

همسرآزاری و رفتار خودکشی: مطالعه پیمایشی زنان اقدام کننده به خودکشی بستری در بخش مسمومین

بیمارستان خورشید در سال ۱۳۹۴

غلامرضا قاسمی^۱، نینا زراسوند^۲، آذین حمیدآوی اصل^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پدیده خودکشی از دیرباز توجه بسیاری از محققان را به خود جلب نموده، اما در ایران کمتر پژوهشی به نقش همسرآزاری در رفتار خودکشی توجه کرده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه احتمالی دفعات اقدام به خودکشی و همسرآزاری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی - پیمایشی، ۲۴۶ زن متأهل اقدام کننده به خودکشی که در سال ۱۳۹۴، در بخش مسمومین بیمارستان خورشید وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری شده بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند و به وسیله مقیاس Hudson مورد مصاحبه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های χ^2 و ANOVA و رگرسیون خطی در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: از بین متغیرهای مرتبط با سوء رفتار، طول مدت سوء رفتار، سابقه خشونت فیزیکی و شدت سوء رفتار غیر فیزیکی رابطه معنی‌داری با دفعات اقدام به خودکشی داشت. با هر واحد افزایش انحراف معیار سوء رفتار فیزیکی، ۰/۳۷ درصد شانس اقدام به خودکشی افزایش یافت. این رقم در مورد تأثیر خشونت غیر فیزیکی، ۰/۲۰ درصد برآورد گردید. این احتمال با طولانی شدن مدت سوء رفتار، ۰/۱۹ درصد افزایش پیدا کرد.

نتیجه‌گیری: بدون شک همسرآزاری بسته به طول مدت و شدت آن، شانس اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. اقدامات قانونی و اجتماعی برای پیشگیری از همسرآزاری می‌تواند باعث کاهش خطر اقدام به خودکشی شود.

واژه‌های کلیدی: خشونت زوجین، زنان، خودکشی، ایران

ارجاع: قاسمی غلامرضا، زراسوند نینا، حمیدآوی اصل آذین. همسرآزاری و رفتار خودکشی: مطالعه پیمایشی زنان اقدام کننده به خودکشی بستری در بخش مسمومین بیمارستان خورشید در سال ۱۳۹۴. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴ (۴): ۵۰۸-۵۰۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۱۴

مقدمه

همسرآزاری یکی از انواع خشونت‌هایی است که به صورت جسمی و غیر جسمی متوجه درصد قابل توجهی از زنان می‌باشد و همواره سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند (۱-۳). شیوع همسرآزاری در جوامع مختلف بین ۶۹-۱۰ درصد برآورد گردیده است؛ به طوری که حداقل ۵۰-۳۰ درصد موارد، به خشونت جنسی ارتباط دارد (۴، ۵).

پدیده همسرآزاری از دیرباز مورد توجه پژوهشگران ایرانی نیز قرار گرفته است. در بین مراجعان به پزشک قانونی شهر بابل، حداقل ۱۳ درصد خشونت جنسی، اغلب افراد جراحات فیزیکی و بیشتر از ۷۰ درصد شکایات متعددی مانند سرگیجه، درد استخوانی، کاهش وزن، اختلالات خواب و تپش قلب را اظهار نمودند (۶). شیوع خشونت در اراک حدود ۳۵ درصد تخمین زده شده است. بیشتر قربانیان این حوادث، زنان دارای تحصیلات کم و خانه‌دار بودند و افراد

خاطی، تمایل بیشتری به مصرف سیگار داشتند (۷). حداقل ۴۲/۳ درصد زنان بیرجندی (۸) و ۴۶/۰ درصد زنان کرمانی (۹)، همسرآزاری را تجربه کرده‌اند. پژوهشی در سطح استان خوزستان، میزان خشونت را ۴۱/۰ درصد گزارش نمود که خشونت فیزیکی و جنسی در زنان عرب و خشونت روانی در زنان غیر عرب شایع‌تر بود (۱۰). پژوهشگران بدون اشاره به تبعات روانی همسرآزاری، به نوع خشونت اکتفا نمودند. تنها در برخی مطالعات به بررسی برخی عوامل مرتبط با همسرآزاری همچون فقدان والدین در کودکی، تجربه کودک‌آزاری (۱۱)، تفاوت سنی، اعتقادات مذهبی و آشنایی قبل از ازدواج (۱۲) و باورهای مردسالارانه (۱۴، ۱۳) پرداخته شده است.

شواهد بالینی و برخی یافته‌های مستند حاکی از آن است که همسرآزاری می‌تواند با طیف گسترده‌ای از احساسات منفی از جمله احساس درماندگی و ناتوانی و کاهش عزت نفس در قربانی همراه باشد (۱۵). علاوه بر این، قربانیان

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- گروه ایمنی‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: نینا زراسوند

Email: nina_zar@yahoo.com

اخذ گردید. بدیهی است شرکت کننده توجیه و اهداف مطالعه برای وی به صورت شفاف بیان گردید تا انتظاری خارج از عرف درمانی برای وی ایجاد نشود.

