

سلامت روان و برخی تعیین‌کننده‌های فردی - اجتماعی آن در زنان تحت خشونت خانگی

لیلا امینی^۱، مریم حیدری^۲، حمیدرضا دانش‌پرور^۳

تاریخ دریافت 1393/04/14 تاریخ پذیرش 1393/06/22

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: خشونت خانگی عامل خطر طیف وسیعی از مشکلات بهداشتی، سلامت جسمی و روانی است. این مطالعه با هدف ارزیابی برخی تعیین‌کننده‌های فردی - اجتماعی مرتبط با سلامت روان زنان تحت خشونت خانگی در شهر تهران انجام شد. **مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۹۶ زن مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران، سال ۹۲ - ۱۳۹۱ انجام شد. اطلاعات دموگرافیک با پرسشنامه فردی - اجتماعی و وضعیت سلامت روان با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - 28) جمع‌آوری گردید. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میانگین سنی نمونه‌ها ۳۰/۰۲ سال با انحراف معیار ۶/۳۵ بود. ۹۹ درصد نمونه‌ها از GHQ - 28، نمره ۲۴ و بالاتر و ۹۹ درصد از افراد در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی و زیرمقیاس اضطراب، ۹۲/۹ درصد در زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی و ۸۸/۸ درصد در زیرمقیاس افسردگی نمرات ۵ و بالاتر را کسب نمودند. بررسی ارتباط زیرمقیاس‌های سلامت روانی با برخی متغیرهای فردی - اجتماعی نیز نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی با کارکرد اجتماعی و همچنین سن همسر و طول مدت ازدواج با زیرمقیاس افسردگی وجود دارد؛ اما زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی و نشانه‌های اضطرابی با هیچ‌کدام از این مشخصات ارتباط معنی‌داری نداشت. **بحث و نتیجه‌گیری:** قربانیان همسر آزاری از نظر غربالگری وضعیت سلامت روانی، نیازمند ارجاع و انجام اقدامات تشخیصی، مشاوره‌ای و درمانی ویژه‌ای می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، سلامت روانی، تعیین‌کننده‌های فردی - اجتماعی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره هشتم، پی‌درپی 61، آبان 1393، ص 599-605

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱-۶۱۰۵۴۰۰۰

Email: mheydari95@yahoo.com

مقدمه

طول زندگی از ۱۵ درصد در ژاپن تا ۷۱ درصد در اتیوپی متفاوت است (۳) و در ایران، نرخ همسر آزاری و بدرفتاری نسبت به زنان بین ۳۵ تا ۸۵ درصد برآورد شده است (۴-۶)، بنابراین با توجه به مطالعات و آمارهای موجود می‌توان گفت که هنوز در بسیاری از جوامع و خانواده‌ها، خشونت در سطح وسیعی صورت می‌گیرد. لذا به نظر می‌رسد بسیاری از مشکلات روانی دنیای امروز زنان در جامعه از جمله افسردگی، سوءمصرف مواد، احساس بی‌کفایتی، فقدان حرمت به خود، اختلال‌های

همسر آزاری یا خشونت علیه زنان در حال حاضر به‌عنوان یکی از اولویت‌های بهداشتی شناخته شده است (۱). از آنجاکه خشونت خانگی، مسئله‌ای گسترده و جدی است، نه تنها به‌عنوان یک نگرانی برای سلامت جهانی شناخته شده بلکه با گستره‌ای از مسائل جسمی و روان‌شناختی نیز در ارتباط است (۲). Audi و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مطالعه‌ای که با همکاری سازمان بهداشت جهانی انجام شده بود اعلام کردند که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در

^۱ مربی، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲ کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ استادیار سازمان پزشکی قانونی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، تهران، ایران.

