

Research Paper

Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Tunisian Psychiatric Outpatients and its Associated Factors



Wafa Abbes¹, Ali Kerkeni¹, Ellouz Emna²

1. Department of Psychiatry, University Hospital of Gabes, Gabes, Tunisia.
2. Department of Neurology, University Hospital of Gabes, Gabes, Tunisia.



Citation Abbes W, Kerken A, Emna E. [Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Tunisian Psychiatric Outpatients and its Associated Factors (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 29(4):514-531. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4672.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4672.1>



Received: 02 Aug 2023
Accepted: 21 Dec 2023
Available Online: 01 Jan 2024

Key words:

Child abuse,
Psychiatric
outpatients, Sexual
abuse, Tunisia

ABSTRACT

Objectives In this study, we aim to estimate the prevalence of childhood sexual abuse (CSA) in psychiatric outpatients in Tunisia and to identify the associated factors.

Methods This cross-sectional study was conducted on 133 patients (80 men and 53 women; mean age: 45.02 ± 11.8 years) referred to the psychiatry clinic of the University Hospital of Gabes in Southern Tunisia. Data was collected using the childhood trauma questionnaire - short form, and the suicide behaviors questionnaire-revised. Descriptive statistics and inferential statistics including a correlation test were used for data analysis. The significance level was set at 0.05.

Results The overall prevalence of CSA was 9.8%. Participants with a history of CSA had a significantly younger age at the onset of psychiatric symptoms and longer duration of hospitalization. The results of multivariate analysis showed that CSA increased the risk of having psychiatric comorbidities by 5.9 (AOR=5.9, 95% CI, 1.3%, 28.8%) and the risk of suicidal ideation by 5.1 (AOR=5.1, 95% CI, 1.03%, 26.9%).

Conclusion The history of CSA has a negative impact on psychiatric patients in adulthood. This association is multifactorial, and there is a need for further longitudinal studies in this regard.

* Corresponding Author:

Ali Kerkeni, PHD.

Address: Department of Psychiatry, University Hospital of Gabes, Gabes, Tunisia.

Tel: +2 (16) 58886549

E-mail: ali.karkni@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Childhood sexual abuse (CSA) has been frequently reported by patients who visit psychiatric centers and seems to affect the development of psychiatric disorders [1].

The study of CSA in psychiatric patients is particularly interesting because it can improve the quality of care provided to them [2]. The CSA in psychiatric patients is significantly associated with the prevalence of anxiety, depression, addiction, and suicidal thoughts [3–6]. The prevalence of CSA in psychiatric patients varies in different countries; it is 12.5% in China [7], 23% in South Korea [8], and 24.8% in Ireland [9]. Their association is evident with an earlier onset of psychiatric symptoms, gradual deterioration of psychiatric disorders, increased suicide risk, and reduced quality of life [10]. Studies in Tunisia on the CSA in psychiatric patients are limited. In a comparative study on a group of Tunisian patients with bipolar disorder and controls, CSA was significantly higher in patients with bipolar disorder [11]. The CSA is also associated with the presence of psychotic features during decompensation. In another Tunisian study, 12.9% of child victims of sexual abuse had developed chronic mental illnesses (psychotic disorders, bipolar disorders, conduct disorders) [12].

One of the difficulties in investigating the CSA rate is the diversity of the used terms. The difference in the criteria for CSA creates a potential for overestimating or underestimating the prevalence of CSA in psychiatric patients as well as the associated factors. The 2006 World Health Organization report called for developing a standard definition for child maltreatment and standard operational definitions for its identification [13]. In this study, we adopt the definition provided by Mathews and Collin-Vézina [14]: “Unwanted sexual contact (genital touching and fondling to penetration) while the victim is a child by legal definition and the perpetrator is in a position of relative power vis a vis the victim (e.g. parent, adult, babysitter, guardian, older child, etc.).” Barth et al. [15] have emphasized the importance of standardizing a CSA assessment method using validated psychometric tools.

To our knowledge, this is the first study in Tunisia to estimate the prevalence of CSA in psychiatric outpatients and to find the associated sociodemographic and clinical factors. We hypothesized that psychiatric outpatients with CSA have a higher functional impairment, comorbidities, admissions rate to psychiatric centers, and suicidal thoughts than those without a history of CSA.

Methods

Study area and sample size

This study was conducted from January 1 to July 30, 2021. Participants were recruited from patients referred to the consultant clinic of the Department of Psychiatry, Hospital of [University of Gabes](#). The clinic provides outpatient services to adults with psychiatric disorders. The sample size was calculated using the following formula: $N=(P \times Q \times 4) / 0.02^2$, where P is the prevalence of CSA among the Tunisian general population set at 0.1 % according to El Mhamdi et al.'s study in 2016 [16], and $Q=1-P$. The minimum number of samples was estimated at 111, considering a precision of 2%, a confidence interval of 95%, and a sample dropout rate of 10%.

Participants

We included the patients who met the following criteria: Age ≥ 18 years, a diagnosed psychiatric disorder according to the diagnostic and statistical manual of mental disorders – fifth edition (DSM-5) [17], a history of psychiatric disorders that were clinically stable for at least three months, and declaring a written consent. We excluded patients with intellectual disabilities or major cognitive impairments that hindered the completion of the questionnaires. In the end, 133 eligible psychiatric outpatients participated in our study. One author interviewed the participants immediately after the regular psychiatric consultation to confirm the results. The average duration of the interview was 30 minutes.

Measures

Socio-demographic and clinical forms

We used a pre-defined form to collect socio-demographic characteristics. Clinical data were extracted either from the participants' medical records or from their psychiatrists.

Childhood trauma questionnaire short form (CTQ-SF)

The CTQ-SF is a self-administered questionnaire with 28 items rated on a five-point Likert scale. It is used to measure the severity of trauma during childhood. It has five sub-scales measuring different dimensions of child abuse: Physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect [18]. Participants with a score ≥ 8 were considered to have a history of CSA [19]. This questionnaire was translated from English into

Arabic and back translated into English for linguistic adaptation. The final version was considered after comparing the two versions. In the current study, the Arabic version of the CTQ-SF had solid convergent validity and acceptable reliability for the sexual abuse subscale (Cronbach's $\alpha=0.755$).

The suicide behaviors questionnaire-revised (SBQ-R)

The SBQ-R is a self-administered questionnaire developed by Osman et al. [20] inadequate attention has been given to the development or validation of measures of past suicidal behavior. The present study examined the reliability and validity of a brief self-report measure of past suicidal behavior, the suicidal behaviors questionnaire-revised (SBQ-R) to study suicide behaviors. This scale has been used for general adult populations in different countries due to acceptable reliability, brevity, ease of use, and stability [21, 22]. This instrument has four items. The first item taps into lifetime suicide ideation and suicide attempts. The second item assesses the frequency of suicide ideation over the past 12 months. The third item assesses the threat of suicide attempts. The final item assesses the risk of committing suicide in the future. The SBQ-R was translated into Arabic according to the recommendation of Wild et al. [23]. For its internal consistency, Cron-

bach's α was 0.84, which was acceptable. In the present study, option 2 for item 1 was used to indicate the risk of suicide ideation, and options 4a and 4b for item 1 were used to indicate previous suicide attempts [24].

Statistical analysis

The statistical analysis was done in the statistical package for social sciences software (SPSS) version 20. Quantitative variables were described using means and Mean \pm SD. For these variables, we checked the normality of data distribution by the Kolmogorov-Smirnov test and the Shapiro-Wilk test. The qualitative variables were described using absolute and relative frequencies (percentages). Data were analyzed using the chi-square test, Fischer's exact test, and independent t-test. A logistic regression analysis was applied to determine the best linear combination of factors associated with CSA. $P<0.05$ was considered statistically significant.

