

دوره دوم، شماره ۲، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۱۳۹ تا ۱۴۸ http://ch.sbmu.ac.ir	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	مقاله اصیل
---	--	---------------

بررسی رابطه خشونت جسمی و کلامی - عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی پس از زایمان در زنان

نرگس رحمت الهی^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}، لادن منصور^۳، تقی پورابراهیم^۴

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره و روان شناسی، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران

۳. مربی گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشی کولایی، تهران، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، گروه مشاوره و روان شناسی
anna_khodabakhshi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: فروردین ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Rahmatollahi N, Khodabakhshi-koolae A, Mansoor L, pour ebrahim T. The Relationship between Experiencing Physical and Emotional-Verbal Violence and Perceived Social Support with Postpartum Depression among Women. Community Health 2015; 2(2):139-48.

چکیده

زمینه و هدف: انواع خشونت در زنان به ویژه در دوره بعد از زایمان تأثیرات منفی متعددی را به همراه دارد. همچنین، حمایت اجتماعی یکی از فاکتورهای افزایش دهنده سلامت روان در این زمان به شمار می آید. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین خشونت جسمی، کلامی - عاطفی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان می باشد.

روش و مواد: این پژوهش از نوع همبستگی توصیفی است. جامعه متشکل از زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در شهر تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳ می باشد. ۱۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری عبارتند از پرسشنامه افسردگی ادینبورگ (EPDS)، پرسشنامه شیوه های تعارض در اختلافات زناشویی (CTS-2)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS). داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که رابطه بین نمره کلی خشونت و افسردگی پس از زایمان از نظر آماری معنادار می باشد ($p < 0.001$)، با این وجود رابطه معناداری بین خشونت کلامی-هیجانی و افسردگی پس از زایمان وجود ندارد ($p < 0.001$). همچنین، نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی پس از زایمان از نظر آماری معنادار است. بعلاوه، خشونت و حمایت اجتماعی ادراک شده به ترتیب؛ $0.16/9$ و $-0.31/9$ واریانس افسردگی پس از زایمان را پیش بینی می کنند.

نتیجه گیری: این نتایج تأکید دارند که خشونت و نبود حمایت اجتماعی ابتلا به افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد. بنابراین، این عوامل خطرزا می بایست در مداخلات درمانی و برنامه های پیشگیری افسردگی مورد توجه قرار گیرند. **واژگان کلیدی:** خشونت جسمی، خشونت کلامی، خشونت عاطفی، حمایت اجتماعی ادراک شده، افسردگی پس از زایمان

مقدمه

خطر بروز اختلالات خلقی شامل اندوه، افسردگی و سایکوز بیشتر می باشد (۱). بررسی ها نشان می دهد سن و تحصیلات پایین (۲)، سابقه بیماری روانی، افسردگی

در دوره بعد از زایمان، زنان در معرض آسیب پذیری جسمانی و عاطفی قرار دارند در واقع این دوره احتمال

رابطه با هر گونه درگیری فیزیکی در دوران بارداری بین ۱/۵ تا ۴۴/۱ درصد و شیوع خشونت عاطفی روانی و روحی روانی از جمله مشاجرات لفظی، فحاشی، قهر کردن، بهانه جویی، (عیب جویی مداوم) تحقیر کردن در انظار، کتک زدن کودکان به منظور اذیت همسر، تهدید و یا تخریب اموال و دارایی زن، ممانعت از دریافت خدمات بهداشتی درمانی، محدود کردن ارتباط با خانواده و دوستان و همسایگان عدم ابراز علاقه (بی‌اعتنایی)، شیوع خشونت عاطفی در دوران بارداری بین ۷/۲ تا ۶۰/۵ درصد گزارش شده است (۱۱). علی‌رغم اینکه انواع خشونت می‌تواند در افسردگی پس از زایمان نقش داشته باشد، پزشکان معتقدند که تماس‌های اجتماعی در بهزیستی فرد می‌تواند مفید باشد (۱۷). حمایت اجتماعی به طور گسترده به عنوان منابع ارائه شده توسط دیگران تعریف شده است و کمک عاطفی ابزاری یا عملی است که از روابط اجتماعی به دست می‌آید. همچنین حمایت اجتماعی شامل ادراک فرد از حمایت در دسترس و رضایت از دریافت آن است (۱۸). شبکه اجتماعی کوچک، روابط صمیمی کم و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده پایین همگی می‌توانند در ایجاد افسردگی بعد از تولد فرزند مؤثر باشند (۱۹). بسیاری از محققان معتقدند حمایت روانی باید در طول بارداری و بلافاصله پس از زایمان انجام شود (۲۰). برخی مطالعات نشان داده‌اند دریافت حمایت ذهنی و عینی اجتماعی در ابعاد وسیع مادی، عاطفی اطلاعاتی از جانب دوستان و افراد نزدیک نقش مؤثری در پیشگیری از بروز افسردگی بعد از تولد دارد (۲۱). همچنین در مطالعه مسعودنیا (۱۳۹۰) بین دریافت حمایت دوستان با افسردگی بعد از زایمان همبستگی معنا داری مشاهده شده است (۱۹). در واقع حمایت اجتماعی با کاهش میزان استرس و بهبود وضعیت سلامت همراه است (۱۸). پژوهش‌های پیشین نشان دادند که فقدان حمایت اجتماعی یک ریسک فاکتور مهم برای افسردگی پس از زایمان است (۸) از جمله پژوهش مسعودنیا (۱۹) رابطه حمایت اجتماعی با بروز افسردگی پس از زایمان را مورد بررسی قرار داده است. نظر به اینکه مقیاس‌های ارزیابی آن تحقیق پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (AFCS) همراه

