

بررسی ارتباط زمان تجربه و ترس از خشونت خانگی با وقوع افسردگی در زنان

سکینه طاهر خانی* - ماندانا میرمحمد علی** - دکتر انوشیروان کاظم نژاد*** - دکتر محمد اربابی****

* دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
**** متخصص روانپزشکی، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: خشونت یکی از دلایل جدی ناتوانی و مرگ زنان محسوب می‌شود که اغلب منجر به وضعیت نامطلوب سلامت، کیفیت پایین زندگی و استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی-مراقبتی می‌شود همچنین با پیامدهای جسمی و روانی متعددی در ارتباط می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط زمان تجربه و ترس از خشونت خانگی با وقوع افسردگی در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ طراحی و اجرا شد.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که تعداد ۸۱۱ نفر از زنان مراجعه کننده به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید؛ برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ۳۷/۱٪ (۳۰۱ نفر) بود (افسردگی خفیف ۲۸/۷٪، افسردگی متوسط ۸/۲٪ و افسردگی شدید ۲/۰٪). میزان خشونت خانگی در سال گذشته و قبل از سال گذشته به ترتیب ۸۸/۳٪ (۷۱۶ نفر) و ۷۶/۳٪ (۵۹۴ نفر) بود همچنین ترس از خشونت خانگی توسط ۵۵/۷٪ (۴۵۲ نفر) از واحدهای مورد پژوهش گزارش شد. احتمال ایجاد علائم افسردگی در زنانی که خشونت خانگی را در سال گذشته و قبل از سال گذشته تجربه کرده بودند به ترتیب (OR= ۳/۵۴۷، ۹۵٪ CI ۲/۰۰۳-۶/۲۸۱) و (OR= ۱/۴۸۲-۳/۱۲۹، ۹۵٪ CI ۲/۱۵۳) بود همچنین این میزان در زنانی که ترس از خشونت خانگی را گزارش کرده بودند (OR= ۲/۸۸، ۹۵٪ CI ۲/۱۲۳-۳/۹۰۵) بود.

نتیجه گیری: وقوع علائم افسردگی در ارتباط با نوع خشونت و نزدیکی زمانی تجربه‌ی خشونت خانگی می‌باشد از سوی دیگر نه فقط تجربه‌ی مستقیم خشونت خانگی بلکه ترس از خشونت خانگی نیز با علائم افسردگی مرتبط بود، بنابراین ترس از خشونت خانگی در کنار تجربه‌ی خشونت خانگی باید به عنوان عامل مهمی در ارزیابی اختلال افسردگی در زنان مدنظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خشونت علیه زنان؛ خشونت خانگی؛ ترس از خشونت خانگی؛ افسردگی.

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۱۷ تأیید مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۹

نویسنده پاسخگو: sakinehtaherkhani@yahoo.com

مقدمه

در کشورهای صنعتی می‌باشد. این بدان معنی است که در مورد زنان، یک سال از هر ۵ سال زندگی سالم که به علت صدمه، بیماری یا مرگ پیش از موعد از دست می‌رود به خشونت نسبت داده می‌شود (۲). معمولاً زنان و دختران نخستین قربانیان خشونت خانگی هستند (۳). خشونت علیه زنان و دختران تهدید جدی برای سلامتی و حقوق انسانی محسوب می‌شود، همچنین مشکلی جهانی است که به وسعت مرزهای کشورها، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نژادی و قومی گسترده شده است، ولی این مسأله اغلب ناشناخته مانده و به عنوان

خشونت یک بلای جهانی است که پیکر جامعه را تخریب می‌کند و زندگی، سلامتی و شادابی افراد را تهدید می‌نماید. هر ساله بیش از ۱/۶ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت خشونت به کام مرگ فرو می‌روند تعداد بسیاری نیز مجروح شده، دچار مشکلات جسمی، جنسی، تولید مثلی و روانی می‌گردند (۱). بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی مسؤول ۱۹٪ از کل بار بیماری در زنان ۱۹-۴۴ ساله

خود نشان دادند نه فقط تجربه‌ی مستقیم خشونت بلکه ترس از خشونت نیز با علایم افسردگی شدید در میان زنان جوان مرتبط می‌باشد (۸). سازمان جهانی بهداشت کارکنان بهداشتی را برای بسیاری از زنانی که مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند، مهم‌ترین و اغلب تنها نقطه تماس با خدمات اجتماعی می‌داند که ممکن است قادر به ارائه اطلاعات و حمایت باشند (۱۸)، این در حالی است که کارکنان بهداشتی در بخش زنان و مامایی به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی اولیه، نخستین افرادی هستند که زنان در طول سال‌های باروری به آن‌ها مراجعه می‌کنند (۱۹) چرا که زنان اغلب به دلیل دریافت مراقبت‌های بهداشتی، دریافت خدمات تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت‌های پس از زایمان و انجام غربالگری‌های روتین به نزد پرسنل مامایی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه می‌کنند. با توجه به موارد ذکر شده در بالا و با عنایت به این که تحقیقات کمی در این زمینه انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط زمان تجربه و ترس از خشونت خانگی با وقوع افسردگی در زنان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶ طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که روی ۸۱۱ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران انجام شد. زنانی وارد مطالعه می‌شدند که ایرانی بوده، ازدواج دائم داشته باشند، حداقل در طول یک سال گذشته با همسر خود زندگی کرده باشند، در طول سال گذشته دچار استرس عاطفی (مانند فوت بستگان درجه اول) نشده باشند، وقت کافی جهت انجام مصاحبه داشته و رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کرده باشند.

نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای-تصادفی انجام شد، از آنجا که عوامل متعددی همچون وضعیت اجتماعی اقتصادی می‌تواند در شیوع خشونت خانگی مؤثر باشد برای اینکه نمونه به دست آمده نماینده جامعه مورد پژوهش (زنان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران) باشد تهران به چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد و تعداد نمونه مورد نیاز به طور مساوی از این چهار منطقه به دست آمد؛ لازم به ذکر است که شیوه‌ی نمونه‌گیری در هر چهار منطقه مشابه بوده و در این مورد تفاوتی بین مناطق چهارگانه وجود نداشته است به این صورت که در هر منطقه لیست کلیه مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش به دست

بخشی از امور عادی تلقی می‌شود (۱). خشونت علیه زنان به واسطه‌ی پیامدهای اساسی بر بهداشت باروری و سلامت جسمی و روانی زنان به عنوان مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است (۴). واقعیت این است که بین زندگی پر استرس و ابتلا به بیماری‌ها رابطه‌ی نزدیکی وجود دارد؛ آسیب‌ها، ترس و استرس مرتبط با خشونت خانگی می‌تواند منجر به بروز مشکلاتی از قبیل دردهای مزمن، علایم سیستم عصبی مرکزی، علایم گوارشی، علایم قلبی، سرکوب ایمنی (در نتیجه‌ی استرس مزمن) (۵) همچنین طیف گسترده‌ای از مشکلات ژنیکولوژیکی شامل بیماری‌های التهابی لگن^۱، مقاربت دردناک، کاهش میل جنسی، بیماری‌های مقاربتی، عفونت دستگاه ادراری، ایدز، آزرده‌ی جنسی، خونریزی واژینال غیر قابل توضیح، درد لگن، فیبروئید (۶)، ناتوانی در استفاده از روش پیشگیری از بارداری، حاملگی ناخواسته (۷) و در انتها مرگ زود هنگام - در صورت عدم درمان - شود (۸). به این ترتیب خشونت در حیطه‌ی پزشکی به عنوان علت قابل پیشگیری ناخوشی^۲ و مرگ و میر^۳ مورد توجه قرار گرفته است (۹).

