

بررسی رابطه میزان خشونت (فیزیکی و روانی) و تمایل به خودکشی در زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان

سارا تاج‌بخش^۱، حمیدرضا شمس راوندی^۲، زینب گندمی^{۳*}، مریم تابعی^۴

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه بین میزان خشونت خانگی و تمایل به خودکشی در زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان است. روش این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را زنانی تشکیل داده اند که در تابستان ۱۴۰۱ به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری، ۱۰۰ نفر به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه های تمایل به خودکشی بک (۱۹۶۱) و سنجش خشونت علیه زنان حاج یحیی (۱۹۹۹) استفاده شد. بعد از جمع آوری و استخراج داده ها، نمرات شرکت کنندگان با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون کلموگروف اسمیرنوف به وسیله نرم افزار آماری (SPSS)، نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بین میزان خشونت خانگی و تمایل به خودکشی در زنان رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که انواع خشونت خانگی علیه زنان (روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی) قادر به پیش بینی تمایل به خودکشی است.

کلیدواژه ها: خشونت فیزیکی، تمایل به خودکشی، خشونت روانی، اورژانس اجتماعی.

۱. کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. دکتری تخصصی روان شناسی

۳. دکترا روان شناسی تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران، نویسنده مسئول. رایانامه: Zeynab.gandomi@yahoo.com

۴. کارشناسی ارشد مشاوره

۱. مقدمه و بیان مسئله

خانواده اصلی‌ترین هسته در جامعه و کانون حفظ سلامت و بهداشت روانی است و نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت فرزندان دارد. خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای مهم در هر جامعه‌ای، به‌ویژه در جامعه ایران، محسوب می‌شود. در صورتی که خانواده از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای خانواده نیز از سلامت و بهزیستی مطلوبی برخوردار خواهند بود (همایونی، ۱۳۹۹). هم‌اکنون خانواده‌ها دچار انواع آسیب‌پذیری و بحران از جمله طلاق، خشونت خانگی، خودکشی و کودکان فراری هستند (یعقوبی دوست و عنایت، ۱۳۹۳).

یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت و کیفیت روابط خانواده، تمایل به افکار خودکشی در زنان است (هاشمی، ۱۳۹۷). خودکشی، فرایند عمدی پایان دادن به زندگی خود است. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی است (تاپار^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). در خودکشی موفق، فرد با انجام عمل مخرب، به خود آسیب می‌رساند که باعث مرگش می‌شود. در اقدام به خودکشی، فرد اقداماتی را برای نابودی خود انجام می‌دهد، اما منجر به مرگش نمی‌شود و در افکار خودکشی، فرد تفکرات یا خیال‌پردازی برای انجام خودکشی یا آسیب به خود دارد که به‌صورت کلامی یا نوشتاری بیان می‌گردد و فرد هنوز در این مورد اقدامی نکرده است (فورشیناش و هولودای واتر^۲، ۲۰۰۸؛ به نقل از سیاه‌خانی نوش‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰).

در این زمینه امیل دورکیم، جامعه‌شناس برجسته، در تعریف خودکشی گفته است اصطلاح خودکشی به مرگ‌هایی اطلاق می‌شود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم ناشی از عمل مثبت یا منفی فردی است که می‌داند انجام این عمل منجر به مرگ وی می‌شود. دورکیم این تعریف را به‌منظور تفکیک خودکشی از مرگ‌های حادثه‌ای به کار برده است. او خودکشی را به چهار گروه تقسیم کرده است که عبارت‌اند از:

۱. خودکشی دگرخواهانه: در خودکشی دگرخواهانه، فرد وظیفه اخلاقی عمیقی را در

1. Thapar

2. Fortinash & Holoday Worret

خود احساس می‌کند و علاقه‌مند می‌شود تا خود را فدایی دیگران کند (شیرزاد و قره‌داغی، ۱۳۸۶).

۲. خودکشی خودخواهانه: این نوع خودکشی وقتی رخ می‌دهد که شخص رابطه‌ای قوی با هیچ گروه اجتماعی ندارد. فقدان وابستگی خانوادگی توضیحی است برای آسیب‌پذیری افراد مجرد نسبت به افراد متأهل و آسیب‌ناپذیری نسبی زوج‌های صاحب فرزند؛ در مقابل، در مناطق روستایی وابستگی اجتماعی بیشتر از شهر است و به همین سبب میزان خودکشی در آن‌ها پایین‌تر است.

۳. خودکشی ناشی از بی‌هنجاری: هرگاه نظارتی که جامعه بر رفتارها و هنجارها دارد ضعیف یا حذف شود، حالت بی‌هنجاری یا نابسامانی در جامعه به وجود می‌آید. بی‌هنجاری از تضعیف وجدان اخلاقی ناشی می‌شود و عموماً با بحران‌های بزرگ اجتماعی، اقتصادی یا سیاسی همراه است.

۴. دورکیم خودکشی ناشی از تقدیر را به‌عنوان چهارمین نوع خودکشی معرفی کرده است. این نوع خودکشی افرادی را شامل می‌شود که دارای محدودیت‌های سنگین و همیشگی هستند و زندگی بی‌ثمری دارند. همانند زندانی‌ای که دیگر تحمل ماندن در زندان را ندارد (همان).

