

## Impact of Domestic Violence on Postpartum Depression among Women in Rey City, Iran, in 2016

Parisa Akhbary<sup>1</sup>, Hossein Mohsenipouya<sup>2</sup>, Davood Shojaeizadeh<sup>3,\*</sup>, Abolhassan Naghibi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MSc in Health Education and Promotion, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD in Health Education and Promotion, Cardiovascular Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

\* **Corresponding Author:** Davood Shojaeizadeh, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: shojaei@tums.ac.ir

### Abstract

**Received:** 03.09.2017

**Accepted:** 15.01.2018

#### How to Cite this Article:

Akbary P, Mohsenipouya H, Shojaeizadeh D, Naghibi A. Impact of Domestic Violence on Postpartum Depression among Women in Rey City, Iran, in 2016. *Avicenna J Clin Med*. 2018; 24(4): 299-306. DOI: 10.21859/ajcm.24.4.299.

**Background and Objective:** Domestic violence during pregnancy poses the mothers to physical and mental health problems in the future. The aim of this study was to evaluate the effect of domestic violence on postpartum depression among the women referring to the healthcare centers in Rey city, Iran.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted on 120 females referring to the healthcare centers of Rey city in 2016. The study population was selected through convenience sampling technique. The data were collected using a questionnaire including three parts, including demographic information (10 items), Edinburgh Postnatal Depression Scale, and standard questionnaire of domestic violence. Data analysis was performed in SPSS software (version 22) using t-test and Pearson correlation coefficient.

**Results:** There was a significant positive association between physical violence and postpartum depression ( $P < 0.05$ ). However, postpartum depression showed no significant association with economic and psychological violence ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** As the findings indicated, physical violence could lead to the enhancement of postpartum depression among the women. Therefore, it is essential to take some measures targeted toward the reduction of physical violence by using appropriate educational and interventional approaches and encouraging the healthcare workers to establish an intimate relationship with the pregnant women.

**Keywords:** Domestic Violence, Postpartum Depression, Women

## بررسی تأثیر خشونت خانگی بر افسردگی پس از زایمان زنان ساکن شهری در سال ۱۳۹۵

پریسا اخباری<sup>۱</sup>، حسین محسنی پویا<sup>۲</sup>، داود شجاعی زاده<sup>۳\*</sup>، ابوالحسن نقیبی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
<sup>۳</sup> استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> استادیار بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران  
 \* نویسنده مسئول: داود شجاعی زاده، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.  
 ایمیل: shojaei@tums.ac.ir

### چکیده

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۶/۰۶/۱۲  
**تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۶/۱۰/۲۵  
**سابقه و هدف:** خشونت خانگی در دوران بارداری، مشکلاتی را برای سلامت جسمی و روانی مادران در آینده ایجاد می‌نماید. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ری انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در ارتباط با ۱۱۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ری در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سه بخشی شامل: اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی ادینبرگ و پرسشنامه استاندارد خشونت خانگی بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از نرم‌افزار SPSS 22، آزمون‌های آماری t و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط آماری مثبت و معناداری بین خشونت فیزیکی و افسردگی پس از زایمان وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ اما بین خشونت روانی و اقتصادی با افسردگی پس از زایمان، ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج دریافت می‌شود که خشونت فیزیکی می‌تواند منجر به افزایش افسردگی پس از زایمان در بین زنان گردد؛ بنابراین لازم است از طریق روش‌های آموزشی و مداخله‌ای مناسب و تشویق کارکنان بهداشتی نسبت به برقراری ارتباطی صمیمانه‌تر با زنان باردار، در جهت کاهش خشونت خانگی گام برداشت.

**واژگان کلیدی:** افسردگی پس از زایمان، خشونت خانگی، زنان

### مقدمه

و ناتوانی‌ها برای مادران، مرده‌زایی، زایمان زودرس، خونریزی غیرطبیعی دستگاه تناسلی و بیماری التهابی لگن شود [۳].

شیوع خشونت خانگی اعمال‌شده در بارداری حدود ۶۶-۱/۲ درصد در مطالعات مختلف گزارش شده است [۴]. این تنوع در مطالعات انجام‌شده احتمالاً به دلیل تفاوت در جمعیت نمونه، تفاوت در روش کار، تعاریف و جنبه‌های فرهنگی می‌باشد که امکان مقایسه نتایج را دشوار ساخته است [۴،۵]. میزان خشونت اعمال‌شده بر زنان باردار ایرانی در

خشونت خانگی در دوران بارداری یکی از موضوعات اساسی بهداشت عمومی است که سلامت مادر و جنین را تهدید می‌کند [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO: World Health Organization)، خشونت خانگی در دوران بارداری به‌عنوان خشونت جسمی، جنسی یا روانی/عاطفی و یا تهدید به خشونت جسمی یا جنسی تعریف می‌شود که توسط همسر یا شریک جنسی، پدر، مادر، خواهر، برادر و یا یکی از بستگان به زن باردار تحمیل می‌شود [۲]. خشونت می‌تواند سبب افزایش مرگ و میر و یا مشکلات

که این علائم دارای ارتباطی معنادار با تجربه خشونت دوران بارداری می‌باشند [۱۶]. افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در میان جوامع مختلف است که در سال ۲۰۲۰ به‌عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماری قلبی-عروقی قرار گرفته و ۱۵ درصد از کل بیماری‌ها را شامل خواهد شد [۱۷]. افسردگی پس از زایمان می‌تواند عوارضی جدی را برای مادر، نوزاد و خانواده به‌همراه داشته باشد. از سوی دیگر، این بیماری تأثیری منفی بر تکامل نوزاد داشته و می‌تواند با کاهش فعالیت مادر همراه باشد. افزون‌براین، این اختلال خلقی با احساس غم، ناامیدی، بی‌کفایتی، گناه، ترس، بی‌ارزشی [۱۸]، تحریک‌پذیری، اضطراب، کاهش اعتمادبه‌نفس، سرگیجه، اختلال در خواب و کاهش سطح مراقبت از نوزاد همراه است [۱۹]؛ از این‌رو، ادامه این اختلال و عدم تشخیص و درمان به‌موقع آن منجر به تطابق غیرمؤثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه، عدم توانایی انجام وظایف همسر و مادری خواهد گردید [۲۰]. در این ارتباط، مطالعات حاکی از آن هستند که ۱۵-۱۰ درصد از زنانی که زایمان کرده‌اند، یک اختلال سایکوتیک پس از زایمان را تجربه نموده‌اند [۲۱]؛ بنابراین وظیفه اخلاقی و حرفه‌ای کارکنان درمانی مرتبط با زنان (به‌ویژه زنان باردار) ایجاب می‌کند تا تمام مسائل و موانع مرتبط با طیف سلامت جسمی و روانی زنان را تحت مطالعه و بررسی قرار دهند [۲۲].

امروزه در مراکز بهداشتی-درمانی کشور ما به مراقبت‌های دوران بارداری در زمینه بهداشت روان مادران کمتر پرداخته می‌شود؛ در حالی که مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است، بیانگر آن می‌باشد که سلامت جسم وابسته به سلامت روان بوده و سلامت روانی مادر ضامن سلامت خانواده و فرزندی است که به‌زودی متولد خواهد شد [۲۳]. با در نظر گرفتن این مورد که خشونت خانگی و پیامدهای آن ممکن است متأثر از فرهنگ جامعه باشد، مطالعه در این زمینه برای روشن‌تر ساختن ارتباط بین انواع مختلف خشونت خانگی و پیامدهای سلامت روانی؛ به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مورد نیاز است [۲۴]؛ از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان در زنان ساکن شهر ری صورت گرفت.

### مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر با هدف تعیین تأثیر خشونت خانگی بر افسردگی پس از زایمان در ارتباط با زنان ساکن در شهر ری در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری مطالعه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ری بودند که برای واکسیناسیون نوزادان خود در دوماهگی به این مراکز مراجعه نموده بودند. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از ۳ مرکز بهداشتی بدر،

مطالعات انجام‌شده بیش از ۶۰ درصد گزارش شده است [۶]؛ با این حال، شیوع خشونت در دوران بارداری در کشورهای کمتر توسعه‌یافته (۲۷/۷ درصد) بالاتر از کشورهای توسعه‌یافته (۱۳/۳ درصد) می‌باشد. شانس خشونت در زمان بارداری در زنانی که قبلاً سابقه خشونت داشته‌اند، ۴ برابر افرادی است که هیچ نوع خشونت قبل از بارداری را تجربه نکرده‌اند. عواملی مانند وضعیت تأهل، سواد پایین، وضعیت بد اقتصادی-اجتماعی، مصرف الکل، بارداری ناخواسته [۷] و نیز عواملی همچون انتقال به نقش والدی و به‌هم‌خوردن توازن و آرامش زوجین و تغییر در الگوی ارتباط قبلی، کاهش روابط جنسی، تصورات غلط در مورد حاملگی و احساسات غیرطبیعی همسر در مورد باروری، احساسات دوگانه زن در بارداری و آسیب‌پذیری زنان در این دوره می‌توانند از عوامل مؤثر برای افزایش بروز خشونت در دوران بارداری باشند [۸]. از سوی دیگر، خشونت در دوران بارداری یک عامل خطر برای بارداری ناخواسته و سقط جنین است. در زنانی که سقط‌های مکرر دارند، احتمال بیشتری وجود دارد که از سوی شریک خود مورد خشونت فیزیکی و جنسی قرار گیرند [۹].

مطالعات مختلفی در داخل و خارج از کشور در زمینه خشونت علیه زنان در دوران بارداری انجام گرفته است. در مطالعه جهان‌فر و همکاران، شیوع خشونت خانگی در زنان حامله مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در کل جمعیت مورد مطالعه معادل ۶۰/۶ درصد بود که عبارت بود از: ۱۴/۶ درصد جسمی، ۶۰/۵ درصد روحی و روانی و ۲۳/۵ درصد جنسی [۱۰]. در یک مطالعه فراتحلیل، شیوع خشونت فیزیکی طی بارداری در جهان معادل ۱۸ درصد و در ایران برابر با ۲۳ درصد و خشونت روانی طی بارداری در جهان معادل ۳۸ درصد و در ایران برابر با ۴۴ درصد برآورد گردید [۱۱]. مطالعه عقیفی و همکاران (۲۰۱۱) در عربستان نیز نشان داد که ۳۹/۳ درصد از زنان تحت خشونت روانی، ۱۷/۹ درصد خشونت جسمی و ۶/۹ درصد تحت خشونت جنسی قرار دارند [۱۲]. علاوه‌براین، در مطالعه کرمپین و همکاران (۲۰۱۰) گزارش شد که ۵/۹ درصد از زنان تحت خشونت جسمی و ۳۰/۱ درصد خشونت عاطفی قرار گرفته‌اند [۱۳]. باید توجه داشت در مواردی که خشونت دائمی و مکرر است، همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی جلوگیری می‌نمایند؛ به‌عبارت دیگر، این زنان برای دریافت مراقبت‌های بارداری نیز با تأخیر مراجعه می‌کنند [۱۴]. در مطالعه نجومی در شهر تهران، عدم مراجعه به‌موقع جهت مراقبت‌های دوران بارداری و حاملگی ناخواسته در زنانی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند، بیش از زنان بدون خشونت بود [۱۵].

سطوح بالایی از اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس در طول بارداری و نزدیک به زمان زایمان وجود دارد

شهید جمالی و شورآباد به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: قراردادن در دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال، قراردادن مادر در ۲ ماه اول پس از زایمان، داشتن ملیت ایرانی، بارداری تک‌قلو و عدم وجود عوارض شناخته‌شده بارداری. معیارهای خروج نیز شامل: عدم رضایت برای شرکت در مطالعه، وجود بیماری‌های روحی و روانی تأییدشده توسط پزشکان و سابقه مصرف داروهای روان‌گردان می‌شد. حجم نمونه براساس فرمول تعیین حجم معادل ۱۲۰ نفر محاسبه گردید. با توجه به اینکه ۴ نفر از شرکت‌کنندگان از تکمیل نمودن پرسشنامه خشونت صرف‌نظر کرده و از مطالعه حذف شدند، حجم نمونه محاسبه‌شده در تحلیل آماری معادل ۱۱۶ نفر در نظر گرفته شد.