از جمله پیامدهای روانی خشونت می‌توان به افسردگی، خودکشی، اختلال استرسی بعد از تروما، سوء مصرف الکل، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیتی مرزی^۴، اختلالات اضطرابی، اختلالات تجزیه‌ای^۵، اختلالات جسمانی کردن^۶ و رفتارهای خودآزاری اشاره کرد (۱۱) و (۱۰). در واقع خشونت شریک جنسی به عنوان یک علت شایع اختلالات روانپزشکی در زنان سنین باروری مطرح می‌باشد (۱۲)؛ Hegarty و همکاران در این زمینه می‌نویسند: «زنان افسردگی را حدود دو برابر بیشتر از مردان تجربه می‌کنند. این تفاوت ممکن است به علت فقر بیشتر، نقش‌های اجتماعی مختلف، تبعیض جنسی، حوادث نامطلوب زندگی و خشونت و سوءاستفاده‌ی بیشتر از زنان باشد» (۱۳). این در حالی است که افسردگی به علت شیوع بالای آن در زنان، اثر عمیق روی عملکرد فرد و احتمال عود مجدد آن به عنوان یک مشکل بهداشتی همگانی شناخته شده است (۱۴).

افسردگی به عنوان دومین علت منجر شونده به ناتوانی در سراسر جهان در سال ۲۰۲۰ تخمین زده شده است، در مطالعه‌ی بار جهانی بیماری‌ها، ناتوانی حاصل از افسردگی اساسی معادل با ناتوانی حاصل از کوری یا فلج گزارش شده است. به استثنای فشار خون بالا، افسردگی اساسی در مراکز مراقبتی اولیه بیش از هر بیماری دیگری وجود دارد و نسبت به دیگر اختلالات شایع در این مراکز، هزینه‌های بیشتری را به خود اختصاص می‌دهد (۱۵)؛ صفرزاده ذکر می‌کند: افسردگی همراه با اضطراب شایع‌ترین شکایت روان شناختی در سیستم مراقبت‌های اولیه می‌باشد (۱۶). این در حالیست که از هر ۵ زن یک نفر در طول زندگی در معرض ابتلا به افسردگی بالینی قرار دارد (۶). Dutton و همکاران معتقدند احتمال ایجاد افسردگی به همراه اختلال استرسی بعد از تروما در زنانی که پی در پی خشونت را در زندگی خود تجربه کرده‌اند، افزایش می‌یابد (۱۷)؛ Csoboth و همکاران نیز در مطالعه‌ی

1 - Pelvic Inflammatory Disease (PID)
2 - Morbidity
3 - Mortality
4 - Borderline Personality Disorder
5 - Dissociative Disorder
6 - Somatization Disorder

بررسی ضریب آلفای کرونیخ تأیید شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک) استفاده شد. برای تعیین میزان خشونت خانگی نسبت تعداد زنان خشونت دیده یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری خشونت جسمی یا خشونت جنسی یا خشونت عاطفی داده بودند به کل جمعیت مورد مطالعه یعنی ۸۱۱ نفر محاسبه گردید؛ به بیان دیگر افرادی که از پرسشنامه غربالگری خشونت نمره‌ی بالاتر از صفر را کسب کرده بودند خشونت دیده و افرادی که از پرسشنامه غربالگری خشونت نمره‌ی صفر را کسب کرده بودند (یعنی هیچ نوعی از خشونت را تجربه نکرده بودند) خشونت ندیده تلقی می‌شدند. همچنین برای تعیین میزان هر کدام از انواع خشونت‌ها نسبت تعداد زنان خشونت دیده جسمی یا جنسی یا عاطفی یعنی کسانی که حداقل یک جواب مثبت به سؤالات مربوط به غربالگری هر کدام از انواع خشونت داده بودند - صرفنظر از تجربه سایر خشونت‌ها - به کل جمعیت مورد مطالعه یعنی ۸۱۱ نفر محاسبه گردید. جهت بررسی اثر همزمان متغیرها بر شانس ابتلا به افسردگی از مدل رگرسیون لجستیک و روش Backward Wald استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد و P-Value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

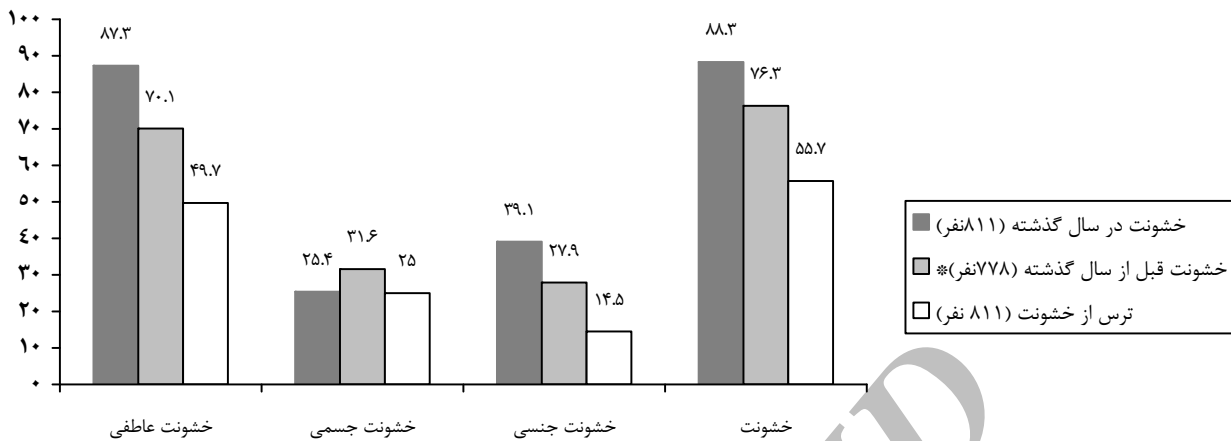
نتایج نشان داد محدوده‌ی سنی زنان شرکت کننده ۵۸-۱۷ سال با میانگین و انحراف معیار $29/5 \pm 6/7$ ، محدوده‌ی سن زمان ازدواج آنها ۴۰-۱۳ سال با میانگین و انحراف معیار $20/3 \pm 3/6$ و مدت زمان گذشته از ازدواج ۴۱-۱ سال با میانگین و انحراف معیار $9/2 \pm 6/9$ بود؛ میانگین و انحراف معیار سن همسران و سن همسران در زمان ازدواج به ترتیب $34/7 \pm 7/4$ و $25/5 \pm 4/2$ بود. $58/9\%$ از زنان و $47/3\%$ از همسران تحصیلات متوسطه داشتند، $15/7\%$ از زنان و $19/2\%$ از همسران از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. $91/5\%$ از زنان خانه دار و تنها 1% از همسران بیکار بودند. $86/1\%$ از خانواده‌ها به صورت مستقل زندگی می‌کردند، $58/2\%$ از زنان وضعیت اقتصادی خانواده خود را تا حدی مطلوب، $36/5\%$ مطلوب و تنها $5/3\%$ وضعیت اقتصادی خانواده را نامطلوب گزارش کردند.