قبل از بارداری (۳)، فقدان رابطه نزدیک (۴)، اختلافات زناشویی و عدم حمایت همسر (۵)، اضطراب بعد از زایمان (۶)، مشکلات دوران بارداری (۷) منجر به بروز افسردگی پس از زایمان می‌شود. این اختلال بسیار وخیم‌تر و مداوم‌تر از «اندوه زایمان» است. افسردگی پس از زایمان ممکن است ۲ تا ۸ هفته بعد از زایمان آغاز شود و به مدت دو هفته تا چندین ماه پا برجا بماند. میزان پایه افسردگی پس از زایمان حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد است (۸). الگوی شیوع افسردگی پس از زایمان در ایران از الگوی کشورهای در حال توسعه پیروی می‌کند که تا حدود ۳ برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته است (۹). این در حالی است که خشونت می‌تواند بخشی از مجموعه فاکتورهای مداخله‌گری باشد که منجر به افسردگی پس از زایمان می‌شود (۱۰). خشونت در بارداری ممکن است زمینه را برای ایجاد مشکلات فیزیکی و روانی در زنان فراهم کند. تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از زنان قبل و حین بارداری خشونت را تجربه می‌کنند (۱۱). به عبارتی، زنان واقع در سنین بارداری، بیشتر در معرض خشونت خانگی هستند و بارداری نیز دوره آسیب‌پذیری منحصر به فردی محسوب می‌شود (۱۲). اثرات خشونت بر زنان باردار یک موضوع بحرانی در میان افراد خشونت دیده است، زیرا علاوه بر پیامدهای جسمی و روانی جدی بر زن باردار، سلامت جنین فعلی و کودک بعدی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). این در حالی است که افسردگی پس از زایمان ممکن است انعکاسی از خشونت وارده بر زنان باشد (۱۴).

دامنه‌های خشونت لایه‌های گسترده‌ای از رفتارهای انسانی را در بر می‌گیرد. به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده است اما خشونت روانی افزایش یافته است (۱۵). خشونت می‌تواند وضعیت بهداشت باروری زنان را تحت تأثیر قرار دهد و سبب افزایش مرگ و میر و مشکلات و ناتوانایی‌هایی برای مادران از جمله زایمان زودرس، خونریزی‌های غیرطبیعی دستگاه تناسلی و بیماری‌های التهابی لگنی شود (۱۶). در تحقیق معافی و دولتیان (۱۳۹۳) شیوع خشونت جسمی و فیزیکی در

های روانی غیر از افسردگی پس از زایمان ۴- بی سواد بودن.

به منظور تشخیص افسردگی پس از زایمان از پرسشنامه افسردگی ادینبورگ (EPDS) (۱۹۸۷)، در جهت غربالگری افسردگی پس از زایمان استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مورد علائم شایع افسردگی است که برای پاسخ دادن از مقیاس لیکرت چهار گزینه ای استفاده شد. مادر پاسخ هایی را انتخاب کرد که در هفته گذشته بیشتر احساس کرده است (۲۲). در مطالعه پیندل و همکاران نیز اعتبار پرسشنامه ادینبورگ ۸۸ درصد تا ۹۱ درصد و روایی آن ۷۶ درصد ذکر شده است (۲۳). در ایران اعتبار این ابزار با انجام باز آزمون ۸۸ درصد و اعتبار داخلی آن به کمک آلفای کرونباخ ۹۰ درصد محاسبه شده است (۲۴).

