



مقایسه سطح سلامت روان در زنان زندانی و غیر زندانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵

نوشین نرمایون^۱، محمد حسن جوادی^۲، مرادعلی زارعی پور^{۳*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار فقه و حقوق اسلامی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^{۳*} دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

(دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۹ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۰)

چکیده

مقدمه زنان مجرم بخشی کوچک اما در حال افزایش زندانیان را تشکیل می دهند که بررسی نیازهای سلامتی آن ها در اکثر جوامع مورد غفلت واقع شده است.

هدف: مطالعه ی حاضر با هدف بررسی مقایسه ی سطح سلامت روان در زنان زندانی و غیر زندانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بر روی ۳۰۰ زن (۱۵۰ زن زندانی و ۱۵۰ زن غیر زندانی) انجام گرفت. جهت بررسی سلامت روان از پرسشنامه ی استاندارد سلامت عمومی ۲۸ سوالی و هم چنین از پرسشنامه ی دموگرافیک که توسط محققین طراحی شده بود؛ استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS v.19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه $33/42 \pm 9/9$ سال بود. نتایج نشان داد که سطح نمره ی سلامت روان کل و ابعاد ۴ گانه ی آن در زنان زندانی از زنان غیر زندانی کمتر، و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. هم چنین در هر دو گروه کمترین و بیشترین اختلال روانی به ترتیب، در بعد افسردگی ($3/42 \pm 3/54$) و در کارکرد اجتماعی ($10/35 \pm 5/06$) بود. **نتیجه گیری:** زنان زندانی یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند که از بعد سلامت روان در سطح پایینی نسبت به زنان عادی قرار دارند؛ بنابراین این موضوع توجه بیش از پیش مسئولان زندان به سلامت روان زنان را می طلبد.

کلید واژه ها: سلامت روان، زنان، زندانی، غیر زندانی

مقدمه

روانشناسی یکی از محور های اصلی جرم شناسی به حساب می آید. نقش روانشناس در تبیین پدیده ی جرم از زمانی برجسته شد که مجرمان را نه تنها از زاویه ی قضایی، بلکه از دیدگاه روانی و عاطفی نیز مورد بررسی قرار دادند؛ و به جای آنکه به قضاوت درباره ی جرم به عنوان یک عمل مجزا پرداخته شود؛ بررسی روان مجرم نیز مورد توجه قرار گرفت. در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهم ترین شاخص های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می گردد؛ و عمیقا مورد توجه روانپزشکان، روانشناسان و سایر دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار گرفته است. (۱) بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۱۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلال های عصبی - روانی و روانی - اجتماعی رنج می برند؛ که تعداد قابل توجهی از آن ها با کاربرد روشهای ساده و عملی، قابل اجتناب می باشد. بر اساس بررسی های انجام شده، اختلالات روانی به عنوان یکی از مهم ترین و معنی دارترین اجزای بار کلی بیماری ها می باشد؛ و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماری ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار درمانی بیماری ها برسد. (۲)

زنان نیمی از پیکره ی جهان را تشکیل می دهند؛ و نیمی دیگر توسط آنان بزرگ می شوند. از آنجایی که زنان جزء لاینفک تمامی بخش های جامعه هستند؛ نقش آنان در جامعه، آن ها را در معرض خطر بیشتر ابتلاء به مشکلات

