مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره سیزدهم/ تابستان ۱۳۸۷/ ۶۸-۵۷

بررسی رابطهٔ خشونت در بارداری با افسردگی پس از زایمان

ماهرخ دولتیان[۱]، کژال حسامی[۲]، دکتر جمال شمس[۳]، دکتر حمید علوی مجد[۴]

۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مربی، دانشکده پرستاری مامایی، (مؤلف مسؤول)

تلفن: ۸۸۸۳۱۳۳-۰۲۱، mhdolatian@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- استادیار، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

٤- دانشیار، گروه آمار زیستی, دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی-تهران

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی علیه زنان در حال حاضر بطور وسیعی به عنوان مشکل مهم سلامت عمومی تشخیص داده شده است. تحقیقات در زمینه خشونت خانگی در بارداری برای روشن‌تر ساختن ارتباط بین انواع مختلف خشونت و پیامدهای سلامت روانی، مخصوصاً درکشورهای در حال توسعه که تحقیقات کمی در این زمینه وجود دارد، مورد نیاز است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطهٔ خشونت خانگی در بارداری و افسردگی پس از زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی: تحقیق به روش تحلیلی کوهورت انجام شد. در مدت ۴ ماه مجموعاً ۲۵۱ زن باردار در ماه آخر بارداری از نظر وجود یا عدم خشونت در بارداری بررسی شدند و به دو گروه خشونت دیده و خشونت ندیده تقسیم شدند. سپس این زنان پرسشنامهٔ افسردگی ادینبرگ را در هفتهٔ ٤-٦ پس از زایمان، تکمیل کردند. امتیاز ادینبرگ بالای ۱۰ به عنوان افسرده در نظرگرفته شد. در جریان پیگیری ۱۱ نفر از مطالعه خارج شدند و در نهایت آنالیز آماری بر روی ۱۲۰ مورد خشونت دیده و ۱۲۰ مورد خشونت ندیده انجام شد. تجزیه وتحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS ۱۳ و آمار توصیفی و آمار تحلیلی: تی‌تست، آزمون کای اسکوئر و ریسک نسبی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. (p<۰/۰۵) معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه ۵/۵۳±۲۶/۰۲ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی و خانه‌دار بودند. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان ۳۴/۲٪ بود که ۱۵/۸٪ افراد درگروه خشونت ندیده و ۵۲/۵٪ افراد درگروه خشونت دیده دارای نمرهٔ بیشتر از ۱۰ در پرسشنامهٔ افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بودند. بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان رابطهٔ معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۱) و برآورد خطر نسبی افسردگی RR=۳/۳ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۵/۱-۲/۱ بود.

نتیجه‌گیری: از آنجا که تأثیرات منفی خشونت خانگی در دوران بارداری در این پژوهش و مطالعات دیگر به خوبی مشخص شده است توصیه می‌شود که کلیهٔ درمانگاههای مراقبت از بارداری به طور معمول غربالگری خشونت خانگی را انجام دهند تا موارد را شناسایی کرده و مشاورهٔ لازم را انجام دهند.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی، بارداری، افسردگی پس از زایمان

وصول مقاله: ۸۶/۱۱/۲۰ اصلاح نهایی: ۸۷/۲/۲۲ پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۲۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

مقدمه

خشونت خانگی رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است که ۴۵٪ زنان ازآن رنج می‌برند (۱). انواع مختلف خشونت شامل آسیب جسمی، جنسی و روانی است که از شخصی بر شخص دیگر اعمال می‌شود (۲). زنان، دختران و کودکان معمولاً قربانیان تراز اول خشونت هستند (۳) و خشونت علیه زنان یک مسألهٔ حاد اجتماعی است زیرا بر سلامت نسل آینده تأثیر می‌گذارد (۴,۵).

