در بررسی های خشونت مشاهده می شود، تبیین نظری موجود است. بسیاری از دیدگاه های نظری موجود، عوامل مؤثر در بروز خشونت را در سطح ویژگی های فردی و یا در سطح خانوادگی در نظر می گیرند در حالی که عوامل اجتماعی نیز در این خصوص باید مد نظر قرار گیرد. کلیه این عوامل در شناخت صحیح از پدیده تأثیر دارد (۲).

با توجه به برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۴۵ درصد از زنان از خشونت خانگی رنج می برند. خشونت علیه زنان امری جهانی است؛ ۳۰ تا ۳۵٪ زنان آمریکایی مورد آزار جسمی شوهران خود قرار می گیرند. متأسفانه ۱۵ تا ۲۵٪ زنان آمریکایی حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب و شتم قرار می گیرند (۳). در مطالعه تقوی و همکاران (۲۰۰۸) در تبریز، خشونت علیه زنان ۴۲٪ و در زمان بارداری ۱۹٪ گزارش شد (۴).

خشونت علیه زنان یک مشکل اجتماعی، قانونی و بهداشتی است که در بارداری، تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می شود. بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می کند و همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگر مانند خشونت، می تواند اثرات سوئی بر جنین و مادر داشته باشد و این

عوارض باعث افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان می شود (۵).

بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه پیامدهای نامطلوب بارداری به دنبال خشونت در این دوران، خشونت در طول بارداری ممکن است مستقیماً از ترومای جنسی یا فیزیکی یا به طور غیر مستقیم از طریق استرس (۷، ۸)، منجر به سقط (۹)، زایمان زودرس (۵-۷، ۱۰)، تولد کودکان با وزن پایین زمان تولد (۵-۷، ۱۰)، جدایی زودرس جفت، عفونت پرده جفت (۶)، آپگار پایین نوزاد (۱۰) و زایمان سزارین شود. در مطالعه بداغ آبادی در سبزوار (۲۰۰۱)، ۱۴/۵٪ از زنان باردار، در معرض خشونت جسمی بودند، با این حال تفاوت آماری معنی داری از لحاظ سن بارداری جنین، میزان دیلاتاسیون و افسمان زمان پذیرش، آپگار دقیقه ۱ و ۵ و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان بین زنان تحت خشونت و سایر زنان مشاهده نشد (۵). ولی در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۰۳) در خرم آباد، بین میانگین اضافه وزن مادر در طول بارداری، تعداد مراقبت های دوران بارداری، وزن هنگام تولد و پارگی زودرس پرده های جنینی و زایمان سخت بین دو گروه تحت خشونت و بدون خشونت ارتباط معنی داری وجود داشت و پیشنهاد شد که با توجه به بافت فرهنگی خاص منطقه جهت اظهار نظر قطعی تر، مطالعات دیگری در سایر مناطق کشور انجام و عوارض انواع سوء رفتار بر سرانجام بارداری نیز مورد مطالعه قرار گیرد (۶). با توجه به تأثیر عوامل مختلف نظیر فرهنگ منطقه و نژاد افراد بر انواع، عوامل خطر و پیامد خشونت و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای در این زمینه در منطقه انجام نشده، مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل خطر و ارتباط خشونت فیزیکی با پیامدهای بارداری در سه گروه از افراد تحت خشونت فیزیکی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی و مراجعین عادی پزشکی قانونی و زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مورد شاهدهی از مرداد ماه ۱۳۸۹ تا مرداد ماه سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۳۰ زن مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی تبریز با شکایت خشونت خانگی انجام شد. حجم نمونه با توجه به شیوع ۱۸٪ همسر آزاری در