روانی قرار می دهد. زنان بار مسئولیت های مرتبط با نقش های همسری، مادری و مراقبت کننده از دیگران را بر عهده دارند؛ و به طور فزاینده ای نیز بخش عمده ی نیروی کار و کسب درآمد یک چهارم تا یک سوم خانواده ها را تشکیل می دهند. (۳) اگر چه زنان نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند؛ اما در مقایسه با مردان بیشتر در معرض خطر، اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، نگرانی و اختلالات اشتها هستند. کودکانی که از مادران دارای اختلالات روانی به دنیا می آیند بیشتر در معرض اختلالات روانی از جمله افسردگی هستند؛ و احتمال عدم موفقیت تحصیلی در این افراد بیشتر است. (۴) اطلاعات به دست آمده از پژوهش های بانک جهانی نشان می دهد که در بین زنان کشورهای در حال توسعه، اختلالات افسردگی ۳۰ درصد از ناتوانی های عصبی - روانی را تشکیل می دهد؛ در حالی که این رقم در بین مردان ۱۲/۶ درصد می باشد. (۵) این تفاوت، در بین زنان و مردان جوامع محروم حتی بیشتر از این است. نتیجه ی بررسی های انجام شده در ایران نشانگر همین آمار و ارقام است. به طوری که طبق مطالعات انجام شده، شیوع بیماری های روانی به خصوص افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی بوده است. (۶) در کشورهای در حال توسعه که چهار پنجم جمعیت جهان را به خود اختصاص می دهند؛ بیماریهای غیر واگیر همچون بیماریهای روانی به سرعت جایگزین بیماری های عفونی شده و در صدر عوامل ایجاد کننده ی ناتوانی و مرگ و میرهای زودرس قرار می گیرد. (۷)

جرم و جنایت، تاریخی به قدمت بشریت دارد و مسائل مربوط به مجرمان و زندانیان به ویژه ارتباط آن با مشکلات و مسائل روانپزشکی یکی از چالش برانگیزترین و فعالترین زمینه های پژوهش است. (۸) به نظر می رسد ریشه ی مشکلات و معضلات اجتماعی که منجر به ارتکاب جرم می شود به طور مستقیم و غیرمستقیم ارتباط نزدیک با شخصیت انسان دارد. امروزه از مهم ترین اهداف زندان و کارگزاران قضایی، اصلاح و تربیت زندانیان به قصد کاهش ارتکاب مجدد جرم و بازگشت به زندان است. برخی از مطالعات انجام شده در زندان های ایران نشان می دهد که حدود ۸۷/۵ درصد از زندانیان مشکوک به داشتن نوعی اختلال روانی هستند. (۹) گفته می شود خاستگاه اصلی تبهکاری را باید در شرایط بیمارگونه ی فردی و اجتماعی مجرم مورد بررسی قرار داد؛ و هیچ نظریه ی واحدی به تنهایی نمی تواند رفتارهای انحرافی گوناگون را تبیین کند. (۱۰) مطالعات انجام شده نشان می دهد؛ شیوع مشکلات روانی در جمعیت زندانی در مقایسه با جمعیت عادی از میزان بالاتری برخوردار بوده است. بررسی شیوع اختلالات روانی در بین محکومین دارای سوء سابقه در یونان نشان داد که ۸۷/۵ درصد این افراد دارای اختلال روانی بوده اند. (۱۱) شمار زنان زندانی شده بین سال های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲ در انگلستان به ۱۷۳ درصد افزایش یافته است؛ در حالی که این افزایش در مردان تا ۵۰ درصد بوده است. (۱۲) مطالعات انجام شده نشان داده است که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی بیشتر از بیماری های روانی رنج می برند. با توجه به اینکه بسیاری از زنانی که