Results

The socio-demographic and clinical characteristics of the participants are summarised in Table 1 and 2. The mean age of the participants was 45.02 \pm 11.8 years, with a sex ratio (M: F) of 1:5. The primary diagnosis was psy-

Table 1. Sociodemographic characteristics of participants (n=133)

Variables	Mean \pm SD/No. (%)
Age	45.02 \pm 11.8
Gender	Male 80(60.2)
	Female 53(39.8)
Marital status	Single 69(51.9)
	Married 64(48.1)
Educational level	Primary education 75(56.4)
	Secondary school to university degree 58(43.6)
Occupation	Employed 68(51.1)
	Unemployed 65(48.9)
Economic status	Low 71(53.4)
	Moderate to high 62(46.6)
Criminal history	Yes 10(7.5)
	No 123(92.5)

Table 2. Clinical characteristics of participants (n=133)

Variables		Mean±SD/No. (%)
Age at onset of psychiatric symptoms		29.16±11.9
Main psychiatric disorder	Psychosis	38(28.6)
	Depression	25(18.8)
	Anxiety	30(22.6)
	Bipolar disorder	32(24.1)
Personality disorder	Antisocial personality disorder (n=3)	8(6)
	Borderline personality disorder (n=5)	
Psychiatric comorbidities	Depressive disorder (n=11)	20(15)
	Anxiety disorder (n=13)	
	Personality disorder (n=6)	
History of hospitalization in psychiatric hospitals	Yes	54(40.6)
	No	79(59.4)
Average duration of hospitalization in psychiatric hospitals (d)		20.3±14
Use of psychoactive substances	Yes	76(57.1)
	No	57(42.9)
Compliance with psychiatric treatment	Good	101(76)
	Poor	32(24)
Assessment of suicidal behavior by SBQ-R		
Suicide ideation	Yes	45(33.8)
	No	88(66.2)
Suicide attempt	Yes	26(19.5)
	No	107(80.5)

chosis (28.6%). The SBQ-R score showed that 33.8% of participants had a history of suicide ideation, and 19.5% had a history of suicide attempt. The mean score of the sexual abuse subscale in the CTQ-SF was 5.93±2.3, ranging from 5 to 25. We found that 9.8% of participants had scores ≥8 in this subscale (n=13), corresponding to the prevalence of CSA.

The socio-demographic factors associated with the history of CSA are presented in Table 3. We did not find a

significant association between the history of CSA and the factors of age, gender, marital status, educational level, occupation, and economic status. The multivariate analysis showed that the history of CSA in psychiatric outpatients increased the risk of having a criminal record by 6.4 (AOR=6.4; 95% CI, 1.2%, 34.7%).

The clinical factors associated with the history of CSA are summarised in Table 4. The CSA was significantly associated with a younger age at onset of psychiatric symp-

Table 3. Socio-demographic factors associated with the history of CSA in psychiatric outpatients (n=133)

Socio-demographic Factors		No. (%)		95% CI		P
		History of CSA		ROC	AOR	
		Yes (n=13)	No (n=120)			
Gender	Male	7(8.8)	73(91.2)	Ref		0.7 [†]
	Female	6(11.3)	47(88.7)	1.3 [0.4-4.2]		
Marital status	Single	8(12.5)	56(87.5)	1.8 [0.5-5.9]		0.3 [†]
	Married	5(7.2)	64(92.8)	Ref		
Educational level	Primary school	5(6.7)	70(93.3)	Ref	Ref	0.1 [†]
	Secondary school to university	8(13.8)	50(86.2)	2.2 [0.6-7.2]	2.5 [0.6-10.4]	
Occupation	Employed	7(10.3)	61(89.7)	1.1 [0.3-3.5]		0.8 [†]
	Unemployed	6(9.2)	59(90.8)	Ref		
Economic status	Low	5(7)	66(93)	Ref	Ref	0.2 [†]
	Moderate to high	8(12.9)	54(87.1)	1.9 [0.6-6.3]	1.9 [0.4-7.9]	
Criminal history	Yes	3(30)	7(70)	4.8 [1.1-21.6]	6.4 [1.2-34.7]**	0.03 [‡]
	No	10(8.1)	113(91.9)	Ref	Ref	

Abbreviation: Ref: Reference category; COR: Crude Odd ratio; AOR: Adjusted odd ratio; CI: Confidence interval.

**Statistically significant at $P < 0.01$, [†]Chi-square test, [‡]Fisher's exact test.

toms, psychiatric comorbidities, and a longer duration of psychiatric hospital stay. The history of suicide ideation and psychiatric comorbidities increased the likelihood of a history of CSA by 5.1 (AOR=5.1; 95% CI, 1.03%, 26.9%) and 5.9 (AOR=5.9; 95% CI, 1.3%, 28.8%), respectively.

Discussion

In the current study, we found that only 9.8% of outpatients had a history of CSA, which was significantly lower than the rates reported in many similar studies. This rate was 23% in a study conducted among psychiatric patients in South Korea [8], 20.7% in the U.S.[25], and 35.3% in Canada [26]. A possible explanation for this result is that, in Tunisia, due to socio-cultural factors, it is not expected to talk about sexual abuse in childhood, even to parents. Thus, the majority might not feel comfortable reporting their CSA. Therefore, the anonymous self-administered CTQ-SF can be more appropriate to estimate the prevalence of CSA in Tunisian patients. Another pos-

sible explanation is the validity of the used instrument. We examined the presence of CSA in our patients using the Arabic version of CTQ-SF. This questionnaire is the most widely used scale for measuring childhood trauma due to the ease of use and the stability of its psychometric characteristics in different cultures [27]. Studies have indicated the importance of cross-cultural adaptation for the CTQ-SF in terms of factor structure during its translation and the importance of defining positive thresholds for its sub-scales, adapted to the study population [7, 28].

We did not find a significant association between CSA history and gender, which is against the results of a similar study conducted in the UK [29]. This discrepancy can be due to the low ratio of women to men in our study (1:5) or the reluctance of men to disclose the CSA [30]. We did not find a significant association of CSA with educational level, marital status, economic status, or occupation, either. Our results showed that the patients with CSA had a higher criminal history. This result is consistent with the results of a study that reported that CSA is an independent

Table 4. Clinical factors associated with history of CSA in psychiatric patients (n=133)

Clinical Factors	Mean±SD/No. (%)		95% CI		P	
	History of CSA		ROC	AOR		
	Yes (n=13)	No (n=120)				
Age at onset of psychiatric symptoms	22.2±6.5	29.9±12.1	-	-	0.02 [§]	
Psychiatric comorbidities	Yes	5(25)	15(75)	4.3 [1.2-15.1]	5.9 [1.3-28.8]*	0.02 [†]
	No	8(7.1)	105(92.9)	Ref	Ref	
Compliance with psychiatric treatment	Good	7(6.9)	94(93.1)	Ref	Ref	0.05 [†]
	Poor	6(18.8)	26(81.2)	3 [0.9-10]	0.4 [0.1-1.6]	
History of hospitalization in psychiatric hospitals	Yes	6(11.1)	48(88.9)	1.2 [0.4-4]	-	0.6 [†]
	No	7(8.9)	72(79.1)	Ref	-	
Duration of hospitalization in psychiatric hospitals, day	35.2±14.5	18.8±14.1	-	-	0.007 [§]	
Use of psychoactive substances	Yes	8(10.5)	68(89.5)	1.2 [0.3-3.9]	-	0.7 [†]
	No	5(8.8)	52(91.2)	Ref	-	
Suicide ideation	Yes	10(22.2)	35(77.8)	8 [2.1-31.1]	5.1 [1.03-26.9]*	10-3 [‡]
	No	3(3.4)	85(96.6)	Ref	Ref	
Suicide attempt	Yes	7(26.9)	19(73.1)	Ref	Ref	0.04 [†]
	No	6(5.6)	101(94.4)	6.2 [1.8-20.4]	1.9 [0.4-8.8]	

*Statistically significant at P<0.05, **Statistically significant at P<0.01, [§]T-test, [†]Chi-square test, [‡]Fisher's exact test.