در ارتباط با تعداد فرزندان، اکثریت واحدهای مورد پژوهش ($49/6\%$) دارای یک فرزند بودند، $9/4\%$ از واحدهای مورد پژوهش باردار بودند که $51/3\%$ در سه ماه دوم بارداری به سر می‌بردند و $14/1\%$ از نمونه‌ها شش ماه یا کمتر از آخرین زایمانشان می‌گذشت. بنا به اظهار نظر واحدهای مورد پژوهش $18/6\%$ از زنان و $15/9\%$ از همسران بیماری جسمی (شامل طیف وسیعی از بیماری‌ها شامل

آمد و تعدادی درمانگاه از طریق قرعه‌کشی انتخاب شدند سپس سهمیه آن منطقه به طور مساوی بین درمانگاه‌های انتخاب شده تقسیم شد و در هر درمانگاه تا تکمیل سهمیه مورد نظر، افرادی که به آن درمانگاه مراجعه می‌کردند در صورتی که دارای خصوصیات واحدهای مورد پژوهش بودند با آنها مصاحبه به عمل می‌آمد. با استفاده از فرمول آماری مناسب تعداد نمونه ۸۰۱ نفر تعیین شد؛ به دلیل آن که در آن مقطع زمانی امکان دسترسی به نمونه‌های واجد شرایط بیشتر بود تعداد کل نمونه‌ها ۸۱۱ نفر شد و نهایتاً بررسی‌های آماری روی ۸۱۱ نفر صورت گرفت (از منطقه شمال ۲۰۱ نفر، منطقه جنوب ۲۰۵ نفر، منطقه شرق ۲۰۲ نفر و منطقه غرب ۲۰۳ نفر در پژوهش شرکت کردند).

روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. بدین منظور پژوهشگر اول و مصاحبه‌گران آموزش دیده و آگاه نسبت به موضوع پژوهش پس از انجام مصاحبه اولیه (شامل معرفی خود، برقراری ارتباط دوستانه و ارایه توضیحاتی در مورد پژوهش) با زنان مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی، در صورتی که فرد دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بود (این مشخصات در ابتدای بخش «روش بررسی» ذکر شده است) او را به عنوان نمونه انتخاب می‌نمودند و مصاحبه را در محیطی خصوصی و آرام انجام می‌دادند. پرسشنامه با توجه به اهداف در سه بخش عمده تدوین شد؛ بخش اول مشخصات دموگرافیک زن و همسر او، بخش دوم تست افسردگی بک (۲۱ سؤال) جهت سنجش وضعیت افسردگی و بخش سوم سؤالات مربوط به ارزیابی خشونت خانگی اعمال شده توسط همسر در طی سال گذشته (خشونت عاطفی ۵۳ سؤال، خشونت جسمی ۱۸ سؤال و خشونت جنسی ۱۰ سؤال) بود که توسط مقیاس لیکرت پنج قسمتی (هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) مورد سنجش قرار گرفت؛ جهت سنجش خشونت قبل از سال گذشته و ترس از خشونت، در انتهای سؤالات مربوط به غربالگری هر کدام از انواع خشونت سؤالات زیر اضافه شدند: «آیا قبل از سال گذشته نیز رفتارهای اشاره شده (مربوط به هر کدام از انواع خشونت) از سوی همسران علیه شما رخ داده است؟» و «آیا تاکنون از این که مورد خشونت (رفتارهای اشاره شده در هر کدام از انواع خشونت) همسران قرار بگیرید در خود احساس ترس کرده اید؟».

جهت بررسی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد که روایی و پایایی آن در مطالعات ایرانی به اثبات رسیده است همچنین در همین مطالعات به منظور کاهش موارد مثبت کاذب تقسیم‌بندی به صورت بدون علامت (۰-۱۵)، افسردگی خفیف (۱۶-۳۰)، افسردگی متوسط (۳۱-۴۶) و افسردگی شدید (۴۷-۶۳) پیشنهاد شده است (۲۰) که تقسیم‌بندی در مطالعه‌ی حاضر نیز به همین صورت بوده است، با این حال در محاسبات آماری افراد به دو صورت غیرافسرده (کسب نمره بک ۰-۱۵) و افسرده (کسب نمره بک ۱۶-۶۳) در نظر گرفته شدند. اعتبار علمی ابزار با روش روایی محتوا و پایایی آن با روش



نمودار ۱ - توزیع فراوانی نسبی انواع خشونت خانگی (در سال گذشته و قبل از سال گذشته) و ترس از انواع خشونت خانگی (در سال گذشته) در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

* از آنجا که ۳۳ نفر از واحدهای مورد پژوهش تنها یک سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت؛ خشونت در قبل از سال گذشته در ۷۷۸ نفر از واحدهای مورد پژوهش بررسی شد.

اهمیت به لذت بردن زن از رابطه جنسی (۱۱/۷٪)، ارتباط جنسی با زور (۱۰/۱٪) و انجام اجباری رابطه غیر معمول جنسی (۹/۴٪) از شایع ترین موارد خشونت جنسی اعمال شده بر علیه واحدهای مورد پژوهش بود که به صورت «به ندرت» تا «همیشه» اعمال شده بود.

بر اساس یافته‌ها ۷۶/۳٪ (۵۹۴ نفر) از واحدهای مورد پژوهش خشونت را در قبل از سال گذشته تجربه کرده بودند و ۲۳/۷٪ (۱۸۴ نفر) این نوع خشونت را تجربه نکرده بودند شیوع خشونت جسمی در قبل از سال گذشته ۳۱/۶٪، خشونت عاطفی ۷۰/۱٪ و خشونت جنسی ۲۷/۹٪ بود. ترس از خشونت توسط ۵۵/۷٪ (۴۵۲ نفر) از زنان شرکت کننده گزارش شد ترس از خشونت عاطفی ۴۹/۷٪، ترس از خشونت جسمی ۲۵٪ و ترس از خشونت جنسی ۱۴/۵٪ بود. نمودار (۱) میزان انواع خشونت خانگی در سال گذشته و قبل از سال گذشته همچنین ترس از انواع خشونت خانگی را نشان می‌دهد.

بر اساس آزمون بک ۳۷/۱٪ (۳۰۱ نفر) از واحدهای مورد پژوهش افسرده و ۶۲/۹٪ (۵۱۰ نفر) افسرده نبودند؛ میزان افسردگی خفیف ۲۸/۷٪، افسردگی متوسط ۸/۲٪ و افسردگی شدید ۰/۲٪ بود. جهت بررسی رابطه‌ی افسردگی با خشونت در سال گذشته و قبل از سال گذشته، در هر کدام از انواع خشونت افراد به دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده تقسیم شده و ارتباط آن با وضعیت افسردگی - افسرده (کسب نمره بک ۶۳-۱۶) و غیر افسرده (کسب نمره بک ۱۵-۰) - بوسیله آزمون آماری کای دو بررسی شد، جهت بررسی رابطه‌ی افسردگی با ترس از خشونت در هر کدام از انواع خشونت افراد به دو

بیماری‌های قلبی، کلیوی، گوارشی، عصبی و غیره)، ۱۳/۱٪ از زنان و ۴/۷٪ از همسران بیماری روانی (اضطراب، افسردگی، وسواس و انواع نامشخص) داشتند و ۵۵/۴٪ از زنان و ۲۹/۵٪ از همسران به نوعی دارو مصرف می‌کردند (داروهایی که به مقاصد درمانی مصرف می‌شدند، داروهای تأثیرگذار بر روان، داروهای مسکن و انواع نامشخص). ۱۱/۱٪ از زنان و ۳/۸٪ از همسران تحت درمان روانپزشکی و ۸/۱٪ از زنان و ۲/۵٪ از همسران تحت درمان روانشناسی قرار داشتند. نتایج نشان داد ۱/۵٪ از زنان مورد بررسی سیگار، ۰/۷٪ الکل و هیچ کدام مواد مخدر استعمال نمی‌کردند همچنین ۲۷/۱٪ از همسران واحدهای مورد پژوهش سیگار، ۳/۳٪ الکل و ۱/۸٪ مواد مخدر استعمال می‌کردند.

بر اساس یافته‌ها ۸۸/۳٪ (۷۱۶ نفر) از واحدهای مورد پژوهش خشونت را در طی سال گذشته تجربه کرده بودند و ۱۱/۷٪ (۹۵ نفر) هیچ نوع خشونتی را تجربه نکرده بودند، شیوع خشونت جسمی در طی سال گذشته ۲۵/۴٪، خشونت عاطفی در طی سال گذشته ۸۷/۳٪ و خشونت جنسی در طی سال گذشته ۳۹/۱٪ بود، شایع ترین و نادرترین موارد خشونت عاطفی اعمال شده به ترتیب شامل جر و بحث (۶۶/۱٪)، فریاد زدن (۵۵/۷٪)، عیب جویی (۵۲/۲٪) و ازدواج مجدد بعد از زن (۰/۴٪)، بیرون ریختن وسایل شخصی یا کار از منزل (۱/۵٪)، برقراری ارتباط نزدیک با زن دیگر (۱/۷٪) بود. سیلی زدن (۱۲/۷٪)، هل دادن (۱۱/۳٪)، ضربه زدن (۸/۹٪) و استفاده از سلاح گرم (۰/۱٪)، قیچی کردن مو (۰/۱٪)، سوزاندن (۰/۲٪) از شایع ترین و نادرترین موارد خشونت جسمی بود. ارتباط جنسی بدون رضایت (۲۷/۵٪)، عدم

جدول ۳ - ارتباط بین افسردگی و ترس از انواع خشونت در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

P-value	نتیجه آزمون OR (%۹۵ CI)	افسردگی ترس از انواع خشونت
$p < 0.001$	۲/۴۹۶ (۱/۸۶۱-۳/۳۴۸)	ترس از خشونت عاطفی (%۴۹/۷) (۳/۰۳ نفر)
$p < 0.001$	۳/۹۳۴ (۲/۸۲-۵/۴۸۶)	ترس از خشونت جسمی (%۲۵) (۲۰۳ نفر)
$p < 0.001$	۳/۳۰۸ (۲/۲۰۹-۴/۹۵۵)	ترس از خشونت جنسی (%۱۴/۵) (۱۱۸ نفر)
$p < 0.001$	۲/۸۸ (۲/۱۲۳-۳/۹۰۵)	ترس از خشونت (%۵۵/۷) (۴۵۲ نفر)

ارتباط را با افسردگی نشان داد به طوری که حتی از تجربه این نوع خشونت در سال گذشته و قبل از سال گذشته نیز ارتباط قوی تری با افسردگی داشت. نتایج نشان داد در مقایسه با افرادی که ترس از خشونت خانگی نداشتند، افرادی که ترس از خشونت خانگی را گزارش کرده بودند ۴/۹۸۹ (۳/۰۲۷-۸/۲۲۲) بیشتر احتمال داشت که خشونت را در سال گذشته تجربه کنند. همچنین احتمال گزارش خشونت در سال گذشته و ترس از خشونت در افرادی که خشونت را قبل از سال گذشته تجربه کرده بودند به ترتیب ۲۴/۸۱۴ (۱۳/۷۲۹-۴۴/۸۵۱) و ۳/۷۳۴ (۲/۶۲۱-۵/۳۱۹) بود.

جهت بررسی دقیق تر ارتباط ترس از خشونت و افسردگی سابقه خشونت در سال گذشته در نظر گرفته و کنترل شد؛ بدین صورت که ارتباط افسردگی و ترس از خشونت با توجه به تجربه خشونت در سال گذشته، بررسی شد. نتایج نشان داد: ارتباط ترس از خشونت و افسردگی در کلیه مواردی که فرد دارای سابقه مثبت خشونت در طی سال گذشته بود، وجود داشت ($p < 0.05$) اما این ارتباط در مواردی که فرد در سال گذشته خشونت ندیده بود، فقط در مورد ترس از خشونت جسمی وجود داشت ($p = 0.018$) ($p = 0.018$) (۳۵/۵۴۹-۱/۱۵۸-۶/۴۱۷).

با توجه به چند فاکتوری بودن افسردگی، سایر فاکتورهای مؤثر بر افسردگی در غالب سؤالات پرسشنامه بررسی شدند که نتایج آن در جدول شماره (۴) آمده است سپس کلیه متغیرهای اندازه گیری شده با سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند که از بین آنها داشتن بیماری روانی، وضعیت اقتصادی نامطلوب، تجربه خشونت جسمی و جنسی در سال گذشته و ترس از خشونت جسمی و جنسی با افسردگی ارتباط معنی دار نشان دادند (جدول ۵).

بحث

در برنامه‌ی مردم سالم (۲۰۱۰) خشونت خانگی به عنوان یک

گروه، افرادی که ترس از خشونت را گزارش کرده بودند و افرادی که ترس از خشونت را گزارش نکرده بودند تقسیم شده و ارتباط آن با وضعیت افسردگی (افسرده و غیر افسرده) بوسیله آزمون آماری کای دو بررسی شد (جدول ۳-۱).

یافته‌های حاصل از جداول حاکی از آن است که تجربه خشونت در سال گذشته بیشترین ارتباط را با افسردگی داشت و ترس از خشونت و تجربه خشونت در قبل از سال گذشته در رده‌های بعدی قرار داشتند. در بین انواع خشونت، ترس از خشونت جسمی بیشترین

جدول ۱- ارتباط بین افسردگی و انواع خشونت طی سال گذشته در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

P-value	نتیجه آزمون OR (%۹۵ CI)	افسردگی انواع خشونت در سال گذشته*
$p < 0.001$	۳/۱۴۴ (۱/۸۵-۵/۳۴۴)	خشونت عاطفی (%۸۷/۳) (۷۰۸ نفر)
$p < 0.001$	۳/۰۹۲ (۲/۲۳۲-۴/۲۸۴)	خشونت جسمی (%۲۵/۴) (۲۰۶ نفر)
$p < 0.001$	۳/۱۳۲ (۲/۳۲۶-۴/۲۱۶)	خشونت جنسی (%۳۹/۱) (۳۱۷ نفر)
$p < 0.001$	۳/۵۴۷ (۲/۰۰۳-۶/۲۸۱)	خشونت (%۸۸/۳) (۷۱۶ نفر)

*میزان هر کدام از انواع خشونت صرفنظر از تجربه سایر انواع خشونت بررسی شده است، بنابراین حاصل جمع سه نوع خشونت بیشتر از تعداد واحدهای مورد پژوهش می باشد.

جدول ۲ - ارتباط بین افسردگی و انواع خشونت در قبل از سال گذشته در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

P-value	نتیجه آزمون OR (%۹۵ CI)	افسردگی انواع خشونت در قبل از سال گذشته*
$p = 0.018$	۱/۴۷۹ (۱/۰۶۷-۲/۰۵۱)	خشونت عاطفی (%۷۰/۱) (۵۴۵ نفر)
$p < 0.001$	۲/۲۶۱ (۱/۶۵۸-۳/۰۸۳)	خشونت جسمی (%۳۱/۶) (۲۴۶ نفر)
$p < 0.001$	۲/۸۷ (۲/۰۷۸-۳/۹۶۲)	خشونت جنسی (%۲۷/۹) (۲۱۷ نفر)
$p < 0.001$	۲/۱۵۳ (۱/۴۸۲-۳/۱۲۹)	خشونت (%۷۶/۳) (۵۹۴ نفر)

* از آنجا که ۳۳ نفر از واحدهای مورد پژوهش تنها یک سال از طول زندگی مشترکشان می‌گذشت خشونت در قبل از سال گذشته برای ۷۷۸ نفر از واحدهای مورد پژوهش بررسی شد.

