

تجربه زنان بستری در بخش روانپزشکی از روابط خانوادگی - زوجی:

یک پژوهش کیفی

مهین امین الرعايا¹، دکتر عباس عطاری²، فریبا نوری³، فاطمه قاسمی⁴

The Experience of Couple-Family Relationship in Female Psychiatric Inpatients: A Qualitative Study

Mahin Aminoroaia*, Abbas Attari^a, Fariba Noori^b, Fatemeh Ghasemi^c

Abstract

Objectives: The goal of the present study was to describe the experience of female psychiatric inpatients, of couple-family relationships. **Method:** The method of phenomenology was used in this qualitative study. The subjects comprised female patients hospitalized in Noor Psychiatric Hospital in Isfahan. Fourteen subjects were selected using purpose-oriented sampling, up to reaching data saturation. Data were collected using an unstructured interview and Colaizzi's seven stage process was used for data analysis.

Results: The findings were classified in 847 conceptual codes. Subsequent to the fourth level coding, the data were divided into two main groups: (1) causes of the illness and their aggravating factors (behavior of spouse, behavior of spouse's family, behavior of subject, miscellaneous factors and childhood and adolescence period), and (2) subjects' reactions (to the behavior of spouse, toward continuing to live and to sexual relation with spouse). **Conclusion:** Women experience many negative events in their marital life, with undesired effects on mental health. Taking these issues into consideration and providing families and couples with related education could have significant effects in improving mental health among women.

Key words: women; psychiatric disorders; family relationships; couple relationships; qualitative study

[Received: 28 February 2010; Accepted: 4 September 2010]

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف توصیف تجربه زنان بستری در بخش روانپزشکی از روابط خانوادگی - زوجی انجام شد. **روش:** پژوهش کیفی حاضر از روش پدیدارشناسی بهره برد. جامعه پژوهش، زنان بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان بودند. با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و تا رسیدن به حد اشباع داده‌ها، تعداد 14 نفر بررسی شدند. داده‌ها با مصاحبه غیرساختاری گردآوری و به روش هفت مرحله‌ای کلایزی تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها در 847 کد مفهومی و در نهایت در کدبندی سطح چهارم در دو دسته اصلی قرار گرفتند؛ (1) علل بیماری و عوامل تشدیدکننده آن (رفتار همسر، رفتار خانواده همسر، رفتار آزمودنی، عوامل متفرقه و دوران کودکی و نوجوانی) و (2) واکنش‌های آزمودنی (نسبت به رفتار همسر، نسبت به ادامه زندگی و نسبت به روابط جنسی با همسر). **نتیجه‌گیری:** زنان در سال‌های زندگی مشترک، تجارب منفی بسیاری را تجربه می‌کنند، که اثر ناخوشایندی بر سلامت روان دارد. توجه به این مسایل و ارائه آموزش به همسران و خانواده‌ها می‌تواند در ارتقای سلامت روانی زنان تأثیر زیادی داشته باشد.

کلیدواژه: زن؛ اختلال روانپزشکی؛ روابط خانوادگی؛ روابط زوجی؛

پژوهش کیفی

[دریافت مقاله: 1388/12/9؛ پذیرش مقاله: 1389/6/13]

¹ کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، کارشناس پژوهش، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. داورنگار: 0311-2222135 (نویسنده مسئول) E-mail: aminoroaia@nm.mui.ac.ir؛ ² روانپزشک، استاد گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ³ کارشناسی ارشد روانشناسی، کارشناس روانشناسی بالینی بیمارستان نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ⁴ کارشناسی روانشناسی، کارشناس روانشناسی بالینی بیمارستان نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

* Corresponding author: MA. in Educational Management. Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran, IR. Fax: +98311-2222135, E-mail: aminoroaia@nm.mui.ac.ir; ^a Psychiatrist, Professor of Behavioral Sciences Research Center of Isfahan University of Medical Sciences; ^b MA. in Psychology, Noor Hospital, Isfahan University of Medical Sciences; ^c BA. in Psychology, Noor Hospital, Isfahan University of Medical Sciences.

مقدمه

همسرکشی و اقدام به خودکشی است، که در بسیاری از موارد به بستری شدن زنان در بخش‌های روانپزشکی منجر می‌شود. یافته‌های به‌دست‌آمده در بررسی نظام‌مند پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران نشان‌دهنده ارتباط میان اختلال‌های روانی و خودکشی است (قریشی و موسوی‌نسب، 2008). در آمریکا سالانه 300 هزار نفر خودکشی می‌کنند و برآورد شده است که 25% بیماران افسرده دست‌کم یک بار در طول زندگی خود اقدام به خودکشی می‌کنند (مالون⁹، سزانتو¹⁰، کوریبت¹¹ و مان¹²، 1995). خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای غربی پایین‌تر، ولی از کشورهای خاورمیانه بالاتر است (مرادی و خادمی، 2002). خلخالی، رهبر، فردمسعود و جمادی (2001) در بررسی حوادث زندگی اقدام‌کنندگان به خودکشی، نشان دادند شایع‌ترین حادثه زندگی پیش از اقدام به خودکشی، مشکلات خانوادگی - زوجی با فراوانی 76/1% بوده است. به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی نقش انکارناپذیر روابط خانوادگی - زوجی را در کیفیت زندگی همسران، نیز در مشکلات روانی - اجتماعی آنان آشکار ساخته است. بنابراین بررسی نقش این روابط از نزدیک و با رویکرد پدیدارشناختی¹³ بسیار مهم است. با توجه به این مطالب، هدف پژوهش حاضر، توصیف تجربه‌های زنان بستری از روابط خانوادگی و رابطه با همسر بود.

روش

بررسی کیفی حاضر با روش پدیدارشناختی انجام شد. روش پدیدارشناسی عبارت است از فرآیند شناخت معنای تجربه انسانی، به‌وسیله گفت‌وگو با اشخاصی که آن پدیده را تجربه کرده‌اند (ود¹⁴ و هابر¹⁵، 2002). جامعه پژوهش را زنان بستری بخش روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان تشکیل دادند. معیارهای ورود عبارت بود از: روان‌پریش نبودن، توانایی انجام مصاحبه و رضایت به انجام مصاحبه. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف¹⁶ برای انتخاب آزمودنی‌ها به کار رفت؛ در این روش، پایه انتخاب

خانواده اصلی‌ترین نهاد جامعه و مهم‌ترین الگوی رفتار اجتماعی است، به‌طوری‌که بسیاری از پژوهش‌های علوم اجتماعی روی این نهاد انجام (واسوندهرا¹ و باساونتا²، 2004) و برای ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری، روی خانواده سرمایه‌گذاری شده است (دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت³، 2000). در دنیای امروز نقش خانواده در توسعه اجتماعی قابل چشم‌پوشی نیست. اگر خانواده‌ها سالم و متعادل نباشند، جامعه نمی‌تواند ادعای سلامتی کند. خانواده‌هایی که در آنها زن و شوهر با هم تفاهم دارند و از زندگی احساس رضایت می‌کنند، کارکرد مناسب‌تری داشته، نقش خود را بهتر ایفا می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند رضایت زناشویی⁴ یکی از عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی است (ساروخانی، 2006؛ استان‌هوپ⁵ و لنکاستر⁶، 2000). مشکلات خانوادگی، رضایت‌مندی از خانواده و شیوه همسرگزینی از مواردی است که از کیفیت کارکردهای خانواده تأثیر می‌پذیرد. بنابراین پژوهشگران می‌کوشند با تقویت کارکردهای خانواده، سلامت خانواده را ارتقا دهند (سامانی، 2008). یافته‌های پژوهشی نشان داده است 18% زنان از ناسازگاری و نبود تفاهم در خانواده رنج می‌برند (بخشی، اسدپور و خدادادی‌زاده، 2007)، این در حالی است که رضایت از ازدواج و وضعیت خوب زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در میزان اختلال‌های روانی و عاطفی در کل جامعه و در بیماران در حال درمان در مراکز روانپزشکی است (کینگ⁷ و برناردی⁸، 2003).

جایگاه روابط زوجی - خانوادگی، به‌ویژه در ذهن زنان ایرانی، برابر با «زندگی» است، پدیده‌ای درخور توجه و متمایز از آن‌چه در متون رسمی و مرجع جهان‌شمول به چشم می‌خورد. در واقع روابط زوجی - خانوادگی، اگرچه بخشی مهم، ولی تنها «بخشی» از زندگی است. بهره‌مندی همسران ایرانی از روابط خوب زوجی، در بسیاری از مواقع حتی پذیرش اختلال‌های روانپزشکی در طرف مقابل را نیز آسان می‌کند و به‌عکس آشفتگی روابط زوجی زمینه‌ساز پیدایش یا بزرگ‌نمایی مشکلات می‌شود. گسست عاطفی، بی‌توجهی، علاقه‌نداشتن به همسر و نداشتن مهارت‌های لازم در مواجهه با این مسایل، زمینه‌ساز اختلال در همسران و به‌ویژه در زنان می‌شود. پیامد چنین فرآیندی، بروز رفتارهای اجتنابی میان زوجی، روابط آشفته زناشویی، خشونت، افسردگی،

- 1- Wasond Hera
- 2- Basavantapa
- 3- European office of World Health Organization
- 4- marital satisfaction
- 5- Stanhope
- 6- Lancaster
- 7- King
- 8- Bernardy
- 9- Malone
- 10- Szanto
- 11- Corbitt
- 12- Mann
- 13- phenomenological
- 14- Wood
- 15- Haber
- 16- purposive sampling

آزمودنی، عوامل متفرقه و دوران کودکی و نوجوانی) و (2) واکنش‌های آزمودنی (نسبت به رفتار همسر، نسبت به ادامه زندگی و نسبت به روابط جنسی با همسر) تنظیم شد.

الف) علل بیماری و عوامل تشدیدکننده آن

1) رفتار همسر

نداشتن احساس مسئولیت، ناتوانی در انجام کار، طعنه زدن، تغییر ندادن رویه و احساس، بی‌برنامگی، دروغ‌گویی، عصبانیت و بداخلاقی، اعتیاد و مصرف سیگار، ناسازگاری با دیگران، غر زدن، لجبازی، بزرگ کردن مسایل، تهمت زدن، اجرایی نکردن شرط‌های پذیرفته شده زمان ازدواج، ایراد گرفتن، وعده‌های بی‌ثمر و بدقولی، بی‌عاطفه بودن، محدودیت قابل شدن برای همسر، تهدید به ترک خانه، بی‌توجهی به احساس و نیازهای همسر، حمایت نکردن و انتظار بی‌جا از همسر، همکاری نداشتن با همسر، کتک زدن، اذیت و آزار، دعوا و جروبحث، علاقه نداشتن به همسر، اوقات تلخی و بدبین بودن از موارد نسبت داده شده به همسر بود. «همسر خیلی لجباز شده، روابطمون خیلی بده، اخلاق نداره، غر میزنه و به هیچ چیز توجهی نداره، از همه ناراحت است و با هیچ کس سازگاری ندارد» و «همسر اصلاً عاطفه ندارد، تابه حال یک بار شاخه گلی برای من نگرفته، او نیازهای مرا درک نمی‌کند، من با او ساختم و برای بچه‌هایم صبر کرده‌ام، هیچ سالی روز زن برایم کادو نخریده، هر چند که من برای او روز پدر کادو می‌خرم، از اینکه کادو نخریده ناراحت شدم، او به نیازهای من بی‌توجه است، او به میل من رفتار نمی‌کند، مثلاً بگه دوست دارم و به خانم مرا صدا کند» گفته‌های آزمودنی کد 14 و 3 در مورد همسرانشان بود. در کل بی‌توجهی همسر به احساس و نیاز زنان، بسیار مورد تأکید قرار گرفت که نشانه نیاز آنان به مورد توجه و حمایت قرار گرفتن از سوی همسرشان بود. برای نمونه آزمودنی کد 7 می‌گوید «شوهرم رفتار خوبی ندارد، پسر من هم از او یاد گرفته، با وجود بیماری‌های زیاد (به‌ویژه برداشتن سینه‌ام)، شوهرم اصلاً توجهی به من ندارد، نسبت به خانواده توجهی نمی‌کند، به دلیل بیماری نمی‌توانم کار کنم، شوهرم هم کمک نمی‌کند و توقعاتش از من زیاد است».

از دیگر موارد شایسته توجه، بدبینی شوهر است؛ آزمودنی کد 13 می‌گوید: «یک بار از دست بدبینی‌های شوهرم

فرد برای شرکت در پژوهش، اطلاعات خاص او از پدیده مورد نظر و هدف گردآوری این اطلاعات است. در این روش، حجم نمونه از فرمول خاصی پیروی نمی‌کند و گردآوری اطلاعات تا زمانی که داده‌ها به حد اشباع برسد، ادامه می‌یابد. (استربرت¹ و کارپنتر²، 2003). بنابراین نمونه‌گیری با نخستین مصاحبه آغاز و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه می‌یابد. در پژوهش حاضر از 14 نفر از زنان بستری مصاحبه غیرساختاری³ انجام شد. پس از گرفتن مجوزهای لازم، دریافت معرفی‌نامه از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و هماهنگی با مسئولان بیمارستان، آزمودنی‌های دارای شرایط ورود، انتخاب شدند. برای جلب رضایت آزمودنی‌ها، پژوهشگران افزون بر معرفی خود، در مورد پژوهش، توضیح کافی ارائه کردند. مصاحبه‌ها در اتاق روانشناسی بخش، که خلوت و دور از مزاحمت‌های محیطی بود، بین 40 تا 60 دقیقه انجام شد. محور مصاحبه، تاریخچه زندگی زناشویی آزمودنی‌ها بود که با پرسش‌های باز (در مورد دلیل بستری شدن، مسایل تشدیدکننده نشانه‌ها و چگونگی رابطه با همسر) مورد بررسی قرار گرفت. افزون بر رضایت آزمودنی‌ها به انجام مصاحبه، در مورد ضبط مصاحبه نیز رضایت آنان جلب شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و کاربرد پژوهشی صرف از آنها به ایشان اطمینان داده شد. محتوای ضبط شده مصاحبه‌ها، پس از پیاده‌سازی روی کاغذ، هماهنگی با شیوه هفت مرحله‌ای کلایزی⁴ تجزیه و تحلیل شد. اعتبار بررسی از چهار بعد ارزش واقعی، کاربردی بودن، ثبات و مبتنی بر واقعیت بودن تأمین شد.

یافته‌ها

12 آزمودنی ساکن اصفهان و دو نفر ساکن شهرستان‌های اطراف اصفهان بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها 21-52 سال و شمار آنان در سطوح تحصیلی بی‌سواد، پنجم ابتدایی، سوم راهنمایی، دوم دبیرستان و دیپلم به ترتیب 3، 5، 3، 1 و 2 نفر بود. همگی متأهل و شمار فرزندان 1 تا 7 نفر بود. 8، 3، 1، 1 و 1 نفر به ترتیب برای نخستین، دومین، سومین، هفتمین و هشتمین بار بستری شده بودند.

از 14 مصاحبه انجام شده در مرحله سوم کلایزی در کل 847 کد مفهومی به دست آمد که در کدبندی نهایی سطح چهارم در دو دسته اصلی (1) علل بیماری و عوامل تشدیدکننده آن (رفتار همسر، رفتار خانواده همسر، رفتار

1- Strebert 2- Carpenter
3- unstructured interview 4- Collaizzi

داشت. او خیلی بی‌محبت و کم‌عاطفه است و بیشتر اوقات جروبحث داریم».

4) عوامل متفرقه

عوامل دیگری که به عنوان عوامل مؤثر در بیماری یا تشدید آن، مورد اشاره قرار گرفت، عبارت بود از: حضور همسر در خانه (به دلیل بازنشستگی یا بی‌کاری) و بنابراین شروع بحث و درگیری میان زن و مرد، تفاوت سلیقه در مسایل مختلف زندگی، اختلاف باورها، اختلاف سنی، ازدواج دوباره زن، مسایل مرتبط با ازدواج فرزندان، فشارهای زندگی، مشکلات اقتصادی، ازدواج اجباری، ایفانشدن نقش مرد در خانواده. برای نمونه گفته‌های دو آزمودنی کد 3 و 5 به ترتیب عبارت بود از: «همیشه دلهره دارم... خرج دانشگاه بچه‌ها، پدرشان به هیچ عنوان به فکر نیست، خودم همه کاره هستم، هر کاری از دستم بریاید، انجام می‌دهم. پدرشان فقط به فکر خوردن و خوابیدن است» و «بچه‌هایم گفتند برو از پدرمان طلاق بگیر، با پسر بزرگم رفتیم و از او جدا شدم... سه سال گذشت، سربار خواهر بزرگترم بودم، آنها مرا وادار به ازدواج دوباره کردند و حالا همسر من می‌گوید اگر خوب بودی، با شوهر قبلی‌ات می‌ساختی. می‌گوید اثبات‌ات را می‌گذارم در ماشین و برو. همیشه جروبحث داریم، به دلیل اختلاف سنی‌مان».

5) دوران کودکی و نوجوانی

برخی از آزمودنی‌ها به دوران کودکی و نوجوانی و اتفاق‌هایی که هرگز نمی‌توانند فراموش کنند، اشاره کردند؛ فوت پدر و مادر و پیامدهای آن، دیدن صحنه خودکشی پدر، بیماری پدر و مادر، بی‌توجهی پدر و مادر، جدایی پدر و مادر و در نهایت حضور نامادری. آزمودنی کد 12 گفت: «شش ماهه بودم که پدرم از مادرم جدا شد و من تا پنج‌سالگی نزد مادربزرگم زندگی می‌کردم، سپس با پدر و زن پدرم زندگی کردم، از همان اول حق گفتن «مامان» به زن پدرم را نداشتم. او مرا از همه پنهان می‌کرد، حتی نمی‌گذاشت به بچه‌هایش دست بگذارم، تحقیرم می‌کرد، مرا جای بد می‌خواباند و میان من و بچه‌هایش خیلی فرق می‌گذاشت. او به من می‌گفت: تو انگل زندگی من هستی. وقتی در سن بلوغ بودم، به من می‌گفت سوسک سیاه و وقتی خواستگار برای من می‌آمد، به آنها می‌گفت: از من انتظار هیچ کاری برای این

خودکشی کردم. او تریاک می‌کشید، مشروب می‌خورد و دوستانش را به خانه می‌آورد، او نسبت به من بدبین است، مرا کتک می‌زند، محدودیت‌های زیادی برای من ایجاد می‌کند، بدون همسر حق بیرون رفتن ندارم. او برای من و فرزندم محدودیت ایجاد می‌کند، پسر من از پدرش تنفر دارد».

2) رفتار خانواده همسر

عوامل مربوط به خانواده همسر، که بسیار مورد اشاره قرار گرفت، عبارت بودند از: وابستگی مالی، توقع داشتن، دخالت‌های بی‌جا، بی‌توجهی، باهم زندگی کردن، مشکل در برقراری ارتباط، توهین، بدگویی و...

3) رفتار آزمودنی

ویژگی‌های درون‌فردی و میان‌فردی آزمودنی‌ها، که مورد اشاره قرار گرفت، عبارت بود از: حساس بودن، واکنش‌های تند، علاقه نداشتن به همسر، زیاد محبت کردن به همسر، احساساتی بودن، نیاز به آرامش، ارتباط نامناسب، تنفر از همسر، مشکوک بودن به رفتار همسر، غرزدن نسبت به رفتارهای همسر، تلاش برای یاد دادن مسایل عاطفی به همسر، نیاز به توجه و جلب محبت همسر، اذیت شدن، تمایل به قتل همسر، اشتباه دانستن طلاق و ازدواج دوباره. برای نمونه گفته‌های دو آزمودنی کد 11 و 4 به ترتیب عبارت بود از: «همسر من خیلی بد است، هیچ وقت رابطه خوبی با هم نداشتم، من از همان اول دوستش نداشتم و به دلیل کارها و رفتارهای بدش از او خوشم نمی‌آمد» و «همسر من از ابتدای ازدواج به من اهمیت نمی‌داد. رابطه جنسی ما خیلی کم بود. من خیلی احساساتی بودم، ولی او به هیچ چیز اهمیت نمی‌داد؛ اگر لباس نو می‌پوشیدم، برایش فرق نمی‌کرد، اگر آرایش می‌کردم، توجهی نداشت و فکر می‌کرد برای دیگران این کار را می‌کنم، نوع و طعم غذا برایش اهمیتی نداشت. من همیشه توقعاتم را می‌گفتم، ولی او هیچ وقت تغییر نکرد».

از دیگر ویژگی‌های میان‌فردی بیان‌شده، مسایل مربوط به اطرافیان بود؛ نیاز به رفت‌وآمد با خانواده خود، نیاز به مستقل زندگی کردن بدون حضور خانواده همسر، صبوری در برابر رفتار همسر و حرف‌وحدیث‌های خانواده همسر و به‌ویژه مادرشوهر و غبطه به همسران مردان فامیل که رفتار خوبی داشتند. آزمودنی کد 7 می‌گوید: «از همان اول ازدواجم، من اهل رفت‌وآمد بودم، ولی همسر من تنهایی را بیشتر دوست

دختر نداشته باشید. تابستان‌ها مرا می‌فرستاد قالی‌بافی و کلفتی در خانه همسایه‌ها».

ب) واکنش‌های آزمودنی

1) نسبت به رفتار همسر

جواب دادن به همسر و اصرار ورزیدن در خواسته، جروبحث کردن، قهر کردن با همسر و ترک منزل، قهر کردن با خانواده همسر و قطع رفت‌وآمد، گریه و ناراحتی و غصه و افسوس خوردن، تلاش برای جلب توجه و محبت از همسر یا غیرهمسر، تلاش برای مراجعه همسر به روانپزشک، احساس سربراری، تقاضای طلاق و در نهایت خودکشی، از واکنش‌های آزمودنی‌ها نسبت به رفتار همسر بود. آزمودنی کد 13 گفت: «خیلی روحیه‌ام خراب شده بود، با شوهر و بچه‌هایم در گیر می‌شدم. حالت خفگی داشتم، از خانه فرار می‌کردم، جیغ می‌زدم، خودم را می‌زدم، خودزنی با تیغ هم داشتم. یک‌بار قرص خوردم و در بخش مسمومیت بستری شدم. از دست شوهرم و بدبینی‌هایم خسته شدم، دیگه طاقت نداشتم. همیشه باهاش درگیری دارم».

2) نسبت به ادامه زندگی

صبوری پیشه کردن برای فرزندان، با مشکل‌ها دست‌وپنجه نرم کردن، پذیرش تقدیر و قسمت، پشیمانی به دلیل جدایی از همسر، اجازه‌نیافتن برای طلاق از سوی خانواده و تشویق فرزندان به طلاق، توصیف آزمودنی‌ها از واکنش آنها نسبت به ادامه زندگی بود.

3) نسبت به روابط جنسی با همسر

تندر و بنابراین نداشتن رابطه جنسی با همسر به دلیل مسایل رفتاری، ظاهری و عاطفی همسر، توجه‌نشدن به نیازها و شرایط خاص زن، انتخاب زمان نامناسب و زیاده‌خواهی از دلیل‌های مخالفت و تندر آزمودنی‌ها از رابطه جنسی بیان شد. دو آزمودنی کد 11 و 13 (به ترتیب) می‌گویند: «هروقت شوهرم نزدیکم می‌آید، از نظر روحی خیلی اذیتم می‌کند، حرف‌هایی می‌زند که احساس می‌کنم با زن‌های دیگر رابطه داشته، یا از زن‌های دیگر تعریف می‌کند یا من را با آنها مقایسه می‌کند و خلاصه مرا زجر روحی می‌دهد». «شوهرم بیش‌ازحد دوست دارد روابط جنسی با او داشته باشم و من دوست دارم در حد معمول باشد. قبل از بیماری‌ام با وجودی که اذیت می‌شدم، کوتاه می‌آمدم. ولی از زمان بیماری‌ام دیگر حاضر نیستم، البته او هروقت بخواهد، با دعوا کارش را

پیش می‌برد و به تمایل من توجهی نمی‌کند، چون من اصلاً برایش مهم نیستم».

بحث

بنابر گفته آزمودنی‌ها، رفتارهای منفی همسر مانند پرخاشگری، احساس مسئولیت نکردن، توجه نکردن به نیازهای همسر، بداخلاقی، معتادبودن، کتک‌زدن و اذیت و آزار، لجبازی، بی‌عاطفه‌بودن، جروبحث کردن و... از عوامل مؤثر در بروز یا تشدید بیماری آنها بود. بر پایه نظریه خانواده‌درمانی گلا‌دینگ¹ (2003)، در خانواده‌های کارآمد، همسران با ابراز عشق و علاقه متقابل، در صدد احترام گذاشتن به طرف مقابل هستند و در خانواده‌های ناکارآمد، درگیری‌ها و اختلاف‌ها به صورت حمله شخصی اعضا نسبت به یکدیگر و رفتارهای خشونت‌آمیز وجود دارد. خانواده‌های سالم از نظر کیفی و کمی اوقات خوبی را با یکدیگر سپری می‌کنند و دارای الگوهای مؤثر ارتباطی هستند.

بدرفتاری با زن افزون بر مشکلات جسمی، پیامدهای روان‌شناختی پایدار مانند افسردگی، اقدام به خودکشی و بروز استرس پس از حادثه را به دنبال دارد (رفیعی‌فر و پارسانیا، 2001، نقل از بلالی و حسنی، 2009). بر پایه پژوهش انجام‌شده در اورژانس مسمومیت‌های بیمارستان لقمان‌الدوله تهران مشخص شد که خشونت شوهر و اختلاف زناشویی از علل مهم اقدام به خودکشی در میان زنان است (معماری، رمیم، امیرمرادی، خسروی و گودرزی، 2006). بر پایه گزارش سازمان ملل متحد² (1995)، به نقل از بلالی و حسنی، (2009) در بلژیک، ایالات متحده آمریکا، نروژ، زلاند نو، کره، کلمبیا و گینه‌نو به ترتیب 25%، 28%، 25%، 17%، 38%، 20% و 67-58% زنان از سوی شوهرانشان مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند. شیوع بدرفتاری با همسر در انگلستان 60-39% (ریچاردسون³ و همکاران، 2002) و در آفریقای جنوبی 69% (کیم⁴ و موتسی⁵، 2002) برآورد شده است. در شیلی نیز از هر چهار زن، یک زن خشونت جسمانی و از هر سه زن، یک زن خشونت عاطفی را تجربه کرده است (مک‌ویرتر⁶، 1999). بی‌توجهی مردان نسبت به احساس و نیازهای عاطفی همسرانشان، که به وسیله آزمودنی‌ها مورد اشاره قرار گرفت، نشان‌گر نیاز مبرم آنان به دریافت توجه و حمایت از همسر

1- Gladding
3- Richardson
5- Motsei

2- United Nations
4- Kim
6- Mcwhirter

مشکلات زناشویی، رضایت کم از زندگی زناشویی و نبود حمایت از سوی پدر و مادر و بستگان با افسردگی ارتباط دارد.

آزمودنی‌ها اتفاقات مربوط به دوران کودکی و نوجوانی را نیز از عوامل مؤثر در بروز یا تشدید بیماری خود بیان کردند. در متون علمی، حوادث استرس‌زای زندگی (ناسازگاری‌های خانوادگی و مشاگره‌ها) به عنوان یک عامل برانگیزنده و بروزدهنده اختلال‌های خلقی در نظر گرفته شده است. بروز این حوادث در زمان بیماری منجر به تشدید نشانه‌ها و مقاومت در برابر درمان می‌شود (سادوک¹⁰ و سادوک، 2007). از دست دادن پدر و مادر پیش از 11 سالگی، از دست دادن همسر، مشکلات اقتصادی و بی‌کاری نیز به بروز یا تشدید افسردگی می‌انجامد (همان‌جا).

واکنش نسبت به رفتارهای همسر دامنه گوناگونی داشت؛ تلاش برای جلب توجه و محبت کردن به همسر، بحث‌وجدل با همسر، قهر کردن و ترک منزل، قطع رفت‌وآمد با خانواده همسر، تلاش برای مراجعه همسر به روانپزشک و در نهایت تقاضای طلاق. مقصودلو، قدوسی، کفاشیان، بهرام‌زاده و عطاری (2010) در بررسی 19 زن زندانی در اصفهان دریافتند بیشتر آنها پس از ازدواج برای حفظ زندگی ناخواسته خود تلاش کرده‌اند، ولی به دلیل بهره‌مند نبودن از حمایت خانوادگی و اجتماعی و دیگر عوامل ناخوشایند زندگی، مانند خشونت شدید، اعتیاد، بزهکاری و روابط خارج از زناشویی شوهر، نسبت به همسرانشان بی‌تفاوت و بیزار شده، بارها برای فرار یا طلاق تلاش کرده بودند. در ایران، میزان طلاق، سالانه در حال افزایش است؛ بر پایه آمار رسمی سازمان ثبت احوال کشور در نه ماه نخست سال 1389، نرخ طلاق نسبت به مدت مشابه سال پیش، 7/5 درصد افزایش داشته است (پایگاه اطلاع‌رسانی سلامت ایران، 2010). یافته‌های پژوهشی نشان‌گر آن است که نبود تفاهم اخلاقی، در درجه نخست و پس از آن، اعتیاد، مشکلات روانی، دخالت خانواده‌ها و اطرافیان، بی‌کاری، ازدواج دوباره و انحراف اخلاقی همسران از بیشترین دلایل مراجعه برای طلاق بوده است (یزدخواستی، منصوری، زاده‌محمدی و احمدآبادی، 2008).

است. هولی¹ و تیس‌دیل² (1989) نشان دادند پریشانی روابط زناشویی و انتقاد و عیب‌جویی همسر، از متغیرهای روانی-اجتماعی مرتبط با عود³ است. سیرتی و خاقانی‌زاده (2004) نشان دادند بیماران زن دارای سابقه بیش از یک‌بار بستری، عوامل خانوادگی مانند ناسازگاری و نبود احترام متقابل همسران نسبت به یکدیگر را در بازگشت بیماری خود مؤثر می‌دانند. یافته‌های به‌دست آمده از بررسی حاضر در مورد زنان دارای سابقه بیش از یک‌بار بستری (شش مورد) نیز با یافته بررسی بالا هم‌سو است.

بدینی مردان نسبت به همسرشان از دیگر موارد بیان‌شده به‌وسیله آزمودنی‌ها بود. در این زمینه نجفی‌دولت‌آبادی، علوی‌مجد، خاتمی‌زنوریان و محبی‌نوبندگان (2006) نشان دادند اصلی‌ترین دلیل بروز خشونت در مورد زنان متأهل، بدگمانی همسر (27%) است. پژوهش دیگر نشان داد شاخص‌ترین نوع خشونت روانی، بدگمانی مرد به همسرش است، که مشکلات زیادی مانند ازهم‌پاشیدگی و قتل در خانواده را منجر می‌شود (عارفی، 2003).

تأثیر خانواده همسر به عنوان عامل مؤثر در تشدید بیماری، که بسیاری از آزمودنی‌ها از آن یاد کردند، منجر به حساس شدن همسر، واکنش‌های تند، علاقه‌نداشتن به همسر و حتی تمایل به قتل همسر شده بود. بلالی و حسنی (2009) نشان دادند حضور دیگر افراد در کنار همسر و فرزندان در خانواده، با خشونت نسبت به زنان ارتباط دارد. به نظر می‌رسد دخالت‌های این افراد، به‌ویژه اگر محل زندگی مشترک باشد، زمینه‌ساز مشکلات خانوادگی و ایجاد خشونت خواهد بود. افزون بر این، در بیشتر موارد مشکلات اقتصادی دلیل این نوع زندگی اشتراکی است و بنابراین سهم این متغیر نیز باید در این رابطه مشخص شود (نجفی‌دولت‌آبادی و همکاران، 2006؛ صابریان، آتش‌نفس و بهنام، 2004).

پژوهش‌های بسیاری هم‌سو با پژوهش حاضر، میان افسردگی و ناهماهنگی زناشویی، ارتباط ثابت نشان داده‌اند. ازدواج‌های ناهماهنگ، عامل خطر و رضایت زناشویی، عامل محافظت‌کننده برای افسردگی است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده‌تر هستند و رفتاری خصمانه‌تر و خلقی مضطرب‌تر دارند (سایرز⁴، کوهن⁵، فرسکو⁶، بلک⁷ و سارور⁸، 2001). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند نبود حمایت اجتماعی و صمیمیت با افراد مهم زندگی، در شکل‌گیری افسردگی نقش دارد (هالوران⁹، 1998). خمسه (2002) نیز نشان داد

1- Hooley
3- relapse
5- kohn
7- Bellack
9- Halloran

2- Teasdale
4- Sayers
6- Fresco
8- Sarwer
10- Sadock

- Ghoreishi, S. A., & Mousavinasab, N. (2008). Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14*, 115-121. (Persian)
- Gladding, S. (2003). *Family therapy theory and application* (translated by F., Bahavi, B. S., Bahrami, & M. Tabrizi). Tehran: Tazkieh Publisher. (Persian)
- Halloran, E. C. (1998). The role of marital power in depression and marital satisfaction. *American Journal of Family Therapy, 26*, 3-14.
- Hooley, J., & Teasdale, J. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 229-235.
- Khalkhali, S. M. R., Rahbar, M., Fard-Masoud, R., Jamadi, A. (2001). Survey of life events in suicidal attempts. *Journal of Gilan University of Medical Sciences, 39 & 40*, 96-102. (Persian)
- Khamsea, F. (2002). The survey psychosocial factors effect on prevalence of postpartum depression in Karaj women's hospital. *Kousar Medical Journal, 7*(4), 327-331. (Persian)
- Kim, J., & Motsei, M. (2002). Women enjoy punishment: Attitudes and experiences of gender based violence among P.P.C. nurses in rural South Africa. *Journal of Social Science and Medicine, 54*, 1243-1254.
- King, A. C., & Bernardy, N. C. (2003). Stressful events, personality and mood disturbance: Gender difference in alcoholics and problem drinkers. *Addictive Behaviors, 28* (1), 171-187.
- Maghsoodloo, S., Ghodousi, A., Kafashian, A., Bahramzadeh, S., & Attari, A (2010). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15*(4), 388-397. (Persian)
- Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M., & Mann, J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *American Journal of psychiatry, 152*, 1601-1607.
- Mcwhirter, P. (1999). Domestic violence and women mental health in Chile. *American Psychologist, 54*, 37-40.
- Memari, A., Ramim, T., Amir Moradi, F., Khosravi, K. H., & ghodarzi, Z. (2006). Etiology of attempted suicide in married women. *Hayat, 12*(1), 47-53. (Persian)

در مورد واکنش بیمار نسبت به روابط جنسی با همسر، یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند مشکلات ارتباطی، شایع‌ترین دلیل کم‌شدن میل جنسی است، بنابراین برای برطرف‌شدن این مشکل، جایگزینی روش‌های سالم و جدید ارتباطی با الگوهای منفی ارتباطی لازم و ضروری است (آرمان و حسن‌زهرایی، 2006). این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو است.

در پایان یادآور می‌شود محدود بودن نمونه به زنان بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان، قابلیت تعمیم یافته‌ها به کل جامعه را با مشکل مواجه می‌سازد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از شرکت کنندگان در پژوهش، مسئول بخش روانپزشکی زنان بیمارستان نور، هم‌چنین مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، که با حمایت‌های مالی خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از آقای دکتر سعید پیرمرادی جهت همکاری در این پژوهش تشکر نمایند. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

- Arefi, M. (2003). Descriptive survey of domestic violence against women in Uroomieh. *Women studies, 1*(2), 101-119. (Persian)
- Arman, S., & Hasan-Zahrai, R. (2006). *Diagnose & treatment of sexual disorders*. Esfahan: Kankash publisher. (Persian)
- Bakhshi, H., Asadpour, M, & Khodadizadeh, A. (2007). Correlation between marital satisfaction and depression among couples in Rafsanjan. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 11*(2), 37-43. (Persian)
- Balali, M., & Hassani, M. (2009). Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15* (3), 300-307. (Persian)
- European office of World Health Organization (2000). *Dictionary in health promotion* (Translated by M. Pour-Islami, A. Samir, H. Sarmast). Tehran: Ministry of Health and Medical Education Publisher. (Persian)

- Moradi, S., & Khademi, A. (2002). survey of committed suicide in Iran and its comparison with world rates. *The American Journal of Forensic Medicine*, 8(27), 16-21.
- Najafi Dolatabadi, S. H., Alavi Majd, H., Khatamizorian, A., & Mohebbi Nobandegani, Z. (2006). Causes of violence against women referring to Tehran legal medical center in 2003. *Dena*, 1(3), 27-34. (Persian)
- Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324, 274-282.
- Saberian, M., Atashnafas, E., & Behnam, B. (2004). Survey of prevalence of domestic violence in women referred to health center in Semnan. *Journal of Koomesh*, 6(2), 115-121. (Persian)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry** (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salamatiran (2010). Retrieved from: <http://www.salamatiran.com/Nsite/Fullstory>, 20, Feb, 2012. (Persian)
- Samani, S. (2008). Developing a family process scale for the Iranian families. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2), 162-168. (Persian)
- Sarokhani, M. (2006). *Introduction to family sociology* (7thed.). Tehran: Soroush Publisher. (Persian)
- Sayers, S. L., Kohn, C., Fresco, D. M., Bellack, A., & Sarwer, D. B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25,713-735.
- Sirati, M., & Khghanizade, M. (2004). A study on the factors of remission of remission of psychiatric disorders veterans of war points of view. *Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 1, 15-23. (Persian)
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Strebert, H., & Carpenter, D. (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (3thed.). Philadelphia: Lippincott.
- Wasond Hera, M. K., & Basavantapa, B. T. (2004). *Nursing social health curriculums* (2nded.) (Translated by M. Hosseini, & Y. Hamid Zade-Arbabi) Tehran: Boshra Publisher. (Persian)
- Wood, G. B., & Haber, Y. (2002). *Nursing research*. USA: Mosby Company.
- Yazd-Khasti, H., Mansori, N., Zadeh-Mohammadi, A., & Ahmad-Abadi, M. A. Z. (2008). The relation of inclination and guilt feeling of divorce on stress; Depression and anxiety of those are to divorce in Esfahan and Arak. *Journal of Family Research*, 4(3), 263-275.