

بررسی پیامد حاملگی در قربانیان خشونت مراجعه کننده به بیمارستان شهیدان مبینی سبزوار

مهین بداغ آبادی

عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

نویسنده مسئول: مهین بداغ آبادی - سبزوار - دانشکده علوم پزشکی سبزوار - گروه مامایی

E-mail: bodaghabadima@yahoo.com

وصول: ۸۴/۵/۱۳، اصلاح: ۸۴/۸/۳۰، پذیرش: ۸۴/۹/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود. این معضل مهم اجتماعی بر تمام مراحل زندگی زنان بالاخص دوران حاملگی سایه افکنده است و از شیوعی ما بین ۰/۹ درصد تا ۲۰ درصد در این دوران برخوردار است. از سویی با توجه به این که حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌نماید، طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر همچون خشونت می‌تواند باعث اثرات سوئی بر جنین و مادر شود. گزارشاتی مبنی بر شیوع بالاتر تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی جنین در این زنان موجود است اما هنوز تحقیق جامعی در زمینه پیامد حاملگی این زنان به عمل نیامده است. لذا پژوهش حاضر به منظور تعیین سرانجام حاملگی و زایمان زنان تحت خشونت ساکن شهر سبزوار به مرحله اجرا درآمد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۵۸۷ زن باردار که به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شده بودند، انجام گردیده است. روش جمع‌آوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه حضوری بود و جهت تعیین اعتبار و پایایی ابزار (پرسشنامه و چک لیست مشاهده) به ترتیب از روش اعتبار محتوی و مشاهده همزمان استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج پژوهش ۱۴/۵ درصد زنان مورد مطالعه در دوران بارداری تحت خشونت جسمی از سوی همسرانشان قرار گرفته بودند. همچنین طول مدت مرحله سوم زایمان در زنان مورد خشونت به شکل معنی‌داری کمتر از سایر زنان باردار بود ($P < 0/05$)، اما هیچگونه تفاوت معنی‌داری از نظر سن حاملگی جنین، میزان دیلاتاسیون و افسمان زمان پذیرش، آپگار دقیقه یکم و پنجم و مرحله اول و دوم زایمان بین زنان تحت خشونت و سایر زنان مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات سوء خشونت جسمی در زنان باردار و جنین‌های آنان به عنوان نسل آینده، توصیه می‌شود که پرسنل بهداشتی در تمام ملاقات‌های خود با زنان غربالگری خشونت علیه زنان را انجام دهند تا با شناسایی به موقع قربانیان از عوارض خطرناک آن پیشگیری و مراقبت‌های لازم در حین بارداری و زایمان را به مرحله اجرا درآورند. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۲ / شماره ۳/۴۶-۴۱)

واژه‌های کلیدی: خشونت؛ بارداری؛ پیامد حاملگی.

مقدمه

خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزارنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود و شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی، عاطفی، اقتصادی و تهدیدات لفظی و متارکه می‌باشد (۲،۱). امروزه خشونت یک مشکل اجتماعی و پزشکی بوده که بر زندگی اکثر زنان و خانواده‌های آنان سایه افکنده است و ممکن است توسط فردی نزدیک مانند همسر و یا افراد دیگر اعمال شود. در این بین خشونت خانگی یا خشونت اعمال شده از سوی همسر بالانحص در کشورهای جهان سوم، بیشتر مورد توجه واقع شده است (۳).

