مجله ره آورد سلامت ،دوره ۱ ،شماره ۲ ، زمستان ۱۳۹۴ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله علمی

بررسی سلامت روان و عوامل موثر بر آن در زنان زندانی

شهناز ریماز: دانشیار گروه اپیدمیولوژی ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران ، تهران، ایران، Srimaz2000@yahoo.com

محمد ابراهیمی کلان: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، mekalan2011@gmail.com

صفورا غریب زاده: دانشجوی دوره دکتری آمار زیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، s.gharibzadeh.h@gmail.com

مریم چهره گشا: کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان ، chehrehgosha2008@gmail.com

سمیرا وصالی آذر شربیانی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی ، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، samiravesali@yahoo.com

الهام زندیان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، elhamzandian@yahoo.com

مریم دستورپور: دانشجوی دوره دکتری اپیدمیولوژی، مرکزتحقیقات مدل سازی در سلامت، انستیتو مطالعات سلامت، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران،m.dastoorpour@gmail.com

عبدالحلیم رجبی: دانشجوی دوره دکتری اپیدمیولوژی،گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، rajabiepid@gmail.com

چکیده

مقدمه: زندانی بودن زنان می‌تواند مشکلات روانی مهمی از جمله استرس و افسردگی بر روی این گروه آسیب‌پذیر جامعه داشته باشد. هدف از این مطالعه تعیین سلامت روان و عوامل موثر بر آن در زنان زندانی در یکی از زندان‌ها ایران درسال ۱۳۹۰ می‌باشد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۲۰ زندانی زن، به مدت ۱۰ ماه طی نمونه‌گیری در دسترس و به صورت مصاحبه‌ای انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه نجش سلامت روان (GHQ28) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و هم‌چنین آنالیز رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۹/۶ ± ۳۲/۸سال بود. تجزیه و تحلیل مربوط به حیطه‌ها چهارگانه پرسشنامه سلامت روان نشان داد که بیشترین نمره میانگین متعلق به حیطه اضطراب و بی‌خوابی (۵/۹±۱۰/۲) و کمترین متعلق به حیطه افسردگی (۵/۴±۷/۱) بود. نتایج مدل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، وجود بیماری فعلی و سرپرست خانوار بودن به‌ترتیب با حیطه‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و کارکرد اجتماعی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بیش از یک چهارم از زنان زندانی دارای سلامت روان متوسط و ضعیفی بودند و عوامل مختلفی بر روی سلامت روان آنان تاثیرگذار بود، بنابراین ضروری است به تمامی مولفه‌های اثرگذار بر زندگی زنان زندانی توجه خاص شود. اما قبل از به‌کارگیری هرگونه برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود وضعیت سلامت روان این گروه از زنان، لزوم توجه به تحصیلات، وضعیت اشتغال و سرپرست خانوار بودن آنان می‌تواند در روند ارتقاء و یا نزول وضعیت سلامت روان این زنان اثرگذار باشد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، زنان زندانی،GHQ-28

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

مقدمه

زنان زندانی به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه شناخته می‌شوند (۱) که زندانی بودن می‌تواند اثرات روانی مهمی بر روی آنان داشته باشد (۲). اکثر زنان زندانی تخلفشان بیشتر جنبه سرپیچی از سلامت اجتماعی دارد تا یک جرم حقوقی، و در نتیجه نیازهای مرتبط با سلامت روانی آنان معمولاً نادیده گرفته می‌شود (۳). تا اواخر قرن بیستم، زنانی که درگیر سیستم قضایی بودند کمتر مورد توجه قرار می‌گرفتند و کمترین خدمات را از این سیستم دریافت می‌نمودند. همچنین تحققیات اندکی بر روی وضعیت زنان مجرم صورت می‌گرفت که آن نیز تنها بر جرم آنان تاکید داشتند. این زنان کمترین توجه را از سوی سیاستگذاران، مجریان تادیبی و جامعه دریافت می‌نمودند و این امر شاید به این دلیل بود که زنان تنها بخش کوچکی از حیطه سیستم جزایی را نسبت به مردان تشکیل می‌دادند (۴و ۵). در سالهای اخیر روندی افزایشی در جمعیت زندانیان جهان (۶و ۷و ۸)، بخصوص در زنان مشاهده می‌شود که این زنگ خطری برای جامعه محسوب می‌شود (۹، ۱۰ و ۱۱). جمعیت زندانیان جهان بیش از ۱۰ میلیون نفر است (۶ و ۱۲) که حدود پانصد هزار نفر آن را زنان تشکیل می‌دهند (۱۰ و ۱۳).