در جهت ارزیابی خشونت ادراک شده پرسشنامه شیوه های تعارض در اختلافات زناشویی (CTS-2) به کار گرفته شد. مقیاس روش های برخورد در اختلافات زناشویی در سال ۱۹۹۶ توسط اشتراوس و همکاران به منظور ارزیابی پنج خورده مقیاس خشونت جسمی، خشونت روانی، آزار جنسی، آزار کلامی و آسیب ساخته شده است (۲۵). این مقیاس متشکل از چهار زیر مقیاس آزار جنسی (۷ عبارت)، خشونت جسمی (۱۲ عبارت)، خشونت روانی عاطفی (۷ عبارت)، آزار کلامی (۶ عبارت) می باشد. زیر مقیاس آزار جنسی شامل ۳ سطح آزار (اصرار، تهدید به خشونت، خشونت عملی) زیر مقیاس آزار کلامی نیز به دو سطح عاطفی و شناختی تقسیم شده است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، بین ۷۹ درصد تا ۹۵ درصد گزارش شده است (۲۶). در نسخه ایرانی اعتبار پاسخ دهی مردان در مورد خود و همسرانشان در زیر مقیاس های آزار جنسی، خشونت جسمی و آزار کلامی در دامنه ۰/۵۳ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۷).

برای سنجش متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS) استفاده شد که یک ابزار ۱۲ عبارتی است و به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع: خانواده، دوستان مهم در زندگی توسط زیمت و

با پرسشنامه افسردگی بک است و پژوهشگر با هدف بررسی اختلال افسردگی پس از زایمان از طریق پرسشنامه بک پرداخته در نتیجه میزان اختلال کلی افسردگی را بررسی کرده است و تنها متغیر حمایت درک شده را مورد مطالعه قرار داده است. درحالی که پژوهش حاضر، هم زمان رابطه خشونت جسمی، کلامی و عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی پس از زایمان در زنان را می سنجد و تاکید عمده روی خشونت تجربه شده است. با توجه به آنچه گفته شد و تأثیرات گسترده ای که افسردگی پس از زایمان بر مادر، کودک و روابط بین زوجین دارد لذا این پژوهش به طور ویژه به علل پنهان و آشکار افسردگی پس از زایمان از جمله عدم حمایت اجتماعی ادراک شده و تجارب ناگوار خشونت می پردازد.

روش پژوهش:

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد. لذا جامعه آماری این پژوهش شامل مادرانی بود که پس از زایمان به مراکز زایمان و مراقبت های بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهد و تأمین اجتماعی در شهر تهران در محدوده زمانی مرداد ۱۳۹۳ تا اردیبهشت ۱۳۹۴ مراجعه کردند و ملاک های ورود به پژوهش را داشتند. نمونه های مورد نظر شامل ۱۴۷ نفر (مادر) بود که به صورت تصادفی ساده با استفاده از لیست نوبت دهی از مراکز زایمان و مراقبت های بهداشتی ذکر شده انتخاب شدند.

ملاک های ورود : ۱- داشتن فرزند ۳ تا ۶ ماهه (در بسیاری از تحقیقات اوج این نوع افسردگی ۳ تا ۶ ماه بعد از تولد فرزند عنوان شده است (۴۴). ۲- مراجعه به مراکز بهداشتی برای مراقبت های روتین بعد از تولد فرزند اول شان. ۳- داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال زنان ۴- داشتن سواد خواندن و نوشتن. ۵- رضایت برای شرکت در این پژوهش ۶- عدم ابتلا به اختلال جسمی و روانی خاص ۷- تشخیص روانشناختی افسردگی پس از زایمان به تشخیص روان پزشک. همچنین ملاک هایی نیز برای خروج نمونه ها از پژوهش در نظر گرفته شد. مانند: ۱- سن کمتر از ۲۰ سال و بیشتر از ۴۰ سال ۲- داشتن اختلال جسمی و روانی خاص ۳- داشتن سایر بیماری