نوع و شدت سوء رفتار فیزیکی و غیر فیزیکی با استفاده از پرسشنامه Hudson بررسی و توسط شرکت کنندگان مطالعه پاسخ داده شد. نسخه اصلی این پرسشنامه به زبان انگلیسی است که توسط دو نفر فارسی زبان مسلط، از انگلیسی به فارسی و سپس توسط دو نفر انگلیسی زبان مسلط، از فارسی به انگلیسی برگردانده شد و هر گونه عدم توافق در مورد مفاهیم و واژه‌ها بین آن‌ها حل و فصل گردید. در برخی از موارد که نوع سوء رفتار در فرهنگ ایرانی مصداق نداشت، مورد بازنگری قرار گرفت و اصلاح گردید. پرسشنامه مذکور دارای ۲۵ گویه می‌باشد که بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت «هرگز = ۰، به ندرت = ۱، بعضی اوقات = ۲، اکثر مواقع = ۳ و همیشه = ۴» پاسخ داده می‌شود. سپس از هر پاسخ دهنده، شدت تأثیرات وارد شده سؤال گردید که با استفاده از مقیاس لیکرت به صورت «تأثیری نداشته = ۰ تا حدی = ۱، تأثیر نسبی = ۲، شدید = ۳ و خیلی شدید = ۴» پاسخ داده شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی، سوابق روان‌پزشکی و خودکشی نیز طی مصاحبه با شرکت کنندگان ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی شامل جداول فراوانی و شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی و آزمون‌های تحلیلی رگرسیون، ANOVA، χ^2 و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۹ سال و سبک ازدواج اغلب آن‌ها سنتی با افراد غیر فامیل بود. میانگین طول مدت ازدواج نمونه‌ها ۷/۵ سال و میانگین تعداد فرزندان ۱/۵۵ بود. بیشتر مشارکت کنندگان تحصیلات زیر دیپلم داشتند و خانه‌دار و فاقد درآمد بودند. یک سوم جمعیت مورد مطالعه را زنان شاغل تشکیل دادند. حدود ۴۲ درصد تجربه بیش از یک بار خودکشی داشتند. بیش از ۸۰ درصد شرکت کنندگان برای خودکشی از قرص استفاده کرده بودند. کمتر از یک سوم نمونه‌ها از یکی از انواع اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌بردند. بررسی تطبیقی دو گروه با سابقه خودکشی و بدون سابقه خودکشی تنها از نظر نوع اختلالات روان‌پزشکی اختلاف معنی‌داری داشت ($P = 0/001$). (جدول ۱). Degree of freedom = ۵۰/۳۱۱ (X^2) (جدول ۱).

نوع، فراوانی و شدت سوء رفتار (فیزیکی و غیر فیزیکی): نمونه‌ها از نظر طول مدت آزار، به سه گروه کوتاه (کمتر از یک ماه)، نسبتاً طولانی (یک ماه تا یک سال) و طولانی (بیشتر از یک سال) تقسیم شدند. دو گروه با سابقه و بدون سابقه خودکشی تنها از نظر طول مدت آزار با یکدیگر تفاوت داشتند (جدول ۲).

حدود ۳۸ درصد نمونه‌ها تجربه حداقل یک نوبت خشونت فیزیکی را ذکر کردند که شایع‌ترین انواع آن به ترتیب کتک زدن، سیلی زدن و اجبار به برقراری رابطه جنسی بود. از بین این افراد، بیش از ۳۳ درصد شدت حادثه را ضعیف، ۳۱ درصد خفیف، ۳۰ درصد نسبتاً شدید و بیشتر از ۵ درصد خیلی شدید توصیف نمودند (شکل ۱).

خشونت در معرض خطر بیشتر بیماری‌های آرتریت، سردرد و میگرن، علایم مربوط به دستگاه گوارش، خونریزی واژینال و بیماری‌های مقاربتی جنسی، سوء مصرف مواد، ناکارآمدی در جامعه، اختلالات خواب و خوراک، افسردگی و افکار خودکشی قرار دارند (۱۷، ۱۶، ۶). یکی از تبعات جبران‌ناپذیر همسرآزاری، خودکشی است؛ به طوری که شایع‌ترین علت اجتماعی خودکشی طی دو دهه اخیر، درگیری‌های خانوادگی و مشکلات زناشویی در افراد متأهل بیان شده است. در مطالعه‌ای فراتحلیلی، فراوانی مشکلات خانوادگی به عنوان علت خودکشی در اقلیم منطقه کوهپایه‌ای مانند استان‌های کهگلویه و بویراحمد، لرستان و گیلان ذکر گردید که بیش از سایر نقاط کشور بود (۱۸). همواره رابطه مستقیمی بین همسرآزاری و رفتار خودکشی زنان مشاهده شده است؛ به گونه‌ای که احتمال اقدام به خودکشی در زنانی که مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند، نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند، بیشتر می‌باشد. تکرار خشونت با دفعات تکرار خودکشی رابطه مستقیمی دارد و سوء رفتار با شدت بیشتر، افکار خودکشی خطرناک‌تری را به وجود می‌آورد؛ به طوری که شانس اقدام به خودکشی در بین زنانی که در معرض سوء رفتار قرار می‌گیرند، دو برابر هم‌تایان خود بدون چنین تجربه‌ای پیش‌بینی شده است (۱۹).