در زندان به سر می برند دارای مشکلات فکری و روانی هستند؛ و اکثر تخلف آن ها بیشتر جنبه ی سرپیچی از سلامت اجتماعی دارد تا یک جرم حقوقی، ولی متأسفانه نیازهای مرتبط با سلامت روانی زنان که جزء اقلیت هستند؛ معمولاً نادیده گرفته می شود. (۱۳) بررسی های کمی در خصوص سلامت زنان زندانی انجام شده است. هر چند تحقیقات در خصوص اختلالات روان شناختی در زنان عادی در ایران انجام شده است؛ اما وضعیت سلامت روان زنان زندانی ارومیه که یکی از فاکتورهای تاثیرگذار بر سلامت جسمی و اجتماعی زنان زندانی است؛ بررسی نشده است. با توجه به محدود بودن پژوهش ها در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ی سطح سلامت روان در زنان مجرم و عادی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بر روی ۳۰۰ زن (۱۵۰ زن زندانی و ۱۵۰ زن غیر زندانی) انجام گرفت. جامعه ی آماری در این پژوهش کلیه زنان مجرم زندانی شهر ارومیه است. تعداد کل زنان زندانی ارومیه ۲۰۰ نفر بود؛ که ۱۵۰ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشته و حاضر به شرکت (رضایت نامه کتبی) در مطالعه بودند، و وارد مطالعه شدند. از بین زنان غیر زندانی (عادی) مراجعه کننده به دادگستری در طی یک ماه، تعداد ۱۵۰ نفر زن به روش در دسترس با توجه به متغیرهای سن، تحصیلات، میزان درآمد، و تأهل که با گروه زندانیان هم‌تاسازی گروهی شده بودند؛ انتخاب شدند.

همکاران(۱۵) با نمره دهی ۶ در هر مقیاس انجام گرفته بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ و در مطالعه ی پالاهنگ و همکاران(۱۶) با نمره دهی ۲۳ بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ اثبات شده است.

پرسشنامه ها پس از توضیح اهداف پژوهش و رضایت نامه ی کتبی، توسط زنان مجرم و عادی و با راهنمایی پرسشگر و به صورت خود گزارشی تکمیل گردید. در مورد زنان بی سواد پرسش نامه ها توسط پرسشگر و از طریق مصاحبه تکمیل گردید. رضایت نمونه ها، محرمانه ماندن اطلاعات و بی نام بودن پرسشنامه ها، از ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS^{v.19} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون آماری ANAOVA برای سنجش ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت روان، و از آزمون تی مستقل جهت مقایسه ی میانگین نمرات سلامت روان در دو گروه زنان زندانی و غیر زندانی استفاده شد. سطح معنی داری (p.value= ۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد کل افراد شرکت کننده در مطالعه، ۳۰۰ نفر زن بود؛ که از این تعداد ۱۵۰ نفر زن زندانی با میانگین سنی ۳۴/۵۱ ± ۱۱/۶۶ سال و ۱۵۰ نفر غیر زندانی با میانگین سنی ۳۲/۳۲ ± ۱۰/۲ سال بودند. از نظر وضعیت تحصیلی بیشترین گروه ۸۶ نفر (۲۸/۷ درصد) تحصیلات راهنمایی، و از نظر وضعیت تاهل بیشترین زنان ۱۶۵ نفر (۵۵ درصد) متاهل بودند.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر خصوصیات دموگرافیکی و سلامت روان بود. پرسشنامه ی خصوصیات دموگرافیکی شامل سن، تحصیلات، شغل(خانه دار/شاغل)، وضعیت تاهل، سابقه ی بیماری مزمن(هر بیماری مزمن به غیر از بیماری روانی مثل: دیابت، فشار خون، آرتروز...)، وضعیت اقتصادی (اظهار نظر افراد در مورد وضعیت اقتصادی خود: خوب/متوسط/ضعیف) بود.

پرسشنامه ی استاندارد سلامت روان^۱ شامل ۴ خرده مقیاس جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی و ۲۸ سوال می باشد؛ که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می پردازد. شیوه ی نمره گذاری پرسشنامه ی سلامت عمومی لیکرت است و نمره گذاری هر یک از سؤال ها، چهار درجه ای (۳ - ۰) می باشد. هرچه نمره کمتر باشد؛ نشان دهنده ی سطح بالاتر سلامت عمومی فرد است. در نهایت، نمره ی هر فرد بین ۰ تا ۸۴ می باشد. کسانی که نمره ی ۲۳ و کمتر به دست آوردند؛ به عنوان فرد سالم و کسانی که نمره ی ۲۴ و بالاتر گرفتند؛ مشکوک به اختلال در نظر گرفته شد. زیر مقیاس های چهارگانه نیز نمره ی برش ۶ در نظر گرفته شد. به این معنی که افرادی که در هر یک از زیر مقیاس ها نمره ی ۶ و کمتر به دست می آوردند؛ به عنوان فرد سالم و کسانی که بالاتر از ۶ می گرفتند؛ مشکوک به اختلال در آن زیر مقیاس بودند. (۱۴)

فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه ی سلامت عمومی که روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه ای که توسط نوربالا و

^۱ - General Health Questionnaire

در هر دو گروه، نمره ی اختلالات روانی در زنان خانه دار، بالاتر از زنان شاغل بوده و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. ($p.value < 0/05$) در هر دو گروه، وضعیت سلامت روان زنان متأهل نسبت به زنان بیوه و مجرد بهتر بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. ($p.value < 0/05$) هم چنین بین سلامت روان با وضعیت اقتصادی در هر دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. بدین ترتیب که نمره ی سلامت روان در زنان با وضعیت اقتصادی ضعیف نسبت به بقیه بالاتر بود. ($p.value < 0/05$) ارتباط سایر متغیرهای دموگرافیک با نمره ی سلامت روان به تفکیک دو گروه، معنادار نبود. (جدول ۱)

جدول شماره (۱): مقایسه سلامت روان زنان بر اساس اطلاعات دموگرافیکی مورد مطالعه زندانی و غیر زندانی

متغیر دموگرافیک	زنان غیر زندانی		زنان زندانی	
	میانگین(انحراف معیار)	p.value	میانگین(انحراف معیار)	p.value
سن	کمتر از ۲۵	۲۰/۱۲±۹/۸۶	۳۰/۰۵±۱۷/۵۱	۰/۲
	۲۵-۳۰	۲۱/۸۷±۹/۸	۳۰/۱۲±۱۷/۹۶	
	۳۱-۳۵	۲۱/۱۸±۱۰/۴	۳۳/۸۲±۱۶/۹۷	
	بیشتر از ۳۵	۲۲/۱۷±۱۱/۴	۳۳/۴۷±۱۶/۱۰	
	بی سواد/ ابتدایی	۲۱/۳±۷/۸۶	۳۱/۳۵±۱۵/۹۵	
تحصیلات	راهنمایی	۲۰/۵۸±۶/۳	۳۳/۰۷±۱۶/۱۹	۰/۶۴
	دیپلم	۲۱/۳۵±۸/۷	۳۵/۳۵±۱۷/۵	
	دانشگاهی	۲۲/۲۲±۶/۴	۳۴/۴۴±۱۶/۹۹	
شغل	خانه دار	۲۲/۱۱±۶/۴۶	۳۳/۷۵±۱۶/۱۵	۰/۰۰۱
	بیرون خانه	۱۹/۰۷±۶/۳	۲۹/۰۶±۱۲/۱۹	
وضعیت تاهل	مجرد	۹۹/۱۵±۲۲/۶۳	۳۳/۲۱±۱۷/۵۹	۰/۰۰۱
	متاهل	۹۴/۷۶±۱۳/۸۸	۳۱/۱۴±۱۳/۸	
	مطلقه/ بیوه	۱۰۵/۷۶±۱۳/۱۸	۳۴/۰۳±۱۷/۸۵	
سابقه بیماری مزمن	دارد	۲۲/۱۰±۱۱/۵۸	۳۴/۶۵±۱۶/۱۵	۰/۰۴
	ندارد	۲۱/۷۴±۱۲/۸۱	۲۸/۱۶±۱۲/۱۹	
	خوب	۱۸/۵۴±۱۰/۴۶	۲۶/۲۸±۲۱/۲۱	
وضعیت اقتصادی	متوسط	۲۲/۱۱±۱۰/۵۸	۳۳/۸۶±۱۵/۲۲	۰/۰۵
	ضعیف	۲۵/۸۸±۱۳/۸۱	۳۵/۱۰±۱۵/۴۲	