بر اساس نتایج یک تحقیق ملی در آمریکا در سال ۱۹۹۸ از کل زنان مورد بررسی، ۵۲ درصد تحت حملات جسمی قرار گرفتند که ۷۵ درصد این حملات از سوی همسران اعمال شده بود. تحقیق مذکور شیوع خشونت جسمی در زنان بارداری که فرزند زنده به دنیا آورده بودند را بین ۰/۹ درصد تا ۲۰ درصد و با تخمینی بین ۳/۹ درصد تا ۸/۳ درصد به دست آورده است. خودکشی نیز علت مرگ اکثر این زنان است. این زنان بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی بعد از زایمان و خشونت مجدد می‌باشند (۱،۴). تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی جنین از جمله عوارض گزارش شده در این زنان می‌باشد (۱،۵،۶،۷). در این زنان نیز موانعی در زمینه دریافت مراقبت پره ناتال وجود دارد که از آن جمله، اگر همسر عامل خشونت باشد، مانع از مراجعه وی به کلینیک و کشف جراحات او می‌شود. علی محمدیان شیوع خشونت جسمی را ۳۵/۷ درصد گزارش نمود (۸). پژوهشی نیز در جنوب شهر تهران نشان داد که خشونت خانگی به میزان متوسطی وجود دارد و این خشونت به شکل همسر آزاری (زن آزاری) و کودک آزاری دیده می‌شود. به عبارتی زنان و دختران، قربانیان طراز اول

خشونت خانگی‌اند (۱۴).

کارسیو حاملگی، زایمان و سوءاستفاده اجتماعی را از جمله علل استرس در زنان بر می‌شمارد (۲). حاملگی به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌نماید و طبعاً همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر همچون خشونت می‌تواند باعث اثرات سویی بر جنین و مادر شود و این عوارض به نوبه خود موجب افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان خواهد شد (۱۰). لازم به ذکر است که بالا بودن رقم مرگ و میر مادران در ایران (۳۷/۴) مورد در صد هزار تولد زنده و توجه به این نکته که علت ۹۰ درصد این مرگ‌ها بدلیل شکست برنامه‌های پیشگیری بوده است، لزوم توجه بیشتر به این امر مهم را ضروری می‌نماید (۳). از سوئی وظیفه اخلاقی و حرفه‌ای ماماها به عنوان اولین پرسنل درمانی مرتبط با زنان به ویژه زنان باردار ایجاب می‌کند که تمام مسایل و موانع موجود در طیف سلامت جسمی و روانی زنان و اثر این مسایل بر حاملگی و زایمان تحت مطالعه و بررسی قرار گیرد تا رهایی یک زن آسیب دیده را وظیفه و ترک آنرا جنایت تلقی کنند (۴).

امروزه در جوامع غربی به ویژه در آمریکا روش‌های ارزیابی خشونت و ایجاد مهارت‌های لازم برای درمان قربانیان خشونت، جزو پروژه‌های آموزشی دانشجویان می‌باشد و مؤسساتی در راستای کمک‌رسانی به این افراد طراحی شده است. لذا با توجه به اهمیت بررسی این معضل اجتماعی در جهت یاری رساندن به افراد آسیب دیده و کاهش شدت عوارض به جا مانده و نیز به منظور ارائه راهکارهای مناسب جهت اتخاذ سبک زندگی سالم و شکستن سیکل معیوب خشونت، این پژوهش به مرحله اجرا در آمد تا شاید نتایج حاصل از آن گامی هر چند کوچک در راستای حل مشکلات این قشر محروم از حمایت‌های اجتماعی و آسیب دیده بردارد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی - تحلیلی از نوع

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از کل ۵۸۷ زن باردار مورد مصاحبه، ۱۷/۵ درصد در طی دوران بارداری تحت خشونت جسمی قرار گرفته بودند. ۲/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش به دلیل صدمات وارده در بیمارستان بستری شده بودند. بر اساس نتایج پژوهش رتبه حاملگی و زایمان در قربانیان خشونت بیش از سایر افراد بود که آزمون من‌وینتی‌یو این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$). تعداد سقط خودبخودی و عمدی نیز در قربانیان خشونت بیشتر بود ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. زنان قربانی خشونت در دیلاتاسیون و افسمان بیشتری به بیمارستان مراجعه نموده بودند و علت مراجعه ۵۹/۶ درصد کل نمونه‌ها به دلیل شروع دردهای زایمانی بوده است. ۷۷/۳ درصد قربانیان خشونت، زایمان طبیعی، ۱۱/۳ درصد سزارین، ۱۰/۳ درصد سقط خودبخود و ۱ درصد سقط عمدی داشته‌اند که اختلافات مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

