

مقاله پژوهشی

بررسی اپیدمیولوژیک ضرب و جرح در زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی شیراز در سال ۹۵-۱۳۹۴

هاله قائم^۱، شیرین ریاحی^{۲*}، مهناز یداللهی^۳

^۱ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲ مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۳ مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۸

چکیده

مقدمه: خشونت علیه زنان یک مشکل بهداشت عمومی و نقض حقوق بشر است؛ از این رو این مطالعه با هدف بررسی اپیدمیولوژیک ضرب و جرح در زنان مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی شیراز در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش انجام این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی است و ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست می‌باشد که دارای ۲۲ سؤال در ۲ بخش (اطلاعات دموگرافیک و بالینی) است. این مطالعه در ارتباط با ۱۲۰ نفر از زنان و دختران بالای ۱۵ سال شهر شیراز صورت گرفت. اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS 16 آنالیز گردید و سطح معناداری معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان مورد مطالعه $34/44 \pm 13$ سال بود و ۷۲/۵ درصد از آن‌ها متأهل بودند. بر مبنای نتایج، بیشترین محل آسیب دست‌ها (۳۳/۳ درصد) بود و ۶۹/۲ درصد از موارد جهت انجام مراقبت‌های بیشتر در بیمارستان بستری شدند. بیشترین میزان ضرب و جرح نیز در سال ۱۳۹۴ و در فصل بهار (۲۴/۲ درصد) گزارش گردید. افزون بر این از نظر زمان مراجعه به مرکز درمانی، بیشترین مراجعه بیماران (۳۷/۵ درصد) بین ساعت ۱۸ تا ۲۳:۵۹ رخ داده بود و کمترین مراجعه (۱۰/۸ درصد) بین ساعت ۶ تا ۱۱:۵۹ صورت گرفته بود. ۶۵/۸ درصد از زنان از طریق آمبولانس و ۳۴/۲ درصد توسط خودروی شخصی عازم بیمارستان شده بودند. باید عنوان نمود که ۶۹/۲ درصد از زنان مورد مطالعه بستری گردیده و ۳۰/۸ درصد به صورت سرپایی درمان شده بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه خشونت علیه زنان منجر به وارد آمدن جراحات جسمی و ضربه‌های روحی به آن‌ها می‌گردد و این مسأله تبعات فراوانی را برای زندگی آن‌ها و جامعه به همراه دارد، توجه به آن امری ضروری است؛ از این رو سرمایه‌گذاری، برنامه‌ریزی و فرهنگ‌سازی جهت فائق آمدن بر این معضل توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: زنان، شیراز، ضرب و جرح

مقدمه

در حال حاضر خشونت به‌عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت افراد جامعه به‌ویژه اقشار آسیب‌پذیر مانند زنان و کودکان تلقی شده و نگرانی‌ها و دلواپسی‌هایی را در مورد این ۲ گروه ایجاد کرده است (۱). از سال ۱۹۹۰ به بعد خشونت علیه زنان به‌ویژه خشونت خانگی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه رو به افزایش می‌باشد (۲). تأثیر سوءمصرف مواد بر خشونت خانوادگی نشان می‌دهد که در ۶۳/۶ درصد از خانواده‌هایی که در آن‌ها پدر خانواده معتاد به مصرف مواد مخدر است، خشونت فیزیکی و روانی اتفاق می‌افتد (۳). حمله جنسی و فیزیکی ممکن است منجر به صدمات جنینی یا غیرجنینی، ضربه‌های خاص و دردهای عمومی از جمله درد شانه، گردن و دست، حاملگی ناخواسته، عفونت‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی و مشکلات و امراض زنانه شود (۴). از جمله پیامدهای روانی در قربانیان افسردگی، تفکر در مورد خودکشی، اقدام به خودکشی، برهم خوردن الگوی خواب و خوراک، کابوس‌های شبانه، ناراحتی اعصاب و سوءمصرف مواد می‌باشد (۵). براساس گزارش بانک جهانی تجاوز و خشونت خانگی، بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان پستان و رحم، زایمان‌های دردناک و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله می‌شوند (۶). مطالعه انجام‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با سلامت و خشونت خانگی علیه زنان که اطلاعات خود را از مطالعه در مورد بیش از ۲۴ هزار زن در ۱۵ منطقه از ۱۰ کشور جهان جمع‌آوری نمود، نشان می‌دهد که فراوانی خشونت جسمی، جنسی و یا هر دو از سوی شریک جنسی در طول زندگی ۱۵ تا ۷۱ درصد و در بیشتر مناطق بین ۲۹ تا ۶۲ درصد است؛ به‌طوری که خشونت‌های خانگی علیه زنان در کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد (۷). براساس مطالعات انجام‌شده، هر ساله در ایالات متحده آمریکا دو میلیون زن توسط همسران خود

مورد تهاجم فیزیکی قرار می‌گیرند و آسیب‌های واردشده منجر به ۷۳ هزار بستری و ۱۵۰۰ مرگ می‌گردند (۸). همچنین ۱۵ درصد از زنان شهری ژاپن، ۵۱ درصد از زنان شهری پرو، ۷۱ درصد از زنان روستایی اتیوپی و بین ۳۲/۹ تا ۶۱/۴ درصد از زنان ترکیه سابقه خشونت فیزیکی یا جنسی را در طول عمر خود داشته‌اند (۳،۷).

در پژوهشی که توسط Golkar و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مناطق نیمه‌روستایی غرب ترکیه در ارتباط با ۸۰۰ نفر از زنان انجام شد، شیوع خشونت خانگی علیه زنان معادل ۳۹ درصد به‌دست آمد. همچنین مواجهه خشونت کلامی (۳۴ درصد) و خشونت جنسی (۶/۹ درصد) به‌ترتیب به‌عنوان بیشترین و کمترین انواع خشونت خانگی علیه زنان گزارش شدند (۲).

در مطالعه‌ای که توسط Farell و همکاران طی سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۴ در جزایر ایسلند انجام شد، مشاهده گردید که ۳۲ درصد از زنان مصرف‌کننده الکل بودند و میانگین تعداد روزهای بستری در بیمارستان برای زنان دو هفته و دو روز بود. همچنین در ۴۵ درصد از موارد اندام فوقانی، در ۱۸ درصد سر و گردن، در ۱۵ درصد اندام تحتانی، در ۷ درصد قفسه سینه، شکم و لگن و در ۳ درصد مناطق چندگانه دچار آسیب شده بودند (۷).

در ایران نیز خشونت علیه زنان یک مسأله و معضل اجتماعی است. شیوع کلی خشونت نسبت به زنان در خانواده براساس مطالعات در تهران و شهرهای دیگر کشور طیف گسترده‌ای از ۱۷/۵ تا ۹۳/۶ درصد را شامل می‌شود (۹).

در پژوهشی که توسط حقیقی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۹ در اهواز انجام شد، شیوع خشونت قبل از بارداری ۴۴/۷ درصد و در دوران بارداری ۱۹/۳ درصد گزارش گردید. در این زمینه خشونت فیزیکی معادل ۲/۷ درصد و

خشونت روحی برابر با ۱۹/۳ درصد به دست آمد. همچنین بین شیوع خشونت بارداری و اعتیاد، سیگاری بودن و مصرف الکل همسر اختلاف معناداری از نظر آماری مشاهده گردید (۱۰).

مطالعات در زمینه خشونت خانگی در ایران به دلیل سیستم اداری گسترده و عدم همکاری برخی از سازمان‌های مسئول در پاسخ به این موضوع، کاری چالش‌برانگیز می‌باشد. در این راستا با توجه به اینکه تاکنون مطالعه اپیدمیولوژیک کاملی در این زمینه در شهر شیراز صورت نگرفته است، بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی اپیدمیولوژیک ضرب و جرح در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی شهر شیراز بپردازیم. امید است نتایج پژوهش حاضر از طریق به تصویر کشیدن جنبه‌های اپیدمیولوژیک آسیب‌ها و صدمات بدنی ناشی از ضرب و جرح در زنان، با کشف راه‌کارهای پیشگیری، از بروز آسیب‌ها و صدمات ناشی از آن جلوگیری نماید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه با توجه به فراوانی نوع آسیب در اندام‌های مختلف که بین ۲۴ تا ۷۸ درصد در مطالعات قبلی گزارش شده است، با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت ($P=24$)، اطمینان حدود ۹۰ درصد و دقت ۰/۰۵ معادل ۱۲۰ نفر محاسبه گردید. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، چک‌لیستی توسط پژوهشگران آماده گردید که در آن ویژگی‌های دموگرافیکی (سن، تاهل، قد، وزن و غیره)، ناحیه آسیب‌دیده، سابقه مصرف مواد مخدر، حاملگی، زمان حادثه و وضعیت سلامتی افراد از قبیل علائم حیاتی و سطح تریاژ و GCS (Glasgow Coma Scale) لحاظ گشت. نمره کمای گلاسکو (GCS) معیاری جهت تعیین شدت آسیب ضربه‌ای مغز می‌باشد. این معیار بر ۳ پایه استوار

