

## بررسی تأثیر مداخله آموزشی - حمایتی بر پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

زهره خلیلی\*، مریم نوایی\*، منصور شکیباء\*\*، علی نویدیان\*\*\*

نوع مقاله:

مقاله اصیل

### چکیده

**زمینه و هدف:** تجربه خشونت خانگی، پیامدهای منفی بر سلامت روان زنان باردار دارد و مداخله‌هایی برای کاهش این پیامدهای منفی باید طراحی شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی-حمایتی بر پریشانی روان‌شناختی زنان باردار خشونت دیده انجام یافته است. **روش بررسی:** این کارآزمایی بالینی در مورد ۱۰۰ نفر از زنان باردار تحت خشونت خانگی که در سال ۱۳۹۷ برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان مراجعه کرده بودند، انجام یافته است. نمونه‌ها به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله ۴ جلسه مداخله آموزشی-حمایتی انفرادی را طی دو هفته دریافت کردند. گروه کنترل در این مدت برنامه مراقبت معمول را دریافت کردند. قبل از مداخله و پس از گذشت ۴ هفته از پایان مداخله، داده‌ها به کمک پرسشنامه‌های غربالگری خشونت خانگی فرم کوتاه (*HITS*) و مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (*K10*) در دو گروه جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ به کمک آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی گروه زنان باردار در گروه مداخله از  $30/90(4/58)$  به  $22/18(3/81)$  با میانگین تغییرات  $-8/72(2/92)$  و در گروه کنترل از  $25/22 \pm 4/15$  به  $24/07 \pm 4/16$  با میانگین تغییرات  $-1/16(1/48)$  کاهش یافت. تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار در معرض خشونت در دو گروه پس از مداخله آموزشی حمایتی تفاوت آماری معناداری داشته است ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتیجه این بررسی نشان داد که مداخله آموزشی-حمایتی طراحی شده در کاهش پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار تحت خشونت مؤثر است. بنابراین وارد کردن مداخله آموزشی-حمایتی در برنامه مراقبت‌های بارداری زنان تحت خشونت خانگی به منظور افزایش سلامت مادر و جنین توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤول: علی نویدیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
e-mail: alinavidian@gmail.com

**واژه‌های کلیدی:** مداخله آموزشی-حمایتی، خشونت خانگی، پریشانی روان‌شناختی، بارداری

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۵/۲۸

### مقدمه

خشونت علیه زنان تهدیدی جدی برای سلامتی و حقوق انسانی به شمار می‌رود و در

سراسر جهان به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است (۱). خشونت عبارت است از: یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار آزاردهنده، به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود و شامل سوء استفاده جسمی،

\* گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
\*\* گروه آموزشی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
\*\*\* گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

جنسی، اقتصادی و تهدیدات لفظی می‌باشد (۲). این نوع رفتار زمانی اتفاق می‌افتد که کسی تصور می‌کند که می‌تواند دیگری را کنترل نماید، موضوع زمانی مهم‌تر است که این خشونت از سوی همسر یعنی شریک زندگی انجام می‌گیرد (۳). طیف گسترده‌ای از مراحل زندگی از جمله دوران بارداری، تحت‌الشعاع خشونت علیه زنان قرار می‌گیرد (۴). در بین زنان قربانی خشونت، زنان باردار به عنوان آسیب‌پذیرترین قربانیان قشر خشونت خانگی شناخته شده‌اند، زیرا خشونت در بارداری تهدیدی اضافی برای مادر و جنین محسوب می‌شود و از جفت سرراهی، دیابت حاملگی، فشارخون بالای ناشی از حاملگی شایع‌تر است (۵).

عواملی همچون انتقال به نقش والدی، احساسات غیرطبیعی همسر در خصوص بارداری، تغییر در الگوی ارتباطی قبلی و به هم خوردن توازن و آرامش زوجها از عوامل مؤثر بر افزایش احتمالی بروز خشونت در بارداری است (۶). میزان خشونت خانگی علیه زنان باردار در کشورهای در حال توسعه (۲۷/۷٪) بسیار بیش‌تر از کشورهای توسعه یافته (۱۳/۳٪) برآورد شده است (۷). شیوع انواع خشونت در بارداری در ایران بین ۲۰ تا ۶۰٪ گزارش شده است (۸). این در حالی است که اغلب زنان ترجیح می‌دهند خشونت خانگی را به دلیل انگ اجتماعی، شرم و خجالت و ترس از تلافی مجدد پنهان نگه دارند (۹).

بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می‌کند و همراه شدن آن با عوامل استرس‌زای دیگر مانند

خشونت می‌تواند اثرات سوئی بر مادر و جنین داشته باشد و این عوارض باعث افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان می‌شود. ارتباط بین خشونت دوران بارداری و آسیب‌های فیزیکی و روانی و پیامدهای بد بارداری و مرگ مادران باردار در مطالعات مختلف تأیید شده است (۱۰).

دوره‌های خشونت مستمر و مداوم در بارداری بر سلامت روان زنان تأثیر منفی برجای می‌گذارد. شواهد نشان می‌دهد که خشونت دوران بارداری یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه است (۱۱). همچنین گزارش شده که از هر دو نفری که در بارداری قربانی خشونت می‌شوند، یک نفر از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برد (۱۲). این مسأله ارتباط چرخه‌ای بین خشونت در بارداری و سلامت روانی زنان را نشان می‌دهد که هر یک از آنها می‌تواند منبع ناخوشی و مشکلات زنان باردار باشد (۱۳). خشونت در بارداری ممکن است پیامدهای منفی کشنده ناشی از ترومای فیزیکی مانند خودکشی و دیگر کشتی و پیامدهای غیرکشنده ناشی از اثرات زیانبار استرس‌های روان‌شناختی بر سلامت مادر و جنین نظیر مشکلات رشد و تکاملی جنین، کاهش تغذیه با شیر مادر و مشکلات بهداشت روانی مادر را همراه داشته باشد (۱۴). خشونت دوران بارداری و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از آن مخصوصاً پریشانی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب، باعث بی‌میلی مادران و شکل‌گیری نگرش منفی نسبت به خویش و فرآیند بارداری می‌شود که در

اصول درمان مراجع محوری، مهارت حل مسأله و تصمیم‌گیری، خودافشایی، حمایت عاطفی، مهارت آموزی ارتباطی و حل تعارض، «یک مداخله آموزشی - حمایتی کوتاه مدت» تهیه و مورد آزمایش قرار گیرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی - حمایتی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار خشونت دیده انجام یافته است.

### روش بررسی

این تحقیق یک کارآزمایی بالینی تصادفی بدون کورسازی است که در مورد ۱۰۰ نفر از زنان باردار در معرض خشونت که در سال ۲۰۱۸ برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان مراجعه کرده بودند، انجام یافت. حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان به عنوان برآیند کلی از وجود علایمی مانند افسردگی، اضطراب و استرس (پیامد اولیه این مطالعه) در مطالعه Tiwari و همکاران (۱۹) و با حدود اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون آماری ۹۰٪ و براساس فرمول زیر در هر گروه تعداد ۴۵ نفر برآورد گردید. با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش احتمالی، در این مطالعه در هر گروه ۵۰ نفر و در مجموع ۱۰۰ نفر حجم نمونه تعیین شد.

$$\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{3\sqrt{\epsilon} \epsilon n} = (d)^2 =$$

$$\begin{aligned} Z_{1-\frac{\alpha}{2}} &= 1/96 & S_1 &= 2/4 \\ Z_{1-\beta} &= 1/28 & S_2 &= 10 \\ d &= 0 \end{aligned}$$

برخی مطالعات از جمله مطالعه Yang و همکاران نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵). تاکنون مداخله‌های مختلفی در خصوص خشونت خانگی از جمله تأثیر درمان شناختی رفتاری و آموزش روانی بر عزت نفس، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی (۱۶)، مداخله حمایتی و دفاع از حقوق زنان بر کاهش خشونت و بهبود شاخص‌های سلامتی (۱۷) مداخلات روانی رفتاری بر کاهش خشونت بارداری (۱۴) مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین اثربخشی مشاوره فردی توسط ماما بر اضطراب زنان باردار نیز مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸).

از آنجا که زنان در سنین باروری و طی بارداری بیش‌تر از هر زمان دیگری برای دریافت خدمات پزشکی به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه می‌کنند، بنابراین بهترین زمان برای غربالگری خشونت خانگی این موقع است و با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و پیامدهای منفی آن در زنان باردار، ماماها نقش و جایگاه ویژه‌ای برای تسهیل فرایند کشف و افشای روان‌شناختی خشونت بارداری و خلق محیطی امن به منظور اجرای مداخله‌های مراقبتی و درمانی دارند. بنابراین ضرورت طراحی و اجرای مداخله‌ها و آموزش‌های بیش‌تر در این زمینه برای آرایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باروری وجود دارد. طراحی مداخله روان‌شناختی چند بعدی از ویژگی‌های این مطالعه است که کم‌تر در مطالعات دیگر بدان پرداخته شده است. در این مطالعه سعی شده است تا از ترکیب مؤلفه‌های اصلی درمان‌های روان‌شناختی مختلف از جمله

منفی می‌گذارد (۲۰). پرسشنامه مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (Kessler Psychological Distress Scale K10) در سال ۱۹۹۲ توسط Kessler و همکاران برای غربالگری جمعیت عمومی ساخته شد. در مطالعات بعدی مشخص گردید که فرم ۱۰ سؤالی آن نسبت به فرم ۶ سؤالی، برای شناسایی اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی نسبت به سایر ابزارها از کارایی بالاتری برخوردار است. همچنین این ابزار برای کنترل و سنجش تأثیر مداخله‌ها و درمان‌های روان‌شناختی هم مناسب است. این ابزار وضعیت روانی فرد را در طی هفته‌های گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات به صورت لیکرتی از «هیچ وقت» تا «همیشه» است و از ۰ تا ۴۰ نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنه نمره قابل کسب ۰-۴۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بالاتر است. این ابزار اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد، اما در مجموع سطح اضطراب و افسردگی را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید (۲۱ و ۲۲). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط یعقوبی در سال ۲۰۱۶ بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتیجه تحلیل عاملی وی تأییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه بود و با نمره ابزار سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری داشت. بهترین نقطه برش آن ۸ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ و ضریب پایایی از طریق نصف کردن سؤالات پرسشنامه (تصنیف) و تعیین ضریب همبستگی بین دو قسمت ۰/۹۱ به دست آمد (۲۳).

ابتدا از بین زنان باردار در معرض خشونت واجد شرایطی که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز جامع سلامت مراجعه کرده بودند، ۱۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۵۰ نفره مداخله و کنترل تخصیص یافتند.

حداقل سن ۲۰ سال، سن حاملگی بین ۲۰ تا ۲۵ هفته، مورد بدرفتاری یا خشونت قرار گرفتن صرفاً از سوی همسر، در معرض خشونت بودن براساس پرسشنامه غربالگری خشونت خانگی فرم کوتاه، معیارهای ورود به مطالعه و حاملگی پرخطر، اختلالات روانی تشخیص‌گذاری شده در زن یا مرد (مانند اسکیزوفرنی، دوقطبی)، اعتیاد زن یا مرد، تجربه هر نوع بحرانی در ۶ ماهه اخیر معیارهای عدم ورود به مطالعه و عدم شرکت یا غیبت بیش از یک جلسه در برنامه آموزشی، بروز هر گونه حادثه ناگوار در خلال مطالعه (مانند بیماری، مرگ، بروز مشکلات جدی در بارداری یا هر وضعیتی که باعث استرس شدید در فرد شود) از جمله معیارهای خروج از مطالعه بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات فردی زنان باردار، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر و ابزار غربالگری خشونت خانگی فرم کوتاه بود.

پریشانی روان‌شناختی یک واژه کلی و ناراحتی روان‌شناختی است که برای توصیف احساسات و هیجانات ناخوشایندی مانند استرس، اضطراب و افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد که بر سطح عملکرد فرد تأثیر

فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی به ۵ منطقه تقسیم شد. از هر منطقه به طور تصادفی دو مرکز جامع سلامت انتخاب گردید. از هر مرکز ۱۰ نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند، سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند. روش تصادفی‌سازی از نوع محدود به اسم «قانون تخصیص تصادفی (Random allocation rule)» بود. به این صورت که ابتدا به تعداد کل افراد مورد مطالعه، ۱۰۰ کارت رنگی مشخص‌کننده گروه‌های مطالعه (کارت قرمز مداخله و کارت سفید کنترل) تهیه شد. به ترتیب براساس خارج شدن کارت‌های رنگی، لیستی از ۱۰۰ نمونه زن شرکت‌کننده که نشان‌دهنده عضویت گروهی هر یک بود، تهیه شد. به تدریج و با تعیین فرد واجد شرایط یکی از شماره‌های لیست استخراج شده، به ترتیب به زنان باردار منتخب اختصاص یافت.

از هر دو گروه پیش‌آزمون از طریق تکمیل پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر به عمل آمد. گروه مداخله ۴ جلسه برنامه آموزشی حمایتی را طی دو جلسه ۶۰ تا ۸۰ دقیقه در هفته به صورت انفرادی و براساس محتوای تعیین شده برابر جدول شماره ۱ دریافت کردند. پس از گذشت چهار هفته مجدداً پرسشنامه پژوهش به عنوان پس‌آزمون با مراجعه به منزل یا قرار ملاقات در مرکز تکمیل شد. زنان باردار گروه کنترل در این مدت برنامه‌ای جز برنامه مراقبت معمول دوران بارداری دریافت نکردند و در همان فاصله زمانی گروه مداخله، پس‌آزمون در مورد آنان نیز انجام یافت. (البته به جهت رعایت اخلاق

ابزار غربالگری خشونت خانگی فرم کوتاه (Hurts, Insults, Threaten, Screams: HITS) توسط Sherin و همکاران با هدف غربالگری سریع خشونت خانگی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۴ سؤال با تمرکز بر خشونت کلامی و فیزیکی می‌باشد. هر سؤال طبق مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره بین حداقل ۱ تا حداکثر ۵ می‌گیرد و در مجموع محدوده نمره‌ها بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالاتر از ۱۰، مثبت در نظر گرفته می‌شود و وجود خشونت را تأیید می‌کند. اگر فردی نمره بالاتر از ۱۰ دریافت کند بدان معناست که در معرض خطر خشونت خانگی قرار داشته و باید که به دنبال دریافت کمک‌های آموزشی، مشاوره‌ای و یا متقاضی دریافت کمک از منابع حمایتی جامعه باشد (۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط میرغفوروند و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵).

بعد از دریافت معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات و معاونت بهداشتی دانشگاه به مراکز جامع سلامت مراجعه شد. با مسؤولان مربوط برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم به عمل آمد. ابتدا با شناسایی زنان باردار در معرض خشونت از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و از طریق مصاحبه با استفاده از ابزار کوتاه سنجش خشونت (HITS) و کسب حداقل نمره ۱۰ از این ابزار، زنان تحت خشونت دارای ویژگی‌های موردنظر از جمعیت هدف انتخاب و از آنان رضایت آگاهانه به صورت کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ شد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که شهر براساس متغیرهای

روان‌شناسان بالینی دیدگاه‌های تخصصی آنان توسط تیم تحقیق اعمال و پروتکل نهایی آماده شد. بخشی از محتوا حول محور آشنایی با چرخه خشونت، مدیریت رابطه با همسر و کاهش احتمال خطر بروز خشونت و قربانی شدن بود (آموزشی) و بخش دوم آن طی جلسات و مبتنی بر صحبت کردن و بیان عواطف و هیجانات و در عین حال مورد پذیرش و حمایت واقع شدن از سوی درمانگر و آموزش و تمرین رفتارهای دلبستگی به جنین به منظور کاهش استرس (حمایتی) بوده است. مداخله توسط کارشناس ارشد مشاوره در مامایی با سابقه کار بالینی در مراکز جامع سلامت و زیر نظر دکترای تخصصی مشاوره ارایه گردید.

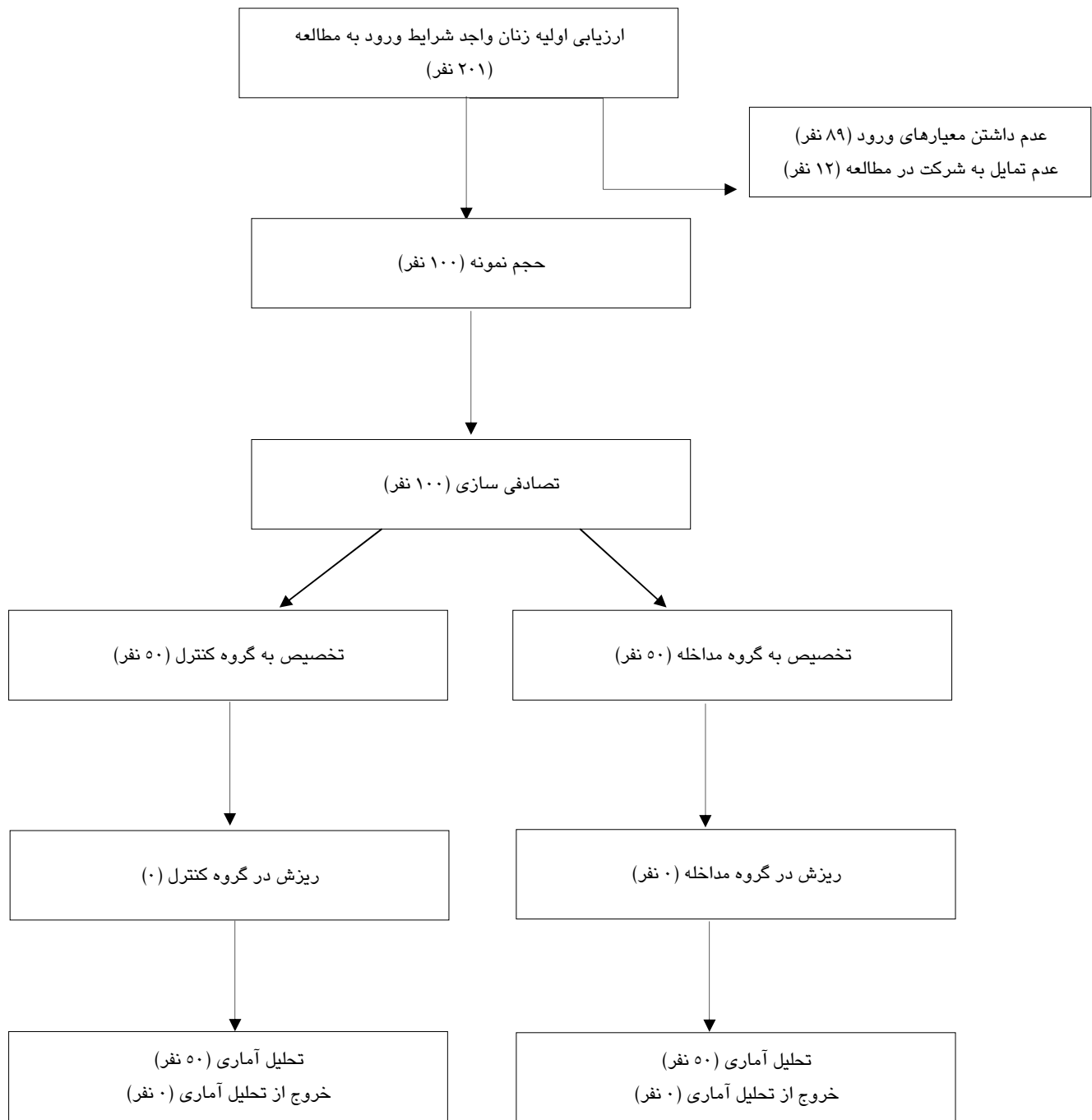
پژوهش، پس از پایان مطالعه محتوای آموزشی به صورت کتابچه‌ای تحت عنوان راه‌های مقابله و پیش‌گیری از خشونت خانگی به گروه کنترل هم داده شد). روش تهیه و ساختار جلسات و محتوای مداخله آموزشی حمایتی به این صورت بود که پس از مطالعه کتب و مقالات مداخله‌ای و کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با خشونت خانگی به صورت عام و خشونت در دوره بارداری به طور خاص، چارچوب اولیه مداخله آموزشی حمایتی با محوریت مطالعات Sapkota و همکاران، Tiwari و همکاران و Ramos و همکاران تهیه شد (۱۹، ۱۳، ۲۶). سپس برای افزایش اعتبار علمی، با نظرخواهی از متخصصان مرتبط مانند مشاوران، مددکاران،

#### جدول ۱- ساختار جلسات و محتوای مداخله آموزشی حمایتی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی، گشودن رابطه، خشونت خانگی و انواع آن، چرخه خشونت، خشونت در دوره حاملگی.
دوم	آموزش و تمرین تکنیک‌های افشای هیجانی و تخلیه هیجانات، ارایه حمایت روانی مبتنی بر نظریه مراجع محوری.
سوم	مدیریت تعارضات زناشویی و آموزش مهارت‌های حل مسأله و تعارض، کاهش خطر قربانی شدن.
چهارم	حفظ ارتباط با جنین و آموزش رفتارهای دلبستگی، جمع بندی و مرور.

و تحلیل قرار گرفت. ابتدا فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر به کمک آمار توصیفی تعیین شد. در ادامه برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین‌های دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل، مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. در تمامی آزمون‌ها  $p < 0/05$  از نظر آماری معنادار تلقی شد.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به ثبت رسیده است. ارایه اطلاعاتی در خصوص فرآیند و زمان پژوهش، نوع مداخله و ضرورت رضایت آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن آنچه در جلسات می‌گذرد، آزاد بودن در ترک مطالعه در هر مرحله از پژوهش، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه



فلوچارت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

## یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف در مورد نمرات پریشانی روان‌شناختی حاکی از توزیع نرمال داده‌ها بود. بنابراین از آزمون‌های پارامتریک در این مطالعه استفاده شد. براساس جدول شماره ۲ ویژگی‌های فردی نمونه‌های مورد پژوهش نشان می‌دهد میانگین سنی زنان باردار تحت خشونت خانگی (۴/۴۷) ۲۸/۵۸ سال در گروه مداخله و (۵/۰۳) ۲۹/۰۸ سال در گروه کنترل بوده است. اکثر زنان گروه مداخله و کنترل (۹۲٪) خانه‌دار بودند. در ۵۴٪ زنان گروه مداخله و ۵۸٪ زنان گروه کنترل حاملگی ناخواسته بوده است. از نظر تحصیلی ۱۶٪ زنان گروه مداخله و ۳۸٪ زنان گروه کنترل تحصیلاتی در سطح دیپلم و بالاتر داشتند. میانگین سن حاملگی در گروه مداخله (۱/۶۸) ۲۲/۸۸ هفته و در گروه کنترل (۱/۶۰) ۲۲/۱۶ هفته بود. ۸۰٪ زنان باردار گروه مداخله و ۷۴٪ زنان گروه کنترل در خانواده، سابقه خشونت خانگی را گزارش کرده‌اند. آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد دو گروه از نظر بیش‌تر متغیرهای فردی با همدیگر تفاوت معناداری ندارند ( $p > 0.05$ ).

یافته‌ها در خصوص پیامد اولیه نشان می‌دهد میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی در گروه مداخله از (۴/۵۸) ۳۰/۹۰ به (۳/۸۱) ۲۲/۱۸ پس از آموزشی حمایتی کاهش یافت ( $p < 0.001$ ). در گروه کنترل از (۴/۱۵) ۲۵/۲۲ به (۴/۱۶) ۲۴/۰۶ پس از آن کاهش داشت است ( $p < 0.001$ ). همچنین میانگین تغییرات نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار در معرض خشونت در گروه مداخله  $۸/۷۲ \pm ۳/۹۳$  و در گروه کنترل  $۱/۱۶ \pm ۱/۴۸$  مشخص شد. آزمون

آمارتی مستقل نشان داد که میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار هم قبل و هم بعد از مداخله آموزشی حمایتی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری دارد ( $p < 0.001$ ). با توجه به این که نمرات پیش‌آزمون در دو گروه متفاوت بود از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج آزمون‌های کولموگروف اسمیرنف ( $\text{Statistic} = 0.98$ ) و  $\text{Sig} = 0.44$  و لوین ( $F = 0.92$ )،  $p = 0.16$ ، مبنی بر برقراری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، همچنین برقراری فرض همگنی رگرسیون مبنی بر عدم معناداری تعامل بین متغیر مستقل و متغیر همراه، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت. نتیجه تحلیل آزمون کوواریانس به منظور کنترل اثر معناداری نمرات پیش‌آزمون نشان داد که میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار در معرض خشونت دو گروه پس از مداخله تفاوت آماری معنادار دارد ( $p < 0.001$ ) و این بدان معنا است که مداخله آموزشی حمایتی در گروه مداخله می‌تواند باعث کاهش میانگین نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار شود (جدول شماره ۴).

نتایج مطالعه در خصوص پیامد ثانویه، یعنی نمره خشونت وارد شده به زنان باردار در معرض خشونت نشان داد، میانگین نمره قبل از مداخله آموزشی حمایتی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب (۲/۳۳) ۱۵/۲۶ و (۱/۷۹) ۱۴/۲۲ بوده و پس از آن به (۲/۰۵) ۱۱/۶۲ و (۱/۹۴) ۱۳/۲۸ تغییر یافته است. آزمون آماری تی مستقل نشان داد که میانگین تغییرات نمره خشونت زنان باردار در دو گروه مداخله با



داد که میانگین نمره خشونت زنان باردار در معرض خشونت دو گروه پس از مداخله تفاوت آماری معنادار دارد ( $p < 0/001$ ) و این بدان معنا است که مداخله آموزشی حمایتی در گروه مداخله میانگین نمره خشونت را در زنان باردار کاهش داده است (جدول شماره ۶).

(۲/۳۲) و کنترل با (۱/۵۷) -۰/۹۴ - معنادار ( $p < 0/001$ ) بوده است (جدول شماره ۵). بنا توجه به این که نمرات پیش‌آزمون در دو گروه متفاوت بود از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتیجه تحلیل کوواریانس به منظور کنترل اثر معناداری نمرات پیش‌آزمون نشان

**جدول ۲-** توزیع فراوانی اطلاعات فردی زنان باردار تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیرها	شاخص‌های آماری گروه	فراوانی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی مستقل
سن زنان باردار	مداخله	۵۰	۲۰	۴۰	۲۸/۵۸	۴/۴۷	$p = 0/60$
	کنترل	۵۰	۲۰	۴۲	۲۹/۰۸	۵/۰۳	
سن حاملگی زنان باردار	مداخله	۵۰	۲۰	۲۵	۲۲/۸۸	۱/۶۸	$p = 0/02$
	کنترل	۵۰	۲۰	۲۵	۲۲/۱۶	۱/۶۰	
آزمون کای دو	مداخله		کنترل				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
نوع حاملگی	ناخواسته	۲۷	۵۴	۲۹	۵۸	$p = 0/68$	
	خواسته	۲۳	۴۶	۲۱	۴۲		
	جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰		
تحصیلات	بی سواد	۹	۱۸	۱۴	۲۸	$p = 0/005$	
	کمتر از دیپلم	۳۳	۶۶	۱۷	۳۴		
	بالاتر از دیپلم	۸	۱۶	۱۹	۳۸		
	جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰		
سابقه خشونت در خانواده	وجود دارد	۴۰	۸۰	۳۷	۷۴	$p = 0/47$	
	وجود ندارد	۱۰	۲۰	۱۲	۲۶		
	جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰		
شغل زنان	خانه دار	۴۶	۹۲	۴۶	۹۲		
	شاغل	۴	۸	۴	۸		
	جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰		

**جدول ۳-** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ قبل و بعد از مداخله آموزشی حمایتی در گروه مداخله و کنترل

گروه	زمان		آزمون تی زوج
	قبل از مداخله	پس از مداخله	
مداخله	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	تغییرات
مداخله	۳۰/۹۰(۴/۵۸)	۲۲/۱۸(۳/۸۱)	-۸/۷۲(۳/۹۲)
کنترل	۲۵/۲۲(۴/۱۵)	۲۴/۰۶(۴/۱۶)	-۱/۱۶(۱/۴۸)
آزمون تی مستقل	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p < 0/001$

**جدول ۴-** نتایج تحلیل کواریانس مربوط به نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ بعد از مداخله آموزشی حمایتی با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۸۷۵/۴۷	۱	۸۷۵/۴۷	۱۲۴/۷۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۵۶	۱
گروه	۵۸۰/۱۹	۱	۵۸۰/۱۹	۸۲/۶۷	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۴۶	۱
میزان خطا	۶۸۰/۷۳	۹۷	۷/۰۱				
جمع	۵۵۰۹۸	۱۰۰					

**جدول ۵-** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خشونت در زنان باردار تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ قبل و بعد از مداخله آموزشی-حمایتی در گروه مداخله و کنترل

آزمون تی‌زوج	زمان		گروه
	قبل از مداخله	پس از مداخله	
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	
$p < ۰/۰۰۱$	۱۵/۲۶(۲/۳۲)	۱۱/۶۲(۲/۰۵)	مداخله
$p < ۰/۰۰۱$	۱۴/۲۲(۱/۷۹)	۱۳/۲۸(۱/۹۴)	کنترل
	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	آزمون تی‌مستقل

**جدول ۶-** نتایج تحلیل کواریانس مربوط به نمره خشونت در زنان باردار تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ بعد از مداخله آموزشی حمایتی با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۱۰/۳۴	۱	۱۱۰/۳۴	۳۷/۷۵	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۲۸	۱
گروه	۱۱۲/۶۶	۱	۱۱۲/۶۶	۲۸/۵۴	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۲۸	۱
میزان خطا	۲۵۳/۵۱	۹۷	۲/۹۲				
جمع	۱۵۹۶۳	۱۰۰					

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها در خصوص پیامد اولیه مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی-حمایتی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار تحت خشونت خانگی، انجام یافته است، نشان داد که به‌کارگیری مداخله آموزشی حمایتی تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تحت خشونت دارد. گرچه پریشانی روان‌شناختی زنان باردار تحت خشونت به طور خاص در مطالعات مداخله‌ای مورد مطالعه قرار نگرفته است، ولی برخی مطالعات تأثیر

مداخله‌های روان‌شناختی بر افسردگی، استرس، اضطراب و استرس پس از ضربه را به عنوان بازتابی از وضعیت سلامت روانی و پریشانی روان‌شناختی زنان مورد بررسی قرار داده‌اند. در این راستا مطالعه Artoyo و همکاران نشان داد مداخله شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی و نیز افزایش عزت نفس زنان خشونت دیده مؤثر است (۱۶). همچنین مطالعه Tiwari و همکاران نشان داد که جلسات آموزشی به شیوه حمایتی باعث بهبود سلامت روان زنان چینی تحت خشونت شده است (۲۷). در مطالعه Cort و همکاران نشان داده شد که

روان‌درمانگری بین فردی شامل ۸ جلسه شامل تمرکز بر روابط بین فردی، مشکلات و حوادث زندگی و مشکلات ارتباطی در مورد زنان افسرده با تاریخچه خشونت منجر به کاهش شدید علایم پریشانی شده است (۲۸). Hegarty و همکاران در زمینه غربالگری و مشاوره در مراقبت‌های اولیه از طریق آموزش پزشکان در مورد کشف خشونت و نحوه پاسخ‌گویی به نیازهای زنان تحت خشونت خانگی نشان دادند که این مداخله آموزشی باعث کاهش سطح افسردگی در گروه زنان دریافت‌کننده این مراقبت‌ها شده است (۲۹). مطالعه Alonso و Labrador در خصوص اثربخشی مداخله شناختی رفتاری کوتاه مدت بر علایم آشفتگی روان‌شناختی و اختلال استرس پس از سانحه در مورد زنان تحت خشونت خانگی حاکی از کاهش قابل توجه علایم استرس و افسردگی بوده است (۳۰). برعکس نتایج مطالعه حاضر، مطالعه Hamdan-Mansour و همکاران نشان داد که آموزش شناختی رفتاری گروهی در مورد زنان تحت خشونت اردنی، گرچه کاهش قابل توجه افسردگی را در پی داشته، ولی بر کاهش سطح استرس زنان تأثیر مثبت و معناداری نداشته است (۳۱). افزودن بعد حمایتی به مداخله آموزشی، فراهم کردن محیط امن به دنبال مداخله انفرادی و زمان پس‌آزمون کوتاه از ویژگی‌های مداخله مورد استفاده در مطالعه حاضر است که ممکن است در کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی تأثیرگذار بوده باشد. کاهش معنادار نمره پریشانی روان‌شناختی زنان باردار در این مطالعه، ممکن است ناشی از

اثربخشی بعد حمایتی و تمرین تکنیک‌های افشا و تخلیه هیجانات، گوش دادن همراه با تأمل در زنان باردار، ارزش قایل شدن برای خود و ارزش‌های شخصی، پذیرش احساسات و ادراکات زنان از سوی فردی قابل اعتماد در محیطی ایمن از نظر روان‌شناختی، باشد.

بخش دیگری از یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی-حمایتی تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش میزان خشونت در زنان باردار نیز داشته است. مطالعات متعدد با مداخله‌های مختلف برای کاهش خشونت علیه زنان و بهبود متغیرهای مرتبط با سلامتی در زنان به طور عام مانند مطالعه Rivas و همکاران (آموزش مبتنی بر مشاوره حمایتی)، تقدیسی و همکاران (مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی) و Allen و همکاران (آموزش مبتنی بر خودکارآمدی) انجام گرفته است (۳۲، ۳۳ و ۳۴). اما در مورد مداخله‌های مؤثر در کاهش خشونت در دوران بارداری و پیامدهای مرتبط با آن مطالعات اندکی یافت شده است. در همین مورد مطالعه فراتحلیل Sapkota و همکاران با هدف تعیین اثربخشی و کارآمدی مداخله‌های کاهش خشونت در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، نشان داد، مطالعات کاهش خشونت در دوران حاملگی اندک است و هیچ مطالعه‌ای که بتواند به طور جدی میزان خشونت در حاملگی را کاهش دهد، وجود ندارد (۱۳).

در خصوص اثربخشی برخی مداخله‌ها و در راستای نتیجه مطالعه حاضر، نتایج مطالعه جهان‌فر و همکاران و مطالعه مروری Van Parys و همکاران نشان می‌دهد، جلسات

مشاوره‌ای فشرده یک جلسه‌ای و انفرادی تا مشاوره‌های چند جلسه‌ای هر دو در کاهش نسبی خشونت دوران بارداری مؤثرند (۳۵ و ۳۴). بخشی از اثربخشی مداخله مورد استفاده در مطالعه حاضر شاید مربوط به بعد حمایتی مشاوره و آموزش باشد. در این خصوص مطالعه Kiely و همکاران نیز نشان داد که مشاوره‌های حمایتی توأم با رایحه حمایت‌های روانی و نیز مؤلفه‌های درمان مراجع محوری مانند گوش دادن همدلانه در کاهش خشونت بارداری و برخی مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی مؤثر است (۱۴).

کاهش میزان خشونت در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در این مطالعه شاید به این دلیل باشد که در این مطالعه با آموزش مهارت‌های ارتباطی، اصول مذاکره، حل مسأله و حل تعارض به زنان، آنان را در برقراری ارتباط مؤثر با همسران شآن توانمند کرده باشد. این مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به کاهش خطر قربانی خشونت شدن در رابطه زوجها منجر شود. در همین مورد مطالعه گلمکانی و همکاران نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی، رایحه حمایت‌های اجتماعی مناسب و افزایش سطح مهارت‌های ارتباطی زوجها از جمله راهکارهایی هستند که می‌توانند در کاهش آسیب‌های ناشی از خشونت توسط همسر در خانواده مؤثر باشند (۳۶). از طرف دیگر، کاهش پریشانی روان‌شناختی به عنوان پیامد اولیه ناشی از تأثیر مثبت مداخله آموزشی حمایتی در این مطالعه، خود می‌تواند به کاهش سطح استرس و تحریک‌پذیری زنان مورد مطالعه و در نتیجه کاهش احتمال بروز

خشونت منجر شده باشد. با توجه به حرمت و جایگاه زنان باردار در فرهنگ ایرانی اسلامی و ضرورت توجه به نیازهای زنان باردار، به نظر می‌رسد اثربخشی آموزش‌ها و حمایت‌های رایحه شده در این مطالعه نسبت به بکارگیری مداخله‌های مشابه در مورد گروه زنان غیرباردار بیشتر باشد. شاید رعایت برخی اصول ارتباطی از جانب زنان مورد مطالعه به دلیل دریافت آموزش از یک سو و وجود نگرش‌های مثبت اجتماعی، فرهنگی و مذهبی همسران نسبت به پدیده بارداری از سوی دیگر، ممکن است به آرامش بیشتر و عدم فعال شدن چرخه خشونت خانگی کمک کرده باشد.

به طور کلی نتیجه مطالعه حاضر در خصوص اثربخشی مداخله طراحی شده نشان داد که ضمن کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان باعث کاهش قابل ملاحظه خشونت نیز شده است. به طور متناقضی نتیجه مطالعه نوغانی و محتمشمی که با هدف تعیین تأثیر آموزش بر پیشگیری از خشونت در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافت نشان داد، گرچه مشکلات روان‌شناختی زنان کاهش یافته بوده ولی کاهش معناداری در میزان خشونت مشاهده نشده است (۳۷).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این بود که در گروه کنترل که هیچ‌گونه مداخله‌ای هم دریافت نکرده بودند، خشونت و پریشانی به طور معناداری نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته است. بخشی از این کاهش در خشونت و کاهش نمره پریشانی روان‌شناختی در گروه مداخله و هم در گروه کنترل را می‌توان به بارداری و پیشرفت بارداری نسبت داد. با گذشت زمان

حاملگی، محسوس شدن حاملگی و حرکات جنین در داخل شکم، رفتارهای دلبستگی مادر به جنین و امیدواری مادر افزایش یافته و در نتیجه سطح استرس و نگرانی مادر کاهش می‌یابد. کاهش استرس، احتمال بروز تعارضات زناشویی و در نهایت بروز خشونت خانگی را کاهش می‌دهد. ولی این کاهش در گروه مداخله به مدد به‌کارگیری مداخله آموزشی حمایتی بیش از گروه کنترل بوده است. پیشرفت حاملگی شاید همسران را هم به دلیل پیشینه فرهنگی، اجتماعی و مذهبی به طور مثبت تحت تأثیر قرار داده باشد و باعث توجه و دل‌سوزی بیشتر و کاهش پرخاشگری و خشونت همسران زنان باردار تحت مطالعه شده باشد.

با توجه به این که هدف اصلی مطالعه حاضر تعیین اثربخشی مداخله آموزشی حمایتی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان باردار بود، از پرسشنامه فرم کوتاه خشونت خانگی به منظور غربالگری و شناسایی زنان باردار تحت خشونت استفاده شد که معیار خیلی دقیقی برای تفکیک انواع خشونت‌ها و سوء رفتارها از سوی همسران نیست. لذا در خصوص تعمیم‌پذیری نتیجه مطالعه در کاهش انواع خشونت‌ها، بایستی احتیاط کرد. عدم ارایه مداخله تخصصی و متناسب با نوع خشونت دریافتی هر زن (فیزیکی، جنسی، روان‌شناختی) و همچنین عدم سنجش اثرات طولانی مدت مداخله بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش خشونت در دوره پس از زایمان از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر می‌باشد.

مداخله کوتاه مدت طراحی شده در این مطالعه با تأکید بر شناخت و اعتراف به انواع

رفتارهای خشونت‌آمیز همسران، افشای هیجانی، دریافت حمایت از سوی درمانگر و آموزش مهارت‌های ارتباط سالم و حل تعارضات زناشویی، نشان داد که می‌تواند در کاهش خشونت و پریشانی روان‌شناختی زنان باردار مؤثر باشد. با توجه به این که دوران بارداری به علت مراجعه مکرر زنان باردار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری به مراکز جامع سلامت فرصت مناسبی برای شناسایی زنان باردار و به دنبال آن به‌کارگیری مداخلات آموزشی حمایتی برای این گروه از زنان آسیب‌پذیر است، بنابراین به ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی توصیه می‌شود، ضمن غربالگری و شناسایی زنان باردار تحت خشونت، از مؤلفه‌های این مداخله آموزشی حمایتی در برنامه‌های مراقبتی این زنان آسیب‌پذیر استفاده کنند. کاهش خشونت و نیز کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان باردار نقشی انکارناپذیر بر سلامت روان‌شناختی مادر، کودک و خانواده دارد. بررسی تأثیر مداخله طراحی شده در این مطالعه به تفکیک در انواع خشونت‌های خانگی فیزیکی، روان‌شناختی و جنسی در زنان باردار توصیه می‌شود. از آن‌جا که یکی از عوامل خشونت علیه زنان، مردان هستند و معمولاً به دلایل مختلف تمایلی برای شرکت در برنامه‌های آموزشی، مراقبتی و درمانی ندارند، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان کلاس‌های آموزشی مشابه و ترجیحاً به صورت زوجی با حضور مردان نیز تشکیل شود تا از این طریق قدم مثبتی در جهت حفظ بنیان خانواده و پیش‌گیری از این معضل زندگی خانوادگی به ویژه در دوره حساس بارداری به عمل آید.

## تشکر و قدردانی

از معاونت تحقیقات و فناوری، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و همکاری کارکنان مراکز جامع سلامت شهر زاهدان و همچنین از کلیه زنان بارداری که وقت خود را در اختیار این تحقیق نهادند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره در مامایی با کد 8975 در دانشکده پرستاری مامایی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه انجام یافته است (به شماره IR.ZAUMS

## منابع

- 1 - Scribano PV, Stevens J, Kaizar E. The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Matern Child Health J.* 2013 Feb; 17(2): 307-18. doi: 10.1007/s10995-012-0986-y.
- 2 - Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour Kheiroddin J, Panahi S, Bayati Payan S. Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *J Caring Sci.* 2014 Feb 27; 3(1): 57-66. doi: 10.5681/jcs.2014.007.
- 3 - Shakerinezhad M. [Domestic violence and related factors in pregnant women]. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research.* 2013; 21(89): 117-26. (Persian)
- 4 - Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: implications for newborn nurses. *Newborn and Infant Nursing Reviews.* 2007 Mar; 7(1): 7-13. doi: 10.1053/j.nainr.2006.12.005.
- 5 - Finnbogadottir H, Dykes AK. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery.* 2012 Apr; 28(2): 181-9. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.010.
- 6 - Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yusefi H. [Assessment of association between domestic violence during pregnancy with fetal outcome]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2013; 16(43): 21-9. (Persian)
- 7 - James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013; 28(3): 359-80. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034.
- 8 - Satarzadeh N, Khodaei R, Babapour J. [Psychological violences risk factor against women and relationship with some pregnancy outcomes in women referring to Tabriz educational hospital]. *J Tabriz Nurs Midwifery.* 2008; 3(11): 10-17. (Persian)
- 9 - Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG. "Persist. persist.": a qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychology of Violence.* 2011; 1(2): 150-162. doi: 10.1037/a0023136.
- 10 - Sarayloo Kh, Mirzaei Najmabadi Kh, Ranjbar F, Behboodi Moghadam Z. [Prevalence and risk factors for domestic violence against pregnant women]. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2017; 29(104): 28-35. (Persian)
- 11 - Castello JC, Jacobsen KH, Gaffney KF, Kodadek MP, Bullock LC, Sharps PW. Posttraumatic stress disorder among low-income women exposed to perinatal intimate partner violence: posttraumatic

- stress disorder among women exposed to partner violence. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Jun; 19(3): 521-8. doi: 10.1007/s00737-015-0594-0.
- 12 - 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. doi: 10.1371/journal.pmed.1001452.
- 13 - Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2017 Dec 12; 6(1): 254. doi: 10.1186/s13643-017-0657-6.
- 14 - Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010 Feb; 115(2 Pt 1): 273-83. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181cbd482.
- 15 - Yang MS, Ho SY, Chou FH, Chang SJ, Ko YC. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birthweight infants among aborigines in Taiwan. *Public Health*. 2006 Jun; 120(6): 557-62. doi: 10.1016/j.puhe.2006.01.006.
- 16 - Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2017 Apr; 18(2): 155-171. doi: 10.1177/1524838015602736.
- 17 - Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 3; (12): CD005043. doi: 10.1002/14651858.CD005043.pub3.
- 18 - Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaily H. [Effect of individual counseling program by a midwife on anxiety during pregnancy in nulliparous women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018; 20(12): 86-95. doi: 10.22038/IJOGI.2017.10434. (Persian)
- 19 - Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG*. 2005 Sep; 112(9): 1249-56. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x.
- 20 - Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2004 Mar; 45(5): 536-45. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x.
- 21 - Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the kessler psychological distress scale (K10). *Aust N Z J Public Health*. 2001 Dec; 25(6): 494-7. doi: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x.
- 22 - 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. *Psychol Med*. 2002 Aug; 32(6): 959-76. doi: 10.1017/S0033291702006074.
- 23 - 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. (Persian)
- 24 - Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998 Jul-Aug; 30(7): 508-12.

- 25 - Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Asadi S. [Comparison of the diagnostic values of HITS and CTS2 in domestic violence screening]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(2): 175-184. (Persian)
- 26 - Ramos C, Leal I, Tedeschi RG. Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Womens Health*. 2016 May 4; 16: 22. doi: 10.1186/s12905-016-0302-x.
- 27 - Tiwari A, Cheung DST, Hui V. Improving mental health outcomes of Chinese women survivors of intimate partner violence through advocacy interventions. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018 Apr 17; 5: e15. doi: 10.1017/gmh.2018.5.
- 28 - Cort NA, Cerulli C, Poleshuck EL, Bellenger KM, Xia Y, Tu X, et al. Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014; 6(6): 700-707. doi: 10.1037/a0037361.
- 29 - Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Jul 20; 382(9888): 249-58. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60052-5.
- 30 - Alonso E, Labrador F. Eficacia de un programa de intervencion para el trastorno de estres posttraumatico en mujeres inmigrantes victimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Interamerican Journal of Psychology*. 2010; 44(3): 547-559.
- 31 - Hamdan-Mansour AM, Constantino RE, Farrell M, Doswell W, Gallagher ME, Safadi R, et al. Evaluating the mental health of Jordanian women in relationships with intimate partner abuse. *Issues Ment Health Nurs*. 2011; 32(10): 614-23. doi: 10.3109/01612840.2011.580494.
- 32 - Taghdisi MH, Estebarsari F, Dastoorpour M, Jamshidi E, Jamalzadeh F, Latifi M. The impact of educational intervention based on empowerment model in preventing violence against women. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Jul; 16(7): e14432. doi: 10.5812/ircmj.14432.
- 33 - Allen VD, Solomon P. Educational-entertainment as an intervention with Black adolescents exposed to community violence. *J Prev Interv Community*. 2012; 40(4): 313-24. doi: 10.1080/10852352.2012.707452.
- 34 - Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28; (2): CD009414. doi: 10.1002/14651858.CD009414.pub2.
- 35 - Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2014 Jan 17; 9(1): e85084. doi: 10.1371/journal.pone.0085084.
- 36 - Golmakani N, Azmoude E. [Domestic violence in pregnancy, outcomes and strategies: a review article]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013; 15(42): 13-22. (Persian)
- 37 - Noughani F, Mohtashami J. Effect of education on prevention of domestic violence against women. *Iran J Psychiatry*. 2011 Spring; 6(2): 80-3.



# The effect of supportive-educational intervention on psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence: A randomized controlled trial

Zahra Khalili<sup>\*</sup> Maryam Navaee<sup>\*</sup> Mansour Shakiba<sup>\*\*</sup> Ali Navidian<sup>\*\*\*</sup>

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Mar. 2019  
Accepted: May 2019  
e-Published: 19 Aug. 2019

**Background & Aim:** The experience of domestic violence has negative consequences on the mental health of pregnant women, and interventions must be designed to reduce these negative consequences. Therefore, the aim of this study was to determine the effect of supportive-educational intervention on psychological distress among pregnant women subjected to domestic violence.

**Methods & Materials:** This clinical trial was conducted on 100 pregnant women subjected to domestic violence, referred to comprehensive health centers of Zahedan for receiving prenatal care in 2018. Eligible women were selected by the convenience sampling method and randomly assigned into two groups of intervention and control. The intervention group received four supportive-educational individual sessions during two weeks. The control group received routine care during this period. Data were collected in two groups by the Kessler Psychological Distress Scale (K10) and Hurts, Insults, Threaten, Screams (HITS), before the intervention and four weeks after the intervention. The data were analyzed by statistical tests using the SPSS software version 21.

**Results:** The results showed that the mean score of psychological distress of pregnant women dropped from  $30.9 \pm 4.58$  to  $22.18 \pm 3.81$  (mean change score  $-8.72 \pm 3.93$ ) in the intervention group and from  $25.22 \pm 4.15$  to  $24.06 \pm 4.16$  (mean change score  $-1.16 \pm 1.48$ ) in the control group. Analysis of covariance demonstrated that there was a statistically significant difference in the mean score of psychological distress of pregnant women exposed to violence between the two groups after the supportive-educational intervention ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that the supportive-educational intervention is effective in reducing psychological distress in pregnant women subjected to violence. Therefore, it is recommended to integrate supportive-educational interventions into prenatal care for pregnant women subjected to violence in order to improve fetal and maternal health.

Corresponding author:  
Ali Navidian  
e-mail:  
alinavidian@gmail.com

**Key words:** supportive-educational intervention, domestic violence, psychological distress, pregnancy

### Please cite this article as:

- 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]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(2): 151-167. (Persian)

\* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*\* Dept. of Psychiatry, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*\*\* Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran; Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran