همسر آزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان-استان چهار محال و بختیاری-1385

معصومه معزی*[1]، مهران اعظمی[2]، مصطفی شاکری[3]، بهروز پورحیدر[4]

1)متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

2)پزشک قانونی، فوق لیسانس روانشناسی، سازمان پزشکی قانونی استان چهار محال و بختیاری

3)فوق لیسانس روانشناسی، کارشناس بهداشت روان، مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری

4)پزشک عمومی، کارشناس پیشگیری از بیماریها، مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری

تاریخ دریافت: 86/9/3 **تاریخ پذیرش: 87/5/12**

چکیده

مقدمه : خشونت علیه زنان از مشکلات عمده بهداشتی و حقوقی انسانها محسوب می گردد و به هر رفتار خشنی اطلاق می گردد که وابسته به جنسیت بوده و به آسیب جسمی، جنسی، روانی و یا رنج زنان منجر شود. جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی زنان در اکثر جوامع همراه با باورهای غلط فرهنگی-مذهبی، ترس از آبرو و گاه نبود قوانین محکم موجب گردیده تا رایج ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت خانگی باشد که توسط همسران اعمال می گردد. نتایج پژوهش ها در کشورهائیکه مطالعات معتبر و در مقیاس وسیع صورت گرفته نشان می دهد که؛ 70-20 درصد زنان توسط شرکای جنسی خود مورد آزار قرار گرفته اند. پدیده همسر آزاری منجر به پیامدها و عوارض گوناگون جسمانی و روانی در زن آسیب دیده می گردد. این مطالعه با هدف بررسی میزان اختلالات روانی در زنان تحت خشونت همسر انجام گرفته است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی است که بر روی 380 زن ارجاع شده به پزشکی قانونی استان به علت همسر آزاری به عنوان گروه مورد و 38 نفر از زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی استان به دلایل غیر از خشونت به عنوان گروه شاهد صورت گرفت. ابزار سنجش فرم تجدید نظر شده فهرست علایم 90 سوالی بود که میزان شدت نشانه ها و شکایات معمولی روانی در ابعاد 9 گانه شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی را ارزیابی می نماید و از پایایی و روایی مناسب برخوردار است. داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۱ و با استفاده از روشهای آماری توصیفی، آزمون t مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش: میانگین سنی موارد پژوهش در گروه مورد 5/8±28/4 و در گروه شاهد 9/5±27/9 بود. 60 درصد افراد گروه مورد و 55/8 درصد گروه شاهد روستایی و بقیه را زنان شهری تشکیل می دادند. 51 درصد از گروه مورد دارای سطح تحصیل پایین تر از دیپلم بودند. نتایج حاصل از پرسشنامه SCL-۹۰-R نشان داد که نمره آزمودنی های گروه مورد در ابعاد شکایات جسمانی، افسردگی و وسواس بیش از نقطه برش(2) بوده و نیاز به درمان داشتند. مقایسه بین گروه مورد و گروه شاهد نشان داد که اختلافی معنی دار بین 3 بعد شکایات جسمانی (P=۰،۰۱)، افسردگی (P=۰/۰۰۸) و پرخاشگری (p=۰،۰۳۷) وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: پژوهش اخیر نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان بوده و تاییدی بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت است. اختلال در سلامت روان زنان علاوه بر تحمیل هزینه های گزاف مراقبتی و دارویی بر جامعه، زندگی خانوادگی و تربیت فرزندان را دچار مشکل می سازد. بنابراین کوشش در پیشگیری از خشونت علیه زنان در سطح جامعه راهی برای حفظ سلامت روان آنان است.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، همسر آزاری، سلامت روان

* **نویسنده مسئول:** متخصص پزشکی اجتماعی –مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