بر مبنای گزارشاتی که در دو دهه اخیر انتشار یافته است، نشان می‌دهد که افراد زندانی بطور تاسف باری میزان بیشتری از مشکلات سلامت روان را در مقایسه با جمعیت عادی تجربه می‌نمایند زیرا زندانی بودن می‌تواند اثرات روانی مهمی بر روی آنان داشته باشد (۲). بطوریکه به‌عنوان عامل خطری برای انواع استرس های عاطفی بد، مطرح می‌باشد. همچنین جمعیت زندانی بطور نامناسبی با تروماها، کمبودهای روحی و روانی و توان اندکی در مقابله با سختی‌ها مواجه هستند (۱۴). در این میان، زنان بیشتر تمایل به استفاده از شبکه‌های اجتماعی، نظارت و حمایت دیگران برای خودشان در مقابل اثر استرس‌ها دارند و در نتیجه حمایت اجتماعی در طی دوره زندان برای این گروه بسیار مهم است و می‌تواند به عنوان یک شیوه سازگارانه در شرایطی که فرد کمترین کنترل را در مقابل محیط خارجی از خود دارد، در نظر گرفته شود (۱۵). بر مبنای تئوری‌های جرم شناسی، زنان به فاکتورهایی که منجر به تفاوت جنایتکاری بواسطه جنسیت فرد می‌شود، اهمیت می‌دهند. لذا رفتارهای مجرمانه باید بر مبنای همان فرهنگ و جنسیت افراد مورد بررسی قرار گیرد. به‌عنوان مثال ارتباطات به‌عنوان یک منبع مهم برای سلامت روان افراد مطرح است و برای مقابله با مصیبت‌ها و مشکلات بسیار حیاتی است. فرایند ایزوله‌کردن و قطع ارتباط با دیگران که به‌عنوان الزامات تادیبی برای فرد مجرم در نظر گرفته می‌شود به‌عنوان یک منبع اساسی برای استرس‌های روانشناختی مطرح است (۱۵و ۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات مرتبط با سلامت روان در زندانیان زن دارای میزان بالایی است، چنانچه بررسی ۱۵ ساله در زندان‌های انگلیس و ویلز نشان داده که بالاترین سطح ابتلا به اختلالات روانی شدید مربوط به زندانیان زن بوده است (۲). در ایران نیز برخی از مطالعات انجام شده در زندان‌ها نشان داده که حدود ۸۷/۵ درصد از زندانیان مشکوک به داشتن نوعی اختلال روانی هستند (۱۷) و در مطالعاتی که در زنان صورت گرفته، اختلالات شخصیتی از قبیل اختلالات شخصیتی ضد اجتماعی، نمایشی و مرزی را گزارش نموده‌اند (۲۶). علاوه بر این میزان خودکشی در زندانیان ۶ برابر جمعیت عمومی گزارش شده است (۱۸) که در زنان زندانی، بیشتر از زندانیان مرد مشاهده شده است، در صورتیکه این میزان خودکشی‌های موفق در جمعیت عمومی در مردان بیشتر است (۹). از طرف دیگر، معضل خودآزاری زنان زندانی عامل دیگری برای بروز خطر مرگ و آسیب‌های جدی روانی برای آنان می‌باشد (۱۹)، که در این میان زنان زندانی مکرراً از مشکلات مربوط به سلامت روان، شامل اختلال استرس پس از

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

زندانی شدن، افسردگی و خودآزاری به‌طور منظم رنج می‌برند (۸). مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات، زندگی در محیط فیزیکی نامناسب، سطح بالای عدم امنیت در جامعه مثل خشونت، تصادفات و نیز مسایلی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین، از دست دادن کار، مهاجرت اجباری یا مشکلات قضایی از جمله عوامل اجتماعی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامت روانی افراد زندانی دارند (۲۰). در زندان‌ها، حقوق زنان زندانی برابر مردان زندانی فرض شده (۱۰)، اما دسترسی زنان به حقوقشان به‌ندرت اتفاق می‌افتد، زیرا سیستم زندان‌ها در درجه‌ی اول بر اساس نیازهای مردان زندانی طراحی شده است (۱۰، ۱۱، ۱۹). در گذشته با توجه به جمعیت کم زنان زندانی، معمولا کشورها فقط تعداد کمی از زندان‌ها را به زنان اختصاص می‌دادند (۱۱، ۲۱) و نیز اکثر زندان‌ها برای پاسخ‌گویی به نیاز بیشترین جمعیت زندان، یعنی مردان، برنامه‌ریزی شده بودند. لذا در بیشتر موارد به نیازهای ویژه زنان در این زندان‌ها بی‌توجهی می‌شود. از طرف دیگر، بسیاری از زنان دوره محکومیت کوتاه مدتی داشته و معمولا دلیل محکومیتشان غیرجنایی است و در نتیجه میزان جابجایی زندانیان زن زیاد می‌باشد. بنابراین خدمات مراقبت بهداشتی ویژه‌ای باید طراحی شود تا بتواند پاسخگوی نیازهای جمعیت در حال تغییر زندان باشد (۲۲). علی رغم افزایش روز افزون شمار زنان زندانی و در عین حال رویارویی این جمعیت با مشکلات سلامتی بویژه روحی-روانی، مطالعات محدودی به سلامت روانی زنان زندانی در ایران انجام شده است. لذا بررسی وضعیت سلامت روانی در زندانیان و ارایه‌ی خدمات در زمینه‌ی بهداشت روانی به این گروه در معرض خطر که از دغدغه‌های صاحب نظران علم روانپزشکی و بهداشتی کشورهای مختلف می‌باشد، از اولویت‌های اساسی است و از طرف دیگر، هنوز مسائل و مشکلات مربوط به مجرمان و زندانیان به‌ویژه ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی، یکی از چالش برانگیزترین زمینه‌های پژوهشی می‌باشد (۲۳). بنابراین مطالعه‌ای جهت تعیین سلامت روان و عوامل موثر بر سلامت روان زنان زندانی برای اجرای مداخلات مربوطه ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار

این مطالعه بصورت مقطعی بر روی تمام زندانیان زن در یکی از زندان‌ها ایران درسال ۱۳۹۰ (۱۲۰ نفر) انجام شد که درصد پاسخگویی آنان به پرسشنامه ۱۰۰ درصد بود.

