



چکیده

زمینه و هدف: خشونت نسبت به همسر یکی از معضلات بزرگ بهداشتی بسیاری از کشورها می‌باشد که پیامدهای منفی جسمانی و روانی زیادی را برای قربانیان به بار می‌آورد. پژوهش حاضر به بررسی وضعیت سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری می‌پردازد.

روش بررسی: در این مطالعه ۱۱۸۶ زن به صورت تصادفی سیستماتیک از کلیه مناطق شهر تهران انتخاب شدند و پرسشنامه همسرآزاری و سلامت عمومی GHQ-۲۸ را تکمیل نمودند. اطلاعات به دست آمده از طریق نرم‌افزار آماری SPSS و با آزمون t و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۱۱۸۶ نمونه پژوهش ۱۰۱۳ (۸۵/۴ درصد) بدرفتاری عاطفی، ۳۷۴ (۳۱/۵ درصد) بدرفتاری جسمی، ۳۶۰ (۳۰/۴ درصد) بدرفتاری جنسی و ۲۰۶ (۱۷/۴ درصد) هم‌زمان هر سه نوع بدرفتاری را تجربه کردند. زنان قربانی خشونت، از وضعیت بدتر سلامت عمومی رنج می‌بردند ($P < ۰/۰۵$). به علاوه رابطه انواع همسرآزاری به عنوان متغیر پیش‌بین با هر یک از ابعاد سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک (۲) که با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد، نشان داد که بین این متغیرها رابطه مثبت وجود دارد. یعنی تجربه بدرفتاری دیدن از هر نوع، پیش‌بینی کننده بروز اختلال در سلامت عمومی فرد است ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: قربانیان همسرآزاری از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می‌برند. به عبارتی بین بدرفتاری دیدن و مشکلات روان‌شناختی رابطه وجود دارد و در این بین قربانیان بدرفتاری جنسی و جسمی در مقایسه با قربانیان بدرفتاری عاطفی مشکلات بیشتری را تجربه کردند.

کلید واژه‌ها: همسرآزاری - سلامت روانی - بدرفتاری جسمی، جنسی و عاطفی

دکتر شهربانو قهاری

دکترای روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران

دکتر لیلی پناغی

متخصص پزشکی اجتماعی، انستیتو روان‌پزشکی تهران

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

استادیار روان‌شناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی تهران

الهام زارعی دوست

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

علی‌رضا محمدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

نویسنده مسؤول: دکتر شهربانو قهاری

پست الکترونیکی: ghaharizari@yahoo.com

نشانی: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشکده پزشکی

سابق، انستیتو روان‌پزشکی تهران، طبقه سوم، دفتر مدیریت

تلفن ۰۲۱-۴۴۳۱۰۴۴۳

نمابر: ۶۶۵۰۶۸۵۳

وصول مقاله: ۸۵/۴/۱۰

اصلاح نهایی: ۸۵/۹/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۷

مقدمه

همسرآزاری یکی از انواع خشونت خانگی است و به هرگونه بدرفتاری عمدی نسبت به زن توسط همسر یا شریک جنسی اطلاق می‌شود و می‌تواند انواع گوناگونی از بدرفتاری‌های جسمانی، عاطفی و جنسی را دربر گیرد (۱).

خشونت و بدرفتاری نسبت به همسر پدیده‌ای شایع در بسیاری از ممالک جهان است و مطالعات زیادی بر شیوع بالای خشونت نسبت به زن توسط شوهر در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه اشاره دارد (۵-۲). مطالعه‌ای نشان داده است که در انگلستان از هر پنج زن، یک زن قربانی خشونت همسر می‌شود (۶) و در ترکیه نیز همسرآزاری یک مشکل بسیار جدی است (۷). همسرآزاری در کشورهای آسیایی نیز قابل توجه است، چنانچه یک مطالعه در ژاپن نشان داد که زنان ۲/۵ برابر بیشتر از مردان قربانی خشونت خانگی هستند (۸). همچنین مطالعه‌ای روی ۱۴۳ زن در تایوان نیز نشان داد که ۱۸ درصد آنان به طور جدی قربانی خشونت فیزیکی همسر هستند (۹).