نظریه انسجام منزلتی گیس و مارتین مبتنی بر نظریه خودکشی دورکیم است. در این دیدگاه که برحسب پنج اصل موضوعه بیان شده، میزان خودکشی تابعی است از درجه انسجام منزلتی یک جمعیت. قاعده‌سازی گیس و مارتین در پنج اصل موضوعه خلاصه شده است که از آن، یک تئورم اصلی استخراج می‌کنند؛ این اصول موضوعه و تئورم بدین قرارند:

اصل موضوعه ۱: میزان خودکشی یک جمعیت، با استحکام و دوام روابط اجتماعی درون آن جمعیت، رابطه معکوس دارد؛

اصل موضوعه ۲: استحکام و دوام روابط اجتماعی درون یک جمعیت، با درجه هم‌نوایی افراد آن با مقررات وضع شده و مورد انتظار رابطه مستقیم دارد؛

اصل موضوعه ۳: درجه هم‌نوایی افراد یک جمعیت نسبت به مقررات وضع شده و مورد انتظار با میزانی که افراد با نقش‌های متضاد مواجه می‌شوند، رابطه معکوس دارد؛ اصل موضوعه ۴: میزانی که افراد یک جمعیت با نقش‌های متضاد مواجه می‌شوند با میزانی که افراد آن پایگاه‌های ناسازگارانه را اشغال می‌کنند، رابطه مستقیم دارد؛ اصل موضوعه ۵: میزانی که افراد یک جمعیت پایگاه‌های ناسازگار (وضعیتی که در آن، پایگاه‌های فرد در تضاد با یکدیگر قرار می‌گیرند) را اشغال می‌کنند، با درجه وضعیت متشکل در آن جمعیت رابطه معکوس دارد.

از پنج اصل موضوعه فوق، آموزه اصلی زیر مشتق می‌شود:

میزان خودکشی یک جمعیت با درجه انسجام منزلتی در آن جمعیت، رابطه معکوس دارد (علی‌وردی‌نیا، ۱۳۸۳).

راشینگ در رفتار انحرافی و فرایند اجتماعی مشاهده می‌کند که یک خودکشی یا اقدام به خودکشی اغلب به وسیله رفتاری انحرافی، مثل الکلیسم، استعمال غیرمجاز دارو یا شکست اقتصادی یا اجتماعی ایجاد می‌گردد. شخصی که به‌عنوان «منحرف» برحسب می‌خورد، معمولاً از طرف دیگران واکنش‌های منفی یا بدنامی دریافت می‌کند. این عمل هم باعث کاهش حس عزت‌نفس فردی و هم ضعف روابط اجتماعی در وی می‌شود؛ در نتیجه امکان خودکشی را افزایش می‌دهند (نورعلی‌وند و رضانی، ۱۳۹۴).

یکی از مسائل اجتماعی که مبتلا به همه جوامع و به‌ویژه جوامع سنتی و در حال گذار است، مسئله خشونت خانگی علیه زنان است (ملکی و نژادسبزی، ۱۳۸۹). بنا به تعریف سازمان ملل در سال ۱۹۹۳، خشونت علیه زنان عبارت است از هرگونه رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی، عاطفی یا رنج زنان همراه می‌گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، سلب مطلق اختیار یا آزادی صورت گیرد و در جمع و یا خفا رخ دهد (نجومی و همکاران، ۲۰۰۷). خشونت خانگی علیه زنان، تهدیدی جدی برای سلامت اجتماعی افراد محسوب می‌شود. این مسئله اجتماعی می‌تواند

زمینه‌ساز بروز آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد، فرار از منزل و خودکشی شود (یکه‌کار و حسینی، ۱۳۹۷).

خشونت علیه زنان اثرات منفی بسیاری بر سلامت جسمانی و روانی آنان بر جای می‌گذارد (وایوکیسز^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). از عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت می‌توان به احساس درماندگی، نداشتن اعتماد به نفس، تشویش و افسردگی اشاره کرد و بر پایه پژوهش‌های جدیدتر، خشونت می‌تواند با پیامدهای جدی‌تر همچون تمایل به خودکشی ارتباط داشته باشد (دوریز^۲ و همکاران، ۲۰۱۱).

در واقع ناتوانی در یافتن راه‌حل برای مسائل و کنار آمدن با عوامل استرس‌زای اضطراری باعث تمایل به خودکشی در زنان مورد خشونت می‌شود. لذا زنان برای رهایی از مشکلات خود، خودکشی را به‌عنوان بهترین راه‌حل انتخاب می‌کنند. خودکشی با نیازهای برآورده نشده، احساس یأس و درماندگی، تعارض‌های دوگانه در زندگی و فشار روانی و جسمی غیرقابل تحمل رابطه مستقیم دارد (معماری و همکاران، ۱۳۸۵). گزارش خشونت همسر رایج‌ترین نوع خشونت علیه زنان است و ۳۰٪ از زنان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. تأثیر خشونت بر سلامت روانی و فیزیکی زنان و دختران دامنه‌ای از استخوان‌های شکسته تا عوارض مربوط به مشکلات روانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و عوارض مربوط به بارداری را شامل می‌شود. این مطالعات نشان می‌دهد که در سطح جهان ۳۸٪ از زنان توسط همسران خود به قتل رسیده‌اند و ۴۲٪ از زنانی که خشونت فیزیکی یا جنسی را توسط همسر خود تجربه کرده، دچار آسیب شده‌اند. سازمان بهداشت جهانی خشونت علیه زنان را از اولویت‌های بهداشتی برشمرده که عوارض قابل توجهی را در سلامت جسمی و روانی زنان ایجاد می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). پژوهش چندکشوری سازمان بهداشت جهانی در مورد خشونت علیه زنان، خشونت شریک عاطفی، یکی از ثابت‌ترین

1. Vives-Cases

2. Devries

عوامل خطر برای اقدام به خودکشی پس از تعدیل اختلالات احتمالی سلامت روان و سایر متغیرهای اجتماعی جمعیت شناختی و بالینی است (ایندو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

