بررسی پریشانی روانشناختی در زنان باردار تحت خشونت خانگی

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۵ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

ندا دستیار[۱]، هدیه عسکرپور[۲]*

۱. کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۲. روانپزشک، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: پریشانی روانشناختی، در دوران بارداری اختلال شایعی است. با این وجود، انجام مطالعات ملی و گسترده برای شناسایی عوامل موثر بر آن توصیه شده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی پریشانی روانشناختی در زنان باردار تحت خشونت خانگی، انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۰۵ نفر از زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران انجام شد. افراد به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند و داده‌ها با کمک پرسشنامه‌های استاندارد پریشانی روانشناختی کسلر و فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار پریشانی روانشناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی، ۶/۴۳ ±۲۴/۶۸ بود. نتایج نشان داد که پریشانی روانشناختی با سن زنان باردار ($p<۰/۰۵$ و $r=۰/۱۸$)، مدت ازدواج ($p<۰/۰۰۱$ و $r=۰/۳۱$)، تعداد فرزندان ($p<۰/۰۰۱$ و $r=۰/۲۲$) و خشونت خانگی ($p<۰/۰۰۱$ و $r=۰/۷۳$) رابطه آماری مستقیم و معنی‌داری داشت. همچنین نتیجه آزمون t مستقل نشان داد که زنان با بارداریِ برنامه‌ریزی شده نسبت به زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از میانگین نمرات پریشانی روانشناختی کمتری برخوردار بودند ($p<۰/۰۰۱$ و $t=۵/۱۳$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که شناسایی عوامل موثر بر خشونت خانگی و پریشانی روانشناختی به عنوان یک اولویت اصلی و مهم در سلامت مادر و نوزاد باید مورد توجه مدیران بهداشتی-درمانی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: پریشانی روانشناختی، خشونت خانگی، بارداری

* **نویسنده مسئول:** روانپزشک، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

ایمیل: h.askarpour@jmu.ac.ir **تلفن:** ۰۹۱۳۳۴۸۷۶۵۲ **نمابر:** ۰۳۴۴۳۳۱۷۸۰۳

مقدمه

مشکلات بهداشت روان مادران باردار یک مسئله مهم بهداشت عمومی است و با پیامدهای مخرب و پایدار بر سلامت مادر و کودک همراه است (۱). افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین مشکلات بهداشت روان در دوران بارداری می باشد، اگرچه میزان شیوع آنها بر اساس جمعیت، زمان و نوع غربالگری مورد استفاده متفاوت است (۲). اما بررسی‌های سیستماتیک قبلی حاکی از آن است که حداکثر ۱۸٪ از زنان باردار، افسردگی۱۴٪ تا ۵۴٪ از آنها اضطراب و بسیاری نیز افسردگی و اضطراب را با هم تجربه می‌کنند (۳). اصطلاح پریشانی روانشناختی اغلب شامل: استرس، افسردگی و یا اضطرابی که به شدت اختلال روانی نرسیده است می‌باشد (۴). در کشورهای غربی ۵٪ تا ۲۰٪ زنان باردار، پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند (۵) و مشخص شده است که، ابتلا به مشکلات روحی-روانی و پریشانی روانشناختی در بارداری بر سلامت مادر و جنین اثرات سوء بسیار زیادی برجا می‌گذارد که از جمله می‌توان به افزایش خطر سقط خود به خودی، پره اکلامپسی، زایمان زودرس، وزن کمتر هنگام تولد (۳)، اختلالات یادگیری در کودکی، مشکلات رفتاری و اختلال عملکرد عصبی-روانپزشکی در کودکی و بزرگسالی اشاره کرد (۶). با وجود اهمیت این موضوع، تحقیقات معدودی برای مشخص شدن عوامل موثر در بروز و تشدید پریشانی روانشناختی در بارداری انجام شده است اما در همین مطالعات معدود به نقش سوءمصرف مواد مخدر، افسردگی، بیماری‌های مزمن جسمی، سابقه بیماری‌های روانپزشکی و خشونت خانگی در ابتلا به پریشانی روانشناختی تاکید شده-است (۷).

