

بررسی رابطه خشونت در بارداری با افسردگی پس از زایمان

ماهرخ دولتیان^۱، کزال 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: ۰۲۱-۸۸۸۳۱۳۳، 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

۴- 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 روشن تر ساختن ارتباط بین انواع مختلف خشونت و پیامدهای سلامت روانی، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه که تحقیقات کمی در این زمینه وجود دارد، مورد نیاز است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه خشونت خانگی در بارداری و افسردگی پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان میروان 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 پرسشنامه افسردگی ادینبرگ را در هفته ۴-۶ پس از زایمان، تکمیل کردند. امتیاز ادینبرگ بالای ۱۰ به عنوان افسرده در نظر گرفته 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 و تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه SPSS ۱۳ و آمار توصیفی و آمار تحلیلی: تی تست، آزمون کای اسکور و ریسک نسبی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. ($p < 0/05$) معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه $26/02 \pm 5/53$ سال بود. اکثر شرکت کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی و خانه‌دار بودند. میزان شیوع افسردگی پس از زایمان $34/2\%$ بود که $15/8\%$ افراد در گروه خشونت ندیده و $52/5\%$ افراد در گروه خشونت دیده دارای نمره بیشتر از ۱۰ در پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بودند. بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$) و برآورد خطر نسبی افسردگی $RR=3/3$ با فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین $1/5-2/1$ بود.

نتیجه گیری: از آنجا که تأثیرات منفی خشونت خانگی در دوران بارداری در این پژوهش و مطالعات دیگر به خوبی مشخص شده است توصیه می‌شود که کلیه درمانگاههای مراقبت از بارداری به طور معمول غربالگری خشونت خانگی را انجام دهند تا موارد را شناسایی کرده و مشاوره 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

مقدمه

خشونت خانگی رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است که ۴۵٪ زنان از آن 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 مسئله 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 و کودک بعدی او را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲،۲). بارداری ناخواسته، تأخیر در مراقبت پره‌ناتال، افزایش وزن نامناسب، سقط، زایمان زودرس، دکلمان، وزن کم هنگام تولد، کاهش حرکات و رشد جنین، لیبرکاذب، اختلال تغذیه، آنمی، بزهکاری، ابتلا به بیماری‌های منتقله جنسی، مصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات خواب، سندرم ترس مزمن، استرس، افسردگی و خودکشی در زنان تجربه‌کننده خشونت خانگی بالاتر است (۱۲،۴،۶،۲).

اثرات به جا مانده 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 (۱۳،۴). 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 نظر گرفتن اینکه خشونت خانگی و پیامدهای آن ممکن است متأثر از فرهنگ جامعه باشد، تحقیق در این زمینه برای روشن تر 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 مطالعه 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

خشونت بر اساس مقیاس ۷ حالت لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار، ۶-۱۰ بار، ۱۱-۲۰ بار و بیش از ۲۰ بار) محاسبه گردید. این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی تعیین اعتبار شد.

پرسشنامه 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 می شود. مادر پاسخهایی را انتخاب می کند که در هفته گذشته بیشتر احساس کرده است. هر سوال ۴ گزینه دارد، و هر گزینه امتیاز ۰-۳ را به خود اختصاص می دهد. جمع کلی امتیازات از ۰-۳۰ است (۲۰). امتیاز بالای ۱۰ در دوره پس از زایمان به عنوان افسرده در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن امتیاز ۱۰ یا بیشتر برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان، پرسشنامه ادینبرگ دارای حساسیت ۱۰۰٪-۸۴٪ و ویژگی ۸۴٪-۸۲٪ است (۲۱). در مطالعه پیندل^۱ و همکاران نیز حساسیت پرسشنامه ادینبرگ ۹۱٪-۸۸٪ و ویژگی آن ۷۶٪ ذکر شده است (۲۲). در ایران و از جمله در پژوهش حاضر این پرسشنامه با روش اعتبار محتوی توسط محققین تعیین اعتبار شده است (۲۳-۲۵).

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

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

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 همسان سازی شدند.