ابزار مطالعه شامل دو بخش بود. ۱- فرم اطلاعات دموگرافیک که شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، بی‌همسر بر اثر فوت و طلاق، بدون ازدواج با هم زندگی‌کردن)، سطح سواد (بی‌سواد، ابتدایی، سیکل، متوسطه و دانشگاهی)، تعداد فرزند، سرپرست خانوار بودن (بلی – خیر)، تعداد افراد تحت تکفل، وضعیت اشتغال (شاغل، غیرشاغل)، نوع جرم (قتل، رابطه، مواد مخدر، سرقت، نزاع، مالی، سایر)، تعداد سابقه، میزان محکومیت (سال)، مدت تحمل حبس، سابقه مصرف مواد مخدر(بلی-خیر)، سن شروع مصرف مواد مخدر(سال)، نوع ماده مخدر مصرفی (تریاک، حشیش، شیشه، کریستال، هروئین، سایر)، سابقه ترک اعتیاد(بلی –خیر)، نوع ترک اعتیاد (سم زدایی، درمان با متادون، سایر)، متوسط درآمد خانوار (ماهیانه)، زبان تکلم در خانواده پدری(فارسی- ترکی- لری- کردی- گیلکی و سایر)، برخورداری از پوشش بیمه درمانی (بلی-خیر)، ابتلا به بیماری مزمن و وجود بیماری فعلی.

۲- پرسشنامه سنجش سلامت عمومی سازمان جهانی بهداشت General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) که دارای چهار حیطه علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

افسردگی است که هر یک از حیطه‌ها دارای ۷ سوال است که در مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) سنجیده می‌شود. از مجموع نمره‌ها نیز نمره کل آزمودنی محاسبه می‌شود که از صفر تا ۸۴ متغیر است. پایایی و روایی پرس سلامت عمومی در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۱،۲). در این پژوهش پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق و معاونت آموزشی دانشکده و اخذ معرفی نامه از دانشگاه و ارائه آن به معاونت پژوهشی زندان‌های کل کشور و کسب اجازه کار از آنان، و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی و کتبی از زنان زندانی، پرسشنامه ها توسط دو پرسشگر آموزش‌دیده به‌صورت مصاحبه رو در رو و در اتاقی مجزا تکمیل گردید. مدت زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۳۰-۲۵ دقیقه بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخصهای آماری مانند میانگین، انحراف معیار برای میانگین نمره سلامت روان و حیطه‌ها آن استفاده شد و به منظور بررسی همبستگی بین متغیرهای مستقل با سلامت روان به تفکیک هر حیطه و کل، از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یکطرفه و طی دو نمونه‌ای مستقل استفاده شد. در نهایت برای شناسایی میزان تاثیر متغیرهای مستقل بر حیطه‌ها سلامت روان و سلامت روان به‌طور کلی و به منظور حذف اثر عوامل مخدوش‌گر از مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش برگشتی (backward) استفاده شد. متغیرهایی که مقدار احتمال (P-Value) آنها کمتر از ۰/۲ بودند وارد (۲۴) مدل رگرسیونی شدند. شایان ذکر است که متغیرهای سن، تعداد سالهای تحصیل، تعداد افراد تحت تکفل و درآمد ماهیانه فرد به صورت کمی و وضعیت تاهل، اشتغال، پوشش بیمه، سرپرست‌خانوار بودن، زبان تکلم در خانواده پدری (فارسی-ترکی) و وجود و عدم وجود بیماری مزمن و بیماری فعلی به صورت اسمی وارد مدل‌های رگرسیونی مربوطه شدند. آزمون در سطح خطای ۵٪ انجام شد و از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سنی زنان زندانی ۹/۶ ± ۳۲/۸ سال و میانگین سن شروع مصرف مواد ۷/۱ ± ۲۱/۲ سال بود. میانگین مدت حبس ۹۸/ ۱۹ ماه (حداقل - حداکثر ۹۶-۱) بود که در این بین تکلیف ۴۵/۸ درصد میزان محکومیت مشخص نبود و فقط ۳/۳ درصد آنان به حبس ابد محکوم شده بودند. در این مطالعه نیمی از شرکت‌کنندگان متاهل (۴۹/۲ درصد)، ۳۵/۸ درصد از آنان دارای سطح تحصیلات راهنمایی، و اکثریت غیر شاغل (۸۵/۸ درصد)، فاقد هرگونه بیمه درمانی (۶۹/۲) و ترک زبان (۹۰ درصد) بودند. در این مطالعه ۵۶ نفر(۴۶/۷ درصد) از زنان زندانی تحت مطالعه، سرپرست‌خانوار و در بین شرکت‌کننده‌هایی که دارای فرزند بودند، میانگین داشتن فرزند ۲/۴ (با دامنه ۷-۱) و متوسط درآمد ماهیانه افراد ۱۹۹۱۱۶۹± ۱۲۳۹۱۶۶ ریال بود. ۴۹ نفر (۴۰/۸ درصد) دارای جرم مرتبط با مواد مخدر و ۲۵ نفر (۲۰/۸درصد) به جرم قتل در زندان به سر می‌بردند. ۱۲ نفر (۱۰ درصد) از شرکت‌کننده‌ها وجود یک بیماری مزمن در خود و ۳۴ نفر(۲۸/۳درصد) وجود بیماری فعلی را گزارش کردند (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل مربوط به حیطه‌های سلامت روان نشان داد که بیشترین نمره میانگین مربوط به حیطه اضطراب و بی‌خوابی (۵/۹±۱۰/۲) و کمترین مربوط به حیطه افسردگی (۵/۴±۷/۱) بود (جدول- ۲). در طبقه‌بندی وضعیت سلامت روان زنان زندانی شرکت‌کننده در مطالعه، یافته‌ها نشان داد که ۲۶/۷ درصد (۳۲ نفر) از وضعیت سلامت روان عالی، ۴۷/۵ درصد (۵۷ نفر) خوب، ۲۰ درصد (۲۴ نفر) متوسط و ۵/۸ درصد (۷ نفر) ضعیف

