

بررسی شیوع خشونت خانگی و نقش آن بر حیطه های سلامت روان

ماهرخ دولتیان^{۱*}، کژال حسامی^۲، دکترعلیرضا ظهیرالدین^۳، مهندس ناصر ولایی^۴، دکتر حمید علوی مجد^۵

- ۱- عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشجوی دکتری مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- ۲- کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
- ۳- استاد روانپزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۴- مربی، انستیتو تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۵- دانشیار، آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: خشونت علیه زنان در همه ی جوامع موضوعی نگران کننده و در خور توجه است و علی رغم تحقیقات فراوان در مورد پیامدهای خشونت بر سلامت روان زنان، هنوز جنبه های ناشناخته زیادی وجود دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی و نقش آن بر حیطه های سلامت روان در زنان مراجعه کننده به درمانگاههای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روشها: تحقیق به روش توصیفی مقطعی بر روی ۵۰۰ نفر که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی انتخاب شدند، انجام گرفت. معیار ورود به مطالعه زنان ۱۵-۶۵ ساله و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود. داده ها توسط پرسشنامه ی سنجش خشونت و پرسشنامه ی SCL90 جمع اوری شد. در صورت پاسخ مثبت هر کدام از نمونه ها به هر یک از حیطه های خشونت (روانی، عاطفی و فیزیکی) آن فرد به عنوان نمونه در نظر گرفته می شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و آزمون کای دو و من ویتنی استفاده شد.

یافته ها: ۸/۸۴٪ (مورد) از این زنان انواع مختلف خشونت خانگی را در مقاطع مختلف زندگی مشترک تجربه کرده اند که در این میان خشونت عاطفی با ۸۱/۲٪ بالاترین شیوع را داشت و خشونت جنسی و فیزیکی (۴۱/۸٪ و ۴۰/۴٪ به ترتیب) در رده های بعدی قرار داشتند. مقایسه وضعیت روانی دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت برمبنای ۹ خرده مقیاس SCL90 و شاخص شدت کلی نشان داد که در کلیه ابعاد، نمرات گروه خشونت دیده بالاتر از بدون خشونت بود و آزمون من ویتنی اختلاف معنی دار را در ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی نشان داد ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: میزان خشونت خانگی بالا و جای نگرانی دارد و به نظر می رسد خشونت خانگی بر حیطه های سلامت روان تأثیرگذار است.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، سلامت روان، آزمون SCL90.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Prevalence of Domestic Violence and its Relationship on Mental Health. *Pejouhandeh* 2012;16(6):277-83.

مقدمه

خشونت علیه زنان یکی از مشکلات اساسی بهداشت همگانی و حقوق بشر در جهان امروزی است (۱). بررسی های انجام شده در کشورهای گوناگون نشان می دهند که ۶۰ - ۲۵ درصد زنان مورد بدرفتاری همسران خود قرار گرفته اند (۵-۲).

*نویسنده مسؤول مکاتبات: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ پست الکترونیک: mhdolatian@gmail.com

در ایران نیز در بررسی های گوناگون شیوع همسرآزاری ۸۳-۲۷ درصد گزارش شده است (۹-۶). انواع مختلف خشونت شامل آسیب جسمی، جنسی و روانی است که از شخصی بر شخص دیگر اعمال می گردد (۱۰). خشونت خانگی اثرات منفی گسترده ای بر سلامت جسمی، تولید مثل و جنسی و روانی زنان بر جای می گذارد (۱۱) در نتیجه قربانیان خشونت خانگی نه تنها عوارض پزشکی و روانی- اجتماعی بیشتری را تجربه می کنند، اغلب آنان ممکن است به خدمات مراقبتی، اورژانسی و بیمارستانی بیشتر برای درمان بیماری ها و پیامدهای ناشی از خشونت نیاز داشته باشند (۱۰، ۱۲ و ۱۳). علاوه بر آسیب فیزیکی، بسیاری از زنان از پیامدهای روانی طولانی مدت ناشی از خشونت خانگی رنج می برند (۵). مطالعات متعددی ارتباط بین خشونت و سلامت روانی را نشان داده اند (۱۴) از جمله مشکلات روانی ناشی از خشونت خانگی می توان به اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از حادثه و خودکشی اشاره نمود (۱، ۲، ۱۲ و ۱۸-۱۵). سلامت روان زنان به دلیل ایفای نقش متعدد آنان در جامعه نیازمند توجه است و تأمین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زنان در خانواده از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه محسوب می گردد (۱۹).