در این مطالعه به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سه قسمتی استفاده شد که بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک: سن، تحصیلات، شغل، سن همسر، تحصیلات همسر، شغل همسر، تعداد فرزند، تعداد سقط و وضعیت اقتصادی بود و بخش دوم مربوط به پرسشنامه استاندارد ادینبرگ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) می‌شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال با حداقل امتیاز ۱۰ و حداکثر امتیاز ۳۰ می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است [۲۵-۲۷]. بخش سوم نیز مربوط به پرسشنامه استاندارد سنجش خشونت علیه زنان بود. به منظور بررسی خشونت علیه زنان از پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان حاج یحیی (۲۰۰۱) استفاده گردید که از چند پرسشنامه دیگر از جمله پرسشنامه مقیاس تاکتیک تعارض اشتراوس (۱۹۸۰)، پرسشنامه خشونت روان‌شناختی زنان تولمن (۱۹۹۰)، سنجش همسرآزاری راندنبرگ فانتوزو (۱۹۹۵) و شاخص همسرآزاری هودسون و مک بنتاش (۱۹۸۱) اقتباس شده است. این پرسشنامه شامل ۳۲ ماده و ۴ عامل می‌باشد که عامل اول دربرگیرنده ماده‌های ۱-۱۶ است و خشونت روانی را می‌سنجد؛ عامل دوم شامل ماده‌های ۱۷-۲۷ است و خشونت فیزیکی را می‌سنجد؛ عامل سوم شامل ماده‌های ۲۸-۳۰ بوده و خشونت جنسی را مورد سنجش قرار می‌دهد و عامل چهارم که دربرگیرنده ماده‌های ۳۱ و ۳۲ می‌باشد، به سنجش خشونت اقتصادی می‌پردازد. شایان ذکر است که آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش جعفریان و همکاران معادل ۰/۸۲ محاسبه شده [۲۸] و پایایی کل مقیاس در پژوهش لطیفیان و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمده است [۲۹]. البته، در مطالعه حاضر سؤالات مربوط به خشونت جنسی به دلیل عدم رضایت شرکت‌کنندگان در مطالعه برای پاسخ‌گویی به سؤالات این بخش حذف شده‌اند و سؤالات ۱-۱۶ مربوط به خشونت روانی، ۱۷-۲۷ خشونت فیزیکی و سؤالات ۲۸ و ۲۹ از آن

خشونت اقتصادی می‌باشند. با توجه به پرسشنامه، هر سؤال خشونت دارای ۴ گزینه (۱= هرگز، ۲= یک‌بار، ۳= دوبار و ۴= بیش از دوبار) است و تعداد سؤالات خشونت روانی ۱۶ مورد می‌باشد (با حداقل امتیاز ۱۶ و حداکثر ۶۴). تعداد سؤالات خشونت فیزیکی نیز ۱۱ مورد است (با حداقل امتیاز ۱۱ و حداکثر امتیاز ۴۴) و تعداد سؤالات اقتصادی ۲ مورد می‌باشد (با حداقل امتیاز ۲ و حداکثر ۴ امتیاز). شایان ذکر است که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر و با همکاری روان‌شناسان بالینی مراکز بهداشتی به صورت مصاحبه عمیق بالینی تکمیل گردید. درآمد، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. سطح معناداری نیز معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، ضمن توضیح اهداف مطالعه به افراد شرکت‌کننده، رضایت آگاهانه از آن‌ها کسب شد و تأکید گردید که پرسشگری صرفاً جهت بررسی علمی می‌باشد و از نتایج آن جهت ارتقای سلامت زنان استفاده خواهد شد و اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه  $27/20 \pm 5/86$  می‌باشد. علاوه بر این از میان ۱۱۶ نفر، ۴۷ نفر (۴۰/۵ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۱۰۱ نفر (۸۷/۱ درصد) خانه‌دار بودند، میزان تحصیلات همسر ۴۱ نفر (۳۵/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان دیپلم بود، همسر ۹۰ نفر (۷۷/۶ درصد) از آن‌ها غیرکارمند بودند، ۵۴ نفر (۴۶/۶ درصد) دارای یک فرزند بودند، ۸۱ نفر (۶۹/۸ درصد) از زنان مورد مطالعه سابقه سقط نداشتند و ۹۰ نفر (۷۷/۶ درصد) دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار انواع خشونت علیه زنان در جدول ۲ نشان داده شده است. بر مبنای نتایج، بیشترین میزان خشونت از آن خشونت روانی  $31/08 \pm 10/70$  بوده و کم‌ترین آن مربوط به خشونت اقتصادی  $3/55 \pm 2/04$  می‌باشد (جدول ۲).

به منظور بررسی رابطه بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی با افسردگی پس از زایمان در زنان مورد مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده آن بود که ارتباط مثبت و معناداری بین خشونت فیزیکی و افسردگی پس از زایمان در زنان مورد مطالعه وجود دارد ( $r=0/226, P=0/105$ )؛ اما ارتباط آماری معناداری بین خشونت روانی ( $r=0/365, P=0/085$ ) و اقتصادی ( $r=0/109, P=0/246$ ) با افسردگی پس از زایمان وجود نداشت (جدول ۳). نمودار پراکنش نمرات خشونت فیزیکی با افسردگی پس از زایمان در

جدول ۱: مشخصات جمعیتی زنان تحت مطالعه

درصد	فراوانی	
<b>تحصیلات</b>		
۲۴/۱	۲۸	بی سواد
۲۶/۷	۳۱	زیردیپلم
۴۰/۵	۴۷	دیپلم
۸/۶	۱۰	دانشگاهی
<b>شغل</b>		
۸۷/۱	۱۰۱	خانه‌دار
۸/۶	۱۰	کارمند
۴/۳	۵	غیر کارمند
<b>تحصیلات همسر</b>		
۱۷/۲	۲۰	بی سواد
۳۵/۳	۴۱	زیردیپلم
۳۳/۶	۳۹	دیپلم
۱۴/۸	۱۶	دانشگاهی
<b>شغل همسر</b>		
۲/۶	۳	بیکار
۱۹/۸	۲۳	کارمند
۷۷/۶	۹۰	غیر کارمند
<b>تعداد فرزند</b>		
۴۶/۶	۵۴	یک
۳۰/۲	۳۵	دو
۲۳/۲	۲۷	سه و بیشتر
<b>تعداد سقط</b>		
۶۹/۸	۸۱	صفر
۲۳/۳	۲۷	یک
۶/۹	۸	دو و بیشتر
<b>وضعیت اقتصادی</b>		
۲۰/۷	۲۴	ضعیف
۷۷/۶	۹۰	متوسط
۱/۷	۲	خوب

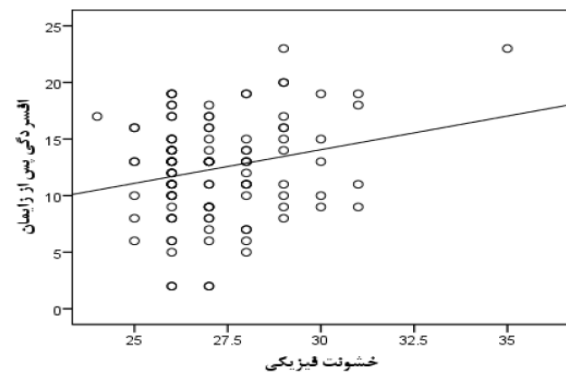
جدول ۲: میانگین و انحراف معیار انواع خشونت علیه زنان

خشونت اقتصادی	خشونت فیزیکی	خشونت روانی	
۳/۵۵	۱۴/۹۴	۳۱/۰۸	میانگین
۲/۰۴	۶/۵۸	۱۰/۷۰	انحراف معیار
۲-۴	۱۱-۴۴	۱۶-۶۴	محدوده نمرات

جدول ۳: بررسی ارتباط بین خشونت روانی، فیزیکی و اقتصادی با افسردگی پس از زایمان در زنان مورد مطالعه

افسردگی پس از زایمان		
ضریب همبستگی پیرسون (r)	مقدار احتمال	
۰/۰۸۵	۰/۳۶۵	خشونت روانی
۰/۲۲۶	۰/۰۱۵	خشونت فیزیکی
۰/۱۰۹	۰/۲۴۶	خشونت اقتصادی

شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: پراکنش خشونت فیزیکی و افسردگی پس از زایمان در زنان مورد مطالعه

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین خشونت فیزیکی در بارداری و افسردگی پس از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد. در این راستا، در مطالعه دولتیان و همکاران (۱۳۸۷) که با هدف تعیین رابطه خشونت خانگی در بارداری و افسردگی پس از زایمان در ارتباط با زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مریوان در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت، بین خشونت خانگی و افسردگی پس از زایمان رابطه معناداری مشاهده گردید ( $P < 0.01$ ) [۲۱]. نتایج مطالعه باکوس و همکاران (۲۰۰۴) نیز حاکی از آن بود که خشونت خانگی به عنوان یک نشانگر مهم در ایجاد عوارض زایمانی و علائم افسردگی محسوب می شود. شایان توجه است که یافته های این مطالعه لزوم آموزش بیشتر مادران و افزایش آگاهی آن ها توسط متخصصان بهداشت را نشان می دهد [۳۰]. علاوه بر این، بونومی و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود عنوان نمودند که زنان خشونت دیده در مقایسه با زنان خشونت ندیده، به میزان بیشتری علائم خفیف و شدید افسردگی را تجربه می کنند [۲۱].

از سوی دیگر، در مطالعه حاضر زنان میزان خشونت روانی بیشتری را نسبت به خشونت فیزیکی و اقتصادی تجربه و گزارش کرده بودند که این مهم با نتایج مطالعات لودرمی و همکاران (۲۰۱۴) [۲۲]، رضانی و همکاران (۲۰۱۵) [۳۳]، واسفی و همکاران (۲۰۱۴) [۲۴] و مقصودی و همکاران (۱۳۹۴) [۳۵] همخوان بود؛ اما با نتایج مطالعه مور (۲۰۰۸) که در آن به بررسی انواع خشونت علیه زنان و عوامل مؤثر بر خشونت همسران در توگو (آفریقای جنوبی) پرداخته بود، همسویی نداشت. در این مطالعه بیشترین نوع خشونت مربوط به خشونت فیزیکی (۷۲ درصد) بود [۳۶].

افزون بر این، خدیوزاده و عرفانیان (۱۳۹۰) در مقایسه خشونت های خانگی، قبل و طی بارداری و عوامل مرتبط با آن گزارش کردند که شایع ترین نوع خشونت قبل از بارداری،

خشونت روانی (۶۷/۶ درصد) است. در این مطالعه انواع خشونت در بارداری با ناخواسته بودن بارداری و ویژگی های جمعیت شناختی رابطه ای نداشت؛ اما ارتباط آن با سابقه خشونت در خانواده همسر، ازدواج بدون رضایت زن، چندهمسری بودن مرد، اعتیاد و سابقه محکومیت کیفری همسر معناداری بود [۳۷]. افزون بر این، نتایج مطالعه کوشکی و همکاران بیانگر آن بود که تجربه خشونت فیزیکی زنان در طول بارداری، تأثیر کمی بر مراقبت های دوران بارداری در زنان مناطق روستایی هند دارد؛ از این رو، توصیه می شود که نیازهای منحصر به فرد زنان تحت خشونت، هرچه بهتر شناسایی گردد [۳۸].

علاوه بر این، در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین خشونت روانی و افسردگی پس از زایمان مشاهده نشد. این شرایط می تواند ناشی از آن باشد که زنان خشونت روانی همسر مانند: تحقیر، توهین، فحاشی، نگاه خشونت آمیز، فریاد زدن، سلب اختیار در انجام دادن امور شخصی و غیره را ناشی از اعمال نادرست خود تلقی نموده و این امور را به عنوان خشونت محسوب نمی کنند؛ بنابراین با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی پس از زایمان و ارتباط آن با رویدادهای استرس زا پیشنهاد می شود که به بهداشت روانی زنان توجه بیشتری شود و در این زمینه برنامه های آموزشی و حمایتی و شیوه های مقابله با افسردگی و استرس در دوران بارداری و پس از زایمان مدنظر قرار گیرد. همچنین، انجام مطالعات طولی در آینده می تواند مفید باشد.

از محدودیت های این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد:

۱. بسیاری از شرکت کنندگان به دلایل شخصی و خصوصی تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند؛ از این رو افرادی که پس از توجیه، پرسشنامه آن ها بدون نام و اطلاعات شخصی و محرمانه بود، چنانچه تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند، حذف می گردیدند؛
۲. خشونت علیه زنان غالباً پنهان از انظار عمومی است. در واقع، زنان ایرانی تمایلی به بحث و گفتگو درباره خشونت خانگی و گزارش آن ندارند. در این راستا دلایلی چون خجالت، ترس و مقصدانستن خود و صدمه ناشی از خشونت و کتک خوردن از شوهر نیز سبب می شود که زنان این موضوع را مطرح نکنند (این موضوع نیز می توانست باعث سوگیری در نتایج مطالعه شود).

## نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یکی از عوارض خشونت در بارداری، افزایش میزان ابتلا به افسردگی پس از زایمان است. با توجه به اینکه داشتن کودکان، خانواده و جامعه سالم نیازمند داشتن مادران سالم است، آگاهی از اهمیت خشونت خانگی و عوارض آن قابل تأمل و راهگشا می باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تهران (با کد ۲۱۴۱۵) می باشد.

می‌دارند. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این مطالعه گزارش نشده است.

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران، کارکنان و مراجعین محترم به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ری که صمیمانه برای انجام این مطالعه همکاری نمودند، اعلام

## REFERENCES

- World Health Organization. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: intimate partner and sexual violence have serious short-and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention. Intimate partner violence during pregnancy: a guide for clinicians. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
- Ismayilova L. Intimate partner violence in three former Soviet Union countries (Azerbaijan, Moldova, and Ukraine): prevalence, risk factors, and women's reproductive health. New York: Columbia University; 2009.
- Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(1):47-64. PMID: 15006296 DOI: 10.1177/1524838003259322
- Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HA, Ellsberg M, Watts C. Violence against women. *Science*. 2005;310(5752):1282-3. PMID: 16311321 DOI: 10.1126/science.1121400
- Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2006;4:32-42.
- James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*. 2013;28(3):359-80. PMID: 23862304
- Hesami K, Dolatian M, Shams J, Majd HA. Domestic violence before and during pregnancy among pregnant women. *Iran J Nurs*. 2010;23(63):51-9. [Persian]
- Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;120(1):3-9. PMID: 22959631 DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.07.003
- Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of Medical Science Hospitals. *J Fam Violence*. 2007;22(8):643.
- Karimi A, Daliri S, Sayehmiri K. The prevalence of physical and psychological violence during pregnancy in Iran and the world: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016;5(3):73-88. [Persian]
- Afifi Z, Al-Muhaideb NS, Hadish NF, Ismail FI, Al-Qeamy FM. Domestic violence and its impact on married women's health in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2011;32(6):612-20. PMID: 21666945
- Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda M. Domestic violence during pregnancy and mental health: exploratory study in primary health centers in Peñalolén. *ISRN Obstet Gynecol*. 2010;2011:265817. PMID: 21637356 DOI: 10.5402/2011/265817
- Sh J, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to the hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Iran Nurs Quart*. 2002;2003:32-3.
- Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. Assessment of association between domestic violence during pregnancy with fetal outcome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;16(43):21-9. [Persian]
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452. PMID: 23723741 DOI: 10.1371/journal.pmed.1001452
- Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):959-75. PMID: 22694991 DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025
- Suri R, Stowe ZN, Cohen LS, Newport DJ, Burt VK, Aquino-Elias AR, et al. Prospective longitudinal study of predictors of postpartum-onset depression in women with a history of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(8):1110-6. PMID: 28297589 DOI: 10.4088/JCP.15m10427
- Zhao Y, Kane I, Wang J, Shen B, Luo J, Shi S. Combined use of the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Res*. 2015;226(1):113-9. PMID: 25677395 DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.016
- Loudon H, Nentin F, Silverman ME. Using clinical decision support as a means of implementing a universal postpartum depression screening program. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(3):501-5. PMID: 26669601 DOI: 10.1007/s00737-015-0596-y
- Dolatian M, Maziar P, Alavimajd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *J Reprod Infertil*. 2006;7(3):260-9. [Persian]
- Bahrami NO, Araban M, Bahrami SO. The impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci*. 2010;13(4):277-83. [Persian]
- Shayeghian Z, Tabatabaey S. Effect of maternal anxiety during third trimester on pregnancy outcomes and infants' mental health. *Hayat*. 2008;14(4):57-65. [Persian]
- 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. *J Affect Disord*. 2007;102(1):227-35. PMID: 17109969 DOI: 10.1016/j.jad.2006.09.026
- Taiwo OJ, Olayinka OO. The validation of edinburgh postpartum depression scale (EPDS) in North Central Nigeria. *J Med Tropics*. 2007;9(2):29-40. DOI: 10.4314/jmt.v9i2.35209
- Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007;7(1):11. PMID: 17408479 DOI: 10.1186/1471-244X-7-11
- Mazhari S, Nakhaee N. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in an Iranian sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(6):293-7. PMID: 18058062 DOI: 10.1007/s00737-007-0204-x
- Jafarian T, Fathi M, Arshi M, Ghaderi RA. The effect of men's emotional intelligence on violence against women among married couples. *Knowl Res Appl Psychol*. 2015;16(4):76-83. [Persian]
- Latifian M, Arshi M, Alipour F, Ghaedamini Harouni G. Study on relationship of domestic violence with emotional divorce among married females in Tehran. *J Soc Work*. 2016;5(2):5-12. [Persian]
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11. PMID: 15036702 DOI: 10.1016/S0301-2115(03)00326-9
- 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):458-66. PMID: 16704938 DOI: 10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVBd. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):29-35. PMID: 24789634
- Ramezani S, Keramat A, Motaghi Z, Khosravi A. The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *Int J Pediatr*. 2015;3(5.2):951-8. DOI: 10.22038/IJP.2015.4858
- Wasfy A, Al Faisal W, El Sawaf E, Al Serkal F. Intimate

- partner violence against women in: prevalence, associated factors and health consequences, 2012-2013. *Midd East J Psych Alzheimers*. 2014;**5**(3):19-27. DOI: [10.5742/MEJPA.2014.92527](https://doi.org/10.5742/MEJPA.2014.92527)
35. Maghsodi S, Yarinassab F, Ebrahimi F. Investigating factors influencing domestic violence against women (case study: city of Kerman). *J Soc Dev*. 2015;**9**(3):53-78. [Persian]
36. Moore AR. Types of violence against women and factors influencing intimate partner violence in Togo (West Africa). *J Fam Violence*. 2008;**23**(8):777. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9203-6>
37. Khadivzadeh T, Erfanian F. Comparison of domestic violence during pregnancy with the Pre-pregnancy period and its relating factors. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2011;**14**(4):47-56. [Persian]
38. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *J Health Popul Nutr*. 2011;**29**(3):245. PMID: [21766560](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21766560/)