خشونت خانگی گاهی در بارداری شروع شده و گاه شدت می‌گیرد. برخی مطالعات نیز تغییر نوع خشونت را گزارش کرده‌اند (۸-۴,۶). شیوع خشونت خانگی اعمال شده در بارداری از ۱ تا ۳۰٪ در مطالعات مختلف متفاوت است (۲). میزان خشونت اعمال شده بر زنان باردار ایرانی بیش از ۶۰٪ گزارش شده است (۱۱-۸). 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 وکودک بعدی او را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۲,۱۲). بارداری ناخواسته، تأخیر در مراقبت پره‌ناتال، افزایش وزن نامناسب، سقط، زایمان زودرس، دکلمان، وزن کمِ هنگام تولّد، کاهش حرکات و رشد جنین، لیبرکاذب، اختلال تغذیه، آنمی، بزهکاری، ابتلا به بیماری‌های منتقلهٔ جنسی، مصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگی و خودکشی در زنان تجربه کنندهٔ خشونت خانگی بالاتر است (۲,۴,۶,۱۲).

اثرات به جا ماندهٔ خشونت در بارداری ممکن است زمینه را برای ایجاد مشکلات فیزیکی و روانی در زمانهای دیگر مساعد کند. بنابراین خشونت می‌تواند بخشی از مجموعه فاکتورهای مداخله‌گری باشد که به افسردگی پس از زایمان منجر می‌شود (۴,۱۳). افسردگی پس از زایمان یک اختلال روانی جدی و یکی از مهمترین عوارض شایع پزشکی در این دوره با شیوع ۱۵٪-۱۰٪ می‌باشد (۱۴,۱۵). افسردگی پس از زایمان ممکن است انعکاسی از پیامد خشونت خانگی باشد که خود نیز منجر به مشکلات ارتباطی و خشونت بیشتر می‌شود (۱۳).

افزایش آگاهی در مورد خشونت خانگی طی بارداری جزء اولویتهای ارگانهای کالج متخصصان زنان و مامائی آمریکا، انجمن پزشکی آمریکا و عوامل دیگر بهداشتی است (۱۶). همچنین با در نظرگرفتن اینکه خشونت خانگی و پیامدهای آن ممکن است متأثر از فرهنگ جامعه باشد، تحقیق در این زمینه برای روشن‌تر ساختن ارتباط بین انواع مختلف خشونت خانگی و پیامدهای سلامت روانی، مخصوصاً در کشورهای درحال توسعه مورد نیاز است (۱۷).

لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعهٔ تحلیلی از نوع کوهورت (همگروهی) و بر روی ۲۴۰ زن باردار در مدت ۴ ماه انجام شد. نمونه‌ها از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مریوان در ماه آخر بارداری و همان زنان در ۲ تا ۶ هفته پس از زایمان انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، زنان باردار ۴۰-۱۵ ساله در ماه آخر بارداری، ایرانی، قومیت کرد، باسواد، بارداری تک قلو، عدم وجود عوارض

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

بارداری شناخته شده و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود. این افراد از نظر سن، تحصیلات و شغل خود و همسر، درآمد، وضعیت ازدواج، تعداد زایمان و بارداری خواسته یا ناخواسته در دو گروه همسان‌سازی شدند.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا کلیهٔ مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مریوان لیست شده و سپس کل نمونه متناسب با حجم مراجعین آن مراکز بر اساس آمار موجود، توزیع گردید. در ادامه، نمونه‌گیری در داخل هر مرکز به صورت در دسترس انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که شامل پرسشنامهٔ مشخصات دموگرافیک و سابقهٔ مامایی، پرسشنامهٔ خشونت و پرسشنامهٔ افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود. پرسشنامهٔ سنجش خشونت پرسشنامه‌ای خود ساخته در سه حیطهٔ خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی برگرفته از چند پرسشنامهٔ دیگر شامل پرسشنامهٔ استفاده شده در طرح ملی بررسی خشونت خانگی در ۲۸ استان کشور (امینی ۱۳۸۳) و فرامرزی و همکاران (۲۰۰۵)، هاشمی نسب (۱۳۸۵)، صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۵)، کاظمی نوائی (۱۳۸۴) بود (۹-۱۱,۱۸,۱۹). در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر یا اعضای خانواده در طی بارداری بود و زن بارداری خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامهٔ خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد.

در ارزیابی خشونت خانگی، خشونت فیزیکی با ۱۳ سؤال، خشونت جنسی با ۹ سؤال و خشونت عاطفی با ۱۵ سؤال مورد ارزیابی قرار گرفت. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۷ حالتهٔ لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۵-۳ بار، ۱۰-۶ بار، ۲۰-۱۱ بار و بیش از ۲۰ بار) محاسبه گردید. این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی تعیین اعتبار شد.