است که عبارت هستند از: پاسخ چشمی به صورت بازبودن یا بازکردن چشم (در بهترین حالت ۴ نمره)، پاسخ کلامی (در بهترین حالت ۵ نمره) و پاسخ حرکتی (در بهترین حالت ۶ نمره) که مجموع این موارد نمره GCS فرد را تعیین می‌نماید. گویه‌های چک‌لیست از منابع مرتبط مانند کتاب، مقاله و نظرات اساتید دانشگاه استخراج شد و براساس اهداف اختصاصی پژوهش تنظیم گردید. برای ارزیابی اعتبار صوری (Face Validity)، چک‌لیست طی چندین جلسه توسط اساتید هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد نقد و بررسی قرار گرفت و در نهایت اعتبار آن تأیید گردید.

اطلاعات توسط پژوهشگر و از طریق پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان جمع‌آوری شد و پرونده‌های ناقص از مطالعه حذف گردید.

به منظور بررسی داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد. جهت آنالیز توصیفی متغیرهای کمی، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های رتبه‌ای، فراوانی مطلق و نسبی محاسبه گردید.

در فرایند انجام مطالعه، نکات اخلاقی پژوهشی از جمله محرمانه‌نگهداشتن اطلاعات و نام افراد، رعایت حرمت افراد یا اجتماع هنگام بحث و تفسیر، رعایت صداقت در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها و عدم تحریف مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت.

پروپوزال این پژوهش در کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب گردید. کد طرح ۸۵۳۸-۰۴-۰۱-۹۳ می‌باشد.

نتایج

محدوده سنی زنان مورد مطالعه ۱۴ تا ۸۴ سال و میانگین سنی آن‌ها $34/44 \pm 13$ سال بود. بیشترین تعداد افرادی که مورد ضرب و جرح قرار گرفته بودند در گروه

میلی متر جیوه) داشتند. افزون بر این میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد به ترتیب $125/2 \pm 6$ و $79/98 \pm 5/33$ میلی متر جیوه بود. همچنین میانگین ضربان قلب ۹۵ درصد از افراد در محدوده طبیعی (۶۰-۱۰۰) ضربان در دقیقه) قرار داشت و ضربان قلب ۵ درصد دیگر بیشتر از ۱۰۰ ضربان در دقیقه بود. تعداد تنفس $98/2$ درصد از بیماران نیز طبیعی (۲۰-۱۲ بار در دقیقه) و تعداد تنفس $1/7$ درصد از آنها بیشتر از حالت طبیعی به دست آمد.

علاوه بر این، سطح کمای گلاسکوی $0/8$ درصد از افراد مورد مطالعه ۱۳ و برای $99/2$ درصد دیگر ۱۵ بود. همچنین سطح تریاژ $96/7$ درصد از آنها ۳ و برای $3/3$ درصد دیگر ۲ گزارش شد.

نتایج نشان داد که $10/8$ درصد از زنانی که مورد خشونت قرار داشتند، باردار بودند.

مطابق با بررسی‌های صورت گرفته، میزان ضرب و جرح در سال ۱۳۹۴ در فصل بهار $24/2$ درصد، در فصل تابستان $19/1$ درصد، در فصل پاییز $16/7$ درصد، در فصل زمستان $21/7$ درصد و در دو ماهه اول سال ۱۳۹۵، $18/3$ درصد بود. از نظر زمان مراجعه به مرکز درمانی نیز ۲۵ درصد از افراد بین ساعت ۰ تا $5:59$ دقیقه صبح، $10/8$ درصد بین ساعت ۶ تا $11:59$ دقیقه، $26/7$ درصد بین ساعت ۱۲ تا $17:59$ دقیقه و $37/5$ درصد بین ساعت ۱۸ تا $23:59$ دقیقه به بیمارستان شهید رجایی مراجعه کرده بودند.