خشونت علیه زنان یکی از اصلی‌ترین اشکال نقض حقوق بشر شناخته شده است و ممکن است در هر مرحله از زندگی، از جمله بارداری رخ دهد (۸). خشونت در دوران بارداری را به صورت پرخاشگری یا تهدید به سوءاستفاده روانی، جسمی یا جنسی علیه زنان باردار تعریف می‌کنند (۹). شایان ذکر است، که خشونت خانگی هم در کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای توسعه نیافته، شایع است (۱۰). در مطالعه‌ای که در ۱۹ کشور انجام شد، نشان داد که شیوع خشونت خانگی در کشورهای کم درآمد بسیار بیشتر از کشورهای پردرآمد است (۱۱). به عنوان مثال در پاکستان ۵۱٪، در پرو ۴۵/۱٪، در کنیا ۳۷٪ و در کشور ایران میزان خشونت خانگی ۲۸٪ برآورده شده است (۱۲). نکته مهم این است که وقوع خشونت در دوران بارداری، علاوه بر آسیب به سلامت جسمی-روانی مادر؛ با افزایش احتمال وقوع خونریزی، پارگی زودرس کیسه آب، زایمان زودرس، اختلالات جفتی، وزن کم هنگام تولد و سزارین اورژانسی، به جنین نیز آسیب می‌رساند (۱۳). بنابراین، به دلیل اثرات گسترده‌ای که پریشانی روانشناختی و خشونت خانگی بر سلامت مادر و جنین دارد و با توجه به اینکه پریشانی روانشناختی مادر یک متغیر مهم و بالقوه اما قابل تغییر در دوران بارداری محسوب می‌شود. توصیه شده است به منظور بهینه-سازی سلامت مادر، جنین و کودک، شناسایی زنان در معرض خطر و عوامل موثر بر بروز پریشانی روانشناختی در دوران بارداری، هدف اصلی استراتژی‌های پیشگیرانه در زمینه سلامت مادران قرار گیرد (۱۴)، این مطالعه با هدف بررسی پریشانی روانشناختی در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زنان باردار تحت خشونت خانگی بودند که جهت دریافت خدمات بارداری به مراکز جامع سلامت شهرستان جیرفت مراجعه می‌کردند. از ۱۲ مرکز شهری ارائه کننده خدمات بهداشتی به زنان باردار، ۶ مرکز به صورت تصادفی انتخاب و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، سن حداقل ۲۰ سال، کسب نمره حداقل ۱۰ از فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی (HITS: Hurts Insults Threaten Screams)، مورد خشونت قرار گرفتن مادر صرفا از سوی همسر، عدم ابتلا مادر به اختلالات روانی، عدم اعتیاد در مادر باردار و همسرش، تک همسری بودن شوهر مادر باردار و پرخطر نبودن بارداری. این معیارها با استفاده از چک لیست ارزیابی معیار ورود به مطالعه، ارزیابی می‌شدند. مادرانی که به همه سوالات پرسشنامه پاسخ ندادند، از مطالعه خارج شدند.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول زیر و نتایج مطالعه پایلوت، ۲۵۲ نفر محاسبه شد.

$$n=\left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2}\ln\frac{1+r}{1-r}}\right)^2+3$$

در این مطالعه به منظور افزایش اعتبار و قابلیت تعمیم یافته‌ها، ۳۲۰ پرسشنامه توزیع شد که ۳۰۵ پرسشنامه به طور کامل تکمیل شده بود (نرخ پاسخگویی حدود ۹۵٪ بود).

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه مشتمل بر سه بخش بود: ۱. اطلاعات دموگرافیک (سن مادر، سن حاملگی، میزان درآمد، سطح تحصیلات و شغل مادر و همسرش، مدت ازدواج، تعداد فرزند، با برنامه‌ریزی یا بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری فعلی.

۲. فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی (HITS) ، این ابزار در سال ۱۹۹۸، توسط Sherin و همکاران در آمریکا برای غربالگری خشونت خانگی طراحی شد. روایی این ابزار از طریق روایی سازه و روایی همزمان با ابزار (CTS) تایید شد و پایایی ابزار ۰/۸ به دست آمد (۱۵). این پرسشنامه دارای ۴ سوال با تمرکز بر خشونت کلامی و فیزیکی است. هر سوال ۵ گزینه برای پاسخ دارد که حداقل نمره برای هر سوال ۱ و حداکثر ۵ و در مجموع محدوده‌ی امتیازها بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد و امتیاز بالاتر از ۱۰، وجود خشونت را تائید می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تائید شده است (۱۶). در مطالعه حاضر، پایایی فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، محاسبه و برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

۳. مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (K-10) است، که در سال ۱۹۹۲ توسط کسلر و همکاران برای غربالگری جمعیت عمومی ساخته و روایی و پایایی شده است (۱۷). این ابزار ۱۰ سوال دارد که وضعیت روانی فرد را طی هفته‌های گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار اختلالات روانشناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و علایم افسردگی را که فرد طی چند هفته‌ی اخیر تجربه کرده مشخص می‌نماید. سوالات این فرم به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از (هیچ‌وقت) تا (همیشه) دسته‌بندی شده است که پاسخ‌های (هیچ‌وقت) نمره‌ی صفر و پاسخ‌های (همیشه) نمره‌ی ۴ می‌گیرند. دامنه‌ی نمره کسب شده در این پرسشنامه ۰ تا ۴۰ و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر پریشانی روانشناختی می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط یعقوبی و همکاران، بررسی و مورد تائید قرار گرفته است (۱۸). در مطالعه حاضر، پایایی مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، محاسبه و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها

پس از کسب اجازه از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه و گرفتن مجوز از مسئولین، پژوهشگر به مراکز جامع سلامت و پایگاه‌های شهری منتخب مراجعه و پس از کسب موافقت مسئولین مراکز و پایگاه‌ها، مادران باردار واجد شرایط را با استفاده از چک لیست ارزیابی معیار ورود شناسایی کرد. از نمونه‌ها رضایت کتبی گرفته شد و پرسشنامه‌های اطلاعات فردی، فرم کوتاه مقیاس غربالگری خشونت خانگی (HITS) و (K-10) جهت تکمیل به آنها داده شد. پرسشنامه‌ها توسط مادر باردار واجد شرایط شخصا تکمیل و سپس جمع‌آوری می‌شدند. مدت زمان تقریبی برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۲۵ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. برای متغیرهای سن، سن حاملگی، تعداد فرزندان، مدت ازدواج، درآمد خانوار، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، بارداری ناخواسته (بله–نه)، خشونت خانگی و پریشانی روانشناختی کمیت‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی محاسبه شد. سپس پیش-فرض‌های لازم جهت استفاده از آزمون‌های استنباطیِ تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون تی دو نمونه مستقل و ضریب همبستگی را با استفاده از آزمون کولموگروف– اسمیرنوف و آزمون لوِن بررسی کردیم. از آزمون کولموگروف– اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن متغیرهای کمی و از آزمون لوِن برای سنجش برابری واریانس در گروه‌ها استفاده شد. در میان متغیرهای کمی مطالعه، فقط متغیّر پریشانی روانشناختی توزیع نرمال داشت. در ادامه، با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس (ANOVA یک طرفه)، آزمون t مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه بین پریشانی روانشناختی با متغیرهای جمعیت شناختی و خشونت خانگی را بررسی کردیم.