با توجه به داده های جدول ۲، بین خشونت جسمی با افسردگی پس از زایمان رابطه معناداری به صورت مثبت وجود دارد ($r=0.323, P<0.005$). بنابراین می توان چنین عنوان نمود که هرچه خشونت جسمی بیشتر باشد بر میزان افسردگی پس از زایمان در افراد نمونه افزوده می شود. همچنین بین حمایت اجتماعی ادراک شده (نمره کل) با افسردگی پس از زایمان ($r=-0/409$)، حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده با افسردگی پس از زایمان ($r=-0/428$)، حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان با افسردگی پس از زایمان ($r=-0/270$) و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف افراد مهم با افسردگی پس از زایمان ($r=-0/466$) رابطه معنادار و به صورت منفی وجود دارد ($P<0.005$). با توجه به میزان R^2 جدول ۳، می توان نتیجه گرفت که خشونت جسمی، کلامی، عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده در مدل ارایه شده در حدود ۱۶/۹ درصد از واریانس متغیر افسردگی پس از زایمان را تبیین می کند. بر اساس همین ضرایب استاندارد بتا حمایت اجتماعی ادراک شده بیشترین نقش در تبیین افسردگی پس از زایمان دارد؛ به طوری که با هر واحد تغییر در واریانس حمایت اجتماعی ادراک شده به اندازه ۰/۳۱۹- در واریانس نمره افسردگی پس از زایمان تغییر ایجاد می گردد. خشونت جسمی تجربه شده نیز به اندازه ۰/۲۰۳ در تبیین واریانس متغیر افسردگی پس از زایمان نقش دارد.

بحث

پژوهش حاضر به منظور تعیین رابطه خشونت جسمی و کلامی-عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی پس از زایمان در زنان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر در ارتباط بین خشونت با افسردگی با نتایج پژوهش (۱۱، ۱۲، ۲۹، ۳۰ و ۳۱) همسو می باشد. معافی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای خشونت جسمی در رابطه با هر نوع درگیری فیزیکی در دوران بارداری را بین ۱/۵ تا ۴۴/۱ درصد گزارش کرد (۱۱). دولتیان و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داده اند که خشونت در بارداری احتمال افسردگی پس از زایمان را ۳/۳ برابر افزایش می دهد (۱۲). طاهرخانی و همکاران در پژوهشی دریافتند خشونت جسمی و افسردگی در زنان مورد

همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس دارای سه مقیاس: خانواده (عبارات ۳، ۴، ۸، ۱۱) دوستان (عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۲) و افراد مهم (عبارات ۱، ۲، ۵، ۱۰) است (۲۸). ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۹۱ درصد و ضریب آلفای زیر مقیاس های آن در دامنه ای از ۹۰ درصد تا ۹۵ درصد قرار دارد (۲۸) در نسخه ایرانی ضرایب هماهنگی درون مقیاسی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ می باشد (۱۹). در نهایت داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و به کمک نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

داده های جدول ۱ نشان می دهد که بیشترین درصد افراد نمونه دارای مدرک دیپلم (۳۲/۴ درصد) و (۵۹/۵ درصد) افراد نمونه، خانه دار و (۴۰/۵ درصد) نیز شاغل می باشند. بر اساس نوع زایمان نیز (۵۲/۰ درصد) زایمان طبیعی و (۴۸/۰ درصد) زایمان سزارین داشتند و محل زایمان افراد نمونه (۹۱/۹ درصد) در بیمارستان بود. همچنین، میانگین سن آزمودنی ها (۲۷ سال)، میانگین سن همسران آنها (۳۲ سال) و میانگین سن ازدواج آنها (۴ سال) بود.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی ها

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۱
	دیپلم	۴۸
	فوق دیپلم	۲۰
	لیسانس	۳۳
	فوق لیسانس	۶
شغل	خانه دار	۸۸
	شاغل	۶۰
نوع زایمان	طبیعی	۷۷
	سزارین	۷۱
محل زایمان	بیمارستان	۱۳۶
	کلینیک	۱۲

جدول ۲- نتایج ماتریس همبستگی پیرسون در مورد رابطه بین خشونت جسمی، کلامی، عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی پس از زایمان

متغیر	Mean±SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱ خشونت جسمی	۲۸/۹±۳۷/۲								
۲ خشونت کلامی	۴۱/۱±۱۹/۲	۰/۱۴							
۳ خشونت عاطفی	۲۳/۲±۱۰/۲	-۰/۰۸	**۰/۸۶						
۴ از طرف دوستان	۵/۱±۱/۴	-۰/۳۵	**۰/۱۷	**۰/۲۹					
۵ از طرف همسالان	۴/۶±۱/۵	-۰/۱۳	**۰/۲۳	**۰/۲۶	**۰/۶۹				
۶ از طرف افراد مهم	۴/۹±۱/۵	-۰/۳۹	**۰/۲۳	**۰/۳۵	**۰/۹۱	**۰/۷			
۷ کل	۴/۹±۱/۳	-۰/۲۸	**۰/۲۲	**۰/۳۲	**۰/۹۶	**۰/۸۸	**۰/۹۴		
۸ افسردگی	۲۴/۹±۴/۱	**۰/۳۲	۰/۰۰	-۰/۱	-۰/۴۹	-۰/۲۷	-۰/۴۷	-۰/۴۱	