بررسی‌های انجام گرفته حاکی از آن بود که $65/8$ درصد از زنان از طریق آمبولانس و $34/2$ درصد توسط خودروی شخصی عازم بیمارستان شده بودند. باید عنوان نمود که $69/2$ درصد از زنان مورد مطالعه بستری گردیده و $30/8$ درصد به صورت سرپایی درمان شده بودند. همچنین از نظر محل ضربه، بیشترین مکان آسیب دیدگی مربوط به دست بود که حدود $33/3$ درصد از موارد را تشکیل می داد. ناحیه

سنی ۲۵ تا ۳۴ سال جای داشتند که حدود $41/7$ درصد از حجم نمونه مورد مطالعه را تشکیل دادند (جدول ۱).

میانگین قد و وزن افراد مورد مطالعه به ترتیب $162/66 \pm 6/6$ سانتی متر و $65/61 \pm 11/3$ کیلوگرم بود. به لحاظ وضعیت تأهل نیز $72/5$ درصد از افراد متأهل و مابقی مجرد بودند.

محل تولد ۹۱ درصد از افراد شیراز و ۹ درصد دیگر شهرها و روستاهای اطراف شیراز بود. در ارتباط با مصرف مواد اعتیادآور نیز نتایج بیانگر آن بود که ۹۵ درصد از زنان مورد بررسی از هیچ گونه مواد مخدر و اعتیادآوری استفاده نمی کردند و ۵ درصد از آنها مصرف کننده سیگار یا قلیان بودند.

در بررسی وضعیت اولین علائم حیاتی زنان پس از رخداد خشونت مشخص گردید که حدود $80/8$ درصد از افراد دارای فشارخون سیستولیک نرمال (۱۴۰-۱۰۰ میلی متر جیوه) بودند و $19/2$ درصد از افراد فشارخون سیستولیک غیرطبیعی ($17/5$ درصد فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و $1/7$ درصد فشارخون سیستولیک پایین تر از ۱۰۰ میلی متر جیوه) داشتند.

همچنین در اندازه گیری‌های انجام شده مشاهده گردید که ۸۰ درصد از زنان مورد مطالعه دارای فشارخون دیاستولیک نرمال (۹۰-۶۶ میلی متر جیوه) بودند و ۲۰ درصد فشارخون دیاستولیک غیرنرمال ($3/3$ درصد پایین تر

جدول ۱: توزیع سنی زنان مورد خشونت قرارگرفته بر حسب سال

محدوده سنی	فراوانی (درصد)
۱۵-۲۴	۲۷ (۲۲/۵)
۲۵-۳۴	۵۰ (۴۱/۷)
۳۵-۴۴	۱۶ (۱۳/۳)
۴۵-۵۴	۱۴ (۱۱/۷)
۵۵-۶۴	۹ (۷/۵)
۶۵-۷۴	۳ (۲/۵)
۷۵-۸۴	۱ (۰/۸)

از ۶۰ میلی متر جیوه و $16/7$ درصد بیشتر از ۹۰

تناسلی نیز با ۲/۵ درصد کمترین محل مورد آسیب در زنان بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی زنان مورد خشونت قرار گرفته براساس محل آناتومیکی آسیب

محل آسیب	فراوانی (درصد)
سر	۳۹ (۳۲/۵)
گردن	۱۹ (۱۵/۸)
صورت	۳۹ (۳۲/۵)
شکم	۳۴ (۲۸/۳)
کمر	۲۲ (۱۸/۳)
دست	۴۰ (۳۳/۳)
پا	۱۵ (۱۲/۵)
ناحیه تناسلی	۳ (۲/۵)
گوش	۹ (۷/۵)
سینه	۲۰ (۱۶/۷)
پهلوی	۴ (۳/۳)

بحث

در این پژوهش زنانی که در محدوده سنی ۲۵ تا ۳۴ سال بودند، بیشتر مورد ضرب و جرح قرار گرفته بودند. این درحالی است که در مطالعه‌ای که توسط حاجیان و همکاران در شاهرود انجام شد، گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال حدود سه برابر بیشتر از زنان بالای ۳۵ سال تحت خشونت قرار داشتند (۱۱). همچنین در پژوهشی که توسط Farell و همکاران در ایسلند انجام شد، گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال با ۶۷ درصد دارای بیشترین موارد خشونت بودند که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۷).

مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، درصد قابل توجهی از زنان هیچ‌گونه مواد اعتیادآوری را مصرف نمی‌کردند که این نتایج با یافته‌های مطالعه نجفی دولت‌آبادی و همکاران در یاسوج که عدم مصرف مواد اعتیادآور در زنان را ۹۰/۱ درصد گزارش کردند، همسو است (۱).

در ارتباط با تأهل نیز بررسی‌های انجام‌گرفته نشان داد که زنان متأهل بیشتر از دختران مجرد مورد حمله و آسیب

قرار داشتند که این یافته با نتایج پژوهش سیاهپوش و همکاران در اهواز همخوان می‌باشد (۱۲).

علاوه‌براین، این نتایج با یافته‌های پژوهش نیرومند زندی و همکاران در ارتباط با بالاترین و کمترین شیوع محل آناتومیکی مورد آسیب همسو بود. در مطالعه زندی در تهران، دست و پا با شیوع ۴۵ درصد نسبت به سایر اعضای بدن بیشتر مورد حمله و آسیب قرار داشتند. ناحیه تناسلی نیز به‌عنوان کمترین محل آسیب گزارش گردید (۱۳).

در پژوهش Fanslow و همکاران نیز بالاترین میزان آسیب ناشی از صدمات عمدی در سر (۶۳/۷ درصد) و پایین‌ترین میزان در ران، مفصل ران و قسمت پایینی کمر (۰/۵ درصد) رخ داده بود (۱۴).

در این مطالعه درصد قابل توجهی از افراد نیاز به مراقبت پزشکی داشتند که بدین‌منظور در بیمارستان بستری شدند؛ درحالی که در پژوهش Jain و همکاران در سال ۲۰۰۴ در هند، تنها ۳۰ درصد از زنانی که مورد خشونت واقع شده بودند، در مراکز درمانی تحت نظر قرار گرفتند (۱۵).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر نمایی از وضعیت اپیدمیولوژیکی ضرب و جرح در زنان شهر شیراز بود. با توجه به اینکه خشونت می‌تواند عوارضی خطرناک و طولانی مدت را برای جسم و روان این قشر آسیب‌پذیر جامعه در پی داشته باشد، اهمیت‌دادن به آن امری لازم و اجتناب‌ناپذیر است. در این زمینه، ارائه مشاوره به زنان آسیب‌دیده به‌منظور کاهش فشار روانی ناشی از خشونت، اصلی مهم به‌شمار می‌آید.

امید است با ترویج اخلاق اسلامی، اشاعه فرهنگ و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مدارس و مکان‌های عمومی از رخ‌دادن هرگونه خشونت علیه زنان پیشگیری نماییم.

یا اجتماع هنگام بحث و تفسیر، رعایت صداقت در هنگام تجزیه و تحلیل داده ها و عدم تحریف مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت.

تضاد منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در تخصیص بودجه و تسهیل در انجام فرآیند طرح و هماهنگی های لازم مراتب سپاس و قدردانی را اعلام نمایند.

از جمله محدودیت های این پژوهش عدم دسترسی به بیمار در صورت نیاز و اطلاعات ناقص در برخی از پرونده ها بود؛ از این رو پیشنهاد می گردد که در مطالعات مشابه، اطلاعات مورد نیاز به صورت مصاحبه جمع آوری شود.

حمایت مالی

مقاله حاضر منتج از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شیراز بوده و تحت حمایت مالی آن دانشگاه می باشد.