۲. پیشینه پژوهش

بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری ارجاع داده شده به اورژانس اجتماعی با تأکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی» نشان دادند که بین رفتارهای خودکشی با مؤلفه‌های ترومای دوران کودکی شامل سوءاستفاده هیجانی، جنسی، جسمی و غفلت هیجانی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی متغیر رفتارهای خودکشی را تبیین می‌کنند. آپرم کاکو و حسین گردی^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافتند که خشونت خانگی رابطه‌ای مستقیم با خطر خودکشی در زنان بازمانده از خشونت خانگی دارد. مارتین-بائنا^۳ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود اذعان داشتند که همه اشکال خشونت به شدت با رفتار خودکشی مرتبطاند و درک رابطه بین خشونت و افکار و اقدام به خودکشی در اولویت کاهش رفتار خودکشی در زنان جوان است. کاکواک^۴ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی خود نشان دادند که با افزایش مواجهه زنان با خشونت خانگی، خطر خودکشی نیز افزایش می‌یابد. دیویل^۵ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعات خود، ارتباط عوامل خانوادگی از جمله سطوح بالای ناسازگاری و تعارض بین والدین-کودک را در گزارش اقدام به خودکشی نشان دادند. نتایج پژوهش سیاه‌خانی و همکاران (۱۴۰۰) تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی براساس خشونت خانگی در زنان نشان داد که خشونت خانگی قادر به پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی در زنان است.

-
1. Indu
 2. Aprem Kako & Hussen Gardi
 3. Martín-Baeda
 4. Kavak
 5. DeVille

برونی و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی نشان دادند تعامل و روش‌های تربیت ناسازگاری که والدین برای فرزندانشان در نظر می‌گیرند، اثرات مخربی را بر رفتار، انتظارات و افزایش ریسک گرایش به خودکشی در آینده می‌گذارد. همچنین نتایج پژوهش یانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۲) حاکی از آن بود که یک ارتباط زوجی بین افکار خودکشی، عملکرد خانواده، شکست و معنای زندگی وجود دارد. اندیشه و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود اذعان داشتند که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهر دهدشت تأثیر دارد و می‌تواند در کاهش خودکشی و دور کردن افکار منفی مؤثر واقع گردد.

به‌طور کلی می‌توان یکی از پیامدهای خشونت علیه زنان را مسئله خودکشی عنوان کرد. با توجه به اینکه ایران یک کشور در حال توسعه است و با شیوع خشونت مواجهیم و طبق تحقیقات و بررسی پیشینه‌ای که در این زمینه انجام شده، تا به حال تحقیقی با هدف بررسی رابطه بین میزان خشونت خانگی و تمایل به خودکشی صورت نگرفته است. همچنین بیشتر تحقیقات در کلان‌شهرها بوده و کمتر تحقیقاتی در شهرهای کوچک به این مسئله پرداخته‌اند. لذا با توجه به مطالب بیان شده در این تحقیق، محقق به دنبال پاسخی برای این سؤال است که آیا بین میزان خشونت خانگی روانی و فیزیکی و تمایل به خودکشی در زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان رابطه معناداری وجود دارد یا خیر؟ ضرورت ریشه‌یابی معضلات اجتماعی و پدیده‌های آسیب‌زا بر کسی پوشیده نیست، زیرا فقط در صورت شناختن علل موجد این معضلات است که می‌توان در جهت از بین بردن، کاهش و کنترل آن‌ها اقدام و برنامه‌ریزی نمود.

۳. روش کار

این مطالعه توصیفی شامل همه زنانی است که در تابستان ۱۴۰۱ به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مراجعه کردند. از این جامعه ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند؛ ۱۰۰ آزمودنی که سن ۳۵٪ از آن‌ها ۳۰

سال و کمتر، ۲۷٪ از آن‌ها ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۳٪ از آن‌ها ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۵٪ بیشتر از ۵۰ سال بودند. سن همسر ۱۹٪ شرکت‌کنندگان ۳۰ سال و کمتر، ۲۹٪ از آن‌ها ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۶٪ از آن‌ها ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۶٪ بیشتر از ۵۰ سال بود. ۴۰٪ این جامعه آماری با انتخاب خانواده و موافق با نظر خودشان، ۳۲٪ با انتخاب خودشان و همراهی خانواده، ۱۶٪ با انتخاب خودشان و مخالفت خانواده و ۱۲٪ دیگر ازدواج اجباری کرده بودند. ۵٪ آزمودنی‌ها بی‌سواد، ۲۲٪ زیردیپلم، ۲۴٪ دیپلم، ۱۵٪ فوق‌دیپلم، ۳۰٪ لیسانس و ۴٪ فوق‌لیسانس و بالاتر بودند و ۶٪ از همسران آن‌ها بی‌سواد، ۲۴٪ زیردیپلم، ۲۸٪ دیپلم، ۱۲٪ فوق‌دیپلم، ۲۶٪ لیسانس و ۴٪ فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. ۴۶٪ شرکت‌کنندگان خانه‌دار، ۲۸٪ کارمند، ۴٪ کارگر، ۱۰٪ آزاد، ۴٪ دانشجو و ۸٪ در سایر مشاغل مشغول به کار بودند و ۶٪ از همسران آن‌ها بیکار، ۲۲٪ کارمند، ۲۸٪ کارگر، ۳۴٪ آزاد، ۱٪ دانشجو و ۸٪ در سایر مشاغل مشغول به کار بودند. ۱۷٪ آزمودنی‌ها دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۶۰٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۲۳٪ دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بودند. ۲۳٪ شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای بیماری جسمی و ۶۶٪ بدون بیماری جسمانی بودند. ۱۳٪ آزمودنی‌ها همسرانشان مواد مصرف می‌کردند و ۷۶٪ دارای سابقه مصرف مواد بودند. بعد از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، پژوهشگر به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه کرده و پس از کسب رضایت آگاهانه، از نمونه‌های پژوهش خواست تا پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. در این پژوهش برای اندازه‌گیری متغیرها از دو پرسش‌نامه (تمایل به خودکشی بک، خشونت علیه زنان) استفاده گردید.

۳-۱. پرسش‌نامه تمایل به خودکشی بک (BSSI)

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک ساخته شد. پرسش‌نامه افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که هر سؤال در قالب سه گزینه مطرح شده و آزمودنی جمله‌ای را که توصیف‌کننده وضعیت او از هفته گذشته تا به امروز است، مشخص می‌کند. مدت‌زمان تکمیل پرسش‌نامه به‌طور متوسط ۱۰ دقیقه است و سه بعد را ارزیابی می‌کند که شامل تمایل به مرگ، آمادگی برای خودکشی، و تمایل به خودکشی واقعی است. در آزمون

افکار خودکشی بک پنج سؤال اول، سؤالات غربالگری نام دارند که در صورت امتیاز صفر گرفتن از پنج سؤال اول، نیازی به پاسخ‌گویی باقی سؤالات نیست، زیرا این نمره صفر، نشانگر عدم تمایل به مرگ است و همان‌طور که نمایان است، وقتی فردی تمایل به مرگ نداشته باشد، تمایل به خودکشی که منجر به مرگ می‌شود نیز ندارد، ولی اگر پاسخ نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال باشد، آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز پاسخ دهد؛ بدین ترتیب ۵ سؤال اول مربوط به مقیاس تمایل به مرگ، ۷ سؤال بعدی مربوط به مقیاس آمادگی برای خودکشی، ۴ سؤال بعد مربوط به مقیاس تمایل به خودکشی واقعی و ۳ سؤال پایانی مربوط به بازدارنده‌های خودکشی می‌شود. نمره‌گذاری براساس سه‌درجه‌ای از صفر تا دو صورت می‌گیرد: نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی و نمره دو یعنی زیاد. این پرسش‌نامه فاقد سؤالات معکوس است و نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که در بازه بین صفر تا ۳۸ قرار دارد. نمره ۰ تا ۵ داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹ داشتن آمادگی برای خودکشی، نمره ۲۰ تا ۳۸ داشتن قصد اقدام به خودکشی است. به عبارتی، نمره بالاتر نشانگر داشتن افکار خودکشی بیشتر، آمادگی بیشتر برای خودکشی و قصد جدی برای گرایش به خودکشی است.

مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲-۳. پرسش‌نامه سنجش خشونت علیه زنان (حاج یحیی، ۱۹۹۹)

این پرسش‌نامه توسط حاج یحیی در سال ۱۹۹۹ ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۲ سؤال و چهار خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس نخست (سؤال‌های ۱ تا ۱۶) برای سنجش خشونت روانی و خرده‌مقیاس دوم (سؤال‌های ۱۷ تا ۲۷) برای سنجش خشونت فیزیکی، خرده‌مقیاس سوم (سؤال‌های ۲۸ تا ۳۰) برای سنجش خشونت جنسی و خرده‌مقیاس چهارم (سؤال‌های ۳۱ و ۳۲) برای سنجش خشونت اقتصادی است.

نمره‌گذاری پرسش‌نامه سنجش خشونت علیه زنان (حاج یحیی، ۱۹۹۹) به صورت طیف لیکرت (هرگز = ۱ نمره، یک بار = ۲ نمره، دو بار یا بیشتر = ۳ نمره) است. برای محاسبه امتیاز هر زیرمقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس باهم جمع می‌شود. برای خشونت روانی بین ۱۶ تا ۴۸، خشونت فیزیکی بین ۱۱ تا ۳۳، خشونت جنسی، ۳ تا ۹ و خشونت اقتصادی ۲ تا ۶ است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌های پرسش‌نامه باهم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۳۲ تا ۹۶ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر خشونت علیه زنان خواهد بود و برعکس.

حاج یحیی (۱۹۹۹) برای به دست آوردن ضریب پایایی این پرسش‌نامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد و نتایج آن را برای خشونت روانی ۰/۷۱، خشونت فیزیکی ۰/۸۶، خشونت جنسی ۰/۹۳ و خشونت اقتصادی ۰/۹۲ گزارش کرد که نشان از پایایی مطلوب این پرسش‌نامه دارد. در پژوهش اصلانی و همکاران (۱۳۹۸)، ۰/۷۶ روایی پرسش‌نامه گزارش شده است که حاکی از بالا بودن مقدار روایی آن می‌باشد و اعتبار (روایی) آن توسط چند تن از استادان متخصص مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری spss، نسخه ۲۳ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام می‌شود. در بخش آمار توصیفی از مشخصه‌های آماری مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شده است.

۴. یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی تحقیق شامل سن، سن همسر، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، وضعیت اقتصادی، وضعیت محل سکونت، درآمد ماهیانه، درآمد ماهیانه همسر، مبتلا به بیماری جسمانی و مبتلا به مصرف مواد همسر است.

میانگین خشونت خانگی ۷۵/۸۱ و تمایل به خودکشی ۲۹/۶۱ است و میانگین ابعاد خشونت روانی، خشونت فیزیکی، به ترتیب برابر با ۳۵/۰۳ و ۲۸/۷۴ است. انحراف معیار خشونت روانی و خشونت فیزیکی به ترتیب ۱۰/۹۹ و ۷/۱۰ است. با توجه به اینکه مقدار کجی و کشیدگی در فاصله ۲- تا ۲ تغییر می کند، می توان نتیجه گرفت که داده ها نرمال است. آزمون کلموگروف اسمیرنوف تمایل به خودکشی با سطح معنی داری ۰/۱۷۸ است. در این راستا خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۱): ضریب همبستگی بین خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده

به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان

تمایل به خودکشی		متغیر ملاک	
سطح معناداری	مجذور ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	شاخص آماری
			متغیر پیشین
۰/۰۰۱	۰/۲۶۸	۰/۵۱۸	خشونت خانگی

$p < 0.01$

یافته های جدول (۱) نشان می دهد ضریب همبستگی بین خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان معنی دار است؛ یعنی بین خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان ($r=0.518$) رابطه معنی دار وجود دارد. براساس ضریب تعیین (r^2) ۲۶/۸٪ واریانس خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مشترک بوده است. لذا فرضیه مبنی بر اینکه بین خشونت خانگی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان رابطه وجود دارد، تأیید می گردد.