Email: lmoezzi@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

خشونت علیه زنـان از مشـکلات اصـلی بهداشـتی و حقوقی انسانها محسوب می شود کـه هـر چنـد در اکثـر جوامع وجود دارد اما اغلب ناشـناخته مانـده و بـه عنـوان بخشی از رفتارهای عادی اجتماعی پذیرفته شـده اسـت. بر اساس تعریف سازمان ملل، به هر رفتار خشـن وابسـته به جنسیت اطلاق می گردد که موجـب آسـیب جسـمی، جنسی و یا روانی منجـر بـه رنـج زنـان گـردد. خشـونت خـانگی علیـه زنـان همـواره از تمـام کشـورها و جوامـع اقتصادی و اجتماعی گزارش می شود ولـی دسـتیابی بـه آمار و اطلاعات آن بسیار مشکل است، چرا کـه زنـان در بسیاری از فرهنگ ها دارای جایگاه ضـعیف اقتصـادی و اجتماعی بوده و به همین علت اغلب خشونت علیه آنـان به ویژه در محیط خـانواده شناسـایی نشـده و در بعضـی موارد حتی به گـــونه ای مشـروع توجیـه مـی شـود(1). کتک کاری در منزل امروزه رایج تـرین شـکل خشـونت است. مساله عمـده در همسـر آزاری سـوء رفتـار بـا زن است. مطالعات نشان می دهد که حدود 1/8 میلیـون زن کتـک خـورده در آمریکـا وجـود دارد(2). هـر چنـد در آمریکای شـمالی براسـاس قـانون زنـان از حقـوق برابـر برخوردارند ولی 40 تا 50 درصد آنان از خشونت فیزیکی، تجاوز و خشونت خانگی رنج برده و 25 تا 30 درصد نیـز یک بار در طول زندگی از شـوهران خـود کتـک خـورده اند(۳،۴). در کشـورهای عربـی و اسـلامی ماننـد مصـر، فلسطین و تونس از هـر 3 زن یـک نفـر از شـوهر خـود کتک می خورد و هر چند بعضی افراد نا آگاه مشـروعیت آن را به مـذهب ربط می دهند، اما بـا مطـــالعه قـرآن می توان این نظریه را رد نموده و آن را به باورهای غلـط فرهنگی، مذهبی نسبت داد(5). زنـــان قربـانی خشـونت رنج هـای روانـی را متحمـل شـده، بسیـــاری از آنهـا افسرده یا مضطرب گردیده و عده ای نیز علایم اخـتلال استرس پس از حادثه را به نمایش می گذارنـد. مطالعـات مختلف نشان داده است زنـــانی که از ســـوی شـوهران خود مورد خشـونت قـرار مـی گیرنـد 5 برابـر بیشـتر در معرض خودکشی و 6 برابر بیشتر در معرض ابتلا به انواع اختلالات روانی و 4 تا 5 برابـر بیشـتر نیازمنـد دریافـت درمانهای روانپزشکی نسبت بـه زنـان دیگـر هسـتند(1). زنان ممکـن اسـت بـه علـت ارعـاب ناشـی از خشـونت شوهران خود از پیشرفت در کارهایشان بازمانـده و دچـار کاهش توان در کسب معاش گردند. نتایج مطالعـه ای در سطح ملی کانادا نشان داد که؛ 30 درصد از زنان متاهـل قربانی حوادث خشن از فعالیتهای طبیعی روزمـره دسـت کشـیده و 50 درصـد مرخصـی اسـتعلاجی گرفتـه انـد. بنابراین هزینه تحمیل شده ناشی از خشونت علیـه زنـان بر بخش بهداشت جامعه بسیار گـزاف بـوده و بخشـی از آن برای مداوای آسیب جدی جسـمی و بخشـی صـرف درمان مشکلات روانی از جملـه اضـطراب هـا و علایـم اختلالات روانـی مـی گـردد(1). نتـایج تحلیـل گـزارش توسعه بانک جهانی در سال 1993 نشانگر کاهش میزان سالهای زندگی سالم بـه میـزان 5 تـا 6 درصـد در زنـان سـنین بـاروری درگیـر خشـونت خـانگی یـا وابسـته بـه جنسیت است(6).