خشونت پیامدهای منفی زیادی را برای قربانیان به بار می‌آورد که دامنه‌ای از مشکلات جسمانی تا مشکلات روان‌شناختی را دربرمی‌گیرد. بررسی‌ها نشان داده است که شکایات جسمانی نظیر سردرد، مشکلات شکمی، درد مزمن، خون‌ریزی واژینال، سندرم روده تحریک‌پذیر، علائم ژنیکولوژی و بیماری‌های منتقله جنسی در زنان قربانی خشونت از شیوع بالایی برخوردار است (۱۰-۱۲).

از دیگر پیامدهای منفی خشونت در قربانیان همسرآزاری اختلالات روانپزشکی است (۱۳ و ۱۴) و مطالعات در این راستا، به سندرم زنان کتک خورده اشاره کرده است که اختلالات افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، جسمانی کردن و عزت‌نفس پایین را دربرمی‌گیرد (۱۷-۱۵). اختلالات اضطرابی و افسردگی، اختلال استرس پس از آسیب، احساس بی‌ارزشی و اقدام به خودکشی به عنوان پیامدهای شایع بدرفتاری نسبت به همسر مطرح شده‌اند (۲۰-۱۸). با توجه به پیامدهای منفی خشونت و بدرفتاری، این مطالعه به منظور بررسی سلامت روان زنان قربانی همسرآزاری در شهر تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۳ انجام شد. از کلیه مناطق شهر تهران به صورت تصادفی سیستماتیک ۱۱۸۶ نمونه انتخاب شد. افراد واجد شرایط کلیه زنان شوهردار بالای ۱۵ سال بودند. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه همسرآزاری و پرسشنامه GHQ-۲۸ بود که همه افراد مورد مطالعه آنها را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که کلیه نمونه‌ها در مورد هدف پژوهش به طور کافی توجیه گردیدند. به آنها اعلام شد شرکت ایشان در پژوهش داوطلبانه است و در صورت عدم تمایل می‌توانند انصراف دهند. به علاوه، اعلام گردید که اسامی و اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان در پژوهش، کاملاً محرمانه تلقی شده و اطلاعات به دست آمده، به صورت گروهی تجزیه و تحلیل می‌شود.

الف) پرسشنامه همسرآزاری

این پرسشنامه به وسیله پژوهشگر براساس معیارهای تشخیصی همسرآزاری موجود در ادبیات روان‌پزشکی و روان‌شناسی تدوین شده است و انواع بدرفتاری جنسی، جسمی و عاطفی را می‌سنجد. بدرفتاری جنسی اعمال هرگونه رابطه جنسی غیرمعمول و آزارگرایانه، بدرفتاری عاطفی اعمال هرگونه بدرفتاری و تحقیر نسبت به همسر و بدرفتاری جسمانی مواردی نظیر کتک‌زدن یا صدمه رساندن به همسر را شامل می‌شود. این پرسشنامه به روش لیکرت (هرگز، گاهی، اغلب و همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. بدرفتاری عاطفی از ۲۰ ماده، بدرفتاری جسمی از ۱۰ ماده و بدرفتاری جنسی از ۱۴ ماده تشکیل شده است که نمره برش آنها به ترتیب ۲۰، ۱۰ و ۱۴ می‌باشد.

روایی صوری پرسشنامه به تایید اساتید روان‌پزشکی و روان‌شناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران رسید. برای تعیین روایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که در حد ۰/۹۲ بود که ضریب قابل قبولی می‌باشد. به منظور تعیین ضریب پایایی به ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۹ سال که به مدت ۱ تا ۲۴ سال از مدت ازدواج آنان می‌گذشت، این پرسشنامه داده شد و ضریب پایایی به روش آزمون-آزمون مجدد برابر با ۰/۹۸ با $P < ۰/۰۰۱$ بود (۵).