جدول (۲): ضریب همبستگی بین خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به

اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان

متغیر ملاک		تمایل به خودکشی	
شاخص آماری	ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	سطح معناداری
خشونت روانی	۰/۴۶۷	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱

$p < 0/05$

یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان معنی‌دار است؛ یعنی بین خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان ($r=0/467$) رابطه معنی‌دار وجود دارد. براساس ضریب تعیین (r^2) ۲۱/۸٪ واریانس خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مشترک بوده است. لذا فرضیه مبنی بر اینکه بین خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان رابطه وجود دارد، تأیید می‌گردد. خشونت روانی بر تمایل خودکشی در زنان تأثیر دارد و یکی از عوامل مراجعه زنان به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی است.

جدول (۳): ضریب همبستگی بین خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس

اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان

متغیر ملاک		تمایل به خودکشی	
شاخص آماری	ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	سطح معناداری
خشونت فیزیکی	۰/۵۱۰	۰/۲۶۰	۰/۰۰۱

$p < 0/05$

یافته‌های جدول (۳) نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان معنی‌دار است؛ یعنی بین خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان ($r=0/510$) رابطه معنی‌دار وجود دارد. براساس ضریب تعیین (۲۲) $0/26$ واریانس خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان مشترک بوده است. لذا فرضیه مبنی بر اینکه بین خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان رابطه وجود دارد، تأیید می‌گردد. خشونت فیزیکی بر تمایل خودکشی در زنان تأثیر دارد و یکی از عوامل مراجعه زنان به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی است. بنابراین با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان دریافت که یکی از عوامل مراجعه‌کننده زنان به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی خشونت (فیزیکی، روانی) و تمایل به خودکشی است.

جدول (۴): تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام خشونت خانگی

گام	متغیر پیش‌بین	ضریب بتا (β)	مقدار p	R^2	R^2 تعدیل شده	تغییرات R^2 (ΔR^2)
۱	خشونت روانی	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۰/۲۱۰	۰/۲۱۸
۲	خشونت فیزیکی	۰/۳۳	۰/۰۰۳	۰/۲۹۵	۰/۲۸۰	۰/۰۷۷
۳	خشونت اقتصادی	۰/۲۰	۰/۰۲۵	۰/۳۲۵	۰/۳۰۳	۰/۰۳۰

تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که سه نوع خشونت خانگی (روانی، فیزیکی و اقتصادی) در مجموع $32/5\%$ از واریانس تمایل به خودکشی در زنان را تبیین می‌کنند. خشونت روانی با سهم $21/8\%$ ، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بود که نشان‌دهنده تأثیر عمیق آسیب‌های عاطفی و تحقیر بر تمایل به خودکشی است. سپس خشونت فیزیکی با افزودن $7/7\%$ به قدرت تبیین مدل، حاکی از نقش آسیب‌های جسمی و احساس ناامیدی در تشدید افکار خودکشی بود. در نهایت، خشونت اقتصادی با اضافه کردن 3% ، بر نقش محدودیت‌های

مالی و احساس وابستگی در افزایش آسیب‌پذیری روانی زنان تأکید کرد. خشونت جنسی به دلیل عدم معناداری از مدل حذف شد. این یافته‌ها بر ضرورت توجه ویژه به خشونت‌های غیرکلامی و اقتصادی در کنار خشونت فیزیکی در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی زنان تأکید می‌کند.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که با هدف بررسی رابطه بین میزان خشونت روانی و فیزیکی تمایل به خودکشی در زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان انجام شد، نشان داد که ضریب همبستگی بین خشونت روانی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان معنی‌دار است. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیر خشونت خانگی (روانی و فیزیکی) توان پیش‌بینی افکار خودکشی را دارند و سهم هر کدام در پیش‌بینی افکار خودکشی به ترتیب ۰/۲۹ و ۰/۲۱ است و خشونت جنسی به دلیل عدم معناداری از مدل حذف شد. نتایج این پژوهش با پژوهش میکائیلی و صمدی‌فرد (۱۳۹۸)، احمدی و همکاران (۱۳۹۳)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲)، بنی‌فاطمه و همکاران (۱۳۹۰)، علیزاده اصلی و همکاران (۱۳۹۰)، خسروی و خاقانی‌فرد (۱۳۸۳) و گیس^۱ و همکاران (۲۰۱۸) همسو و با پژوهش خسروی (۱۳۹۱) ناهمسو است.

در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت با توجه به تأثیر مستقیم روان سالم بر جسم، پرخاشگری روانی به‌خاطر فشار و بار روانی بر انسان، موجب از بین رفتن آرامش روحی، استرس دائم، اضطراب بالا و نشخوار فکری می‌شود. این نوع خشونت شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زنان را خدشه‌دار می‌کند و باعث خستگی ذهنی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، گریز از مشارکت اجتماعی، فرسودگی و پناه بردن به داروهای روان‌گردان، الکل و مواد مخدر و در نتیجه باعث افت عملکرد روزانه و کاهش عزت‌نفس، اختلال در تمرکز برای انجام وظایف و تربیت فرزندان و تمایل به افکار خودکشی می‌گردد. در واقع تحمل

خشونت برای برخی از زنان به قدری دشوار است که ترجیح می‌دهند بمیرند. این نوع خشونت باعث مشکلات زیادی برای خانواده و به خصوص زنان می‌شود؛ مانند گریز از مشارکت در امور اجتماعی (اختلال در مؤلفه عملکرد اجتماعی)، ازکارافتادگی ادراکی، انواع افسردگی‌ها، عدم کفایت زن در مدیریت خانواده، از بین رفتن اعتماد به نفس، بازسازی رفتار خشونت‌آمیز در بچه‌ها، عدم موفقیت کودکان در تحصیل، کار نکردن این زن در محیط کار، از دست رفتن استعدادها و بالقوه زن، از دست دادن اعتبار اجتماعی و خانوادگی و دست زدن به خودکشی. در مجموع، آثار خشونت روانی علیه زنان موجب کاهش سلامت روان و افزایش افسردگی، اضطراب و استرس در آنها می‌گردد.