ملاحظات اخلاقی

در فرآیند انجام مطالعه، نکات اخلاقی پژوهشی از جمله محرمانه نگهداشتن اطلاعات و نام افراد، رعایت حرمت افراد

References

1. Poorsaidi F, Nobandegani ZM, Zadebagheri GH. Complications, type and severity of physical injuries due to violence in women referring to legal medical center of Yasouj. Iran J Nurs. 2006;19(46): 7-14.
2. Gokler ME, Arslantas D, Unsal A. Prevalence of domestic violence and associated factors among married women in a semi-rural area of western Turkey. PakJ Med Sci. 2014;30(5):1088-93.
3. Pournaghash-Tehrani S. Domestic violence in Iran: aliterature review. Aggression Violent Behav. 2011;16(1):1-5.
4. Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JA. Women's experiences with violence: anational study. Womens Health Issues. 2007;17(1):3-12.
5. Khosravipour E, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Pourshahbaz A, Sahraei OA, Yousefnejad M. Risk factors of marital violence of married men and women in different levels of severity. ProcSocBehav Sci. 2011;30:1221-9.
6. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam BE. Prevalence of domestic violence in women referred to the heath care centers in Semnan (2003). Koomesh. 2005; 6(2):115-22. [in Persian]
7. Farrell PC, Negin J, Houasia P, Munamua AB, Leon DP, Rimon M, et al. Hospital visits due to domestic violence from 1994 to 2011 in the Solomon Islands: a descriptive case series. Hawaii J MedPublic Health. 2014;73(9):276-82.
8. Behnam HR, Moghadam Hoseini V, Soltanifar A. Domestic violence against the Iranian pregnant women. Horizon Med Sci. 2008;14(2):70-6.
9. Aghakhani K, Aghabigloie A, Chehrei A. Evaluation of physical violence by spouse against womens refering to forensic medicine center of Tehran in autumn of 2000. Razi J Med Sci. 2003;9(31):485-90. [in Persian]
10. Hassanzadeh S, Noughjah S, Haghizadeh MH. Prevalence of domestic violence against pregnant women and its related factors in women referred to health centers in 2010 in Ahvaz, Iran. Jentashapir J Health Res. 2011; 2(3):104-10. [in Persian]
11. Hajian S, Vakilian K, Najm-abadi KM, Hajian P, Jalalian M. Violence against women by their intimate partners in Shahrud in northeastern region of Iran. Global J Health Sci. 2014;6(3):117.
12. Siapoush A, Ajam Dashtinezhad F. A study on the effective socio-economic factors of violence against women in Ahwas. Sociol Youth Stud. 2009;1(3):91-120. [in Persian]
13. Niroumand ZK, Hosseinzadeh M, Najafi DS, Alavi MH, Khatami ZA. Types and severity of physical injuries due to general violating acts in women referring to forensic medical center, Tehran, 2004. Pajoohandeh J. 2005;10(1):9-15. [in Persian]
14. Fanslow JL, Norton RN, Spinola CG. Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. AnnEmerg Med.

1998;32(3 Pt 1):341-8.
15. Jain D, Sanon S, Sadowski L, Hunter W. Violence
against women in India: evidence from rural

Maharashtra, India. Rural Remote Health.
2004;4(4):304 .

Original Article

Epidemiologic Survey of Assault and Beating in Female Patients Referred to Rajaiee Hospital of Shiraz, 2015-16

Haleh Ghaem¹, Shirin Riahi^{2*}, Mahnaz Yadolahi³

¹ Health Research Center, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Non-communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

³ Trauma Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 18 November 2016

Accepted: 05 January 2017

Abstract

Introduction: Violence against women is a public health problem and a human rights violation of worldwide significance. The aim of this study was to determine the prevalence of violence against women referring Shiraz ShahidRajae hospital in 2016.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 120 adult women in Shiraz in 2015-16. Data were collected by a checklist of 22 questions in two parts (clinical and demographic information). Statistical analysis was done using SPSS 16. The significance level was considered at 0.05.

Results: The mean age of women was 34.44 ± 13 years. 72.5% of them were married.

The findings of the study showed that the majority of the women (33.3%) had hand trauma.

Also, the results of this study showed that, 69.2% of cases were confinement to the hospital for further care. Most of the assaults (24.2%) reported in the spring.

65.8% of women referred to the hospital by ambulance and others went to it by private car.

Conclusion: As regards to that violence against women has physical and emotional injuries, so it is necessary to pay attention to it. To overcome this problem, investment, planning and building a culture in the field of respecting women's rights is recommended.

Keywords: Assault, Shiraz, Women