Abbreviations: Ref: Reference category; COR: Crude odd ratio; AOR: Adjusted odd ratio; CI: Confidence interval.

risk factor for later antisocial behaviors [31]. This result can be explained by the fact that individuals who are victims of physical abuse during childhood tend to have aggressive behaviors towards others in adulthood. They grew up with the belief that violence can help them get what they want. The experience of sexual abuse during childhood seems to increase the risk of being a criminal in adulthood by 30%, which evokes the concept of intergenerational transmission of violence [32]. Having antisocial behaviors can be a way of self-protection for the victims of sexual abuse, a way to be independent of others and avoid intimate relationships, which are perceived as a sign of emotional weakness [33].

In the present study, the CSA was significantly associated with a younger age at onset of psychiatric symptoms and the presence of psychiatric comorbidities. This find-

ing is consistent with findings of previous studies, which reported that the experience of childhood maltreatment was associated with subsequent onset of psychiatric disorders, psychiatric disorders' increased risk of recurrence, resistance to treatment, and a longer treatment period [34]. We found that the CSA in psychiatric outpatients was also significantly associated with a longer duration of hospitalization in psychiatric centers. Similar results have been reported in the literature. Previous studies have reported that patients with a history of CSA were more likely to be hospitalized in psychiatric hospitals; they were 30% more likely to be hospitalized for more than ten days per year than patients without a history of CSA and were 2.5 times more likely to receive high doses of antipsychotics [35-37]. This result can be explained by the increased severity of psychiatric disorders in these patients and the frequency of psychotic episodes during decompensation.

Moreover, our results showed that CSA was significantly associated with suicide ideation, which is in agreement with other studies. This result was explained by the frequency of anxiodepressive disorders (3) due to emotional dysregulation in these patients (5), the mediating role of hopelessness (6), and the increased neurobiological vulnerability, causing the dysfunction of the prefrontal cortex, corpus callosum, and the dysregulation of cortisol secretion [38–40].

The CSA could significantly predict suicidal ideation in psychiatric patients but not their suicide attempts. Evidence from the literature concerning the role of CSA in suicide attempts is varying. Overall, suicide attempts are complicated behaviors affected by several individual, clinical, and environmental factors and should be interpreted based on the results of an overall assessment. In the U.S., results of a study showed that, although depression significantly predicted suicidal ideation, it could not significantly predict suicide attempts, which were associated with anxiety, poor impulse control, and substance abuse [41].

Given the evidence for the high prevalence of CSA among psychiatric outpatients, we recommend clinicians to inquire about CSA in psychiatric patients frequently. Strong evidence suggests that disclosure of CSA during psychotherapy may reduce PTSD symptoms [42]. Cognitive behavioral therapy, cognitive processing therapy, and group therapy seem to be effective options for treatment [43–45].

There were some limitations in the present study. There was a lack of detailed information regarding the perpetrators of the CSA in patients, as well as information on their intensity. Also, it was not possible to study the causal links between CSA and various psychiatric diagnoses. Comparative studies using a larger sample size for each psychiatric diagnosis, including a control group, may be more suitable for studying these possible links. The lack of a validated instrument for the Tunisian culture was another limitation. The study's cross-sectional design limited the exploration of the evolutionary aspects of the associations. Longitudinal studies are recommended to better evaluate them.

Conclusion

Our study highlighted the importance of assessing the history of CSA in psychiatric patients. The multiple admissions and longer hospitalizations, the presence of suicidal thoughts, and psychiatric comorbidities can predict CSA. We emphasize the need to systematically evaluate

the history of CSA in psychiatric patients to develop appropriate plans for mitigating the adverse effects of CSA on their psychiatric disorders and to ensure early and effective psychosocial care.

Our study highlighted the importance of assessing the history of CSA in psychiatric patients. The multiple admissions and longer hospitalizations, the presence of suicidal thoughts, and psychiatric comorbidities can predict CSA. We emphasize the need to systematically evaluate the history of CSA in psychiatric patients to develop appropriate plans for mitigating the adverse effects of CSA on their psychiatric disorders and to ensure early and effective psychosocial care.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Participants were informed about their right to leave the study at any time and signed a written informed consent form. Ethical approval (Code: 0459/2020) was obtained from the regional Ethics Committee of the University of Hospital of Gabes and the procedures were in accordance with the Declaration of Helsinki.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors contributions

The authors contributed equally to preparing this paper.

Conflicts of interest

The authors declare no competing interests.

مقاله پژوهشی

میزان شیوع و عوامل مرتبط با آزار جنسی در کودکی در میان بیماران سرپایی روان‌پزشکی در کشور تونس

وفا آبس^۱، علی کرکنی^{۱*}، ایلوز ایمنی^۲

۱. گروه روان‌پزشکی، بیمارستان دانشگاه قابس، قابس، تونس.

۲. گروه اعصاب، بیمارستان دانشگاه قابس، قابس، تونس.

Use your device to scan and read the article online



Citation Abbes W, Kerken A, Emna E. [Prevalence of Childhood Sexual Abuse Among Tunisian Psychiatric Outpatients and its Associated Factors (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 29(4):514-531. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4672.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4672.1>

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ مرداد ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۳۰ آذر ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

اهداف این مطالعه با هدف برآورد شیوع سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران سرپایی روان‌پزشکی و بررسی عوامل مرتبط با آن انجام شد. **مواد و روش‌ها** این مطالعه مقطعی بر روی ۱۳۳ بیمار (۸۰ مرد و ۵۳ زن با میانگین سنی ۱۱/۸ ± ۴/۵۰۲ سال) مراجعه‌کننده به بخش روان‌پزشکی بیمارستان دانشگاه قابس (جنوب تونس) انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم کوتاه پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی و پرسش‌نامه اصلاح‌شده رفتارهای خودکشی جمع‌آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل تست همبستگی استفاده شد. مقدار معناداری در سطح ۰/۵۰ تعیین شد.

یافته‌ها شیوع کلی آزار جنسی در کودکی در بین بیماران ۹/۸ درصد بود. شرکت‌کنندگانی که سابقه آزار جنسی در کودکی را گزارش کردند، سن کمتری هنگام شروع علائم روان‌پزشکی داشتند و مدت‌زمان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی به‌طور قابل‌توجهی در آن‌ها طولانی‌تر بود. نتایج تحلیل چندمتغیره نشان داد که آزار جنسی در کودکی خطر داشتن بیماری‌های روان‌پزشکی را تا (AOR) ۵/۱ (۹۵٪ CI: ۱/۰۳-۲۶/۹) افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری داشتن سابقه آزار جنسی در کودکی تأثیر منفی در بیماران روان‌پزشکی در دوران بزرگسالی دارد. این رابطه چندعاملی هستند و پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات طولی برای بررسی عمیق‌تر و مفصل‌تر انجام شوند.

کلیدواژه‌ها:

کودک‌آزاری، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، آزار جنسی، تونس

* نویسنده مسئول:

علی کرکنی

نشانی: تونس، بیمارستان دانشگاه قابس، گروه روان‌پزشکی.

تلفن: +۲۱۶ ۵۸۸۸۶۵۸۹

پست الکترونیکی: ali.karknii@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

یک کودک در نظر گرفته می‌شود، توسط یک آزارگر که در مقام و موقعیت از قدرت نسبی بر قربانی قرار دارد (مثلاً والدین، افراد بزرگسال، پرستار بچه، قیم، کودکان بزرگتر و غیره).

بارث و همکاران اهمیت استانداردسازی ارزیابی آزار جنسی در کودکی را با استفاده از ابزارهای روان‌سنجی معتبر پیشنهاد کرده‌اند [۱۵]. طبق اطلاع ماه، این اولین مطالعه در کشور تونس است که شیوع سابقه آزار جنسی در کودکی را در بیماران سرپایی روان‌پزشکی بررسی کرده است و عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناختی و بالینی مرتبط به آن را مطالعه می‌کند. فرضیه این مطالعه این است که بیماران با سابقه آزار جنسی در کودکی نسبت به بیماران بدون سابقه آزار جنسی در کودکی دارای مشکلات عملکردی، نرخ‌های بالاتری از همراهی‌های بیماری‌های دیگر، بستری‌شدگی‌های روانی و افکار خودکشی بیشتری هستند.

مواد و روش‌ها

مکان مطالعه و اندازه نمونه

مطالعه حاضر در بازه زمانی ۱ ژانویه سال ۲۰۲۱ تا ۳۰ ژوئیه سال ۲۰۲۱ انجام شد. شرکت‌کنندگان از میان بیمارانی جذب شدند که به بخش روان‌پزشکی بیمارستان دانشگاه گلبس مراجعه می‌کردند. این بخش خدمات روان‌پزشکی به بزرگسالان ارائه می‌دهد. حجم نمونه پژوهش با استفاده از فرمول شماره ۱ محاسبه شد:

1.

$$N = \frac{P \times Q \times 4}{0.02^2}$$

P میزان شیوع آزار جنسی در کودکی در میان جمعیت عمومی تونس است که طبق مطالعه ال محمدی^۳ و همکاران (که در سال ۲۰۱۶ در بین ۲۱۲۰ شرکت‌کننده به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند)، ۰/۱ تعیین شده است [۱۶]. سپس برای دقت ۲ درصد، فاصله اطمینان ۹۵ درصد و ۱۰ درصد برای میزان پاسخ‌های از دست رفته، حداقل تعداد نمونه ما ۱۱۱ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد.

شرکت‌کنندگان

تمام بیماران روان‌پزشکی که وارد شدند دارای چنین شرایطی بودند: (۱) بیماران با سن ۱۸ سال یا بالاتر، (۲) بیماران با تشخیص قبلی اختلال روانی طبق کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴ [۱۷]، (۳) بیماران با سابقه اختلالات روانی که از نظر بالینی پایدار بوده‌اند و (۴) با رضایت‌نامه کتبی قبلی. بیماران دارای ناتوانی

تجربیات آزار جنسی در کودکی^۱ اغلب توسط بیماران تحت درمان روان‌پزشکی گزارش می‌شود و به نظر می‌رسد بر روند اختلالات روان‌پزشکی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۱]. مطالعه تجارب سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روان‌پزشکی مهم است، زیرا در بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به آن‌ها کمک می‌کند [۲]. در واقع وجود سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روان‌پزشکی به‌طور قابل‌توجهی با نرخ بیماری‌های اضطرابی، افسردگی، اعتیاد و افکار خودکشی مرتبط بود [۳-۶].

مطالعات انجام‌شده بر روی جمعیت‌های بالینی روان‌پزشکی نشان داده است که شیوع سابقه آزار جنسی در کودکی در کشورهای مختلف متغیر است، مانند ۱۲/۵ درصد در چین [۷]، ۲۳ درصد در کره جنوبی [۸]، و ۲۴/۸ درصد در ایرلند [۹]. ارتباط آن‌ها با بروز زود هنگام علائم روانی و شدت آن‌ها، توسعه بیشتر و پراکنده‌تر اختلالات روانی، افزایش خطر خودکشی و کاهش کیفیت زندگی مشهود بود [۱۰].

مطالعات صورت‌گرفته در کشور تونس در مورد سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روان‌پزشکی نادر است. در یک مطالعه مقایسه‌ای انجام‌شده بر روی بیماران تونسی دارای اختلال دوقطبی و یک گروه کنترل، شیوع آزار جنسی در کودکی در بیماران دارای اختلال دوقطبی بالاتر گزارش شد [۱۱]. همچنین سابقه آزار جنسی در کودکی با ویژگی‌های روان‌پریشی در طول اختلال همراه بود. در مطالعه دیگری در تونس، ۱۲/۹ درصد از کودکان قربانی آزار جنسی، به بیماری‌های مزمن روانی (اختلالات روان‌پریشی، اختلالات دوقطبی و اختلالات سلوکی) مبتلا شده بودند [۱۲].

یکی از مشکلاتی که محققان در مطالعه تاریخچه آزار جنسی در کودکی با آن مواجه هستند تعدد تعاریف به‌کاررفته است. تفاوت در معیارهایی که یک عمل را به‌عنوان آزار جنسی در قبال کودکان برمی‌شمارند، این امکان را به‌وجود می‌آورد که شیوع سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روان‌پزشکی و همچنین عوامل مرتبط با آن احتمالاً به افراط یا تفریط در تاریخچه آسیب‌های جنسی در کودکی منجر شود. گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ که در سال ۲۰۰۶ منتشر شد، خواستار ایجاد یک تعریف مفهومی مشترک از بدرفتاری با کودکان و ارائه تعاریف عملیاتی مشترک برای امکان شناسایی آن شد [۱۳]. در این کار، ما تعریف ارائه‌شده توسط بن متیوز و دلفین کولین-ویزینا در مقاله مروری آن‌ها که در سال ۲۰۱۷ منتشر شد [۱۴] اتخاذ کردیم: هرگونه تماس جنسی ناخواسته از لمس اعضای تناسلی تا دخول، وارد شده بر قربانی که در تعریف قانونی به‌عنوان

3. El Mhamdi

4. (DSM-5)

1. Child Sexual Abuse (CSA)

2. World Health Organization (WHO)

سوم می‌پرسد که آیا آزمودنی درباره افکار خودکشی یا قصد خودکشی با کسی صحبت کرده است یا خیر. در نهایت، مورد چهارم فراوانی خطر فعلی انجام خودکشی را ارزیابی می‌کند. مقیاس SBQ-R به توصیه وایلد و همکاران به زبان عربی ترجمه شده است [۲۳]. برای نسخه عربی پرسش‌نامه، ثبات درونی با مقیاس کرونباخ $\alpha = 0.84$ رضایت‌بخش است. در مطالعه حاضر، پاسخ ۲ برای سؤال ۱ برای نشان‌دهنده افکار خودکشی در طول زندگی استفاده شد و پاسخ‌های 4a و 4b در سؤال ۱ نشان‌دهنده تلاش‌های انجام‌شده قبلی برای خودکشی است [۲۴].

تحلیل آماری

معرفی داده‌ها و تجزیه و تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. متغیرهای کمی با استفاده از میانگین، میانه، انحراف معیار و مقادیر حدی توصیف شدند. برای این متغیرها، نرمال بودن توزیع با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف^۵ و آزمون شاپیرو-ویلک^۶ بررسی شد. متغیرهای کیفی با استفاده از فراوانی و درصد توصیف شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای^۷، آزمون دقیق فیشر^۸، و آزمون تی مستقل^۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین بهترین ترکیب خطی عوامل مرتبط با سابقه آزار جنسی در کودکی از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. $P < 0.05$ از نظر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی

مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در **جدول شماره ۱ و ۲** ارائه شده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان 45.02 ± 11.8 سال با نسبت جنسی ۱:۵ بود. تشخیص اصلی اختلالات روان‌پریشی در ۲۸/۶ درصد موارد بود. ارزیابی SBQ-R از رفتار خودکشی نشان داد که ۳۳/۸ درصد از شرکت‌کنندگان افکار خودکشی و ۱۹/۵ درصد سابقه اقدام به خودکشی را گزارش کردند.

ارزیابی آزار جنسی کودکان بر اساس CTQ-SF

امتیاز میانگین در زیرمقیاس سوء استفاده جنسی در CTQ-SF برابر بود با $2/3 \pm 5/93$ که از ۵ تا ۲۵ متغیر بود. ۹/۸ درصد از شرکت‌کنندگان امتیازهای بیشتر یا مساوی با ۸ را در این زیرمقیاس داشتند ($n=13$) که نشان‌دهنده میزان شیوع آزار جنسی در کودکی است.