در تبیین نتایج به دست آمده باید گفت که پرخاشگری همسر، اثرات روانی نامطلوبی بر سلامت روانی زنان از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، استرس و... دارد که این آثار به نوبه خود منجر به فلج شدن قدرت تصمیم‌گیری، پیروی از ترس، تحمیل شرایط، عدم توانایی حل مسائل و در پاره‌ای موارد خودکشی می‌گردد. ترس از پرخاشگری نیز باعث می‌شود زنان نتوانند مشارکت کامل و فراگیر و همه‌جانبه در زندگی اجتماعی و جامعه داشته باشند و این ترس از پرخاشگری باعث اختلال در سلامت روانی و به ویژه اختلال در کارکرد اجتماعی و گرایش به خودزنی و خودکشی آنها می‌شود.

همچنین می‌توان گفت که زنان قربانی پرخاشگری خانگی از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند و مورد بدرفتاری واقع شدن به ترتیب از نظر روانی، فیزیکی، جنسی و اقتصادی خطر بیشتری برای سلامت روانی فرد به دنبال داشته و مشکلات روان‌شناختی بیشتری برای قربانیان، از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، استرس و... دارد که این آثار به نوبه خود منجر به مختل شدن قوه تصمیم‌گیری، پیروی از ترس، تحمل شرایط، عدم توانایی حل مسائل و در پاره‌ای از موارد خودکشی می‌گردد. به علاوه ذهنیت تکانشی در زنان دچار خشونت خانگی به دلیل بازتجربه هیجان منفی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت‌های مشابه و تهدیدآمیز واقعی و خیالی احساس می‌شود. با تداعی

خاطره منفی آزار و اذیت جنسی یا جسمانی یا غفلت، به صورت خیالی یا با مشاهده واقعی شوهر خود و یا هر نشانه‌ای که به او مربوط می‌باشد، ممکن است به سمت رفتارهای پرخطری مانند خودزنی و یا خودکشی گرایش پیدا کنند.

ضریب همبستگی بین خشونت فیزیکی با تمایل به خودکشی زنان مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی و بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان معنی‌دار است. نتایج این پژوهش با پژوهش عصایی و همکاران (۱۳۹۹)، بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۳)، بنی‌فاطمه و همکاران (۱۳۹۰)، شفر^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، و ژانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۲) همسو و با پژوهش خسروی (۱۳۹۱)، خسروی و خاقانی‌فرد (۱۳۸۳) و مارتین^۳ (۲۰۱۹) ناهم‌سوست.

در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت که به دلیل ساختار فرهنگی و اجتماعی، زنانی که مورد خشونت فیزیکی قرار می‌گیرند، از بیان و گزارش وضعیت خود و افشای آن خودداری می‌کنند. همچنین زنانی که در کودکی شاهد کتک خوردن مادران به دست پدران بوده‌اند، این امر را مرسوم تلقی می‌کنند و از آن شکایتی ندارند. برخی دیگر از زنان به دلیل ترس از آبرو، ترس از هم‌پاشیدگی زندگی و عدم آگاهی از حقوق خود تن به این خشونت داده و از مراجعه به مراکز درمانی و مراجع قضایی امتناع می‌کنند. گاهی صدماتی که این نوع خشونت بر زنان قربانی بر جای می‌گذارد، جبران‌ناپذیر است که می‌توان به نازایی بر اثر سقط جنین و نقص عضو اشاره کرد. زنانی که این نوع خشونت را تجربه می‌کنند، علاوه بر صدمات جسمانی به انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی شدید، انزوای اجتماعی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس، ناامیدی، احساس خودکم‌بینی، اعتیاد به مواد مخدر، الکل و گرایش به خودکشی مبتلا می‌شوند و هنگامی که وارد به استخوانشان رسیده، دست به خودکشی می‌زنند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، به منظور افزایش دقت اندازه‌گیری برای جمع‌آوری اطلاعات، در کنار پرسش‌نامه از ابزارهای دیگری مانند مشاهده و مصاحبه‌های ساختارمند بالینی نیز استفاده گردد و به صورت گسترده‌تری در شهرهای دیگر انجام شود تا از نتایج به دست آمده نتیجه‌گیری‌های دقیقی بشود.

پدیده «خودکشی» از جهات مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، آماری، جمعیتی و حتی سیاسی قابل تعمق و از اهمیت بیشتری برخوردار است. خودکشی از معضلاتی است که موجب هرز رفتن نیروی فعال جامعه شده و یک مشکل بزرگ برای سلامتی تلقی می‌شود و همچنین آسیب زدن به بهداشت روانی خانواده و جامعه، از بین بردن نیروی فعال و مولد جامعه، به جا گذاشتن تأثیرات سوء بر فضای اجتماعی، کاهش امنیت و اعتماد اجتماعی، افزایش احتمال وقوع خودکشی در سایر افراد جامعه و ایجاد نوعی فضای یأس و ناامیدی، از عمده‌ترین تأثیراتی است که در یک جامعه به جای می‌گذارد.

با توجه به افزایش شیوع خشونت خانگی و به تبع آن، افزایش شیوع خودکشی در زنانی که از خشونت همسر رنج می‌برند و اثرات زیان‌بار روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی آن، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد و به سازمان‌های درمانی، آموزشی، خانواده و جامعه و به‌طور کلی، مراکز و مسئولانی که به‌نحوی با قشر جوان (زوجین و خانواده‌ها) کشور ارتباط دارند، کمک می‌کند تا سیاست‌ها و راهکارهایی را برای پیشگیری و کاهش این معضلات اجتماعی ارائه کنند. به‌منظور توسعه بهداشت روانی زوجین و جلوگیری از فروپاشی بنیان خانواده، می‌توان به خانواده‌های آسیب‌دیده، راهکارها و تدابیر درمانی و مشاوره‌ای آموزش داده شود. همچنین می‌توان کارگاه‌های آموزشی برای همه خانواده‌ها در زمینه بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش خودکشی برگزار نمود. ملزم شدن افراد به انجام خدمات مشاوره‌ای و آموزش مهارت‌های زندگی مانند چگونگی کنترل خشم و حل مسئله سازنده و بالا بردن توانمندی روان‌شناختی زوجین قبل از ازدواج و تکرار آن به صورت سالیانه بعد از ازدواج، زیرا حفظ و نگهداری این مهارت‌ها با یک بار آموزش به فراموشی سپرده خواهد شد اما در صورت تکرار و یادآوری مجدد،

مؤثرتر عمل خواهد کرد. بسیاری از زنان به دلیل وابستگی اقتصادی به همسرانشان، بسیاری از خشونت‌ها را تحمل می‌کنند. به همین دلیل باید تلاش‌هایی برای خودکفایی اقتصادی زنان انجام شود. در این زمینه دولت با تدابیر مؤثر در جهت راه‌اندازی مشاغل خانگی می‌تواند خودکفایی زنان متأهل را افزایش دهد و قوانینی مطرح کند که در آن مجازات سنگینی برای خشونت علیه زنان در نظر گرفته شود.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود و ثقة‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹ (۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- احمدی، محبوبه، رهنوردی، منا، کیانی، مهرزاد و پورحسین‌قلی، اسما. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکار خودکشی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت سال ۱۳۹۲. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۰ (۴)، ۲۰۱-۲۱۰.
- اصلانی، خالد، خدادادی‌اندزیه، فریده، امان‌الهی، عباس، رجبی، غلامرضا و سندرام، استیس. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در خشونت علیه زنان؛ مداخله در رابطه؛ زوجین ناسازگار ساکن شهر اهواز. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۹ (۲)، ۲۱۳-۲۳۲.
- اندیشه، حجت‌الله، رسولی، سید یوسف و رمضانی، خسرو. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و افکار خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۶ (۴)، ۱۱۰-۱۲۷.
- بابایی‌نابدلویی، کریم، اصولی، بیوک، عبادی، زهرا و سناری‌سفیدان‌جدید، کاظم. (۱۳۹۹). افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری ارجاع‌داده‌شده به اورژانس اجتماعی با تأکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۶ (۱)، ۸-۱.
- برونی، عاطفه، رحیمی، چنگیز، محمدی، نوراله. (۱۴۰۴). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی خودکشی با میانجی‌گری افسردگی در زنان قربانی خشونت خانگی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۲۰ (۷۷)، ۱۰۲-۱۱۴.
- بنی‌فاطمه، حسین، عباس‌زاده، محمد و حکمت، عزیز. (۱۳۹۰). تبیین تأثیر خشونت بر گرایش به خودکشی: مطالعه موردی دختران و زنان ۱۵-۵۰ ساله پیرانشهر. *نشریه دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه یزد*، ۱۴ (۳۴-۳۵)، ۲۷-۵۴.

خسروی، زهره و خاقانی فرد، میترا (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران. *مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان (مطالعات زنان)*، ۲ (۶)، ۹۹-۱۱۳.

خسروی، راضیه. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت در زنان مورد خشونت و تمایل به افکار خودکشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سیستان و بلوچستان.

سیاه‌خانی نوش‌آبادی، سمانه، سعدی آرانی، شیوا، نادریان، فریبا، بهادران، علی و نامجو، فرهاد. (۱۴۰۰). پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان. فصلنامه *سنجش و پژوهش در مشاوره و روان‌شناسی*، ۳ (۲)، ۶۰-۷۱.

شیرزاد، جلال و قره‌داغی، جابر. (۱۳۸۶). بررسی روش‌ها و علل خودکشی‌های منجر به فوت ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول ۱۳۸۳. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۳ (۳)، ۱۶۳-۱۷۰.

عصایی، شیما، نظیری، قاسم و زارع‌نژاد، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه گرایش به اعتیاد و خودکشی در زنان آزاردیده فیزیکی و جنسی ارجاع داده‌شده به پزشکی قانونی با زنان غیرآزاردیده؛ مطالعه موردی استان فارس. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۲۶ (۲)، ۷۹-۸۴.

علیزاده اصلی، افسانه، فرقانی رامندی، فاطمه، علیرضائی، نصرت‌الله، علیخانی، حسین و قدیری، حسن. (۱۳۹۰). عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شمال و دانشفهان استان قزوین (۱۳۷۶-۱۳۸۷). *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱ (۳)، ۷۱-۹۱.

علیوردی‌نیا، اکبر. (۱۳۸۳). انسجام منزلتی و خودکشی زنان: نظریه گیبس و مارتین. *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱ (۴)، ۱۴۳-۱۵۴.

معماری، اشرف‌الملوک، رمیم، طیب، امیرمرادی، فرشته، خسروی، خدیجه و گودرزی، زهرا. (۱۳۸۵). علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۲ (۱)، ۴۷-۵۳.

ملکی، امیر و نژادسبزی، پروانه. (۱۳۸۹). رابطه مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی خانواده با خشونت خانگی علیه زنان در شهر خرم‌آباد. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱ (۲)، ۳۱-۵۳.

