

اثربخشی مداخلات آموزش سلامت برای پیشگیری از خشونت خانگی علیه زنان

بتول احمدی*، یلدا سلیمان اختیاری**

طرح مسئله: خشونت خانگی علیه زنان یکی از مشکلات عمده سلامت زنان به شمار می‌آید. امروزه، پیشگیری از بروز این مشکل و همچنین شناسایی و مدیریت موارد خشونت خانگی علیه زنان در بسیاری از کشورها به عنوان یک اولویت سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است. هدف این پژوهش، بررسی مداخلات انجام شده در زمینه پیشگیری از بروز خشونت خانگی علیه زنان، افزایش موارد شناسایی شده خشونت و مدیریت موارد تشخیص داده شده و اثربخشی این مداخلات است.

روش: با جستجوی نظام مند مقالات موجود در بانک‌های اطلاعاتی PubMed, EBSCO, Cochrane Database و نیز بانک اطلاعاتی مقالات علوم پزشکی (ایران مدکس) و پایگاه اطلاعات علمی (SID)، با استفاده از کلمات کلیدی مرتبط انگلیسی و فارسی، با مرور، تحلیل و دسته‌بندی مداخلات انجام شده در زمینه خشونت خانگی علیه زنان، میزان اثربخشی این اقدامات تحلیل شد.

یافته‌ها: مداخلات در زمینه خشونت خانگی علیه زنان به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: دسته اول مداخلات متمرکز بر زنان که شامل راهکارهایی از قبیل آموزش، جلب حمایت و مشاوره‌های روانی و درمانی زنان در معرض خطر است. دسته دوم، مداخلات متمرکز بر کارکنان سیستم خدمات بهداشتی درمانی و به منظور آموزش و توانمندسازی آنان در زمینه تشخیص و مدیریت موارد خشونت خانگی علیه زنان است. تحلیل نتایج حاصل از مطالعات، اثربخشی این مداخلات را نشان می‌دهد.

نتایج: توانمندسازی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی برای غربال‌گری، تشخیص و مدیریت موارد خشونت خانگی علیه زنان و نیز آموزش زنان در زمینه عوامل زمینه ساز بروز خشونت، کسب مهارت‌های ارتباطی و سازگاری و انتخاب صحیح رفتارهای جایگزین در مواجهه با موقعیت‌های خشونت‌زا و جلب حمایت همه جانبه جامعه می‌تواند گام‌هایی مهم در پیشگیری یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان باشد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، زنان، آموزش سلامت

تاریخ دریافت: ۱۹/۸/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۹/۱/۱۵

* دانشجوی دکتری آموزش بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

** دکتر مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران ahmadiba@tums.ac.ir

مقدمه

در دهه‌های اخیر از خشونت علیه زنان به عنوان جدی‌ترین مشکل اجتماعی ورای مرزهای فرهنگی، اجتماعی و منطقه‌ای یاد شده است (Wahed & Bhuiya, 2007). طبق تعریف بیانیه حذف خشونت علیه زنان سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی در زنان شود (و یا احتمال بروز آن زیاد باشد)، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد (Nojomi et al, 2007). شایع‌ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که از آن با عنوان خشونت خانگی یا خشونت توسط شریک نزدیک یاد می‌شود (Kranz et al, 2005). در سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت خشونت خانگی را محدوده‌ای از اقدامات (فشار آورنده، اجباری) جسمی، روانی و جنسی که توسط شریک نزدیک یا پیشین علیه زنان نوجوان و بزرگسال انجام گیرد تعریف کرد (Faruk Kocacik & Dogan, 2006). متخصصان سلامت نیز خشونت خانگی علیه زنان را یک مشکل عمده سلامت عمومی به حساب می‌آورند. زنان قربانی خشونت خانگی اغلب از جراحات فیزیکی و بسیاری از مشکلات مزمن سلامت رنج می‌برند (Othman & Adenan, 2008). خشونت خانگی می‌تواند منجر به افزایش ۵۰ تا ۷۰ درصدی مشکلات سیستم عصبی مرکزی، اختلال در سلامت روانی و عاطفی، افزایش موارد اقدام به خودکشی، وابستگی به مواد و اختلالات شخصیت ضد اجتماعی در زنان شود (Wathen & MacMillan, 2003). پیامدهای نامطلوب خشونت خانگی علیه زنان، در دوران بارداری نیز شامل وزن‌گیری ناکافی در دوران بارداری، افزایش احتمال ضربه، مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری و تولد نوزاد کم وزن می‌باشد (Renker, 1999). پیامدهای ناشی از خشونت خانگی علیه زنان بر روی فرزندان زنان خشونت دیده نیز تأثیر نا مطلوب می‌گذارد (Othman & Adenan, 2008). از آن جایی که خشونت خانگی علیه زنان عامل بسیاری از صدمات جسمی، ناخوشی‌های روانی و

پیامدهای نامطلوب محسوب می‌شود، نه تنها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، بلکه به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامه دار یاد می‌شود (Roelens et al, 2006). در سال ۲۰۰۶ نتایج مطالعه‌ای در زمینه خشونت خانگی که با همکاری سازمان جهانی بهداشت انجام شده بود، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طول زندگی از ۱۵٪ در ژاپن تا ۷۱٪ در اتیوپی متفاوت است و شیوع خشونت جسمی - جنسی اعمال شده در سال قبل از آن بین ۴٪ تا ۵۴٪ بود (Audi et al, 2008). بنابر گزارش بانک جهانی، ۱۹٪ از کل بار بیماری‌های زنان ۱۹ تا ۴۴ ساله در کشورهای صنعتی مربوط به خشونت خانگی و تجاوز می‌باشد. این به این معناست که از هر ۴ سال زندگی سالم این زنان، ۱ سال به علت صدمات، بیماری یا مرگ زودرس مرتبط با خشونت خانگی از دست می‌رود (Nojomi et al, 2007). در کشور ما نیز مطالعات انجام شده در دهه اخیر وجود این پدیده و عوارض ناشی از آن را تأیید می‌کند. به طور مثال در سال ۱۳۸۳، نتایج بررسی احمدی و همکارانش بر روی ۱۱۸۹ زن متأهل ۱۵ سال به بالای تهرانی نشان داد که ۳۵/۷٪ از این زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته‌اند که به تفکیک ۳۰٪ تحت خشونت جسمی، ۲۹٪ خشونت روانی و ۱۰٪ خشونت جنسی بوده‌اند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین نتایج بررسی‌های نجومی و همکارانش در سال ۱۳۸۲ روی عده‌ای از زنان باردار تهرانی نشان داد که شیوع خشونت جسمی علیه زنان در دوران بارداری در شهر تهران ۱۰/۷٪ و تجربه آزار جسمی ۳ ماه قبل از بارداری نیز ۱۱/۹٪ بوده است (Nojomi et al, 2007).