جدول ۴ - ارتباط بین افسردگی و فاکتورهای مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

P- value	نتیجه آزمون OR (%۹۵ CI)	گروه افسرده ۳۰۱ (%۳۷/۱) نفر	گروه غیر افسرده ۵۱۰ (%۶۲/۹) نفر	فاکتورهای مرتبط
P < ۰/۰۰۱	۱/۸۹۵ (۱/۳۲۶-۲/۷۰۹) ۱	۷۵ (۲۴/۹) ۲۲۶ (۷۵/۱)	۷۶ (۱۴/۹) ۴۳۴ (۸۵/۱)	بیماری جسمی* بلی خیر
P < ۰/۰۰۱	۴/۶۲۸ (۲/۹۷۹-۷/۱۸۹) ۱	۷۳ (۲۴/۳) ۲۲۸ (۷۵/۷)	۳۳ (۶/۵) ۴۷۷ (۹۳/۵)	بیماری روانی** بلی خیر
P = ۰/۰۰۲	۱/۵۸۷ (۱/۱۸۷-۲/۱۲۳) ۱	۱۸۸ (۶۲/۵) ۱۱۳ (۳۷/۵)	۲۶۱ (۵۱/۲) ۲۴۹ (۴۸/۸)	مصرف دارو بلی خیر
P = ۰/۰۳۴		۳۹ (۲۰/۷) ۱۱ (۵/۹) ۱۳۸ (۷۳/۴)	۶۴ (۲۴/۵) ۴ (۱/۵) ۱۹۳ (۷۳/۹)	نوع داروی مصرفی مسکن داروهای موثر بر روان • سایر داروها
P = ۰/۲۲۸	‡NS	۹۲ (۳۵) ۵۴ (۲۰/۵) ۵۹ (۲۲/۴) ۲۳ (۸/۷) ۳۵ (۱۳/۳)	۱۵۵ (۳۵/۱) ۱۱۰ (۲۴/۹) ۱۰۴ (۲۳/۶) ۲۲ (۵) ۵۰ (۱۱/۳)	نوع روش پیشگیری از بارداری طبیعی کاندوم IUD عقیمی دائمی هورمونی
P = ۰/۱۲۶	NS	۲۶۶ (۸۷/۴) ۳۵ (۱۱/۶)	۴۳۱ (۸۴/۵) ۷۹ (۱۵/۵)	مدت زمان گذشته از آخرین زایمان < ۶ ماه ≥ ۶ ماه
P = ۰/۵۸۹	NS	۱۵ (۵) ۲۸۶ (۹۵)	۳۰ (۵/۹) ۴۸۰ (۹۴/۱)	سابقه نازایی بلی خیر
P = ۰/۱۳۱	NS	۶۱ (۲۰/۳) ۲۴۰ (۷۹/۷)	۸۲ (۱۶/۱) ۴۲۸ (۸۳/۹)	سابقه سقط بلی خیر
P = ۰/۵۸۲	NS	۲۶ (۸/۶) ۲۷۵ (۹۱/۴)	۵۰ (۹/۸) ۴۶۰ (۹۰/۲)	وضعیت حاملگی بلی خیر
P = ۰/۵۸۴	NS	۵ (۱/۲) ۱۵ (۵/۷) ۶ (۲/۱)	۱۵ (۳/۰) ۲۴ (۴/۸) ۱۱ (۲/۲)	ترimestر بارداری •• ترimestر اول ترimestر دوم ترimestر سوم
P < ۰/۰۰۱	۱ ۷/۰۸۹ (۳/۳۵-۱۵)	۲۶۷ (۸۷/۷) ۳۴ (۱۱/۳)	۵۰۱ (۹۸/۳) ۹ (۱/۷)	وضعیت اقتصادی مطلوب/تاحدی مطلوب نامطلوب

* بیماری جسمی شامل طیف وسیعی از بیماری ها شامل بیماری های قلبی، کلیوی، گوارشی، عصبی و ... می باشد.

** بیماری روانی شامل اضطراب، افسردگی، وسواس و انواع نامشخص می باشد.

• شامل ضد اضطراب، خواب آور، آرامبخش و ضد افسردگی

‡ significant Not (NS) ‡

•• ترimestر اول (۱۲-۱۰ هفته)، ترimestر دوم (۲۸-۱۳ هفته)، ترimestر سوم (۳۸-۲۹ هفته)

اعتماد به نفس زنان نیز لطمه می زند (۲۱).
در این مطالعه شیوع خشونت در سال گذشته ۸۸/۳٪ و میزان خشونت جسمی ۲۵/۴٪، خشونت عاطفی ۸۷/۳٪ و خشونت جنسی ۳۹/۱٪ بود، شیوع خشونت قبل از سال گذشته ۷۶/۳٪ و میزان خشونت جسمی ۳۱/۶٪، خشونت عاطفی ۷۰/۱٪ و خشونت جنسی

اپیدمی جهانی شناخته شده است و روش های سازماندهی شده برای غربالگری، درمان و پیشگیری از خشونت پیشنهاد شده است (۶) خشونت علیه زنان تأثیر منفی بر اولویت های بهداشتی مهم نظیر سلامت و ایمنی مادران، تنظیم خانواده و بهداشت روان دارد. خشونت علاوه بر آسیب مستقیم ناشی از ضربه های جسمی، به بهداشت روان و

جدول ۵ - عوامل تعیین کننده‌ی افسردگی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک در زنان مراجعه کننده به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶

متغیرهای مستقل	B	S.E.	P-value	OR	٪۹۵ CI
وضعیت اقتصادی نامطلوب	۱/۶۵۱	۰/۴۱۶	p< ۰/۰۰۱	۵/۲۱۳	۲/۳۰۷-۱۱/۷۷۹
داشتن بیماری روانی	۱/۳۴۸	۰/۲۴۸	p< ۰/۰۰۱	۳/۸۴۹	۲/۳۶۷-۶/۲۵۷
تجربه‌ی خشونت جسمی در سال گذشته	۰/۴۸۱	۰/۱۹۸	p= ۰/۰۱۵	۱/۶۱۷	۱/۰۹۸-۲/۳۸۲
تجربه‌ی خشونت جنسی در سال گذشته	۰/۷۰۹	۰/۱۷۶	p< ۰/۰۰۱	۲/۰۳۲	۱/۴۳۹-۳/۸۶۷
داشتن ترس از خشونت جسمی	۰/۸۳۹	۰/۱۹۹	p< ۰/۰۰۱	۲/۳۱۴	۱/۵۶۸-۳/۴۱۴
داشتن ترس از خشونت جنسی	۰/۵۱۱	۰/۲۴۳	p= ۰/۰۳۵	۱/۶۶۷	۱/۰۳۶-۲/۶۸۳