۱۷/۴ درصد آسیب دیدگان دچار عوارض زایمانی نظیر خونریزی بعد از زایمان و پارگی سیستم ژنیتال شده بودند که آزمون فیشر تفاوت معنی‌داری را بین میزان عوارض زایمانی در گروه آسیب دیده و فاقد خشونت نشان نداد. میانگین وزن نوزاد در زمان تولد در گروه فاقد خشونت اندکی بیشتر از گروه مورد خشونت بود (۳۱۵۵ گرم در مقابل ۳۱۳۴ گرم) که آزمون تی تست این تفاوت را نیز معنی‌دار نشان نداد. میزان کم وزنی زمان تولد در گروه فاقد خشونت ۹/۴ درصد و در گروه قربانی خشونت اندکی بیشتر (۹/۷ درصد) بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود. سن حاملگی جنین در گروه سالم بیش از گروه تحت خشونت بود که در سطح اطمینان ۹۵ درصد با معنی‌دار نبود. آپگار دقیقه یک و پنج در گروه سالم کمتر از گروه مورد خشونت بود و مرحله اول، دوم و سوم زایمان در گروه سالم بیش از گروه مورد خشونت

مقطعی است که بر روی زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهیدان مبینی شهرستان سبزوار انجام شد. تعداد نمونه لازم برای این پژوهش با استفاده از فرمول آماری $n = \frac{z^2 s^2}{d^2}$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت ۵۵۷،۰/۰۳ نفر برآورد شد که در نهایت ۵۸۷ زن باردار مورد بررسی واقع شد.

نمونه‌گیری به طریق آسان و در دسترس و روش جمع‌آوری داده‌ها مشاهده و مصاحبه حضوری بود. فرم مصاحبه شامل سوالاتی در زمینه مشخصات دموگرافیک، وضعیت شروع حاملگی، مراقبت پره ناتال، پیامد حاملگی و زایمان بود. در فرم مشاهده نتایج حاملگی و معاینه واژینال و وجود آثار خشونت جسمی ثبت می‌شد.

در این طرح منظور از خشونت بروز یک یا چند مورد از رفتارهای زیر از سوی همسر و اعمال آن بر زن باردار به شکل لگد زدن، کتک، ضربه، گاز گرفتن، سوزاندن، پرتاب اجسام، سعی به خفه نمودن، تهدید به اعمال آسیب یا متارکه می‌باشد. همچنین منظور از پیامد حاملگی در این پژوهش تعیین نوع ختم حاملگی، سن حاملگی جنین، وزن زمان تولد، آپگار دقیقه یکم و پنجم، طول مراحل زایمانی، وضعیت زمان پذیرش، عوارض زایمانی و بعد از زایمان تا زمان ترخیص می‌باشد.

جهت تعیین روایی داده‌ها از روش اعتبار محتوا (content validity) استفاده شد. بدین طریق که فرم مصاحبه به رؤیت چند تن از متخصصین مربوطه رسانده و سپس نظرات آنان بررسی و با اعمال در فرم مصاحبه و مشاهده فرم‌های نهایی تهیه شد. پایایی ابزار مورد نظر نیز از روش مشاهده همزمان توسط دو نفر از پرسشگران به شکل مصاحبه حضوری در مورد ۱۰ نفر انجام و همبستگی موجود بین نتایج جهت پایایی ابزار بررسی شد (interrater reliability). بعد از اتمام نمونه‌گیری و ورود اطلاعات به برنامه نرم‌افزاری SPSS، داده‌ها توسط آزمون‌های آماری مجذور کای، تی تست و من وینتی‌یو

آماري معنی داری به دست نیامد. میانگین رتبه‌ای بعضی از متغیرها که با بروز رفتار خشونت‌آمیز در بارداری ارتباط آماری معنی داری داشته‌اند، در جدول (۱) ارائه شده است.

بحث

در پژوهش حاضر از کل ۵۸۷ خانم باردار مورد بررسی، ۱۴/۵ درصد در دوران بارداری اخیر تحت خشونت جسمی از سوی همسرانشان قرار گرفته بودند که شایع‌ترین رفتار خشونت‌آمیز در این بین، سیلی زدن (۲۹/۵۴ درصد) گزارش شده بود. استفاده از وسایلی نظیر چاقو، سنگ و چوب جهت اعمال آسیب استفاده شده بود و در ۲/۲ درصد موارد شدت این صدمات به حدی بوده

بود و آزمون آماری من‌ویتنی‌یو فقط در مورد مرحله سوم زایمان این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/02$). همچنین آزمون من‌ویتنی‌یو بین سن ازدواج، میزان تحصیلات، رتبه حاملگی، رتبه زایمان، تعداد دفعات مراقبت پره‌ناتال، مرحله سوم زایمان، تعداد بچه زنده با بروز خشونت رابطه آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). بین سن فرد، رتبه ازدواج، سن همسر، تعداد سقط خودبخود و عمدی، تعداد بچه مرده، سن حاملگی جنین، فاصله حاملگی از حاملگی قبلی، زمان دریافت اولین مراقبت پره‌ناتال، دیلاتاسیون و افاسمان زمان پذیرش، آپگار دقیقه یکم و پنجم، مرحله اول و دوم زایمان (با آزمون من‌ویتنی‌یو)، تمایل به حاملگی، آئمی در حاملگی،

جدول ۱: میانگین رتبه‌ای برخی از متغیرهای مورد بررسی در جمعیت مورد مطالعه

متغیر	میانگین رتبه‌ای	
	قربانی خشونت	بدون خشونت
سن ازدواج	۲۴۴/۹۵	۲۹۴/۱۳
میزان تحصیلات	۲۴۰/۱۳	۲۹۳/۲۸
رتبه حاملگی	۳۳۳/۹۹	۲۷۷/۴۵
رتبه زایمان	۳۳۶/۲۴	۲۷۶/۳۴
تعداد بچه زنده	۳۲۱/۹۱	۲۷۱/۸۲
مدت زندگی مشترک	۳۲۹/۹۵	۲۶۸/۸۹
تعداد دفعات مراقبت	۲۱۴/۳۳	۲۴۷/۵۷
مرحله سوم زایمان	۲۰۱/۵۵	۲۲۵/۷۱

است که باعث بستری در بیمارستان شده است. آقای ویزا و همکارانش در ۴۲۲ زن، شیوع خشونت جسمی را ۱۳ درصد گزارش نمودند (۱۱). خانم طاهری نیز در طی

خونریزی در حاملگی، سابقه بستری در بیمارستان در طی حاملگی، احساس فرد نسبت به حاملگی، تمایل فرد نسبت به جنس جنین با بروز رفتار خشونت‌آمیز رابطه



نمودار ۱: مقایسه نتایج حاملگی در گروه قربانیان خشونت و گروه سالم

پژوهشی بر روی ۱۰۵ زن مراجعه کننده به شهرستان خدابنده زنجان بیشتر صدمات وارده را به شکل کتک گزارش نموده بود (۹).