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) معرفی شده است، پرسشنامه استاندارد روان پزشکی است که برای غربالگری سلامت روانی به کار می‌رود. در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده، حساسیت این آزمون بین ۸۳ تا ۸۸ درصد، ویژگی بین ۶۹ تا ۹۳/۸۱ درصد، کارایی ۷۶ درصد، ضریب پایایی و آلفای کرونباخ ۸۸ تا ۹۲ درصد گزارش شده است (۲۱ و ۲۲). این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی، نشانگان جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. از سوال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، سوال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بی‌خوابی، سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد (۲۳). مبنای تشخیص موارد مثبت در این پرسشنامه، طبق راهنمای GHQ-28 نقطه برش ۲۳/۲۴ می‌باشد. کسانی که نمره آنان بیشتر از ۲۴ بود، در گروه مبتلا به مشکلات روانی قرار می‌گرفتند (۲۴).

استخراج نتایج و مقایسه آماری با استفاده از آزمون t و تحلیل رگرسیون چندگانه با نرم‌افزار SPSS-11 انجام شد. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) بود.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۱۸۶ زن متأهل از نظر همسرآزاری مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنان $39/5 \pm 11/5$ سال بود (جدول ۱).

فراوانی همسرآزاری به تنهایی و به صورت هم‌زمان عبارتند از: همسرآزاری عاطفی ۱۰۱۳ مورد (۸۵/۴ درصد)، همسرآزاری جسمی ۳۷۴ مورد (۳۱/۵ درصد)، همسرآزاری جنسی ۳۶۰ مورد (۳۰/۴ درصد)، وقوع هم‌زمان هر سه نوع ۲۰۶ مورد (۱۷/۴ درصد)، جسمی و جنسی ۲۰۶ مورد (۱۷/۴ درصد)، عاطفی و جنسی ۳۵۱ (۲۹/۶ درصد) و جسمی و عاطفی ۳۶۸ مورد (۳۱ درصد).

سوال پژوهش این است که آیا میزان سلامت روان در زنان قربانی خشونت با سایر زنان متفاوت است؟ برای پاسخ به این سوال از آزمون t استفاده شد (جدول ۲). زنانی که هر کدام از انواع همسرآزاری را تجربه می‌کردند (۱۰۱۳ نفر با ۸۵/۴

درصد)، دارای نمرات سلامت عمومی بیشتری نسبت به زنان (۱۷۳ نفر با ۱۴/۵ درصد) فاقد این تجربه بودند. به عبارت دیگر زنان قربانی همسرآزاری از وضعیت بدتر سلامت عمومی رنج می‌برند و این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$).

جدول ۱: فراوانی خصوصیات جمعیت شناختی زنان

خصوصیات جمعیت شناختی	فراوانی (درصد)
بیسواد	۱۳۰ (۱۰/۹۶)
ابتدایی	۲۷۱ (۲۲/۸۴)
تحصیلات زن	
سیکل	۲۵۲ (۲۱/۲۴)
دیپلم	۳۹۵ (۳۳/۳۳)
دانشگاهی	۱۳۸ (۱۱/۶۳)
شغل زنان	
شاغل	۱۰۸ (۹/۱)
خانه دار	۱۰۷۸ (۹۰/۹)
شغل همسر	
شاغل	۹۳۶ (۷۸/۹۲)
بیکار	۴۷ (۳/۹۶)
بازنشسته	۲۰۳ (۱۷/۱۲)
تحصیلات همسر	
بیسواد	۱۸۹ (۱۷/۵)
ابتدایی	۲۳۹ (۲۰/۱۵)
سیکل	۵۶ (۴/۷۲)
دیپلم	۳۵۱ (۳۰/۳)
دانشگاهی	۲۴۰ (۲۰/۲۳)
بدون پاسخ	۲۰۴ (۱۷/۲)

پرسشنامه GHQ-28 دارای چهار بعد افسردگی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی است. ما برای پاسخ به این سوال که هر یک از انواع همسرآزاری تا چه حد در تبیین هر کدام از این ابعاد در زنان مورد مطالعه نقش داشت، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده کردیم. در هر آزمون یکی از ابعاد GHQ-28 به عنوان متغیر ملاک (y) و ابعاد مختلف همسرآزاری (جسمی، جنسی و عاطفی) به عنوان متغیر پیش‌بین وارد مطالعه شدند (جدول ۳).