به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران شیوع خشونت را ۶۰/۶٪ و شیوع انواع جسمی، عاطفی و جنسی را به ترتیب ۱۴/۶٪، ۶۰/۵٪ و ۲۳/۵٪ گزارش کردند (۲۹). در مطالعه‌ی باقرزاده و همکاران در شیراز میزان خشونت عاطفی ۴۷/۵٪، جسمی ۲۲٪، اجتماعی ۱۳/۵٪، اقتصادی ۲۳٪ و خشونت جنسی ۲۲/۳٪ بود (۳۰)؛ دولتیان و همکاران در مریوان میزان خشونت جنسی، عاطفی و جسمی را به ترتیب ۸۹/۲٪، ۷۴/۲٪ و ۲۵/۸٪ تخمین زدند (۳۱) و در شهرکرد صالحی و مهرعلیان شیوع خشونت را ۶۷/۵٪ و شیوع انواع جسمی، عاطفی و جنسی را به ترتیب ۳۴/۵٪، ۵۱/۷٪ و ۱۳/۸٪ عنوان کردند (۳۲). به نظر پژوهشگر تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود در میان جوامع، تفاوت در مصادیق خشونت از نظر فرد، همسر، قانون و محقق، تفاوت در ابزار جمع‌آوری اطلاعات، تفاوت در مشخصات واحدهای مورد پژوهش، میزان آگاهی زنان از حقوق خود در جوامع مختلف و وجود یا عدم وجود قوانین و مراکز حمایت کننده از زنان می‌تواند از علل تفاوت در شیوع خشونت و انواع آن باشد. Garcia-Moreno و همکاران در زمینه‌ی علت تفاوت در میزان خشونت در مطالعات مختلف، معتقدند: از آنجا که زنان عموماً به خاطر خشونتی که دریافت می‌کنند، مقصر شناخته شده و سرزنش می‌شوند، گزارش بیش از حد خشونت محتمل نمی‌باشد و دلیل اصلی خطا، اشتیاق پاسخگویان برای فاش کردن تجربیات خشونت‌آمیز خود می‌باشد که ممکن است بین گروه‌های سنی مختلف، محیط‌های جغرافیایی گوناگون، فرهنگ ها و کشورهای مختلف، متفاوت باشد (۳۳).

شیوع افسردگی در مطالعه حاضر ۳۷/۱٪ و افسردگی خفیف ۲۸/۷٪، افسردگی متوسط ۸/۲٪ و افسردگی شدید ۰/۲٪ بود؛ در آمریکا Houry و همکاران شیوع علائم افسردگی متوسط/شدید را در جمعیت مورد مطالعه ۲۴٪ تخمین زدند (۲۵) در مطالعه‌ی انجام شده در پاکستان تقریباً ۴۲٪ از زنان شرکت کننده در گروه افسرده/مضطرب

بود همچنین ترس از خشونت در ۵۵/۷٪ افراد وجود داشت ترس از خشونت عاطفی ۴۹/۷٪، ترس از خشونت جسمی ۲۵٪ و ترس از خشونت جنسی ۱۴/۵٪ بود. در مطالعه‌ی Kar و Babu در منطقه شرقی هند شیوع خشونت ۵۶٪ و شیوع نوع جسمی، جنسی و عاطفی به ترتیب ۱۶٪، ۲۵٪ و ۵۲٪ تخمین زده شد (۴)؛ در ترکیه Karaoglu و همکاران شیوع خشونت را در طی بارداری ۳۱/۷٪ و شیوع انواع عاطفی، جنسی و جسمی را به ترتیب ۲۶/۷٪، ۹/۷٪ و ۸/۱٪ تخمین زدند همچنین میزان خشونت را در دوران قبل از بارداری ۳۶/۳٪ و شیوع انواع عاطفی، جنسی و جسمی را به ترتیب ۳۰/۸٪، ۱۶/۳٪ و ۱۶/۳٪ عنوان کردند (۲۲). در ژاپن Weingourt و همکاران شیوع خشونت را ۶۷٪ و شیوع انواع عاطفی، جنسی و جسمی را به ترتیب ۶۰٪، ۲۳٪ و ۲۲٪ عنوان کردند (۲۳). در بوسنی و هرزگوین Avdibegovic و Sinanovic شیوع خشونت را ۷۵/۹٪ و شیوع انواع عاطفی، جسمی و جنسی را به ترتیب ۶۹/۶٪، ۶۳/۲٪ و ۴۳/۵٪ تخمین زدند (۲۴)؛ در آمریکا Houry و همکاران شیوع خشونت را در سال گذشته ۳۶٪ و شیوع نوع جسمی، جنسی و عاطفی را به ترتیب ۲۲٪، ۹٪ و ۳۲٪ تخمین زدند (۲۵) همچنین Fikree و Bhatti میزان خشونت جسمی در طول زندگی مشترک را در زنان پاکستانی ۳۴٪ عنوان کردند (۲۶).

در مطالعه انجام شده توسط Faramarzi و همکاران در بابل میزان خشونت جسمی ۱۵٪، خشونت جنسی ۴۲/۴٪ و خشونت عاطفی ۸۱/۵٪ تخمین زده شد (۲۷)؛ Garrusi و همکاران نیز شیوع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی را در کرمان به ترتیب ۴۱/۴٪، ۲۵/۲٪ و ۶۰/۷٪ عنوان کردند (۲۸) کاظمی نوایی در مطالعه روی زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران شیوع خشونت را ۶۰/۸٪ و شیوع انواع جسمی، عاطفی و جنسی را به ترتیب ۸/۴٪، ۵۶/۲٪ و ۲۳/۴٪ تخمین زد (۱)؛ جهانفر و همکاران نیز با مطالعه روی زنان باردار مراجعه‌کننده

مرتبط می‌باشد. Coid و همکاران با بررسی ارتباط مشکلات روانپزشکی و تجربه‌ی خشونت آشکار ساختند که تجربه خشونت خانگی در ۱۲ ماه گذشته در مقایسه با تجربه‌ی خشونت قبل از ۱۲ ماه گذشته ارتباط قوی‌تری با سلامت روانی افراد دارد به طوری که در مورد افسردگی این میزان در افرادی که خشونت خانگی را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده بودند (OR= ۳/۹, %۹۵ CI ۱/۷-۸/۵) و در افرادی که قبل از ۱۲ ماه گذشته خشونت خانگی را تجربه کرده بودند (OR= ۲/۱, %۹۵ CI ۰/۹-۴/۶) بود (۳۴). در مطالعه‌ی Bonomi و همکاران نیز مشخص شد در مقایسه با زنانی که هیچ نوع خشونتی را در طول زندگی بزرگسالی تجربه نکرده بودند، بیشترین تأثیرات مضر سلامتی در زنانی که خشونت اخیر (در ۵ سال گذشته در مقایسه با تجربه خشونت قبل از ۵ سال گذشته)، خشونت جسمی و یا جنسی (در مقایسه با خشونت غیر جسمی) و مواجهه طولانی مدت را گزارش کرده بودند، دیده شد. در مقایسه با افراد خشونت ندیده نسبت شیوع^۹ وقوع علایم افسردگی خفیف و شدید در افرادی که خشونت اخیر (در ۵ سال گذشته) را تجربه کرده بودند به ترتیب (OR= ۲/۳۸, %۹۵ CI ۱/۹۸-۲/۸۶) و (OR= ۲/۶۹, %۹۵ CI ۱/۹۸-۲/۸۶) این مقادیر در افرادی که خشونت را قبل از ۵ سال گذشته تجربه کرده بودند به ترتیب (OR= ۱/۵۱, %۹۵ CI ۱/۲۷-۱/۸) و (OR= ۱/۲۸-۲/۲) بود (OR= ۱/۶۸, %۹۵ CI ۰/۳۷).