**p<0.01 *p<0.05

جدول ۳- نتایج ضرایب رگرسیون چند گانه افسردگی پس از زایمان از روی خشونت جسمی، کلامی، عاطفی تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک

متغیر ملاک افسردگی پس از زایمان	پیش بین	β	SD	P	t
خشونت جسمی، کلامی، عاطفی	اثر ثابت	۲۸/۶۹۸	۱/۵۴۹	۰/۰۰۰۱	۱۸/۵۲۲
تجربه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده	خشونت جسمی	۰/۰۲۴	۰/۰۱۱	۰/۰۳۵	۲/۱۳۶
	خشونت کلامی	-۰/۰۰۲	۰/۰۳۷	۰/۹۵۶	-۰/۰۵۶
	خشونت عاطفی	۰/۰۲۶	۰/۰۷۰	۰/۷۱۵	۰/۳۶۶
حمایت اجتماعی ادراک شده		-۱/۰۳۷	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱	-۳/۴۲۷

را تجربه کرده اند (۳۲). مطالعه دولتیان و همکاران نیز در برگیرنده این بود که، ۸۷/۳ درصد از زنان خشونت عاطفی را تجربه می کنند و استرس دریافتی منجر به افسردگی پس از زایمان شده است (۴). طاهرخانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش ها نشان دادند که ۹/۸۷ درصد زنان متأهل شهر تهران از همسر آزاری روانی رنج می برند (۳۲). در تحقیقی که باقرزاده و همکاران (۱۳۸۷) در ایران انجام دادند خشونت عاطفی-کلامی ۶۰/۵ درصد از انواع خشونت ها را به خود اختصاص داده و آسیب های شدید ناشی از این نوع خشونت ۲۴/۲ درصد گزارش شده است (۳۰). در پژوهش مسی (۲۰۰۷) نشان داد خشونت عاطفی-کلامی می توانند به وسیله تغییر رفتار بهداشتی زنان مثل اعتیاد به الکل، دخانیات، مصرف داروهای روان گردان یا داروهای ممنوعه منجر به پیش آگهی بد حاملگی و افسردگی پس از زایمان گردد (۳۵). در پژوهش حاضر با توجه به اینکه نمره کلی خشونت معنا دار شد اما در خرده مقیاس های خشونت کلامی و خشونت عاطفی

مطالعه از شیوع بالایی بر خوردار است و ترس از خشونت با افسردگی ارتباط معنی داری وجود دارد (۳۲). بدین معنا که تجربه ی انواع خشونت خانگی صدمه جسمی شامل کتک خوردن و صدمه دیدن در حاملگی در اثر خشونت و احساس نا امنی در دوران قبل از بارداری و در بارداری، منجر به افسردگی پس از زایمان می شود (۳۳). این در حالی است که بین خشونت کلامی و خشونت عاطفی با افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری یافت نشد که به یافته های پیشین همسو نمی باشد (۲۹، ۳۲، ۳۴ و ۳۵). در حالی که در پژوهش فرخی و همکاران تحت عنوان خشونت شریک جنسی در طول بارداری نشان داد تجربه انواع خشونت در دوران قبل از بارداری در بارداری هم ادامه می یابد و منجر به افسردگی پس از زایمان می گردد و خشونت عاطفی-کلامی بیشترین میزان در میان پاسخگویان را به خود اختصاص داده بود (۲۹). در پژوهش حسامی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که ۵۴ درصد از زنان مورد مطالعه خشونت عاطفی

دریافت حمایت از جانب مادر موجب کاهش علائم افسردگی در شش هفته بعد از زایمان می شود (۴۰). این در حالی است که مطالعه مسعود نیا (۱۳۹۰) نشان داد زنانی که فاقد حمایت اجتماعی از جانب دوستان هستند در مقایسه با زنانی که این نوع حمایت را دریافت می کنند، میزان افسردگی در آنها بالاتر است (۱۹).

نتیجه گیری نهایی

با نگاهی اجمالی به پژوهش انجام شده در زمینه افسردگی زنان پس از تولد فرزند می توان به اهمیت متغیرهای خشونت به عنوان جنبه منفی و حمایت اجتماعی جنبه مثبت تعدیل کننده پی برد. برخی محققان معتقدند که ادراک زنان از دریافت اجتماعی در کاهش میزان ابتلای آنان به افسردگی بعد از تولد نوزاد نقش به سزایی دارد دریافت ناکافی حمایت اجتماعی می تواند مرحله انتقال والدینی برای زنان را پر تنش کند و باعث افسردگی پس از زایمان گردد (۵). همچنین، دریافت حمایت ذهنی و عینی اجتماعی در ابعاد وسیع مالی، عاطفی و اطلاعاتی از جانب دوستان و افراد نزدیک نقش مؤثری در پیش گیری از بروز افسردگی پس از تولد فرزند دارد (۲۱). لذا با توجه به تأثیرات منفی افسردگی پس از زایمان، بررسی تأثیر انواع مداخلات درمانی در کاهش میزان این نوع افسردگی و آموزش زوجین و خانواده ها در زمینه رفتارهای حمایتی از زنان پس از زایمان از اهمیت بالایی برخوردار است. با این همه تعمیم نتایج حاصله به علت محدود بودن نمونه ها به مراکز تهران و عدم تمایل زنان به گزارش خشونت باید با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده نویسنده اول می باشد که در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه شهید بهشتی دفاع گردید. نویسندگان مقاله کمال تشکر خود را نسبت به تمامی مسئولین و شرکت کنندگان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهد، بیمارستان شهید مصطفی خمینی و ماماها و پزشکان محترم متخصص زنان که با ما همکاری داشتند، ابراز می نمایند. همچنین، از کلیه خانم های شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می گردد.

نتیجه معنا دار بدست نیامد را می توان این گونه تبیین کرد که تعریف و تلقی آزمودنی های این پژوهش از خشونت تنها شامل خشونت جسمی است نه خشونت کلامی_عاطفی به بیانی دیگر در پاسخگویی به پرسشنامه تنها بر خشونت جسمی تمرکز کردند و این مسئله با توجه به خود گزارشی بودن پرسش نامه ها تشدید می شود. از سوی دیگر، می توان به تفاوت های فرهنگی و قومی موجود اشاره کرد که می توانند عامل مؤثری باشند. تحقیر و توهین، رفتارهای کنترل کننده، تهدید به آسیب انزوای اجتماعی-اجباری، نظارت جنبش و محدود کردن به دسترسی با خانواده و دوستان و عدم ابراز علاقه در بین این زنان به علت عدم آگاهی به تعریف خشونت، حقوق زنان (۳۶) و ضعف های شخصیتی چون عدم تمایز یافتگی و عزت نفس پایین (۳۷) عدم خشونت تلقی نشده است. همچنین رابطه معنادار منفی بین مؤلفه های حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، از طرف دوستان و از طرف افراد مهم با افسردگی پس از زایمان وجود دارد. این نتایج با یافته های پژوهش های پیشین (۱۹، ۳۸، ۳۹ و ۴۰) همسو می باشد. چنانچه در مطالعه مشکی و همکاران (۱۳۹۴) به این نتیجه دست یافتند که همبستگی معکوسی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان وجود داشت (۳۸). حمایت اجتماعی به شکل معنی داری سلامت روانی را پیش بینی می کند (۴۱). به این معنا که سطح پایین حمایت اجتماعی از طرف خانواده سطح بالایی از نشانه های افسردگی پس از زایمان را به طور قابل توجهی به همراه دارد (۳۹) و شبکه اجتماعی کوچک، روابط صمیمی کم و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده پایین همگی می توانند در ایجاد افسردگی بعد از تولد مؤثر باشد (۴۲). پس حمایت اجتماعی ادراک شده اثرات مستقیم در تعدیل استرس و افسردگی پس از زایمان در زنان دارد (۱۸). این در حالی است که حمایت اجتماعی شوهران افسردگی همسران را کاهش می دهد و میزان حمایت اجتماعی با افسردگی رابطه معنی داری دارد (۴۳). به عنوان مثال در پژوهش کارکان (۲۰۱۱) نشان داد دریافت کمک از جانب همسر و مادر در کارهای خانه و در مراقبت از نوزاد بسیار با اهمیت بوده است به طوری که

REFERENCES

1. Grabe M. Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorder the role of the male partners. Arch Women's Ment Health. 2005; 8 (3):163.
2. Srkalović Imširagić A, Begić D, Martić-Biočina S. Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. Coll Antropol. 2009; 33(2):521-7.
3. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesare S, Cooper C, and Hough A. Familiarity of postpartum depression in uni polar disorder: results of a family study American Journal of Psychiatry. 2006; 163(9): 1549-1553.
4. Dolatian M, Maziar P , Alavimajd H, Yazdjeri M. The relationship between mood delivery and postpartum depression. Medical Journal of Reproduction and Infertility. 2006; 7(3):260-268. (Full Text in Persian)
5. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR ,Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. Journal of affective Disorders. 2015:175; 34-52. (Full Text in Persian)
6. Harrington AR .Healthy start screens for depression among urban perenant , postpartum and inter conceptional women. Natal MedAssoc .2007; 99 (3): 220-31.
7. Azimi Lolati H, Danesh M, Hosseini S, Khalilian A, Zarghami M. Postpartum Depression in Clients at Health Care Centers in Sari . IJPCP. 2005; 11 (1):31-42. (Full Text in Persian)
8. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an apdate. Res. 2001; 50: 275-85.
9. Ana MPF, Claudio ES ,Clalda GP. Pravalance and risk factor associated with postpartum depression in women consulting in primrey care .2008; 136(1):44-52.
10. Leung WC, Domestic vilonce and postnatal depression in chinese community. 2002; 79:159-166.
11. Moafi F, Dolatian M, Sajjadi H, Alimoradi Z, Mirabzadeh A, Mahmoodi Z. Domestic violence and its associated factors in Iran: according to World Health Organization model. Pajoohandeh Journal. 2014; 19 (1): 25-36. (Full Text in Persian)
12. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi, Shams J, Alavi Majd H. Relationship Between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences, 2010; 13(4):260-269. (Full Text in Persian)
13. Raynor M. pregnancy and the puerperium: the social and psychological context. Psychiatry. 2006; 5:1-4.
14. Porreza A. Violence against women and social issues. Family Health 2003; 25: 66-67. (Persian)
15. Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of Violence against Women by their Partners in Kerman. IJPCP. 2009; 15 (3): 300-307. (Full Text in Persian)
16. Ismayilova L .Intimate partner violence in there former Soviet Union countries (Azarbaijan, Moldova and Okrine): Perevalence risk factors and women's reproductive health (dissertation): USA: Colombiia University 2009.
17. Sarason LG, Levine HM. Assessing social support: the social support questionnaire .Journal of personality and social psychology .2006; 44:127-139.
18. Ying Lau, Daniel Fu Keung Wong, Yuqiong Wang, Dennis Ho Keung Kwong, Ying Wang .The Roles of Social Support in Helping Chinese Women with Antenatal Depressive and Anxiety Symptoms Cope With Perceived Stress Archives of Psychiatric Nursing 28 (2014) 305–313.
19. Masoudnia E. Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder. IJN. 2011; 24 (70): 8-18. (Full Text in Persian)

20. Bejerk SEY. Postpartum depression among Pakistani women in Norway. *Maternal _Fetal and Neonatal Medicine*. 2008; 21(12):889-94.
21. Reid V, Meadows – Oliver M. Postpartum depression in adolescent mother: an integrative review of the literature. *J Pediatric Health Care* .2007;21(5):289-98.
22. Logsdon MC. An important issue impacting healthcare for women with post-partum depression .*The American Journal Maternal Child Nursing* 2006; 31:351-356.
23. Peindl ks, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for affective screening and referral *Journal of affective disorders*, 2004; 80(1): 37-44.
24. Behbodi MZ. The prevalence of postpartum depression and the effective factors of referred women to Beheshti Health center. Thesis of master, Psychology, Tehran: Beheshti University, 2001. (Full Text in Persian)
25. Straus Murray A, Sherry L, Boney –McCoy S, Saugarman DB. The revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam issues*. 1996; 17(3): 283-316.
26. Hazra, Rochna. Risk factors of sexual correction in male batterer's .Virginia p010tecnic Institute and State Univercity. 2002.
27. Ghorbani M, Kazemi H, Bahraini-borujeni M, Ghorbani T, Sepehri-borujeni K. Comparison of marital conflict dimensions between substance dependence patients: Shishe, Crack, Opioids.. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2012; 14 (3):12-19. (Full Text in Persian)
28. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988; 52(1): 30-41.
29. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghighi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *Journal of forensic and legal medicine*, 2014; 24: 28-32. (Full Text in Persian)
30. Bagherzadeh R, Keshavarz T, Sharif F, Dehbashi S, Tabatabaei HR. Relationship between Domestic Violence during pregnancy and Complications of Pregnancy, type of delivery and birth weight on delivered women in hospital affiliated to Shiraz university of Medical Sciences. *Horizon Med Sci*, 2008; 13 (4):51-58. (Full Text in Persian)
31. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M. Intimate partner violence and incident depressive symptom and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*. 2013; 10: e1001439.
32. Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women. *IJFM*. 2010; 16 (2): 95-106. (Full Text in Persian)
33. Jean jot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy. 2008; 17(4):557-67.
34. Kazhal Hesami, Mahrokh Dolatian, Jamal Shams, Hamid Alavi Majd. Domestic Violence Before and during Pregnancy among Pregnant Women. *IJN*. 2010; 23 (63):51-59.
35. Macy RJ. Partener violence among woman befor, during and after pregnancy multiple opportunities for intervention .*Woman Health Issues* .2007; 17:17:290-299.
36. Eftekhari H, Kakuiee H, Foruzan A, Eftekhari M. Individual features in victims of spouse abuse centers, the organization referred to the coroner. *Social Welfare*. 2010;12:259-71. (Full Text in Persian)
37. Sheikh F, Khodabakhshi-koolae A, Rahmatizadeh M. The Comparison of Self-differentiation and Self-concept in Divorced and Non-divorced Women Who Experience Domestic Violence. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2013; 2(2): 66-71.
38. Moshki M, Armanmehr V, Cheravi K. The relationship between depression during pregnancy with social support and some demographic variables in pregnant women. *IJOGI*. 2015; 18(142): 11-20. (Full Text in Persian)
39. Ngai FW, Chan SW. Learned resourcefulness, social support, and perinatal depression in Chinese mothers. *Nursing Research*, 2015; 61(2), 78–85.