در جدول ۳، توجه به علامت مقدار b نشان‌دهنده رابطه مثبت انواع همسرآزاری با خرده مقیاس‌های سلامت روان است. به عبارتی تجربه هر سه نوع همسرآزاری سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد. توجه به مقادیر β نشان می‌دهد آنچه که بیش از همه در تبیین سلامت روان نقش دارد، همسرآزاری

جدول ۲: میانگین نمرات سلامت عمومی برحسب وجود انواع همسرآزاری

نوع همسرآزاری	انحراف معیار± میانگین	t	df	ارزش P
جسمانی	۲۶/۳۶±۱۴/۱۶	۹/۵۷	۱۱۸۴	<۰/۰۵
	۲۰/۸۱±۱۲/۴۱			
عاطفی	۲۴/۲۵±۱۳/۲۳	۶/۸۶	۱۱۸۴	<۰/۰۵
	۱۷±۱۰/۳۰			
جنسی	۲۹/۱۳±۱۴/۰۹	۱۰/۷۹	۱۱۸۴	<۰/۰۵
	۲۰/۶۱±۱۱/۷۴			

جدول ۳: رابطه مثبت انواع همسرآزاری با خرده مقیاس‌های سلامت روان با استفاده از آزمون‌های رگرسیون چندگانه

متغیر وابسته	متغیرهای پیش‌بین	مقادیر b	β	سطح معنی‌داری	مجذور R
خرده مقیاس جسمانی سازی	جسمی	۲۱/۴۲	۰/۱۴	<۰/۰۵	۰/۰۷
	همسرآزاری جنسی	۱/۶۳۳	۰/۱۶	<۰/۰۵	
	عاطفی	۰/۸۴	۰/۰۶	<۰/۰۵	
خرده مقیاس اضطراب	جسمی	۱/۱۷	۰/۱۱	<۰/۰۵	۰/۰۹
	همسرآزاری جنسی	۱/۹۱	۰/۱۸	<۰/۰۵	
	عاطفی	۱/۵۳	۰/۱۱	<۰/۰۵	
خرده مقیاس عملکرد اجتماعی	جسمی	۰/۳۶	۰/۰۵	طبیعی	۰/۰۴
	همسرآزاری جنسی	۱/۰۳	۰/۱۵	<۰/۰۵	
	عاطفی	۰/۵۶	۰/۰۶	طبیعی	
خرده مقیاس افسردگی	جسمی	۱/۶۲	۰/۱۹	<۰/۰۵	۰/۱۱
	همسرآزاری جنسی	۱/۵۶	۰/۱۸	<۰/۰۵	
	عاطفی	۰/۹۹	۰/۰۸	<۰/۰۵	

است که همسرآزاری از هر نوعی که باشد اعم از جسمانی، جنسی و جسمی آثار بهداشتی مخربی را برای سلامت زنان به دنبال دارد. چنانچه نمرات حاصل از پرسشنامه GHQ-۲۸ زنان قربانی خشونت در مقایسه با زنانی که خشونت را تجربه نمی‌کنند، بالاتر باشد، زنان قربانی خشونت از وضعیت سلامت روانی بدتری رنج می‌برند و این یافته با نتایج مطالعات دیگر پژوهشگران در این راستا مطابقت دارد (۲۷ و ۲۸). همچنین این یافته با نتایج مطالعات دیگری در راستای شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی در زنان قربانی خشونت، همسو و هماهنگ می‌باشد (۲۹ و ۳۰). بررسی نقش انواع بدرفتاری‌ها به عنوان متغیر پیش‌بین در بروز اختلال در سلامتی نشان داده است که زنان تجربه کننده بدرفتاری جنسی در مقایسه با دیگر انواع بدرفتاری‌ها در تمام ابعاد پرسشنامه GHQ-۲۸ دارای نمره بیشتری هستند. به عبارتی

جنسی است. تنها استثنا در این مورد خرده مقیاس افسردگی است که در آن همسرآزاری جسمی دارای وزن بیشتری است، هر چند که اینجا نیز همسرآزاری جنسی با تفاوت بسیار کمی در رتبه بعدی قرار دارد.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که قربانیان انواع بدرفتاری همسر از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند و مورد بدرفتاری واقع شدن از نظر جنسی، جسمی و عاطفی به ترتیب خطر بیشتری برای سلامت روانی فرد به دنبال داشته و مشکلات روان‌شناختی بیشتری برای قربانیان به بار می‌آورند.