مطالعات قبلی و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵، ۲۵۳ نفر محاسبه شد که به عنوان گروه مورد وارد مطالعه شدند. گروه شاهد شامل ۴۰۶ نفر بود که ۲۰۲ نفر آن‌ها از زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی با شکایتی غیر از خشونت خانگی و ۲۰۳ نفر از آنان شکایتی نداشتند و تنها جهت دریافت مراقبت های بهداشتی اولیه به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که بر اساس بررسی متون و مطالعات مشابه، تهیه و توسط افراد متبحر از نظر روایی محتوا مورد تأیید قرار گرفت. پایایی سؤالات پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ که ۰/۷۵ بود، به دست آمد. پرسشنامه با روش مصاحبه تکمیل شد. قبل از انجام مصاحبه، رضایت نامه کتبی از افراد گرفته شد و افراد مصاحبه کننده شامل یک پزشک عمومی و ۴ نفر مامای تعلیم دیده بودند. پرسش ها شامل: اطلاعات کلی و زمینه ای، فراوانی انواع خشونت ها در قالب سؤالات مستقیم و غیرمستقیم و عوارض و مشکلات ناشی از خشونت خانگی بود. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار

گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

عوامل مؤثر بر خشونت خانگی در سه گروه مورد، شاهد ۱ و شاهد ۲ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن به تفکیک متغیرهای کمی و کیفی در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. با توجه به جدول ۱، اکثر زنان در سه گروه، شهری بودند. سطح تحصیلات زن و شغل زن در سه گروه مورد مطالعه، با هم متفاوت بود و در گروه تحت خشونت قرار گرفته به طور معنی داری پایین تر از دو گروه دیگر بود. به طوری که این گروه، سطح تحصیلات پایین تری داشتند. همچنین زنان گروه تحت خشونت قرار گرفته، میزان درآمد کمتری داشتند. عوامل کمی مؤثر بر خشونت شامل سن، مدت ازدواج، سن فرزندان در سه گروه مورد، شاهد ۱ و شاهد ۲ مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ متغیرهای کمی با توزیع طبیعی ارائه شده است که برای هر متغیر، میانگین و انحراف معیار ذکر شد و سپس برای مقایسه دو به دوی آنها از آزمون توکی استفاده شد.

جدول ۱- متغیرهای کیفی مؤثر بر خشونت خانگی در مراجعین به پزشکی قانونی و مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز

نوع متغیر	گروه مورد		گروه شاهد ۱		گروه شاهد ۲		سطح معنی داری	آزمون کای دو
	درصد	۲۵۳	درصد	۲۰۲	درصد	۲۰۳		
محل تولد زن	شهر	۲۲۹	۹۰/۶	۱۸۳	۸۹/۷	۱۸۲	۰/۹۳۸	۰/۱۲۹
	روستا	۲۴	۹/۴	۱۹	۱۰/۳	۲۱		
سطح تحصیلات زن	بی سواد	۱۴	۳/۵	۷	۹/۴	۱۹	۰/۰۰۱	۴۳/۷۵
	زیر دیپلم	۹۰	۳۲/۳	۶۵	۲۳/۲	۴۷		
	دیپلم	۱۰۱	۳۱/۲	۶۳	۲۵/۶	۵۲		
	فوق دیپلم	۱۹	۱۲/۹	۲۶	۱۰/۸	۲۲		
	لیسانس و بالاتر	۲۹	۲۰/۳	۴۱	۳۱	۶۳		
شغل زن	خانه دار	۲۰۱	۷۸/۲	۱۵۸	۵۸/۱	۱۱۸	۰/۰۰۱	۶۶/۷۷
	کارمند	۲۷	۱۳/۴	۲۷	۲۶/۶	۶۰		
	کادر پزشکی	۲	۲/۵	۵	۹/۹	۲۰		
	سایر	۲۳	۵/۹	۱۲	۲/۵	۵		
درآمد زن	زیر ۴۰۰ هزار	۲۳۳	۸۱/۹	۱۱۳	۲۸/۳	۱۳۸	۰/۰۰۱	۴۲/۵۵
	۴۰۰-۸۰۰ بالایی	۱۸	۱۵/۲	۲۱	۲۷/۲۵	۵۵		
چندمین ازدواج زن	اول	۲۲۸	۹۴/۱	۱۹۰	۹۶/۵	۱۹۵	۰/۱۱۵	۷/۴۳
	دوم و بیشتر	۲۳	۵/۹	۱۲	۳/۵	۷		