با توجه به آنچه بیان گردید به نظر مـی رسـد کـه پدیده خشونت علیه زنان و همسر آزاری علاوه بر شـیوع گسترده، دارای پیامدها و عـوارض گونـاگون اسـت. ایـن مطالعه بـا هـدف بررسـی سـلامت روان در زنـان دچـار همسر آزاری در اسـتان چهـار محـال و بختیـاری انجـام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه مذکور از نوع توصـیفی-تحلیلـی بـه روش مقطعی است که به صورت مقایسه بین دو گروه مـورد و شاهد صورت گرفته است. گروه مورد متشکل از 380 زن بود که به علت همسر آزاری به سازمان پزشـکی قـانونی استان چهار محال و بختیاری ارجـاع شـده بودنـد. گـروه شاهد از بین زنان مراجعه کننده به سازمان به علـل غیـر همسر آزاری مانند تصادفات، تعیین دیـه و... بـه صـورت مشابه سنی با گروه مورد انتخاب شدند. نمونه گیـری بـه روش متوالی آسان تا زمـان تـامین حجـم نمونـه انجـام گرفت و بـه ازای هـر مـورد همزمـان یـک فـرد شـاهد انتخاب گردید. کلیه زنانی که به دلیل آزار و اذیت همسـر مراجعه نموده بودند و به شرکت در مطالعه تمایل داشـتند امکان شرکت در این مطالعـه را داشـتند و محـدودیتی از نظر ورود به مطالعه در نظر گرفته نشد. ابزار سنجش فرم

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

تجدید نظر شده فهرست علایم 90 سوالی (Systematic Check) Revised-۹۰-List بود که میزان شدت نشانه ها و شکایات معمولی روانی را می سنجد. این آزمون دارای 90 پرسش برای ارزیابی نشانه های روانی بر پایه گزارش پاسخگوست. پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس 5 درجه ای از میزان ناراحتی (از هیچ تا شدید) مشخص می گردد و 9 بعد مختلف جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، وسواس جبری و روان پریشی را در بر می گیرد. کسب نمره بیش از 2 نشانگر نیاز به مداخلات درمانی است و این نمره نقطه برش محسوب می گردد. پاسخگو با در نظر گرفتن اینکه در طول هفته گذشته چه میزان مشکل را تجربه کرده پاسخ می دهد. نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس 3 شاخص کلی علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی صورت می گیرد. این 3 شاخص کلی، ناراحتی و عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می دهد. شاخص کلی علایم مرضی(Global Severity Index) که نمره آن میانگین نمره های تمام پرسشهای آزمون است و امتیاز آن بین صفر تا 4 است، معیار ضریب ناراحتی (Positive Symptom Distress Index)که تعداد علایم مثبت گزارش شده توسط آزمودنی را سنجیده و بین صفر تا 90 در نوسان است، جمع علایم مرضی (Positive Symptom Total) که نشانگر میانگین تعداد علایم مثبتی است که توسط آزمودنی گزارش می گردد و بین صفر تا 4 در نظر گرفته می شود. پایایی و روایی این آزمون و ویژگی و حساسیت بالای آن به عنوان مقیاس تشخیص و پایش اختلالات روانی در مطالعات مختلف تایید شده است،(۸،۷). پرسشگری توسط دو پرسشگر مجرب و آموزش دیده و به صورت مصاحبه چهره به چهره با افراد انجام گرفت و جهت رعایت اصول اخلاق پزشکی تمایل افراد به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شده و از قید نام و نشانی افراد خودداری گردید. داده ها از طریق نرم افزار SPSS۱۱ و با استفاده از روشهای آمار توصیفی، آزمون t، مجذور کای و تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی دار بودن آزمونها 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر میانگین سنی آزمودنی ها 8/08 ±28/16 با دامنه سنی50-17 سال بود که در گروه مورد 5/8±28/4 و در گروه شاهد 9/5±27/9 بود. میانگین طول مدت ازدواج در گروه مورد 5/9±8/46 و در گروه شاهد 9/8±7/86 بود. از نظر محل سکونت 60 درصد از افراد گروه مورد و 55/8 درصد از گروه شاهد روستایی بوده و محل سکونت بقیه شهر بود. از نظر وضعیت تحصیلی، 51 درصد از گروه مورد دارای سطح تحصیلی پایین تر از دیپلم بودند.

استفاده از آزمون t ، تحلیل واریانس یک طرفه و مجذور کای نشانگر عدم اختلاف معنی دار بین دو گروه مورد و شاهد از نظر فاکتورهای طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات و محل سکونت بوده است.

بین میانگین نمره هیچکدام از ابعاد 9 گانه در گروه مورد بر اساس فاکتورهای مذکور اختلاف معنی دار وجود نداشت.

مقایسه نمرات آزمودنی های پژوهش در ابعاد 9 گانه آزمون SCL-۹۰-R در زنان هر دو گروه در جدول 1 نشان داده شده است. به جز در مورد افکار پارانوییدی در کلیه ابعاد نمرات گروه مورد بالاتر از شاهد بود ولی آزمون t مستقل فقط اختلاف معنی دار در 3 بعد شکایت جسمانی، افسردگی و پرخاشگری را نشان داد. میانگین نمره 3 بعد شکایت جسمانی، افسردگی و وسواس اجباری در گروه مورد بیش از 2 بود.

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی آزمودنی ها نشانگر جوان بودن افراد مراجعه کننده به دلیل همسر آزاری بود. در بررسی "پزشکی قانونی اصفهان" در سال 79 نیز بیشترین گروه سنی مورد آزار و اذیت به گروه سنی 20 تا 30 سال با 50 درصد موارد اختصاص داشت(9). در بررسی توصیفی سال 1380 در مورد وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال نیز 56 درصد زنان مورد آزار 20 تا 30 ساله بودند(10). در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مطالعه انجام شده در آمریکا توسط "والتون و همکاران" که جهت ارزیابی فاکتورهای خطر خشونت انجام گرفت جوان بودن زنان از فاکتورهای خطر ایجاد خشونت علیه آنان بود(11). در مطالعه اخیر حدود 49 درصد از موارد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته و بقیه زیر دیپلم بودند. طبق اطلاعات به دست آمده از بررسی"پزشکی قانونی اصفهان" نیز مشخص گردید که بیشترین میزان خشونت(51 درصد) علیه زنان با تحصیلات زیر دیپلم انجام شده است(9). و در مطالعه "والتون" نیز سطح تحصیلات بالا به عنوان فاکتور حفاظتی تعیین گردید(11). 60 درصد زنان درگیر همسر آزاری در مطالعه حاضر روستایی بودند که با استناد به نتایج مطالعاتی نظیر مطالعه "آلدراندو و همکاران" که سطح اقتصادی و اجتماعی پایین را از عوامل تاثیر گذار در ایجاد همسرآزاری و خشونت علیه زنان می دانند(12)، قابل توجیه است. گروه مورد و شاهد از نظر سنی جور سازی شده و از نظر طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات و محل سکونت نیز اختلاف معنی دار نداشتند، بنابراین این فاکتورها به عنوان عوامل مخدوش کننده در مطالعه محسوب نمی گردند. آزمون SCL-۹۰-R در گروه مورد نشان داد که نمره ابعاد شکایت جسمانی، وسواس و افسردگی بیش از نقطه برش 2 بوده و این اختلالات روانی ایجاد شده نیاز به مداخلات درمانی داشتند. پس از اینکه دو گروه مورد و شاهد با یکدیگر مقایسه گردیدند اختلاف معنی دار در ابعاد شکایت جسمانی، افسردگی و پرخاشگری مشاهده گردید. یافته های سایر مطالعات نیز موید ایجاد اختلالات روانی در زنان به دنبال مواجهه با خشونت های خانگی و همسر آزاری است. در بررسی کومار و همکاران بر روی زنان مناطق شهری و روستایی هند مشاهده گردید که 40 درصد از زنان دچار اختلال سلامت روان به دلیل همسر آزاری بوده و نیاز به مداخله درمانی داشتند(13). بوگات و همکاران نیز تاثیر خشونتهای خانگی و خشونتهای اجتماعی بر زنان را بررسی نموده و مشاهده نمودند که اختلال در سلامت روان زنان فقط مرتبط با تجربه خشونتهای خانگی است(14). در مطالعه انجام شده در تایوان در مورد اثرات خشونتهای خانگی از بین ابعاد ده گانه بیشترین میانگین نمره به اضطراب اختصاص داشته و پس از آن وسواس، افسردگی و شکایات جسمانی قرار داشت(15). در مطالعه ای دیگر میزان اضطراب و افسردگی بالا در زنان با تجربه خشونت خانگی توسط پدران گزارش گردید(16). در بررسی توماس و همکاران نیز در بین 38 زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شایعترین اختلالات شناخته شده به دنبال خشونت خانگی اضطراب، افسردگی و گرایش یا استفاده از مواد اعتیادآور بود(17). در مطالعه اخیر نیز در گروه مورد اضطراب از میانگین نمره نسبتا بالا(1/76) برخوردار بود و علت معنی دار نشدن آن نسبت به گروه شاهد ممکن است انتخاب گروه شاهد از بین مراجعین به پزشکی قانونی باشد. هر چند نمره پرخاشگری در گروه مورد نسبت به سایر ابعاد بالا نبود(1/49) اختلاف معنی دار پرخاشگری در بین گروه مورد و شاهد ناشی از رفتارهای خشونت آمیز و پرخاشگرانه اعمال شده توسط شوهران گروه مورد است که می تواند زمینه ساز بروز رفتارهای پرخاشگرانه در آنان نسبت به فرزندان و اطرافیان باشد. براساس یافته های پژوهش اخیر و سایر مطالعات ذکر شده به نظر می رسد بیشترین اختلالات روانی ایجاد شده در زنان به دنبال خشونتهای خانگی و همسر آزاری افسردگی، شکایت جسمانی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری است. در هر صورت نتایج این مطالعه تاییدی دیگر بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت بوده و نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان است.

لازم به ذکر است که با توجه به شرایط فرهنگی جامعه بسیاری از زنان قربانی به پزشکی قانونی مراجعه نمی نمایند و حتی در بین کسانی که مراجعه می نمایند بعضی تمایل به همکاری در اینگونه مطالعات ندارند. و تفاوتهای موجود بین این گروهها و گروهی که در مطالعه اخیر شرکت نمودند قابل بررسی نبوده و این مساله از محدودیتهای این مطالعه محسوب می گردد. ضمنا در این مطالعه جهت نزدیکتر بودن ویژگیهای گروه مورد و شاهد، انتخاب گروه شاهد از بین مراجعین به پزشکی قانونی و با توجه به نوع علت (مراجعه به علل غیر همسر آزاری و سایر انواع آزار و آسیبهای جسمی و روانی) صورت گرفت که البته علیرغم دقت در تفاوت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

علت، این مساله در تفسیر بعضی از قسمتها مانند اضطراب محدودیت ایجاد نمود.

با توجه به اینکه این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و به صورت مطالعه مورد شاهد و گذشته نگر نبود از یک گروه کنترل استفاده گردید. ولی به نظر می رسد استفاده از دو گروه کنترل شامل گروه کنترل مراجعین به پزشکی قانونی و گروه کنترل جامعه می توانست به کاهش عوامل مخدوش کننده و تفسیر بهتر بخشی از نتایج مطالعه کمک نماید.

تشکر و قدردانی

گروه نویسندگان مقاله از همکاری و مساعدت سازمان نظام پزشکی استان در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می نماید.

جدول 1. مقایسه نمرات دو گروه مورد و شاهد در ابعاد 9 گانه آسیب شناختی SCL-**90**-R

ردیف	ابعاد آزمون	گروه مورد	گروه شاهد	p. value
1	شکایت جسمانی *	2/07	1/52	0/01
2	وسواس اجباری	2/01	1/7	0/1
3	حساسیت در روابط متقابل	1/88	1/58	0/12
4	افسردگی *	2/25	1/71	0/008
5	اضطراب	1/76	1/4	0/08
6	پرخاشگری *	1/49	1/08	0/037
7	ترس مرضی	1/13	0/953	0/35
8	افکار پارانوییدی	1/70	1/74	0/8
9	روان پریشی	1/18	1/11	0/67
	شاخص کل بیماری	1/76	1/44	0/054
	تعداد علایم مثبت	63/78	58/89	0/2
	شدت علایم مثبت	2/39	2/15	0/06

منابع

1- رفیعی فرشهرام، پارسی نیا سعید، خشونت علیه زنان. تهران، انتشارات مرکز مدیریت بیماری ها، 1380.

2-کاپلان هرولد، سادوک بنجامین، خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه: رفیعی حسن، سنجابیان خسرو. تهران: انتشارات ارجمند. چاپ اول. 1382.

3-Erlick RG .*Violence against women in North America*. Archives of Women's Mental Health, **2003** ; **6**(**3**):**185**-**91**.

4-Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Brensinger C, Santanna J, et al .*Violent injuries among women in urban area*. LDI Issue Brief , **2000**;**5**(**4**):**1**-**4**.

5-Douki S, Nacef F, Belhadj A, Bouasker A, Ghachem R. .*Violence against women in Arab and Islamic countries*. Archives of Women's Mental Health, **2003**; **6**(**3**):**165**-**71**.

6-Heise L, Pitanguy J, Germian A .*Violence against women; the hidden health burden* . World Bank Discussion Paper No.**255**, Washington DC, World Bank, **1994**.

7-Hunter EE, Penick EC, Powell BJ, Othmer E, Nickel EJ, Desouza C, et al. *Development of scales to screen for eight common psychiatric disorders*. Journal of Nervous & Mental Disease, **1993**;(**2**):**131**-**5**.

8-Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J .*The Symptom Check- List-**90**-R(SCL-**90**-R); a German validation study*. Qual Life Res,**2000**; **9**(**2**):**185**-**93**.

9- نصر مجید، بررسی برخی از ویژگیهای شخصیتی و زناشویی مردان همسر آزار از دید همسران مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی اصفهان در مرداد و شهریور 1378، پایان نامه دکترای حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، 1379.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

10- اعظمی مهران، آقایی اصغر، گرانمایه سعیده، شاکری مصطفی. بررسی ویژگیها و وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال و بختیاری؛ مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، 1382.

11-Walton-Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campbell JC .*Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women.* J Community Health, **2005**; **30**(**5**):**377**-**89**.

12-Aldrando E, Sugarman DB .*Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault.* J Consult Clin Psychol,**1996**; **64**(**5**):**1010**-**9**.

13-Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC .*Domestic violence and its mental health correlates in Indian women.* Br J Psychiatry, **2005** Jul ;**187**:**62**-**7**.

14-Bogat GA, Leahy K, von EA, Maxwell C, Levendosky AA, Davidson WS, et al .*The influence of community violence on the functioning of women experiencing domestic violence.* Am J Community Psychol, **2005**; **36**(**1**-**2**):**123**-**32**.

15-Hou WL, Wang HH, Chung HH. *Domestic violence against women in Taiwan; their life-threatening situations, post-traumatic responses, and psycho-physiological symptoms: an interview study.* Int J Nurs Stud, **2005**; **42**(**6**):**629**-**36**.

16-Downs WR, Rindels B .*Adulthood depression, anxiety, and trauma symptoms: a comparison of women with nonabusive, abusive, and absent father: figures in childhood.* Violence Vict, **2004**; **19**(**6**):**659**-**71**.

17-Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC, Speck NC, Walker G .*Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence.* Telemed J E Health, **2005**; **11**(**5**):**567**-**73**.

How Does Spousal Violence Affect Mental Health of Women in Chahar-Mahal Bakhtyari, 2006

Moezi M.[*1], *Aazami M.*[2], *Shakeri M.*[3], *Purheidar B.*[4]

Abstract

Introduction: Violence against women is a major health and human rights problem. Studies showed 1,8 million domestic violence in American women. Reliable, large scale studies in every country indicate 20-76% of violence against women by intimate partners.
Spousal violence causes physical, sexual and mental harm and suffering in women. This study was conducted to assess mental health status in this group of women.

Materials and methods: This cross–sectional study was done on an experimental group of 380 women referred to the forensic medicine center, then matched with a control group. SCL–90-R was used to evaluate mental symptoms in 9 psychological dimensions. The data was analyzed by SPSS 11 and T test, Chi square and analysis of one-way variance.

Findings: The mean age of experimental group was ۲۸,۴ 5,8, 60% of them were from rural areas and 40% from urban part. Education level of 51% of cases was under diploma. SCL 90-R showed that the score of experimental group in 3 dimensions, somatization, depression and obsession was more than cut of point (score:2) and their score was significantly higher than the control group in the following dimensions: somatization(p= 0/01), depression(p= 0/008) and aggression (p= 0/03).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

Conclusion: This study provides evidence to health care professionals that they shouldn't only treat the physical injuries of women under violence but must also to learn how to assess and consider their mental health problems.

Key words: spousal violence, women, mental health

1*.Especialist of Social Medicine, Research &Development Center, Shahre-e-kord University of Medical Sciences(corresponding author)*

2*. Forensic Physician, MSc. of Psychology, Forensic Medicine org. of Chaharmahal Bakhtyari*

3*. MSc. of Psychology, Mental Health Expert, Health Center of Chaharmahal Bakhtyari*

4*. GP, Disease Prevention Expert, Health Center of Chaharmahal Bakhtyari*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]