شیوع قابل توجه خشونت خانگی در سراسر جهان (۲۵ و ۲۶)، محققان را به بررسی پیامدهای زیانبار آن واداشته است (۱۰ و ۱۱). این مطالعه نیز به بررسی سلامت روانی زنان قربانی خشونت همسر اختصاص پرداخت و نتایج حاکی از آن

نبودن نمونه‌ها از نظر سطح تحصیلات و شغل بود. به علاوه نمونه‌هایی که با توجه به پرسشنامه سلامت عمومی بیمار تشخیص داده شدند، برای تایید تشخیص به روان‌پزشک ارجاع نشدند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این موارد لحاظ شود و متغیرهای جمعیت‌شناختی بیشتری از قربانیان و همسران آنان مورد بررسی قرار گیرد. ضمناً انجام بررسی‌های کیفی در این گونه مطالعات از الویت بیشتری برخوردار خواهد بود.

نتیجه‌گیری

قربانیان همسر آزاری از مشکلات سلامت عمومی بیشتری رنج می‌برند. به عبارتی بین مورد بدرفتاری واقع شدن و مشکلات روان‌شناختی رابطه وجود دارد. قربانیانی که مورد بدرفتاری جنسی و جسمی واقع شدند، در مقایسه با قربانیان بدرفتاری عاطفی، مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله، از همکاران روان‌پزشک و روان‌شناس انسیتیتو روان‌پزشکی تهران که در این مطالعه همکاری صمیمانه‌ای نمودند و زنان قربانی خشونت که با حوصله به سؤالات پاسخ دادند، سپاسگزارند.

References

- 1) Walker LE. *Psychology and domestic violence around the world*. Journal of American Psychologist. 1999; 54(1): 21-28.
- 2) Clark DW. *Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health service facilities*. J Am Board Fam Pract. 2001;14(4):252-8.
- 3) McAllister M. *Domestic violence: a life-span approach to assessment and intervention*. Lippincotts Prim Care Pract. 2000; 4(2):174-89.
- 4) Ahmed AM, Elmardi AE. *A study of domestic violence among women attending a medical centre in Sudan*. East Mediterr Health J. 2005;11(1-2):164-74.
- 5) قهاری، ش. عاطف، و. محمد، ک. یوسفی، ح. بررسی میزان فراوانی همسر آزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۸۴. سال پانزدهم. شماره ۵۰. صفحات ۸۳ تا ۸۹.
- 6) Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. *Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care*. BMJ. 2002; 324(7332):274.
- 7) Buken NO, Sahinoglu S. *Violence against women in Turkey and the role of women physicians*. Nurs Ethics. 2006; 13(2):197-205
- 8) Kozu J. *Domestic violence in Japan*. Am Psychol. 1999;

تجربه بدرفتاری جنسی با تجربه مشکلات روان‌شناختی بیشتری در زنان قربانی همسر آزاری رابطه دارد (۳۱ و ۳۲).

بدرفتاری جسمانی شدن سبب می‌شود، فرد در تمام ابعاد پرسشنامه سلامت عمومی به ویژه بعد افسردگی نمره بالایی کسب کند. این یافته با مطالعاتی در راستای شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی به ویژه افسردگی در زنان قربانی همسر آزاری منطبق است (۳۳).