جدول ۲- بررسی متغیرهای کمی (با توزیع طبیعی) مؤثر بر خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی و مراکز بهداشتی درمانی

نوع متغیر	مورد		شاهد ۱		شاهد ۲		سطح معنی داری*
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
سن زن	۸/۹۶	۳۰/۱۵	۸/۳۱	۲۹/۸۶	۱۲/۷۶	۳۷/۱۵	۰/۰۰۱
مدت ازدواج زن	۷/۹۹	۳۸/۹	۸/۲۶	۸/۴۴	۱۴/۰۴	۱۵/۴۹	۰/۰۰۱
سن همسر	۹/۸۶	۳۵	۹/۴	۳۴/۴	۱۳/۱	۴۱/۲	۰/۰۰۱
سن اولین فرزند	۸/۱۵	۹/۷۷	۹/۰۸	۹/۶۹	۱۳/۸۶	۱۵/۴۷	۰/۰۰۱
سن دومین فرزند	۹/۴	۱۲/۷۷	۹/۱۵	۱۲/۶	۱۴/۲	۱۸/۴۳	۰/۰۰۳
سن سومین فرزند	۱۰/۲	۱۵/۵۲	۸/۵	۱۳/۲۶	۱۳/۵۱	۲۳/۸	۰/۰۰۲

\*آزمون آنووا

تعمیقی استفاده شد که سن ازدواج در گروه تحت خشونت پزشکی قانونی از دو گروه دیگر پایین تر بود. در این مطالعه ۱۷۸ نفر (۷۰/۴٪) از گروه مورد، ۱۰۹ نفر (۵۴/۴٪) در گروه شاهد ۱ و ۱۷۱ نفر (۸۴/۷٪) در گروه شاهد ۲، دارای فرزند بودند. در مورد خشونت در دوران بارداری از سه گروه سؤال شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است (جدول ۳).

بر اساس آزمون توکی، سن زنان، مدت زمان ازدواج آنان، سن همسر و سن اولین فرزند در گروه مورد و شاهد ۱ اختلاف معنی داری نداشت، ولی گروه مورد از این نظر با گروه شاهد ۲ اختلاف معنی داری داشت ( $P < 0/05$ ). در مورد عوامل مؤثر بر خشونت در متغیرهای کمی غیر نرمال از آزمون کروسکال والیس استفاده شد که در مورد سن ازدواج زن، آزمون کروسکال والیس معنی دار بود ( $P = 0/001$ ). جهت مقایسه دو به دوی گروه ها از آزمون

جدول ۳- بررسی خشونت در بارداری و عوارض آن در زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی و مراکز بهداشتی درمانی

متغیر	گروه مورد		کنترل ۱		کنترل ۲		سطح معنی داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خشونت از جانب همسر در بارداری	۱۲۸	۷۹	۳۰	۱۸/۵	۴	۲/۵	۰/۰۰۰۱
خونریزی	۲۹	۷۰/۷	۱۰	۲۴/۴	۲	۴/۹	۰/۰۰۰۱
پارگی زودرس کیسه آب	۱۱	۷۳/۳	۴	۲۶/۷	۰	۰	۰/۰۰۸
زایمان زودرس	۶	۶۰	۳	۳۰	۱	۱۰	۰/۲۶۵
سقط	۷	۵۸/۳	۵	۴۱/۷	۰	۰	۰/۰۶۴

همانطور که ملاحظه می شود، فراوانی خشونت از جانب همسر در بارداری در گروه مورد به شدت از شاهد ۱ و شاهد ۲ بالاتر بود.