در دهه‌های اخیر، پیشگیری اولیه از بروز موارد خشونت خانگی علیه زنان و همچنین شناسایی زنان خشونت دیده و مدیریت این موارد در بسیاری از کشورها به عنوان یک اولویت سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است و انواع مختلفی از مداخلات با راهکارهای متنوع از جمله راهکارهای آموزشی، حمایتی و قانونی برای برخورد درست با این مشکل عمده سلامت زنان طراحی و اجرا شده است.

پژوهش حاضر بر آن است تا با بررسی مداخلات انجام شده در زمینه پیشگیری اولیه از خشونت خانگی علیه زنان، افزایش موارد شناسایی خشونت خانگی علیه زنان و مدیریت موارد تشخیص داده شده، به بررسی میزان اثربخشی این مداخلات بپردازد، تا زمینه برای انتخاب و اجرای مداخلات مناسب و مؤثر فراهم گردد و در نهایت سبب کاهش شیوع خشونت خانگی علیه زنان و پیشگیری از بروز موارد جدید خشونت خانگی در زنان خشونت دیده در کشورمان گردد.

مواد و روش کار

در این بررسی با استفاده از کلمات کلیدی انگلیسی مرتبط با موضوع از جمله Domestic violence , Intimate Partner Violence, Partner Abuse, Spouse Abuse, Battered Women, Sexual Abuse به جستجوی نظام مند مقالات موجود در بانک‌های اطلاعاتی معتبر شامل PubMed, EBSCO, Cochrane database و همچنین با استفاده از کلمات کلیدی فارسی از جمله خشونت خانگی، همسر آزاری، بد رفتاری، در بانک‌های اطلاعاتی کشور شامل بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی (ایران مدکس) و پایگاه اطلاعات علمی (SID) به جستجو پرداخته شد. در این مرحله ۶۵۰ مقاله به دست آمد و خلاصه مقالات انتخابی، وارد بانک اطلاعاتی مقاله شدند. سپس با هدف تفکیک نتایج و حذف موارد غیر مرتبط، جستجوهای محدودتری انجام شد. پس از حذف موارد تکراری در بانک‌ها، به مرور خلاصه مقالات باقی مانده که شامل ۲۵۶ مقاله بود و همچنین بررسی فهرست مراجع مقالات به دست آمده و مقالات نویسندگان مطرح در این زمینه پرداخته شد. در مرحله بعد متن ۴۳ مقاله به دست آمده بررسی شد و پس از بررسی نتایج آنان و حذف مجدد موارد غیر مرتبط، در نهایت، ۱۷ مقاله به زبان انگلیسی که امکان استخراج اجزای اصلی یک ارتباط آموزشی از آن‌ها وجود داشت، برای بررسی نهایی مورد استفاده قرار گرفت. بررسی‌ها در بانک‌های اطلاعاتی فارسی، صرفاً منجر به دست یابی به مطالعاتی

شد که به ارزیابی اپیدمیولوژیکی موارد خشونت خانگی علیه زنان به شکل بررسی انواع خشونت خانگی علیه زنان و میزان شیوع آن پرداخته‌اند و با بررسی‌های انجام شده، مداخله مشخصی که با هدف پیشگیری اولیه یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان باشد، یافت نشد.

معیارهای انتخاب مقالات عبارت بودند از مقالات چاپ شده که با هدف پیشگیری اولیه یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان و یا توانمندسازی کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی در ارتباط با زنان در معرض خشونت خانگی بود. کلیه مقالات مروری و غیر مروری که به مقایسه بین گروه‌های مورد و شاهد در این زمینه پرداخته بودند یا به مقایسه کمی داده‌های قبل و بعد از اجرای مداخلات در یک جمعیت پرداخته بودند در این مطالعه وارد شدند. هیچ محدودیتی برای انتخاب مطالعات از نظر زمان و مکان انجام پژوهش در نظر گرفته نشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل مقالاتی بود که به بررسی خشونت خانگی علیه زنان توسط اقوام یا سایر افراد غریبه پرداخته بودند یا در جهت کمک و حمایت از کودکان زنان خشونت دیده انجام شده بودند و یا مطالعاتی که فاقد مداخله مؤثر در زمینه پیشگیری اولیه یا کاهش موارد خشونت خانگی بودند. کلیه مقالات دارای معیارهای ورودی مورد بررسی قرار گرفتند و با مرور، تحلیل و دسته‌بندی مداخلات انجام شده، میزان اثربخشی این اقدامات ارزیابی شد. پیامدهای قابل اندازه‌گیری شامل کاهش میزان خشونت خانگی علیه زنان یا تهدید به آن، افزایش استفاده از رفتارهای ایمن و ارتقا دهنده سلامت توسط زنان و بهبود کیفیت زندگی زنان، بهبود وضعیت اعتماد به نفس در زنان در زمینه مواجهه با موارد خشونت خانگی، کاهش موارد خشونت مجدد علیه زنان خشونت دیده، افزایش موارد مشاوره و حمایت اجتماعی از زنان و افزایش موارد درخواست کمک از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی توسط زنان بود.

برای تحلیل مقالات نهایی شده، اجزای اصلی یک ارتباط آموزشی شامل جمعیت هدف، نوع مداخله، و نتایج اقدام آموزشی استخراج شد و سپس به منظور فهم بهتر و

آسان‌تر کردن تحلیل‌های بعدی، نتایج در جداول مربوطه آورده شد. نویسندۀ مسئول مقاله، تعیین معیارهای ورود، نظارت بر دسته‌بندی یافته‌ها، تحلیل یافته‌ها، همکاری در تهیه پیش‌نویس مقاله و نظارت بر کلیه مراحل پژوهش را بر عهده داشت و نویسندۀ اول مقاله نیز، جستجوی مقالات و بررسی متون، دسته‌بندی یافته‌ها و تهیه جداول، همکاری در تحلیل یافته‌ها و تهیه پیش‌نویس مقاله را بر عهده داشت. هر دو نویسندۀ، متن نهایی مقاله را مطالعه نموده و آن را تأیید نمودند.

