پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال شانزدهم، شماره ۶، پی در پی ۸۴، صفحات ۲۷۷ تا ۲۸۳
بهمن و اسفند ۱۳۹۰

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۹/۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۶

بررسی شیوع خشونت خانگی و نقش آن برحیطه های سلامت روان

ماهرخ دولتیان[1*]، کژال حسامی[2]، دکترعلیرضا ظهیرالدین[3]، مهندس ناصر ولایی[4]، دکتر حمید علوی مجد[5]

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 توان‌بخشی
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 همه‌ی جوامع موضوعی نگران کننده و در خور توجّه است و علی‌رغم تحقیقات فراوان در مورد پیامدهای خشونت بر سلامت روان زنان، هنوز جنبه‌های ناشناخته زیادی وجود دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی و نقش آن برحیطه 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 ۶۵-۱۵ ساله و عدم وجود افسردگی شناخته شده در دوران زندگی بود. داده‌ها توسط پرسشنامه‌ی سنجش خشونت و پرسشنامه ی SCL90 جمع اوری شد. در صورت پاسخ مثبت هر کدام از نمونه ها به هر یک ازحیطه 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.

یافته‌ها: ۸۴/۸٪ (۴۲۴ 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 ($P<0.01$).

نتیجه‌گیری: میزان خشونت خانگی بالا و جای نگرانی دارد و به نظر می رسد خشونت خانگی بر حیطه‌های 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). بررسی‌های 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 مد نی، بیمارستان امام حسین (ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ پست الکترونیک: mhdolatian@gmil.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

درایران نیز در بررسی‌های 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 می‌گردد (۱۰) خشونت خانگی اثرات منفی گسترده ای بر سلامت جسمی، تولید مثل و جنسی و روانی زنان بر جای می‌گذارد (۱۱) در نتیجه قربانیان خشونت خانگی نه تنها عوارض پزشکی و روانی- اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند، اغلب آنان ممکن است به خدمات مراقبتی، اورژانسی و بیمارستانی بیشتر برای درمان بیماری‌ها 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 می‌برند (۵). مطالعات متعددی ارتباط بین خشونت و سلامت روانی را نشان داده‌اند (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 می‌گردد (۱۹).

علی‌رغم تحقیقات فراوان در مورد پیامدهای خشونت بر سلامت روانی زنان، هنوز جنبه‌های ناشناخته زیادی وجود دارد (۲۰). گر چه سلامت روان تابعی از خشونت خانگی می باشد ولی نقش خشونت خانگی بر حیطه‌های مختلف سلامت روان همچنان مورد سوال و بررسی می‌باشد و از طرفی نتایج تحقیقات قبلی کاستی‌هایی دارند به شرح آنچه در بحث آورده می‌شود، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع خشونت خانگی و نقش آن با 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

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

داده‌ها در این پژوهش توسط سه پرسشنامه گردآوری شد که شامل پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه‌های سنجش خشونت و پرسشنامه‌های سنجش سلامت روان بود. پژوهشگر با کسب معرفی‌نامه ومراجعه به مراکز بهداشتی- درمانی، پس از انجام مصاحبه‌ی اولیه در صورتی که فرد حائز شرایط تعیین شده جهت جامعه‌ی پژوهش بود و تمایل به شرکت در مطالعه داشت، به عنوان نمونه انتخاب می شد. سپس اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و سابقه مامائی و همچنین پرسشنامه‌های سنجش خشونت و SCL90 توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. در ارزیابی خشونت خانگی، خشونت فیزیکی با ۱۳سوال، خشونت جنسی با ۹ سوال وخشونت عاطفی با ۱۵ سوال ارزیابی شد. زنی خشونت دیده درنظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سوالات مربوط به پرسشنامه‌ی خشونت فیزیکی، جنسی یا عاطفی داده باشد. در پژوهش های قبل ضریب آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده بود و ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه‌گیری بالای ۰/۹۰ به دست آمد (۲۱).