یافته های این مطالعه نشان می دهد که نمره ی سلامت روان و شیوع اختلالات روانی کل و ابعاد ۴ گانه ی آن در زنان زندانی بالاتر از زنان غیر زندانی است؛ و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. بنابراین شیوع اختلالات روانی در کل و در ابعاد ۴ گانه

ی آن در زنان مجرم بیشتر از زنان عادی است. در هر دو گروه کمترین و بیشترین اختلال روانی به ترتیب در بعد افسردگی و کارکرد اجتماعی می باشد. (جدول ۲)

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت روان کل و ابعاد آن در دو گروه زنان زندانی و غیر زندان

P.value	افراد زندانی			افراد غیر زندانی			سلامت روان
	درصد مشکوک اختلال روان	انحراف معیار	میانگین	درصد مشکوک اختلال روان	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	۶۹/۷	۵/۰۶	۸/۹۴	۳۴/۷	۳/۰۹	۵/۳	علائم جسمانی
$p < 0/001$	۷۰/۳	۵/۶۲	۹/۳۲	۳۸/۳	۴/۱۲	۵/۵۵	اضطراب بی خوابی
$p < 0/001$	۷۷/۷	۵/۰۶	۱۰/۳۵	۵۸/۷	۴/۰۶	۷/۳۵	کارکرد اجتماعی
$p < 0/001$	۵۱/۳	۵/۷۱	۷/۳۸	۲۸/۷	۳/۴۲	۳/۵۴	افسردگی
$p < 0/001$	۷۴	۱۶/۵۹	۳۳/۰۳	۳۹/۹	۱۱/۱۰	۲۱/۴۹	سلامت روان کل

بحث

بلند، نگهداری بر خلاف میل و اراده؛ همراه با از دست دادن آزادی، دوری طولانی مدت از جامعه و خانواده، سبب فشار و ضربه های عمیق روان شناختی است که باعث اختلال در سلامت روانی افراد می شود. (۱۸)

به نظر می رسد عدم وجود اختلال های روانی قبل از زندانی شدن و بروز آن به علت حضور در محیط زندان و تحمل استرس های وارده به این افراد وجود دارد؛ به طوری که برخی بررسی ها بروز تعدادی از اختلال های شخصیتی، رفتارهای ضداجتماعی یا تشدید آن ها را به دنبال اقامت در زندان گزارش کرده اند. (۱۹) (۱۸)

در زنان زندانی این پژوهش، میانگین نمره ی اختلالات جسمانی ۸/۹۴، اضطراب و بی خوابی ۹/۳۲، عملکرد اجتماعی ۱۰/۳۵، افسردگی ۷/۳۸، به دست آمد. در مطالعه ی ریماز و همکاران، در بررسی سلامت روان زنان زندانی، میانگین امتیاز اختلالات جسمانی ۸/۴۸، اضطراب و بی خوابی ۱۰/۱۵، عملکرد اجتماعی ۷/۹، افسردگی ۷/۱۳ بود؛

یافته های این مطالعه نشان می دهد که نمره ی سلامت روان در کل و در ابعاد ۴ گانه ی آن در زنان زندانی از زنان غیر زندانی بیشتر است؛ و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. بنابراین شیوع اختلالات روانی در کل و ابعاد ۴ گانه ی آن در زنان زندانی بیشتر از زنان غیر زندانی است. مطالعات نشان می دهد که مشکلات مرتبط با سلامت روان در زندانیان زن به میزان بالایی است. در ایران برخی مطالعات انجام شده در زندان ها نشان داده که حدود ۸۷/۵ درصد از زندانیان، مشکوک به داشتن نوعی اختلال روانی هستند. (۱۷) زندگی در زندان ها به دلیل ویژگی های خاص، آن را از سایر محیط های اجتماعی و اصلاحی متمایز می کند. نام زندان تداعی کننده ی وضعیت دشوار و سختی است که یادآور محیطی استرس آور و وحشت زا است. زندگی در این محیط غیر عادی و غیر طبیعی با ویژگی هایی چون: فضای فیزیکی محدود با دیوارهای

(۲۰) که در ۲ بعد جسمانی و افسردگی با مطالعه ی حاضر هم خوانی دارد. همان طور که مشاهده شد؛ به ترتیب بیشترین و کمترین اختلال روانی در زنان زندانی، در ابعاد عملکرد اجتماعی و افسردگی است. به نظر می رسد محدودیت تعاملات اجتماعی زندانیان دلیل اصلی بالا بودن اختلال در بعد عملکرد اجتماعی باشد؛ در مطالعه ی داودی و همکاران نیز بیشترین شدت اختلالات در بین زندانیان مرد، در بعد عملکرد اجتماعی بود. (۲۱)

در مطالعه ی Plugge و همکاران در بررسی سلامت زنان زندانی، در تمام حیطه های کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، نقش اجتماعی، نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، سلامت روان، انرژی، درد، درک کلی از سلامت عمومی، مولفه های روانی) زنان زندانی در مقایسه با زنان عادی تفاوت آماری معناداری نشان داده اند. هم چنین بعد سلامت روان بین دو گروه اختلاف معناداری داشت؛ 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 زنان عادی ۱۵ درصد گزارش شده است. (۱۲)

نتایج حاصل از بررسی شیوع اختلالات روانی در چهار بعد در زنان عادی نشان داد که بیشترین اختلالات روانی مربوط به بعد کارکرد اجتماعی، و کمترین مربوط به بعد افسردگی است که با نتایج مطالعه بنائیان که در ارتباط با سلامت روان زنان بروجن که اختلالات روانی در بعد عملکرد اجتماعی بالا بود، هم خوانی دارد. (۱) هم چنین با مطالعه ی سلامت روان زنان کاشان توسط سپهرمنش که

نشان داده بود زنان در بعد افسردگی کمترین اختلال را داشتند؛ (۲۲) هم خوانی دارد. البته با مطالعه ی صادقی و همکاران که نشان دادند بیشترین اختلالات روانی در زنان، مربوط به بعد افسردگی و کمترین اختلال مربوط به بعد کارکرد اجتماعی است؛ (۳) هم خوانی نداشت. این اختلاف می تواند ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی- اجتماعی، مذهبی باشد.

هم چنین، بررسی نمره ی سلامت روان زنان عادی نشان از نزدیک بودن نمره ی کل تحقیق با نقطه ی برش تعریف شده دارد؛ $(11/1 \pm 21/49)$ که با مطالعه ی کوهپایی (۲۳) و صادقی (۳) هم خوانی دارد. نمره ی میانگین نشان می دهد که زنان عادی از نظر سلامت روان کل، قابل اندازه گیری با این روش در مرز وضعیت هشدار قرار داشته و نیازمند توجه هستند.

در مورد وضعیت تاهل، نتایج نشان داد که تاهل در هر دو گروه زنان زندانی و غیر زندانی همواره باعث بهبود سلامت روان افراد می شود؛ که با مطالعه ی شریف که شیوع اختلالات روانی را در افراد بیوه و مطلقه بالا به دست آورده بود؛ (۲۴) و با نتایج Joutsenniemi در فنلاند که نشان داده بود شیوع اختلالات روانی در افرادی که به تنهایی زندگی می کنند و یا از همسر خود جدا شده اند بالا است؛ (۲۵) هم خوانی دارد. شاید یکی از دلایل آن بار مسئولیت زندگی است که زنان مطلقه و بیوه به تنهایی به دوش می گیرند و فشار روانی بیشتری دارند.

هم چنین نتایج نشان داد بین سلامت روان با وضعیت اقتصادی در هر دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود

دارد؛ که با نتایج صادقی و همکاران که که شیوع اختلالات روانی در زنان با وضعیت اقتصادی پایین را بالا به دست آورده بود (۳) و Fleischer و همکاران در مکزیک که نشان داده بود علایم افسردگی در زنان با درآمد پایین بیشتر است؛ (۲۶) هم خوانی داشت.

نتایج مطالعه ی نوربالا و همکاران (۱۴) و صادقی و همکاران (۳) نشان داد که سلامت روانی زنان شاغل از زنان خانه دار بیشتر است؛ که با نتایج مطالعه ی حاضر هم خوانی دارد. بنابراین آموزش مهارت ها و ایجاد اشتغال در زندان زنان، علاوه بر بهبود وضع اقتصادی، با ایجاد حس توانمندی و مفید بودن و حس درستکاری در آن ها، باعث ارتقاء بعد سلامت وجودی آن ها و نهایتاً سلامت روان می شود.

محدودیت ها

از محدودیت های مطالعه ی حاضر، مقطعی بودن مطالعه بود؛ بنابراین توصیه می شود در مطالعات آتی بررسی طولی انجام گیرد. هم چنین افرادی که یک ماه گذشته اظهار کردند اختلال روان داشتند؛ از مطالعه حذف شدند. در ضمن زنان بی سوادى که نمی توانستند پرسشنامه ها را تکمیل کنند از طریق پرسشگر برایشان تکمیل گردید.

نتیجه گیری نهایی

زنان زندانی یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند که از بعد سلامت روان در سطح پایینی نسبت به زنان عادی قرار دارند؛ که توجه بیش از پیش مسئولان زندان به سلامت روان زنان را می طلبد. بنابراین پیشنهاد می شود از طریق برنامه هایی هم چون آموزش مهارت های زندگی و ارتباطی مددکاران زندان ها، توانمند سازی زنان زندانی برای سازش مؤثر با محیط زندگی خود، مهارت های مقابله با استرس، بهبود و تقویت الگوهای ارتباطی خانواده با زنان زندانی، حمایت مالی جهت افزایش تعداد کارشناسان بهداشت روان و مددکاران اجتماعی در سازمان زندان ها جهت ارائه ی خدمات مشاوره ای سلامت روان زنان زندانی را ارتقاء داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه ی کارشناسی ارشد در رشته حقوق جزا و جرم شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ارومیه، مصوب ۱۳۹۴/۱۲/۱۸ با کد اخلاقی ۵۶۲۲۰۸۰۵۹۵۱۰۲۷ می باشد که بدینوسیله نهایت سپاس از مسئولین مربوطه به عمل می آید. هم چنین از همکاری های صمیمانه ی کارکنان و مدجویان زندان مرکزی ارومیه به خاطر همکاری صمیمانه در جمع آوری داده ها و شرکت کنندگان (زنان زندانی) در مطالعه تشکر و قدردانی می گردد.

References:

1. Banaian S, Parvin N. The Investigation of the Relationship Between Mental Health Condition and Marital Satisfaction. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2006; 14(2): 52-62.

2. Araste, M. Study of mental health status and its related factors among high school teachers in cities of Sanandaj and Bijar. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2008; 12(4): 53-62.
3. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. *Journal of Health And Care*. 2011; 13(4): 1-9.
4. Zarei pour M, Eftekhara Ardabili H, Azam K, E. M. Study of Mental health and its Relationship with Family Welfare in Pre-university Students in Salmas City in 2010. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012; 9(1): 84-93.
5. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *Jama*. 2002; 287(2): 203-9.
6. Zareipour M, Sadeghi R, Bazvand E. Mental Health and its Related Factors in Pregnant Women in Health Centers of Kuhdasht, Iran. *Journal of Health and Development*. 2012; 1(2): 156-65.
7. Douki S, Zineb SB, Nacef F, Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *Journal of affective disorders*. 2007; 102(1): 177-89.
8. Walmsley R. *World prison population list*: Home Office London, England. 2003.
9. Shams A. *Obstruction in order*. Shams A [Prison Pathology] Persian 1st ed Tehran: Rah-e-Tarbiat. 2004: 91-148.
10. Sotoudeh H. *What is criminal psychology*. Sotoudeh H, Mirzaei B, Paazand A [Criminal psychology] Persian 5th ed Tehran: Avay-e-Nour. 2008; 16-29.
11. Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *Bmj*. 1991; 303(6798): 338-41.
12. Plugge E, Douglas N, Fitzpatrick R. *The health of women in prison: study findings*. Emma Plugge Department of Public Health University of Oxford. 2006.
13. Rothblum ED. Depression among lesbians: An invisible and unresearched phenomenon. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*. 1990; 1(3): 67-87.
14. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal*. 2009; 11(4): 47-53.
15. Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184(1): 70-3.
16. Palahang H, Nasr M, Barahani T, Shahmoh-ammadi D. Epidemiological survey of men-tal disorders in kashan city. *Andeesheh VA Raftar*, 1995; 2(4): 19-27.
17. Mazaheri M, Khalighi N, Raghbi M, Sarabandi H. Prevalence of personality disorders among female prisoners of Zahedan prison. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011; 13(3): 46-9.
18. Homel R, Thompson CM. *Causes and prevention of violence in prisons*. 2005.
19. Chen Y-S, Lai Y-L, Lin C-Y. The impact of prison adjustment among women offenders: A Taiwanese perspective. *The Prison Journal*. 2013; 0032885513512083.
20. Rimaz S E-KM, Gharibzadeh S, chehrehgosha M, Vasali S, Zandian E, et al. The mental health and its related factors in women prisoners. *Rahavard Salamat Journal*. 2016; 1(2): 1-15.
21. Davoodi Z, Ahmadi S. Comparison of mental disorders and adversity quotient in prisoners and non-prisoners in Shahrekord. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2015; 17(2): 76-83.
22. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan City. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2009; 12(1): 31-41.

23. Koohpaei A.R KM, Arab Z, Mobinizadeh V, Moamenian S. Survey of Mental Health Status Among Female Workers in Qom Province in 2014: Opportunities and Challenges. Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 14(8): 691-700.
24. Sharif F, Joulaei H, Kadivar M, Rajaeifard A. Mental health status and its related demographic variables of families referring to Shiraz health centers-2002. Armaghan Danesh. 2004; 9(35): 83-90.
25. Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S. Living arrangements and mental health in Finland. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006; 60(6): 468-75.
26. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in low-income women in rural Mexico. Epidemiology. 2007; 18(6): 678-85.

*Original Article***Comparison of Mental Health in Female Prisoners and Non-prisoners
in Urmia, 2016**N. Narmayoun¹, MH. Javadi², MA. Zareipour^{3*}

¹ MSc student of Criminal Law & Criminology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University,
Urmia, Iran

² Associate professor of Islamic jurisprudence, Faculty of Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

^{3*} PhD student of Health Education and Health Promotion, Young Researchers and Elite Club , Urmia
Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Abstract

Introduction: Women criminals make up a small but rising group of prisoners whose health needs assessment has been neglected in most societies.

Objective: The aim of this study was to compare the mental health of female prisoners and non-prisoners in Urmia, Iran, in 2016.

Method: This descriptive-analytical study recruited 300 women (150 prisoners and 150 non-prisoners). We employed the GHQ-28 questionnaire and a researcher-made demographic questionnaire to evaluate mental health. The data were analyzed in SPSS 16.

Results: The mean age of the women in this study was 33.42 ± 9.9 years. The results showed that the total score and four subscales of mental health were significantly lower in female prisoners than non-prisoners. In both groups, the least and most frequent mental disorders were depression (3.54 ± 3.42) and social functioning (10.35 ± 5.06), respectively.

Conclusion: Women prisoners are a vulnerable social group whose mental health is lower than that of other women. Therefore, women's mental health requires further attention from prison officials.

Keywords: Mental health, Women, Prisoner, Non-prisoner