

«مقاله اصیل»

بررسی شیوع خشونت خانگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به

مراکز بهداشتی درمانی شهراہواز در سال 1389

سارا حسن زاده^۱، صدیقه نوح جاہ^۲، محمدحسین حقیقی زاده^۳

۱- دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز، ایران
۲- مربی گروه بهداشت عمومی، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران
۳- مربی گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران

چکیده

زمینه: خشونت توسط همسر در حاملگی با بسیاری عوارض جدی مادری و جنینی همراه است. این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع خشونت خانگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهراہواز انجام گردید.

روش: در یک پژوهش توصیفی - تحلیلی 303 خانم تحت پوشش 6 مرکز بهداشتی شهراہواز که در ماه نهم بارداری بودند یا طی 6 ماه گذشته ی بارداری آن ها منجر به زایمان شده بود مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه پرسش نامه ی استاندارد خشونت (Abuse Assessment Screen) مورد استفاده قرار گرفت. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه و تکمیل پرسش نامه ی توسط پرسشگر با تجربه انجام گرفت. نتایج توسط برنامه ی نرم افزاری SPSS، آمار توصیفی، آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین سن زنان در این مطالعه $26/4 \pm 5/6$ سال بود. شیوع انواع خشونت قبل از بارداری 44/1% و در بارداری 19/3% بود. شیوع خشونت فیزیکی، روانی و جنسی در بارداری به ترتیب 2/1%، 14% و 9/3% بوده است.

نتیجه گیری: نتایج به دست آمده نشان داد که شیوع خشونت خانگی در دوران بارداری نسبت به قبل از بارداری کاهش پیدا کرده است. علیرغم کاهش شیوع خشونت در بارداری در مقایسه با قبل از بارداری، با توجه به خطرات آن غربالگری زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی از نظر تجربه خشونت توسط همسر بایستی به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، بارداری، اهواز

نویسنده مسئول: سارا حسن زاده، ایران، اهواز، جاده ی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده ی بهداشت
تلفن: 0611-3366058
موبایل: 09368629145
پست الکترونیک (بارانامه):
Baran2077@yahoo.com

سایر نویسندگان:
صدیقه نوح جاہ
موبایل: 09168360929
s_nouhjah@yahoo.com

محمدحسین حقیقی زاده
موبایل: 09163132191
mhaghghy@yahoo.com

تاریخ پذیرش: 90/4/6

تاریخ دریافت: 90/11/21

مقدمه

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان آور و آزاردهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود و شامل سوء استفاده ی جسمی، جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می باشد (2،1). خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و به طوری که در سال 2000 سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان یک اولویت بهداشتی معرفی کرد (3). در مطالعه ای که سازمان جهانی بهداشت در میزان خشونت خانگی در چندین کشور انجام داده میزان شیوع آن از 13 تا 1/1 درصد متغیر بوده است (4). خشونت فیزیکی می تواند منجر به مسائلی نظیر صدمات حاد، اختلال عملکرد اعضا، معلولیت های ماندگار، اختلال ناشی از استرس، افسردگی، سوء مصرف مواد، خودکشی شود (5).

حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل مینماید و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرسزای دیگر همچون خشونت می تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود و این عوارض به نوبه خود موجب افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان خواهد شد (6). شیوع خشونت در زنان باردار مورد مطالعه در شهرستان سنندج 8/5% بوده است (1). ولی میزان شیوع خشونت در دوران بارداری در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان شهرکرد 51/5% بوده است (8). خشونت در دوران بارداری با خطرات شدیدی همراه است که از مهم ترین این خطرات میتوان به زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد، پارگی زودرس پرده ها، سزارین و آپگار پایین اشاره کرد (9 و 10 و 11).