ذهنی یا اختلالات شناختی عمده که مانع از تکمیل پرسش‌نامه شده بودند، حذف شدند. در نهایت، ۱۳۳ بیمار سرپایی روان‌پزشکی واجد شرایط شرکت در مطالعه شدند (۱۱۹ درصد از نمونه مورد نیاز). به شرکت‌کنندگان در مورد حق خود برای کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان بدون ارائه دلیل یا ترس از تأثیرات بر خدمات دریافتی آگاهی داده شد. محقق بلافاصله پس از مشاوره روان‌پزشکی منظم، با شرکت‌کنندگان مصاحبه کرد تا نتایج و حد بیماری روان‌پزشکی تأیید شود. میانگین مدت مصاحبه ۳۰ دقیقه بود.

اندازه‌گیری‌ها

فرم‌های بررسی ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی و بالینی

در این مرحله از یک فرم از پیش آماده‌شده استفاده شد تا ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی جمع‌آوری شود. داده‌های بالینی و درمانی یا از پرونده‌های بالینی شرکت‌کنندگان یا از روان‌پزشک درمان‌کننده آن‌ها به‌دست آمد.

نسخه کوتاه پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (CTQ-SF)

این یک پرسش‌نامه خودارادی است که شامل ۲۸ گویه است که براساس فراوانی آن‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت رتبه‌بندی شده‌اند. از آن برای تخمین شدت تجارب آسیب در دوران کودکی استفاده می‌شود. شرکت‌کنندگان باید با ارزیابی فراوانی علائم برانگیخته‌شده در دوران کودکی به هر مورد پاسخ دهند. این خود به ۵ زیرمقیاس تقسیم شده است که مربوط به ابعاد مختلف آزار کودکان هستند که عبارت‌اند از: آزار جسمی، آزار عاطفی، آزار جنسی، اهمال جسمی، و اهمال عاطفی [۱۸]. امتیاز در زیرمقیاس آزار جنسی با جمع‌آوری ارزش‌های پاسخ‌ها به ۵ مورد اختصاص یافته به دست می‌آید. شرکت‌کنندگانی که امتیاز بیشتر یا مساوی با ۸ دارند به‌عنوان دارای گذشته آزار جنسی در کودکی در نظر گرفته می‌شوند [۱۹]. این پرسش‌نامه از انگلیسی به عربی و برای انطباق زبانی به انگلیسی ترجمه شد. نسخه نهایی پس از مقایسه این دو نسخه در نظر گرفته شد. در مطالعه کنونی، نسخه عربی نهایی CTQ-SF اعتبار همگرا و پایایی قابل‌قبولی را برای خرده‌مقیاس سوءاستفاده جنسی نشان داد ($\alpha = 0.755$).

پرسش‌نامه اصلاح‌شده رفتارهای خودکشی (SBQ-R)

این یک پرسش‌نامه خودارادی است که توسط عثمان و همکاران برای مطالعه رفتار خودکشی طراحی شده است [۲۰]. این مقیاس به دلیل پایایی، مختصر بودن، سهولت استفاده، و پایداری ویژگی‌های روان‌سنجی آن برای عموم افراد بالغ در فرهنگ‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است [۲۲، ۲۱]. این ابزار از ۴ مورد تشکیل شده است. مورد اول بر افکار خودکشی و/یا اقدام به خودکشی در طول زندگی است. مورد دوم فراوانی افکار خودکشی در طول ۱۲ ماه گذشته را ارزیابی می‌کند. مورد

5. Kolmogorov-Smirnov

6. Shapiro-Wilk Test

7. Chi-Square

8. Fishers exact test

9. Independent Samples T-Test

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (n=۱۳۳)

متغیرها	تعداد (درصد)
سن برحسب سال (میانگین \pm انحراف معیار)	۴۵/۰۲ \pm ۸/۱۱
جنسیت	مرد ۸۰ (۶۰/۲)
	زن ۵۳ (۳۹/۸)
وضعیت تأهل	مجرد ۶۹ (۵۱/۹)
	متاهل ۶۴ (۴۸/۱)
سطح تحصیلات	ابتدایی ۷۵ (۵۶/۴)
	از راهنمایی تا دانشگاه ۵۸ (۴۳/۶)
اشتغال	شاغل ۶۸ (۵۱/۱)
	بیکار ۶۵ (۴۸/۹)
سطح اقتصادی	کم ۷۱ (۵۳/۴)
	متوسط به بالا ۶۲ (۴۶/۶)
سوء سابقه	بله ۱۰ (۷/۵)
	خیر ۱۲۳ (۹۲/۵)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

کمتر از میزان گزارش شده در بسیاری از مطالعات مشابه بود. این میزان در مطالعه‌ای که در بین بیمارانی که در روان‌پزشکی در کره جنوبی انجام شده بود، ۲۳ درصد [۸]، در آمریکایی ۲۰/۷ درصد [۲۵] و در کانادایی ۳۵/۳ درصد بود [۲۶]. می‌توان گفت که در مدل فرهنگی-اجتماعی تونس، صحبت درباره آزار جنسی کودکان حتی برای والدین خیلی معمول نیست. بنابراین، اکثریت از صحبت کردن در مورد تجربیات خود از سوء استفاده جنسی در دوران کودکی با شخص ثالث احساس راحتی نمی‌کنند. بنابراین، CTQ-SF خودارادی ناشناس می‌تواند برای تخمین شیوع تجربیات گذشته در بافت تونس ما مناسب‌تر باشد.

توضیح احتمالی دیگر برای این نتیجه، اعتبار ابزار مورد استفاده است. CSA در بیماران خود با استفاده از CTQ-SF که توسط دانشگاهیان از انگلیسی به عربی ترجمه شد و سپس از عربی به انگلیسی ترجمه شد، بررسی شد و قبل از استفاده از آن دو نسخه مقایسه شدند. در واقع، CTQ-SF به دلیل سهولت اجرا و ثبات ویژگی‌های روان‌سنجی آن در فرهنگ‌های مختلف، پرکاربردترین مقیاس در این نوع مطالعه است [۲۷]. این ابزار به چندین زبان تأیید شده است؛ بالین حال، طبق اطلاعات ما، در حال حاضر هیچ نسخه معتبری از این ابزار در بین بیماران تونسی به زبان عربی وجود ندارد. استفاده از نسخه‌ای که هنوز تأیید نشده است می‌تواند تا حدودی تفاوت مشاهده شده در نتایج را توضیح دهد. به منظور تطبیق پرسش‌نامه CTQ-SF در مواجهه با ناهماهنگی‌های

عوامل مرتبط با تاریخچه آزار جنسی در کودکی

عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی مرتبط با سابقه آزار جنسی در کودکی در میان شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۳ خلاصه شده است. ارتباط معنی‌داری با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت فعالیت حرفه‌ای و سطح اقتصادی وجود نداشت. تجزیه و تحلیل چندمتغیره نشان داد که سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روانی، ریسک داشتن سابقه جنایت در آن‌ها را ۶/۴ برابر می‌کند (AOR=۶/۴، CI ۹۵٪: ۱/۲-۳۴/۷).

عوامل بالینی مرتبط با سابقه آزار جنسی در کودکی در شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۴ خلاصه شده است. سابقه آزار جنسی در کودکی با شروع زودتر علائم روان‌پزشکی و مدت طولانی‌تر بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی همراه بود. تاریخچه افکار خودکشی و همراهی‌های روان‌پزشکی به طور مستقل با تاریخچه آزار جنسی در کودکی ارتباط داشت و احتمال داشتن سابقه آزار جنسی را به ترتیب به مقدار ۵/۱ (AOR=۵/۱، CI ۹۵٪: ۱/۳-۲۸/۸) و ۵/۹ (AOR=۵/۹، CI ۹۵٪: ۱/۰۳-۲۶/۹) افزایش می‌دهد.