مربوط به خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. تمام سؤال‌ها دارای ۴ گزینه است و نمره‌گذاری به روش سنتی یا لیکرت ۳ - ۰ می‌باشد که با این روش نمره‌گذاری، بهترین نقطه برش بالینی است که در هر مقیاس فرعی عدد ۵ و در کل پرسشنامه عدد ۲۴ بوده و کسب نمره بالاتر به معنای داشتن سلامت عمومی پایین‌تر است (۱۲) و (۱۱). روایی و پایایی این ابزار در سال ۱۳۸۶ توسط ابراهیمی و همکاران در ایران سنجیده شده و تأیید شده است. در این مطالعه، نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی، خطای کلی طبقه‌بندی به ترتیب ۲۴، ۰/۸۰، ۰/۹۹، ۰/۱۰ و ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی تصنیف ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شده است (۱۲). از آنجایی که نقطه برش کلی برای پرسشنامه GHQ-28، ۲۴ و نقطه برش هریک از زیر مقیاس‌های آن می‌باشد نمرات مساوی و بالاتر از آن به‌عنوان موارد نیازمند به ارجاع و بررسی بیشتر شناخته می‌شوند.

اطلاعات بعد از گردآوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند سطح معنی‌دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۱۹۶ زن تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مرکز جنوب پزشکی قانونی شهر تهران انجام شد. حداکثر سن افراد شرکت در این پژوهش، ۵۷ سال و حداقل سن ۱۸ سال با میانگین سنی ۳۰/۰۲ سال و انحراف معیار ۶/۳۵ بود. جدول شماره ۱ فراوانی مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌های موردپژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که ۹۹ درصد نمونه‌ها از GHQ - 28، نمره ۲۴ و بالاتر کسب کردند. همچنین ۹۹ درصد از افراد در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی و زیر مقیاس اضطراب، ۹۲/۹ درصد در زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی و ۸۸/۸ درصد در زیر مقیاس افسردگی نیز نمرات بالاتر از ۵ را کسب نمودند.

جدول شماره ۲ به بررسی نتایج همبستگی مشخصات افراد شرکت‌کننده در پژوهش با نمرات کلی و نمرات هر یک از زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان می‌پردازد.

خلقی و اضطرابی به‌خصوص تنیدگی پس‌ضربه‌ای (PTSD)^۱ رفتارهای خودتخریبی و اقدام به خودکشی، اختلالات شخصیت در زنان (۷-۸)، ایجاد حساسیت در روابط بین فردی، عزت‌نفس پایین و در نهایت علائم روان‌تنی (۹) می‌تواند ناشی از عواقب ناخوشایند خشونت در خانواده باشد که عواقب آن نه تنها فرد و خانواده را در برمی‌گیرد بلکه می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی نیز گردد. پرواضح است که عدم تأمین امنیت جسمی، عاطفی و روانی زن در خانواده، بر ثبات و پایداری خانواده و متعاقب آن، بر سلامت جامعه نیز تأثیر به‌سزایی خواهد داشت (۶). با توجه به آنچه بیان گردید، سلامت روانی زنان ضرورت هر جامعه است و توجه به عوامل مؤثر بر آن غیرقابل‌انگماض بوده، بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سلامت روان زنان تحت خشونت خانگی و برخی تعیین‌کننده‌های فردی - اجتماعی مرتبط با آن در شهر تهران انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۹۶ زن متأهل تحت خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مرکز جنوب پزشکی قانونی در فاصله زمانی ۹۲-۱۳۹۱ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد.

نمونه‌ها پس از پر کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه، اقدام به تکمیل پرسشنامه عوامل فردی - اجتماعی و (General GHQ- 28) Health Questionnaire می‌نمودند. معیارهای ورود به مطالعه غیر از تمایل به شرکت در پژوهش با اخذ رضایت‌نامه کتبی، ایرانی بودن، عدم داشتن هرگونه سابقه بیماری مزمن جسمی و روانی شناخته شده در فرد و همسر وی، عدم سوءمصرف داروهای روان‌گردان، مواد مخدر، سیگار و الکل در فرد و همسر وی بود. پرسشنامه عوامل فردی - اجتماعی شامل سن زن و همسر، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال زن و همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی توسط این افراد بود که به‌صورت خودگزارش دهی و در صورت کم‌سواد و یا بی‌سواد بودن افراد شرکت‌کننده، توسط پژوهشگر تکمیل و ثبت می‌شد. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ- 28) شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ سؤال می‌باشد که در سال ۱۹۷۹ توسط Hillier و Goldberg معرفی گردیده (۱۰) و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است که به ترتیب