علی رغم تحقیقات فراوان در مورد پیامدهای خشونت بر سلامت روانی زنان، هنوز جنبه های ناشناخته زیادی وجود دارد (۲۰). گر چه سلامت روان تابعی از خشونت خانگی می باشد ولی نقش خشونت خانگی بر حیطه های مختلف سلامت روان همچنان مورد سوال و بررسی می باشد و از طرفی نتایج تحقیقات قبلی کاستی هایی دارند به شرح آنچه در بحث آورده می شود، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی و نقش آن با سلامت روان در زنان مراجعه کننده به درمانگاه های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی در سال ۸۹-۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی با نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بود. ابتدا مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی (شمال و شرق و شمیرانات) به دو طبقه (شرق) و (شمال و شمیرانات) تقسیم شدند و بر اساس تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری، آمار مراجعین هر طبقه و در صد نمونه های لازم در آن طبقه در نظر گرفته شد. خوشه ها به صورت تصادفی انتخاب و سهمیه ای بر اساس تعداد مراجعین تعلق گرفت و بر اساس این سهمیه نمونه گیری در دسترس صورت گرفت. زنان مراجعه کننده به درمانگاه های

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی ۶۵-۱۵ ساله و که سابقه ای از افسردگی شناخته شده در دوران زندگی ذکر نمی کردند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. با توجه به شیوع ۵۴ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد تعداد نمونه ۵۰۰ نفر برآورد شد.

داده ها در این پژوهش توسط سه پرسشنامه گردآوری شد که شامل پرسشنامه ی مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه های سنجش خشونت و پرسشنامه های سنجش سلامت روان بود. پژوهشگر با کسب معرفی نامه و مراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی، پس از انجام مصاحبه ی اولیه در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت جامعه ی پژوهش بود و تمایل به شرکت در مطالعه داشت، به عنوان نمونه انتخاب می شد. سپس اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و سابقه مائمی و همچنین پرسشنامه های سنجش خشونت و SCL90 توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. در ارزیابی خشونت خانگی، خشونت فیزیکی با ۱۳ سوال، خشونت جنسی با ۹ سوال و خشونت عاطفی با ۱۵ سوال ارزیابی شد. زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات مربوط به پرسشنامه ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد. در پژوهش های قبل ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده بود و ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه گیری بالای ۰/۹۰ به دست آمد (۲۱).

برای سنجش سلامت روان در این پژوهش از پرسشنامه ی SCL90 استفاده شد. آزمون SCL-90 حاوی ۹۰ سوال برای ارزیابی علائم روانی است که میزان وسیعی از مشکلات روانی و علائم سایکوپاتولوژی را براساس ۳ شاخص کلی اندازه می گیرد (۲۲). این شاخص ها شامل: ضریب کلی شدت علائم (GSI)، برای سنجش ناراحتی روانی کلی؛ شاخص علائم ناراحتی (PSDI)، برای سنجش پایداری علائم و جمع علائم مثبت (PST) برای سنجش تعداد علائم می باشد (۲۳). این پرسشنامه ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را می سنجد و با مقیاس ۵ حالت لیکرت (اصلاً، کمی، تاحدی، زیاد، بسیار زیاد) اندازه گیری می شود (۲۲). پرسشنامه چک لیست علائم در مطالعات مختلف استفاده شده و پایایی بالایی را نشان داده است (۲۴).