پرسشنامهٔ افسردگی ادینبرگ یک ابزار توسعه یافته برای غربالگری افسردگی پس از زایمان است که استفاده از آن در سطح بین المللی گسترده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال در مورد علائم شایع افسردگی است که برای پاسخ دادن از مقیاس لیکرت استفاده می‌شود. مادر پاسخهایی را انتخاب می‌کند که در هفتهٔ گذشته بیشتر احساس کرده است. هر سؤال ٤ گزینه دارد، و هر گزینه امتیاز ۳-۰ را به خود اختصاص می‌دهد. جمع کلی امتیازات از ۳۰-۰ است (۲۰). امتیاز بالای ۱۰ در دورهٔ پس از زایمان به عنوان افسرده در نظرگرفته شد. با در نظر گرفتن امتیاز ۱۰ یا بیشتر برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان، پرسشنامهٔ ادینبرگ دارای حساسیت ۱۰۰٪-۸٤٪ و ویژگی ۸٤٪-۸۲٪ است (۲۱). در مطالعهٔ پیندل[1] و همکاران نیز حساسیت پرسشنامهٔ ادینبرگ ۹۱٪-۸۸٪ و ویژگی آن ۷٦٪ ذکر شده است (۲۲). در ایران و از جمله در پژوهش حاضر این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی توسط محققین تعیین اعتبار شده است (۲۵-۲۳).

در این پژوهش ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ بود. پایایی پرسشنامهٔ خشونت با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه‌گیری ۰/۹۰ و در پرسشنامهٔ ادینبرگ ۰/۹۵به دست آمد.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که با کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد

1. Pindle

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت مطالعه و موافقت خود را به صورت رضایتنامه کتبی اعلام می‌داشت به عنوان نمونه انتخاب می‌شد. پس از اخذ تاریخچهٔ دقیق مامایی و تعیین سن دقیق بارداری، از طریق محاسبهٔ اولین روز آخرین قاعدگی، پرسشنامه خشونت توسط شرکت کنندگان در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل شده و افراد درگروه‌های خشونت دیده یا بدون خشونت وارد شدند. سپس شماره تلفن مادر و یکی از نزدیکان وی ثبت گردید و زن باردار تا پایان بارداری پیگیری شد. طی ٦-٤ هفته پس از زایمان، پرسشنامهٔ ادینبرگ جهت تعیین وجود افسردگی پس از زایمان در دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت بر حسب حجم نمونه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS ۱۳ انجام شد. از آمار توصیفی و آمار تحلیلی: تی‌تست، آزمون کای اسکوئر و ریسک نسبی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه ابتدا ۲۵۱ زن باردار در طی مرحلهٔ اول نمونه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند و در طی فرایند پیگیری ۱۱ نفر از آنها از مطالعه خارج شدند. در نهایت آنالیز آماری بر روی ۱۲۰ نفر گروه خشونت دیده و ۱۲۰ نفر خشونت ندیده انجام شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه بدون خشونت ۴/۸۸±۲۵/۷۷ سال و در گروه خشونت دیده ۶/۱۳±۲۶/۲۸ سال، میانگین سن همسر زنان در گروه بدون خشونت ۵/۷۵±۳۰/۷۵ سال و در گروه خشونت دیده ۶/۹۳±۳۱/۲۶ سال، میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت ۴/۵۸±۶/۱۳ سال، در گروه خشونت دیده ۵/۱۲±۶/۶۵ سال و میانگین میزان درآمد خانوار در زنان بدون خشونت ۹۳/۷۴±۲۹۹/۴۲ هزار تومان، در گروه خشونت دیده ۹۸/۵۷±۲۸۳/۱۳ هزار تومان بود. ۸۲/۵٪ در گروه بدون خشونت و ۸۴/۲٪ در گروه خشونت دیده بارداری آنان خواسته بود. جدول ۱ برخی از متغیرهای دموگرافیک را در دو گروه نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود این متغیرها در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها بر حسب زنان خشونت دیده و بدون خشونت

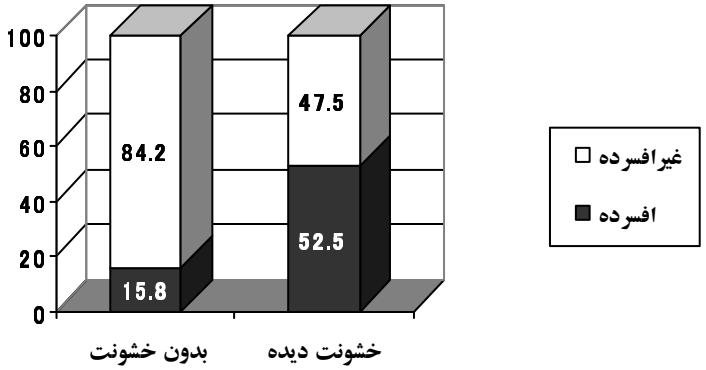
متغیرها	گروه	بدون خشونت N=۱۲۰	خشونت دیده N=۱۲۰	نتیجه آزمون
سن مادر (سال)	۱۷-۲۵	۶۴(۴۳/۳)	۶۱(۵۱/۱)	NS
	۲۵< سال	۵۶(۵۶/۷)	۵۹(۴۹/۹)	
سن همسر(سال)	۱۷-۲۵ سال	۱۹(۱۵/۸)	۲۶(۲۱/۷)	NS
	۲۵< سال	۹۱(۸۴/۲)	۹۴(۷۸/۳)	
تعداد بارداری	۱-۳	۱۱۴(۹۵)	۱۰۶(۸۸/۳)	NS
	۳<	۶(۵)	۱۴(۱۱/۷)	
تحصیلات زن	زیر دیپلم	۷۱(۵۹/۲)	۸۹(۷۴/۲)	NS
	دیپلم و بالاتر	۴۹(۴۰/۸)	۳۱(۲۵/۸)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۵۰(۴۱/۷)	۷۰(۵۸/۳)	NS
	دیپلم 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
	سایر موارد	۶۴(۵۳/۳)	۷۰(۵۸/۴)	

در این پژوهش ۸۹/۲٪ زنان، خشونت جنسی را گزارش کردند که در این میان "درخواست رابطهٔ جنسی بدون رضایت زن و اعلام نارضایتی از رابطه جنسی با زن به صورت تحقیرآمیز" بیشترین فراوانی و "استفاده از تهدید یا زور برای داشتن رابطه جنسی غیر معمول و عدم برقراری ارتباط جنسی برای تنبیه زن" کمترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. ۷۴/۲٪ از نمونه‌ها خشونت عاطفی را ذکر کردند که بر این اساس "فریاد زدن، بی‌احترامی یا فحاشی و محدود کردن ارتباط با دیگران رایج‌ترین و تهدید به کشتن زن، ممانعت از ادامه تحصیل یا اشتغال زن و حبس زن در منزل" از جمله کمترین انواع خشونت‌ها بود و ۲۵/۸٪ آنها نیز خشونت فیزیکی را در بارداری تجربه کرده‌اند که "سیلی زدن و مشت زدن" از رایج‌ترین انواع خشونت‌هایی بود که گروه خشونت دیده، فیزیکی تجربه کرده بودند و "گاز گرفتن، سوزاندن و استفاده از چاقو جهت آسیب رساندن به زن" کمترین شیوع را به خود اختصاص داده بودند. همچنین نتایج نشان داد (۴۵/۸٪) نمونه‌ها دو نوع و ۳۲/۵٪ یک نوع خشونت و ۲۱/۷٪ هر سه نوع خشونت جسمی، روانی و جنسی را متحمل شده‌اند.