یافته‌ها

نتایج اولیه بررسی شامل ۶۵۰ مقاله بود که پس از بررسی دقیق‌تر مقالات و حذف موارد غیر مرتبط، در نهایت ۱۵ مقاله پژوهشی و ۲ مرور نظام‌مند برای بررسی نهایی انتخاب شدند. جداول شماره ۱ و ۲ نشان‌دهندۀ اطلاعات دسته‌بندی شده مربوط به مقالات مورد بررسی در این پژوهش می‌باشد. تحلیل مقالات در این جداول بر اساس جمعیت، نوع مداخله، مقایسه و پیامدها آورده شده است.

یافته‌های حاصل از بررسی مطالعات انجام شده در زمینه خشونت خانگی علیه زنان را می‌توان به صورت زیر بیان نمود:

۱- به‌طورکلی مداخلات در زمینه پیشگیری اولیه یا ثانویه از خشونت خانگی علیه زنان به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: **دسته اول**، مداخلاتی که بر روی زنان و با هدف کاهش موارد خشونت خانگی علیه آنان و ارتقاء وضعیت سلامت آنان انجام می‌شود. این مداخلات از طریق راهکارهایی از قبیل جلب حمایت زنان، مشاوره‌های آموزشی، روانی و درمانی در زنان انجام می‌شود. این دسته از مداخلات به مداخلات متمرکز بر زنان (Woman-centered) معروف می‌باشند (McFarlane et al, 2004; Melendez et al, 2003; Kim & Kim, 2001; McFarlane, at al., 2000; Parker et al, 1999; McFarlane et al, 1998)

دسته دوم از مداخلات که به مداخلات متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی (Health system-centered) معروفند، به منظور توانمندسازی کارکنان مراکز بهداشتی

درمانی و سازمان‌های مرتبط با سلامت زنان در زمینه پیشگیری اولیه و یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان می‌باشد. این مداخلات از طریق راهکارهایی از قبیل آموزش کارکنان در زمینه خشونت خانگی، فراهم آوردن شرایط و منابع لازم برای پیشگیری اولیه یا ثانویه از خشونت خانگی و همچنین نحوه برخورد با موارد خشونت خانگی علیه زنان انجام می‌شوند. به طور کلی، پیامد حاصل از مداخلات متمرکز بر سیستم، حساس شدن ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، ترغیب شدن آنان به معاینه روتین آثار خشونت و طراحی و اجرای پروتکل‌های مدیریت خشونت خانگی در محیط‌های ارائه خدمات سلامت می‌باشد. (Bonds et al, 2006; Berger et al, 2002; Ramsden & Bonner, 2002; Larkin et al, 2000; Fanslow & Norton, 1999; Shepard et al, 1999; Wiist & McFarlane, 1999; Fanslow & Norton, 1998; Harwell et al, 1998).

هدف نهایی این دسته از مداخلات نیز به طور غیر مستقیم مانند مداخلات دسته اول کاهش موارد خشونت خانگی علیه آنان و ارتقاء وضعیت سلامت آنان می‌باشد.

۲- نوع مداخلات: در بیش‌تر مقالات مورد بررسی، مطالعات از نوع مطالعات قبل و بعد (Before/After) (Kim & Kim, 2001; McFarlane et al, 1998; Ramsden & Bonner, 2002; Shepard et al, 1999; Wiist & McFarlane, 1999; Fanslow & Norton, 1998; Harwell et al, 1998) و در مواردی نیز، مطالعات به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی هستند تا با انتخاب گروه شاهد مناسب، امکان توجه درست پیامدها وجود داشته باشد (Melendez et al, 2003).

۳- فراگیران: مداخلات انجام شده بر روی زنان عمدتاً بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان و در مواردی در پناهگاه‌های محلی اسکان و نگهداری از زنان و در برخی از موارد نیز بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز حقوقی رسیدگی به مشکلات خانوادگی انجام شده است. مداخلات انجام شده متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی عمدتاً بر روی کارکنان شاغل در مراکز سلامت جامعه،

1. local shelters

مراکز اورژانس، مراکز ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان اعم از پرستاران، پزشکان و سایر کارکنان سلامت که در ارتباط با زنان هستند انجام شده است.

۴- محتوای آموزش: برنامه‌های آموزشی طراحی شده در مداخلات متمرکز بر زنان به صورت برپایی جلسات آموزشی - مشاوره‌ای جهت جلب حمایت فردی زنان و ترغیب آنان به استفاده از رفتارهای ایمن، اختصاص خطوط تلفن برای دسترسی نامحدود زنان به خدمات مشاوره‌ای، توزیع بروشورها و کارت‌های جیبی حاوی اطلاعات در زمینه نحوه پیشگیری اولیه از قرار گرفتن در معرض خشونت، برپایی مداخلات گروهی روان‌شناسی و گروه‌های حمایتی در پناهگاه‌های محلی می‌باشد. در مداخلات متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی برنامه‌های آموزش به صورت برپایی جلسات آموزشی و ارائه پروتکل اجرایی و راهنمای کار و جزوهای آموزشی در زمینه تشخیص و مدیریت موارد خشونت خانگی علیه زنان به کارکنان مراکز بهداشتی درمانی است.