بر طبق نظر کالج آمریکایی متخصصین زنان و زایمان از هر دوازده حاملگی، یک مورد به علت ترومای فیزیکی دچار آسیب می شود که از جمله علل آن خشونت می باشد. شیوع خشونت خانگی در حاملگی ناشناخته است و این میزان از ۹ درصد تا ۲۰ درصد متغیر بوده و با تخمینی دیگر بین ۳/۹ درصد تا ۸/۳ درصد برآورد شده است (۴). در این پژوهش از مجموعه افراد قربانی خشونت ۱۴/۵ درصد تداوم رفتار خشونت آمیز را در حاملگی مطرح نمودند که در اکثریت موارد با بروز حاملگی، این رفتار قطع شده بود (۴۴ درصد).

نتایج پژوهشی در سوئیس نشان داد که زنان قربانی خشونت، سقط عمدی بیشتری را گزارش می نمایند. ابتلاء به عفونت، حاملگی ناخواسته، وزن گیری اندک در دوره بارداری، ممانعت در استفاده از روش پیشگیری از سوی همسر از جمله ویژگی های این زنان می باشد (۳). پژوهش حاضر همچنین نشان داد که افراد تحت خشونت، حاملگی و زایمان بیشتری و به تبع آن دارای فرزند بیشتری نیز می باشند تعداد سقط عمدی نیز در قربانیان خشونت بیشتر بود که این امر به دلیل بالا بودن حاملگی ناخواسته در این افراد می باشد هر چند که در این پژوهش این اختلاف محسوس نبود.

همانطور که این تحقیق نشان داد، افراد قربانی خشونت بدلیل ناخواسته بودن حاملگی و عدم حمایت کافی از سوی همسر و جامعه، با موانعی برای دریافت مراقبت پره ناتال مواجه می باشند لذا آنها کمتر به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و تعداد دفعات مراقبت پره ناتال در این افراد کمتر می باشد و از آنجایی که دریافت مراقبت پره ناتال از نظر کمی و کیفی تاثیر بسزایی در افزایش وزن دوران بارداری و سن حاملگی دارد و به طبع نمی توان انتظار داشت که سن حاملگی جنین های آنها نظیر

سایر افراد باشد.

کانینگهام اظهار می دارد که طول مراحل زایمانی در زنان چندزا بیش از زنان نخستزا می باشد. طول مراحل زایمانی در گروه قربانی خشونت کمتر از سایر افراد بود اما این اختلاف فقط در مورد مرحله سوم زایمان معنی دار شد. تفاوت مشاهده شده را می توان به بیشتر بودن رتبه زایمان در این گروه نسبت داد.

اسپینوزا معتقد است بین بروز رفتار خشونت آمیز در دوره بارداری و پیامدهای جنینی و نوزادی از قبیل کم وزنی زمان تولد رابطه وجود دارد (۱) فرامرزی در طی پژوهشی کم وزنی زمان تولد را در زنان قربانی خشونت بیشتر گزارش نمود (۷). نیوبرگر نیز این تئوری را مطرح نمود که عواملی مستقیم مثل اثرات حاصل از تروما همچون دکولمان، شکستگی جنین، پارگی رحم، خونریزی قبل از زایمان و عوامل غیر مستقیم نظیر استرس های جسمی و روانی مادر، عدم دسترسی کافی به مراقبت پره ناتال و سیگار کشیدن در واکنش به خشونت، بر رابطه بین رفتار خشونت آمیز و کم وزنی زمان تولد مؤثرند (۱۳). در این پژوهش، عدم وجود اختلاف در نمره آپگار مبین یکسان بودن وضعیت سلامتی نوزادین افراد بوده است. میزان کم وزنی زمان تولد در گروه قربانی خشونت اندکی بیشتر بود که از نظر آماری رابطه معنی دار به دست نیامد.

اسلینگ- مومنی در مقاله خود اظهار داشته است که در ۶۱ درصد افراد قربانی خشونت، ارتباطی بین رفتار خشونت آمیز و ریسک مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال مشاهده می شود. تحصیلات و سن مادر این رابطه را قوت بخشیده است. وی همچنین عنوان نمود که بروز رفتار خشونت آمیز در قبل و حین بارداری هر دو این ریسک را افزایش می دهند اما نوع و شدت خونریزی مهمتر از زمان بروز خشونت است و این خشونت از طریق ایجاد استرس و اختلال در رفتارهای مراقبتی مادر باعث افزایش ریسک مرگ و میر می شود (۱۲).

نتایج این پژوهش در نهایت نشان داد که علیرغم

و کودکان، لازم است که مسوولین بهداشتی با استفاده از برنامه‌های غربالگری و ایجاد مراکز حمایتی برای این قشر آسیب‌پذیر و با انجام پژوهش‌های وسیع‌تر جهت شناخت علل این صدمات و با توجه به جو حاکم بر جامعه و به منظور شکستن سیکل معیوب خشونت، گام‌های مؤثری در جهت حل این معضل اجتماعی بردارند.

چشمگیر نبودن اثرات سوء این رفتار، تقریباً ۱۷/۵ درصد زنان جامعه مورد بررسی به نحوی تحت آزار و اذیت جسمی قرار می‌گیرند. لذا با توجه به آمار مذکور و با توجه به اینکه هر نوع تروما اثر سوءروانی و جسمی نه تنها بر زن باردار بلکه بر جنین و به عبارتی بر نسل آینده می‌گذارد و با توجه به شعار جهانی سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اهمیت دادن به سلامت تک تک مادران

References

- Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2002; 47(5): 305-317.
- Carcico HA. *Women's Health. A guide to health promotion and disorder management*. Lippincott Williams & Walkins; 2005. pp. 75-105.
- ۳- علی محمدیان معصومه. وضعیت سلامت باروری زنان در جمهوری اسلامی ایران. مجموعه مقالات ششمین کنگره زنان و مامایی ایران، تهران، آذر ۱۳۸۴، صفحه ۲-۵۱۱.
- Pluzzi P. Violence against women: are we doing enough?. *J Midwifery Womens Health*. 2002; 47(5):303-4.
- Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence. Post traumatic stress, and child bearing. *J Midwifery Womens Health*. 2002; 47(5):337-345.
- O'Campo P, McDonnell K, Gielen A, Burke J, et al. Surviving physical and sexual abuse: what helps low-income women?. *Patient Educ Couns*. 2002; 46(3): 205-12.
- ۷- فرامرزی محبوبه. شناسایی عوارض زنان و مامایی و روانشناختی در قربانیان خشونت فیزیکی. ششمین کنگره زنان و مامایی ایران، تهران، آذر ۱۳۸۴، صفحه ۵-۵۶۴.
- ۸- علی محمدیان معصومه. خشونت علیه زنان، پیامدها و نقش پرسنل خدمات بهداشتی. ششمین کنگره زنان و مامایی ایران، تهران، آذر ۱۳۸۴، صفحه ۴-۳۸۳.
- ۹- طاهری شهلا. بررسی میزان و کیفیت خشونت فیزیکی علیه زنان در خانواده در بین مراجعین به پزشک قانونی شهرستان خدابنده زنجان در سال ۱۳۷۹. خلاصه مقالات اولین همایش ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خرداد ۱۳۸۲، صفحه ۱۴۵.
- ۱۰- کانیگهام، مک دونالد. بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه نسرین بزاز بنایی، تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۱.
11. Viscarra MB. Violence in the city teminco; prevalence study and conjugal associated factors. *Rev Med Chil* 2001;129(12): 1405-12.
12. Asling-Monemi K, Pena R, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case - referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ*. 2003;81(1):10-6. Cited in PubMed; PMID 12640470.
13. Newberger EH, Barkan SE, Lieberman ES, McCormick MC, et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome. Current knowledge and implications for practice. *JAMA*. 1992; 267(17):2370-2.
- ۱۴- پوررضا ابوالقاسم. سلامت زن و توسعه. خلاصه مقالات اولین همایش ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خرداد ۱۳۸۲، صفحه ۵۶.