Archive of SID

مقدمه

خشونت خانگي رايج‌ترين خشونت عليه زنان و يک معضل مهم سلامت عمومي است که ۴۵% زنان ازآن رنج مي‌برند (۱). انواع مختلف خشونت شامل آسيب جسمي، جنسي و رواني است که از شخصي بر شخص ديگر اعمال مي‌شود (۲). زنان، دختران و کودکان معمولاً قربانيان تراز اول خشونت هستند (۳) و خشونت عليه زنان يک مسألة حاد اجتماعي است زيرا بر سلامت نسل آينده تأثير مي‌گذارد (۴,۵).

خشونت خانگي گاهي در بارداري شروع شده و گاه شدت مي‌گيرد. برخي مطالعات نيز تغيير نوع خشونت را گزارش کرده‌اند (۸-۴,۶). شيوع خشونت خانگي اعمال شده در بارداري از ۱ تا ۳۰% در مطالعات مختلف متفاوت است (۲). ميزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار ايراني بيش از۶۰% گزارش شده است (۱۱-۸). اثرات خشونت بر زنان باردار يک موضوع بحراني در ميان افراد خشونت ديده است، زيرا علاوه بر پيامدهاي جسمي و رواني جدي بر زن باردار، سلامت جنين فعلي وکودک بعدي او را نيز تحت تأثير قرار مي دهد (۲,۱۲). بارداري ناخواسته، تأخير در مراقبت پره‌ناتال، افزايش وزن نامناسب، سقط، زايمان زودرس، دکلمان، وزن کم هنگام تولّد، کاهش حرکات و رشد جنين، ليبرکاذب، اختلال تغذيه، آنمي، بزهکاري، ابتلا به بيماري‌هاي منتقلة جنسي، مصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگي و خودکشي در زنان تجربه کنندة خشونت خانگي بالاتر است (۲,۴,۶,۱۲).

اثرات به جا ماندة خشونت در بارداري ممکن است زمينه را براي ايجاد مشکلات فيزيکي و رواني در زمانهاي ديگر مساعد کند. بنابراين خشونت مي‌تواند بخشي از مجموعه فاکتورهاي مداخله‌گري باشد که به افسردگي پس از زايمان منجر مي‌شود (۴,۱۳). افسردگي پس از زايمان يک اختلال رواني جدي و يکي از مهمترين عوارض شايع پزشکي در اين دوره با شيوع ۱۵%-۱۰% مي‌باشد (۱۴,۱۵). افسردگي پس از زايمان ممکن است انعکاسي از پيامد خشونت خانگي باشد که خود نيز منجر به مشکلات ارتباطي و خشونت بيشتر مي‌شود (۱۳).

افزايش آگاهي در مورد خشونت خانگي طي بارداري جزء اولويتهاي ارگانهاي کالج متخصصان زنان و مامائي آمريکا، انجمن پزشکي آمريکا و عوامل ديگر بهداشتي است (۱۶). همچنين با در نظرگرفتن اينکه خشونت خانگي و پيامدهاي آن ممکن است متأثر از فرهنگ جامعه باشد، تحقيق در اين زمينه براي روشن‌تر ساختن ارتباط بين انواع مختلف خشونت خانگي و پيامدهاي سلامت رواني، مخصوصاً در کشورهاي درحال توسعه مورد نياز است (۱۷).

لذا پژوهش حاضر با هدف تعيين ارتباط بين خشونت خانگي و افسردگي پس از زايمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتي-درماني شهرستان مريوان در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسي

www.SID.ir

Archive of SID

اين مطالعة تحليلي از نوع كوهورت (همگروهي) و بر روي ۲۴۰ زن باردار در مدت ۴ ماه انجام شد. نمونه‌ها از مراجعه-كنندگان به مراكز بهداشتي-درماني شهرستان مريوان در ماه آخر بارداري و همان زنان در ۲ تا ۶ هفته پس از زايمان انتخاب شدند. معيار ورود به مطالعه، زنان باردار۴۰-۱۵ ساله در ماه آخر بارداري، ايراني، قوميت كرد، باسواد، بارداري تك قلو، عدم وجود عوارض بارداري شناخته شده و عدم وجود افسردگي شناخته شده در دوران زندگي بود. اين افراد از نظر سن، تحصيلات و شغل خود و همسر، درآمد، وضعيت ازدواج، تعداد زايمان و بارداري خواسته يا ناخواسته در دو گروه همسان‌سازي شدند.

در اين پژوهش نمونه‌گيري به صورت سهميه‌اي انجام شد. به اين ترتيب كه ابتدا كلية مراكز بهداشتي- درماني شهرستان مريوان ليست شده و سپس كل نمونه متناسب با حجم مراجعين آن مراكز بر اساس آمار موجود، توزيع گرديد. در ادامه، نمونه‌گيري در داخل هر مركز به صورت در دسترس انجام شد.

ابزار گردآوري داده‌ها در اين مطالعه پرسشنامه بود كه شامل پرسشنامة مشخصات دموگرافيك و سابقة مامايي، پرسشنامة خشونت و پرسشنامة افسردگي پس از زايمان ادينبرگ بود. پرسشنامة سنجش خشونت پرسشنامه‌اي خود ساخته در سه حيطة خشونت فيزيكي، جنسي و عاطفي برگرفته از چند پرسشنامة ديگر شامل پرسشنامة استفاده شده در طرح ملي بررسي خشونت خانگي در ۲۸ استان كشور (اميني ۱۳۸۳) و فرامرزي و همكاران (۲۰۰۵)، هاشمي نسب (۱۳۸۵)، صالحي و مهرعليان (۱۳۸۵)، كاظمي نوائي (۱۳۸۴) بود (۱۱,۱۸,۱۹-۹). در اين پژوهش منظور از خشونت خانگي، خشونت اعمال شده توسط همسر يا اعضاي خانواده در طي بارداري بود و زن بارداري خشونت ديده در نظر گرفته شد كه حداقل يك پاسخ مثبت به هر كدام از سؤالات مربوط به پرسشنامة خشونت فيزيكي، جنسي يا عاطفي داده باشد.

در ارزيابي خشونت خانگي، خشونت فيزيكي با ۱۳ سؤال، خشونت جنسي با ۹ سؤال و خشونت عاطفي با ۱۵ سؤال مورد ارزيابي قرار گرفت. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقياس ۷ حالتة ليكرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۵-۳ بار، ۱۰-۶ بار، ۲۰-۱۱ بار و بيش از ۲۰ بار) محاسبه گرديد. اين پرسشنامه با روش اعتبار محتوي تعيين اعتبار شد.

پرسشنامة افسردگي ادينبرگ يك ابزار توسعه يافته براي غربالگري افسردگي پس از زايمان است كه استفاده از آن در سطح بين المللي گسترده است. اين پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مورد علائم شايع افسردگي است كه براي پاسخ دادن از مقياس ليكرت استفاده مي‌شود. مادر پاسخهايي را انتخاب مي‌كند كه در هفتة گذشته بيشتر احساس كرده است. هر سؤال ٤ گزينه دارد، و هر گزينه امتياز ۳-۰ را به خود اختصاص مي‌دهد. جمع كلي امتيازات از ۳۰-۰ است (۲۰). امتياز بالاي

www.SID.ir

Archive of SID

۱۰ در دورة پس از زايمان به عنوان افسرده در نظرگرفته شد. با در نظر گرفتن امتياز ۱۰ يا بيشتر براي ارزيابي افسردگي پس از زايمان، پرسشنامة ادينبرگ داراي حساسيت ۱۰۰%-۸٤% و ويژگي ۸٤%-۸۲% است (۲۱). در مطالعة پيندل[1] و همكاران نيز حساسيت پرسشنامة ادينبرگ ۹۱%-۸۸% و ويژگي آن ۷٦% ذكر شده است (۲۲). در ايران و از جمله در پژوهش حاضر اين پرسشنامه با روش اعتبار محتوي توسط محققين تعيين اعتبار شده است (۲۵-۲۳).

در اين پژوهش ضريب آلفا كرونباخ براي حيطه‌هاي مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود. پايايي پرسشنامة خشونت با استفاده از ضريب همبستگي اسپيرمن در تكرار نمونه‌گيري ۰/۹۰ و در پرسشنامة ادينبرگ ۰/۹۵به دست آمد.

روش گردآوري داده‌ها به اين صورت بود كه با كسب اجازه از افراد و دادن توضيحات كافي در مورد پژوهش، در صورتي كه فرد حائز شرايط تعيين شده جهت مطالعه و موافقت خود را به صورت رضايتنامه كتبي اعلام مي‌داشت به عنوان نمونه انتخاب مي‌شد. پس از اخذ تاريخچة دقيق مامايي و تعيين سن دقيق بارداري، از طريق محاسبة اولين روز آخرين قاعدگي، پرسشنامه خشونت توسط شركت كنندگان در محيطي كاملاً خصوصي تكميل شده و افراد درگروه‌هاي خشونت ديده يا بدون خشونت وارد شدند. سپس شماره تلفن مادر و يكي از نزديكان وي ثبت گرديد و زن باردار تا پايان بارداري پيگيري شد. طي ٦-٤ هفته پس از زايمان، پرسشنامة ادينبرگ جهت تعيين وجود افسردگي پس از زايمان در دو گروه خشونت ديده و بدون خشونت بر حسب حجم نمونه تكميل گرديد. تجزيه و تحليل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS ۱۳ انجام شد. از آمار توصيفي و آمار تحليلي: تي‌تست، آزمون كاي اسكوئر و ريسك نسبي براي تجزيه و تحليل داده‌ها استفاده شد و سطح معني‌داري در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در اين مطالعه ابتدا ۲۵۱ زن باردار در طي مرحلة اول نمونه‌گيري مورد بررسي قرار گرفتند و در طي فرايند پيگيري ۱۱ نفر از آنها از مطالعه خارج شدند. در نهايت آناليز آماري بر روي ۱۲۰ نفر گروه خشونت ديده و ۱۲۰ نفر خشونت نديده انجام شد.

يافته‌ها

نتايج پژوهش نشان داد كه ميانگين سن شركت‌كنندگان در گروه بدون خشونت ۲۵/۷۷±۴/۸۸ سال و در گروه خشونت ديده ۲۶/۲۸±۶/۱۳ سال، ميانگين سن همسر زنان در گروه بدون خشونت ۳۰/۷۵±۵/۷۵ سال و در گروه خشونت ديده ۳۱/۲۶±۶/۹۳ سال، ميانگين مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت ۶/۱۳±۴/۵۸ سال، در گروه خشونت ديده ۶/۶۵±۵/۱۲ سال و ميانگين ميزان درآمد خانوار در زنان بدون خشونت ۲۹۹/۴۲±۹۳/۷۴ هزار تومان، در گروه خشونت ديده ۲۸۳/۱۳±۹۸/۵۷ هزار تومان بود. ۸۲/۵% در گروه

1. Pindle

www.SID.ir

Archive of SID

بدون خشونت و ۸۴/۲% در گروه خشونت ديده بارداري آنان خواسته بود. جدول ۱ برخي از متغيرهاي دموگرافيک را در دو گروه نشان مي‌دهد. همانطور که ملاحظه مي‌شود اين متغيرها در دو گروه از نظر آماري معني‌دار نبودند.

جدول ۱: متغيرهاي دموگرافيک نمونه‌ها بر حسب زنان خشونت ديده و بدون خشونت

متغيرها	گروه	بدون خشونت N=۱۲۰	خشونت ديده N=۱۲۰	نتيجه آزمون
سن مادر (سال)	۱۷-۲۵	۶۴(۴۳/۳)	۶۱(۵۱/۱)	NS
	۲۵< سال	۵۶(۵۶/۷)	۵۹(۴۹/۹)	
سن همسر(سال)	۱۷-۲۵ سال	۱۹(۱۵/۸)	۲۶(۲۱/۷)	NS
	۲۵< سال	۹۱(۸۴/۲)	۹۴(۷۸/۳)	
تعداد بارداري	۱-۳	۱۱۴(۹۵)	۱۰۶(۸۸/۳)	NS
	۳ <	۶(۵)	۱۴(۱۱/۷)	
تحصيلات زن	زير ديپلم	۷۱(۵۹/۲)	۸۹(۷۴/۲)	NS
	ديپلم و بالاتر	۴۹(۴۰/۸)	۳۱(۲۵/۸)	
تحصيلات همسر	زير ديپلم	۵۰(۴۱/۷)	۷۰(۵۸/۳)	NS
	ديپلم و بالاتر	۷۰(۵۸/۳)	۵۰(۴۱/۷)	
شغل زن	خانه‌دار	۹۷(۸۰/۸)	۱۱۰(۹۱/۷)	NS
	شاغل	۲۳(۱۹/۲)	۱۰(۸/۳)	
شغل همسر	کارگر،کشاورز وکارمند	۵۶(۴۶/۷)	۵۰(۴۱/۶)	NS
	ساير موارد	۶۴(۵۳/۳)	۷۰(۵۸/۴)	

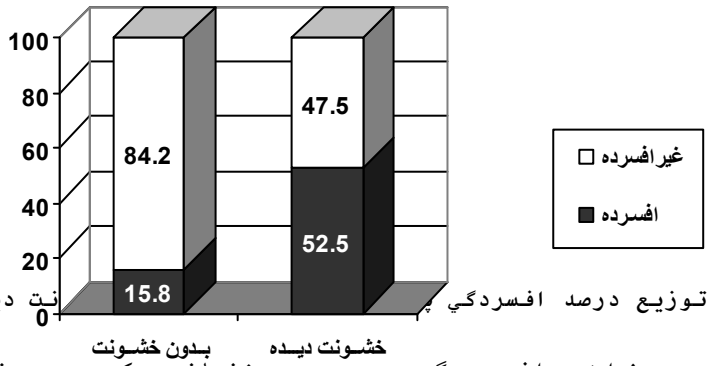
در اين پژوهش ۸۹/۲% زنان، خشونت جنسي را گزارش کردند که در اين ميان "درخواست رابطة جنسي بدون رضايت زن و اعلام نارضايتي از رابطه جنسي با زن به صورت تحقيرآميز" بيشترين فراواني و "استفاده از تهديد يا زور براي داشتن رابطه جنسي غير معمول و عدم برقراري ارتباط جنسي براي تنبيه زن" کمترين فراواني را به خود اختصاص دادند. ۷۴/۲% از نمونه‌ها خشونت عاطفي را ذکر کردند که بر اين اساس "فرياد زدن، بي‌احترامي يا فحاشي و محدود کردن ارتباط با ديگران رايج‌ترين و تهديد به کشتن زن، ممانعت از ادامه تحصيل يا اشتغال زن و حبس زن در منزل" از جمله کمترين انواع خشونت‌ها بود و ۲۵/۸% آنها نيز خشونت فيزيکي را در بارداري تجربه کرده‌اند که "سيلي زدن و مشت زدن" از رايج‌ترين انواع خشونت‌هايي بود که گروه خشونت ديده، فيزيکي تجربه کرده بودند و "گاز گرفتن، سوزاندن و استفاده از چاقو جهت آسيب رساندن به زن" کمترين شيوع را به خود اختصاص داده بودند.

www.SID.ir

Archive of SID

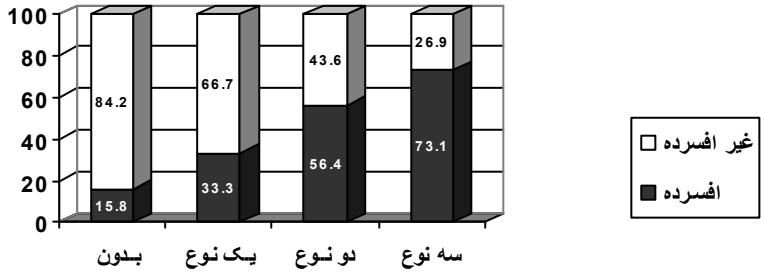
همچنين نتايج نشان داد (۴۵/۸٪) نمونه‌ها دو نوع و ۳۲/۵٪ يک نوع خشونت و ۲۱/۷٪ هر سه نوع خشونت جسمي، رواني و جنسي را متحمل شده‌اند.

در اين مطالعه ميزان امتياز ادينبرگ در ۶-۴ هفته پس از زايمان در محدوده ۲۷-۰ (۸/۲۵±۶/۸۲) بود كه ۳۴/۲٪ از زنان (۸۲ مورد) امتياز مساوي يا بيش از ۱۰ را كسب كردند. زنان خشونت ديده بطور معني‌داري ميانگين امتياز بيشتري در پرسشنامة ادينبرگ (۱۰/۷۸±۶/۹۷) نسبت به زنان بدون خشونت (۵/۳۷±۵/۶۶) داشتند (p<۰/۰۰۱). شيوع افسردگي پس از زايمان در دو گروه مورد مطالعه نشان مي‌دهدكه ميزان افسردگي پس از زايمان در زنان تجربه كنندة خشونت خانگي ۵۲/۵٪ بوده است در حاليكه در گروه بدون خشونت بسيار كمتر و در حد ۱۵/۸٪ به دست آمد، كه از نظر آماري معني‌دار بود (p<۰/۰۰۱). براي بررسي ميزان ارتباط خشونت خانگي با افسردگي پس از زايمان در هفته ۴۰-۳۶ بارداري از خطر نسبي استفاده شد. نتايج نشان داد كه خشونت خانگي در بارداري خطر نسبي افسردگي را ۳/۳ برابر افزايش مي‌دهد كه با فاصله اطمينان ۹۵٪ اين افزايش بين (۵/۱-۲/۱) بود (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزيع درصد افسردگي پ[illegible]نت ديده و بدون خشونت

از طرفي ميزان افسردگي پس از زايمان بين تعدد انواع مختلف خشونت مقايسه شد. (نمودار ۲) يعني كه هرچه تعدد انواع بيشتري از خشونت در بارداري تجربه مي‌شود، ميزان افسردگي پس از زايمان نيز افزايش مي‌يابد. اين بدان معني است كه زناني كه سه نوع خشونت را در بارداري متحمل شده‌اند از ساير بيشتر دچار افسردگي پس از زايمان شدند. نتيجة آزمون آماري اين تفاوت را معني‌دار بين چهار گروه از نظر ابتلا به افسردگي پس از زايمان گزارش كرد (p<۰/۰۰۱).



www.SID.ir

Archive of SID

نمودار ۲: توزيع درصد افسردگي پس از زايمان بر حسب تعدد انواع دو گروه خشونت ديده و بدون خشونت

بحث

اين پژوهش نشان داد بين خشونت خانگي در بارداري و افسردگي پس از زايمان رابطه معنيداري وجود دارد. ميزان افسردگي در گروه خشونت ديده ۵۲/۵٪ و در گروه بدون خشونت ۱۵/۸٪ بود و بيانگر اين است كه زنان خشونت ديده ۳/۳ برابر بيش از زنان بدون خشونت افسرده ميشوند. اين يافته مشابه نتايج مطالعه لونگ[1] و همكاران است كه نشان دادند امتياز افسردگي پس از زايمان در روز ۳-۲ پس از زايمان، ۲ روز پس از ترخيص از بيمارستان و ۶ هفته پس از زايمان بطور معنيداري در زنان خشونت ديده بيش از زنان بدون خشونت بود (۱۳). هگارتي[2] و همكاران نيز در سال ۲۰۰۴ نتايج مشابهي به دست آوردند و بيان كردند كه خشونت فيزيكي، رواني و جنسي به طور معنيداري با افسردگي پس از زايمان ارتباط دارد (۲۶). بونومي[3] و همكاران در مطالعة خود (۲۰۰۶) عنوان كردند كه زنان خشونت ديده در مقايسه با زنان خشونت نديده، به ميزان بيشتري علايم خفيف و شديد افسردگي را تجربه ميكنند (۲۷). و وارما[4] و همكاران در سال ۲۰۰۶ نشان دادند كه كيفيت زندگي پايين، اختلال استرس پس از حادثه، علايم جسمي و افسردگي بهطور معني-داري در زنان خشونت ديده در مقايسه با زنان خشونت نديده بيشتر است (۱۷). مزي[5] و همكاران در سال ۲۰۰۵ مطالعهاي را بر روي ۲۰۰ زن انگليسي انجام دادند و عنوان كردند كه اختلاف معنيداري بين دوگروه خشونت ديده و خشونت نديده در ميانگين امتيازات افسردگي پس از زايمان ادينبرگ وجود دارد. بنابراين زناني كه خشونت خانگي را تجربه ميكنند در ريسك افزايش بيماريهاي رواني مثل نگراني و افسردگي هستند (۲۸). در تحقيقي مشابه باچوز[6] و همكاران در سال ۲۰۰۴ رابطة خشونت خانگي را با وضعيت رواني پس از زايمان بررسي و گزارش كردند كه امتيازات افسردگي پس از زايمان بالاتر، با سابقة خشونت خانگي ارتباط دارد (۴). در ايران نيز هاديزاده طلاساز و همكاران در سال ۱۳۸۳ گزارش كردند كه كيفيت روابط زناشويي بر افسردگي پس از زايمان تأثير دارد و زناني كه روابط زناشويي ضعيفتري دارند، ميزان افسردگي پس از زايمان در آنها بيشتر است (۲۹).

آنچه از نتيجة اين مطالعه و مطالعات ديگر در كشورها و فرهنگهاي مختلف بر ميآيد، نشاندهندة ارتباط قوي بين تجربة خشونت و افزايش ابتلا به افسردگي پس از زايمان است. اگرچه شرايط انتخاب نمونهها در پژوهش حاضر در جهتي بود كه بتواند بسياري از عوامل

1. Leung
2. Hegarty
3. Bonomi
4. Varma
5. Mezey
6. Bacchus

www.SID.ir

Archive of SID

مداخله‌گر همانند سن زن و همسر او، ميزان تحصيلات و شغل زوجين، وضعيت اقتصادي خانواده، تعداد بارداري و زايمان را كه بر طبق نظر ساير پژوهشگران (۳۶-۳۰) در ايجاد افسردگي پس از زايمان مؤثر است كنترل نمايد، اما همچنان اين ارتباط معني‌دار بود. لذا به نظر مي‌رسد كه فاكتورهايي در اين بين مؤثر باشند.

در سالهاي اخير تحقيقات وسيعي در مورد اتيولوژي اختلالات روحي پس از زايمان انجام شده است. اگرچه فاكتورهاي روانی-اجتماعي متعددي ممكن است با افسردگي پس از زايمان مرتبط باشند، تعدادي از مطالعات بر اختلالات عملكرد نوروانديوكرين ناشي از استرس متمركز شده‌اند (۲۱).

مطالعات نشان داده‌اند كه زنان خشونت ديده، سطح بالاتري از استرس را تجربه مي‌كنند. در افراد تجربه‌كنندة استرس، كانال نوروانديوكرين حاوي محور هيپوتالاموس- هيپوفيز- آدرنال توسط توليد هورمونها به اين استرس پاسخ مي‌دهند. درجه‌اي كه افراد استرس را تجربه مي‌كنند به طور مستقيم با شدت پاسخ نوروانديوكرين ارتباط دارد، به اين معني كه استرس باعث توليد هورمونهاي محرك مي‌شود. خشونت خود نوعي استرس است. به همين ترتيب وقتي افراد خشونت فيزيكي، عاطفي يا جنسي را تجربه مي‌كنند، محور هيپوتالاموس- هيپوفيز- آدرنال فعال مي‌شود (۲). از طرفي ويژگيهاي دوران پس از زايمان به گونه‌اي است كه امكان انتقال اختلال نگراني را به افسردگي، تحت تأثير استرسورهاي مختلف رواني و بيولوژيكي ايجاد شده در بارداري افزايش مي‌دهند. لذا خشونت و استرس همراه آن، سيستم ايمني را تحت تأثير قرار مي‌دهد و ادامة اين استرس‌ها، منجر به ايجاد مشكلات جسمي و رواني شده و علائم آسيب در اين افراد ظاهر مي‌شود (۳۷,۳۸).

اهلرت[1] و همكاران سطح كورتيزول پس از زايمان را اندازه‌گيري كرده و دريافتند كه در روزهايي كه زنان علايم افسردگي پس از زايمان بيشتري دارند، در مقايسه با روزهايي با وضعيت رواني متعادل و يا در مقايسه با گروه غير افسرده، سطح كورتيزول صبحگاهي آنها به طور معني‌داري بالاتر است (۳۹). مشابه با اين نتيجه، پدرسن[2] و همكاران گزارش كردند كه ارتباط معني‌داري بين بالا بودن سطح كورتيزول پلاسما در دورة پس از زايمان در زنان با سابقة افسردگي شديد نسبت به زنان بدون سابقه وجود دارد (۴۰). نيروپ[3] و همكاران در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌اي را با سؤال "آيا تغييرات كورتيزول ناشي از استرس در بارداري با علائم افسردگي پس از زايمان ارتباط دارد؟ انجام دادند. نتايج نشان داد كه زنان افسرده بوسيلة افزايش نگراني و كاهش شديد خلق به استرس پاسخ دادند. همچنين در افرادي كه امتياز افسردگي پس از زايمان اديبنرگ بالاتري داشتند، ميزان پاسخ هورموني به استرس رواني در بارداري بيشتر بود. به اين

1. Ehlert
2. Pedersen
3. Nierop

www.SID.ir

Archive of SID

معني كه گروه افسرده در مقايسه با گروه ديگر به طور معنيداري با پاسخ كورتيزول بالاتر به تست استرس پاسخ دادند (۲۱). اين يافتهها از اثرات استرس ناشي از خشونت حمايت ميكند.

اما برخي از مطالعات تأثير خشونت بر برداشت افراد و رفتارهاي ناشي از آن را مورد توجه قرار دادهاند. وارما و همكاران در سال ۲۰۰۶ عنوان كردند كه سطح بالاي امتياز افسردگي در ميان زنان خشونت ديده ممكن است ناشي از تأثير خشونت بر احساس فرد در مورد خود، مخصوصاً اعتماد به نفس، ارزش و شايستگي او باشد. در اين مطالعه، افسردگي با علائم جسمي نيز همراه بود. اين احتمال وجود دارد كه علائم جسمي انعكاسي از اثرات افسردگي باشد كه از نظر اجتماعي مقبوليت بيشتري دارد. به علاوه نشان دادن افسردگي از طريق علائم جسمي ممكن است پاسخي به خشونت خانگي و يك نداي غيرمستقيم براي كمك باشد. از طرفي اين اعتقاد گسترده وجود دارد كه خشونت خانگي يك موضوع محرمانه است و بايد مخفي نگه داشته شود. اين باور مانع از آن است كه بسياري از زنان به طور مستقيم طلب كمك كنند و در نتيجه به تداوم مشكلات آنها و ظهور علايم همراه آن منجر ميشود (۱۷).

در همين راستا باچوز و همكاران در مطالعة خود گزارش كردند كه وضعيت رواني با سلامت جسمي در بارداري ارتباط دارد. زيرا علائم افسردگي و نگراني ممكن است با مراقبت ناكافي و در نتيجه پيامد بد سلامت فيزيكي همراه باشد. همچنين بارداري ناخواسته يا برنامه-ريزي نشده در زنان خشونت ديده بالاتر است و اين زنان توجه كمتري به خود دارند. لذا علائم جسمي و رواني، نگراني، مراقبت ناكافي و فقدان حمايت اجتماعي كه به دنبال خشونت خانگي رخ ميدهد ممكن است بر درك و بينش زن، تحمل او و ميزان اهميت او به بهداشت و سلامت خود مؤثر باشد. به اين ترتيب احتمال انجام رفتارهايي كه سلامت او را در بارداري به خطر ميانداز (مانند: سيگار كشيدن، مصرف الكل، تغذيه نامناسب و مراقبت بارداري ناكافي) افزايش مييابد و اين رفتارها ممكن است به عوارض و مشكلات ديگر منجر شود كه به بستري شدن در بيمارستان بيانجامد. به اين ترتيب بصورت يك چرخة معكوس، وضعيت جسمي و رواني بدتر ميشود (۴).

در اين مطالعه انواع خشونت تجربه شده در بارداري در گروه خشونت ديده نيز بررسي شد. نتايج مطالعه حاضر بيانگر آن است كه در گروه خشونت ديده، خشونت جنسي بيشترين فراواني را به خود اختصاص داده است و پس از آن به ترتيب خشونت عاطفي و خشونت فيزيكي قرار دارند. همچنين در بررسي تعدد انواع خشونت، بيشترين فراواني مربوط به دو نوع خشونت بود و پس از آن يك نوع خشونت و سه نوع خشونت قرار داشتند. مشابه با اين نتايج جهانفر و همكاران نيز در مطالعة خود گزارش كردند كه بيش از نيمي از زنان باردار خشونت ديده،

www.SID.ir

Archive of SID

حداقل از دو جنبه مورد آزار و اذيت قرار داشتند و ۱۱/۵% هر ۳ نوع خشونت جسمي، رواني و جنسي را متحمل شده اند (۸). وقوع خشونت جسمي در اكثر موارد پس از به حداكثر رسيدن خشونت رواني گزارش شده است. بنابراين زناني كه در معرض آسيب جسمي قرار دارند، فشار روحي و رواني ناشي از توهين و ترس از اعمال آزار بدتر و دشوارتر را نيز تجربه مي‌كنند. لذا يكي از پيامدهاي خشونت فيزيكي، اختلال رواني و ميل به خودكشي است (۸ و۱). بر اين اساس هگارتي و همكاران در سال ۲۰۰۴ گزارش كردند كه ميزان افسردگي در گروه تجربه كننده خشونت فيزيكي به طور معني‌داري از گروه بدون خشونت بالاتر است (۲۶).