برای سنجش سلامت روان در این پژوهش از پرسشنامه‌ی 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 می‌گیرد (۲۲). این شاخص‌ها 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 می‌باشد (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 می‌سنجد و با مقیاس ۵ حالته لیکرت (اصلا، کمی، تاحدی، زیاد، بسیار زیاد) اندازه‌گیری می‌شود (۲۲). پرسشنامه چک لیست علائم در مطالعات مختلف استفاده شده و پایایی بالایی را نشان داده است (۲۴).

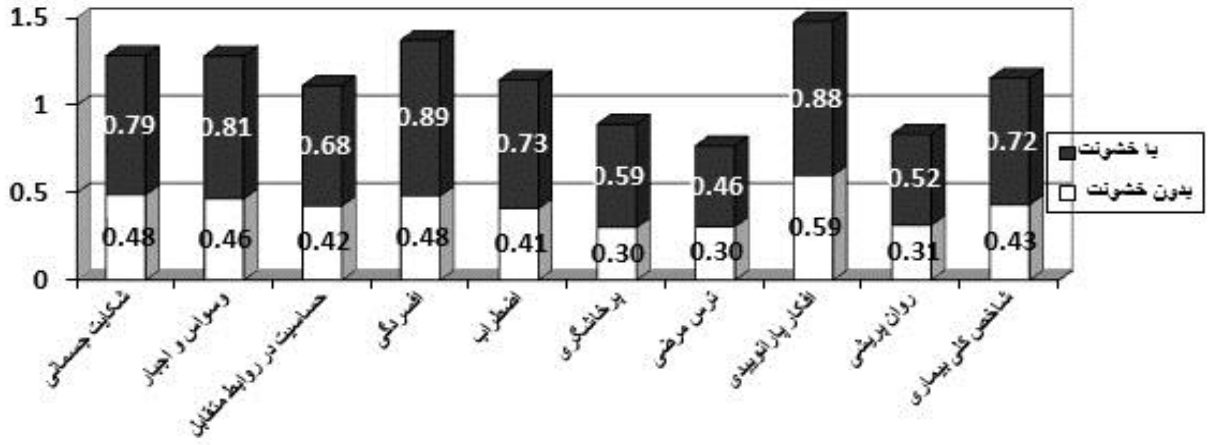
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

دراین مطالعه، برای تعیین اعتبارپرسشنامه‌ها از اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات با استفاده ازنرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از روش های 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 معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