هرچند در مطالعات متعددی به تبعات روانی و فیزیکی همسرآزاری اشاره شده، اما کمتر پژوهشی در ایران به طور اختصاصی رابطه دو پدیده همسرآزاری و رفتار خودکشی را مورد بررسی قرار داده است. برای پر کردن خلأ موجود، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه همسرآزاری و دفعات اقدام به خودکشی در بین زنان بستری به علت مسمومیت‌های عمدی در بخش مسمومین بیمارستان خورشید وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود و جامعه آماری آن را زنان بستری در بخش مسمومیت‌های بیمارستان خورشید تشکیل دادند. شرکت کنندگان پژوهش، ۲۴۶ بیمار زن بودند که به صورت تصادفی با لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج، انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، تأهل با تشخیص مسمومیت عمدی بود. وجود شرایط تهدید کننده و عدم هوشیاری بیمار برای پاسخ به سؤالات، عدم فهم محتوای پرسش‌نامه، عدم همکاری بیمار برای پاسخ به سؤالات، عدم تشخیص قطعی مسمومیت عمدی و علایم شدید کنترل نشده روان‌پزشکی از جمله ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. بنابراین، برخی از بیماران سایکوتیک و یا کسانی که دارای معلولیت ذهنی بودند، از مطالعه خارج شدند. در مطالعه حاضر، خشونت در برگیرنده هر نوع خشونت فیزیکی، جنسی یا تهدید به آن و سوء استفاده احساسی و روانی توسط همسر است (۲۰). 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 مکانی صورت گیرد. سوء رفتار غیر فیزیکی به مفهوم هر نوع رفتار کلامی و غیر کلامی است که با تهدید، ایجاد ترس برای به زانو درآوردن و تغییر طرف مقابل در رابطه عاطفی و زناشویی به کار می‌رود (۲۰). قبل از هر گونه اقدامی، موافقت بیمار جهت انجام مصاحبه به طور کتبی

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و سوابق دو گروه بدون سابقه خودکشی و با سابقه خودکشی

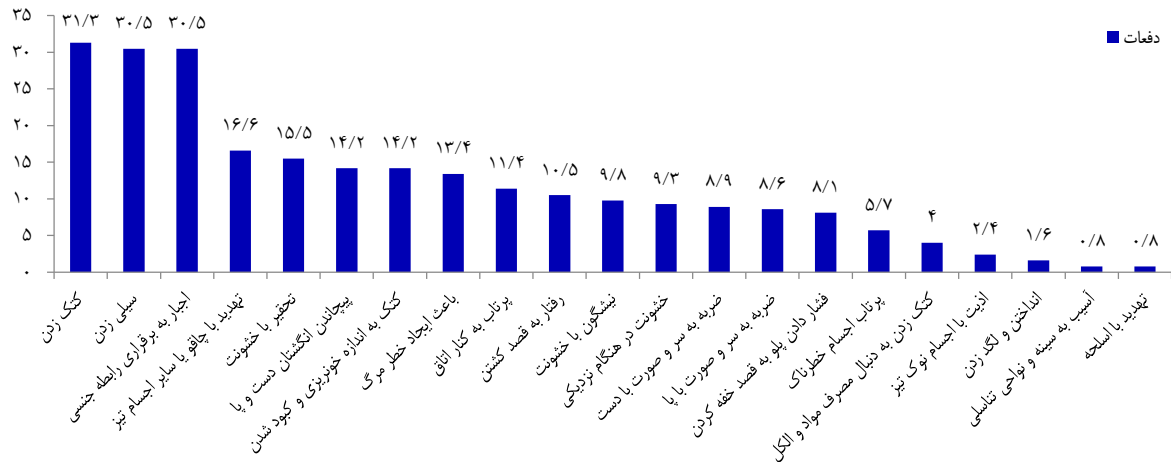
متغیر	بدون سابقه خودکشی	با سابقه خودکشی	نتایج آماری	P
سن (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۲۶/۶۶ $\pm$ ۸/۰۵	۲۹/۷۰ $\pm$ ۷/۹۰	$t = ۲/۳۴۶$	۰/۸۳۵
نوع ازدواج [تعداد (درصد)]	۱۱۵ (۷۹/۹)	۸۷ (۸۵/۳)	$df = ۱, X = ۱/۲۲$	۰/۱۷۷
سنتی	۲۹ (۲۰/۱)	۱۵ (۱۴/۷)		
غیر سنتی				
نسبت فامیلی [تعداد (درصد)]	۴۹ (۳۴/۰)	۴۰ (۳۹/۲)	$df = ۱, X = ۰/۶۹۴$	۰/۲۴۲
دارد	۹۵ (۶۶/۰)	۶۲ (۶۰/۸)		
ندارد				
طول مدت ازدواج (ماه) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۷۶/۲۱ $\pm$ ۷/۲۵	۱۰۹/۵۵ $\pm$ ۸/۷۶	$F = ۱/۵۶۵$	۰/۲۱۲
تعداد فرزندان (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	۱/۳۱۰ $\pm$ ۱/۰۲۶	۱/۹۲۰ $\pm$ ۱/۲۱۶	$F = ۱/۷۳۳$	۰/۱۸۹
تحصیلات [تعداد (درصد)]				
زیر دیپلم	۵۱ (۳۵/۴)	۴۵ (۴۴/۱)	$df = ۲, X = ۱/۹۰۸$	۰/۳۸۵
دیپلم	۵۸ (۴۰/۳)	۳۵ (۳۴/۳)		
تحصیلات دانشگاهی	۳۵ (۲۴/۳)	۲۲ (۲۱/۶)		
شغل [تعداد (درصد)]				
خانه‌دار	۹۷ (۶۷/۴)	۶۹ (۶۷/۶)	$df = ۲, X = ۰/۰۰۲$	۰/۵۳۷
شاغل	۴۷ (۳۲/۶)	۳۳ (۳۲/۴)		
روش اقدام به خودکشی [تعداد (درصد)]				
قرص	۱۱۹ (۸۲/۶)	۸۴ (۸۲/۴)	$df = ۲, X = ۱/۴۹۹$	۰/۴۷۲
متادون و تریاک	۱۳ (۹/۰)	۶ (۵/۹)		
سموم	۱۲ (۸/۳)	۱۲ (۱۱/۸)		
سابقه اختلالات روان‌پزشکی [تعداد (درصد)]				
دارد	۷۵ (۵۲/۱)	۹۴ (۹۲/۲)	$df = ۱, X = ۵۰/۳۱۱$	۰/۰۰۱
ندارد	۶۹ (۴۷/۹)	۸ (۷/۸)		

