

Correlation between partner violence and preterm labor

M. Soleimani*

M. Jamshidimanesh**

M. Daneshkojuri**

F. Hoseini***

*MSc. of Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

** Instructor of Midwifery Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Assistant Professor of Statistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Abstract

Background: As an experience, partner violence is so painful and pregnancy has been recognized as a high risk period for such unpleasant conditions. Partner violence could be one in a set of intervening reasons which may lead to preterm labor. Preterm birth is one of midwifery serious complications and early recognition is of prime health objective.

Objective: The aim of this study was to evaluate the frequency of partner violence and its correlation with preterm labor in hospitalized post natal women.

Methods: This was a cross-sectional study carried out on 600 women hospitalized at the post natal ward of Shahid Akbar-Abadi Educational Hospital, affiliated to Iran University of Medical Sciences in Tehran during 2009. Data collection tool was a two-sectioned questionnaire in which the first part was allocated to demographic/midwifery information and the second part composed of question aimed to screen for presence of partner violence. The questionnaire was completed through interview and medical records. Data were analyzed using chi-square test and t-test, statistically.

Findings: The overall frequency of partner violence was 56.3% (338 out of 600 cases) categorized in three types as emotional (42.9%), psychological (2.1%), and, physical (2.1%). There was a significant correlation between the partner violence and preterm labor.

Conclusion: According to rather high frequency of partner violence and its correlation with preterm labor, it is suggested that a screening procedure to detect the partner violence to be established in all prenatal care centers to prevent the harmful effects of partner violence in particular the preterm labor.

Keywords: Partner Violence, Preterm Labor, Pregnancy

Corresponding Author: Mina Soleimani, Number 7, Alley No 28, Qaqazani Avenue, Palestine Street, Qazvin, Iran

Email: minasoleimani13@yahoo.com

Tel: +98-912-3411938

Received: 22 May 2010

Accepted: 18 Oct 2010

ارتباط بین همسرآزاری و زایمان زودرس

مینا سلیمانی* منصوره جمشیدی منش** مهوش دانش کجوری** فاطمه حسینی***

* کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان
** مربی و عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** استادیار و عضو هیأت علمی گروه آمار دانشگاه علوم پزشکی تهرانآدرس نویسنده مسؤول: قزوین، خیابان فلسطین، کوچه قاقازانی، کوچه ۲۸، پلاک ۷، تلفن ۰۹۱۲۳۴۱۱۹۳۸
Email: minasoleimani13@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱ تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۲۶

* چکیده

زمینه: همسرآزاری تجربه دردناکی است و بارداری به عنوان یک دوره پرخطر برای همسرآزاری شناسایی شده است. همسرآزاری می‌تواند از مجموعه علل مداخله‌گری باشد که به زایمان زودرس منجر می‌شود. از طرفی زایمان زودرس یکی از جدی‌ترین مشکلات مامایی محسوب می‌شود و تشخیص زود هنگام آن از اهداف مهم بهداشتی است.

هدف: مطالعه به منظور تعیین فراوانی همسرآزاری در بارداری و ارتباط آن با زایمان زودرس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی تعداد ۶۰۰ زن زایمان کرده بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل سؤال‌های فردی و مامایی و همچنین سؤال‌های غربال‌گری همسرآزاری بود که از طریق مصاحبه و مراجعه به پرونده افراد تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری مجذور کای و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: فراوانی همسرآزاری به طور کلی ۵۶/۳٪ (۳۳۸ مورد از ۶۰۰ نمونه) به دست آمد که همسرآزاری عاطفی ۴۲/۹٪، روانی ۲/۱٪ و جسمی ۱/۵٪ بود. ارتباط بین همسرآزاری و زایمان زودرس معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود درمانگاه‌های مراقبت دوران بارداری، زنان باردار را از نظر همسرآزاری غربال‌گری نمایند تا بتوان از نتایج بد آن مانند زایمان زودرس پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: همسرآزاری، زایمان زودرس، بارداری

* مقدمه

امروزه علی‌رغم پیشرفت علمی، هنوز معضل خشونت به عنوان مسأله حاد اجتماعی دیده می‌شود. این مسأله که از موارد مهم نقض حقوق بشر شناخته شده در تمام فرهنگ‌ها رایج است و اثرات پایدار و مخربی بر ابعاد گوناگون زندگی زنان دارد.^(۱)