در این مطالعه میزان امتیاز ادینبرگ در ۶-۴ هفته پس از زایمان در محدوده ۲۷-۰ (۸/۲۵±۶/۸۲) بود که ۳۴/۲٪ از زنان (۸۲ مورد) امتیاز مساوی یا بیش از ۱۰ را کسب کردند. زنان خشونت دیده بطور معنی‌داری میانگین امتیاز بیشتری در پرسشنامهٔ ادینبرگ (۱۰/۷۸±۶/۹۷) نسبت به زنان بدون خشونت (۵/۳۷±۵/۶۶) داشتند (p<۰/۰۰۱). شیوع افسردگی پس از زایمان در دو گروه مورد مطالعه نشان می‌دهدکه میزان افسردگی پس از زایمان در زنان تجربه کنندهٔ خشونت خانگی ۵۲/۵٪ بوده است در حالیکه در گروه بدون

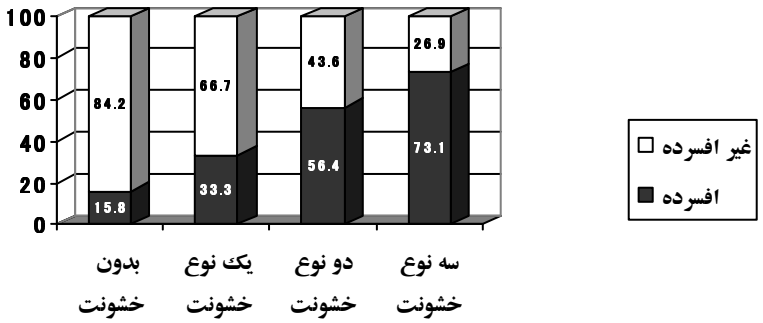
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

خشونت بسیار کمتر و در حد ۱۵/۸٪ به دست آمد، که از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). برای بررسی میزان ارتباط خشونت خانگی با افسردگی پس از زایمان در هفته ۴۰-۳۶ بارداری از خطر نسبی استفاده شد. نتایج نشان داد که خشونت خانگی در بارداری خطر نسبی افسردگی را ۳/۳ برابر افزایش می‌دهد که با فاصله اطمینان ۹۵٪ این افزایش بین (۵/۱-۲/۱) بود (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع درصد افسردگی پس از زایمان در دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت

از طرفی میزان افسردگی پس از زایمان بین تعدد انواع مختلف خشونت مقایسه شد. (نمودار ۲) یعنی که هرچه تعدد انواع بیشتری از خشونت در بارداری تجربه می‌شود، میزان افسردگی پس از زایمان نیز افزایش می‌یابد. این بدان معنی است که زنانی که سه نوع خشونت را در بارداری متحمل شده‌اند از سایرین بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان شدند. نتیجهٔ آزمون آماری این تفاوت را معنی‌دار بین چهار گروه از نظر ابتلا به افسردگی پس از زایمان گزارش کرد (p<۰/۰۰۱).



نمودار ۲: توزیع درصد افسردگی پس از زایمان بر حسب تعدد انواع دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

بحث

این پژوهش نشان داد بین خشونت خانگی در بارداری و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی‌داری وجود دارد. میزان افسردگی در گروه خشونت دیده ۵۲/۵٪ و در گروه بدون خشونت ۱۵/۸٪ بود و بیانگر این است که زنان خشونت دیده ۳/۳ برابر بیش از زنان بدون خشونت افسرده می‌شوند. این یافته مشابه نتایج مطالعه لونگ[1] و همکاران است که نشان دادند امتیاز افسردگی پس از زایمان در روز ۳-۲ پس از زایمان، ۲ روز پس از ترخیص از بیمارستان و ۶ هفته پس از زایمان بطور معنی‌داری در زنان خشونت دیده بیش از زنان بدون خشونت بود (۱۳). هگارتی[2] و همکاران نیز در سال ۲۰۰۴ نتایج مشابهی به دست آوردند و بیان کردند که خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به طور معنی‌داری با افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد (۲۶). بونومی[3] و همکاران در مطالعهٔ خود (۲۰۰۶) عنوان کردند که زنان خشونت دیده در مقایسه با زنان خشونت ندیده، به میزان بیشتری علایم خفیف و شدید افسردگی را تجربه می‌کنند (۲۷). و وارما[4] و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان دادند که کیفیت زندگی پایین، اختلال استرس پس از حادثه، علایم جسمی و افسردگی به‌طور معنی‌داری در زنان خشونت دیده در مقایسه با زنان خشونت ندیده بیشتر است (۱۷). مزی[5] و همکاران در سال ۲۰۰۵ مطالعه‌ای را بر روی ۲۰۰ زن انگلیسی انجام دادند و عنوان کردند که اختلاف معنی‌داری بین دوگروه خشونت دیده و خشونت ندیده در میانگین امتیازات افسردگی پس از زایمان ادینبرگ وجود دارد. بنابراین زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند در ریسک افزایش بیماریهای روانی مثل نگرانی و افسردگی هستند (۲۸). در تحقیقی مشابه باچوز[6] و همکاران در سال ۲۰۰۴ رابطهٔ خشونت خانگی را با وضعیت روانی پس از زایمان بررسی و گزارش کردند که امتیازات افسردگی پس از زایمان بالاتر، با سابقهٔ خشونت خانگی ارتباط دارد (۴). در ایران نیز هادی‌زاده طلاساز و همکاران در سال ۱۳۸۳ گزارش کردند که کیفیت روابط زناشویی بر افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد و زنانی که روابط زناشویی ضعیف‌تری دارند، میزان افسردگی پس از زایمان در آنها بیشتر است (۲۹).