بر اساس یافته‌های جداول ۱ و ۳ ترس از انواع مختلف خشونت با علایم افسردگی مرتبط بود (p<۰/۰۰۱) به طوری که ترس از خشونت جسمی و خشونت جنسی حتی از تجربه‌ی مستقیم این نوع خشونت‌ها در سال گذشته نیز بیشتر با علایم افسردگی در ارتباط بود؛ از سوی دیگر یافته‌های حاصل از مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که از بین متغیرهای مربوط به تجربه‌ی خشونت در سال گذشته، تجربه‌ی خشونت قبل از سال گذشته و ترس از خشونت که وارد مدل رگرسیون شده بودند، ترس از خشونت جسمی از تأثیر بیشتری بر وقوع افسردگی برخوردار بود. در مطالعه‌ی Csoboth و همکاران احتمال علایم افسردگی شدید در زنان جوانی که ترس از اعمال خشونت توسط فردی در محیط را گزارش کرده بودند به ترتیب (OR= ۵/۰۲۷, %۹۵ CI ۲/۸۰۵-۹/۰۱۲) و (OR= ۳/۷۷۹, %۹۵ CI ۲/۱۲-۶/۷۳۸) بود و در آنالیز رگرسیون خطی مشخص شد که بعد از کنترل اضطراب، ترس از اعمال خشونت توسط فردی در محیط یا خانواده بیشترین تأثیر را روی نمره‌ی یک داشت (۸). در مطالعه‌ی Brown و همکاران روی زنان باردار نیز مشخص شد در مقایسه با زنانی که هیچگاه از شریک جنسی خود ترس نداشتند، احتمال افسردگی در زنانی که ترس از شریک جنسی را در ابتدای بارداری (≥ ۲۴ هفته) و قبل از بارداری گزارش کرده بودند به ترتیب (OR= ۴/۴۳, %۹۵ CI ۲/۱-۹/۷) و (OR= ۲/۲۵, %۹۵ CI ۱/۴-۳/۵) بود.

8 - injury

9 - Prevalence ratio

قرار داشتند (۲۶). Coid و همکاران در مطالعه خود شیوع افسردگی را با استفاده از مقیاس اضطراب و افسردگی بالینی ۹٪ عنوان کردند (۳۴) این در حالی است که در بوسنی و هرزگوین، Avdibegovic و Sinanovic در جمعیت مورد مطالعه تنها ۳۱/۱٪ را فاقد علامت گزارش کردند (۲۴). علل تفاوت در شیوع افسردگی در مطالعات فوق می‌تواند به علت تفاوت در خصوصیات فردی جمعیت مورد مطالعه، مناطق گوناگون، شرایط خاص (مانند تجربه تروماهای مختلف از جمله ترومای جنگ در بوسنی و هرزگوین)، همچنین تنوع در ابزارهای به کار گرفته شده در تشخیص افسردگی و تعیین نقاط برش مختلف برای این ابزارها باشد که همگی بر شیوع افسردگی تأثیر می‌گذارند.

در مطالعه‌ی حاضر بین تجربه‌ی انواع مختلف خشونت در سال گذشته و قبل از سال گذشته با افسردگی ارتباط معنی‌دار دیده شد؛ Avdibegovic و Sinanovic نیز میان افسردگی (نمره یک) و خشونت عاطفی (p<۰/۰۰۱, r= ۰/۴۵) ، خشونت جسمی (p<۰/۰۰۱, r= ۰/۴۳) و خشونت جنسی (p<۰/۰۰۱, r= ۰/۳۷) ارتباط مثبت معنی‌داری یافتند (۲۴). Houry و همکاران نیز با بررسی ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آماری کای دو به این نتیجه رسیدند که بین هر سه نوع خشونت با علایم افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) Bhatti و Fikree با بررسی خشونت جسمی در زنان پاکستانی میان تجربه خشونت جسمی و حالت اضطراب/افسردگی رابطه معنی‌داری یافتند (p<۰/۰۰۱) به طوری که ۷۲٪ از زنان خشونت دیده‌ی جسمی در گروه افسرده/مضطرب قرار داشتند (۲۶)؛ Pico-Alfonso و همکاران نیز با مطالعه ۳ گروه از زنان تحت بررسی (خشونت ندیده، خشونت دیده جسمی/عاطفی و خشونت دیده عاطفی) دریافتند که بین شدت علایم افسردگی و خشونت در طول عمر ارتباط معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) (۳۵). سایر محققان نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۳۶). Ehrensaft و همکاران با انجام یک مطالعه‌ی طولی در نوجوانان مذکر و مؤنث نتیجه گرفتند که تنها مواجهه‌ی نوجوانان دختر و نه پسر با ارتباطات خشونت آمیز بالینی - با پیامدهای وخیم از نظر بالینی مانند آسیب^۸، نیاز به درمان پزشکی و دخالت سازمان‌های اجتماعی و دولتی -، در ایجاد اختلالات روانپزشکی - افسردگی اساسی، وابستگی به ماری جوآنا اختلال استرسی بعد از تروما و PTSD) - در بزرگسالی نقش داشت؛ این ارتباط حتی پس از کنترل سابقه‌ی تشخیص اختلالات روانپزشکی در شروع مطالعه و احتمال بروز اختلالات رفتاری در طول عمر نیز برقرار بود، از سوی دیگر نوجوانان دختر و پسر مبتلا به اختلالات روانپزشکی در شروع مطالعه، در معرض خطر بیشتری برای درگیر شدن در ارتباطات خشونت آمیز در بزرگسالی قرار داشتند (۱۲).

مقایسه‌ی ارتباط بین انواع مختلف خشونت در سال گذشته و قبل از سال گذشته با افسردگی روشن می‌سازد که در مقایسه با افراد خشونت ندیده، تجربه‌ی انواع خشونت در سال گذشته بیشتر از تجربه‌ی همان انواع خشونت قبل از سال گذشته با علایم افسردگی

بود (۳۸).

ترس از خشونت با افسردگی، ارتباط معنی‌داری وجود داشت بنابراین شناسایی زنان خشونت دیده همچنین زنان افسرده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. Ehrensaft و همکاران معتقدند خشونت شریک جنسی باید به صورت روتین در ارزیابی‌های روانپزشکی بررسی شود (۱۲) Schuiling و likis نیز انجام غربالگری خشونت خانگی را برای زنان افسرده و بررسی وضعیت افسردگی را در زنان خشونت دیده توصیه می‌کنند و معتقدند که کارکنان مراکز مراقبتی از فرصت بی‌نظیری برای ارزیابی خشونت در مراجعین خود برخوردار هستند (۶)؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که غربالگری زنان از لحاظ مواجهه با خشونت، ترس از خشونت و افسردگی در واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی انجام شود؛ همچنین آموزش دانشجویان گروه پزشکی و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در خصوص اهمیت شناسایی زنان خشونت دیده، ارائه خدمات پزشکی، حمایت روانی، مشاوره و ارجاع زنان قربانی خشونت به مراجع قانونی توصیه می‌گردد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله تکیه بر خود گزارش دهی^{۱۰} واحدهای مورد پژوهش که امکان تورش یادآوری و عدم افشای خشونت را به همراه دارد، در این مطالعه مراجعین به واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی که به عنوان یکی از مراکز مراقبتی اولیه^{۱۱} محسوب می‌شود، مورد بررسی قرار گرفتند بنابراین در مورد تعمیم یافته‌ها به جمعیت عمومی^{۱۲} در مورد شیوع خشونت خانگی، شیوع انواع خشونت و شیوع افسردگی باید دقت شود و نهایتاً تأکید می‌شود وجود ارتباط میان خشونت و افسردگی در یک مطالعه مقطعی ضرورتاً دال بر رابطه علیتی نمی‌باشد و اثبات رابطه‌ی علیتی و جهت این رابطه باید از طریق مطالعات طولی انجام گیرد. محدودیت‌های این تحقیق بر اهمیت ادامه تحقیقات ملی در زمینه بررسی شیوع و پیامدهای خشونت خانگی در زنان جمعیت‌های مختلف و از جمله در جمعیت عمومی تأکید می‌کند.

تقدیر و تشکر

مقاله‌ی حاضر حاصل پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد نویسنده‌ی اول در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد، بدین وسیله از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و از همه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که خشونت خانگی و افسردگی در زنان مورد مطالعه از شیوع بالایی برخوردار بودند، همچنین میان تجربه انواع خشونت خانگی در سال گذشته، قبل از سال گذشته و

References

- 1- Kazemienavai F. A survey on prevalence, causes and consequences of domestic violence against pregnant women who came to university hospitals in Tehran (2005). MSc dissertation, faculty of Nursing & Midwifery, Tehran university of medical sciences. 2005; 1, 34. [Persian].
- 2- Nojomi M, Agae S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. Arch Iranian Med 2007; 10(3): 309-15.
- 3- Pourreza A, Mosavi P. Violence against women. Tehran: Iranban publication. 2003; 22. [Persian].
- 4- Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health 2009; 9: 129. available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/129>.
- 5- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet. 2002; 359: 1331-1336.
- 6- Schuiling KD, likis FE. Women's gynecologic health. Sudbury: Joes and Bartlett Publishers. 2006; 141, 295, 298.
- 7- Diop-Sidibe N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt- wife beating and health outcomes. Social Science & Medicine 2006; 62: 1260-77.
- 8- Csoboth CT, Birkas E, Purebl G. Living in fear of experiencing physical and sexual abuse is

10 - self report

11 - Primary care setting

12 - General population

- associated with severe depressive symptomatology among young women. *Journal Of Women's Health*. 2005; 14(5): 441-8.
- 9- Fahmy HH, Abd El-Rahman SI. Determinants and health consequences of domestic violence among women in reproductive age at Zagazig district, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2008; 83(1-2): 87-106. [abstract].
 - 10-Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal Of Family Violence*. 1999; 14(2): 99-132.
 - 11- Stewart DE, Robinson GE. A review of domestic violence and women's mental health. *Arch Women's Ment Health*; 1998; 1(2): 83-9.
 - 12-Ehrensafk MK, Moffitt TE, Caspi A. Is Domestic Violence Followed by an Increased Risk of Psychiatric Disorders Among Women But Not Among Men? A Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*; 2006; 163:885-92.
 - 13- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*. 2004; 328: 621-4.
 - 14- Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues In Mental Health Nursing*. 2000; 21: 499-513.
 - 15-Desai HD, Jann MW. Major depression in women: A review of the literature. *J Am Pharm Assoc*. 2000; 40(4): 525-37.
 - 16-Safarzadeh A. *Psychiatry (summary of Axford 1999)*. Tehran: Teimourzadeh and Tabib publications. 2003; 63. [Persian].
 - 17-Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence PTSD and adverse health outcomes. *Journal Of Interpersonal Violence*. 2006; 21(7): 955-68.
 - 18-Rafieefar Sh, Parsinia S. in translation: Violence against women. World Health Organization (author). Tehran: Tandis publication. 2001 p. 36. [Persian]
 - 19-Gonen JS. Managed care and women's mental health: A focus on depression. *Women's Health Issues*. 1999; 9(2) suppl(1): 47s-56s.
 - 20-Kaviani H, Mosavi A, Mohit A. Interview and mental tests. Tehran: Sana publication. 2001; 179. [Persian]
 - 21-Saberian M, Atashnafs E, Behnam B, Hagigat Sh. A survey on affecting factors on domestic violence and encounter methods with it in women who came to health care centers in Semnan (2003). *J of Forensic Medicine*. 2004; 33: 30-4. [Persian]
 - 22-Karaoglu L, Celbis O, Ercan C, Ilgar M, Pehlivan E, Gunes G and et. al. Physical, emocional and sexual violence during pregnancy in Malatya, Turkey. *European Journal of Public Health*. 2005; 16(2): 149-56.
 - 23-Weingourt R, Maruyama T, Sawada I, Yoshino J. Domestic violence and women's mental health in Japan. *Inter Nurs Rev*. 2001; 48: 102-8.
 - 24-Avdibegovic E, Sinanovic D. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006; 47: 730-41.
 - 25-Houry D, Kembal R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med*. 2006; 24: 444-50.
 - 26-Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*. 1999; 65: 195-201.
 - 27-Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol city, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11(5/6): 870-879.
 - 28-Garrusi B, Nakhaee N, Zangiabadi M. Domestic violence: frequency and women's perception in Iran (I.R). *Journal of Applied Sciences*. 2008; 8(2): 340-45.
 - 29-Jahanfar Sh., Malkzadegan A., Jamshidi R. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Sciences'hospitals. *Iran Journal of Nursing* 2003;32-33(15-16): 93-99. [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. *Ofoh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services*. 2008;4(13): 51-8. [Persian]
 - 31-Dolatian M., Hesami K., Shams J., Alavi Majd H. Evaluation of the relationship between domestic violence in pregnancy and postnatal depression. *Scientific Journal of Kurdistan University of*

- Medical Sciences. 2008;2(13): 57-68. [Persian]
- 32-Salehi Sh, Mehr Alian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2006; 2(8): 77-2. [Persian]
- 33-Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006; 368: 1260-69.
- 34-Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *British Journal of Psychiatry.* 2003; 183: 332-339.
- 35-Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navaro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal Of Women 's Health.* 2006; 15(5): 599-611.
- 36-Chowdhary N, Patel V. The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. *J Postgrad Med.* 2008; 54(4): 306-312.
- 37-Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med.* 2006; 30(6): 458-466.
- 38-Brown SJ, McDonald EA, Krastev AH. Fear of an Intimate Partner and Women's Health in Early Pregnancy: Findings from the Maternal Health Study. *BIRTH.* 2008; 35 (4): 293-302.

Archive of SID

Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women

Sakineh Taherkhani*† - Mandana Mirmohammadali** - Anooshirvan Kazemnejad*** -
Mohammad Arbabi ****

* Msc in Midwifery, PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Msc in midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***PhD, Professor of Biostatistics, Biostatistics Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

****MD, Psychiatrist, Assistant Professor Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background : Violence is one of the important causes of disability and death in women that often results to poor health conditions, low quality of life and high use of health services; also correlates with multiple physical and mental consequences. This survey designed to determine association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression among women referred to the family health centers, Tehran (2007).

Methods : This study is a descriptive cross sectional survey, 811 women were chosen with stratified random sampling method. Data collection's instrument was questionnaire that was filled out by interviewing. Descriptive and inferential statistics (χ^2 test, fisher exact test and logistic regression) were used for data analysis.

Findings: The prevalence of depression, domestic violence in last year, domestic violence before of last year and fear of domestic violence was 37.1% [mild depression (28.7%), moderate depression (8.2%), severe depression (0.2%)], 88.3%, 76.3% and 55.7% respectively. Women experienced domestic violence in last year, before of last year and fear of domestic violence had depressive symptoms (OR= 3.547, 95% CI= 2.003-6.281), (OR= 2.153, 95% CI=1.482-3.129) and (OR= 2.88, 95% CI= 2.123-3.905) respectively.

Conclusion : Depressive symptoms correlated with the type and proximity of domestic violence's experience; on the other hand not only the direct experience of domestic violence but also the presence of fear of domestic violence associated with depressive symptoms. Therefore fear of domestic violence along with the experience of domestic violence should be considered in assessing depression in women.

Key words : Violence Against Women; Domestic Violence; Fear of Domestic Violence; Depression.

Received: 20 Dec 2010

Accepted: 8 March 2010

† Correspondens: sakinehtaherkhani@yahoo.com