تحصیل و داشتن شغل و درآمد در زنان به ویژه در جوامع سنتی را نشان می دهد. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۶ در تبریز انجام شد، خشونت خانگی علیه زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان در بخش مراقبت های مامایی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس این مطالعه، شیوع خشونت خانگی در طول زندگی، ۴۲٪ بود که ۱۹/۳٪ آن در دوران بارداری بود و هیچ ارتباطی بین شرایط اقتصادی- اجتماعی، سطح تحصیلات، شغل زن و سن ازدواج مشاهده نشد و بین بیکاری، اعتیاد و مصرف الکل در شوهر با خشونت خانگی

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح تحصیلات، شغل و درآمد زنان در گروه تحت خشونت خانگی پایین تر از دو گروه شاهد بود. در مطالعه وکیلی و همکاران (۲۰۱۰) که در کازرون انجام شد، بین خشونت خانگی و درآمد خانواده، سطح تحصیلات و اعتقاد دینی زوجین ارتباط معنی داری مشاهده شد (۱۲) که لزوم توجه به امر

### بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح تحصیلات، شغل و درآمد زنان در گروه تحت خشونت خانگی پایین تر از دو گروه شاهد بود. در مطالعه وکیلی و همکاران (۲۰۱۰) که در کازرون انجام شد، بین خشونت خانگی و درآمد خانواده، سطح تحصیلات و اعتقاد دینی زوجین ارتباط معنی داری مشاهده شد (۱۲) که لزوم توجه به امر

ارتباط معناداری مشاهده شد (۱۳) که نتایج آن کمی متفاوت با مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر، سن زنان، مدت زمان ازدواج آنان، سن همسر، سن اولین فرزند و سن ازدواج زنان در دو گروه مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی با هم تفاوت معنی داری نداشت، ولی هر دو گروه در این زمینه با مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی (شاهد ۲) متفاوت بودند که لزوم توجه به سن مناسب ازدواج در زنان را نشان می دهد. با توجه به جدول ۳، ۱۲۸ نفر از زنان گروه مورد، خشونت در دوران بارداری را تجربه کردند که در گروه شاهد ۱، ۳۰ مورد و در گروه شاهد ۲، ۴ مورد بود. در مطالعه احمد و همکار (۲۰۰۵) که در مورد خشونت خانگی در بین زنانی که به یک مرکز پزشکی در سودان مراجعه کرده بودند، انجام شد، شیوع خشونت در بارداری (۱۶٪) ذکر شد (۱۴).

در مطالعه صالحی و همکار (۲۰۰۶) به بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرکرد پرداخت که در آن، ۱۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به این مراکز مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوع همسر آزاری در کل افراد، ۶۷/۵٪ و شامل همسر آزاری جسمی (۳۴/۵٪)، روحی و روانی (۵۱/۷٪) و جنسی (۱۳/۸٪) بود. همچنین آسیب های شدید ناشی از همسر آزاری در بعد جسمی ۱۷/۴۴٪، در بعد روحی روانی ۱۲/۵۶٪ و در بعد جنسی ۴٪ بود. بین خشونت خانگی با محل زندگی (شهر یا روستا)، سطح تحصیلات و سن ازدواج ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت، اما سطح خشونت در افرادی که طول مدت ازدواج آنان کمتر از ۵ سال بود، نخست باردار بودند، سطح اقتصادی پایین داشته و شوهران بیکار یا معتاد داشتند، از نظر آماری معنی دار بود (۱۵).

در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۰۹) که در خرم آباد در مورد پیامدهای خشونت خانگی بر روی ۳۱۳ زن باردار مورد خشونت قرار گرفته و ۱۶۰ زن بارداری که مورد خشونت قرار نگرفته بودند، انجام شد، بین خشونت خانگی با میانگین افزایش وزن در بارداری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و همچنین ارتباط معناداری بین میانگین تعداد مراقبت های پره ناتال و زایمان طول

کشیده (دیستوشی)، پارگی زودرس پرده جنینی و میانگین وزن پایین زمان زایمان نوزاد وجود داشت و محققین معتقد بودند که باید در مراقبت های پری ناتال در سطح جامعه، مراقبت های زنان از نظر خشونت خانگی را مدنظر قرار داد (۱۶).