در این پژوهش نمونه گیری به صورت سهمیه ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا کلیه 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، نمونه گیری در داخل هر مرکز به صورت در دسترس انجام شد.

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بود که شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و سابقه مامایی، پرسشنامه خشونت و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبرگ بود. پرسشنامه سنجش خشونت پرسشنامه ای خود ساخته در سه حیطه خشونت فیزیکی، جنسی و عاطفی برگرفته از چند پرسشنامه دیگر شامل پرسشنامه 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 پرسشنامه 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

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 $25/77 \pm 4/88$ سال و در گروه خشونت دیده $26/28 \pm 6/13$ سال، میانگین سن همسر زنان در گروه بدون خشونت $30/75 \pm 5/75$ سال و در گروه خشونت دیده $31/26 \pm 6/93$ سال، میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت $6/13 \pm 4/58$ سال، در گروه خشونت دیده $6/65 \pm 5/12$ سال و میانگین میزان درآمد خانوار در زنان بدون خشونت $299/42 \pm 93/74$ هزار تومان، در گروه خشونت دیده $283/13 \pm 98/57$ هزار تومان بود. $82/5\%$ در گروه بدون خشونت و $84/2\%$ 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.

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 تاریخچه دقیق مامایی و تعیین سن دقیق بارداری، از طریق محاسبه اولین روز آخرین قاعدگی، پرسشنامه خشونت توسط شرکت‌کنندگان در محیطی کاملاً خصوصی تکمیل شده و افراد در گروه‌های 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 ۶-۴ هفته پس از زایمان، پرسشنامه 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 $0/05$ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه ابتدا ۲۵۱ زن باردار در طی مرحله اول نمونه‌گیری مورد بررسی قرار گرفتند و در طی فرایند پیگیری ۱۱ نفر از آنها از مطالعه خارج شدند. در

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(۴۶/۷)	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 و کارمند	۵۶(۴۶/۷)	۵۰(۴۱/۶)	NS
	سایر موارد	۶۴(۵۳/۳)	۷۰(۵۸/۴)	

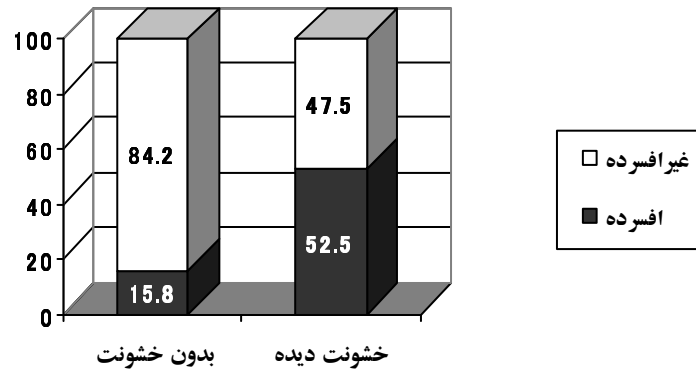
سوزاندن و استفاده از چاقو جهت آسیب رساندن به زن" کمترین شیوع را به خود اختصاص داده بودند. همچنین نتایج نشان داد (۸/۴۵٪) نمونه‌ها دو نوع و ۵/۳۲٪ یک نوع خشونت و ۷/۲۱٪ هر سه نوع خشونت جسمی، روانی و جنسی را متحمل شده‌اند.

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

در این پژوهش ۲/۸۹٪ زنان، خشونت جنسی را گزارش کردند که در این میان "درخواست رابطه 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. ۲/۷۴٪ 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 ۸/۲۵٪ 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،

نشان داد که خشونت خانگی در بارداری خطر نسبی افسردگی را ۳/۳ برابر افزایش می‌دهد که با فاصله اطمینان ۹۵٪ این افزایش بین (۲/۱-۵/۱) بود (نمودار ۱).

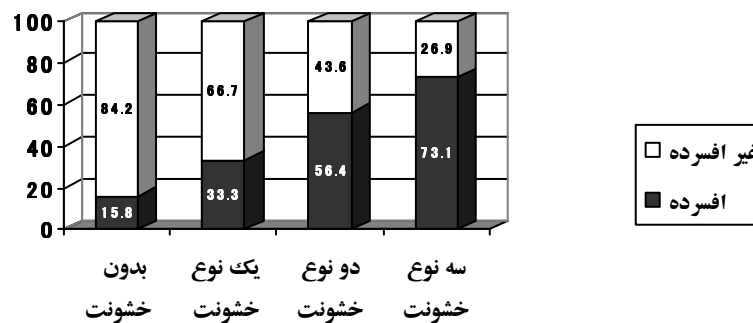
خشونت بسیار کمتر و در حد ۱۵/۸٪ به دست آمد، که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). برای بررسی میزان ارتباط خشونت خانگی با افسردگی پس از زایمان در هفته ۴۰-۳۶ بارداری از خطر نسبی استفاده شد. نتایج



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

خشونت را در بارداری متحمل شده‌اند از سایرین بیشتر دچار افسردگی پس از زایمان شدند. نتیجه آزمون آماری این تفاوت را معنی‌دار بین چهار گروه از نظر ابتلا به افسردگی پس از زایمان گزارش کرد ($p < 0/001$).

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



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

بحث

زناني که خشونت خانگي را تجربه مي کنند در ريسک افزايش بيماريهاي رواني مثل نگراني و افسردگي هستند (۲۸). در تحقيقي مشابه باچوز^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۴ رابطه خشونت خانگي را با وضعيت رواني پس از زايمان بررسي و گزارش کردند که امتيازات افسردگي پس از زايمان بالاتر، با سابقه خشونت خانگي ارتباط دارد (۴). در ايران نيز هادي زاده طلاساژ و همکاران در سال ۱۳۸۳ گزارش کردند که کيفيت روابط زناشويي بر افسردگي پس از زايمان تأثير دارد و زناني که روابط زناشويي ضعيف تري دارند، ميزان افسردگي پس از زايمان در آنها بيشتر است (۲۹).

آنچه از نتيجه اين مطالعه و مطالعات ديگر در کشورها و فرهنگهاي مختلف بر مي آيد، نشاندهنده ارتباط قوي بين تجربه خشونت و افزايش ابتلا به افسردگي پس از زايمان است. اگرچه شرايط انتخاب نمونهها در پژوهش حاضر در جهتي بود که بتواند بسياري از عوامل مداخله گر همانند سن زن و همسر او، ميزان تحصيلات و شغل زوجين، وضعيت اقتصادي خانواده، تعداد بارداري و زايمان را که بر طبق نظر ساير پژوهشگران (۳۶-۳۰) در ايجاد افسردگي پس از زايمان مؤثر است کنترل نمايد، اما همچنان اين ارتباط معني دار بود. لذا به نظر مي رسد که فاکتورهايي در اين بين مؤثر باشند.

در سالهاي اخير تحقيقات وسيعي در مورد اتولوژي اختلالات روحي پس از زايمان انجام شده است. اگرچه فاکتورهاي رواني-اجتماعي متعددي ممکن است با افسردگي پس از زايمان مرتبط باشند، تعدادي از مطالعات بر اختلالات عملکرد نورواندوکرين ناشي از استرس متمرکز شده اند (۲۱).

اين پژوهش نشان داد بين خشونت خانگي در بارداري و افسردگي پس از زايمان رابطه معني داري وجود دارد. ميزان افسردگي در گروه خشونت ديده ۵۲/۵٪ و در گروه بدون خشونت ۱۵/۸٪ بود و بيانگر اين است که زنان خشونت ديده ۳/۳ برابر بيش از زنان بدون خشونت افسرده مي شوند. اين يافته مشابه نتايج مطالعه لونگ^۱ و همکاران است که 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 معني داري در زنان خشونت ديده بيش از زنان بدون خشونت بود (۱۳). هگرتي^۱ و همکاران نيز در سال ۲۰۰۴ نتايج مشابهي به دست آوردند و بيان کردند که خشونت فزيکي، رواني و جنسي به طور معني داري با افسردگي پس از زايمان ارتباط دارد (۲۶). بونومي^۲ و همکاران در مطالعه خود (۲۰۰۶) عنوان کردند که زنان خشونت ديده در مقايسه با زنان خشونت نديده، به ميزان بيشتري علايم خفيف و شديد افسردگي را تجربه مي کنند (۲۷). و وارما^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان دادند که کيفيت زندگي پايين، اختلال استرس پس از حادثه، علايم جسمي و افسردگي به طور معني داري در زنان خشونت ديده در مقايسه با زنان خشونت نديده بيشتر است (۱۷). مزي^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۵ مطالعه اي را بر روي ۲۰۰ زن انگليسي انجام دادند و عنوان کردند که اختلاف معني داري بين دوگروه خشونت ديده و خشونت نديده در ميانگين امتيازات افسردگي پس از زايمان ادينبرگ وجود دارد. بنابراين

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

نسبت به زنان بدون سابقه وجود دارد (۴۰). نیروپ^۳ 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 بوسیله 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

مطالعات نشان داده‌اند که زنان خشونت دیده، سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. در افراد تجربه‌کننده 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 استرس‌سورهای مختلف روانی و بیولوژیکی ایجاد شده در بارداری افزایش می‌دهند. لذا خشونت و استرس همراه آن، سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ادامه این استرس‌ها، منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی شده و علائم آسیب در این افراد ظاهر می‌شود (۳۷،۳۸).

اهلرت^۱ و همکاران سطح کورتیزول پس از زایمان را اندازه‌گیری کرده و دریافتند که در روزهایی که زنان علائم 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^۲ و همکاران گزارش کردند که ارتباط معنی‌داری بین بالا بودن سطح کورتیزول پلاسما در دوره پس از زایمان در زنان با سابقه افسردگی شدید

1. Ehlert
2. Pedersen

3. Nierop

نيمي از زنان باردار خشونت ديده، حداقل از دو جنبه مورد آزار و اذيت قرار داشتند و ۱۱/۵٪ هر ۳ نوع خشونت جسمي، رواني و جنسي را متحمل شده‌اند (۸). وقوع خشونت جسمي در اكثر موارد پس از به حداكثر رسيدن خشونت رواني گزارش شده است. بنا بر اين 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 فزيكي، اختلال رواني و ميل به خودكشي است (۸ و ۱). بر اين اساس هگارتی و همكاران در سال ۲۰۰۴ گزارش كردند كه ميزان افسردگي در گروه تجربه كننده خشونت فزيكي به طور معني داري 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 فزيكي گاه و بيگاه آسيب‌زا باشد. از طرفي تحقيقات نشان مي‌دهد كه خشونت رواني اغلب ممكن است زمينه‌ساز خشونت فزيكي باشد و پيشرفت از خشونت رواني به فزيكي مي‌تواند در مدت كمتر از ۱۲ ماه اتفاق يافتد. لذا نياز به مداخله در زمان مناسب بديهي است تا نه تنها آسيب بر مادر را کاهش دهد بلكه همچنين بصورت يك ابزار پيشگيري براي بچه‌هائي باشد كه در يك ارتباط خشن زندگي مي‌كنند (۴۱).

مزی و همكاران در سال ۲۰۰۵ گزارش كردند كه به دنبال يك حادثه 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. مزی در مطالعه خود نشان داد زناني

كمك كنند و در نتيجه به تداوم مشكلات آنها و ظهور علايم همراه آن منجر مي‌شود (۱۷).

در همين راستا باچوز و همكاران در مطالعه 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 فزيكي همراه باشد. همچنين بارداري ناخواسته يا برنامه‌ريزي نشده در زنان خشونت ديده بالاتر است و اين زنان توجه كمتری 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 مي‌اندازد (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 چرخه 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 فزيكي 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 مطالعه خود گزارش كردند كه بيش از

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 درباره خشونت خانگی، ارائه آموزش‌های لازم به نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی، گسترش مراکز حمایت از زنان و ارائه 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.

که سابقه خشونت خانگی را گزارش کردند، حداقل یک حادثه 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 بر سلامت 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

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.
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 Reproduction & 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.
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, Giaccone-Marcésche 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.