۵- پیامدهای مداخله آموزشی: پیامدهای مورد انتظار در مداخلات متمرکز بر زنان شامل مواردی از قبیل توانمندسازی زنان در زمینه کاهش میزان موارد قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و نحوه برخورد با موقعیت‌های خشونت آمیز، افزایش استفاده از رفتارهای ایمن توسط زنان، بهبود وضعیت اعتماد به نفس زنان، افزایش موارد استفاده از خدمات مشاوره‌ای مراکز بهداشتی - درمانی و یا پلیس و به طور کلی کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان و بهبود وضعیت سلامت آنان است. مداخلات متمرکز بر زنان منجر به توانمند شدن زنان در انجام رفتارهای ایمن، بهبود میزان خود کارآمدی و اعتماد به نفس آنان در انجام رفتارهای پیشگیرانه از خشونت خانگی و افزایش میزان موارد مراجعه برای دریافت خدمات مشاوره‌ای و حمایتی از مراکز ارائه خدمات بهداشتی و یا پلیس و مراکز حمایتی و قانونی شد. در مداخلات متمرکز بر کارکنان سیستم خدمات بهداشتی - درمانی، پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش موارد غربال‌گری، شناسایی و مدیریت موارد خشونت خانگی شامل مشاوره و ارجاع موارد به مراکز حمایت اجتماعی و به طور کلی

پیشگیری از بروز موارد خشونت خانگی علیه زنان است. در اکثر این مطالعات نیز، مداخلات آموزشی منجر به افزایش میزان غربالگری و شناسایی موارد تشخیص خشونت خانگی در زنان مراجعه کننده شد. این مداخلات در بسیاری از مطالعات سبب افزایش موارد ارجاع و ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی از زنان خشونت دیده نیز شد.

بحث و نتیجه‌گیری

جمع‌بندی و تحلیل نتایج حاصل از بررسی‌ها، نشان دهنده اهمیت مداخلات آموزشی در پیشگیری اولیه و یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان بود.

همان‌گونه که مشاهده شد، تحلیل نتایج حاصل از مطالعات مورد بررسی، اثربخشی انواع مداخلات در زمینه خشونت خانگی بر روی کارکنان بهداشتی - درمانی را نشان می‌دهد. به طوری که در بسیاری از مطالعات، پس از انجام مداخله، افزایش معنی‌داری در میزان غربالگری موارد خشونت خانگی علیه زنان در بین پرستاران، پزشکان و سایر کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی از جمله بیمارستان‌ها، مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه و مراکز ارائه مراقبت‌های دوران بارداری مشاهده شد. (Bonds et al, 2006; Berger et al, 2002; Larkin et al, 2000; Wiist & McFarlane, 1999; Harwell et al, 1998). همچنین مداخلات آموزشی بر روی کارکنان بهداشتی درمانی منجر به افزایش معنی‌دار میزان آگاهی آنان از منابع مالی و سایر منابع حمایتی قربانیان خشونت خانگی شد (Berger et al, 2002; Shepard et al, 1999). از طرفی تعداد موارد ارجاع زنان خشونت دیده جهت دریافت خدمات حمایتی و مراقبتی نیز پس از اجرای مداخلات در بین کارکنان بهداشتی - درمانی افزایش معنی‌داری یافت (Fanslow & Norton, 1999; Shepard et al, 1999; Fanslow & Norton, 1998; Harwell et al, 1998). هر چند در برخی از مداخلات متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی که عمدتاً به صورت جلسات آموزشی و ارائه پروتکل اجرایی بودند، افزایش معنی‌داری در میزان‌های غربالگری و

ارجاع در پی گیری‌های طولانی مدت مشاهده نشد. به طور مثال در پژوهشی که در سال ۱۹۹۹ توسط Fanslow and Norton در نیوزیلند بر روی کارکنان مراکز اورژانس انجام شد، افزایش معنی‌داری در تشخیص موارد تأیید شده‌ی خشونت خانگی و بهبود مدیریت موارد پس از گذشت یک سال مشاهده نشد که این امر می‌توانست به دلیل کوتاه مدت و گذرا بودن دوره‌های آموزشی و مداخله‌ای علی‌رغم جایگزینی کارکنان در بخش‌های در ارتباط با زنان به عللی همچون بازنشستگی و انتقال و لزوم آموزش‌های جدید و مداوم برای درک اهمیت غربال‌گری و ارجاع موارد خشونت خانگی توسط کارکنان و نیز عدم همکاری مدیران مراکز ارائه خدمات سلامت در از بین بردن موانع اجرایی غربال‌گری و ارجاع موارد خشونت خانگی باشد (Fanslow & Norton, 1999).

تحلیل نتایج حاصل از مطالعات متمرکز بر زنان نیز، اثربخشی مداخلات در زمینه خشونت خانگی بر روی زنان را نشان می‌دهد. به طوری که پس از انجام مداخلات آموزشی، حمایتی، مشاوره‌ای و روان‌شناختی، در بسیاری از مداخلات تعداد موارد خشونت خانگی علیه زنان به طور معنی‌داری کاهش یافت (McFarlane et al, 2004; Melendez et al, 2003; McFarlane et al, 2000; Parker et al, 1999). هر چند در برخی مداخلات متمرکز بر زنان به شکل مداخلات آموزشی - رفتاری، روان‌شناختی و شناختی، از جمله مداخلات انجام شده توسط Melendez و همکارانش در سال ۲۰۰۳ بر روی زنان مراجعه کننده به مراکز ارائه خدمات تنظیم خانواده آمریکا و همچنین مداخلات انجام شده توسط Mc Farlane و همکارانش بر روی زنان اسپانیایی باردار در سال ۲۰۰۰، این معنی‌داری در پی گیری‌های طولانی مدت (به طور مثال ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه پس از مداخله) به دلیل گذرا بودن برنامه‌های مداخله‌ای مشاهده نشد (Melendez et al, 2003; McFarlane et al, 2000).

استفاده از رفتارهای ایمن و ارتقاء دهنده سلامت نیز توسط زنان به طور معنی‌داری پس از انجام مشاوره و جلسات آموزشی افزایش یافت (Melendez et al, 2003; McFarlane et al, 1998). این رفتارها شامل مواردی از قبیل رفتارهای جنسی ایمن و محافظت شده، درخواست از

همسایگان برای تماس با پلیس در صورت شنیدن صدای درگیری شدید زن و شوهر، مخفی کردن پول و کلیدها و سایر موارد بود. در برخی از مطالعات نیز که به مداخلات روان شناختی و مشاوره روانی پرداخته بودند، تغییرات معنی داری در سطوح اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب زنان خشونت دیده مشاهده شد (Kim & Kim, 2001).

در اکثر موارد، چه در مداخلات متمرکز بر زنان و چه در مداخلات متمرکز بر سیستم، برنامه‌های آموزشی طراحی شده به صورت مهارت آموزی (Training) است تا فراگیران را برای انجام منظم و ماهرانه رفتار مورد نظر آموزش دهند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که استفاده از روش‌های مداخله‌ای ترکیبی شامل برپایی جلسات آموزشی همراه با ایفای نقش یا توزیع بروشور و کارت جیبی یا نمایش فیلم در مقایسه با مداخلات تک بعدی، اثربخشی بیشتری دارد (McFarlane, et al., 2000; McFarlane et al, 1998).

در مطالعات مورد بررسی، مداخلات اغلب در موقعیت‌های رسمی مانند مراکز ارائه خدمات سلامت بر روی جمعیت هدف انجام شده بود (McFarlane et al, 2004; Melendez et al, 2003; McFarlane et al, 2000; McFarlane et al, 1998; Ramsden & Bonner, 2002; Fanslow & Norton, 1999; Wiist & McFarlane, 1999; Fanslow & Norton, 1998; Harwell et al, 1998). حال آن‌که سایر موقعیت‌های رسمی و غیر رسمی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، فرهنگ سراها، مکان‌های مذهبی، گروه‌های همسالان و خانواده‌ها نیز به عنوان محیطی بالقوه برای اجرای مداخلات در زمینه پیشگیری از خشونت خانگی علیه زنان محسوب می‌شوند.

این مطالعه از آن جهت که از طریق شناسایی اجزای مداخلات آموزشی از جمله تعیین گروه هدف، محتوای آموزشی، رسانه‌های آموزشی و نحوه بررسی اثربخشی و ارزش‌یابی منجر به آشنایی با نحوه اجرای مداخلات آموزشی در زمینه پیشگیری اولیه و مدیریت موارد خشونت خانگی می‌شود، می‌تواند به عنوان راهنمایی برای متخصصان سلامت جهت برنامه ریزی در زمینه طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در این زمینه باشد و از نتایج به

دست آمده از این مطالعه می‌توان به عنوان الگویی در برنامه‌های پیشگیرانه از بروز خشونت خانگی در کشورمان نیز استفاده کنیم.

نتایج بررسی‌های حاصل از این مطالعه مشخص نمود که با روش جستجوی مورد نظر و با توجه به معیارهای ورود مقالات به بررسی، مداخلات اثربخش متمرکز بر زنان یا سیستم خدمات بهداشتی درمانی در کشورمان یافت نشد و از این جهت ارزیابی آن‌ها امکان‌پذیر نبود. هرچند با تحلیل دلایل اثربخش بودن مطالعات انجام شده در کشورمان، می‌توان اطلاعات مفیدی در زمینه اجزا و استراتژی‌های مورد نیاز برای مؤثر واقع شدن این مداخلات به دست آورد.

به طور کلی، نتایج حاصل از این پژوهش مؤید این نکته است که با توجه به اهمیت محیط‌های ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در پیشگیری اولیه، تشخیص و مدیریت موارد خشونت خانگی، آموزش به کارکنان این بخش‌ها در زمینه تشخیص نشانه‌های خشونت خانگی در زنان و نحوه برخورد صحیح با قربانیان و حمایت از آنان می‌تواند تعداد قربانیان این مشکل را کاهش داده و از بروز خشونت‌های اجتماعی بعدی پیشگیری کند و محیط امنی برای حمایت و کمک به قربانیان خشونت خانگی فراهم آورد. این مسئله از آن‌جا دارای اهمیت است که با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، از دیدگاه صاحب نظران و متخصصان علمی و اجرایی مرتبط با سلامت در کشورمان نیز، کمبود آگاهی و فقدان آموزش کافی به پزشکان و کارکنان نظام بهداشت و درمان کشور برای مواجهه درست با زنان قربانی خشونت، از نقاط ضعف اصلی سیستم سلامت کشور به شمار می‌آید (احمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

از طرفی توانمندسازی زنان در مواجهه با مشکلات زندگی و آموزش مهارت‌های زندگی سالم به زنان و آشنا نمودن آنان با عوامل زمینه ساز بروز خشونت خانگی و اجتناب از ایجاد زمینه خشونت، همچنین آشنا نمودن زنان با مهارت‌های ارتباطی و سازگاری برای مواجهه با مشکلات و انتخاب درست رفتارهای جایگزین در حل مسئله و

مراجعه و استفاده از خدمات مشاوره خانوادگی در هنگام بروز مشکلات می‌تواند در پیشگیری و یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان اثربخش باشد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

تأمین منابع جامعه برای پیشگیری اولیه یا کاهش موارد خشونت خانگی از جمله ایجاد مکان‌های امن و سیستم‌های مناسب حمایتی از قربانیان در مواقع بحران و همچنین وجود قوانین شفاف در زمینه خشونت خانگی علیه زنان و حمایت‌های قانونی از قربانیان خشونت خانگی در جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

در هر حال رفع موانع ساختاری، موانع سازمانی از جمله عدم اختصاص زمان کافی به کارکنان جهت رسیدگی و حمایت از قربانیان خشونت خانگی و همچنین موانع فردی شامل کمبود آگاهی و مهارت کارکنان بخش بهداشت و درمان و همچنین زنان جامعه در برخورد با مقوله خشونت خانگی علیه زنان از گام‌های اساسی در بهبود برنامه‌های پیشگیری از خشونت خانگی علیه زنان در هر کشوری و از جمله کشور ما می‌باشد (Rönnerberg & Hammarström, 2000).

در برخی موارد، برای اجرای چنین برنامه‌هایی نیاز به اصلاح سیاست‌های مرتبط با سلامت در زمینه پیشگیری از خشونت خانگی علیه زنان، ایجاد محیط‌های حامی سلامت و تقویت اقدامات بخش‌های مختلف جامعه برای مشارکت در برنامه‌های مربوط به پیشگیری و کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان وجود دارد. موفقیت اجرای مکانیسم‌های فوق، نیازمند حمایت همه جانبه افراد، سازمان‌ها، سیاست‌گذاران و بخش‌های کلیدی جامعه از برنامه‌های سلامت است و در این راستا راهبرد جلب حمایت همه جانبه راهبردی اساسی به شمار می‌رود.