در مطالعه حاضر عوارض ذکر شده توسط زنان تحت خشونت قرار گرفته در بارداری به ترتیب، خونریزی (۲۹ مورد)، پارگی زودرس کیسه آب (۱۱ مورد)، زایمان زودرس (۶ مورد) و سقط (۷ مورد) بود.

در مطالعه حاضر، ۳۰ مورد خشونت فیزیکی در دوران بارداری گزارش شد که ۱۰ مورد آن منجر به خونریزی شد. بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر مادران تحمیل می کند و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگری مانند خشونت می تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر می توان با اجرای برنامه آموزشی در خصوص عوامل خطر و اثرات سوء خشونت فیزیکی بر سطح سلامت مادران و نوزادان و مشارکت همسران در این برنامه ها در مراکز بهداشتی درمانی تا حدود زیادی گام مؤثری در جهت کاهش اثر این پدیده شوم از روی سلامت مادران برداشت.

از نقاط ضعف مطالعه حاضر می توان به این مورد اشاره کرد که با توجه به موضوع مورد مطالعه، امکان تصادفی سازی موارد مورد مطالعه وجود نداشت و بر اساس موافقت و رضایت افراد، برای آنها پرسشنامه تکمیل شد. انجام مطالعات آینده نگر در این زمینه پیشنهاد می شود. از نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که از دو گروه شاهد استفاده شد و باعث افزایش قدرت مطالعه شد.

### نتیجه گیری

تحصیلات، داشتن شغل و درآمد مستقل در زنان متأهل مهمترین عوامل محافظتی در برابر خشونت خانگی می باشند که باید در برنامه ریزی آتی کشور و سیاست گذاری های کلان نیز مدنظر قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز و سازمان پزشکی قانونی

تبریز می باشد. بدینوسیله از کلیه کسانی که ما را در  
انجام این مطالعه یاری رساندند به ویژه سرپرست و  
پرسنل مرکز پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی،  
تشکر و قدردانی می شود.

## منابع

1. American heritage dictionary, violence. Available at: Bartleby.com
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozan R. World report on violence and health. Geneva:World Health Organization;2002.
3. Kar M. [Research on violence against women in Iran]. Tehran:Rooshangaran Publishers;2001:13-5. [in Persian].
4. Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. Res J Biol Sci 2008;3(1):128-31.
5. Bodaghabadi M. [Pregnancy outcomes in victims of violence referred to Hospital of Mobini of Sabzevar] [Article in Persian]. Asrar:J Sabzevar Univ Med Sci 2005 Fall;12(3):41-6.
6. Khodakarami N, Godarz Dashti M, Naji H. [Relationship between abuse and pregnancy outcome in maternal Khorramabad] [Thesis in Persian]. Esfahan:Esfahan University of Medical Sciences;2003:26-34.
7. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol 2004 Jul;18(4):260-9.
8. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital,Uganda. Trop Med Int Health 2006 Oct;11(10):1576-84.
9. Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. BJOG 2003 Mar;110(3):272-5.
10. Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. J Nurs Scholarsh 2003;35(4):345-9.
11. Wheeler L. Nurse-midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postpartum care. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2002.
12. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. Violence Vict 2010;25(1):116-27.
13. Dezhman M, Baradarane Eftekhari M. [Direct costs of violence against women in Tehran Legal Medicine Center] [Article in Persian]. Payesh 2006 Summer;5(3):201-5.
14. Ahmed AM, Elmardi AE. A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan. East Mediterr Health J 2005 Jan-Mar;11(1-2):164-74.
15. Salehi Sh, Mehre-Alian H. [A study of the prevalence and type of domestic violence in pregnant women referred to health centers of Shahrekord city in 2003] [Article in Persian]. J Shahrekord Univ Med Sci 2006;8(2):72-7.
16. Khodakarami N, Naji H, Dashti MG, Yazdjerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. . East Mediterr Health J 2009 May-Jun;15(3):622-8.