تجربه بدرفتاری عاطفی نیز پیش‌بینی کننده مشکلات روان‌شناختی و سلامت عمومی، ولی با شدتی کمتر از بدرفتاری جسمی و جنسی در زنان قربانی خشونت همسر است. اما یافته بررسی حاضر با مطالعات مشابه انجام شده در خارج از کشور مطابقت نداشت (۳۳ و ۳۴). توجه مطرح در این رابطه می‌تواند عدم آشنایی زنان با معیارهای بدرفتاری عاطفی و داشتن تلقی متفاوت نسبت به آن باشد. به عبارتی با در نظر گرفتن این که اکثریت نمونه‌ها، خانه‌دار و از سطح تحصیلات نسبتاً پایین (زیر دیپلم) برخوردار بودند، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که بدرفتاری جسمانی و جنسی از دیدگاه آنان مهم‌تر تلقی می‌شود و تاثیر بیشتری روی آنان می‌گذارد.

از محدودیت‌های مطالعه فقدان گروه کنترل همتا، متجانس

54(1):50-4.

9) Yang MS, Yang MJ, Chou FH, Yang HM, Wei SL, Lin JR. *Physical abuse against pregnant aborigines in Taiwan: prevalence and risk factors*. Int J Nurs Stud. 2006 Jan;43(1):21-7.

10) Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. *Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics*. Womens Health Issues. 2004; 14(1):19-29.

11) Plazaola-Castano J, Ruiz Perez I. *Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences*. Med Clin (Barc). 2004;122(12):461-7.

12) Reijnders UJ, van der Leden ME, de Bruin KH. *Injuries due to domestic violence against women: sites on the body, types of injury and the methods of infliction*. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150(8):429-35.

13) Smith PH, Gittelman DK. *Psychological consequences of battering. Implications for women's health and medical practice*. N C Med J. 1994;55(9):434-9.

14) Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. *The long-term effects of battering on women's health*. Womens Health. 1998;4(1):41-70.

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) Walker LE. *Battered woman syndrome and self-defense.* *Symposium on Woman and the Law, Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy.* 1992; 6(2), 321-334.

18) Sackett LA, Saunders DG. *The impact of different forms of psychological abuse on battered women.* *Violence Vict.* 1999; 14(1):105-17.

19) Lipsky S, Field CA, Caetano R, Larkin GL. *Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care.* *Violence Vict.* 2005;20(6):645-59.

20) Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. *Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping.* *J Trauma Stress.* 2005; 18(6): 685-96.

(۲۱) پالاننگ، ح. نصرافهانی، م. برهانی، م ت. شاه محمدی، د. بررسی همه گیر شناسی اختلال های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۵. سال دوم. شماره ۴. صفحات ۱۹ تا ۲۷.

(۲۲) خزاییلی، م. بررسی سلامت روان دانشجویان ورودی مهر و بهمن دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۷۶-۷۷). موضوع پژوهش واحد مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۷.

23) Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire.* *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45.

(۲۴) الیاسی، ف. بررسی شیوع، تشخیص، درمان و ارجاع اختلالات روان پزشکی در مراجعین به پزشک مراکز بهداشت شهر ساری. پایان نامه پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۸۱. صفحه ۱۴۳.

25) Odujinrin O. *Wife battering in Nigeria.* *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 41(2):159-64.

26) Mc Whirter PT. *La violencia privada: domestic violence in Chile.* *Journal of American Psychologist.* 1999;1(54):37-40.

27) McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. *The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices.* *Ann Intern Med.* 1995;123(10):737-46.

28) Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. *Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women.* *Am J Prev Med.* 2002; 23(4):260-8.

29) Mechanic MB. *Beyond PTSD: mental health consequences of violence against women: a response to Briere and Jordan.* *J Interpers Violence.* 2004;19(11):1283-9.

30) Kim S, Kim S, Nam KA, Park JH, Lee HH. *Characteristics and mental health of battered women in shelters.* *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2003;33(7):981-9.

31) Temple JR, Weston R, Marshall LL. *Physical and mental health outcomes of women in nonviolent, unilaterally violent, and mutually violent relationships.* *Violence Vict.* 2005;20(3):335-59.

32) Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. *History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting.* *Violence Vict.* 1998;13(1):3-9.

33) Nixon RD, Resick PA, Nishith P. *An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder.* *J Affect Disord.* 2004;82(2):315-20.

34) Houry D, Kaslow NJ, Thompson MP. *Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence.* *J Interpers Violence.* 2005;20(11):1467-77.