- 40.Karkun, Halbreich U. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms J Affect disorder 2006; 91 : 97-111
- 41.Bakhshipor roudsari A, Peyravi H, Abedian A. Investigation relationship between satisfaction and social supportive with mental health among freshman students of Tehran University. The Journal of Fundamentals of Mental Health 2005; 7(28): 145-152. (Full Text in Persian)
- 42.Yang MS; .Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: Prevalence and risk factor. 2006; 43(1):21-7.
- 43.Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. Jama. 2010; 303(19): 1961-1969.
- 44.Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(4):316-21.

Archive of SID

Original Article

The Relationship between Experiencing Physical and Emotional-Verbal Violence and Perceived Social Support with Postpartum Depression among Women

Narges Rahmatollahi¹, Anahita Khodabakhshi-koolae^{2*}, Ladan Mansoor³, Taghi Pour-Ebrahim⁴

1. Master of family counseling, education and psychology department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Assistant professor of counseling and psychology, Khatam Institute for Higher Education, Tehran, Iran

3. Master of counseling, education and psychology department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

4. Assistant professor of counseling, education and psychology department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Anahita khodabakhshi koolae, Khatam Institute for Higher Education, Department of counseling and psychology, Tehran, Iran.

Email: anna_khodabakhshi@yahoo.com

How to cite this article:

Rahmatollahi N, Khodabakhshi-koolae A, Mansoor L, pour ebrahim T. The Relationship between Experiencing Physical and Emotional-Verbal Violence and Perceived Social Support with Postpartum Depression among Women. Community Health 2015; 2(2):139-48.

Abstract

Background and Objective: Diverse violence against women has several negative effects, especially after partum. Also, social supportive is one of the factors to enhance the mental health during this phase. Therefore, the aim of current study is to investigate the relationship between physical and emotional-verbal violence and social support with postpartum depression among women.

Materials and Methods: This research is a descriptive correlational. The population is comprised women with postpartum depression in Tehran city in the years of 2014-15. The 140 women with postpartum depression were selected in a purposive sampling. The measuring instruments are Edinburgh Postnatal Depression (EPDS), Scale methods of conflict in marital disputes (CTS-2) and perceived social support scale multi-dimensional (MSPSS). Data was analyzed utilizing Pearson correlation coefficient and multiple regressions.

Results: The results indicated that the relationship of total score of violence rate and postpartum depression are statistically significant ($p < 0.001$), although there is not the significant relationship between the verbal- emotional violence and postpartum depression ($p < 0.001$). Also, the total score of perceived social support and postpartum depression are statistically significant. In addition, violence and perceived social support can be predicted 16.9% and -0.319% of the variance of postpartum depression respectively.

Conclusion: These findings emphasize that violence and lack of social support increase the occurrence of postpartum depression. Hence, it should be considered as risk factors in therapeutic intervention and postpartum depression prevention programs.

Keywords: Physical violence, Verbal violence, Emotional violence, Perceived social support, Postpartum depression