مصرف سیگار، الکل، داروهای غیرمجاز و مواد مخدر در زنان باردار تحت خشونت خانگی افزایش پیدا کرده، همچنین عفونت و وزن گیری نامناسب مادر در دوران حاملگی، افزایش واکنش های سایکولوژیک بعد از زایمان و در نهایت خودکشی در بین زنان حامله قربانی خشونت خانگی از شیوع بالایی برخوردار است (12 و 13). شیوع خشونت با عواملی نظیر مدت ازدواج کمتر از 5 سال، ازدواج اجباری، اولین حاملگی و حاملگی ناخواسته، سطح اقتصادی پایین، بیکاری و اعتیاد همسر رابطه دارد (8 و 1). همچنین این میزان با سطح تحصیلات پایین، سابقه ی محکومیت کیفری، بیکاری، شغل زنان، اعتیاد

به سیگار، مواد مخدر و مصرف الکل توسط همسر رابطه ی معینداری وجود داشت (1).

روش

پژوهش حاضر تحقیقی، توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که جامعه ی پژوهش آن را زنان مراجعه کننده به 6 مرکز بهداشتی - درمانی غرب و شرق اهواز تشکیل می داد. تعداد نمونه ها با بررسی شیوع همسرآزاری در مطالعات مشابه دیگر با $p=0.05$ با 300، $d=0.02$ نمونه تعیین شد. روش جمع آوری داده ها پرسش نامه ای است که با اقتباس از پرسش نامه استاندارد (AAS (Abuse Assessment Screen) که حاوی سوالات دموگرافیک و مشخصات زوجین، ثبت خشونت جسمی (کتک زدن، سیلی زدن، لگزدن و سوزاندن در قبل از بارداری و هنگام بارداری)، سوالات مربوط به خشونت روانی و جنسی عنوان شد و جهت تعیین روایی داده ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین ترتیب که فرم مصاحبه به رویت چند تن از متخصصان جهت بررسی قرار داده شد و سپس نظرات آنان با اعمال در فرم مصاحبه و مشاهده فرم های نهایی تهیه شد. پایایی ابزار مورد نظر نیز از روش مشاهده ی همزمان توسط دو نفر از پرسشگران به شکل مصاحبه ی حضوری در مورد 10 نفر انجام گرفت و همبستگی موجود بین نتایج، جهت پایایی ابزار بررسی شد. حجم نمونه شامل خانم های همسرآزاری بود که در ماه نهم بارداری بودند یا حداکثر 6 ماه از زایمان آن ها گذشته بود و برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه کردند. جهت انجام مصاحبه به این خانم ها در مورد اهداف مطالعه توضیحات لازم داده شد و به آن ها اطمینان خاطر داده شد که از ذکر اسامی آن ها در پرسش نامه خودداری می شود و نتایج مصاحبه محرمانه می باشد. پس از تکمیل پرسش نامه ها، اطلاعات جمع آوری شده وارد رایانه شد و با نرم افزار SPSS. آمار توصیفی، آزمون مجذور کای دو و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این پژوهش با توجه به بررسی های انجام شده بر روی 300 خانم همسرآزار 15-49 ساله نتایج آماری زیر حاصل

35 سال (38/5%) و سن ازدواج بالای 30 سال (35/1%) داشتند، بیش از 5 سال زندگی مشترک داشتند (20%) و خانم های بی سواد (36/8%)، خانه دار (19/9%) و خانم هایی که ازدواجشان تحمیلی بود (33/3%)، بارداری اخیرشان ناخواسته بود (29/3%) و با خانواده ی شوهر زندگی می کردند (26/1%) مشاهده شد، بیشترین خشونت در زنانی که شوهرانشان بی سواد بودند (36/4%) و شغل آزاد (20/1%)، بیماری روحی (40%) و سابقه ی زندان داشتند (50%) دیده شد. برخی از خصوصیات دموگرافیک زنان در جدول شماره ی 1 نشان داده شده است.