خشونت اعمال شده به زنان از طرف همسرانشان شایع‌ترین شکل خشونت به شمار می‌آید. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت از چندین کشور در سال ۲۰۰۵ بیش‌تر از ۴۵ درصد زنان باردار، سابقه‌ای از همسرآزاری را در بارداری ذکر کرده‌اند.^(۲)

در ۴۸ مطالعه جمعیت‌شناختی در سراسر دنیا، بین ۱۰ تا ۶۹ درصد زنان در مرحله‌ای از زندگی خود مورد همسرآزاری قرار گرفته‌اند. ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان آمریکایی مورد همسرآزاری هستند که ۱۵ تا ۲۵ درصد این موارد زمان بارداری است.^(۳) مطالعه دیگری در آمریکا این میزان را در بارداری ۵۶ درصد گزارش کرده است.^(۴) این آمار براساس نتایج تحقیق جهان‌نفر و همکاران در سال ۱۳۸۲ در شهر تهران، ۶۱ درصد گزارش شد.^(۵) مطالعه‌ها ارتباط بین همسرآزاری و نتایج بد بارداری را نشان داده‌اند از جمله افزایش سقط، زایمان زودرس،

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۸ بر روی تعداد ۶۰۰ زن زایمان کرده بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان ایرانی‌الصل زایمان کرده فاقد بیماری جسمی (دیابت، فشارخون مزمن، بیماری قلبی، کلیوی، ریوی و روانی)، فاقد سابقه زایمان زودرس، چندقلویی، آنومالی نوزاد، سرویکس نارسا (وجود سونوگرافی هفته ۱۱ تا ۱۳)، عدم اعتیاد مادر و سن بارداری مشخص طبق مدارک موجود در پرونده بیمار بود. زایمان زودرس در این مطالعه انجام زایمان از هفته ۲۸ تا ۳۷ بارداری براساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) و سونوگرافی انجام شده در سه ماهه اول بارداری در نظر گرفته شد.

حدود ۴ تا ۲۴ ساعت بعد از زایمان که زائو احساس راحتی کرد و پس از توضیح دادن هدف پژوهش، رضایت نامه کتبی از تک تک آن‌ها اخذ شد. سپس بخش اول پرسش‌نامه شامل مشخصات فردی و مامایی (متغیرهای سن و تحصیلات و شغل خود و همسر، سن ازدواج، تعداد بارداری، خواسته بودن بارداری، سن بارداری، وقوع فشارخون بارداری، وقوع خون‌ریزی در بارداری، اعتیاد همسر، زمان شروع و تعداد دفعه‌های مراقبت دوران بارداری، فاصله زایمان فعلی از قبلی، تعداد فرزندان و نوع زایمان) توسط پژوهش‌گر از طریق مصاحبه چهره به چهره تکمیل شد. بعد بخش دوم پرسش‌نامه (غربال‌گری همسرآزاری) برای تکمیل در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد و در مورد نمونه‌های بی‌سواد توسط پژوهش‌گر تکمیل شد. سؤال‌های این بخش، از پرسش‌نامه غربال‌گری و ارزیابی خشونت پارکر و مک فارلن اقتباس شده بود.^(۱۳) در قسمت اول، همسرآزاری در دوران بارداری و تعداد دفعه‌های آن با ۲۹ سؤال که شامل آزارهای عاطفی، روانی و جسمی بود با گزینه‌های "بلی" و "خیر" بررسی شد. آزارهای عاطفی با ۱۴ سؤال (۱ تا ۱۴)، آزارهای روانی ۶ سؤال (۱۵ تا ۲۰) و آزارهای جسمی ۹ سؤال (۲۰ تا ۲۹)