جدول شماره ۱: مداخلات متمرکز بر زنان در زمینه خشونت خانگی علیه زنان

مطالعه	جمعیت هدف	نوع مداخله آموزشی	مقایسه	نتایج مداخله آموزشی
Mc Farlane et al 2004	۱۵۰ زن انگلیسی یا اسپانیایی که به واحد حقوقی مرتبط با خشونت خانواده شهری آمریکا مراجعه کرده بودند	جلب حمایت و ارجاع، ارائه برنامه ایمن، اطلاعات در زمینه منابع حمایتی، تشویق به تماس برای دریافت حمایت و مشاوره و ارجاع، چک لیست ایمنی، پیگیری تماس تلفنی برای رفتارهای ایمن.	مقایسه نوع و فراوانی موارد خشونت قبل و بعد از مداخله بعد از دریافت دستور العمل حفاظتی ۲ ساله	کاهش معنی دار در تهدید، موارد خشونت فیزیکی، بدون توجه به دریافت دستور العمل
Melendez et al 2003	۳۶۰ زن ۱۸ تا ۳۰ ساله مراجعه کننده به کلینیک تنظیم خانواده در آمریکا که خشونت فیزیکی توسط همسر یا شریک نزدیک را گزارش دادند.	برنامه آموزشی پیشگیری از HIV / STD شامل برنامه آموزشی رفتاری، روان شناختی، شناختی گروهی - جلسات گروهی کوچک هفتگی ۲ساعته برای ۴ هفته یا ۸ هفته.	مقایسه تأثیر مداخله ۴ جلسه‌ای و ۸ جلسه‌ای بروی تغییرات در میزان مهارت مذاکره و میزان رابطه جنسی محافظت نشده(خشونت جنسی) و میزان در معرض خشونت فیزیکی قرار گرفتن.	در زنان با ۸ جلسه آموزشی کاهش در میزان روابط جنسی و خشونت جنسی محافظت نشده. یک ماه و یک سال بعد. در کوتاه مدت زنان هر دو گروه میزان بیش تری از استفاده از استراتژی‌های ایمن برای داشتن روابط جنسی ایمن (به دور از خشونت) داشتند. مداخله تغییری در بروز خشونت بعدی در طول یک سال دوره پیگیری نشان نداد
Kim-Kim 2001	۳۳ نفر از زنان خشونت دیده فیزیکی - روانی در دو پناهگاه در کره	جلسات مداخله گروهی با زنان خشونت دیده در زمینه تشخیص مشکلات مهم، برخورد با احساسات، خودشناسی، تشخیص ویژگی‌های فرد خشونت ورز، استراتژی‌های مدیریت استرس، توانمند سازی زنان	مقایسه تغییرات در میزان اضطراب، افسردگی و اعتماد به نفس زنان گروه مورد و شاهد پس از مداخله	کاهش معنی دار نمره اضطراب ۱۶ زن خشونت دیده در گروه مورد پس از مداخله، تغییر معنی دار در سطوح اعتماد به نفس و افسردگی در گروه مورد نسبت به شاهد

مطالعه	جمعیت هدف	نوع مداخله آموزشی	مقایسه	نتایج مداخله آموزشی
Mc Farlane et al 2000	۳۲۹ زن اسپانیایی باردار که قبل و یا در طول بارداری مورد خشونت همسر فعلی یا سابق قرار گرفته بودند	سه نوع مداخله شامل: Brief: کارت جیبی و بروشور اطلاعات، Counseling: دست‌رسی نامحدود به کمک و مشاوره در زمینه حمایت و ارجاع و آموزش، Outreach: اجزای روش دوم + سرویس ارائه خدمات توسط افراد آموزش دیده و هم زبان (بومی) برای حمایت، آموزش و ارجاع	مقایسه سه گروه مداخله پس از ۲، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه از نظر میزان خشونت فیزیکی و میزان استفاده از منابع حمایتی جامعه	کاهش معنی دار در شدت خشونت در همه گروه‌ها در هر دوره بررسی، پس از ۲ ماه کاهش معنی دار نمره خشونت در گروه سوم نسبت به گروه دوم و پس از ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه عدم تفاوت معنی دار بین گروه‌ها
Parker et al 1999	۱۳۲ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک عمومی در تگزاس و ویرجینیا که قبل از یا در دوران بارداری مورد خشونت همسر قرار گرفته بودند	سه جلسه مشاوره در زمینه پیشگیری از خشونت مجدد در گروه مداخله، در گروه شاهد کارت‌های جیبی شامل منابع جامع در زمینه کمک و حمایت در هنگام خشونت	مقایسه دو گروه ۶ و ۱۲ ماه بعد از مداخله	کاهش معنی دار موارد خشونت خانگی در زنان گروه مورد مداخله در هر بار پیگیری
Mc Farlane et al 1998	گروهی از زنان باردار که قبل یا در دوران بارداری مورد خشونت فیزیکی یا جنسی همسر قرار گرفته اند	سه جلسه آموزشی شامل اطلاع رسانی در زمینه رفتارهای ایمن و بروشور، جلب حمایت و ارجاع به مراکز حمایتی.	مقایسه میزان استفاده از رفتارهای ایمن توسط زنان باردار قبل و بعد از آموزش و ۶، ۲ و ۱۲ ماه بعد	افزایش معنی دار در استفاده از رفتارهای ایمن توسط زنان باردار در هر بار پیگیری نسبت به قبل از انجام مداخله.

جدول شماره ۲: مداخلات متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی در زمینه خشونت خانگی علیه زنان

مطالعه	جمعیت هدف	نوع مداخله آموزشی	مقایسه	نتایج مداخله آموزشی
Bonds et al 2006	کارکنان ۱۵ مرکز مراقبت‌های اولیه کارولینای شمالی.	جلسات آموزشی استاندارد و آموزش در زمینه غربالگری خشونت خانگی - امکان انتخاب روش‌های غربالگری و محتوای آموزشی و مواد آموزشی برای مراجعین	مقایسه میزان غربالگری موارد خشونت خانگی توسط کارکنان بخش مراقبت‌های اولیه - بررسی تلفنی مقطعی انتخابی به طور تصادفی از زنان مراجعه کننده به مرکز در ۱۲ ماه گذشته	افزایش ۱۰ درصدی در میزان غربالگری زنان مراجعه کننده پس از مداخله - افزایش ۷۹٪ تمایل زنان به این که مورد غربالگری قرار گیرند
Berger et al 2002	۸۲ نفر از کارکنان و دانشجویان و پزشکان مقیم بیمارستانی در ایالات متحده.	برنامه آموزشی شامل ۴ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای با محتوای آموزشی در زمینه واکنش‌های مراقبت از سلامت در مواجهه با خشونت خانگی، پس از ۳ ماه یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شامل جلسه آموزشی، نمایش فیلم و ایفای نقش	مقایسه میزان غربالگری و شناسایی موارد خشونت خانگی قبل و بعد از مداخله آموزشی	افزایش میزان غربالگری کارکنان حین ویزیت از افزایش ۲۱٪ به ۴۶٪ افزایش، افزایش تشخیص حداقل یک مورد خشونت خانگی در شش ماه گذشته از ۴۰٪ به ۵۳٪- میزان آگاهی کارکنان از منابع مالی و سایر منابع حمایتی در زمینه خشونت خانگی به طور معنی‌داری از ۲۲٪ به ۵۳٪ افزایش یافت
Ramsden & Bonner 2002	گروهی از پرسنل مرکز اورژانس بیمارستانی در سیدنی استرالیا	آموزش کارکنان در زمینه غربالگری در جلسات رسمی ۳۰ دقیقه‌ای، جلسات اطلاعاتی برای پرستاران کلیدی، تهیه کارتی حاوی لیست سرویس‌های مرتبط با خشونت خانگی، تهیه	مقایسه میزان موارد غربالگری زنان ۱۶ ساله و بالاتر توسط پرستاران و کارکنان پزشکی و شناسایی موارد قبل و بعد از مداخله از طریق	مداخله در افزایش آگاهی پرستاران و کارکنان پزشکی مرکز از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل بهداشتی اثر بخش بود ولی افزایش موارد

مطالعه	جمعیت هدف	نوع مداخله آموزشی	مقایسه	نتایج مداخله آموزشی
		اطلاعات و سیاست‌ها و منابع در زمینه خشونت خانگی، نصب لیست منابع مهم برای توجه کارکنان روی	پرسش‌نامه پروسه غربال‌گری و بررسی تلفنی زنان و صحبت گروهی با پرسنل	غربال‌گری معنی دار نبود
Larkin et al 2000	پرستاران شاغل در مرکز درمانی در Pittsburgh	آموزش غربالگری ۹۰ دقیقه‌ای شامل دستورالعمل شناسایی قربانیان، تکنیک‌های غربال‌گری، برنامه ریزی ایمن و نحوه ارجاع و پروتکل اجرایی شامل درخواست از کارکنان برای سؤال از همه زنان ۱۸ سال به بالای مراجعه کننده برای شناسایی خشونت و مشاوره و ثبت موارد، دادن دستورالعمل رسمی اجباری	مقایسه میزان انجام غربال‌گری توسط کارکنان مراقبت از سلامت قبل و بعد از اجرای مداخله	میزان غربال‌گری از ۲۹/۵٪ به ۷۲/۸٪ افزایش یافت. پس از مداخله هیچ‌کدام از موانع غربال‌گری معنی دار باقی نماند
Fanslow & Norton 1999	کارکنان مرکز اورژانس در نیوزیلند شامل پرستاران، پزشکان و مسئولین پذیرش.	جلسات یک ساعته و ۴ ساعته - دادن کپی پروتکل به کارکنان و فرم ارزیابی، ثبت و ارجاع موارد خشونت خانگی	مقایسه تعداد زنان ۱۵ ساله و بیش تر که قبل و بعد از مداخله و همچنین یکسال بعد به عنوان خشونت دیده یا مشکوک به خشونت غربال‌گری شدند	افزایش معنی دار در تشخیص موارد تأیید شده خشونت خانگی و بهبود مدیریت موارد پس از مداخله. ولی این افزایش معنی دار در یک سال بعد مشاهده نشد.
Shepard et al 1999	گروهی از کارکنان اجتماعی شامل پرستاران سلامت عمومی آمریکا	استفاده از پروتکل برای افزایش موارد ارجاع به پناهگاه یا گروه زنان یا خانه‌های ایمن، دادن	میزان ارجاع زنان در بازدید از منزل توسط پرستاران به مراکز حمایتی.	به‌طور معنی داری تعداد زنان بیش‌تری برای دریافت خدمات حمایتی و مراقبتی پس از اجرای

مطالعه	جمعیت هدف	نوع مداخله آموزشی	مقایسه	نتایج مداخله آموزشی
		اطلاعات از طریق کتابچه آموزشی درباره خشونت و درباره منابع جامعه		پروتکل ارجاع داده شدند
Wiist et al 1999	پرستاران، پزشکان، متخصصان تغذیه و پرسنل اداری ۳ مرکز مراقبت‌های دوران بارداری آمریکا	استفاده از پروتکل و پرسش‌نامه غربال‌گری خشونت برای افزایش موارد ارجاع - جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزشی، بازدیدهای هفتگی از پرستاران و آموزش دهندگان برای ارائه حمایت و نظارت	مقایسه میزان شناسایی، ثبت و ارجاع موارد خشونت خانگی توسط کارکنان مراکز مورد و شاهد	ارزیابی خشونت از صفر به ۸۸٪ افزایش یافت، تشخیص خشونت از ۰/۸٪ به ۰/۷٪ افزایش یافت.
Fanslow & Norton 1998	کارکنان یک مرکز اورژانسی در نیوزیلند	پروتکل آموزشی برای مدیریت زنان آزار دیده شامل مشاوره در زمینه مشکلات عاطفی - رفتارهای ایمن - افزایش ارجاع به سرویس‌های اجتماعی	مقایسه میزان تشخیص و بهبود مدیریت زنان آزار دیده توسط کارکنان قبل و بعد از مداخله از طریق بررسی نمونه تصادفی زنان مراجعه کننده به مرکز	پس از مداخله افزایش معنی‌داری در تعداد موارد تأیید شده خشونت شریک نزدیک علیه زنان مشاهده شد - افزایش تعداد موارد ارجاع به مراکز خدمات اجتماعی از ۲٪ به ۲۵٪
Harwell et al 1998	۳۷۲ نفر از کارکنان مراقبت‌های سلامت از ۱۲ مرکز فدرال سلامت جامعه	برنامه آموزشی RADAR(Routine screening; Ask direct questions; Document your findings; Assess patient safety; and Review patient options and Referrals) و جلسه آموزشی همراه با نمایش فیلم.	ارزش‌یابی میزان آگاهی کارکنان در زمینه خشونت خانگی و میزان ارزیابی و ارجاع موارد و میزان‌های غربال‌گری قبل و بعد از مداخله آموزشی	پس از مداخله میزان آگاهی و نیز تمایل به انجام غربال‌گری به طور معنی‌داری افزایش یافت. میزان غربال‌گری خشونت خانگی به طور معنی‌داری از ۰/۵٪ به ۲۵٪، انجام ارزیابی میزان امنیت زنان از ۰/۵٪ به ۱۷٪ و میزان ارجاع از صفر به ۴٪ افزایش یافت

- احمدی، بتول. علی محمدیان، معصومه. گلستان، بنفشه. باقری یزدی، عباس. شجاعی زاده، داود. (۱۳۸۵)، «تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متاهل در تهران»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴ چهارم، شماره ۲، صفحات ۴۴-۳۵.
- احمدی، بتول. ناصری، سیمین. علی محمدیان، معصومه. شمس، محسن. رنجبر، زینب. شریعت، مامک و همکاران. (۱۳۸۷)، «دیدگاه زنان و مردان تهرانی و صاحب‌بنظران درباره خشونت خانگی علیه زنان در ایران: یک پژوهش کیفی»، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ششم، شماره ۲، صفحات ۸۱-۶۷.
- Audi, C.A.F.; Corrêa, A.M.S.; Andrade, M.D.G.; Perez-Escamila, R. (2008), "**Violence against pregnant women: prevalence and associated factors**", *Revista de Sade Pública*, 5:877-885.
- Berger, R.P.; Bogen. D.; Dulani, T. (2002), "Broussard E. Implementation of a Program to Teach Pediatric Residents and Faculty about Domestic Violence", *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 156: 804-810.
- Bonds, D.E.; Ellis, S.D.; Weeks, E.; Palla, S.L.; Lichstein, P. (2006), "**A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices.**", *BMC Family Practice*, 63: 1-8.
- Fanslow, J.L. & Norton, R.N. (1999), "**One-year follow-up of an emergency department protocol for abused women**", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23: 418-420.
- Fanslow, J.L. & Norton, R.N. (1998) "**Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse**", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22: 598-603.
- Faruk, Kocacik, F. & Dogan, O. (2006), "**Domestic Violence against Women in Sivas, Turkey: Survey Study**", *Croatian Medical Journal*, 47: 742-749.
- Harwell, T.S.; Casten, R.J.; Armstrong, K.A.; Dempsey, S.; Coons, H.L.; Davis, M. et al. (1998), "**Results of a Domestic Violence Training Program Offered to the Staff of Urban Community Health Centers**", *American Journal of Preventive Medicine*, 15; 235-242.
- Kim, S. & Kim, J. (2001), "**The effects of Group Intervention for Battered Women in Korea**", *Archives of Psychiatric Nursing*, 6: 257-264.

- Kranz, G.; Phuong, T.V.; Larsson, V.; Thi, Bich, Thuan, N.; Ringsberg, K.C. (2005), "**Intimate partner violence: forms, consequences and preparedness to act as perceived by healthcare staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam**", **Journal of the Royal Institute of Public Health**, 119: 1048-1055.
- Larkin, G.L.; Rolniak, S.; Hyman, K.B.; MacLeod, B.; Savage, R. (2000), "**Effect of an administrative Intervention on Rates of Screening for Domestic Violence in an Urban Emergency Department**", **American Journal of Public Health**, 90: 1444-1448.
- McFarlane, J.; Malecha, A.; Gist, J.; Watson, K.; Batten, E.; Hall, I. et al. (2004), "**Protection Orders and Intimate Partner Violence: An 18-Month Study of 150 Black, Hispanic, and White Women**", **American Journal of Public Health**, 94: 613-618.
- McFarlane, J.; Parker, B.; Soeken, K.; Silva, C.; Reel, S. (1998), "**Safety behaviors of Abused Women after an Intervention During Pregnancy**", **JOGNN**, 27: 64-69.
- McFarlane, J.; Soeken, K.; Wiist, W. (2000), "An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women", **Public Health Nursing**, 6: 443-451.
- Melendez, R.; Hoffman, S.; Exner, T.; Leu, C.S.; Ehrhardt, A.A. (2003), "Intimate Partner Violence and Safer Sex Negotiation: Effects of a Gender-Specific Intervention", **Archives of Sexual Behavior**, 6: 499-511.
- Nojomi, M.; Agae, S.; Eslami, S. (2007), "Domestic Violence against Women Attending Gynecologic Outpatient Clinics", **Archives of Iranian Medicine**, 3: 309 - 315.
- Othman, S. & Adenan, N.A.M. (2008), "Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers", **Asia Pacific Family Medicine**, 2: 1-8.
- Parker, B.; McFarlane, J.; Soeken, K.; Silva, C.; Reel, S. (1999), "Testing an Intervention to prevent further Abuse to Pregnant Women" **Research in Nursing & Health**, 22: 59-66.
- Ramsden, C. & Bonner, M. (2002), "**A realistic view of domestic violence screening in an emergency department**", **Accident and Emergency Nursing**, 10: 31-39.
- Renker, P.R. (1999), "**Physical Abuse, social support, self-care and pregnancy outcomes of older adolescents**", **JOGNN**, 28: 377-388.
- Roelens, K.; Verstraelen, H.; Egmond, K.V.; Temmerman, M.A (2006), "**Knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium**", **BMC Public Health**, 283: 1-10.
- Rönnerberg, A.M. & Hammarström, A. (2000), "**Review Article: Barriers within the health care system to dealing with sexualized**

- violence: a literature review", Scandinavian Journal of Public Health, 3: 222-229.**
- Shepard, M.F.; Elliott, B.A.; Falk, D.R.; Regal, R.R. (1999), "Public Health Nurses' Responses to Domestic Violence: A Report from the Enhanced Domestic Abuse Intervention Project", **Public Health Nursing, 5: 359-366.**
 - Wahed, T. & Bhuiya, A. (2007), "**Battered bodies & shattered minds: Violence against women in Bangladesh**", **Indian Journal Medicine Research, 126: 341-354.**
 - Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2003), "**Interventions for Violence against Women: Scientific Review**", **JAMA, 5: 589-600.**
 - Wiist, W.H. & McFarlane, J. (1999), "**The Effectiveness of an Abuse Assessment Protocol in Public Health Prenatal Clinics**", **American Journal of Public Health, 8: 1217-1221.**