میکائیلی، نیلوفر و صمدی فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی افکار خودکشی براساس شادکامی، عزت نفس و سلامت معنوی در نوجوانان دختر. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۵ (۳)، ۵۹-۷۱.

نورعلی‌وند، علی و رمضانی، ابوالفضل. (۱۳۹۴). بررسی مطالعات خودکشی در ایران و مقایسه آن‌ها با خودکشی در شهرستان دره‌شهر. *فرهنگ ایلام*، ۱۶ (۴۸-۴۹)، ۱۰۴-۱۳۱.

هاشمی، عباس (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین بهداشت روانی ادراک‌شده و عوامل روان‌آسیب‌شناختی و اختلالات روان‌شناختی و سابقه شخصی با میزان گرایش به خودکشی در دانشجویان دانشگاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه گیلان.

همایونی، مرضیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی تمایل به خودکشی، تمایل به خیانت و تمایل به طلاق عاطفی براساس پرخاشگری همسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

یعقوبی دوست، محمود و عنایت، حلیمه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با خشونت خانگی نسبت به فرزندان در شهر اهواز. پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۳ (۲)، ۶۱-۷۸.

یکه‌کار، شیرین و حسینی، سید احمد. (۱۳۹۷). ویژگی‌های خشونت خانگی علیه زنان و زمینه‌های فرهنگی مرتبط با آن. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۴ (۱۶)، ۴۱-۱۰۰.

Aprem Kako, D., & Hussen Gardi, A. (2019). Risk of Suicide among Women Survived Domestic Violence in Erbil Governorate. *Erbil j. nurs. midwifery*, 2(1), 34-43, doi: <https://doi.org/10.15218/ejnm.2019.05>

Beck AT and Steer RA. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

De Ville, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation, suicide attempts, and self-injury in children aged 9 to 10 years. *JAMA network open*, 3(2), e1920956, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.20956.

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L.B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73, 79-86.

Gibbs, A., Dunkle, K., & Jewkes, R. (2018). Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa. *PLoS one*, 13(4), e0194885, doi: 10.1371/journal.pone.0194885.

Haj Yahia, M.M. (1999). *Wife abuse and its psychological consequences as revealed by the first Palestinian National Survey*.

Indu, P. V., Remadevi, S., Vidhukumar, K., Shah Navas, P. M., Anilkumar, T. V., & Subha, N. (2020). Domestic violence as a risk factor for attempted suicide in married women. *Journal of interpersonal violence*, 35(23-24), 5753-5771, doi:10.1177/0886260517721896.

Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., & Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of psychiatric nursing*, 32(4), 574-579, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.016>.

Martín-Baeda, D.; Mayoral, O.; Talavera, M. and Montero, I. (2018). The link between violence and suicidal behavior among female university students in Spain. *Journal of School Violence*, 2, 1-10.

Martin, R.L. (2019). *Exploring the Moderating Effects of Aggression on the Relationship Between Negative Urgency and Suicidal Desire*. A Thesis for the Degree of Master of Arts. University of Southern Mississippi.

Nojoomi, M., Agaee, S., & Eslami S. (2007). Domestic Violence against Women Attending Gynecologic Outpatient Clinics. *Archives of Iranian Medicine*, 10(3), 309-315, <https://doi.org/07103/aim.006>.

- Schäfer, J.L., Teixeira, V.A., Fontoura, L.P., Castro, L.C., & Horta, R.L. (2017). Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren. *Original Article Artigo Origin*, 66(2), 96-103, <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000156>.
- Thapar, P., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence *Lancet, PMC*, 379 (9820), 1056-1060.
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M.T., Escriba`-Agu`ir, V., & Miralles, J.J. (2010). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*.33(1), 15-21.
- World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
- Yang, Q., Hu, Y. Q., Zeng, Z. H., Liu, S. J., Wu, T., & Zhang, G. H. (2022). The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: The mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life. *International journal of environmental research and public health*, 19 (23), 15895, doi: 10.3390/ijerph192315895.
- Zhang, P., Roberts, R. E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L., & Yu, Y. (2012). Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *PloS one*, 7(2), doi:10.1371/journal.pone.0031044.

Investigating the relationship between the level of violence (physical and psychological) and suicidal tendencies in women referring to social emergency and Shahid Beheshti Hospital in Kashan city

Sara Tajbakhsh,¹ Hamidreza Shams Ravandi,² Zeinab Gandomi,^{3*} Maryam Tabei⁴

Received: 05/05/2024

Accepted: 07/11/2024

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between the level of domestic violence and suicidal tendencies in women referring to the social emergency room and Shaheed Beheshti Hospital in Kashan. The method of this study is descriptive and correlational. The statistical population of this study consisted of all women who had referred to the social emergency department and Shaheed Beheshti Hospital in Kashan city in the summer of 1401. From the statistical population, 100 people were selected and studied using non-random sampling method. Beck's suicidal tendency questionnaire (1961) and Haj Yahya's violence against women questionnaire (1999) were used to collect data. After collecting and extracting data, the participants' scores were analyzed using Pearson's correlation coefficient and Kolmogorov-Smirnov test using statistical software (SPSS), version 23. The results of the study showed that there is a significant positive relationship between the level of domestic violence and suicidal tendencies in women. The results also showed that types of domestic violence against women (psychological, physical, sexual, and economic) are able to predict suicidal tendencies.

Keywords: physical violence, suicidal tendencies, psychological violence, social emergency.

1. Bachelor of Social Work, Kashan University of Medical Sciences, Iran

2. PhD in Psychology, Roudehen Azad University, Iran

3. PhD in Educational Psychology, Kashan University of Medical Sciences, Iran, (Corresponding Author). Email: zeynab.gandomi@yahoo.com

4. Master of Counseling, Alzahra University, Iran