بر اساس آزمون آماری کای دو، بین دو متغیر سیگاری بودن شوهر و شیوع خشونت در بارداری رابطه معنی دار است. شیوع خشونت در مردان سیگاری 28/3% بوده و بیشترین خشونت را در همسران سیگاری داشتیم. (P=0/04)

بین اعتیاد همسر و شیوع خشونت در بارداری اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. همچنین بین مصرف الکل در همسران و شیوع خشونت خانگی در بارداری معنی داری ارتباط نشان داده شد.

با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک میزان خشونت روانی با اعتیاد با (p=0/01, OR=0/07(0/01-0/56) همچنین با سابقه مشورت زوجین در مورد مسائل مختلف زندگی با همدیگر با (P=0/002, OR=0/56(0/39-0/8) و نیز با سطح سواد همسران نمونه های مورد پژوهش با (P=0/03, OR=0/59(0/37-0/95) رابطه معنی داری را نشان می دهد.

با استفاده از همین آزمون بین خشونت جنسی و مشورت زوجین با همدیگر با (P=0/001, OR=0/49(0/36-0/74) معنی داری رابطه نشان داده شد. تجربه ی هر نوع خشونت و اعتیاد همسر با (P=0/02, OR=0/06(0/006-0/7) همچنین مشورت بین زوجین با (P<0/001, OR=0/53(0/38-0/74) معنا دار بود.

گردید. میانگین سنی زنان مورد مطالعه $26/4 \pm 5/6$ بود که از میان آن ها 6/3% بی سواد، 19/3% تحصیلات ابتدایی، 21/3% راهنمایی و متوسطه، 29/1% دیپلم و 11/3% تحصیلات دانشگاهی داشتند.

5% (15 نفر) از خانم ها تحمیلی بودن ازدواج خود را گزارش کردند. 23% (69 نفر) از زنان با خانواده ی شوهر، 3% (9 نفر) با خانواده زن، 6/3% (19 نفر) با افراد دیگر و 6/11% (203 نفر) مستقل زندگی می کردند. 13/1% (41 نفر) از خانم ها بارداری اخیر را ناخواسته گزارش نموده اند. در خصوص همسران زنان مورد مطالعه مشخص گردید که 2% (6 نفر) سابقه ی زندان، 4/1% (14 نفر) سابقه ی بیماری خاص و 3/3% (10 نفر) سابقه ی مراجعه به پزشک به دلیل مشکلات روحی و 20% (60 نفر) سابقه مصرف سیگار (در گذشته) را داشتند. 6/1% (20 نفر) از همسران بدون مشورت با خانم هایشان در مورد مسائل مختلف زندگی تصمیم می گرفتند. بنابر گزارش مادران 6/1% (20 نفر) از آن ها از همسرانشان احساس ترس داشتند. 2/3% (1 نفر) از مردان همیشه در برابر مخالفت خانم ها عکس العمل شدید نشان می دادند. 21/3% (82 نفر) از خانم ها همسرانشان اجازه استفاده از وسائل پیشگیری را به آن ها نمی دادند.

تهدید به طلاق، تهدید به ازدواج مجدد و ازدواج مجدد از طرف شوهران به ترتیب 6/1% (20 نفر)، 1% (21 نفر) و 0/3% (1 نفر) گزارش شد. 46/3% (139 نفر) تعدادی از خانم ها گزارش کردند، قبل از بارداری روابط جنسی، علیرغم تمایل آن ها وجود داشته است که از این میزان 12/1% (38 نفر) تمایل به روابط جنسی علیرغم مخالفت زن در بارداری بیشتر شده و 5/1% (11 نفر) بدون تغییر همچنان وجود داشته است. 5/3% (16 نفر) اعلام کردند که دفعات مقاربت در بارداری بیشتر شده بود. همچنین شیوع انواع خشونت در قبل از بارداری 44/1% بوده که این میزان در بارداری به 19/3% کاهش یافته است. شیوع خشونت فیزیکی، روانی قبل از بارداری به ترتیب 16/1% و 42/3% بوده و شیوع خشونت فیزیکی، روانی و جنسی در بارداری به ترتیب 2/1%، 14% و 9/3% بوده است.

بیشترین خشونت حین بارداری در زنانی که گروه سنی بالای

جدول شماره ۱: شیوع انواع خشونت به تفکیک سن، سطح سواد، سن ازدواج، شغل زن

| هر نوع خشونت در بارداری تعداد(درصد) | خشونت جنسی در بارداری تعداد(درصد) | خشونت روانی در بارداری تعداد(درصد) | خشونت فیزیکی در بارداری تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | خصوصیات |
|---|---|--|---|-------------|---------------------|
| 4(20) | 3(15) | 3(15) | 0(0) | 20(6/7) | گروه سنی <18 |
| 23(24/7) | 11(11/8) | 19(20/4) | 4(4/3) | 93(31) | 18-24 |
| 16(15/4) | 9(8/7) | 9(8/7) | 2(1/9) | 104(34/7) | 25-29 |
| 5(8/8) | 2(3/5) | 4(7) | 1(1/8) | 57(19) | 30-34 |
| 10(38/5) | 3(11/5) | 7(26/9) | 1(3/8) | 26(8/7) | 35< |
| 58(%19/3) | 28(%9/3) | 42(%14) | 8(%2/7) | 300(%100) | جمع |
| 7(36/8) | 5(26/3) | 4(21/1) | 2(10/5) | 19(6/3) | سطح سواد بی سواد |
| 12(20/7) | 6(10/3) | 8(13/8) | 2(3/4) | 58(19/3) | ابتدایی |
| 20(24/4) | 10(12/2) | 15(18/3) | 2(2/4) | 82(27/3) | راهنمایی-متوسطه |
| 13(14/6) | 5(5/6) | 10(11/2) | 1(1/1) | 89(29/7) | دیپلم |
| 6(11/5) | 2(3/8) | 5(9/6) | 1(1/9) | 52(17/3) | دانشگاهی |
| 58(%19/3) | 28(%9/3) | 42(%14) | 8(%2/7) | 300(%100) | جمع |
| 20(19/6) | 12(11/8) | 16(15/7) | 3(2/9) | 102(34) | سن ازدواج >18 |
| 27(19/1) | 11(7/8) | 19(13/5) | 4(2/8) | 141(47) | 18-24 |
| 6(14) | 3(7) | 4(9/3) | 0(0) | 43(14/3) | 25-29 |
| 5(35/7) | 2(14/3) | 3(21/4) | 1(7/1) | 14(4/7) | 30< |
| 58(%19/3) | 28(%9/3) | 42(%14) | 8(%2/7) | 300(%100) | جمع |
| 4(14/3) | 1(3/6) | 3(10/7) | 1(3/6) | 28(9/3) | شغل زن شاغل |
| 54(19/9) | 27(9/9) | 39(14/3) | 7(2/6) | 272(90/7) | خانه دار |
| 58(%19/3) | 28(%9/3) | 42(%14) | 8(%2/7) | 300(%100) | جمع |

جدول شماره ۲: شیوع انواع خشونت فیزیکی قبل از بارداری و بعد از بارداری

| خشونت فیزیکی | قبل از بارداری تعداد(درصد) | درحین بارداری تعداد(درصد) |
|--------------|-------------------------------|------------------------------|
| کتک زدن | 45(15%) | 5(1/7%) |
| سیلی زدن | 37(12/3%) | 7(2/3%) |
| لگد زدن | 1(0/3%) | 2(0/7%) |

جدول شماره ۳: شیوع انواع خشونت روانی قبل از بارداری و بعد از بارداری

| خشونت فیزیکی | قبل از بارداری تعداد(درصد) | بعد از بارداری تعداد (درصد) |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| پرتاب کردن اشیاء و از بین بردن وسایل | 13(4/3%) | 5(1/7%) |
| هل دادن | 18(6%) | 1(0/3%) |
| فریاد زدن | 118(39/3%) | 20(6/7%) |
| بیرون کردن از منزل | 6(2%) | 2(0/7%) |

صورت تهدید به طلاق، تهدید به ازدواج مجدد، پرتاب کردن اشیاء، هل دادن، فریاد کشیدن، بیرون کردن از منزل، عکس العمل شدید شوهر در برابر مخالفت زن نشان داده شد در مردانی که سابقه ای اعتیاد داشتند، سطح سوادشان در مقطع راهنمایی و پایین بود و اغلب در تصمیم گیری در مورد مسائل مختلف زندگی با همسرشان مشورت نمی کردند، بیشتر بوده است.