Email:rsj@iums.ac.ir
[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

برخوردار بودند (دسته بندی نمرات از ۸۴-۰ بر اساس چهار مقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف که بصورت نمره (۲۱-۰) عالی، (۲۲ تا ۴۲) خوب، (۴۳ تا ۶۴)متوسط و از ۸۴ تا به بالا ضعیف طبقه بندی می‌شود).

به‌منظور تعیین عوامل موثر بر ابعاد سلامت روان و کل زنان زندانی شرکت کننده در مطالعه (پس از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر متغیرها) از مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش برگشتی (backward) استفاده شد. جدول ۳ متغیرهائی که رابطه معنی‌داری مستقلی با تغییر پیامد داشته‌اند را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود متغیر تعداد سالهای تحصیلی بر حیطه علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و سلامت روان کل، متغیر وجود و عدم وجود بیماری فعلی بر حیطه اضطراب و بی‌خوابی و متغیر سرپرست‌خانوار بودن بر حیطه کارکرد اجتماعی اثر مستقلی داشته‌اند.

جدول۱- میانگین و توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و اقتصادی- اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	میانگین/فراوانی	انحراف معیار/درصد
سن*	۳۲/۸	۹/۶
میزان درآمد ماهیانه* (ریال)	۱۲۳۹۱۶۶	۱۹۹۱۱۶۹
میانگین سن شروع مصرف مواد*	۲۱/۲	۷/۱
سابقه سوءمصرف مواد**		
بلی	۴۰	۳۳/۳
خیر	۸۰	۶۶/۷
سطح تحصیلات**		
بی‌سواد	۱۶	۱۳/۳
ابتدایی	۳۷	۳۰/۸
راهنمایی	۴۳	۳۵/۸
متوسطه (دبیرستان)	۱۷	۱۴/۲
دانشگاهی	۷	۵/۸
وضعیت تاهل**		
مجرد	۱۲	۱۰
متاهل	۵۹	۴۹/۲
بیوه	۲۲	۱۸/۳
طلاق گرفته	۲۰	۱۶/۷
همزیستی	۷	۵/۸
وضعیت اشتغال**		

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

شاغل	۱۷	۱۴/۲
غیر شاغل	۱۰۳	۸۵/۸

*میانگین و انحراف معیار

**فراوانی و درصد

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت روان کل و حیطه‌ها آن در افراد تحت مطالعه

حیطه‌ها	تعداد سوالات	انحراف معیار± میانگین	بیشترین - کمترین
علایم جسمانی	۷	۸/۵±۴/۹	۰-۲۱
اضطراب و بی خوابی	۷	۱۰/۲±۵/۹	۰-۲۱
کارکرد اجتماعی	۷	۷/۹±۴/۴	۰-۲۱
افسردگی	۷	۷/۱±۵/۴	۰-۲۱
سلامت روان کل	۲۸	۳۳/۷±۱۶/۷	۴-۷۹

جدول ۳: آزمون مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش برگشتی در افراد تحت مطالعه

حیطه‌ها	تعداد سوالات	انحراف معیار± میانگین	بیشترین - کمترین
علایم جسمانی	۷	۸/۵±۴/۹	۰-۲۱
اضطراب و بی خوابی	۷	۱۰/۲±۵/۹	۰-۲۱
کارکرد اجتماعی	۷	۷/۹±۴/۴	۰-۲۱
افسردگی	۷	۷/۱±۵/۴	۰-۲۱
سلامت روان کل	۲۸	۳۳/۷±۱۶/۷	۴-۷۹

*هیچکدام از متغیرهای وارد شده به بعد افسردگی از نظر آماری معنی دار نشد.

**متغیر های وارد شده به مدل: سن، تعداد سالهای تحصیل، تعداد افراد تحت تکفل و درآمد ماهیانه فرد، وضعیت تاهل، اشتغال، پوشش بیمه، سرپرست خانوار بودن، زبان تکلم در خانواده پدری (فارسی-ترکی) و وجود و عدم وجود بیماری مزمن و بیماری فعلی

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

بحث

سالانه هزاران زن به جرم‌های مختلف وارد زندان‌های کشور می‌شوند و مطالعات مختلف نشان داده که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی با فراوانی بیشتری با اختلالات شخصیتی و مشکلات روانی روبرو بوده و از این شرایط رنج می‌برند (۲۵، ۲۶، ۲۷). حضور زنان زندانی در سال‌های اخیر، تقریبا در سنین جوانی و باروری در زندان می‌باشد بطوریکه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۳۲/۷۷ سال بوده است که با مطالعه؛کلر و فارمن (۲۸) و پلاگ و همکاران درسال ۲۰۱۱ (۲۹) همخوانی دارد. اکثرا قبل از ورود به زندان شغلی نداشته‌اند که همسو با مطالعه انجام شده بر روی زنان زندانی انگلیس توسط پلاگ و همکاران در سال۲۰۰۶ (۳۰) است. در کشورهای اروپایی زنان زندانی اغلب جوان (۱۱)، بیکار (۱۱ و ۱۷)، فقیر و دارای تحصیلات پایین می‌باشند (۱۱ و ۳۱) و حدود دو سوم آنان در زندگی‌شان تنها هستند، در حالی‌که این میزان در زنان جمعیت عمومی حدود ۱۷ درصد می‌باشد (۲۱). در مطالعه حاضر نیز کمتر از نیمی از زندانیان متاهل بودند و اکثریت آنان دارای تحصیلات سیکل، و تنها بخش اندکی از آنان تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند که با مطالعه‌ای که در ایران بوسیله آراسته و همکاران (۳۲) انجام شده است، نیز هماهنگی دارد. تحصیلات از فاکتورهای مرتبط با جرم می‌باشد زیرا افراد با تحصیلات بالا بیشتر به سمت شغل‌های قانونی می‌روند (۳۳). بنابراین می‌توان پایین بودن سطح تحصیلات را با موضوع وقوع جرم در این قشر از افراد جامعه مرتبط دانست. در این مطالعه ۲۰/۸ درصد از شرکت‌کنندگان با جرائم مرتبط با خشونت وارد زندان شده‌اند که در مطالعه استدمن نیز ۵۶ درصد از کل زندانیان مرد و زن زندان‌های آمریکا بدلیل ارتکاب جرائم مرتبط با خشونت در زندان به سر می‌بردند و زندانیان زن دو برابر زندانیان مرد مشکلات مرتبط با سلامت روان را تجربه داشته‌اند (۳۴). زنان معمولا به دلیل اعتیاد یا فقر نسبت به سلامت خود بی‌توجه هستند و همین امر موجب می‌شود که پس از ورود به زندان نیاز مبرمی به خدمات مراقبت بهداشتی ویژه‌ای داشته باشند. در جهان اغلب زندانیان زن با جرائم مرتبط با مواد مخدر وارد زندان می‌شوند (۳۵). چنانچه بر مبنای گزارش سازمان بهداشت جهانی درسال ۲۰۰۸ ، ۷۵ درصد از دلیل دستگیری زنان زندانی بنحوی با مواد مخدر مربوط بوده است (۲۲). مطالعات متعددی ارتباط بین سلامت روان، سوءمصرف مواد و بیماریهای عفونی در زنان زندانی را گزارش نموده‌اند (۳۵ و ۳۶). مطالب ذکر شده یافته‌های مطالعه حاضر را تایید می‌نماید در نتیجه اعتیاد می‌تواند یکی از مشکلات مرتبط با سلامت روان درافراد زندانی باشد. در مطالعه حاضر ۴۵ درصد از زنان مورد بررسی سابقه حبس در زندان را نداشتند که در مطالعه پلاگ و همکاران در سال۲۰۰۶ (۳۰) این میزان برابر ۳۲/۹ درصد گزارش شده است. در مطالعه حاضر ۸/۳ درصد از زنان مطالعه دارای سابقه سم‌زدایی برای ترک مواد مخدر داشته‌اند در حالی‌که در مطالعه کارمودی و همکاران تقریبا دو سوم زندانیان زن سابقه سم‌زدایی را ذکر نموده‌اند (۳۷). در این مطالعه نشان داده شد که ۵۵ درصد از نمونه‌ها حداقل یکبار سابقه حضور در زندان را داشته اند که نسبت به مطالعه کارمودی و همکاران درصد بالایی را به خود اختصاص داده است (۳۷). در برخی مواقع احتمال عدم وجود اختلال های روانی قبل از زندانی شدن و بروز آن به علت حضور در محیط زندان و تحمل استرس‌های وارد به این افراد وجود دارد، به‌طوریکه برخی بررسی‌ها بروز تعدادی از اختلال‌های شخصیتی، رفتارهای ضداجتماعی یا تشدید آنها را به دنبال اقامت طولانی در زندان گزارش کرده اند (۳۸و ۳۹). در این مطالعه نمره نشانه‌های جسمانی۸/۴۸، اضطراب و بی‌خوابی ۱۰/۱۵، عملکرد اجتماعی ۷/۹، افسردگی و سلامت روان ۷/۱۳ بوده است.

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

در مطالعه عباس‌زاده و همکاران، در بررسی سلامت روان زنان دچار خشونت خانگی، میانگین امتیاز علائم جسمانی ۱۴/۱۱، اضطراب و بی‌خوابی ۱۳/۹۱، اختلال در عملکرد اجتماعی ۱۳/۹۹، افسردگی ۱۳/۱۷ و سلامت روانی ۵۵/۱۲ گزارش گردیده است که میانگین‌های برآورد شده در سطح متوسط رو به ضعیف بوده است. (۴۰). در مطالعه حاضر و مطالعه عباس‌زاده و همکاران در بررسی سلامت روان در دو جامعه مختلف زنان زندانی و زنان خشونت خانگی که هر دو با ابزارGHQ صورت پذیرفته است، اگر چه در همه حیطه‌ها نمرات در هر دو جامعه پایین است اما این پایین بودن نمرات کسب شده در حیطه سلامت روان در زنان زندانی به مراتب ضعیف تر بوده است. در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت روان کسب شده ۳۳/۷ بوده است. کلیه حیطه‌های سلامت روان از میانگین نمره آن حیطه پایین‌تر و کمترین نمره در حیطه افسردگی اخذ گردیده بود. اگرچه گروه هدف مطالعات ذکر شده شبیه مطالعه حاضر نمی‌باشد اما در این مطالعات جامعه زنان در معرض خطر مورد بررسی قرار گرفته اند و در همه موارد ذکر شده ، نمرات سلامت روان در سطح پایین‌تر از متوسط قرار دارد که با یافته‌های مطالعه حاضر که بخشی از زنان در معرض خطر را مورد ارزیابی قرار می دهد (زنان زندانی)، همخوانی دارد. در مطالعه پلاگ و همکاران در سال ۲۰۰۶، که با هدف بررسی سلامت زنان در زندان انجام شده بود، در همه حیطه‌ها کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، نقش اجتماعی، نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، سلامت روان، انرژی، درد، درک کلی از سلامت عمومی، مولفه های روانی) در مقایسه با جمعیت عمومی زنان تفاوت آماری معناداری نشان داده اند. همچنین در بررسی سلامت روان نیز این اختلاف‌ها در دو گروه معنادار بوده به طوری که ۷۸ درصد از زنانی که در زندان بوده اند درجاتی از مشکلات روانی را گزارش کرده اند، حال آنکه این میزان در جمعیت عمومی ۱۵ درصد گزارش گردیده‌است(۳۰). در این مطالعه نشان داده شد که افراد با تحصیلات بالاتر سلامت روان مطلوب‌تری دارند که با مطالعه خاقانی‌فرد و همکاران (۴۲) و صاحبی و همکاران (۴۳) هماهنگی دارد. همچنین در مطالعات ذکر شده، اشتغال با هر ۴ حیطه سلامت روان ارتباط داشته است (۴۳و ۴۲و۴۱). شانس داشتن علائم در معتادان بیکار ۳/۱۵ برابر معتادان دارای شغل کارگری نیمه ماهر و ماهر بود. همچنین سابقه ارتکاب جرم در بین معتادان تاثیری در وجود علائم نداشت. در مطالعه حاضر اشتغال تنها با حیطه علایم جسمانی رابطه معنادار بود که احتمالا به دلیل کمتر بودن جامعه آماری مطالعه حاضر و نیز تفاوت گروه‌های مطالعه می‌باشد، زیرا خاقانی‌فرد بر روی زنان مورد خشونت قرارگرفته از سوی همسرانشان بررسی را انجام داده است (۴۳). در مطالعه‌ی حاضر رابطه معنی‌داری بین داشتن بیماری با حیطه‌ی علائم اضطراب و بی‌خوابی مشاهده شده که در مطالعه‌ی بوتلر و همکاران ۸۱ درصد زنان زندانی و ۶۱ درصد مردان زندانی دارای حداقل یک بیماری مزمن بوده که میزان مصرف داروهای روانی در میان زنان زندانی به‌طور معنا داری بیشتر از مردان زندانی مشاهده شده است (۴۴).

از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن و عدم پیگیری افراد تحت مطالعه و نیز کمبود مطالعات مشابه با جمعیت مورد بررسی یکسان بود که جهت رفع این مشکل از مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته و جمعیت مورد بررسی آن‌ها که تا حدودی به مطالعه حاضر نزدیک بود، استفاده شده است. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه به‌خصوص مطالعات همگروهی در زندان‌های دیگر کشور انجام شود و نیز مطالعات جامع‌تر بین رشته‌ای در حیطه مشکلات جسمانی، روانی- اجتماعی زنان زندانی صورت پذیرد، زیرا بسیاری از مطالعات تنها به بررسی اختلالات روانی افراد زندانی و به‌طور اندک با تاکید بر جامعه زنان پرداخته‌اند. بنابراین یافته‌های این پژوهش نمی‌تواند نمای

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

روشنی از وضعیت سلامت جسمی، روانی – اجتماعی این گروه آسیب پذیر جامعه ارائه دهد.

نتیجه گیری

در این مطالعه بیشترین میزان اختلال سلامت روان مربوط به حیطه اضطراب و بی خوابی بوده است و همچنین در بررسی کلی سلامت روان نشان داد که بیش از یک چهارم از زنان زندانی، سلامت روان متوسط و ضعیف داشتند. در بررسی ویژگی‌های زنان زندانی مشخص شد که اکثر زنان تحت مطالعه شغلی نداشته و دارای تحصیلات پایین بودند، علاوه بر این تحصیلات تاثیر مستقلی در سلامت روان زنان داشته است. بنابراین کسب تحصیلات باعث ایجاد اعتماد به نفس در آنان و همچنین موجب داشتن ارتباطات اجتماعی و کاهش بزهکاری می‌شود. لذا با توجه نتایج ارایه شده، لزوم توجه به سلامت جسمی و به‌ویژه روانی و هم چنین عوامل موثر بر آن در زنان زندانی ضروری می‌باشد. در این راستا برنامه ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی کارا در زمینه‌ی مسائل بهداشتی از جمله بهداشت روان به زندانیان و پرسنل زندان و نیز انجام غربالگری‌های روانشناختی جزء تمهیدات لازم در زندان‌ها می‌باشد تا با تشخیص زودرس و در نتیجه درمان به‌موقع مانع از بوجود آمدن عوارض بیماری‌های جسمی و روانی در زنان زندانی شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز آموزشی و پژوهشی سازمان زندان‌های کشور و مرکز آموزشی و پژوهشی زندان مربوطه که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله برگرفته از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد شماره 14236 بوده است.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

منابع

1. Maeve, M. K., 1999. Adjudicated health: Incarcerated women and the social construction of health Crime, *Law and Social Change*. **31**(1): 49-71.
2. Birmingham L., 2004. Mental disorder and prisons. *Psychiatric Bulletin*. **28**: 393-397.
3. Barnard A., 2009. Lesbians' constructions of depression. *Health Care For Women International* .**30**(5):373-89.
4. Braithwaite, R. L., Treadwell, H. M., and Arriola, K. R. J., 2005. Health disparities and incarcerated women: A population ignored. *American Journal of Public Health*. **95**: 1679-1681.
5. Shearer, R. A., 2003. Identifying the special needs of female offenders. *Federal Probation*. **67**(1) : 46-51.
6. Watson, R., Stimpson, A., and Hostick, T., 2004. Prison health care: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. **41**(2):119-28. Available online at www.sciencedirect.com
7. Fazel, S., and Baillargeon, J., 2011. The health of prisoners. *Lancet*. **377**: 956-965.
8. Watson, R., Stimpson, A., and Hostick, T., 2004. Prison Health care: a review of literature. *International Journal of Nursing Study*. **41**:119-128.
9. Van den Bergh, BJ., Gatherer, A., Fraser, A., and Moller L., 2011. Imprisonment and women's health: Concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*. **89**(9):689-94.
10. Declaration on women's health in prison: correcting gender inequity in prison health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf [accessed 27 June 2011].
11. Bastick, M., Townhead, L., and Brett, R., 2008. Women in prison: a commentary on the UN standard minimum rules for the treatment of prisoners. Available from:http://www.quno.org/geneva/pdf/humanrights/women-in-prison/WiPCommentarySMRs200806-English.pdf [accessed 27 June 2011].
12. Fazel, S., and Seewald, K., 2012. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*. **200**(5):364-73.
13. Esmaeli, E., Ghyasi, M., Ehsani-Chime, E., and Moslehi, S., 2007. The effect of harm reduction programs in prisoner the received methadone in Tehran. *Nezame Salamat Journal*. **1**(2).
14. Durcan, G., 2008. From the inside: Experiences of prison mental health care, London: Centre for Mental Health.
15. Jordan, J. V., 2005. Relational resilience in girls. In S.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

Psychiatr Bull R Coll Psychiatr. **28**: 393-7.

24. Kleinbaum, D., Klein, M. Logistic regression: A self-learning text: New York: Springer–Verlag Inc; 1994.

۲۵. آراسته م، شریفی سقز ب . میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج. مجله ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. سال ۱۳۸۷ ، سال دهم، **شماره۴**، صفحه ۳۱۶-۳۱۱.

26. Mazaheri, M., Khalighi, N., Raghibi, M., and Sarabandi, H., 2011. Prevalence of personality disorders among female prisoners of Zahedan prison. *ZJRMS*. **13**(3): 52-55.

27. Abdollahi, B.A., Foroghan, M., Dadkhah, A., and Delavar, A., 2003. Personality disorders in women prisoners in Tehran & Karaj. *Refah-e-ejtemaei*. Shahed University. **3**(12): 304-311.

28. Claire, Nee, and Farman, S., 2005. Some promising treatment developments. *Criminal Behavior and Mental Health.* **15**(1): 2-16.

29. Plugge, E., Douglas, N., and Fitzpatrick, R., 2011. Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: A three month follow-up study. *International Journal for Equity in Health.* **10**(1):1-7.

30. Plugge, E., Douglas, N., and Fitzpatrick, R., 2006. The health

Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), Handbook of resilience in children. (pp. 79-90). New York, NY: Kluwer/Plenum.

16. Pollack, S., 2007. I'm just not good in relationships: Victimization discourses and the gendered regulation of criminalized women. *Feminist Criminology*. **2**: 158-174.

17. Shams, A., 2004. Obstruction in order. In: Shams A. [Prison Pathology] Persian. 1st ed. Tehran: Rah-e-Tarbiat. 91-148.

18. Nurse, J., Woodcock, P., and Ormsby, J., 2003. Influence of environmental factors on mental health within prisons: Focus group study. *BMJ*. **327**(7413):480.

19. Lord, EA, 2008. The challenges of mentally ill female offenders in prison. *Criminal Justice and Behavior*. **35**(8):928-42.

20. Harahan, T., 2004. Urbanization and Mental Health in Developing Countries. A Research Role for Social Scientists, *Social Science and Medicine*. **39**(2): 233-245.

21. Rickford, D., Trust, PR., and Britain, G., 2003. Troubled Inside: Responding to the mental health needs of women in prison. *Prison Reform Trust*.

22. WHO. Health in Prisons, 2008. World Health Organization. Europe. Translated by Mosavinasab, SM., Sanei, SH., and Andishmand. First ed. p 256.

23. Brimingham, L., 2004. Mental disorder and prisons.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

of women in prison: study findings. University of Oxford.

31. Covington, S., 2010. Women and the criminal justice system. *Women's Health Issues*. 2007; 17:180-182. Available online http://www.centerforgenderandjustice.org/pdf/FinalWomen's%20Health%20Issues%20Commentary%202007.pdf Accessed on 12 Dec 2010.

32. Arasteh, M., and Sharifi, S., 2008. Prevalence of psychological disorder in central prison of Sanandaj. *General of Mental Health*. **10**(4): 316.

33. Lochner, L., and Moretti, E., 2004. The effect of education on crime: Evidence from prison inmates, arrests, and self-reports. *AER*, 94(1): 155-189.

34. Steadman, H., Case, B., Dupuis, S., and Morris, L. 2009. Who succeeds in jail diversion programs for persons with mental illness? A multi-site study. *Behavioral Sciences and the Law*. **27**(5): 661–674.

35. Taylor, R., 2004.Women in prison and children of imprisoned mothers: preliminary research paper. Geneva, Quaker United Nations Office.

36. Staton, M., Leukfeld, C., and Logan, TK., 2001. Health service utilization and victimization among incarcerated female substance users. *Substance Use and Misuse*. **36**:701-716.

37. Carmody,P, and Mc Evoy, M., 1996. A study of Irish female prisoners. Dublin Published by the Stationery Office.

38. Feldman, L. H., 1991. Evaluating the impact of intensive family preservation services in New Jersey. In K. Wells & D. E. Biegel (Eds.), Family preservation services: Research and evaluation (pp.33-47). Newbury park, CA: Sage

۳۹ . سخاوت،ج.۱۳۸۱. بررسی اثر زندان بر زندانی. مجله:علوم اجتماعی(دانشگاه علامه طباطبائی. شماره ۲۰؛صفحه ۱-۳۴.

۴۰ . عباس زاده م، سعادتی م، ۱۳۸۹. کسب و کار ح. خشونت خانگی تهدیدی علیه سلامت روانی (مطالعه جامعه شناختی زنان متاهل شهر تبریز). *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*.. **شماره۲۴**، صفحه ۶۱-۹۰

۴۱ .رضوی ع، نظیری ق، قنبری ر ۱۳۹۰. بررسی هوش هیجانی مجرمان زندانی بر اساس نوع جرم و رابطه آن با سلامت روان. *نشریه مهندسی فرهنگی*. سال ششم، شماره ۵۷و ۵۸. صفحه ۵۹-۷۳.

۴۲ . خاقانی فرد م ۱۳۹۰. بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه پذیری جنسیتی و سرمایه های اجتماعی در پیشبینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران. *مطالعات زنان*، **۹**(۲ (پیاپی ۲۸)):۵۵-۸۰.

۴۳ . صاحبی ل، وحیدی ر، علی حسینی س، موسوی ح ۱۳۸۹. بررسی وضعیت سلامت روانی معتادان تزریقی در مراکز گذری روزانه استان آذربایجان شرقی. سال ۱۲، **شماره ۳**. صفحه ۹۵

44. Butler, T., Kariminia, A., 2004. Levy M. and Murphy M. The self-reported health status of prisoners in New South Wales. *Australian & New*

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

Zealand Journal of Public, **28**(4): 344–350.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

The mental health and its related factors in women prisoners

Shahnaz Rimaz, Ph.D in Epidemiology, Associate Pro., Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Srimaz2000@yahoo.com.

Mohammad Ebrahimi-Kalan, MSc, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mekalan2011@gmail.com.

Safora Gharibzadeh, PhD Candidate. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. s.gharibzadeh.h@gmail.com

Maryam chehrehgosha, MSc. Center of Nursing Research, Golastan University of Medical Sciences, Tehran, Iran.chehrehgosha2008@gmail.com.

Samera Vasali, MSc. Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN. samiravesali@yahoo.com.

Maryam Zandian, MSc, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. elhamzandian@yahoo.com.

Maryam Dastoorpoor, PhD Candidate, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. m.dastoorpour@gmail.com.

Abdolhalim Rajabi, PhD Candidate. Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. rajabiepid@gmail.com.

Abstract

Background and objectives: Female prisoners considered as a vulnerable group in society which label of prison lead to destructive effect on mental health of these groups. Also crime of these women in most situations has light condemnation for their but prevalence of mental health problem related to these women was very high, so the aim of the study was evaluation of effective factors on mental health in a women prisoners in Iran, 2011-2012.

Methods: In this cross -sectional study, 120 female prisoners participated via convenience sampling. Data was collected by demographic and mental health questionnaire (GHQ-28) and then analyzed by SPSS software version 20. To describe data used from mean, standard deviation and frequency, subsequent, multiple linear regression for statistical test applied.

Results: The mean age of participants was 32.8±9.6 years. Analysis of related to the domain mental health questionnaire showed that the highest average scores in the domain of anxiety and insomnia (10.2±5.9) and the lowest average in the domain of

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]

depression(7.1±5.4). Based on regression analysis, occupation variable on physical symptom domain (P=0/025), education and recent disease on anxiety and insomnia domain, breadwinner of person on social action and education variable on mental health were statistically effected.

Conclusion: Over a quarter of women in prison has mental health been middle and poor. Several factors affected the mental health of women prisoners, which should be consideration to all factors affecting the lives of women prisoners are essential. But before applying any intervention programs to improve mental health this group of women, paying attention to education, employment status and household head that can In the process of improving or decline women's mental health status affected.

Key words: Mental Health, Female prisoners, GHQ-28

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-11-11]