بحث

در مطالعه حاضر، تنها ۹/۸ درصد از شرکت‌کنندگان سابقه سوء استفاده جنسی را گزارش کردند که به طور قابل توجهی

جدول ۲. مشخصات بالینی شرکت‌کنندگان (n=۱۳۳)

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار / تعداد (درصد)		
سن شروع علائم روان‌پزشکی بر حسب سال	۲۹/۱۶ \pm ۱۱/۹		
اختلال روانی اصلی	روان‌پریشی	۳۸ (۲۸/۶)	
	افسردگی	۲۵ (۱۸/۸)	
	اضطرابی	۳۰ (۲۲/۶)	
	دوقطبی	۳۲ (۲۴/۱)	
اختلال شخصیت	شخصیت ضداجتماع (n=۳)	۸ (۶)	
	شخصیت مرزی (n=۵)		
اختلالات روانی همبود	افسردگی (n=۱۱)		
	اضطرابی (n=۳۱)	۲۰ (۱۵)	
	شخصیت (n=۶)		
سابقه بستری شدن در بیمارستان در روان‌پزشکی	بله	۵۴ (۴۰/۶)	
	خیر	۷۹ (۵۹/۴)	
میانگین مدت بستری در روان‌پزشکی بر حسب روز	بله	۲۰/۳ \pm ۱۴	
	خیر		
مصرف مواد روانگردان	بله	۷۶ (۵۷/۱)	
	خیر	۵۷ (۴۲/۹)	
	خوب	۱۰۱ (۷۶)	
پایبندی به درمان روان‌پزشکی	ضعیف	۳۲ (۲۴)	
	بله	۴۵ (۳۳/۸)	
ارزیابی رفتار خودکشی توسط SBQ-R	سابقه افکار خودکشی	بله	
	سابقه اقدام به خودکشی	خیر	۸۸ (۶۶/۲)
		بله	۲۶ (۱۹/۵)
	خیر	۱۰۷ (۸۰/۵)	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

اقتصادی و وضعیت حرفه‌ای وجود نداشت که نشان‌دهنده ظرفیت انطباقی خاصی برای یکپارچگی اجتماعی حرفه‌ای در بیماران قربانی است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شرکت‌کنندگانی که در معرض آزار جنسی در کودکی قرار گرفتند، سابقه جنایی بیشتری داشتند (AOR=۶/۴، [۳۴/۷-۱/۲]). این نتیجه با داده‌های مبتنی بر اینکه سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی یک عامل خطر مستقل برای رفتار ضداجتماعی بعدی است، مطابقت داشت [۳۱]. این ارتباط با این واقعیت توضیح داده شده است که افرادی که در دوران کودکی قربانی پرخاشگری فیزیکی شده‌اند، وقتی بزرگ می‌شوند، تمایل دارند دیگران را قربانی کنند. آن‌ها با این باور

فرهنگی، تجزیه و تحلیل عاملی مقیاس و زیرمقیاس‌های منطبق با جمعیت مورد مطالعه حائز اهمیت است [۷، ۲۸].

ارتباط معنی‌داری بین سابقه آزار جنسی در کودکی و جنسیت در جمعیت مورد مطالعه خود وجود نداشت که برخلاف نتایج مطالعه مشابهی است که در انگلستان انجام شد، بود [۲۹]. این تفاوت ممکن است به دو روش توضیح داده شود: یا به دلیل کمتر بودن تعداد زن‌ها نسبت به مردان در جمعیت مورد مطالعه ما که در کودکی در معرض آزار جنسی بیشتری بودند (نسبت جنسی مرد به زن = ۱:۵) یا به دلیل عدم تمایل مردان به افشای موارد آزار جنسی در کودکی [۳۰]. ارتباط قابل توجهی از موارد آزار جنسی در کودکی با سطح مدرسه، وضعیت تأهل، سطح اجتماعی-

جدول ۳. عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی مرتبط با سابقه آزار جنسی در کودکان در بیماران روان‌پزشکی (n=۱۳۳)

P†	تعداد (درصد)				عوامل اجتماعی-جمعیت‌شناختی
	AOR (۹۵% CI)	ROC (۹۵% CI)	سابقه آزار جنسی در کودکی		
			بله (n=۱۳)	خیر (n=۱۲۰)	
۰/۷	-	Ref	۷(۸/۸)	۷۳(۹۱/۲)	مرد
	-	۱/۳ (۴/۲-۰/۴)	۶(۱۱/۳)	۴۷(۸۷/۷)	زن
۰/۳	-	۱/۸ (۵/۹-۰/۵)	۸(۱۲/۵)	۵۶(۸۷/۵)	مجرد
	-	Ref	۵(۷/۲)	۶۳(۹۲/۸)	متاهل
۰/۱	Ref	Ref	۵(۶/۷)	۷۰(۹۲/۳)	ابتدایی
	۲/۵ (۱۰/۴-۰/۶)	۲/۲ (۷/۲-۰/۶)	۸(۱۳/۸)	۵۰(۸۶/۲)	از راهنمایی تا دانشگاه
۰/۸	-	۱/۱ (۳/۵-۰/۳)	۷(۱۰/۳)	۶۱(۸۹/۷)	شاغل
	-	Ref	۶(۹/۲)	۵۹(۹۰/۸)	بیکار
۰/۲	Ref	Ref	۵(۷)	۶۶(۹۳)	کم
	۱/۹ (۷/۹-۰/۴)	۱/۹ (۶/۳-۰/۶)	۸(۱۲/۹)	۵۴(۸۷/۱)	متوسط به بالا
۰/۰۳*	۶/۴۰۰ (۳۴/۷-۱/۲)	۴/۸ (۲۱/۶-۱/۱)	۳(۳۰)	۷(۷۰)	بله
	Ref	Ref	۱۰(۸/۱)	۱۱۳(۹۱/۹)	خیر

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

* از نظر آماری معنی‌دار در $P < 0/05$ ، ** از نظر آماری معنی‌دار در $P < 0/01$ ، Ref: مرجع. ROC: نسبت عجیب و غریب خام، ROA: نسبت عجیب تعدیل شده، IC: فاصله اطمینان؛ †: آزمون کای اسکور، ‡: آزمون دقیق فیشر

یک سابقه از آزار جنسی در کودکان در بیماران مورد پیگیری در روان‌پزشکی با میانگین مدت‌زمان بستری بیشتری در روان‌پزشکی همراه بود (۳۵/۲±۱۴/۵) در مقابل (۱۸/۸±۱۴/۱)، $P=0/007$. نتایج مشابهی در ادبیات پژوهش گزارش شده است. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که بیماران که سابقه آزار جنسی در کودکی داشته‌اند، احتمال بیشتری دارند که در بخش روان‌پزشکی بستری شوند؛ آن‌ها نسبت به بیماران که سابقه آزار جنسی در کودکی ندارند، ۳۰ درصد احتمال بیشتری دارد که بیش از ۱۰ روز در سال بستری شوند و ۲/۵ برابر احتمال دارد که دُرهای بالای ضدافسردگی را دریافت کنند [۳۵-۳۷]. این نتایج با افزایش شدت اختلالات روان‌پزشکی در این بیماران و با فراوانی لحظات روان‌پریشی در طول درمان اختلال توضیح داده شد.

آزار جنسی در کودکی به‌طور قابل توجهی با افکار خودکشی مرتبط است (AOR ۵/۱ [۲۶/۹-۱/۰۳]) که با داده‌های پژوهش مطابقت دارد. این نتیجه با فراوانی اختلالات اضطرابی و افسردگی (۳)، ناهنجاری‌های عاطفی در این بیماران (۵)، نقش مهم احساس ناامیدی به‌عنوان واسطه این ارتباط (۶) و افزایش آسیب‌پذیری نوروبیولوژیک که باعث ایجاد اختلال کورتکس پیشانی، کرپوس

بزرگ شدند که پرخاشگری می‌تواند راهی برای رسیدن به آنچه می‌خواهند باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد تجارب سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، خطر متجاوز بودن را تا ۳۰ درصد در بزرگسالی افزایش می‌دهد که مفهوم انتقال خشونت بین نسلی را تداعی می‌کند [۳۲]. توسعه رفتار ضداجتماعی توسط قربانیان سوء استفاده جنسی را می‌توان به‌عنوان راهی برای محافظت از خود، ابزاری برای مستقل بودن از دیگران و اجتناب از روابط صمیمی که به‌عنوان نشانه‌های ضعف درک می‌شود، درک کرد [۳۳].