بیشتر از ۷۸ درصد نمونه‌ها مورد سوء رفتار غیر فیزیکی قرار گرفته بودند که شایع‌ترین انواع آن به ترتیب تحقیر طرز تفکر، عدم توجه به احساسات و انتظار همسر ضعیف بیان نمودند و بقیه افراد بر شدید بودن آن اذعان داشتند (شکل ۲).

به رفتار طبق خواست وی بود. از بین این افراد تنها درصد ناچیزی شدت حادثه را

جدول ۲. فراوانی و شدت خشونت فیزیکی و غیر فیزیکی

متغیر	بدون سابقه خودکشی قبلی	با سابقه خودکشی قبلی	نتایج آماری	P
دفعات خشونت فیزیکی [تعداد (درصد)]				
هرگز	۹۲ (۶۳/۹)	۶۱ (۵۹/۸)	$df = ۰/۴۰۲, X = ۱/۴۱۸$	۰/۴۹۸
به ندرت	۳۲ (۲۲/۲)	۲۱ (۲۰/۶)		
گاهی	۲۰ (۱۳/۹)	۲۰ (۱۹/۶)		
شدت خشونت فیزیکی [تعداد (درصد)]				
اصلاً	۹۲ (۶۳/۹)	۶۱ (۵۹/۸)	$df = ۴, X = ۰/۴۶۰$	۰/۸۳۴
جزیی	۱۷ (۱۱/۸)	۱۴ (۱۳/۷)		
نسبتاً	۱۸ (۱۲/۸)	۱۱ (۱۰/۸)		
خیلی زیاد	۱۵ (۱۰/۴)	۱۳ (۱۲/۷)		
شدید	۲ (۱/۴)	۳ (۲/۹)		
دفعات خشونت غیر فیزیکی [تعداد (درصد)]				
هرگز	۳۲ (۲۲/۲)	۲۱ (۲۰/۶)	$df = ۴, X = ۳/۲۵۷$	۰/۵۱۹
به ندرت	۳۲ (۲۲/۲)	۱۵ (۱۴/۷)		
گاهی	۵۰ (۳۴/۷)	۳۹ (۳۸/۲)		
اکثر مواقع	۲۸ (۱۹/۴)	۲۴ (۲۳/۵)		
همیشه	۲ (۱/۴)	۳ (۲/۹)		
شدت خشونت غیر فیزیکی [تعداد (درصد)]				
اصلاً	۳۳ (۲۲/۹)	۲۰ (۱۹/۶)	$df = ۴, X = ۴/۶۷۱$	۰/۳۲۳
جزیی	۷ (۴/۹)	۵ (۴/۹)		
نسبتاً	۵۵ (۳۸/۲)	۳۱ (۳۰/۴)		
خیلی زیاد	۴۲ (۲۹/۲)	۳۵ (۳۴/۳)		
شدید	۷ (۴/۹)	۱۱ (۱۰/۸)		
طول مدت خشونت [تعداد (درصد)]				
کوتاه (کمتر از یک ماه)	۴۷ (۳۲/۶)	۱۸ (۱۷/۶)	$df = ۲, X = ۱۳/۲۶۶$	۰/۰۰۱
نسبتاً طولانی (کمتر از یک سال)	۴۵ (۳۱/۳)	۲۴ (۲۳/۵)		
طولانی (بیش از یک سال)	۵۲ (۳۶/۱)	۶۰ (۵۸/۶)		



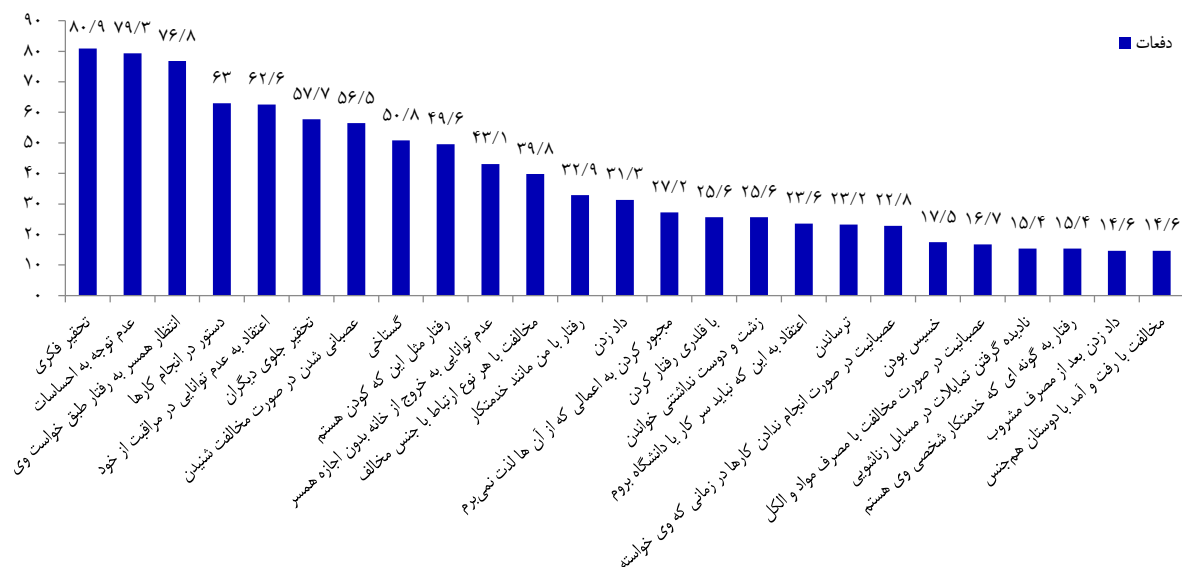
شکل ۱. فراوانی انواع خشونت فیزیکی

جدول ۳. نتایج آزمون رگرسیون (متغیر وابسته: دفعات خودکشی)

P	T	Beta	خطای استاندارد	B	
< ۰/۰۰۱	۷/۱۸۲	-	۰/۱۹۵	۱/۳۴۶	متغیر مستقل
۰/۰۰۳	۲/۹۹۴	-۰/۱۸۸	۰/۰۶۴	۰/۱۹۲	طول مدت خشونت
۰/۹۸۰	۰/۰۲۵	-۰/۱۰۲	۰/۱۰۷	۰/۱۱۲	دفعات خشونت فیزیکی
۰/۷۸۱	۰/۳۷۸	-۰/۱۰۷	۰/۰۴۵	۰/۰۱۲	شدت خشونت فیزیکی
۰/۱۱۴	۱/۵۸۸	-۰/۱۴۸	۰/۰۷۲	۰/۱۱۴	دفعات خشونت غیر فیزیکی
۰/۰۲۴	۲/۳۷۱	-۰/۱۹۷	۰/۱۰۹	۰/۱۳۵	شدت خشونت غیر فیزیکی
۰/۰۰۳	۲/۹۹۴	-۰/۱۸۸	۰/۱۰۶	۰/۶۷۳	سابقه خشونت

متغیرهای پیشگو در دفعات اقدام به خودکشی: نتایج آزمون

رگرسیون خطی نشان داد که از بین متغیرهای مرتبط با سوء رفتار، طول مدت سوء رفتار، سابقه خشونت فیزیکی و شدت سوء رفتار غیر فیزیکی رابطه معنی داری با دفعات اقدام به خودکشی داشت. این سه متغیر توانستند حدود ۱۹ درصد دفعات اقدام به خودکشی را تبیین نمایند. با هر واحد افزایش انحراف معیار سوء رفتار فیزیکی، ۰/۳۷ درصد شانس اقدام به خودکشی افزایش یافت. همچنین، با هر بار افزایش انحراف معیار شدت خشونت غیر فیزیکی، ۰/۲۰ درصد احتمال اقدام به خودکشی افزایش پیدا کرد و با طولانی شدن مدت سوء رفتار نیز این احتمال ۰/۱۹ درصد بالا رفت (جدول ۳).



شکل ۲. فراوانی انواع خشونت غیر فیزیکی

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده همسرآزاری دارای تبعات مختلف فیزیکی و غیر فیزیکی است. یکی از آسیب‌های عمده ناشی از آن، اقدام به خودکشی می‌باشد که در بعضی از زنان به دنبال چنین تجربه‌ای که شاید نوعی اعتراض باشد، مشاهده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط احتمالی خودکشی و سوء رفتار توسط همسر انجام گردید. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر میانگین سنی ۲۹ سال داشتند و اغلب به شکل سنتی ازدواج کرده بودند. بیشتر آنان خانه‌دار بودند و تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند. درصد کمی از نمونه‌ها شاغل و دارای درآمد بودند. کمتر از نیمی از شرکت کنندگان بیش از یک بار اقدام به خودکشی کرده بودند و در بیشتر موارد برای این کار از قرص استفاده نمودند. حدود ۳۸ درصد سابقه سوء رفتار فیزیکی و حدود ۷۸ درصد سابقه سوء رفتار غیر فیزیکی داشتند. کسانی که دارای سابقه اقدام به خودکشی قبلی بودند، به مدت طولانی‌تری مورد آزار و اذیت قرار گرفته بودند. سه شاخص اصلی سوء رفتار (تجربه سوء رفتار فیزیکی، شدت سوء رفتار غیر فیزیکی و طول مدت سوء رفتار) توانستند حدود ۱۹ درصد پدیده خودکشی را تبیین نمایند.

از لحاظ فراوانی سوء رفتار فیزیکی، یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج مطالعات آقاخانی و همکاران (۱۲) و محسنی تبریزی و همکاران (۱۳) همخوانی داشت، اما فراوانی خشونت غیر فیزیکی پژوهش حاضر بیشتر از درصد حاصل شده در اغلب نقاط کشور و نزدیک به پژوهش کرمان (۹) به دست آمد. مانند سایر مطالعات مشابه (۱۳)، اغلب مشارکت کنندگان دارای سطح تحصیلات پایین و خانه‌دار بودند. بیشتر نمونه‌های مطالعه حاضر با همسر خود نسبت فامیلی نداشتند که با نتایج تحقیق نظرزاده و همکاران (۱۸) مشابه بود؛ در حالی که یافته‌های پژوهش محسنی تبریزی و همکاران شیوع خشونت را در همسرانی که نسبت فامیلی دارند، بیشتر تخمین زدند (۱۳). نتایج مطالعه‌ای که در اصفهان انجام شد، نشان داد که بیشترین نوع خشونت روانی، عکس‌العمل شدید همسر در صورت مخالفت (۸۱ درصد) بود (۱۴)، اما بیشترین نوع آسیب روانی در بررسی حاضر تحقیر طرز تفکر (۸۰/۹ درصد) بود. درصد شیوع خشونت فیزیکی و غیر فیزیکی در مطالعه حاضر، تا حدودی شبیه تحقیق انجام شده در هند می‌باشد (۳). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر مؤید مطالعه انجام شده در چین است (۱۹). شایع‌ترین ماده جهت خودکشی در تحقیق حاضر مانند سایر نقاط کشور (۲۱)، قرص است؛ در حالی که شایع‌ترین ماده در چین، آفت‌کش‌های گیاهی و کودهای آلی بود (۱۹).

یافته‌های مطالعه از نظر بالینی و اقدامات اجتماعی حایز اهمیت است. زنان در مقابل برخوردهای فیزیکی و غیر فیزیکی عکس‌العمل‌های روانی مختلفی را از خود نشان می‌دهند که یکی از آن‌ها، خودکشی است. بهتر است در معاینات روان‌پزشکی و همچنین، در بخش‌های سم‌شناسی و مسمومیت‌ها، کمی فراتر از علایم بالینی به این پدیده نگریسته شود و همواره این موضوع مورد توجه قرار گیرد که با شدت گرفتن برخوردهای غیر فیزیکی و فرسایشی شدن هر نوع سوء رفتار، آسیب‌پذیری زنان نیز بیشتر می‌شود؛ به طوری که با هر بار اقدام به خودکشی، نه تنها نظام فکری فرد قربانی مخدوش می‌گردد، بلکه پایگاه اجتماعی خانواده نیز مورد تهدید قرار می‌گیرد (۲۱). بنابراین، بار مالی و عاطفی تحمیل شده به خانواده با هر بار اقدام به خودکشی، جای درنگ و تأمل دارد. امروزه با توجه به طرح بیمه سلامت و تقبل هزینه‌های درمانی توسط سیستم

دولتی، هزینه‌های تحمیل شده به سیستم بیمه با هر بار اقدام به خودکشی قابل بررسی است؛ به طوری که در آمریکا هزینه تحمیل شده بر سیستم بهداشتی و درمانی ناشی از خودکشی، بالغ بر ۶ میلیارد دلار تخمین زده شده است (۲۲). با این وجود، پژوهش حاضر دارای کاستی‌ها و نقاط قوتی است که نمی‌تواند از چشم خواننده پوشانده شود.

هرچند نرخ شیوع سوء رفتار فیزیکی در مطالعه حاضر با مطالعات دیگر در سایر نقاط ایران تا حدودی برابری می‌کند، اما نمی‌توان آن را به عنوان یک شاخص قطعی تلقی نمود؛ چرا که سوء رفتار فیزیکی با برخی باورهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و قربانیان چنین حوادثی مایل به بیان تجارب خود نیستند. به همین دلیل، شاید راحت‌تر بتوانند به سوء رفتارهای غیر فیزیکی بپردازند؛ هرچند که شیوع سوء رفتارهای غیر فیزیکی نسبتاً بالا گزارش شده است. بنابراین، تفسیر و تعبیر این دو نوع سوء رفتار، مستلزم انجام مطالعات میدانی بیشتر در بین اقوام و فرهنگ‌های مختلف می‌باشد (۲۳) که در این تحقیق تفاوت‌های فرهنگی و قومی لحاظ نشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که مشاهدات در محیط و شرایط خاص بستری بیمار انجام شد که ممکن است مطالعه تحت تأثیر جو درمانی، تأثیرات دارویی و حتی معذوریت‌های افراد انجام شده باشد؛ چرا که در شرایط بستری، بیماران نقش بیمار و درمانده را ایفا می‌کنند و خود را همواره تسلیم سیستم درمانی می‌نمایند. بنابراین، دور از انتظار نیست که به دنبال تجربه اقدام به خودکشی و گذراندن مراحل سم‌زدایی که برای بیمار دردناک است، شرایط روحی او تحت تأثیر قرار گیرد و برخی تجارب خود را اغراق‌آمیز بیان نماید و یا بر عکس بر آن سرپوش بگذارد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، عدم دسترسی به سوابق سوء رفتار قبل از ازدواج و حتی سن آزار می‌باشد. با توجه به شرایط جسمی و روحی بیماران، طرح چنین سؤالی همیشه خوشایند نبود و حتی در مواردی منجر به عدم همکاری آن‌ها در پاسخ به سؤالات گردید.

بدیهی است بررسی و لحاظ نمودن محدودیت‌های ذکر شده در تحقیقات آینده، می‌تواند تأثیراتی در نتایج مطالعه داشته باشد. از ابتدا تلاش بر این بود تا فرایند و سیر تفکر خودکشی در بیماران بررسی گردد که این کار به لحاظ شرایط بیمار و محدودیت‌های زمانی، امکان‌پذیر نبود و به وضوح از محدودیت‌های مطالعه می‌باشد. بدون شک شباهت‌هایی در نوع خشونت انسان‌ها مشاهده می‌شود، اما با توجه به شرایط فرهنگی و قانونی، ممکن است تفاوت‌هایی با جوامع غربی وجود داشته باشد. ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر بر اساس تجارب محققان غربی بود که به دلیل محدودیت منابع انسانی، زمانی و مالی، تاکنون امکان بومی‌سازی آن نبوده است. بنابراین، یافته‌های تحقیق حاضر باید با صبر تفسیر گردد. همچنین، این موضوع می‌تواند به عنوان یک پروژه جدید در مطالعات آتی انجام شود.

با وجود کاستی‌ها و محدودیت‌های ذکر شده، یافته‌های مطالعه حاضر خالی از ارزش و اعتبار نیست و کم و بیش جنبه‌های مثبت و کاربردی دارد. حجم نمونه مورد مطالعه با توجه به شیوع همسرآزاری، قابل قبول می‌باشد و جمع‌آوری اطلاعات با چنین ماهیتی کار آسانی نبود. بنابراین، انعکاس تجارب شرکت کنندگان پژوهش حاضر شاید تابلو و نیم‌رخ از شرایط سخت بخشی از زنانی باشد که اقدام به خودکشی نموده و یا به این مرکز مراجعه نکرده‌اند و شاید در گورستان‌ها مدفون باشند. بنابراین، داشتن سیستم بهداشت روان که بتواند گاهی سیری بر احوال این قشر آسیب‌پذیر داشته باشد، آرزوی خیالی

گسیختگی خانوادگی و اجتماعی می‌باشد. در نهایت، یافته‌های تحقیق حاضر با همه محدودیت‌های خود، از نظر روان‌پزشکی، پزشکی قانونی، قانون جزا و حقوق مدنی حایز اهمیت بود و هشدار برای جوامع در حال تحول و مدنیت امروزه است.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای به شماره ۸۷۱۱۱۱۱۵۳ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بدین وسیله از همه زنان آسیب دیده شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نیست. تعداد سؤالاتی که در این پرسش‌نامه وجود داشت و طرح آن‌ها که برای هر پاسخ دهنده‌ای کار پرمشقتی بود، تا حد زیادی توانست سطوحی از احساسات و عواطف مشارکت کنندگان را ترسیم نماید. بدیهی است همیشه نمی‌توان با یک مطالعه پیمایشی به عمق وجود این افراد پی برد. به طور قطع ضروری است تا بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، تحقیقات کیفی نیز در این زمینه انجام شود.

از لحاظ طبی و پزشکی قانونی، ضرب و شتم همسر به عنوان یک جرم محسوب می‌شود و قانون‌گذار برای فرد خاطی مجازات شدیدی پیش‌بینی نموده است. با یافته‌های به دست آمده می‌توان به ضرورت و اهمیت این قوانین پی برد، اما آنچه در قانون عسر و حرج لازم است بیشتر به آن توجه شود، سوء رفتار غیر فیزیکی است که در مطالعه حاضر از عوامل تشدید کننده خودکشی و از هم

References

1. Hemmati R. Factors influencing women harassment: The case study of Tehran family. *Social Welfare* 2004; 3(12): 227-56. [In Persian].
2. Ezazi S. Society structure and violence against women. *Social Welfare* 2004; 4(14): 47-84. [In Persian].
3. Kalra G, Bhugra D. Sexual violence against women: Understanding cross-cultural intersections. *Indian J Psychiatry* 2013; 55(3): 244-9.
4. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt)* 2006; 15(5): 599-611.
5. Gage AJ. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Soc Sci Med* 2005; 61(2): 343-64.
6. Bakhtiari A, Omidbakhsh N. Backgrounds and effects of domestic violence against women referred to Law-Medicine Center of Babol, Iran. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2004; 7(4): 28-35. [In Persian].
7. Shamsi M, Bayati A. Frequency and severity of domestic violence in pregnant women. *J Gorgan Uni Med Sci* 2011; 13(4): 67-75. [In Persian].
8. Moasheri N, Miri MR, Abolhasannejad V, Hedayati H, Zangoie M. Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand. *Modern Care* 2012; 9(1): 32-9. [In Persian].
9. Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2009; 15(3): 300-7. [In Persian].
10. Noughjah S, Latifi SM, Haghighi M, Eatesam H, Fatholahifar A, Zaman N, et al. Prevalence of domestic violence and its related factors in women referred to health centers in Khuzestan Province. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2011; 15(4): 278-86. [In Persian].
11. Ghazanfari F. Effective factors on violence against women in Lorestan county towns. *Yafteh* 2011; 12(2): 5-11. [In Persian].
12. Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Study of the effect of various domestic violence against women and related factors in women who referred to the forensic medical center in Urmia city-Iran 2012-2013. *Sci J Forensic Med* 2012; 18(2-3): 69-78. [In Persian].
13. Mohseni Tabrizi AR, Kaldi AR, Javadianzadeh M. The study of domestic violence in married women admitted to Yazd Legal Medicine Organization and Welfare Organization. *Toloo e Behdasht* 2012; 11(3): 11-24. [In Persian].
14. Malekafzali H, Mehdizadeh M, Zamani AR, Farajzadegan Z. Surveying domestic violence against women in Isfahan in 2003. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2004; 14(2): 63-7. [In Persian].
15. Mandal M, Hindin MJ. Men's controlling behaviors and women's experiences of physical violence in Malawi. *Matern Child Health J* 2013; 17(7): 1332-8.
16. Cavanaugh CE, Messing JT, Amanor-Boadu Y, O'Sullivan CO, Webster D, Campbell J. Intimate partner sexual violence: a comparison of foreign- versus US-born physically abused Latinas. *J Urban Health* 2014; 91(1): 122-35.
17. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001439.
18. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Soori H, Sayehmiri K. Factors related to suicide attempt in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Hakim Health Sys Res* 2013; 15(4): 352-63. [In Persian].
19. Wong SP, Phillips MR. Nonfatal suicidal behavior among Chinese women who have been physically abused by their male intimate partners. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39(6): 648-58.
20. 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.

21. Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. *Hayat* 2006; 12(1): 47-53. [In Persian].
22. National Center for Injury Prevention and Control. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
23. Thompson MP, Basile KC, Hertz MF, Sitterle D. Measuring intimate partner violence victimization and perpetration: A compendium of assessment tools. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2006.

Domestic Violence and Suicidal Behavior: A Survey of Suicide Attempts among Women Hospitalized in the Toxicology Ward of Khorshid Hospital, Iran, in 2015

Gholamreza Ghasemi¹, Nina Zarasvand², Azin Hamidavi-Asl³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The phenomenon of suicide has attracted the attention of many researchers. However, not many Iranian researchers have focused on the role of domestic violence in suicidal behavior. This study was designed to investigate the relationship between the frequency of suicide attempts and domestic abuse.

Methods and Materials: This cross-sectional survey was conducted on 246 married women who had attempted suicide and were hospitalized in the toxicology ward of Khorshid Hospital affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2015. The subjects were randomly selected and interviewed using the Hudson scale. Data were analyzed using chi-square test, t-test, ANOVA, and linear regression analysis in SPSS software.

Findings: Among the variables associated with abuse, duration of abuse, history of physical violence, and the intensity of non-physical abuse had significant relationships with the number of suicide attempts. With each unit increase in standard deviation of physical abuse, the chance of suicide increased by 0.37%. This chance increased by 0.20% and 0.19%, respectively, in the case of non-physical violence and prolonged abuse.

Conclusions: Without a doubt, domestic violence, depending on the duration and severity of abuse, increased the chance of suicide. Social and legal measures to prevent domestic abuse can reduce the risk of suicide.

Keywords: Spousal abuse, Women, Suicide, Iran

Citation: Ghasemi G, Zarasvand N, Hamidavi-Asl A. Domestic Violence and Suicidal Behavior: A Survey of Suicide Attempts among Women Hospitalized in the Toxicology Ward of Khorshid Hospital, Iran, in 2015. J Res Behav Sci 2016; 14(4): 501-8.

Received: 04.09.2016

Accepted: 18.11.2016

1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

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

3- Department of Immunology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Nina Zarasvand, Email: nina_zar@yahoo.com