

سابقه آزار توسط همسر چه نقشی در بستری مجدد و اقدام به خودکشی زنان بستری در بخش روان‌پزشکی دارد: مطالعه مورد - شاهدی

غلامرضا قاسمی^۱، فریماه رضائیان بروجنی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تعداد قابل توجهی از زنان به دنبال همسرآزاری تحت درمان روان‌پزشکی قرار می‌گیرند و این موضوع از دید محققان ایرانی مخفی مانده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط احتمالی سوء رفتار توسط همسر با دفعات بستری روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی گروهی از این قشر آسیب دیده طراحی گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع مورد-شاهدی بود که در هر گروه ۹۸ نفر بیمار زن از بخش روان‌پزشکی بیمارستان خورشید در سال ۱۳۹۴ به طور تصادفی انتخاب و به لحاظ سابقه سوء رفتار با مقیاس خشونت فیزیکی و غیر فیزیکی Hudson غربال شدند. داده‌های خام به وسیله نرم‌افزار SPSS و اجرای آزمون‌های آمار تحلیلی از جمله χ^2 ، آنالیز واریانس، t مستقل، Cramer، ANOVA و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: متوسط دفعات خودکشی گروه آزمایش بیش از گروه شاهد بود، ولی از نظر دفعات بستری روان‌پزشکی بین آن‌ها تفاوتی دیده نشد؛ در حالی که رابطه معنی‌داری بین سن، دفعات اقدام به خودکشی و نوع اختلال روان‌پزشکی بیماران با دفعات بستری آن‌ها دیده شد، سابقه سوء رفتار توسط همسر نقشی در بستری روان‌پزشکی آن‌ها نداشت.

نتیجه‌گیری: گزارش سوء رفتار به طور حتم به بستری روان‌پزشکی زنان نمی‌انجامد. به نظر می‌رسد که قضاوت بالینی برای بستری بیمار بر گرفته از شرایط سنی، سابقه اقدام به خودکشی قبلی و تهدیدهای فعلی و همچنین، رفتارهای ناشی از اختلال روان‌پزشکی وی باشد. بنابراین، جا دارد تا روان‌پزشک بالینی گامی فراتر برداشته و تبعات روانی خشونت خانگی را در فرمولاسیون درمانی خود لحاظ کند.

واژه‌های کلیدی: زنان، سوء رفتار جسمی، سوء رفتار غیر جسمی، اختلالات روانی

ارجاع: قاسمی غلامرضا، رضائیان بروجنی فریماه. سابقه آزار توسط همسر چه نقشی در بستری مجدد و اقدام به خودکشی زنان بستری در بخش روان‌پزشکی دارد: مطالعه مورد-شاهدی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴: ۱۳۹۵؛ ۳: ۳۰۹-۳۰۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۶/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۲/۹

دردهای مزمن (۱۴، ۱۳، ۱۱، ۵)، سردرد میگرنی (۱۴، ۱۱، ۵)، علایم گوارشی (۱۳، ۱۰، ۵)، دردهای مفصلی (۱۱، ۵)، خونریزی و عفونت‌های مقاربتی (۱۳، ۱۰، ۵)، سوء مصرف مواد (۱۶، ۱۵، ۱۳، ۵)، مصرف سیگار (۱۶)، انحرافات اجتماعی (۸، ۵)، مشکلات خواب و خوراک (۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵)، افت عملکرد فیزیکی (۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵)، اضطراب (۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵)، PTSD یا Post-traumatic stress disorder (۱۸-۱۶، ۵)، افسردگی (۱۹، ۱۶، ۵) و افکار خودکشی و دیگرکشی (۲۰، ۱۴) می‌باشد. بر اساس برآوردهای انجام شده در امریکا، همه ساله بالغ بر ۶ میلیارد دلار هزینه‌های بهداشتی و درمانی صرف مراقبت از عوارض ناشی از سوء رفتار می‌گردد (۲۱). مطالعات مرتبط با همسرآزاری حاکی از رابطه معنی‌دار بین همسرآزاری و افسردگی می‌باشد؛ به طوری که خطر ابتلا به افسردگی در زنان با سابقه سوء رفتار نسبت به زنان بدون چنین تجربه‌ای ۲ تا ۳ برابر بیشتر می‌باشد. همچنین، شانس افسردگی بعد از زایمان در این زنان ۱/۵ تا ۲ برابر بیشتر از زنان دیگر است (۵). پیش‌آگهی

مقدمه

به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر، زنان بیش از هم‌تایان مذکر خود در معرض آسیب‌های جسمی و روانی قرار دارند (۱). خشونت‌های خانگی یکی از تهدیدهای عمده علیه سلامتی آن‌ها است (۳، ۲). با یک نگاه گذرا، شیوع خشونت علیه زنان در سطح جهانی ۲۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (۴). سناریوی غربی شیوع این پدیده را در انگلیس سالانه ۷ درصد، در کانادا ۱۲/۵ درصد و در امریکا ۳۰ درصد نشان می‌دهد (۷-۵). از همه تأسف‌بارتر این که ۱۵ تا ۲۵ درصد زنان آمریکایی در حین حاملگی مورد آزار و اذیت همسران خود قرار گرفته و در هر ۱۵ ثانیه یک زن مورد تهاجم قرار می‌گیرد (۵). شواهد حکایت از آن دارد که قربانیان این نوع خشونت در طول زندگی خود با مشکلات جسمی و روانی متعددی دست و پنجه نرم می‌کنند (۸، ۵). قربانیان سوء رفتار توسط شریک زندگی در معرض افزایش خطرات متعدد از جمله ضرب و شتم نسبت به خردسالان (۱۰، ۹، ۵)، معلولیت (۱۲، ۱۱، ۵)،

- ۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده مسؤول: فریماه رضائیان بروجنی

Email: farimah.re@gmail.com

سپس، شرح حال بیماران، نوع اختلال روان‌پزشکی، دفعات بستری، سوابق پزشکی و سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران از پرونده‌های آنان که گاهی به هنگام مصاحبه هم از خود آن‌ها سؤال شد، استخراج گردید. پاسخ به سؤالات به طور کامل اختیاری و با ملاحظات اخلاقی که توسط کمیسیون اخلاق پزشکی تعیین شده بود، صورت گرفت.

مطالعه حاضر به سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی شرکت‌کنندگان اختصاص داشت. سوء رفتار فیزیکی به مفهوم وارد آوردن جراحت فیزیکی با هدف کنترل نمودن، مهار کردن و در اختیار قرار دادن طرف مقابل می‌باشد که ممکن است به صورت سیلی زدن هل دادن و کنترل کردن مکانی صورت گرفته باشد (۳، ۵). سوء رفتار غیر فیزیکی به مفهوم هر نوع رفتار کلامی و غیر کلامی است که با تهدید، ایجاد ترس و وحشت برای به زانو در آوردن و تغییر طرف مقابل در رابطه عاطفی و زناشویی به کار می‌رود (۳۱، ۵). نوع، دفعات و شدت هر یک از موارد فوق به وسیله پرسش‌نامه Hudson از تک تک شرکت‌کنندگان در مطالعه (گروه مورد و شاهد) سؤال گردید؛ به گونه‌ای که به بیماران با سواد دیپلم و بالاتر پرسش‌نامه داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند. برای سایر افراد کم سواد و زیر دیپلم سؤالات به طور تک تک قرائت شد و پاسخ‌های آن‌ها در پرسش‌نامه مربوط به خودشان درج گردید. نسخه اصلی این پرسش‌نامه به زبان انگلیسی است که برگردان آن به زبان فارسی توسط دو فارسی زبان مسلط به زبان انگلیسی از لاتین به فارسی و سپس، دو نفر از فارسی به انگلیسی برگردانده شد. هر گونه عدم توافق در مورد مفاهیم و واژه‌ها بین آن‌ها حل و فصل گردید. در پاره‌ای از موارد که نوع سوء رفتار در فرهنگ ما مصداق نداشت، مورد بازنگری واقع شد و مشابه آن در جامعه ایرانی اضافه شد. این پرسش‌نامه‌ها هر یک دارای ۲۵ گویه می‌باشد. پاسخ‌های آن‌ها در مورد گویه‌های پرسش‌نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، بیشتر اوقات (۳)، همیشه (۴) امتیاز داده می‌شود. سپس، از هر پاسخ دهنده شدت تأثیرات وارده سؤال شد که با دیگر مقیاس لیکرت به صورت تأثیری نداشته (۰)، تا حدی (۱)، تأثیر نسبی (۲)، خیلی شدید (۳)، بسیار شدید (۴) تعیین شد. پایایی ابزار مذکور با اجرا روی ۳۵ بیمار با محاسبه ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۹ برآورد گردید. تحلیل اطلاعات خام به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, SPSS Inc., Chicago, IL) با اجرای آزمون‌های توصیفی شامل جداول فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های تحلیلی شامل χ^2 ، آنالیز واریانس، t مستقل، Cramer، ANOVA و رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها

نیمرخ سوابق شرکت‌کنندگان

تعداد شرکت‌کنندگان در هر گروه (شاهد و مورد) ۹۸ نفر بود. بررسی تطبیقی دو گروه نشان داد که در گروه مورد میانگین سنی حدود ۳۴ سال با حداقل ۱۶ و حداکثر ۶۲ سال بود. گروه شاهد، میانگین سنی حدود ۴۰ سال با حداقل ۱۹ و حداکثر ۶۵ سال داشت. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P = 0/001$). بدون تفاوت معنی‌دار اکثر زنان در هر دو گروه خانه‌دار بودند و درصد کمی از آن‌ها در هر دو گروه شاغل بودند ($P = 0/5$). در این مطالعه، به منظور سهولت در تفسیر داده‌ها، بیماران از نظر اختلالات روان‌پزشکی به ۴ دسته تقسیم شدند: (۱) اختلالات افسردگی اساسی (MDD یا Major depression disorders)،

درمان افسردگی در زنانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند، ضعیف‌تر از زنان فاقد چنین تجربه‌ای می‌باشد (۲۲). مرور منظم مقالات مرتبط با اختلالات افسردگی نیز حاکی از اختلالات شناختی در بیمارانی است که تجارب ناخوشایند در زندگی قبلی داشته‌اند (۲۳). سوء رفتار می‌تواند ۳/۵ تا ۵/۶ بار شانس ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی را افزایش دهد (۱۹).

محققان ایرانی نیز کم و بیش به پدیده همسرآزاری و پیامدهای جسمی، جنسی و روحی پرداخته‌اند (۲۴، ۲۵). مرور اطلاعات ایرانی نشان می‌دهد که میزان استرس، اضطراب و افسردگی در زنانی که مورد آزار فیزیکی همسران قرار گرفته‌اند، نسبت به زنان بدون چنین تجربه‌ای دارای شدت بالاتری است (۲۶). در شهر ساری بیش از نیمی از زنان مورد مطالعه تجربه سوء رفتار به اشکال مختلف فیزیکی، روحی و جنسی داشته‌اند و همواره این تجارب با سوء مصرف مواد، مشکلات فیزیکی و روانی همراه بوده است (۲۷). سوء رفتار در بین زنان با مشکلات نازایی نیز نشان داد که نزدیک به ۳۵ درصد آنان انواع مختلف سوء رفتار و بیش از همه سوء رفتار عاطفی را تجربه نموده‌اند. این مطالعه نشان دهنده رابطه بین سلامت روان و سوء رفتار زنان می‌باشد (۲۸، ۲۹). مطالعه‌ای در زاهدان نیز حاکی از شیوع بالای سوء رفتار در کودکان و زنان دارد که در آن اشاره‌ای به وضعیت روانی زنان نشده است (۳۰).

پدیده بیماری روانی در زنان با عوامل متعدد طبی، فیزیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و از همه مهم‌تر موقعیت و جایگاه آنان گره خورده است. در بررسی بالینی بیماران در درمانگاه روان‌پزشکی اجتماعی به کرات دیده شده است که زنان به طور اعم و مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی به طور اخص، وقتی به اشکال مختلف در معرض خشم و بدرفتاری همسران خود قرار گرفته، اقدام به خودکشی نموده و شانس بستری آن‌ها را بالا می‌برد. با عنایت به یافته‌های مطالعات قبلی و تجارب بالینی در درمانگاه، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط احتمالی بین پدیده سوء رفتار همسر با دفعات اقدام به خودکشی و بستری روان‌پزشکی آن‌ها در بخش‌های روان‌پزشکی طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مورد-شاهدی انجام شد. زنان بستری در بخش روان‌پزشکی، جامعه این مطالعه را تشکیل دادند و شرکت‌کنندگان این مطالعه دو گروه زنان بودند که با لحاظ نمودن شرایط ورود و خروج در مطالعه گزینش شدند. گروه اول، زنان بستری با سابقه سوء رفتار و گروه دوم زنان بستری بدون سابقه سوء رفتار بود. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بر اساس فرمول
$$\sqrt{\frac{d^2}{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}} \sqrt{\frac{z_{1-\alpha/2}^2}{4}}$$
 محاسبه گردید. مطالعه در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بین ماه‌های فروردین ۹۴ لغایت فروردین ۹۵ در شهر اصفهان بیمارستان خورشید انجام شد. شرایط ورود به مطالعه برای گروه مورد تشخیص قطعی روان‌پزشکی، وجود سابقه سوء رفتار، تمایل به شرکت در مطالعه، متأهل بودن و برای گروه شاهد نیز کلیه شرایط فوق به جز عدم تجربه سوء رفتار در نظر گرفته شد. برای هر دو گروه اختلالات سایکوتیک، عقب‌ماندگی ذهنی، معلولیت جسمی، عدم وجود تشخیص قطعی و علایم شدید کنترل نشده روان‌پزشکی جزء شرایط خروج مطالعه بود.

از لحاظ نحوه اجرا، ضمن اخذ موافقت اصولی از بیمارستان و بخش، توجیه شرکت‌کنندگان و جلب همکاری آنان، ابتدا پرسش‌نامه مورد نظر تکمیل و

ضعیف می‌باشد. تحلیل واریانس دو متغیر اصلی یعنی شدت سوء رفتار فیزیکی و شدت سوء رفتار غیر فیزیکی بین چهار گروه تشخیصی (MDD و BID و Psychotic Dis و Non psychotic Dis) حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار بین شدت سوء رفتار فیزیکی و نوع اختلال روان‌پزشکی بود ($P = 0/41$)؛ در حالی که بین شدت سوء رفتار غیر فیزیکی و نوع اختلال روان‌پزشکی تفاوت معنی‌دار دیده شد ($P = 0/03$).

رابطه بین سوء رفتارهای فیزیکی و غیر فیزیکی با دفعات بستری روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی

همه شرکت کنندگان سابقه بستری روان‌پزشکی داشتند؛ این در حالی است که میانگین بستری در گروه مورد حدود ۱/۸ بود که بین ۱ تا ۶ بار نوسان داشت و در گروه شاهد میانگین بستری حدود ۲ بود که بین ۱ تا ۱۰ بار نوسان داشت. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). اکثر بیماران گروه مورد سابقه خودکشی داشتند و میانگین دفعات خودکشی آن‌ها ۱/۲ بود که تا حداکثر ۷ بار در نوسان بود. در گروه شاهد کمی بیش از ۲۵ درصد آن‌ها سابقه اقدام به خودکشی داشتند و میانگین دفعات خودکشی آنان ۰/۳۸ بود که تا حداکثر ۳ بار نوسان داشت. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

متغیرهای پیشگو در بستری روان‌پزشکی

به منظور تعیین نقش عوامل احتمالی مرتبط با دفعات بستری روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی بیماران از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که از بین کلیه متغیرها سن، نوع اختلال روان‌پزشکی و دفعات خودکشی بیمار با دفعات بستری بیمار رابطه معنی‌داری دارد؛ به طوری که این سه متغیر روی هم ۲۵/۳ درصد پدیده بستری روان‌پزشکی را تبیین می‌کند. ضریب بتای به دست آمده نشان می‌دهد که به ازای هر واحد افزایش انحراف معیار دفعات اقدام به خودکشی، تغییر اختلال روان‌پزشکی از غیر سایکوتیک به سایکوتیک و سن، شانس بستری بیمار به ترتیب ۵۶/۵ درصد، ۲۱ درصد و ۳/۴ درصد افزایش می‌یابد (جدول ۱).

اختلالات دوقطبی (Bipolar disorder یا BID)، ۳ اختلالات سایکوتیک (اسکیزوفرنی و زیرمجموعه‌های آن) و ۴ اختلالات نوروتیک و غیر سایکوتیک مانند OCD (Obsessive-compulsive disorder)، Adjustment disorder و... شایع‌ترین تشخیص روان‌پزشکی برای دو گروه به ترتیب اهمیت MDD، BID، Psychotic disorder و Non psychotic disorder بود. در گروه مورد، شایع‌ترین تشخیص روان‌پزشکی MDD (۵۱ درصد) و کمترین آن اختلالات سایکوتیک را نشان داد (۳/۱ درصد)، اما در گروه شاهد شایع‌ترین تشخیص روان‌پزشکی BID (۴۸ درصد) و کمترین آن اختلالات نوروتیک و غیر سایکوتیک بود (۳/۱ درصد) که این تفاوت‌ها از نظر آماری اختلاف معنی‌دار داشت ($P = 0/001$).

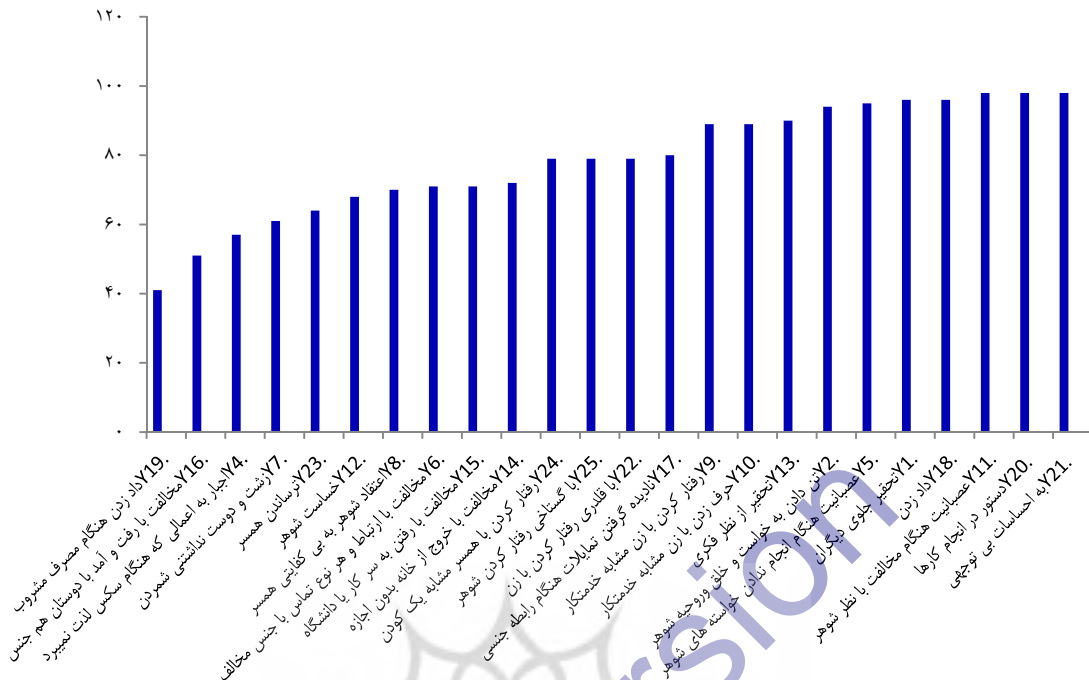
رابطه سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی و شدت آن‌ها با نوع اختلال روان‌پزشکی

اکثر شرکت کنندگان گروه مورد (۸۵/۷ درصد) تجربه سوء رفتار فیزیکی را در طیف وسیعی گزارش نمودند. شایع‌ترین نوع آن، "تحقیر با خشونت" و کم‌ترین آن، "تلاش برای خفه کردن یا بالشت یا سایر اجسام" بود (شکل ۱). بدون استثنا همه شرکت کنندگان گروه مورد تجربه سوء رفتار غیر فیزیکی نیز داشتند. شایع‌ترین نوع آن، "ابراز عصبانیت هنگام مخالفت با نظر همسر و دستور دادن در انجام کارها و بی‌توجهی به احساسات همسر" گزارش شد و کم‌ترین آن، "عصبانیت هنگام مخالفت با همسر به خاطر مصرف الکل و مواد" بود (شکل ۲). سایر موارد سوء رفتار، در شکل‌ها مشخص شده است.

بین خشونت فیزیکی و نوع اختلال روان‌پزشکی تفاوت معنی‌دار دیده شد ($P = 0/000$, $df = 3$). بر اساس آزمون Cramer این ارتباط به نسبت ضعیف می‌باشد (۰/۳۶۸). همچنین، بین خشونت غیر فیزیکی با نوع اختلال روان‌پزشکی نیز رابطه معنی‌دار دیده شد ($P = 0/000$, $df = 3$) و آزمون Cramer این رابطه را ۰/۳۳۶ برآورد کرده است که باز هم این رابطه به نسبت



شکل ۱. توزیع فراوانی نوع سوء رفتار فیزیکی در گروه مورد



شکل ۲. توزیع فراوانی نوع سوء رفتار غیر فیزیکی در گروه مورد

جدول ۱. نتایج آزمون رگرسیون برای تعیین عوامل احتمالی مؤثر در دفعات بستری

نام متغیر	B	Beta	Sig level	t
دفعات خودکشی	۰/۵۶۵	۰/۴۹۱	.	۷/۲۹
سن	۰/۰۳۴	۰/۲۸۳	.	۴/۳۳
نوع اختلال روان پزشکی	۰/۲۱۰	۰/۱۳۲	۰/۰۴۳	۲/۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، تعیین رابطه احتمالی بین پدیده همسرآزاری (سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی همسر) با دفعات بستری روان پزشکی بود. برای دستیابی به این هدف از روش مورد-شاهدی استفاده شد که ۹۸ نفر در هر گروه شرکت داشتند. در گروه شاهد (بدون تجربه سوء رفتار) متوسط دفعات اقدام به خودکشی و دفعات بستری بیماران به ترتیب حدود ۰/۳۸، ۲ و در گروه مورد (با تجربه سوء رفتار) متوسط دفعات اقدام به خودکشی و دفعات بستری به ترتیب ۱/۲۴ و ۱/۸ بود. برای بررسی سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی در گروه مورد از پرسش‌نامه Hudson استفاده شد (۳۱). اکثر شرکت کنندگان گروه مورد طیف وسیعی از سوء رفتار فیزیکی را تجربه نموده که شایع‌ترین آن "تحقیر با خشونت" و کم‌ترین آن "تلاش برای خفه کردن با حوله و بالش" بود، اما بدون استثنا همه شرکت کنندگان گروه مورد سوء رفتار غیر فیزیکی را گزارش کردند که شایع‌ترین نوع آن "بی‌توجهی به احساسات و دستور دادن در انجام کارها" و کم‌ترین آن "عصبانیت هنگام مخالفت با مصرف مواد و الکل همسر" بود. شایع‌ترین اختلال روان پزشکی برای گروه مورد MDD و برای گروه شاهد BID گزارش شد. از بین متغیرهای پیشگو سن، دفعات اقدام به خودکشی و نوع

اختلال روان پزشکی رابطه معنی‌داری با دفعات بستری روان پزشکی داشت. برخلاف انتظار، بین سابقه سوء رفتار (فیزیکی و غیر فیزیکی) با دفعات بستری روان پزشکی رابطه معنی‌داری دیده نشد.

در جمعیت‌های غربی و برخی از مطالعات داخل کشور، حدود نیمی از زنان مورد سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی همسران قرار می‌گیرند و در این مطالعه نیز نیمی از افراد مورد مطالعه چنین تجربه‌ای را گزارش کرده‌اند (۳۰، ۲۷، ۵). در مطالعه حاضر، مشابه مطالعات انجام شده در جوامع غربی و در شهر ساری قربانیان سوء رفتار توسط شریک زندگی، گرفتار خطرات متعدد از جمله سوء مصرف مواد (۲۷، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۵)، دردهای مزمن (۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۵)، افسردگی (۲۷، ۱۹، ۱۶، ۵)، اضطراب (۳۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵)، افکار خودکشی و دیگرکشی (۲۰، ۱۴) می‌باشند. در مطالعه انجام شده در امریکا شباهت بسیاری از نظر گرفتاری به افسردگی در کسانی وجود دارد که مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند؛ به گونه‌ای که در امریکا ۲ برابر و در مطالعه حاضر ۱/۵ برابر می‌باشد (۵). به طور کلی با توجه به مطالعات، سوء رفتار می‌تواند شانس ابتلا به اختلالات روان پزشکی را بین ۳/۵ تا ۵/۶ بار افزایش دهد (۱۹) که مطالعات ایرانی هرچند کیفی تصدیقی برای ارتباط قوی بین سوء رفتار و پیامدهای روانی

نشان داد که متغیرهای مطالعه تنها توانسته‌اند تا ۲۵ درصد پدیده دفعات بستری را توجیه نمایند؛ در حالی که انتظار ما آن است که با لحاظ نمودن متغیرهای دقیق‌تر این درصد افزایش یابد. همچنین، تشخیص‌های روان‌پزشکی مطرح شده برای بیماران می‌تواند همواره در حال تغییر باشد. از این‌رو، بهتر آن است که به طور کمی و دقیق شدت و نوع علائم بیماران مورد به مورد تعیین و ثبت گردد که متأسفانه به دلایل مختلف این فرصت فراهم نشد.

در بعد بالینی، یافته‌های مطالعه یادآور توجه ویژه درمانگر نسبت به موضوع آزار و اذیت زنان بستری با اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد. در این رابطه، درمانگر بهتر است با یک چشم دفعات اقدام به خودکشی و با چشم دیگر سابقه سوء رفتار را در قضاوت بالینی و تصمیم به بستری لحاظ نماید. از آن‌جا که تأثیرات منفی همسرآزاری در دوران بارداری در مطالعات مشخص شده، توصیه می‌شود که کلیه درمانگاه‌های مراقبت از بارداری به طور معمول غربالگری همسرآزاری را انجام دهند تا موارد شناسایی شده و مشاوره لازم انجام گیرد. این گونه مراکز باید به گونه‌ای طراحی شود تا در مواقع احساس خطر این دسته از افراد مورد آزار قرار گرفته به این مراکز پناه آورند و از حمایت مددکاران، روان‌شناسان و مقامات انتظامی این مراکز برخوردار شده و از جان خود و فرزندانشان رفع خطر نمایند. در بعد اجتماعی و اقتصادی، پرواضح است که درمان اختلالات روان‌پزشکی زمان‌بر و پیشرفت درمانی بسیار دیرپا است. برای دستیابی به تأثیر درمان‌های دارویی بهتر است تا مداخلات حمایتی حقوقی و همچنین، بازتوانی برای بیماران زن با تجربه ناخوشایند سوء رفتار لحاظ شود. از آن‌جایی که این زنان از یک طرف برچسب بیمار روانی و از طرفی تجربه خشونت را به شکل تلخ چشیده‌اند، بیش از پیش و فراتر از تصور ما در موقعیت‌های ضعیف‌تری در اجتماع قرار می‌گیرند، شاید درگیر کردن خانواده‌ها به خصوص اصلاح روابط همسران این قربانیان باید همزمان با درمان روان‌پزشکی آن‌ها صورت گیرد؛ به طوری که با آموزش همسران در خصوص مهارت‌های زندگی و داشتن تعاملی مثبت در خانواده از طریق گسترش فرهنگ گفتگو، همفکری، مشورت، مذاکره و مدیریت تضادها در خانواده بتواند در کاهش این معضل نقش مفیدی داشته باشد. در بعد پژوهشی، برای توسعه فرضیه خشونت و اختلال روان‌پزشکی لازم است تا چهارچوب نظری با حجم نمونه بیشتر و شیوه‌های آماری دقیق‌تر انجام گیرد. در مجموع، می‌توان به این جمع‌بندی رسید که هر چند پدیده همسرآزاری به طور مستقیم در قضاوت بالینی و تصمیم بستری توسط پزشک اهمیت زیادی نداشته، اما در مطالعات بعدی می‌توان به عنوان یک متغیر تعدیل‌گر و میانجی‌گر مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای به شماره ۸۷۱۱۱۱۱۴۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. از زحمات بی‌دریغ سرکار خانم خلیفه سلطانی و اعضای محترم شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری که با توصیه‌ها و منویات ارزشمند خود ما را در این مهم یاری نمودند، کمال سپاسگزاری را داریم. شرکت کنندگان در این مطالعه و کادر پرستاری بخش روان‌پزشکی زنان بیمارستان خورشید نیز از چشمان ما غافل نمانده و از آن‌ها به خاطر همکاری و شکیبایی قدردانی می‌کنیم.

آن است (۲۴، ۲۵). مطالعات انجام شده حاکی از آن است که پاسخ به درمان در افراد با تجربه سوء رفتار کمتر از افراد بدون چنین تجربه‌ای است و در نهایت، دفعات خودکشی و بستری زیاد شده است که با مطالعه ما همخوانی دارد (۳۲). این مشاهدات باید با لحاظ نمودن محدودیت‌های مطالعه مورد تجزیه و تحلیل و بهره‌برداری قرار گیرد. پرواضح است که مطالعات انجام شده در حوزه همسرآزاری به طور عمده به بررسی فراوانی این پدیده در بین جمعیت‌های عادی پرداخته؛ در حالی که مطالعه حاضر به گروهی از زنان اختصاص دارد که از دو جهت حایز اهمیت می‌باشد. اول این که تجربه ناخوشایند سوء رفتار را داشته و دوم این که همواره باید با برچسب بیمار روانی تا پایان عمر به زندگی خود ادامه دهد. مطالعات قبلی به ندرت به این موضوع توجه نموده‌اند. مدت زمان لحاظ شده در مطالعه مستلزم صبر، پایداری و تلاش برای ایجاد رابطه حرفه‌ای با هر یک از بیماران بود و برای پرسشگری که خود عضو تیم درمانی نبود، این کار پرمشقت بود. با این حال، آموزه‌های زیادی از جمله درد، رنج و مشقت این زنان با ما در میان گذاشته شد که در یادگیری حرفه‌ای و اولویت دادن به این گروه در کار پزشکی، پژوهشگر را متاثر ساخت. پرسش‌نامه‌ای که در این مطالعه استفاده شد، در یک فرهنگ متفاوت اجرا شده بود که اجرای آن در فرهنگ ایرانی با اما و اگرهایی روبرو بود. اجرای این پرسش‌نامه خود یک تجربه نو و زمینه‌ای برای ایجاد بینش و نگرش نسبت به ماهیت خشونت علیه زنان شد. در مطالعات ایرانی کمتر پژوهشگری از این پرسش‌نامه استفاده نموده است که این ویژگی نیز بار دیگر مطالعه را از دیگر مطالعات متمایز می‌سازد. نکته قابل توجه در مطالعه حاضر این است که وجود یا عدم وجود سوء رفتار در بستری بیماران بی‌تأثیر بود، اما با افزایش سن و دفعات اقدام به خودکشی و تغییر اختلال روان‌پزشکی از غیر سایکوتیک به سایکوتیک، دفعات بستری افزایش یافته که این واقعیت می‌تواند حاکی از آن باشد که سوء رفتار به خودی خود برای درمانگر در رسیدن به تصمیم‌گیری برای بستری تأثیر چندانی نداشته است؛ در حالی که معیار و ملاک بستری درمانگر بیش از آن که سوء رفتار فیزیکی یا غیر فیزیکی باشد، دفعات اقدام به خودکشی قبلی بیمار است. به عنوان یک نقطه عطف در این مطالعه، این مشاهده به موضوعی اشاره دارد که بهتر است تا پیش از هر چیز سوء رفتار با بیمار به عنوان یک متغیر تعیین‌کننده تصمیم بستری لحاظ شود؛ چرا که عدم توجه به این موضوع می‌تواند با پیامدهای ناخوشایند مانند اقدام به خودکشی و انحرافات اجتماعی همراه باشد. با وجود این، نقاط قوت پس از انجام مطالعه نقاط ضعف زیادی در این کار به چشم می‌خورد که نباید از نظر خواننده دور باشد. اول این که مطالعه بر روی جمعیت محدودی انجام شده بود و این جمعیت نمی‌تواند نماینده درصد قابل توجه بیماران زن با اختلالات روان‌پزشکی باشد. از این‌رو، تکرار مطالعه مشابه باید با حجم نمونه بزرگ‌تر و لحاظ نمودن متغیرهای بیشتری جهت همسان‌سازی دو گروه صورت گیرد. نکته دیگر این که مطالعه در یک بخش روان‌پزشکی با شرایط ویژه از لحاظ فیزیکی که هدف درمانی دارد، انجام شده است. دور از واقعیت نیست که جو حاکم بر محیط درمان، فاز بیماری و تأثیرات دارویی در بیان برخی تجارب به خصوص موضوع خشونت که همواره در جامعه به عنوان یک تابو است، تأثیرگذار می‌باشد. از این‌رو، بهتر آن بود که در شرایط متفاوت که بیمار از ثبات روحی بیشتر برخوردار بوده و تأثیرات محیطی نیز به حداقل رسیده باشد، انجام شود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، ضعف چهارچوب نظری مطالعه است. تنها برخی از مؤلفه‌های سوء رفتار از جمله فراوانی و شدت لحاظ شدند و آزمون رگرسیون

References

1. Logan D. Family center and society health nursing. Trans. Harvabadi S. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences Publications; 2006. p. 552-63. [In Persian].
2. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *J Interpers Violence* 1999; 14(8): 839-70.
3. Ganley AL. Domestic Violence: A National curriculum for child protective services. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund; 1996.
4. Sharon J, Reeder L. Violence toward women in the childrearing years. *Maternity nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott; 2001. p. 891.
5. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012; 75(6): 959-75.
6. Haggerty LA, Goodman LA. Stages of change-based nursing interventions for victims of interpersonal violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(1): 68-75.
7. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Police-reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization. *Matern Child Health J* 2004; 8(2): 55-63.
8. Lehrer JA, Shrier LA, Gortmaker S, Buka S. Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics* 2006; 118(1): 189-200.
9. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med* 2009; 169(18): 1692-7.
10. Burke JG, Thieman LK, Gielen AC, O'Campo P, McDonnell KA. Intimate partner violence, substance use, and HIV among low-income women: taking a closer look. *Violence Against Women* 2005; 11(9): 1140-61.
11. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9(5): 451-7.
12. Coker AL, Smith PH, Fadden MK. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *J Womens Health (Larchmt)* 2005; 14(9): 829-38.
13. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359(9314): 1331-6.
14. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues* 2004; 14(1): 19-29.
15. Fals-Stewart W, Kennedy C. Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2005; 29(1): 5-17.
16. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG, editor. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
17. Koopman C, Ismailji T, Holmes D, Classen CC, Palesh O, Wales T. The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *J Health Psychol* 2005; 10(2): 211-21.
18. Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *J Trauma Stress* 2005; 18(6): 685-96.
19. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 1999; 14(2): 99-132.
20. Meadows LA, Kaslow NJ, Hompson MP. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol* 2005; 36(1): 109-21.
21. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Costs of intimate partner violence against women in the United States [Online]. [cited 2003]; Available from: URL: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipvbook-a.pdf>
22. Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, He H, Talbot NL. Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women. *Depress Anxiety* 2012; 29(2): 123-30.
23. Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord* 2011; 134(1-3): 20-31.
24. Faramarzi M, Esmailzadeh S, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2005; 11(5-6): 870-9.
25. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict* 2010; 25(1): 116-27.
26. Salehi Fadardi J, Ziaee SS. A comparative study of anxiety, stress, and depression in physically abused and non-abused Iranian wives. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2009; 3(2): 15-24.
27. Ghahhari S, Mazdarani S, Khalilian A, Zarghami M. Spouse Abuse in Sari-Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2008; 2(1): 31-5. [In Persian].

28. Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28: 152.
29. Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112(1): 15-7.
30. Farhadian T. Prevalence of physical and sexual abuse deliberation and determination of the related factors on it in women and children. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(10): 92-6. [In Persian].
31. Thompson MP, Basile K, Hertz M, Sitterle D. *Measuring Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
32. Woods AB, Page GG, O'Campo P, Pugh LC, Ford D, Campbell JC. The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN-gamma levels. *Am J Community Psychol* 2005; 36(1-2): 159-75.



A History of Abuse by Husband and Its Role on Re-hospitalization and Suicide Attempts among Women Admitted to Psychiatric Ward: A Case-control Study

Gholamreza Ghasemi¹, Farimah Rezaeian-Boroujeni²

Original Article

Abstract

Aim and Background: A significant number of women who succumb to psychiatric illness are the victims of wife battering. No appreciable attempt has been made to further explore this issue in Iranian context. The aim of this study was to examine the association between wife battering and psychiatric hospitalizations and suicide attempts.

Methods and Materials: Ninety-eight women with history of wife battering and equal number of women without such history were randomly selected and assigned into case and control groups from female patients admitted to the psychiatric ward in Khorshid Hospital in Isfahan, Iran, 2015. They were screened for history of physical and non-physical intimate partner abuse by means of the Persian version of Intimate Partner Abuse Scale of Hudson.

Findings: The mean suicide attempts was higher in case group but both groups had equal number of rehospitalization. No significant association was noted between partner abuse and psychiatric rehospitalization while age, frequency of suicide attempt and type of psychiatric disorder were the major predictors of psychiatric rehospitalization.

Conclusions: Report of abuse does not necessarily lead to hospitalization of female psychiatric patients. It seems that age, history of suicidal attempt and current intent to suicide, and the severity of psychiatric illness are the main factors in patient hospitalization. It sounds reasonable that clinical psychiatrist takes the impacts of domestic violence in account while managing female psychiatric patients.

Keywords: Women, Physical abuse, Non-physical Abuse, Psychiatric disorders

Citation: Ghasemi G, Rezaeian-Boroujeni F. A History of Abuse by Husband and Its Role on Re-hospitalization and Suicide Attempts among Women Admitted to Psychiatric Ward: A Case-control Study. J Res Behav Sci 2016; 14(3): 302-9.

Received: 29.05.2016

Accepted: 31.08.2016

1- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Farimah Rezaeian-Boroujeni, Email: farimah.re@gmail.com