همچنین بین خشونت جنسی که شامل آسیب فیزیکی و خشونت از سوی همسر در رابطه ی جنسی در دوران بارداری بود با مشورت بین زوجین ارتباط معناداری وجود داشت.

و در نهایت تجربه ی هر نوع خشونت (فیزیکی، روانی و جنسی) با اعتیاد همسر خانم و مشورت بین زوجین در مورد مسائل مختلف زندگی، رابطه معنادار بود.

بر اساس یافته های پژوهش هاشمی نسب، مردانی که به مواد مخدر اعتیاد دارند بیشتر از سایرین، همسرانشان را مورد آزار و اذیت جسمی قرار می دهند (7). مهاجرین و همکاران نیز در پژوهش های خود به نتایج مشابه دست یافتند (18). در مطالعات بختیاری و همکاران شیوع خشونت در زنانی که همسران معتاد دارند بیشتر است (19). در مطالعه ی بدایع آبادی

بحث

در این مطالعه، خشونت فیزیکی (2/7%)، خشونت روحی و روانی (14%) و خشونت جسمی (9/3%) گزارش می شود و در مجموع شیوع همسرآزاری در خانم های باردار مورد مطالعه 19/3% به دست آمده است.

در مطالعه ی مشابهی، شیوع خشونت خانگی 20% گزارش شده است (14). همچنین مطالعه ای در آمریکا میزان آزار جنسی در دوران بارداری را 4/2% اعلام کرد (15). در پژوهش بدایع آبادی 14/5% زنان یا رفتار خشونت آمیز در دوران بارداری مواجهه شده اند (16). علاوه بر آن مطالعه ای در سوئد، همسرآزاری جسمی شدیدی را 4/3% اعلام کرده است (17) بررسی ها نشان می دهد یافته های پژوهش های بالا نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی دارند به جز در مطالعه ی جهانفر که همسر آزاری جسمی 14/5% گزارش شده است (15).

در این پژوهش بین خشونت روانی با اعتیاد، سطح تحصیلات شوهر و سابقه مشورت بین زوجین نیز رابطه ی معناداری مشاهده شده است. به این معنی که خشونت روانی که اغلب به

همسران نمونه های مورد پژوهش و خشونت فیزیکی خانگی ارتباط معناداری وجود دارد (7) و این معناداری در پژوهش های دیگر نیز به چشم می خورد (21,20). در مطالعه ی خسروی و همکاران بین همسر آزاری و تحصیلات همسران نمونه ها ارتباطی وجود نداشت (22). هوریا و همکاران نیز در سال 2005 هم رابطه معناداری بین این دو متغیر نیافتند (20).

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همکاری مسئولان مراکز بهداشتی و زنان شرکت کننده در این پژوهش، صمیمانه سپاس گزاری می شود.

مردان معتاد بیشتر از سایرین، همسرانشان را مورد آزار و اذیت قرار می دهند اما تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنادار نمی باشد (16). اعتیاد همسران در مطالعات صالحی و همکاران با 9/9% در تشدید خشونت به عنوان یک عامل معرفی شده است (8).

در مطالعه ی انجام شده بین خشونت روانی با سطح تحصیلات مرد رابطه معنادار بود. در مطالعات مشابهی نیز بین تحصیلات و سابقه ی رفتار خشونت آمیز رابطه ی معناداری به دست آمده بود (16).