¹ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

جدول (۱): مشخصات فردی - اجتماعی زنان مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر تهران

متغیرها	فراوانی	درصد	متغیرها	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۰	۹	۴/۶	کمتر از ۲۰	۱	۰/۵
۲۰-۳۰	۱۰۹	۵۵/۷	۲۰-۳۰	۶۳	۳۲/۱
۳۰-۴۰	۶۳	۳۲/۱	۳۰-۴۰	۱۰۳	۵۲/۶
بالاتر از ۴۰	۱۵	۷/۶	بالاتر از ۴۰	۲۹	۱۴/۸
بی سواد و ابتدایی	۱۹	۹/۷	بی سواد و ابتدایی	۳۱	۱۵/۸
راهنمایی و دبیرستان	۱۰۳	۵۲/۵	راهنمایی و دبیرستان	۹۴	۴۸/۰
دانشگاهی	۷۴	۳۷/۷	دانشگاهی	۷۱	۳۶/۲
خانه دار	۱۴۳	۷۳/۰	شاغل	۱۸۰	۹۱/۸
شاغل	۵۳	۲۷/۰	وضعیت اشتغال همسر	۱۶	۸/۲
کمتر از ۱۰	۱۴۸	۷۵/۵	۰	۴۵	۲۳/۰
۱۰-۲۰	۴۰	۲۰/۴	۱-۲	۱۳۶	۶۹/۴
بیشتر از ۲۰	۸	۴/۱	۳ و بالاتر	۱۵	۷/۶
ضعیف	۵۲	۲۶/۵			
متوسط	۹۵	۴۸/۵			
خوب	۴۹	۲۵/۰			

جدول (۲): نتایج آزمون‌های همبستگی بین تعیین کننده‌های فردی - اجتماعی و نمرات پرسشنامه سلامت روان

متغیرها	زیر مقیاس نشانه‌های جسمانی		زیر مقیاس نشانه‌های اضطرابی		زیر مقیاس کارکرد اجتماعی		زیر مقیاس نشانه‌های افسردگی		نمره کل	
	P	R	P	r	P	r	P	r	P	r
سن زن*	۰/۱۰۴	-۰/۱۱۶	۰/۱۹۲	-۰/۰۹۲	۰/۸۳۹	۰/۰۱۵	۰/۱۲۹	-۰/۱۰۹	۰/۱۵۰	-۰/۱۰۳
سن همسر*	۰/۵۱۷	۰/۰۴۷	۰/۰۵۹	-۰/۱۳۲	۰/۴۱۴	-۰/۰۵۹	۰/۰۳۹	-۰/۱۴۸	۰/۰۷۶	-۰/۱۲۷
تحصیلات زن**	۰/۹۷۸	۰/۰۰۲	۰/۴۳۱	-۰/۰۵۷	۰/۲۴۳	-۰/۰۸۴	۰/۵۷۹	-۰/۰۴۰	۰/۴۹۰	-۰/۰۵۰
تحصیلات همسر**	۰/۴۸۷	-۰/۰۵۰	۰/۹۲۶	۰/۰۰۷	۰/۸۶۵	-۰/۰۱۲	۰/۹۴۶	-۰/۰۰۵	۰/۸۱۹	-۰/۰۱۶
وضعیت اشتغال زن**	۰/۴۲۷	۰/۰۵۷	۰/۷۰۳	۰/۰۲۷	۰/۶۰۶	۰/۰۳۷	۰/۳۰۳	۰/۰۷۴	۰/۲۵۹	۰/۰۸۱
وضعیت اشتغال همسر**	۰/۶۸۲	-۰/۰۲۹	۰/۴۰۱	-۰/۰۶۰	۰/۱۷۲	-۰/۰۹۸	۰/۵۶۷	۰/۰۴۱	۰/۲۸۸	-۰/۰۷۶
طول مدت ازدواج*	۰/۷۲۵	-۰/۰۲۵	۰/۴۱۴	-۰/۰۵۹	۰/۷۴۸	-۰/۰۲۳	۰/۰۲۶	-۰/۱۵۹	۰/۱۷۱	-۰/۰۹۸
وضعیت اقتصادی**	۰/۱۰۴	۰/۱۱۶	۰/۹۸۳	-۰/۰۰۲	۰/۰۲۷	۰/۱۵۸	۰/۲۰۲	۰/۰۹۱	۰/۰۵۰	۰/۱۴۰
تعداد فرزندان*	۰/۱۲۹	۰/۱۰۹	۰/۸۱۹	۰/۰۱۶	۰/۴۳۶	۰/۰۵۶	۰/۶۴۹	-۰/۰۳۳	۰/۵۸۷	۰/۰۳۹

* نتایج آزمون پیرسون
 ** نتایج آزمون اسپیرمن

($P=۰/۰۲۶$) با زیر مقیاس افسردگی دارای ارتباط معنادار ولی معکوس بوده‌اند. به علاوه سن همسر با نشانه‌های اضطرابی ($P=۰/۰۵۹$) و نمره کلی زیرمقیاس‌های سلامت روان ($P=۰/۰۷۶$)

همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود وضعیت اقتصادی ($P=۰/۰۲۷$) با کارکرد اجتماعی دارای ارتباط معنی دار و مستقیم بوده است و سن همسر ($P=۰/۰۳۹$) و طول مدت ازدواج

و همچنین وضعیت اقتصادی با نمره کلی زیرمقیاس‌های سلامت روان ($P=0/050$) اگرچه رابطه معنی‌داری نداشته‌اند اما به سطح معنی‌داری نزدیک بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۹۹ درصد افراد شرکت‌کننده در این مطالعه از پرسشنامه GHQ-28 نمره ۲۴ و بالاتر کسب کرده‌اند که این مسئله بیانگر شیوع بسیار بالای وضعیت بد سلامت روان زنان تحت خشونت خانگی می‌باشد و به نظر می‌رسد خشونت خانگی بر حیطه‌های سلامت روان این افراد بسیار تأثیرگذار است اما باید در نظر داشت که جامعه مطالعه حاضر را زنانی تشکیل می‌دادند که با شکایت از خشونت خانگی مراجعه کرده بودند. با این وجود نتایج، تأییدی بر این واقعیت است که خشونت علاوه بر صدمات جسمی می‌تواند صدمات روانی عمیقی در پی داشته باشد که تأثیرات آن به مراتب بیش‌تر از صدمات جسمی است و نگران‌کننده می‌باشد به نحوی که نتایج مطالعه Yang و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که ۶۶/۱ درصد زنان مورد خشونت حداقل یک معیار از اختلالات روان‌پزشکی را داشته و نیازمند ارجاع و مداخلات درمانی بودند (۱۳). kumar و همکاران نیز نشان دادند که ۴۰ درصد از زنان تحت خشونت خانگی، دچار اختلالات سلامت روان بوده‌اند (۱۴).

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که در زیرمقیاس GHQ-28 به ترتیب بیشترین افراد در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی و اضطراب (۹۹ درصد) و سپس در زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی (۹۲/۹ درصد) و کمترین میزان در زیرمقیاس افسردگی (۸۸/۸)، قرار گرفتند. لذا از آنجاکه خشونت پیامدهای منفی زیادی را برای قربانیان به بار می‌آورد می‌توان گفت که دامنه‌ای از مشکلات جسمانی تا مشکلات روان‌شناختی را در برمی‌گیرد که در همین راستا، مطالعات زیادی به سندرم زنان کتک‌خورده اشاره کرده‌اند که دچار اختلالات افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و عزت‌نفس پایین بوده‌اند (۱۶ و ۱۵). در واقع این اثرات منجر به فلج شدن قدرت تصمیم‌گیری، تحلیل شرایط، عدم توانایی در حل مسائل و اختلال در عملکرد اجتماعی فرد می‌شود. اختلال در این حوزه از سلامت عمومی می‌تواند به‌عنوان یک سیکل معیوب تمام ابعاد سلامت را تحت تأثیر قرار دهد و آسیب‌های روانی ایجادشده را تشدید کرده و فرد از نظر کلیه تعاملات خود دچار آسیب بیشتر شود. مطالعه معزی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بیشترین اختلالات روانی ایجادشده در زنان به دنبال خشونت خانگی و همسرآزاری افسردگی، شکایت جسمانی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری بوده است (۱۷). قهاری و همکاران

(۱۳۸۵) معتقدند که تمام انواع همسرآزاری، آثار بهداشتی مخری را در سلامت زنان ایجاد می‌نماید و قربانیان همسرآزاری از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می‌برند (۱۸). تمامی این نتایج با وجود تفاوت در شیوع، بیانگر پیامدهای زیان‌بار خشونت بر سلامت روان زنان است که هنوز جنبه‌های ناشناخته زیاد دیگری هم وجود دارد. در مطالعه حاضر بررسی زیرمقیاس‌های سلامت روانی زنان تحت خشونت با برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد رابطه معنی‌دار و معکوسی بین سن همسر و طول مدت ازدواج با زیرمقیاس افسردگی وجود دارد بدین معنا که با افزایش سن همسر و طول مدت ازدواج نشانه‌های افسردگی کاهش می‌یابد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر واحدهای مورد مطالعه به مدت کمتر از ۱۰ سال است که ازدواج کرده‌اند. در مطالعات صالحی و مهرعلیان در سال ۱۳۸۵ (۱۹) و پناغی و همکاران در سال ۱۳۸۷ (۲۰)، مشخص شد که سطح خشونت در افرادی که طول مدت ازدواج آن‌ها کمتر از ۵ سال است، از نظر آماری قابل توجه است و یکی از عوامل مثبت در همسرآزاری محسوب می‌شود ولیکن مطالعه رزاقی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که با افزایش طول مدت ازدواج، همسرآزاری نیز افزایش می‌یابد (۲۱). از آنجاکه بیشترین محدوده سنی همسران واحدهای مورد مطالعه، ۳۰ تا ۴۰ سال بوده است و در محدوده زمانی کمتر از ۱۰ سال است که ازدواج کرده‌اند، در حقیقت این‌طور به نظر می‌رسد که علاوه بر مسائل فرهنگی، مذهبی، شناخت اخلاقیات، مسائل روان‌شناختی و کنترل و مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی می‌تواند از علل کاهش خشونت و درنهایت مانع ایجاد افسردگی در زنان مورد مطالعه به شمار آید.

علاوه بر این بین وضعیت اقتصادی با کارکرد اجتماعی نیز ارتباطی معنی‌دار و مستقیم وجود داشت با آنکه علل اقتصادی در حال حاضر از علل مهم خشونت و پرخاشگری در خانواده است و اعتقاد بر این است که خشونت بیشتر در سطح اجتماعی- اقتصادی پایین رخ می‌دهد (۲۲)، اما مطالعه حاضر نشان داد که خشونت در سطح اقتصادی متوسط بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. به نظر می‌رسد که زنان با وضعیت اقتصادی متوسط از طرفی دارای توقعات و نیازهای بالاتری نسبت به زنان طبقه اقتصادی پایین هستند و از سوی دیگر وضعیت اقتصادی متوسط نمی‌تواند دسترسی به منابع و نیازهای مورد نظر آنان را به‌طور کامل مرتفع کند و از سوی دیگر این مسئله می‌تواند منجر به افزایش سطح ناسازگاری آنان شده و ایشان را بیشتر در معرض خشونت قرار می‌دهد. از سوی دیگر همسرآزاری اثرات نامطلوبی بر سلامت روان زنان از جمله افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی، استرس، اختلالات شخصیت و ... دارد و این اثرات اختلال عملکرد اجتماعی

سلامت روانی می‌باشد از اهم موارد ضروری در حوزه بهداشت و درمان است.

در این مطالعه از ابزار خود گزارش دهی استفاده شد پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی در بررسی مشکلات روانی زنان تحت خشونت خانگی، تشخیص اختلالات توسط روان‌پزشک نیز در نظر گرفته شود تا تصویر کامل‌تری از ایجاد اختلالات سلامت روان به دست آید و بتوان با شناخت جامع‌تری از فراهم شدن بسترهای ایجاد، در جهت ارتقاء زنان و جامعه گام برداشت.

تقدیر و تشکر

بخشی از اطلاعات این مقاله حاصل از پایان‌نامه شماره ۵۸۶ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تحت عنوان " بررسی ارتباط ابعاد خشونت خانگی با ویژگی‌های شخصیتی زمان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر تهران، سال ۹۲-۱۳۹۱ " می‌باشد که با حمایت دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۲-۱۳۹۱ اجرا شده است.

References:

1. Mosesson B. Intimate partner violence during pregnancy risk factors from the Oregon pregnancy risk assessment monitoring system (Dissertation). Oregon: University of Medicine; 2004.
2. Jarchow A. Analyzing attitudes toward violence against women (Dissertation). Idaho: Idaho State University; 2004.
3. Audi C, Correa A, Andrade M, Perez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Revista de Sade Publica* 2008; 5: 877-85.
4. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Evaluation of Prevalence of Domestic Violence and its Role on Mental Health. *Pajoohandeh J* 2012; 16 (6):277-83. (Persian)
5. Moasheri N, Miri M, Abolhasannejad V, Hedayati H, Zangoie M. Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand. *Modern Care J* 2012; 9 (1):32-9. (Persian)
6. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri A, Shojaezadeh D. Effects of domestic

را به دنبال دارد. عدم درمان این مشکلات به علت هزینه‌های بالا و طولانی‌مدت به دلیل بار مالی اضافی بر وضعیت اقتصادی خانواده، زمینه‌ساز بروز خشونت در خانواده و ایجاد اختلال در حوزه کارکرد اجتماعی زنان می‌گردد. با این وجود، به نظر نمی‌رسد وضعیت اقتصادی به تنهایی عامل مؤثری در ایجاد خشونت و آسیب سلامت روان زنان باشد، در مطالعه Avanci و همکاران (۲۰۱۳) از بین متغیرهای فردی و اجتماعی در نظر گرفته شده در مطالعه خود، تنها نوع شغل زن با اختلالات سلامت روانی همراه بود (۲۳).

عدم همکاری برخی از مراجعه‌کنندگان به دلیل حساسیت موضوع و نامناسب بودن وضعیت روحی ایشان برای پاسخگویی به سؤالات، از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود.

از آنجاکه سلامت روانی چیزی فراتر از فقدان بیماری است پس سلامت روانی یک ضرورت فوری است که سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت روان و سلامت جسمانی را پراهمیت‌تر نشان می‌دهد و در صورت تحقق این امر نتایج ارزشمندی به همراه دارد. بنابراین نتیجه می‌گیریم که توجه به عوامل فردی - اجتماعی که لازمه

violence on the mental health of married women in Tehran. *Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(2): 35-44. (Persian)

7. Fogarty C, Fredman L, Heeren T, Liebschutz J. Synergistic effects of child abuse and intimate partner violence on depressive symptoms in women. *Preventive Med* 2008; 46:446- 63.
8. Ghahari SH, Bolhari J, Atef Vahid M, Ahmadkhanlari H, Panaghi L, Yousefi H. Prevalence of Spouse Abuse, and Evaluation of Mental Health Status in Female Victims of Spousal Violence in Tehran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2009; 3(1):50-6. (Persian)
9. Schuller R, Rzepa S. Expert testimony pertaining to battered woman syndrome: its impact on jurors' decisions. *Law Hum Behav* 2009; 26(6):655-73.
10. Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
11. Behjati Ardekani Z, Akhondi M, Kamali K, Fazlikhalaf Z, Eskandari S, Ghorbani B. Mental Health Status of Patients Attending Avicenna

- Infertility Clinic. *J Reprod Infertil* 2010; 11(4): 319-24. (Persian)
12. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *J Res Behav Sci* 2007; 5(1): 5-12. (Persian)
13. Yang M, Wong SCP, Coid JW. Violence, mental health and violence risk factors among community women: an epidemiological study based on two national household surveys in the UK. *BMC Public Health* 2013;13:1020.
14. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlate in Indian women. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 62-7.
15. Schuller RA, Rzepa S. Expert testimony pertaining to battered woman syndrome: its impact on jurors' decisions. *Law Hum Behav* 2002; 26(6): 655-73.
16. Tang KL. Battered woman syndrome testimony in Canada: its development and lingering issues. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003; 47(6): 618-29.
17. Moezi M, Aazami M, Shakeri M, Purheidar B. How Does Spousal Violence Affect Mental Health of Women in Chahar-Mahal Bakhtyari 2006. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 16 (1):20-5. (Persian)
18. Ghahari Sh, Panaghi L, Atef-Vahid MK, Zareii-Doost E, Mohammadi A. Evaluating mental health of spouse abused women. *J Gorgan Uni Med Sci* 2007; 8 (4):58-63. (Persian)
19. Salehi S, mehralian H. The prevalence and types of domestic violence against pregnant Women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2006; 8 (2):72-7. (Persian)
20. Panaghi L, Ghahari Sh, Ahmadabadi Z, Yoosefi H. Spouse Abuse and Mental Health: The Role of Social Support and Coping Strategies. *J Iran Psychol* 2008; 5(17):69-79. (Persian)
21. Razzaghi N, Tadayyonfar M, Akaberi A. The Prevalence of Violence against Wives and Relevant Factors in Married Women Admitted to Health and Treatment Clinics in Sabzevar (2007). *Quarterly J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 1(55):39-47. (Persian)
22. Garousi B, Safizadeh H, Mirahmadi Z, Yazdani M. Physicians and nurses viewpoints regarding domestic violence. *SJFM* 2009; 14 (4):240-6. (Persian)
23. Avanci J, Assis S, Oliveira R. A cross-sectional analysis of women's mental health problems: examining the association with different types of violence among a sample of Brazilian mothers. *BMC Womens Health* 2013;13:20.

MENTAL HEALTH AND SOME SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS IN WOMEN WITH DOMESTIC VIOLENCE EXPERIENCE

Amini L¹, Heidary M^{2*}, Daneshparvar H³

Received: 5 Jul, 2014; Accepted: 13 Sep, 2014

Abstract

Background & Aim: Domestic violence is a risk factor for a wide range of health problems. This study aimed to evaluate the mental health status and some socio-demographic determinants in women experiencing domestic violence.

Material & Methods: This cross-sectional study was done on 196 women referred to a forensic medicine center in Tehran during 2013.

Data collected with demographic questionnaire and General Health Questionnaire-28 (GHQ - 28) and then analyzed using SPSS-PC (v. 16). The value of $p < 0.05$ was considered as significant level.

Results: The mean (SD) age of the women was 30.02 (6.35) years. 99% of the subjects had an abnormal GHQ total score. Regarding to GHQ subscales, 99% of participants obtained abnormal score in the social functioning subscale, 99% in anxiety subscale, 92/9 in somatic symptoms, and 88.8% in the depression subscale. Results also showed there were significant correlation between economic status with social functioning; and between husband's age and duration of marriage with depression. But the subscales of physical symptoms and anxiety symptoms were not significantly associated with any of these characteristics.

Conclusion: The results indicate that victims of domestic violence are in a huge risk of mental disorders, and they need special attentions in this field. So caregivers should pay more attention to these women and refer them to counselors and specialists if necessary.

Key words: domestic violence, mental health, Socio-demographic determinants

Address: Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98)2161054000

Email: mheydari95@yahoo.com

¹ Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran.

² MSc of midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (corresponding author)

³ Faculty of Legal Medicine Organization, Forensic Research Center, Tehran, Iran