نتایج

میانگین سنی زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۵/۵۲±۲۸/۱۲ سال، میانگین سن حاملگی آنها ۱/۸۹±۲۲/۶۸ هفته، میانگین تعداد فرزندان آن‌ها ۱/۰۱±۱ فرزند و میانگین مدت ازدواج آنها ۴/۷۹±۶/۳۳ سال بود. از لحاظ شغل ۱۹۸ نفر (۶۴/۹٪) خانه‌دار گزارش شدند. فراوانی شغل همسر به ترتیب شامل ۲۷۶ نفر (۹۰/۵٪) کارمند و ۲۹ نفر(۹/۵٪) شغل آزاد بود. از نظر مقطع تحصیلی، ۱۳۹ نفر (۴۵/۶٪) تحصیلات دیپلم یا کمتر و ۱۴۶ نفر (۴۷/۹٪) تحصیلات دانشگاهی لیسانس داشتند. همچنین میزان تحصیلات همسران زنان باردار ۱۸۰ نفر (۵۹٪) تحصیلات دیپلم و کمتر و ۱۰۵ نفر (۳۴/۴٪) تحصیلات دانشگاهی لیسانس بیان شد. از نظر میزان درآمد خانواده در یک ماه ۸۷ نفر (۲۸/۵٪) از زنان باردار عنوان کردند که درآمد ماهیانه کمتر از یک میلیون تومان دارند. همچنین ۱۰۹ نفر (۳۵/۷٪) درآمد خود را بین ۱ تا ۲ میلیون تومان در ماه عنوان کردند. بارداری فعلی ۹۱ نفر (۲۹/۸٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه ناخواسته بود. میانگین ± انحراف معیار پریشانی روانشناختی زنان باردار تخت خشونت خانگی، ۶/۴۳±۲۴/۶۸ بود. نتایج آزمون آنالیز واریانس و به دنبال آن آزمون تعقیبی چند دامنه‌ای دانکن نشان داد که میانگین نمره پریشانی روانشناختی برحسب درآمد ماهیانه خانواده ($p>0/05$ و $F=2/78$)، تحصیلات زنان ($p>0/05$ و $F=1/51$) و میزان تحصیلات همسرانشان ($p>0/05$ و $F=1/14$) تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین نتایج آزمون تی‌مستقل نشان داد، زنان باردار شاغل و خانه‌دار از لحاظ پریشانی روانشناختی تفاوت معنی‌دار آماری ندارند ($p>0/05$) و پریشانی روانشناختی در زنانی که همسرانشان کارمند بودند کمتر از گروه دیگر (همسرانشان شغل آزاد داشتند) بود ($p<0/05$ و $t=2/31$). علاوه بر این، زنان با بارداریِ برنامه‌ریزی شده نسبت به زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند از میانگین نمرات پریشانی روانشناختی کمتری برخوردار بودند ($p<0/001$ و $t=5/13$) (جدول۱).

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد پریشانی روانشناختی با سن زنان باردار ($p<0/05$ و $r=0/18$)، مدت ازدواج ($p<0/001$ و $r=0/31$)، تعداد فرزندان ($p<0/001$ و $r=0/22$) و خشونت خانگی ($p<0/001$ و $r=0/73$) رابطه آماری مستقیم و معنی‌داری دارد. اما بین سن حاملگی زنان باردار با پریشانی روانشناختی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد ($p>0/05$) (جدول۲).

جدول ۱. رابطه پریشانی روانشناختی با متغیّرهای کیفی جمعیّت شناختی

متغیر		انحراف استاندارد± میانگین	سطح معنی‌داری
درآمد ماهیانه خانواده	کمتر از یک میلیون در ماه	۶/۲۵± ۲۵/۸۷	p=۰/۱۰
	بین یک تا دو میلیون در ماه	۶/۰۷± ۲۴/۴۴	
	بیشتر از دو میلیون در ماه	۶/۸۴± ۲۳/۹۵	
تحصیلات زن باردار	دیپلم و پایین‌تر	۷/۴۸± ۲۵/۷۰	p=۰/۲۲
	بالاتر از دیپلم و کارشناسی	۶/۳۴± ۲۵/۲۲	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۶/۳۵± ۲۴/۰۲	
تحصیلات همسر	دیپلم و پایین‌تر	۶/۳۳± ۲۵/۱۳	p=۰/۳۲
	بالاتر از دیپلم و کارشناسی	۵/۹۳± ۲۴/۴۵	
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۶/۶۸± ۲۳/۹۴	
شغل زن باردار	شاغل	۶/۰۲± ۲۴/۴۲	p=۰/۶۱
	بیکار	۶/۶۵± ۲۴/۸۱	
شغل همسر	شاغل	۶/۴۲± ۲۴/۴۰	p=۰/۰۲
	بیکار	۶/۰۶± ۲۷/۲۸	
حاملگی ناخواسته	بله	۶/۳۵± ۲۷/۴۸	p<۰/۰۰۱
	خیر	۶//۱۲± ۲۳/۵۰	

جدول ۲. رابطه پریشانی روانشناختی با متغیّرهای کمی جمعیّت شناختی

متغیّرهای کمی	ضریب همبستگی اسپیرمن (ρ)	سطح معنی‌داری
سن	۰/۱۸	p=۰/۰۰۳
سن حاملگی	-۰/۰۰۲	p=۰/۷۴
مدت ازدواج	۰/۳۱	p<۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	۰/۲۲	p<۰/۰۰۱
خشونت خانگی	۰/۷۳	p<۰/۰۰۱

بحث

یافته اصلی این مطالعه رابطه مستقیم و معنی‌دار بین نمره پریشانی روانشناختی با نمره خشونت خانگی مادران باردار بود. این یافته در مطالعه Woods و همکاران (۷) و Hisasue و همکاران (۴)، نیز تائید شده است Hisasue و همکاران (۴)، در مطالعه خود عنوان کرده‌اند که تجربه خشونت در روابط نزدیک (معمولا از سمت همسر)، ارتباط بسیار قوی با پریشانی روانشناختی در زنان دارد و همچنین به این نتیجه رسیدند که تجربه خشونت در روابط نزدیک نسبت به افراد غریبه تاثیر منفی بیشتری بر پریشانی روانشناختی زنان دارد.

علاوه بر این Groves و همکاران (۱۹) در تحقیق خود یافتند، مادرانی که در دوران بارداری تحت خشونت بویژه در روابط نزدیک قرار می‌گیرند، در معرض ابتلا به پریشانی روانشناختی هستند و ارتباط بین خشونت خانگی با ابتلا به پریشانی روانشناختی را یک ارتباط مثبت و معنادار بیان کردند که هم‌راستا با مطالعه حاضر می‌باشد. در تائید نتایج این مطالعه، مطالعه Romito و همکاران (۲۰) است. آن‌ها بیان کردند وقوع خشونت خانگی در دروان بارداری با بروز پریشانی روانشناختی در این دوران و دوران پس از زایمان رابطه‌ی بسیار قوی‌ای دارد.

در مطالعه حاضر بین نمره پریشانی روانشناختی زنان باردار در معرض خشونت خانگی با سن زنان باردار و تعداد فرزندان ارتباط مثبت معنی‌داری یافت شد. این ارتباط مثبت در مطالعه حاضر ممکن است، به این دلیل باشد که با افزایش سن و تعداد فرزندان مسئولیت‌ها و مشکلات مالی زنان به دلیل تامین نیازهای فرزندان افزایش می‌یابد و این موارد آسیب پذیری آنان را در برابر مشکلات روحی-روانی بیشتر می‌کند و آن‌ها را در معرض ابتلا به پریشانی روانشناختی قرار می‌دهد (۲۱). در مطالعه Romito و همکاران (۲۰) در ایتالیا بین پریشانی روانشناختی، سن و تعداد فرزندان ارتباطی وجود نداشت. تفاوت در این نتیجه ممکن است مربوط به تفاوت‌های فرهنگی جوامع و ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات باشد. در مطالعه ما نمره پریشانی روانشناختی با شغل و تحصیلات زنان باردار ارتباطی نداشت که مطابق با نتیجه مطالعه Woods و همکاران (۷) در واشینگتن و برخلاف مطالعه Glasheen و همکاران (۲۲) در آمریکا می‌باشد. این تفاوت را شاید بتوان اینگونه توضیح داد که زنانی که آگاهی، تحصیلات و استقلال مالی بیشتری دارند، بیشتر می‌توانند از مداخلات بهداشتی و درمانی برای جلوگیری از ابتلا به پریشانی روانشناختی استفاده کنند .

Groves و همکاران (۱۹) در مطالعه‌ای که بر روی زنان باردار در جنوب آفریقا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که زنان باردار در سه ماه دوم و سوم بارداری نسبت به زنان باردار در سه ماه اول، به طور معنی‌داری کمتر دچار پریشانی روانشناختی می‌شوند این در حالی است که در مطالعه حاضر بین سن حاملگی و پریشانی روانشناختی ارتباطی یافت نشد. دلیل این اختلاف می‌تواند به تفاوت در حجم نمونه، ویژگی‌های فردی و فرهنگی جامعه مورد مطالعه برگردد .

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمره پریشانی روانشناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی با ناخواسته بودن بارداری، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که با نتایج مطالعه Barton و همکاران (۲۳) هم‌راستا می‌باشد. از طرف دیگر Mostafa Kamal (۲۴) در مطالعه خود به این نتیجه می‌رسد که هر استراتژی برای کاهش بارداری ناخواسته و سقط جنین ناشی از آن باید شامل استراتژی‌های پیشگیری از خشونت علیه زنان باشد. بنابراین آموزش و مشاوره برای شناسایی زنان با بارداری ناخواسته در دوران بارداری می‌تواند،

منجر به انجام مداخلات به موقع و کاهش مشکلات روانشناختی زنان در دوره بارداری و حتی پس از زایمان گردد.

با توجه به موارد ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که بین وقوع خشونت خانگی در دوران بارداری با ابتلای زنان باردار به پریشانی روانشناختی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. از این‌رو وجود مداخلاتی برای کنترل و رفع خشونت خانگی در دوران بارداری، مورد نیاز است. غربالگری از لحاظ انواع مختلف خشونت به سیستم بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا زنانی که در طول بارداری دچار خشونت خانگی می‌شوند، را شناسایی کند، که این به نوبه خود به آنها در شناسایی زنان در معرض پریشانی روانشناختی کمک می‌کند. بعلاوه، وجود مداخلات و آموزش‌هایی که خطر ابتلا به خشونت خانگی در زنان باردار را کاهش می‌دهد، باعث کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود پیامدهای مادری و نوزادی در این زنان می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به بررسی مقطعی، جمع‌آوری داده‌ها به صورت خوداظهاری، استفاده از پرسشنامه و عدم قابلیت تعمیم نتایج به جوامع و فرهنگ‌های دیگر، اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای، کیفی و طولی در محیط‌های پژوهشی با فرهنگ‌های متفاوت و جامعه آماری بیشتر، انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که شناسایی عوامل موثر بر خشونت خانگی و پریشانی روانشناختی به عنوان یک اولویت اصلی و مهم در سلامت مادر و نوزاد باید مورد توجه مدیران بهداشتی–درمانی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره‌ی IR.JMU.REC.1399.012، به ثبت رسیده است. نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری علوم پزشکی جیرفت، مسئولین مراکز جامع سلامت و پایگاه-های شهری و تمامی زنان بارداری که در این پژوهش مشارکت و همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. European Child and Adolescent Psychiatry. 2019;28(2):257-80.
2. Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, Alderdice F. Prevalence of perinatal anxiety in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2022;306(1):71-9.
3. Wu Y, Lu YC, Jacobs M, Pradhan S, Kapse K, Zhao L, et al. Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation. JAMA Network Open. 2020;3(1):e1919940.
4. Hisasue T, Kruse M, Raitanen J, Paavilainen E, Rissanen P. Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. BMC Women's Health. 2020;20:1-10.
5. Vehmeijer FO, Balkaran SR, Santos S, Gaillard R, Felix JF, Hillegers MH, et al. Psychological distress and weight gain in pregnancy: a population-based study. International Journal of Behavioral Medicine. 2020;27(1):30-8.
6. Ochi S, Dwivedi Y. Dissecting early life stress-induced adolescent depression through epigenomic approach. Molecular Psychiatry. 2023;28(1):141-53.
7. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2010;202(1):61. e1-7.
8. Eikemo R, Barimani M, Elvin-Nowak Y, Eriksson J, Vikström A, Nyman V, et al. Intimate partner violence during pregnancy–Prevalence and associations with women's health: A cross-sectional study. Sexual and Reproductive Healthcare. 2023;36:100843.
9. Thompson NN, Mumuni K, Oppong SA, Sefogah PE, Nuamah MA, Nkyekyer K. Effect of intimate partner violence in pregnancy on maternal and perinatal outcomes at the Korle Bu teaching hospital, Ghana: An observational cross sectional study. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2023;160(1):297-305.
10. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. Violence and Victims. 2013;28(3):359-80.

11. Silva RdP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. Revista de Saude Publica. 2020;54:97.
12. Zheng B, Zhu X, Hu Z, Zhou W, Yu Y, Yin S, et al. The prevalence of domestic violence and its association with family factors: a cross-sectional study among pregnant women in urban communities of Hengyang City, China. BMC Public Health. 2020;20:1-9.
13. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. Journal of Women's Health. 2015;24(1):100-6.
14. Vehmeijer FO, Guxens M, Duijts L, El Marroun H. Maternal psychological distress during pregnancy and childhood health outcomes: a narrative review. Journal of Developmental Origins of Health and Disease. 2019;10(3):274-85.
15. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Family Medicine-Kansas City. 1998;30:508-12.
16. Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. The effect of supportive-educational intervention on psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence: A randomized controlled trial. Journal of Hayat. 2019;25(2):151-67.
17. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 2002;32(6):959-76.
18. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Applied Psychological Research Quarterly. 2016;6(4):45-57.
19. Groves AK, Kagee A, Maman S, Moodley D, Rouse P. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. Journal of Interpersonal Violence. 2012;27(7):1341-56.
20. Romito P, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. The relationships between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2009;30(2):115-21.
21. Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Mental health among single mothers in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. BMC Women's Health. 2019;19:1-11.
22. Glasheen C, Colpe L, Hoffman V, Warren LK. Prevalence of serious psychological distress and mental health treatment in a national sample of pregnant and postpartum women. Maternal and Child Health Journal. 2015;19(1):204-16.
23. Barton K, Redshaw M, Quigley MA, Carson C. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017;17(1):1-9.
24. Kamal SM. Domestic violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. Journal of Family and Reproductive Health. 2013;7(1):11.

Investigation of Psychological Distress in Pregnant Women under Domestic Violence

Received: 24 Feb 2023 Accepted: 10 Jun 2023

Neda Dastyar[1], Hedyeh Askarpour [2*]
1. Master of Counseling in Midwifery, Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 2. Psychiatrist, Assistant Professor, Faculty of Medicine, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

Abstract

Introduction and Aim: Psychological distress is a common disorder during pregnancy. Nevertheless, it is recommended to conduct national and regional studies to identify factors influencing it. Therefore, this study was conducted with the aim of investigating psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence.

Materials and Methods: This descriptive-cross-sectional study was conducted in 2020 on 305 pregnant mothers subjected to domestic violence in southern Iran. Subjects were included in the study by census and the data were collected through questionnaires: Kessler's psychological distress and the short form of domestic violence screening scale. Then, they were analyzed using SPSS version 24 software.

Results: The mean score and ± standard deviation of the psychological distress of pregnant women under domestic violence was 24.68 ± 6.43. The results showed that psychological distress had a direct and significant statistical relationship with the age of pregnant women ($p<0.05$ and $r=0.18$), marriage duration ($p<0.001$ and $r=0.31$), number of children ($p<0.001$ and $r=0.22$), and domestic violence ($p<0.001$ and $r=0.73$). . Also, the result of the independent t-test showed that women with planned pregnancy had lower mean scores of psychological distress than women with unwanted pregnancy ($p<0.001$, $t=5.13$).

Conclusion: According to the results of the present study, it can be concluded that the identification of factors influencing domestic violence and psychological distress as a main and important priority in the health of mothers and infants should receive the attention of healthcare managers.

Keywords: Psychological distress, Domestic violence, Pregnancy

***Corresponding Author:** Psychiatrist, Assistant Professor, Faculty of Medicine, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran
Email: h.askarpour@jmu.ac.ir **Tel:** +989133487652 **Fax:** +983443317803