در مطالعه ی هاشمی نسب نیز بین دو متغیر میزان تحصیلات

References

منابع

- 1) Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. J Midwife Womens Health. 2002;47(5):305-317.
- 2) Paluzzi P. Violence against women: are we doing enough? J Midwifery Womens Health. 2002;47(5):303-304.
- 3) fourozan A, Dejman M, Bagheri-Yazdi A. A study on direct costs of Domestic violence Against Women in Legal Medicine Centers of Tehran. Arch Iranian Med. 2007; 10(3):295-300.
- 4) Jafarnezhad F, Moghadamhosseini V, Soltanifar A, Ebrahimzadeh S. [Study of The Relationship Between Domestic Violence Intensity During Pregnancy And Mother-Infant Attachment]. Journal of sabzevar School of Medical Sciences; Spring 2008; 16(1 (51)):35-42. (Persian).
- 5) Sarandi AR. [Globalization And Womens Health]. Saba; 2004; 16 :20-25. (Persian)
- 6) Kankyngham MD. [Williams Pragnancy and Childbrith]. Translation; Bazazbanai N. Tehran; Tymorzadh: 2002. (Persian).
- 7) Hashemi Nasab L. [Assessment of Prevalence, Outcome and Factors Related to Domestic Physical Violence in Pregnant Women Referring to Delivery Departments of Sanandaj Hospitals]. Practical Journal of Kurdistan University. Volume XI. Winter 2007:23-41. (Persian).
- 8) Salehi Sh, Mehr Alian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. Journal of Shahrekord School of Medical Sciences; Summer 2006; 8(1):73-77.
- 9) Parker B, Choufk. Intimate Partner Violence following Pregnancy. Arch Pediatr Adolese Med. 2002 Apr; 156(4):325-30.
- 10) kady DE, Gillbert WM, Xing G, smith LH. Maternal and neonatal out come of assnalts during pregnancy. Obstetric and Gynecol 2005; 105 (2): 357-363
- 11) Huth- bock Ac, levendosky AA, Bogat GA. Theef-fect af domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. Violence VICT 2002; 17(2): 169-85.
- 12) Heise IL. Violence against Women; an integrated, ecological frameword. Violence against women. 1998 jun; 4(3): 262-90.
- 13) Heltebn H. Bathering during pregnancy. Am. Jnurs. 1996; 910-13.

- 14) Fernandez, F.M, Krueyer, P.M . Domestic violence: effect on pregnancy outcome. Journal of American Osteoprosis Association 1999;99 (5),254-6.
- 15) Jahanfar Sh, Malkzadegan A, Jamshidi R. [The Prevalence of Domestic Violence Among Pregnant Women Who Were Attended in Iran University of Medical Sciences Hospitals]. Iranian Journal of Nursing :2003; (33-32) :9-93. (Persian).
- 16) Bodaghabadi M. [Study of the Pregnancy Outcome in Victims of Domestic Violence Referring to Mobini Hospital in Sabzevar, Iran]. Journal of Sabzevar School of Medical Sciences Spring 2007; 11(1):71-76. (Persian).
- 17) Hedin, L.W., Janson, P.O. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. Journal of Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia. 2002;79(8),625-30.
- 18) Muhajarine N, Daroy C, Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. CMAJ 1999; 160(7):1007-11.
- 19) Bakhtiari A, OmidBakhsh N. Backgrounds & effects of domestic violence against women referred to Law Medicine Center of Babol, Iran. Journal of Medical Sciences, Kermanshah. 2004, 8 (4):28-34. (Persian).
- 20) Huria KA, Deepti D, Sunder SS, Domestic violence in pregnancy in north indian women. Ind J Med Science 2005;59(5): 195-99.
- 21) Angelin D, Kyriacou DN, Taliaferro E, Stone Tubb T, Judith A. Risk factors for injury to women from domestic violence. The new England J Med 1999;341(25):1892-1898.
- 22) Khosravi F, Hasheminasab L, Abdelahi M. [Study of The Incidence and Outcomes of Domestic Violence among Pregnant Women Referring to Childbirth Unit of Sanandaj Hospitals]. The Journal of Urmia University of Medical sciences spring 2008; 19(1):8-14. (Persian).