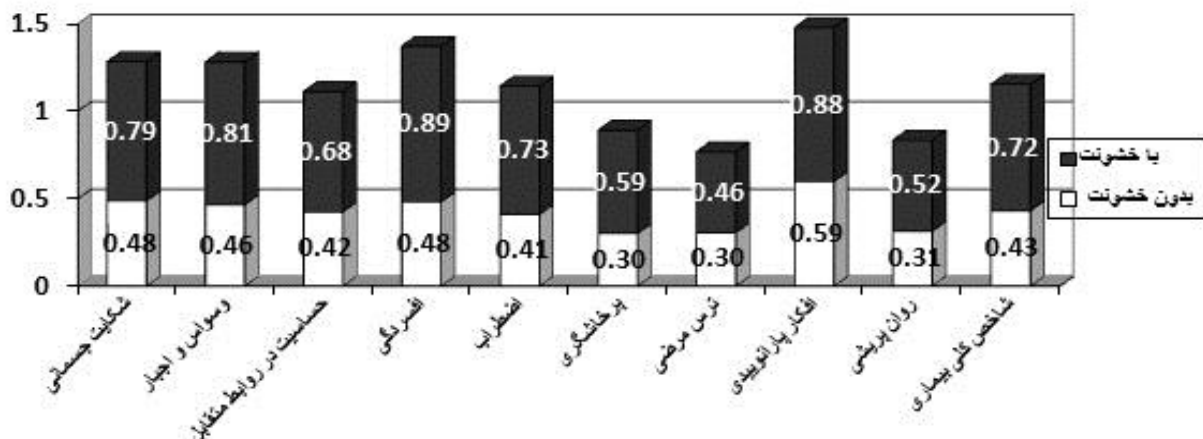
نمونه‌ها نشان داد که ۸۴/۸ درصد از این زنان انواع مختلف خشونت خانگی را در مقاطع مختلف زندگی مشترک تجربه کرده‌اند، که ۸۱/۲ درصد خشونت عاطفی و ۴۱/۸ درصد خشونت جنسی و ۴۰/۴ درصد خشونت فیزیکی را ذکر نمودند. ۲۸/۸ درصد سابقه تجربه یک نوع خشونت، ۳۱/۴ درصد سابقه دو نوع خشونت و ۲۳/۲ درصد سابقه سه نوع خشونت را بیان کردند.

نقش خشونت خانگی بر سلامت روان برحسب ۹ خرده‌مقیاس SCL90 و شاخص شدت کلی در نمودار شماره ۱ ارایه شده است و نشان می‌دهد گروه خشونت دیده در کلیه حیطه‌ها میزان بالاتری نسبت به گروه بدون خشونت داشت و آزمون من ویتنی اختلاف معنی‌دار را در ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی نشان داد. ($p \leq 0.0001$) حیطه‌های افسردگی و افکار پارانوئیدی و وسواس و اجبار و شکایات جسمانی بیشترین ابعاد سلامت روان بود که زنان دچار خشونت خانگی با روبرو بودند (نمودار ۱).

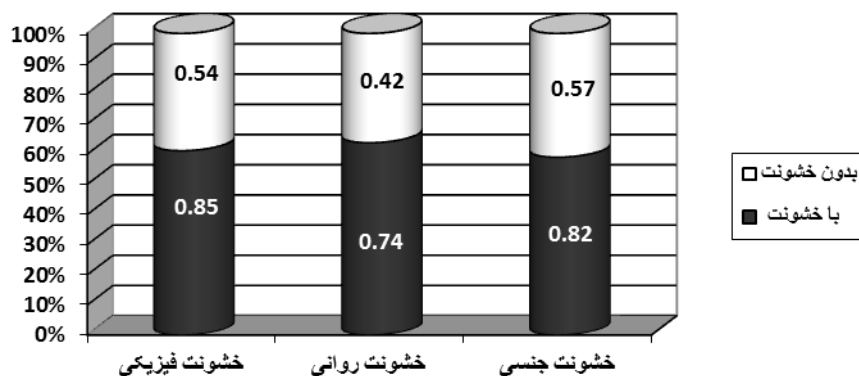
در این مطالعه، برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص-های آماری و جداول فراوانی و همچنین از روش‌های آمار استنباطی از جمله آزمون کای دو و من ویتنی برای استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پژوهش بر روی ۵۰۰ زن نشان داد: میانگین سنی زنان ۲۹/۶±۷/۹ سال و میانگین سنی همسران ۳۴/۸±۸/۱ سال بود. ۵۵/۴ درصد زنان و ۴۱/۶ درصد همسران آنها تحصیلات دیپلم داشتند. ۸۷ درصد زنان خانه‌دار و ۵۳/۴ درصد همسرانشان شغل آزاد داشتند. ۶۱/۶ درصد مسکن اجاره‌ای و ۴۰ درصد دارای ۱ فرزند و ۹۴/۴ درصد آنان تنها یک بار ازدواج کرده‌اند. ۱/۸ از زنان مصرف سیگار و الکل و همچنین ۲۶ درصد همسرانشان مصرف سیگار و الکل و سایر مواد مخدر را ذکر کردند. نتایج پژوهش در مورد شیوع و انواع خشونت در



نمودار ۱: نمرات دو گروه با خشونت و بدون خشونت در ابعاد ۹ گانه آسیب شناختی SCL-90



نمودار ۲: نمرات شاخص کلی بیماری در دو گروه با خشونت و بدون خشونت بر حسب انواع خشونت خانگی

نمودار شماره ۲ شاخص شدت کلی بیماری را برحسب انواع خشونت خانگی نشان می دهد. آزمون من ویتنی اختلاف معنی داری را در هر سه نوع خشونت با شاخص شدت کلی بیماری نشان داد ($P \leq 0/0001$).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ۸۴/۸ درصد از زنان انواع مختلف همسرآزاری را در مقاطع مختلف زندگی مشترک تجربه کرده اند. بررسی های انجام شده در کشورهای گوناگون نشان می دهد که ۲۵-۵۰ درصد زنان مورد بدرفتاری همسران خود قرار گرفته اند (۲-۵). در ایران نیز در بررسی های گوناگون شیوع همسرآزاری ۸۳-۲۷ درصد گزارش شده است (۹-۶). در این مطالعه نیز خشونت علیه زنان مانند سایر مطالعات کشور و جهان، از شیوع بالائی برخوردار است و اقدامات اساسی و زیربنایی در جنبه های مختلف اجتماعی ضروری به نظر می رسد. در بررسی انواع خشونت، خشونت عاطفی با ۸۱/۲ درصد بالاترین شیوع را داشت و خشونت جنسی و فیزیکی ۴۱/۸ درصد و ۴۰/۴ درصد به ترتیب در رده های بعدی قرار داشتند. این نتایج با بسیاری از مطالعات انجام شده در ایران هماهنگی دارد. در مطالعه مبینی و حسنی در سال ۱۳۸۸ نیز میزان خشونت روانی ۷۸/۶ درصد، جسمی ۵۵/۶ درصد و جنسی ۲۸/۶ درصد گزارش شد (۲۵). نتایج سایر مطالعات نیز بالاترین درصد مربوط به خشونت عاطفی بود (۷، ۸، ۲۶ و ۲۷). اما در مطالعه احمدی و همکاران، خشونت فیزیکی بالاترین درصد را داشت (۱۹). به نظر می رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده اما خشونت روانی افزایش یافته است (۲۵). این وضعیت می تواند دلایل متفاوت دیگری نیز داشته باشد. اول اینکه خشونت های فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در محاکم و مراکز مشاوره دارد و مطالعات مختلف روی آن متمرکز شده است. دوم اینکه اصولاً زنان ما کمتر از خشونت فیزیکی صحبت می کنند. سوم اینکه واقعاً مردان جامعه خشونت فیزیکی علیه همسر خود را کاری ناپسند می دانند، لیکن سایر جنبه های خشونت به دلایل فرهنگی اجتماعی برایشان مشخص نیست. چهارم اینکه قوانین قضائی در مورد خشونت های فیزیکی صراحت بیشتری دارد. شاید همه موارد فوق و همچنین دلایل دیگری خشونت های علیه زنان را از نوع فیزیکی به سمت کلامی - روانی سوق داده است (۲۷).

مقایسه وضعیت روانی زنان قربانی و غیرقربانی خشونت بر مبنای SCL90 حاکی از آن است که گروه قربانی به طور

معناداری از مشکلات شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی و شاخص کل بیماری رنج می برند. در مطالعه ای مشابه معزی و همکاران همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان در استان چهار محال و بختیاری را مورد پژوهش قرار دادند و گزارش کردند که به جز در مورد افکار پارانوئیدی در کلیه ابعاد نمرات گروه مورد بالاتر از شاهد بود ولی تفاوت ها فقط در ۳ بعد شکایت جسمانی، افسردگی و پرخاشگری معنادار بود (۲۸). محمدخانی و آزاد مهر آسیب شناسی روانی و مشکلات شخصی - ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی را بررسی کردند. یافته های بدست آمده از مطالعه آنان نشان داد که زنان قربانی خشونت براساس معیارهای SCL90، به طور معناداری در علائم جسمانی کردن، حساسیت بین فردی، افسردگی، افکار پارانوئیدی و بالاخره شاخص کل علائم مثبت با گروه غیرقربانی تفاوت داشتند و نتیجه گرفتند که خشونت خانگی با آسیب های روانی عمده در زنان قربانی خشونت همراه است (۲۹). در مطالعه انجام شده در تایوان در مورد اثرات خشونت های خانگی از بین ابعاد نه گانه بیشترین میانگین نمره به اضطراب اختصاص داشته و پس از آن وسواس، افسردگی و شکایات جسمانی قرار داشت (۳۰). در مطالعه ای دیگر شانس دارا بودن اختلال روانی در زنانی که تحت خشونت بوده اند ۳/۵ برابر بیشتر بود (۱۹). دولتیان و همکاران (۱۳۸۷) نشان دادند که خشونت در بارداری احتمال افسردگی پس از زایمان را ۳/۳ برابر افزایش می دهد. استرس دریافتی که شامل افسردگی و اقدام به خودکشی در زنان قربانی خشونت ۴ برابر بیشتر از زنان غیرقربانی است (۲۱). برگ معتقد است زنان کتک خورده طیف وسیعی از علائم آسیب شناسی روانی و مشکلات جسمی دراز مدت را تجربه می کنند که افسردگی، جسمانی کردن، احساس بی کفایتی و فقدان عزت نفس و ترس و انزوا از آن جمله هستند (۳۱). سایر پژوهشگران هم در بررسی های خود عنوان کردند که زنان خشونت دیده به میزان بیشتری علائم خفیف و شدید افسردگی و اختلال استرس متعاقب تروما را تجربه می کنند (۳۲ و ۳۳).

این یافته ها با نظریه های مربوط به تأثیر استرس بر سلامت عمومی همسو می باشد که در صورت بالا بودن میزان استرس، فرد در معرض خطر بیماری های جسمی و روانی قرار می گیرد (۳۴). زیرا مطالعات نشان داده اند که زنان خشونت دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می کنند. در افراد تجربه کننده استرس، کانال نورواندوکرین توسط تولید هورمون ها به این

بر اثر خشونت بوده و نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان است.

در مجموع به نظر می‌رسد خشونت علیه زنان یک چالش مهم اجتماعی است و بهبود سلامت روان زنان جوان، بهبود سلامت روان کودکان را در پی خواهد داشت. لذا جهت داشتن نسل سالم، پربار و خلاق توجه به سلامت زنان از اهمیت اساسی برخوردار است (۳۵). چه در غیر این صورت، خشونت در زیر پوست خانواده‌ها به گونه‌ای جریان خواهد داشت که حتی توسط آن‌ها درک نمی‌شود و فقط پیامدهای آن دامن‌گیر همه اعضا خانواده خواهد بود (۲۹).

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام طرح را متقبل شده و نیز از کلیه زنانی که در تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌کنند.

استرس پاسخ می‌دهد. لذا خشونت و استرس همراه آن، سیستم ایمنی را تحت تأثیر قرار قرار می‌دهد و ادامه این استرس‌ها منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی می‌شود (۱۰ و ۲۱).

بعضی 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. 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 (۱۴).

براساس یافته‌های پژوهش اخیر و سایر مطالعات ذکر شده به نظر می‌رسد بیشترین اختلالات روانی ایجاد شده در زنان به دنبال خشونت‌های خانگی و همسر آزاری افسردگی، شکایت جسمانی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری است. در هر صورت نتایج این مطالعه تأییدی دیگر بر آسیب به سلامت روان زنان

REFERENCES

- 1-Vachher AS, Sharma A. Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine 2010;35(3):403-5.
- 2- Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. Bulletin of the World Health Organization 2011;89(1):2.
- 3- Cengiz ÖB, Deveci A. The Relationship between Domestic Violence and the Prevalence of Depressive Symptoms in Married Women between 15 and 49 Years of Age in a Rural Area of Manisa, Turkey. Turkish Psychia 2011; 22(1):1-6.
- 4- Adesina O, Oyugbo I, Olubukola A. Prevalence and pattern of violence in pregnancy in Ibadan, South-west Nigeria. Obstet & Gynaecol 2011;31(3):232-6.
- 5- Sato-DiLorenzo A, Sharps PW. Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. Mental Health Nursing 2007;28(8):837-48.
- 6- Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence of maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Acta Medica Iranica 2004;43(2):115-122.
- 7- Salehi Sh, Mehralian H. Prevalence and type of domestic violence in pregnant women referring to the health care center in Shahrekord. Shahrekord Univ Med Sci 2006;2:72-7.(Full Text in Persian)
- 8- Hasheminasab L. Prevalence, consequences and factors accompanying with domestic violence in pregnant women referring to sanandaj Labor unit. Scientific J Kurdistan Univ Med Sci 2006;4:32-42. (Full Text in Persian)
- 9- Amini S. Violence against women. Culture & Research 2004;165(2):3-7.(Full Text in Persian)
- 10- Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: Implications for newborn nurses. Newborn and Infant Nursing Reviews 2007;7(1):7-13.
- 11- Chowdhary N, Patel V. The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. J Postgraduate Med 2008;54(4):306-12.

- 12- Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med* 2006;24(4):444-50.
- 13- Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Preventive Med* 2006;30(6):447-57.
- 14- 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 Disorders* 2007;102(1-3):227-35.
- 15- Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *British J Psychiat* 2005;187:62-7.
- 16- Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Pub Health* 2011;33(1):15-21.
- 17- Garabedian MJ, Lain KY, Hansen WF, Garcia LS, Williams CM, Crofford LJ. Violence Against Women and Postpartum Depression. *J Wom Health* 2011;20(3):447-53.
- 18- Valentine JM, Rodriguez MA, Lapeyrouse LM, Zhang M. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. *Arc wom Ment Health* 2011:1-9.
- 19- Ahmadi B, Ali Mohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaei-Zadeh D. Effects of domestic violence on mental health of married women in Tehran. *J Health Res Inst* 2006;4(2):35-44.
- 20- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla Á. Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol* 2006;16(5):357-63.
- 21- Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between Violence during Pregnancy and Postpartum Depression. *Iran Red Crescent Med J* 2010;12(4):377-383.
- 22- Ribasés M, Fernández-Aranda F, Gratacòs M, Mercader JM, Casasnovas C, Núñez A, et al. Contribution of the serotonergic system to anxious and depressive traits that may be partially responsible for the phenotypical variability of bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 2008;42(1):50-7.
- 23- Langenbach M, Pietsch D, Köhle K. Emotional stress and subjective body experience of heart transplantation candidates. *Transplant Proc* 2006;38:735-7326.
- 24- Punamaki RL, Komproe I, Qouta S, El-Masri M, De Jong J. The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child abuse & neglect* 2005;29(4):351-73.
- 25- Meybodi FB, Hassani M. Prevalence of Violence Against Women by their Partners in Kerman. *Iranian J Psychiat Clin Psychol* 2009;15(3):300-7. (Full Text in Persian)
- 26- Usta J, Farver JAM, Pashayan N. Domestic violence: the Lebanese experience. *Public health* 2007;121(3):208-19.
- 27- Malekafzali H, Mahdizadeh M, Zamini AR, Farajzadegan Z. Surveying domestic violence against women in Isfahan, 2003. *Med Sciences J Islamic Azad Univ* 2005;14(2):63-8. (Full Text in Persian)
- 28- Moezi M, Azami M, Shakeri A, Pourhydar B. How does spousal violence affect mental health of women Chahar - Mahal Bakhtyari, 2006. *J Islamic Univ of med Sc* 2008;16(1):20-5. (Full Text in Persian)
- 29- Mohammad Khani P, Azadmehr H. Psychopathology and communicat personal problems at women victims of domestic violence. *Soc Welfare Quart* 2008;7(27):10-27. (Full Text in Persian)
- 30- Hou WL, Wang HH, Chung HH. Domestic violence against women in Taiwan: their life-threatening situations, post-traumatic responses, and psycho-physiological symptoms. An interview study. *Int J Nurs Stud* 2005;42(6):629-36.
- 31- Berg AO, Allen JD, Frame P, Homer CJ, Johnson MS, Klein JD. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Ann Family Med* 2004; 2:156-60.
- 32- 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.

33- Kelly U. Intimate Partner Violence, Physical Health, Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Quality of Life in Latinas. *West J Emerg Med* 2010;11(3):247-51.

34- Sadeghian E, Heidarian pour A. Stressful factors and its association with mental health Hamadan University of Medical Sciences(Hayat). *J Health Soc Behav* 2009;15(1):71-81. (Full Text in Persian)

35- Sepehrmanesh Z. Mental health and related factors in young women in Kashan. *mont Midwifery Wom Infert* 2009;23:31-41. (Full Text in Persian)