سزارین، وزن کم تولد، خون‌ریزی قبل از زایمان، محدودیت رشد داخل رحمی، جدا شدن زودرس جفت و مرگ و میر دوره قبل از تولد. بنابراین همسرآزاری می‌تواند از مجموعه علل مداخله‌گری باشد که به زایمان زودرس منجر می‌شود.^(۶) زایمان زودرس به انجام زایمان از هفته ۲۰ تا قبل از هفته ۳۷ بارداری گفته می‌شود که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه ۲۵ درصد گزارش شده است.^(۷) زایمان زودرس اثرات مهمی را بر وضعیت اجتماعی، اقتصادی، عاطفی و سلامتی نوزاد و خانواده می‌گذارد.^(۸) در اکثر کشورهای جهان ۱۰ تا ۱۸ درصد بارداری‌ها به زایمان زودرس ختم می‌شود.^(۹)

علت زایمان زودرس به خوبی شناخته شده نیست، ولی یکسری از عوامل، بیش‌ترین دخالت را در بروز آن دارند. عوامل خطر ساز زایمان زودرس عبارت است از عوامل ژنتیکی، سبک زندگی، وضعیت بد اجتماعی-اقتصادی، عفونت دستگاه تناسلی داخلی و خارجی، ناهنجاری‌های رحم، اعمال جراحی، مراقبت ناکافی دوران بارداری و فعالیت جسمی زیاد. زایمان زودرس مهم‌ترین علت بستری حین بارداری است.^(۸و۹)

زایمان زودرس عامل بیش از ۹۰ درصد مرگ‌های نوزادی است که بیش از ۷۵ درصد آن‌ها در نوزادان زیر ۳۲ هفته اتفاق می‌افتد.^(۱۰) نوزادانی که ۱ تا ۳ هفته زودتر از موعد به دنیا می‌آیند در هفته اول ۶ برابر و در سال اول ۳ برابر بیش‌تر از نوزادانی که در زمان مقرر به دنیا می‌آیند در معرض خطر قرار می‌گیرند. صرف نظر از میزان مرگ و میر، این گروه از نوزادان نسبت به بقیه آسیب پذیرتر هستند.^(۱۱)

از آنجا که جامعه سالم هدف هر فردی است که در آن زندگی می‌کند، بنابراین سلامت بنیاد خانواده نیز باید مدنظر باشد.^(۱۲) با شناسایی زنان مورد همسرآزاری می‌توان آن‌ها را از نظر زایمان زودرس تحت نظر گرفت و از بروز مشکلات عدیده‌ای که در ارتباط با آن ایجاد می‌شود، پیشگیری کرد. لذا این مطالعه به منظور تعیین ارتباط همسرآزاری و زایمان زودرس انجام شد.

درصد آن‌ها افزایش فشارخون در بارداری را ذکر کردند. بین همسرآزاری با سن زنان، سن ازدواج، تحصیلات و نوع شغل آن‌ها، سن و وضعیت اشتغال همسرانشان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول ۱- فراوانی همسرآزاری برحسب سن زنان مورد مطالعه و همسران آن‌ها

نتیجه آزمون	خیر		بلی		همسرآزاری متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p=0/196$ $\chi^2=7/352$	۵۲/۶	۶۰	۴۷/۴	۵۴	۲۰ >	زنان
	۴۶/۱	۷۱	۵۳/۹	۸۳	۲۰-۲۴	
	۳۷	۶۰	۶۳	۱۰۲	۲۵-۲۹	
	۴۱/۱	۴۶	۵۸/۹	۶۶	۳۰-۳۴	
	۴۳/۸	۲۱	۵۶/۳	۲۷	۳۵-۳۹	
	۴۰	۴	۶۰	۶	≥ 40	
$P=0/509$ $\chi^2=3/299$	۴۶/۵	۶۰	۵۳/۵	۶۹	۲۵ >	همسران
	۴۷	۸۵	۵۳	۹۶	۲۵-۲۹	
	۴۲/۳	۵۸	۵۷/۷	۷۹	۳۰-۳۴	
	۳۶/۹	۳۸	۶۳/۱	۶۵	۳۵-۳۹	
	۴۲	۲۱	۵۸	۲۹	≥ 40	

بین همسرآزاری با وضعیت اشتغال و نوع زایمان زنان و همچنین تحصیلات همسران آن‌ها ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲- فراوانی همسرآزاری برحسب تحصیلات زنان و همسران آن‌ها