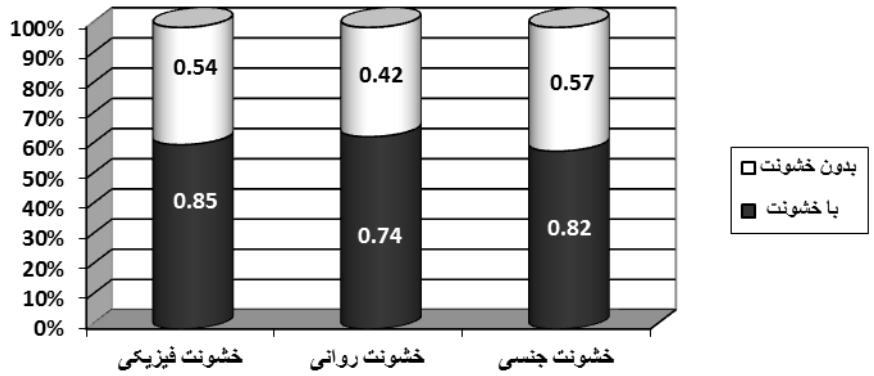
یافته‌ها

پژوهش بر روی ۵۰۰ زن نشان داد : میانگین سنی زنان ۷/۹±۲۹/۶ سال و میانگین سنی همسران ۸/۱±۳۴/۸ سال بود. ۵۵/۴ درصد زنان و ۴۱/۶ درصد همسران آنها تحصیلات دیپلم داشتند. ۸۷ درصد زنان خانه دارو ۵۳/۴ درصد همسرانشان شغل آزاد داشتند.۶۱/۶ درصد مسکن اجاره ای و۴۰ درصد دارای ۱ فرزند و ۹۴/۴ درصد آنان تنها یک بار ازدواج کرده اند. ۱/۸ از زنان مصرف سیگارو 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 نمونه ها نشان داد که ۸۴/۸ درصد از این زنان انواع مختلف خشونت خانگی را در مقاطع مختلف زندگی مشترک تجربه کرده اند ، که ۸۱/۲ درصد خشونت عاطفی و ۴۱/۸ درصد خشونت جنسی و ۴/ ۴۰ درصد خشونت فیزیکی را ذکر نمودند.۲۸/۸ درصد سابقه تجربه یک نوع خشونت ، ۳۱/۴ درصد سابقه دو نوع خشونت و ۲۳/۲ در سابقه سه نوع خشونت را بیان کردند.

نقش خشونت خانگی بر سلامت روان برحسب ۹ خرده مقیاس SCL90 و شاخص شدت کلی در نمودار شماره ۱ ارایه شده است و نشان می دهد گروه خشونت دیده در کلیه حیطه‌ها میزان بالاتری نسبت به گروه بدون خشونت داشت 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.($p\leq$ ۰/۰۰۰۱) حیطه های 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).



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



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

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

نمودار شماره ۲ شاخص شدت کلی بیماری را برحسب انواع خشونت خانگی نشان می دهد. آزمون من ویتنی اختلاف معنی‌داری را در هر سه نوع خشونت با شاخص شدت کلی بیماری نشان داد (P≤ ۰/۰۰۰۱).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ۸۴/۸ درصد از زنان انواع مختلف همسرآزاری را در مقاطع مختلف زندگی مشترک تجربه کرده‌اند. بررسی‌های انجام شده در کشورهای گوناگون نشان می‌دهند که ۵۰-۲۵ درصد زنان مورد بدرفتاری همسران خود قرار گرفته‌اند (۵-۲). درایران نیز در بررسی‌های 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 جنبه‌های مختلف اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. 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 رده‌های بعدی قرار داشتند. این نتایج با بسیاری از مطالعات انجام شده در ایران هماهنگی دارد. در مطالعه میبدی 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 می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده اما خشونت روانی افزایش یافته است (۲۵). این وضعیت می‌تواند دلایل متفاوت دیگری نیز داشته باشد. اول اینکه خشونت‌های 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 می‌کنند. سوم اینکه واقعاً مردان جامعه خشونت فیزیکی علیه همسر خود را کاری ناپسند می‌دانند، لیکن سایر جنبه‌های 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 خشونت‌های 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 پارانوییدی 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 آزادمهر 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 آسیب‌های روانی عمده در زنان قربانی خشونت همراه است (۲۹). در مطالعه انجام شده در تایوان در مورد اثرات خشونت‌های خانگی از بین ابعاد نه‌گانه بیشترین میانگین نمره به اضطراب اختصاص داشته و پس از آن وسواس، افسردگی و شکایات جسمانی قرار داشت (۳۰). در مطالعه‌ای 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 یافته‌ها با نظریه‌های 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 می‌گیرد (۳۴). زیرا مطالعات نشان داده‌اند که زنان خشونت دیده سطح بالاتری از استرس را تجربه می‌کنند. در افراد تجربه کننده استرس، کانال نوروآندوکرین توسط تولید هورمون‌ها به این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

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 تاثیر خشونت بر برداشت افراد و رفتارهای ناشی از آن را مورد توجه قرار داده اند. وارما وهمکاران در سال ۲۰۰۶ عنوان کردند که سطح بالای امتیاز افسردگی در میان زنان خشونت دیده ممکن است ناشی از تاثیر خشونت براحساس 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 می رسد بیشترین اختلالات روانی ایجاد شده در زنان به دنبال خشونت های خانگی و همسر آزاری افسردگی، شکایت جسمانی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری است. در هر صورت نتایج این مطالعه تاییدی دیگر بر آسیب به سلامت روان زنان 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 خانواده ها به گونه ای جریان خواهد داشت که حتی توسط آن ها درک نمی شود 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.

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.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

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 serotoninergic 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, AzamiI M, ShakeriI 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.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]

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)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-21]