مطالعات قبلي نشان دادند كه براي تعداد زيادي از زنان، خشونت رواني مكرر ممكن است بيشتر از خشونت فيزيكي گاه و بيگاه آسيب‌زا باشد. از طرفي تحقيقات نشان مي‌دهد كه خشونت رواني اغلب ممكن است زمينه‌ساز خشونت فيزيكي باشد و پيشرفت از خشونت رواني به فيزيكي مي‌تواند در مدت كمتر از ۱۲ ماه اتفاق بيافتد. لذا نياز به مداخله در زمان مناسب بديهي است تا نه تنها آسيب بر مادر را كاهش دهد بلكه همچنين بصورت يك ابزار پيشگيري براي بچه‌هائي باشد كه در يك ارتباط خشن زندگي مي‌كنند (۴۱).

مزي و همكاران در سال ۲۰۰۵ گزارش كردند كه به دنبال يك حادثة تروماتيك در زندگي، ريسك حوادث تروماتيك ديگر افزايش مي‌يابد. اين احتمال وجود دارد كه خشونت خانگي به صورت يك نشانه براي ديگر اتفاقات تروماتيك و ناگوار زندگي عمل كند و از اين طريق مشكلات رواني و اجتماعي متعدد را به دنبال داشته باشد. مزي در مطالعه خود نشان داد زناني كه سابقة خشونت خانگي را گزارش كردند، حداقل يك حادثة تروماتيك ديگر را در زندگي تجربه كرده‌اند. آنان همچنين گزارش كردند كه ويزيت پزشك از نظر علايم رواني مانند عصبانيت، نگراني، اختلال خواب يا غمگيني در زنان خشونت ديده به مراتب بيش از زنان بدون خشونت است (۲۸).

پژوهش حاضر از اين فرضيه حمايت كرد كه خشونت خانگي عليه زنان باردار، تأثير منفي برسلامت رواني پس از زايمان دارد. به دليل پرخطر بودن بارداري و پيامدهاي متعدد جسمي و رواني خشونت، غربالگري و مشاوره با خانواده‌هاي در معرض خطر در اين دوره از اهميت بالايي برخوردار است.

نتيجه‌گيري

نتايج اين پژوهش نشان داد كه يكي از عوارض خشونت در بارداري افزايش ميزان ابتلا به افسردگي پس از زايمان است. آگاهي از اهميت خشونت خانگي و عوارض آن قابل تامل و راهگشاست زيرا با وجود پيامدهاي نامطلوب خشونت عليه زنان، هنوز اين پديده در بعضي كشورها از جمله كشور ما به عنوان يك معضل شناخته نشده است. لذا اكثر مراقبين بهداشتي از ميزان شيوع خشونت و عوارض آن در جمعيتشان آگاهي

www.SID.ir

Archive of SID

ندارند. بديهي است كه بدون آگاهي در مورد علايم و نشانه-هاي خشونت خانگي و ارتباط آن با نتايج بد بارداري و وضعيت رواني مادر، نمي‌توانند نقش مؤثري ايفا كنند.

در ابعاد كلي‌تر و با اهميت دادن به اين نتايج، تصويب قانوني جامع براي مقابله با خشونت خانگي، بهبود وضعيت اقتصادي زنان جامعه، تلاش در جهت افزايش آگاهي عمومي دربارة خشونت خانگي، ارائه آموزشهاي لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراكز آموزش عالي، گسترش مراكز حمايت از زنان و ارائة برنامه‌هايي مانند فراهم كردن خدمات حقوقي، پزشكي و روانشناختي براي زنان خشونت ديده مي-تواند در كاهش ميزان خشونت خانگي و پيامدهاي آن مؤثر واقع شود.

تشكر و قدرداني

بدينوسيله از معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شهيد بهشتي كه هزينه انجام اين طرح تحقيقاتي را تقبل نموده‌اند و نيز از كليه زناني كه با تكميل پرسشنامه‌هاي تحقيق پژوهشگران را ياري كرده‌اند، كمال تشكر و سپاس را داريم.

References

1. García-Moreno C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women.(2005). Available from: http://www.WHO.org/. Jan 2006.
2. Records KA. Critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implication for newborn nurses. Newborn and Infant Nursing Review 2007; 7:7-13.
3. Por Reza A. Violence against women and social its consequences. Family Health 2003; 25: 66-67.
4. Bacchus L, MezeyG, BewleyS. Domestic violence: prevalence in pregnant women and association with physical and psychological health. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2004; 113: 6-11.
5. Ghazi Tabatabaei M. Arasing of domestic violence, a way for generation health 2004; 165: 165-166.
6. Lazenbatt A ,Thompson-Cree M, McMurrayF. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. Midwifery 2005; 21: 322-334.
7. Edin KE, Högberg ULF. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. Midwifery 2002; 18: 268-278.
8. Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to the hospitals of Iran University of Medical Sciences. Iran Nursing Quarterly 2002; 2003; 32, 33: 93-99.
9. Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2006; 4: 32-42.
10. Kazemi Navaei F. Prevalence, factors and consequences of domestic violence against pregnant women referring to labor units of University of Medical sciences. Tehran, 2004, Thesis of Midwifery Education.
11. Salehi Sh, Mehralian H. Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord. Shahrekord University of Medical Sciences 2006; 2: 72-77.
12. Raynor M. Pregnancy and the puerperium: the social and psychological context. Psychiatry 2006; 5:1-4.

www.SID.ir

Archive of SID

13. Leung WC, Leung TW, Lam YYJ. Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002; 79:159-166.
14. Beck C T. Postpartum Depression. It isn't just the blues. AJN 2006; 106: 40-50.
15. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM et al. Postpartum Depression. A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. Journal of Clinical Psychopharmacology 2006; 26: 353-560.
16. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Prospective observational study of domestic violence during pregnancy. Obstetrics and Gynecology 2005; 106: 61-65.
17. Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. Journal of Affective Disorder 2006; 102: 227-235
18. Amini S. Violence against women. Culture & Research 2004; 165: 3-7.
19. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi. Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Acta Medica Iranica 2005; 43(2): 115-122.
20. Logsdon MC, Hutti MH. Readability: An important issue impacting healthcare for women with postpartum depression. The American Journal Maternal Child Nursing 2006; 31: 351-356.
21. Nierop A Bratsikas A, Zimmermann R, Ehlert U. Are stress-induced cortisol change during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? Psychomatic Medicine 2006; 68: 931-937.
22. Pindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. Journal of Affective Disorders 2004; 80: 37-44.
23. Dolatian M, Pouneh M, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. Medical Journal of Reprodudtion & Infertility 2006; 3: 260-275.
24. Salehi Kasaei P. The comparative study of the prevalence of postpartum depression between 2 groups of mothers with NVD & C/S. Thesis of Midwifery Education, Tehran University, Faculty of Nursing & Midwifery. 1994.
25. Sadr S, Dolatian M, Behbodi Moghadam Z. Prevalence of postpartum depression and factors affecting it in Tehran. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2004; 3: 189-193.
26. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R . Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. British Medical Journal 2004; 328: 621-624.
27. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer J et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. American Journal of Preventive Medicine. (2006); 30: 458-466.
28. Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. An International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005; 112:197-204.
29. Hadizadeh Talasaz F, Bahri N, Tavakolizadeh J . The comparison of the rate of postpartum depression between NVD & C/S emergency in primipare women referring to the 22 Bahman Hospital in Gonabad. Behbod Scientific Quarterly of Kermanshah University of Medical Sciences 2004; 4: 21-30.
30. Ghafarinezad A, Juibari F, Poya F. The prevalence of postpartum depression in Kerman. Thinking & Behavior. 1999; 1,2: 24-29.
31. Khamseh F. The evaluation of the effective psychosocial factors on the prevalence of postpartum depression in Karaj Women Hospital. Kowsar Medical Journal 2002; 7: 327-331.
32. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factor in a national Swedish sample. Arch Women Ment Health 2005; 8: 97-104.

www.SID.ir

Archive of SID

33. Teng H, Chun-Sen H, Shou-Mei S, Mong-Liang L, Jan-Jhy P, Winston WS. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Comprehensive Psychiatry 2005; 46: 261-265.
34. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. General Hospital Psychiatry 2006; 28: 3-8.
35. Lau Y. Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women? Social Science&Medicine 2005; 61: 365-377.
36. Howell EA, Mora P, Leventhal H. Correlates of early postpartum depressive symptoms. Maternal and Child Health Journal 2006; 10: 149-156.
37. Eby KK. Exploring the stressors of low-income women with abusive partners: understanding their needs and developing effective community resources. Journal of Family Violence 2004; 19: 221-232.
38. Dallay A L, Giaconne-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increase risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. European Psychiatry 2004; 19: 459-463.
39. Ehlert U Patalla U, Kirschbaum C, Piedmont E, Hellhammer DH. Postpartum blues:salivary cortisol and psychological factors. J Psychosom Res 1990; 34: 319-25.
40. Pedersen CA, Stern RA, Pate J, Senger MA, Bowes WA, Mason GA.Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. J Affect Disord 1993; 29: 201-11.
41. Pico-Alfonzo MA, Garcia-Linares MI, Celda- Navarro N, Herbert J, Martinez M. Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. Bio Psychiatry 2004; 15; 56: 233-40.

www.SID.ir