نتیجه آزمون	خیر		بلی		همسرآزاری متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$P=0/629$ $\chi^2=2/586$	۴۹	۲۴	۵۱	۲۵	بی سواد	تحصیلات زنان
	۴۱/۸	۴۶	۵۸/۲	۶۴	ابتدایی	
	۴۰/۵	۷۷	۵۹/۵	۱۱۳	راهنمایی	
	۴۶/۸	۱۰۲	۵۳/۲	۱۱۶	دبیرستان	
	۳۹/۴	۱۳	۶۰/۶	۲۰	دانشگاهی	
$P=0/006$ $\chi^2=14/531$	۴۶/۷	۱۴	۵۳/۳	۱۶	بی سواد	تحصیلات همسر
	۵۵/۶	۸۵	۴۴/۴	۶۸	ابتدایی	
	۳۶/۹	۷۹	۶۳/۱	۱۳۵	راهنمایی	
	۳۹/۶	۶۷	۶۰/۴	۱۰۲	دبیرستان	
	۵۰	۱۷	۵۰	۱۷	دانشگاهی	

تا ۲۹) بررسی شدند. پاسخگو می‌توانست چندین مورد را علامت‌گذاری کند. در صورت وجود یک پاسخ مثبت، نمونه مورد همسرآزاری بارداری تلقی می‌شد. در قسمت بعدی شدت همسرآزاری توسط عدد ذکر شده پاسخگو بررسی می‌شد (بین صفر تا ۱۰)، اگر پاسخگو اعداد صفر تا ۴ را انتخاب می‌کرد، همسرآزاری ضعیف، عدد ۵ متوسط و اعداد ۶ تا ۱۰ همسرآزاری شدید تلقی می‌شد. در قسمت سوم فراوانی همسرآزاری در طول زندگی شخصی و همچنین ترس از همسر با گزینه‌های بلی- خیر بررسی شد.

پایایی ابزار با انجام مطالعه پیش‌آزمایی و استفاده از ضریب آلفا تعیین شد؛ بدین صورت که پژوهش‌گر از طریق مصاحبه با ۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه پرسش‌نامه را تکمیل نمود و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ضریب آلفا محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری مجذور کای و تی مستقل انجام و سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

* یافته‌ها:

از ۶۰۰ زن زایمان کرده مورد بررسی، بیش‌ترین فراوانی (۲۷ درصد) مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال بود.

ازدواج در سنین ۱۵ تا ۱۹ سال بیش‌ترین فراوانی را داشت (۴۳/۳ درصد). ۵۵۱ نفر، (۸۹ درصد) خانه‌دار، ۲۷ نفر (۴/۵ درصد) کارمند، ۴ نفر (۰/۷ درصد) کارگر و ۱۸ نفر (۸/۲ درصد) سایر مشاغل بودند.

محل سکونت ۵۴۱ نفر، (۹۰/۲ درصد) شهر بود و ۵۹ نفر (۹/۸ درصد) در روستاها ساکن بودند. بیش‌تر آن‌ها (۲۶۳ نفر، ۴۳/۸ درصد) شکم اول بودند و اکثر بارداری‌ها (۴۱۷ نفر، ۶۹/۵ درصد) با برنامه‌ریزی (خواسته) بود و بیش‌تر آن‌ها (۴۶۴ نفر، ۷۷ درصد) مراقبت دوران بارداری را در سه ماهه اول آغاز کرده بودند. ۷۱/۳ درصد نمونه‌ها زایمان طبیعی و ۱۷ درصد خون‌ریزی زمان بارداری داشتند که ۴۴/۱ درصد در سه ماهه اول بود. تنها ۶/۵

درصد روانی و ۱/۵ درصد جسمی بود. در گزارش جهانفر فراوانی همسرآزاری در بارداری ۶۰/۳ درصد و در مطالعه رادریگس تجربه خشونت فیزیکی حین بارداری ۹/۷ درصد گزارش شد. (۵ و ۱۷)

به نظر می‌رسد گزارش‌های متفاوت از فراوانی همسرآزاری در کشورهای مختلف و برحسب نوع آن، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی، نوع ابزار مورد استفاده و همچنین صحت و دقت پاسخ دهی توسط نمونه‌های پژوهش باشد.

در پژوهش حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین سن زنان و همسران آن‌ها، سن ازدواج، نوع شغل زنان و وضعیت اشتغال همسرانشان با همسرآزاری مشاهده نشد، ولی بین همسرآزاری با سطح تحصیلات همسران زنان مورد مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری بود و رده راهنمایی بیش‌ترین میزان را در گروه مورد همسرآزاری به خود اختصاص داد. در راستای این پژوهش جهانفر نیز ارتباط بین این دو متغیر را معنی‌دار یافت. (۵) لاندن و بورگر معتقدند که آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس از عوامل کاهش همسرآزاری در مردان تحصیل کرده است. (۱۸) به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات زنان و اختلاف سطح تحصیلات آن‌ها با همسرانشان، تعادل قدرت در ارتباط زن و مرد به هم خورده و حس اعتماد به نفس و کنترل از مرد سلب شده و باعث پرخاش‌گری و اعمال خشونت توسط وی می‌شود.

یافته‌های این پژوهش مبین ارتباط معنی‌دار بین همسرآزاری با شغل زنان باردار بود. نتایج نشان داد که با توجه به کثرت خانه‌دار بودن نمونه‌های پژوهش اعم از گروه آزار دیده و آزار ندیده، ولی همسرآزاری در زنان شاغل بیش از خانه‌دار دیده شد (۷۱/۴ درصد در برابر ۲۸/۶ درصد بدون همسرآزاری). در ارتباط با نتایج مطالعه حاضر شاید بتوان گفت که تنش‌ها یا خستگی ناشی از محیط کار به ویژه در دوران بارداری اثر نامطلوبی بر روابط خانوادگی زوجین دارد.

بین همسرآزاری با نوع زایمان ارتباط آماری معنی‌داری

از مجموع ۶۰۰ زن مورد مطالعه، ۲۲۶ نفر (۳۷/۷ درصد) زایمان زودرس داشتند که از این تعداد ۱۴۳ نفر (۶۳/۳ درصد) مورد همسرآزاری بارداری قرار گرفته بودند و ارتباط آماری معنی‌داری بین همسرآزاری با زایمان زودرس مشاهده شد (جدول شماره ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی زایمان زودرس واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد همسرآزاری و عدم آن

همسرآزاری زودرس	بلی		خیر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۴۳	۶۳/۳	۸۳	۳۶/۷	۲۲۶	۱۰۰
خیر	۱۹۵	۵۲/۱	۱۷۹	۴۷/۹	۳۷۴	۱۰۰
جمع	۳۳۸	۳۵۶	۲۶۲	۴۳/۷	۶۰۰	۱۰۰

نتیجه آزمون $\chi^2 = 0.008$ $p = 0.931$

در کل ۳۳۸ نفر (۵۶/۳ درصد) مورد همسرآزاری قرار گرفته بودند که به تفکیک نوع ۴۲/۹ درصد عاطفی، ۲/۱ درصد روانی و ۱/۵ درصد جسمی بود.

* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه بین دو متغیر همسرآزاری و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد. در این راستا در مطالعه فرناندز نمونه‌هایی که تحت آزار قرار گرفته بودند، زایمان زودرس بیش‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند (۲۲ درصد در مقابل ۹ درصد) و فراوانی همسرآزاری در آن مطالعه به طور کلی ۲۰ درصد گزارش شده بود (۱۴) همچنین باولی ارتباط بین همسرآزاری و سقط، زایمان زودرس و آسیب جنسی را معنی‌دار یافت. (۱۵) باوس طی مطالعه ای از نوع کوهورت آینده‌نگر بر روی ۵۵۰ زن باردار اهل کارولینای شمالی، زایمان زودرس را در افرادی که مورد همسرآزاری قرار گرفته بودند با فراوانی بیش‌تری گزارش نمود. (۱۶)

در پژوهش حاضر فراوانی همسرآزاری در زنان باردار ۵۶/۳ درصد به دست آمد که ۴۲/۹ درصد عاطفی، ۲/۱

pregnancy out comes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003 May; 188 (5): 1341-7

5. Jahanfar SH. The prevalence of partner violence during pregnancy and effect on pregnancy outcome. *Arch Iran Med* 2003; 10 (3): 376-78

6. Pernoll M, Benson R. Current obstetric and gynecology diagnosis and treatment. T.B.Lippin-Cott; 2003. 10th Ed by Alan DeCherney. 1018-24

7. Koenig MA, Lutalo T, Zhao F, et al. Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. *Bull World Health Organ* 2003; 81 (1): 53-60

8. Battler J. Pre-pregnancy physical abuse in Alaska. Alaska maternal and child health data book 2004, Alaska DHSS division of public health. Bulletin No. 26 November 7. 2005

9. Gess ner B. Domestic violence in Alaska. Alaska Women's Resource Center. 2003

10. Grossman S, Hinckley S, Kawalski A, et al. Rural versus urban victim of violence: The interplay of race and region. *Jornal of family violence*. 2005; 20 (2): 71-81

11. Roger K, Arnold W, Fredric D. Evaluation of cesarean delivery. *ACOG J*. 12th Ed. Washington, DC. 2000

12. Chenet L, Leon D, McKee M, Vassin S. Deaths from alcohol and violence in Moscow: socio-economic determinant. *Eur J Popul* 1998 Mar; 14 (1): 19-37

13. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *J Obstet Gynecol* 1994 Sep (3); 84: 323-8

14. Fernandez FM, Krueger PM. Domestic violence: effect of pregnancy outcome. *J Am Osteopath Assoc* 1999 May; 99 (5): 254-6

15. Bacchus L, Meze G, Bewley S. Domestic

یافت شد؛ به طوری که نوع زایمان در بیش تر زنان تحت همسرآزاری، به صورت سزارین بود. در مطالعه راجانا نیز سزارین، زجر جنینی و عفونت کلیه در زنان مورد همسرآزاری ۳/۲ درصد در برابر ۰/۸ درصد زایمان طبیعی بود.^(۱۹) راجانا و کوکینز بیان کردند در زنانی که در بارداری مورد همسرآزاری قرار می گیرند به دلیل افزایش مشکلات مامایی و بستری شدن در بیمارستان و نیز محدودیت پیگیری ها، شانس زایمان سزارین افزایش پیدا می کند.^(۲۰،۱۹)

بدیهی است زنان حامله جزء گروه پرخطر محسوب می شوند. از آن جا که بی توجهی به این گروه نه تنها نسل موجود یعنی مادر، بلکه نسل آینده یعنی جنین وی را نیز به خطر می اندازد، بنابراین هرگونه اقدامی هر چند کوچک برای کاهش خطراتی که مادران باردار را تحت تأثیر قرار می دهد، می تواند به بهبود شرایط مادران و نوزادان کمک نماید لذا با توجه به یافته های این مطالعه، پیشنهاد می شود مراقبین بهداشتی غربال گری و شناسایی همسرآزاری در زنان باردار را جزء اولویت های مراقبت های این دوران قرار دهند و زنان باردار مورد همسرآزاری را از نظر علائم زایمان زودرس تحت نظر قرار دهند.

* مراجع:

1. Jasinski JK. Pregnancy and domestic violence: trauma, violence and abuse. *J Reprod Med* 2004; 5 (77): 47-64
2. Taghavi S, Alizadeh M, Khalilzadeh D. Domestic violence against pregnant women attending a hospital in Iran. *Med Well J* 2008; 3 (1): 128-31
3. Grossman S, Hinckley S, Kawalski A, Margrave C. Rural versus urban victim of violence: The interplay of race and region. *J Family Violence*. Canadian Medical Association Journal. 2005; 160 (7): 1007-11
4. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, et al. Intimate partner violence and adverse

violence: prevalence in pregnant women and association with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 Mar 15; 113 (1): 6-11

16. Bowes A. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med* 2001; 46: 1031-9

17. Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Feb; 198 (2): 171.e1-6

18. Landenburger KM, Campbell JC. Violence and human abuse. In: Stanhope LY, editor. *Foundations of nursing in the community. Text with Real World Community*

editor. *Foundations of nursing in the community. Text with Real World Community Health Nursing Package [Book] - oriented practice.* Louis: Mosby Elsevier; 2006. 485-505

19. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, et al. Prevalence and complication of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jun 10; 103 (1): 26-9

20. Cokkinides VE, Coker AL, Anderson M, et al. Physical and Calverton macro international. *Jurnal of medicin women health (JMWH)*. 2004; 22 (2): 223-9