آنچه از نتیجهٔ این مطالعه و مطالعات دیگر در کشورها و فرهنگ‌های مختلف بر می‌آید، نشاندهندهٔ ارتباط قوی بین تجربهٔ خشونت و افزایش ابتلا به افسردگی پس از زایمان است. اگرچه شرایط انتخاب نمونه‌ها در پژوهش حاضر در جهتی بود که بتواند بسیاری از عوامل مداخله‌گر همانند سن زن و همسر او، میزان تحصیلات و شغل زوجین، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد بارداری و زایمان را که بر طبق نظر سایر پژوهشگران (۳۶-۳۰) در ایجاد افسردگی پس از زایمان مؤثر است کنترل نماید، اما همچنان این ارتباط معنی‌دار بود. لذا به نظر می‌رسد که فاکتورهایی در این بین مؤثر باشند.

در سالهای اخیر تحقیقات وسیعی در مورد اتیولوژی اختلالات روحی پس از زایمان انجام شده است. اگرچه فاکتورهای روانی-اجتماعی متعددی ممکن است با افسردگی پس از زایمان مرتبط باشند، تعدادی از مطالعات بر اختلالات عملکرد نورواندوکرین ناشی از استرس متمرکز شده‌اند (۲۱).

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

مطالعات نشان داده‌اند که زنان خشونت دیده، سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. در افراد تجربه‌کنندهٔ استرس، کانال نورواندوکرین حاوی محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال توسط تولید هورمونها به این استرس پاسخ می‌دهند. درجه‌ای که افراد استرس را تجربه می‌کنند به طور مستقیم با شدت پاسخ نورواندوکرین ارتباط دارد، به این معنی که استرس باعث تولید هورمونهای محرک می‌شود. خشونت خود نوعی استرس است. به همین ترتیب وقتی افراد خشونت فیزیکی، عاطفی یا جنسی را تجربه می‌کنند، محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال فعال می‌شود (۲). از طرفی ویژگیهای دوران پس از زایمان به گونه‌ای است که امکان انتقال اختلال نگرانی را به افسردگی، تحت تأثیر استرسورهای مختلف روانی و بیولوژیکی ایجاد شده در بارداری افزایش می‌دهند. لذا خشونت و استرس همراه آن، سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ادامهٔ این استرس‌ها، منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی شده و علائم آسیب در این افراد ظاهر می‌شود (۳۷,۳۸).

اهلرت[1] و همکاران سطح کورتیزول پس از زایمان را اندازه‌گیری کرده و دریافتند که در روزهایی که زنان علایم افسردگی پس از زایمان بیشتری دارند، در مقایسه با روزهایی با وضعیت روانی متعادل و یا در مقایسه با گروه غیر افسرده، سطح کورتیزول صبحگاهی آنها به طور معنی‌داری بالاتر است (۳۹). مشابه با این نتیجه، پدرسن[2] و همکاران گزارش کردند که ارتباط معنی‌داری بین بالا بودن سطح کورتیزول پلاسما در دورهٔ پس از زایمان در زنان با سابقهٔ افسردگی شدید نسبت به زنان بدون سابقه وجود دارد (۴۰). نیروپ[3] و همکاران در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای را با سؤال "آیا تغییرات کورتیزول ناشی از استرس در بارداری با علائم افسردگی پس از زایمان ارتباط دارد؟ انجام دادند. نتایج نشان داد که زنان افسرده بوسیلهٔ افزایش نگرانی و کاهش شدید خلق به استرس پاسخ دادند. همچنین در افرادی که امتیاز افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بالاتری داشتند، میزان پاسخ هورمونی به استرس روانی در بارداری بیشتر بود. به این معنی که گروه افسرده در مقایسه با گروه دیگر به طور معنی‌داری با پاسخ کورتیزول بالاتر به تست استرس پاسخ دادند (۲۱). این یافته‌ها از اثرات استرس ناشی از خشونت حمایت می‌کند.

اما برخی از مطالعات تأثیر خشونت بر برداشت افراد و رفتارهای ناشی از آن را مورد توجه قرار داده‌اند. وارما و همکاران در سال ۲۰۰۶ عنوان کردند که سطح بالای امتیاز افسردگی در میان زنان خشونت دیده ممکن است ناشی از تأثیر خشونت بر احساس فرد در مورد خود، مخصوصاً اعتماد به نفس، ارزش و شایستگی او باشد. در این مطالعه، افسردگی با علائم جسمی نیز همراه بود. این احتمال وجود دارد که علائم جسمی انعکاسی از اثرات افسردگی باشد که از نظر اجتماعی مقبولیت بیشتری دارد. به علاوه نشان دادن افسردگی از طریق علائم جسمی ممکن است پاسخی به خشونت خانگی و یک ندای غیرمستقیم برای کمک باشد. از طرفی این اعتقاد گسترده وجود دارد که خشونت خانگی یک موضوع محرمانه است و باید مخفی نگه داشته شود. این باور مانع از آن است که بسیاری از زنان به طور مستقیم طلب

1. Ehlert
2. Pedersen
3. Nierop

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

کمک کنند و در نتیجه به تداوم مشکلات آنها و ظهور علایم همراه آن منجر می‌شود (۱۷).

در همین راستا باچوز و همکاران در مطالعهٔ خود گزارش کردند که وضعیت روانی با سلامت جسمی در بارداری ارتباط دارد. زیرا علائم افسردگی و نگرانی ممکن است با مراقبت ناکافی و در نتیجه پیامد بد سلامت فیزیکی همراه باشد. همچنین بارداری ناخواسته یا برنامه‌ریزی نشده در زنان خشونت دیده بالاتر است و این زنان توجه کمتری به خود دارند. لذا علائم جسمی و روانی، نگرانی، مراقبت ناکافی و فقدان حمایت اجتماعی که به دنبال خشونت خانگی رخ می‌دهد ممکن است بر درک و بینش زن، تحمل او و میزان اهمیت او به بهداشت و سلامت خود مؤثر باشد. به این ترتیب احتمال انجام رفتارهایی که سلامت او را در بارداری به خطر می‌اندازد (مانند: سیگار کشیدن، مصرف الکل، تغذیه نامناسب و مراقبت بارداری ناکافی) افزایش می‌یابد و این رفتارها ممکن است به عوارض و مشکلات دیگر منجر شود که به بستری شدن در بیمارستان بیانجامد. به این ترتیب بصورت یک چرخهٔ معکوس، وضعیت جسمی و روانی بدتر می‌شود (۴).

در این مطالعه انواع خشونت تجربه شده در بارداری در گروه خشونت دیده نیز بررسی شد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که در گروه خشونت دیده، خشونت جنسی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است و پس از آن به ترتیب خشونت عاطفی و خشونت فیزیکی قرار دارند. همچنین در بررسی تعدد انواع خشونت، بیشترین فراوانی مربوط به دو نوع خشونت بود و پس از آن یک نوع خشونت و سه نوع خشونت قرار داشتند. مشابه با این نتایج جهانفر و همکاران نیز در مطالعهٔ خود گزارش کردند که بیش از نیمی از زنان باردار خشونت دیده، حداقل از دو جنبه مورد آزار و اذیت قرار داشتند و ۱۱/۵٪ هر ۳ نوع خشونت جسمی، روانی و جنسی را متحمل شده‌اند (۸). وقوع خشونت جسمی در اکثر موارد پس از به حداکثر رسیدن خشونت روانی گزارش شده است. بنابراین زنانی که در معرض آسیب جسمی قرار دارند، فشار روحی و روانی ناشی از توهین و ترس از اعمال آزار بدتر و دشوارتر را نیز تجربه می‌کنند. لذا یکی از پیامدهای خشونت فیزیکی، اختلال روانی و میل به خودکشی است (۸ و ۱). بر این اساس هگارتی و همکاران در سال ۲۰۰۴ گزارش کردند که میزان افسردگی در گروه تجربه کننده خشونت فیزیکی به طور معنی‌داری از گروه بدون خشونت بالاتر است (۲۶).

مطالعات قبلی نشان دادند که برای تعداد زیادی از زنان، خشونت روانی مکرر ممکن است بیشتر از خشونت فیزیکی گاه و بیگاه آسیب‌زا باشد. از طرفی تحقیقات نشان می‌دهد که خشونت روانی اغلب ممکن است زمینه‌ساز خشونت فیزیکی باشد و پیشرفت از خشونت روانی به فیزیکی می‌تواند در مدت کمتر از ۱۲ ماه اتفاق بیافتد. لذا نیاز به مداخله در زمان مناسب بدیهی است تا نه تنها آسیب بر مادر را کاهش دهد بلکه همچنین بصورت یک ابزار پیشگیری برای بچه‌هائی باشد که در یک ارتباط خشن زندگی می‌کنند (۴۱).

مزی و همکاران در سال ۲۰۰۵ گزارش کردند که به دنبال یک حادثهٔ تروماتیک در زندگی، ریسک حوادث تروماتیک دیگر افزایش می‌یابد. این احتمال وجود دارد که خشونت خانگی به صورت یک نشانه برای دیگر اتفاقات تروماتیک و ناگوار زندگی عمل کند و از این طریق مشکلات روانی و اجتماعی متعدد را به دنبال داشته باشد. مزی در مطالعه خود نشان داد زنانی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

که سابقهٔ خشونت خانگی را گزارش کردند، حداقل یک حادثهٔ تروماتیک دیگر را در زندگی تجربه کرده‌اند. آنان همچنین گزارش کردند که ویزیت پزشک از نظر علایم روانی مانند عصبانیت، نگرانی، اختلال خواب یا غمگینی در زنان خشونت دیده به مراتب بیش از زنان بدون خشونت است (۲۸).

پژوهش حاضر از این فرضیه حمایت کرد که خشونت خانگی علیه زنان باردار، تأثیر منفی برسلامت روانی پس از زایمان دارد. به دلیل پرخطر بودن بارداری و پیامدهای متعدد جسمی و روانی خشونت، غربالگری و مشاوره با خانواده‌های در معرض خطر در این دوره از اهمیت بالایی برخوردار است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که یکی از عوارض خشونت در بارداری افزایش میزان ابتلا به افسردگی پس از زایمان است. آگاهی از اهمیت خشونت خانگی و عوارض آن قابل تامل و راهگشاست زیرا با وجود پیامدهای نامطلوب خشونت علیه زنان، هنوز این پدیده در بعضی کشورها از جمله کشور ما به عنوان یک معضل شناخته نشده است. لذا اکثر مراقبین بهداشتی از میزان شیوع خشونت و عوارض آن در جمعیت‌شان آگاهی ندارند. بدیهی است که بدون آگاهی در مورد علایم و نشانه‌های خشونت خانگی و ارتباط آن با نتایج بد بارداری و وضعیت روانی مادر، نمی‌توانند نقش مؤثری ایفا کنند.

در ابعاد کلی‌تر و با اهمیت دادن به این نتایج، تصویب قانونی جامع برای مقابله با خشونت خانگی، بهبود وضعیت اقتصادی زنان جامعه، تلاش در جهت افزایش آگاهی عمومی دربارهٔ خشونت خانگی، ارائه آموزشهای لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائهٔ برنامه‌هایی مانند فراهم کردن خدمات حقوقی، پزشکی و روانشناختی برای زنان خشونت دیده می‌تواند در کاهش میزان خشونت خانگی و پیامدهای آن مؤثر واقع شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و نیز از کلیه زنانی که با تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

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.
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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

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.
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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]