سابقه آزار جنسی در کودکی با سن شروع اولیه علائم روان‌پزشکی و بروز بیماری‌های روان‌پزشکی همراه است. این یافته با یافته‌های مطالعات قبلی که تجارب بدرفتاری در دوران کودکی با شروع زودتر اختلالات روان‌پزشکی، افزایش خطر مزمن شدن و مقاومت، دوره درمان طولانی‌تر را گزارش می‌کردند، مطابقت داشت [۳۴]. سابقه آزار جنسی در کودکی می‌تواند با توجه به وضعیت آسیبی که ایجاد می‌کند، شروع اختلالات روانی را تسریع کند.

جدول ۴. عوامل بالینی مرتبط با سابقه آزار جنسی در کودکان در بیماران روان‌پزشکی (n=۱۳۳)

P	میانگین ± انحراف معیار / تعداد (درصد)				
	AOR (۹۵٪ CI)	ROC (۹۵٪ CI)	سابقه آزار جنسی در کودکی		
			خیر (n=۱۲۰)	بله (n=۱۳)	
۰/۰۲ [§]	-	-	۲۹/۹۵±۱۲/۱	۲۲/۲۳±۶/۵	سن شروع علائم روانی بر حسب سال
۰/۰۲ [†]	(۲۸/۸-۱/۳) ۵/۹*	(۱۵/۱-۱/۲) ۴/۳	۱۵(۷۵)	۵(۲۵)	بله
	Ref	Ref	۱۰۵(۹۲/۹)	۸(۷/۱)	خیر
۰/۰۵ [†]	Ref	Ref	۹۴(۱/۹۳)	۷(۹/۶)	خوب
	(۱/۶-۰/۱) ۰/۴	(۱۰-۰/۹) ۳	۲۶(۸۱/۲)	۶(۱۸/۸)	ضعیف
۰/۰۶ [†]	-	(۴-۰/۴) ۱/۲	۴۸(۸۸/۹)۴۸	۶(۱۱/۱)	بله
	-	Ref	۷۲(۷۹/۱)۷۲	۷(۸/۹)	خیر
۰/۰۷ [§]	-	-	۱۸/۸۱±۱۴/۱	۳۵/۲±۱۴/۵	میانگین مدت بستری در روانپزشکی بر حسب
۰/۰۷ [†]	-	(۳/۹-۰/۳) ۱/۲	۶۸(۸۹/۵)	۸(۱۰/۵)	بله
	-	Ref	۵۲(۹۱/۲)	۵(۸/۸)	خیر
۱۰-۳ [†]	(۲۶/۹-۱/۰۳) ۵/۱*	(۳/۱-۲/۱) ۸	۳۵(۷۷/۸)	۱۰(۲۲/۲)	بله
	Ref	Ref	۸۵(۹۶/۶)	۳(۳/۴)	خیر
۰/۰۳ [†]	Ref	Ref	۱۹(۷۳/۱)	۷(۲۶/۹)	بله
	(۸/۸-۰/۴) ۱/۹	(۲۰/۴-۱/۸) ۶/۲	۱۰۱(۹۴/۴)	۶(۵/۶)	خیر

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

* از نظر آماری در $P < 0.05$ معنی‌دار است. ** در $P < 0.01$ معنی‌دار آماری است. Ref: مرجع، ROC: نسبت عجیب خام، ROA: نسبت عجیب تعدیل‌شده، CI: فاصله اطمینان، [§] تی تست، [†] آزمون کای اسکور، [‡] آزمایش دقیق فیشر

و طولانی‌مدت، وجود افکار خودکشی و بیماری‌های روانپزشکی حاکی از آن است.

باتوجه به شواهد فراوانی سوء استفاده جنسی در میان بیماران سرپایی روان‌پزشکی، به پزشکان توصیه می‌شود که به‌طور مکرر در مورد سابقه سوء استفاده جنسی در کودکان در بیماران پرس‌وجو کنند. شواهد قوی نشان می‌دهد که افشای سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در طول درمانی ممکن است علائم «اختلال استرس پس از حادثه»^{۱۰} را بهبود بخشد [۴۲]. به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری، درمان پردازش شناختی و گروه‌درمانی گزینه‌های مؤثری برای درمان این افراد باشند [۴۳-۴۵].

کالوزوم و ناهنجاری در ترشح کورتیزول می‌شود، توضیح داده شد [۳۸-۴۰].

سابقه آزار جنسی در کودکی به‌طور قابل توجهی افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند و نه اقدام به خودکشی در بیماران روانی را. داده‌های پژوهش باتوجه به نقش سابقه آزار جنسی در کودکی در اقدام به خودکشی متفاوت است. به‌طور کلی، اقدام به خودکشی به‌عنوان یک رفتار پیچیده شامل چندین عامل خطر فردی، بالینی و محیطی است و باید براساس یک ارزیابی کلی تفسیر شود. نتایج یک مطالعه در آمریکا نشان داد که وجود افسردگی به‌طور قابل توجهی افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند، اما اقدام به خودکشی را پیش‌بینی نکرد که در عین حال با اضطراب، کنترل ناپایدار انگیزه، و سوء مصرف مواد همراه بودند [۴۱].

مطالعه حاضر اهمیت بررسی سابقه CSA را در بیماران روانپزشکی برجسته نشان داد، به‌طوری‌که بستری‌های متعدد

10. PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها بود. یکی از محدودیت‌ها، نبود اطلاعات دقیق در مورد عامل سوء استفاده جنسی و همچنین وضعیت اطلاعات در مورد شدت آسیب‌ها بود. همچنین، امکان بررسی رابطه علی و معلولی بین سابقه آزار جنسی در کودکی و انواع بیماری‌های روان‌پزشکی وجود نداشت. مطالعات مقایسه‌ای بین گروه‌های بزرگتر برای بررسی انواع بیماری‌های روان‌پزشکی و با استفاده از یک گروه کنترل ممکن است برای مطالعه این ارتباط‌های احتمالی مناسب‌تر باشد. نبود ابزارهای روان‌سنجی شده مطابق با فرهنگ تونس یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. نوع مطالعه (مقطعی) محدودیت‌هایی برای بررسی جنبه‌های تکاملی ارتباطات ایجاد کرده بود. بر این اساس، مطالعات طولانی‌مدت برای بررسی بهتر روابط توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر اهمیت بررسی سابقه آزار جنسی در کودکی را در بیماران روان‌پزشکی برجسته می‌کند. بستری‌های متعدد و طولانی‌مدت، وجود افکار خودکشی و بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌بود پیش‌بینی‌کننده وجود آزار جنسی در کودکی هستند. بررسی سیستماتیک سابقه آزار جنسی در کودکی در بیماران روان‌پزشکی به منظور توسعه برنامه‌های مراقبتی مناسب با هدف کاهش اثرات منفی این تجربیات بر اختلالات آن‌ها پیشنهاد می‌شود. یک استراتژی پیشگیری اولیه و تشخیص زودهنگام آزار جنسی در کودکی به جلوگیری از اثرات منفی آن در کوتاه‌مدت و بلندمدت کمک می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق بیمارستان دانشگاه گابس (Cod: 0459/2020) تأیید شد. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد. همه شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در هر زمان بخواهند از خارج شوند. همه شرکت‌کنندگان قبل از دریافت رضایت‌نامه کتبی، از هدف مطالعه اطلاع داشتند.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری، یا غیر انتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافع ندارند.

References

- [1] Agyapong VI, Juhás M, Ritchie A, Ogunsina O, Ambrosano L, Corbett S. Prevalence rate and demographic and clinical correlates of child sexual abuse among new psychiatric outpatients in a City in Northern Alberta. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017; 26(4):442-52. [DOI:10.1080/10538712.2017.1282573]
- [2] Baboolal NS, Lalla S, Chai M, Curtis R, Nandwani C, Olivier L, et al. Childhood sexual abuse among outpatients attending adult psychiatric outpatient clinics: A case-control study. *The West Indian Medical Journal*. 2007; 56(2):152-8. [DOI:10.1590/S0043-31442007000200009] [PMID]
- [3] Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon VV, Heath AC, Madden PA, et al. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men: Childhood sexual abuse. *Suicide & life-Threatening Behavior*. 2011; 41(4):406-15. [DOI:10.1111/j.1943-278X.2011.00040.x] [PMID]
- [4] Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Saareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2014; 186(9):E324-32. [DOI:10.1503/cmaj.131792] [PMID]
- [5] Kendler KS, Kuhn JW, Prescott CA. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*. 2004; 34(8):1475-82. [DOI:10.1017/S003329170400265X] [PMID]
- [6] Spokas M, Wenzel A, Stirman SW, Brown GK, Beck AT. Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters. *Journal of Traumatic Stress*. 2009; 22(5):467-70. [DOI:10.1002/jts.20438] [PMID]
- [7] Zhang TH, Chow A, Wang LL, Yu JH, Dai YF, Lu X, et al. Childhood maltreatment profile in a clinical population in China: A further analysis with existing data of an epidemiologic survey. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54(7):856-64. [DOI:10.1016/j.comppsy.2013.03.014] [PMID]
- [8] Kim D, Park SC, Yang H, Oh DH. Reliability and Validity of the Korean Version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form for Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Investigation*. 2011; 8(4):305-11. [DOI:10.4306/pi.2011.8.4.305] [PMID]
- [9] Rossiter A, Byrne F, Wota AP, Nisar Z, Ofuafor T, Murray I, et al. Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*. 2015; 44:36-45. [DOI:10.1016/j.chiabu.2015.01.001] [PMID]
- [10] Teicher MH, Gordon JB, Nemeroff CB. Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Molecular Psychiatry*. 2022; 27(3):1331-8. [DOI:10.1038/s41380-021-01367-9] [PMID]
- [11] Hajri A, Romdhane IB, Mrabet A, Labbane R. Childhood trauma in bipolar disorder: A North-African Study. *Journal of Loss and Trauma*. 2022; 27(5):483-5. [Link]
- [12] Soussia RB, Omezzine RG, Bouali W, Zemzem M, Bouslah S, Zarrouk L, et al. [Epidemioclinical and legal aspects of sexual abuse among minors in Monastir, Tunisia (French)]. 2021; 38:105. [DOI:10.11604/pamj.2021.38.105.21766] [PMID]
- [13] World Health Organization. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. [Link]
- [14] Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence & Abuse*. 2019; 20(2):131-48. [DOI:10.1177/1524838017738726] [PMID]
- [15] Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 2013; 58(3):469-83. [DOI:10.1007/s00038-012-0426-1] [PMID]
- [16] El Mhamdi S, Lemieux A, Abroug H, Ben Salah A, Bouanene I, Ben Salem K, et al. Childhood exposure to violence is associated with risk for mental disorders and adult's weight status: A community-based study in Tunisia. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. 2019; 41(3):502-10. [DOI:10.1093/pubmed/fdy149] [PMID]
- [17] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Virginia: American Psychiatric Association; 2013. [Link]
- [18] Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998. [Link]
- [19] López-Mongay D, Ahuir M, Crosas JM, Navarro JB, Monreal JA, Obiols JE, et al. The effect of child sexual abuse on social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36(7-8):NP3480-NP3494. [Link]
- [20] Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001; 8(4):443-54. [DOI:10.1177/1073191101008000] [PMID]
- [21] Amini-Tehrani M, Nasiri M, Jalali T, Sadeghi R, Ghotbi A, Zamanian H. Validation and psychometric properties of Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 47:101856. [DOI:10.1016/j.ajp.2019.101856] [PMID]
- [22] Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*. 2015; 27(2):501-12. [DOI:10.1037/pas0000053] [PMID]
- [23] Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*. 2005; 8(2):94-104. [DOI:10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x] [PMID]
- [24] Rahman ME, Al Zubayer A, Al Mazid Bhuiyan MR, Jobe MC, Ahsan Khan MK. Suicidal behaviors and suicide risk among Bangladeshi people during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon*. 2021; 7(2):e05937. [DOI:10.1016/j.heliyon.2021.e05937] [PMID]
- [25] Shi L. Childhood abuse and neglect in an outpatient clinical sample: Prevalence and impact. *The American Journal of Family Therapy*. 2013; 41(3):198-211. [DOI:10.1080/01926187.2012.677662] [PMID]
- [26] Kealy D, Lee E. Childhood trauma among adult clients in Canadian community mental health services: Toward a trauma-informed approach. *International Journal of Mental Health*. 2018; 47(4):284-97. [DOI:10.1080/00207411.2018.1521209] [PMID]

- [27] Schmidt MR, Narayan AJ, Atzl VM, Rivera LM, Lieberman AF. Childhood maltreatment on the Adverse Childhood Experiences (ACEs) Scale versus the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in a Perinatal Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2020; 29(1):38-56. [DOI:10.1080/10926771.2018.1524806]
- [28] Devi F, Shahwan S, Teh WL, Sambasivam R, Zhang YJ, Lau YW, et al. The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*. 2019; 18:15. [DOI:10.1186/s12991-019-0239-1] [PMID]
- [29] Werbeloff N, Hilge Thygesen J, Hayes JF, Viding EM, Johnson S, Osborn DPJ. Childhood sexual abuse in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and functional correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021; 143(6):495-502. [DOI:10.1111/acps.13302] [PMID]
- [30] Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16(2):79-101. [DOI:10.1177/1077559511403920] [PMID]
- [31] Swanston HY, Parkinson PN, O'Toole BI, Plunkett AM, Shrimpton S, Kim Oates R. Juvenile crime, aggression and delinquency after sexual abuse: A longitudinal study. *The British Journal of Criminology*. 2003; 43(4):729-49. [DOI:10.1093/bjc/43.4.729]
- [32] Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*. 1989; 106(1):3-28. [DOI:10.1037//0033-2909.106.1.3] [PMID]
- [33] MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(11):1878-83. [DOI:10.1176/appi.ajp.158.11.1878] [PMID]
- [34] Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; (Suppl 12):10-5. [PMID]
- [35] Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*. 2005; 76(2-3):273-86. [DOI:10.1016/j.schres.2005.03.003] [PMID]
- [36] Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, et al. Interpersonal Trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30(1):45-57. [DOI:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007067] [PMID]
- [37] Schneeberger AR, Muenzenmaier K, Castille D, Battaglia J, Link B. Use of psychotropic medication groups in people with severe mental illness and stressful childhood experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2014; 15(4):494-511. [DOI:10.1080/15299732.2014.903550] [PMID]
- [38] Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008; 20(3):292-301. [DOI:10.1176/appi.neuropsych.20.3.292]
- [39] Rao U, Chen LA, Bidesi AS, Shad MU, Thomas MA, Hammen CL. Hippocampal changes associated with early-life adversity and vulnerability to depression. *Biological Psychiatry*. 2010; 67(4):357-64. [DOI:10.1016/j.biopsych.2009.10.017] [PMID]
- [40] Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013; 12(2):149-54. [DOI:10.1002/wps.20039] [PMID]
- [41] Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010; 15(8):868-76. [DOI:10.1038/mp.2009.29] [PMID]
- [42] Bradley RG, Follingstad DR. Utilizing disclosure in the treatment of the sequelae of childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(1):1-32. [DOI:10.1016/S0272-7358(00)00077-5] [PMID]
- [43] House AS. Increasing the Usability of Cognitive Processing Therapy for Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2006; 15(1):87-103. [DOI:10.1300/J070v15n01_05] [PMID]
- [44] Mendes DD, Mello MF, Ventura P, Passarella Cde M, Mari Jde J. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2008; 38(3):241-59. [DOI:10.2190/PM.38.3.b] [PMID]
- [45] Kreidler M. Group therapy for survivors of childhood sexual abuse who have chronic mental illness. *Archives of Psychiatric nursing*. 2005; 19(4):176-83. [DOI:10.1016/j.apnu.2005.05.003] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank