

دیدگاه کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران درباره برنامه غربالگری و مدیریت خشونت خانگی: یک پژوهش کیفی

یلدا سلیمان اختیاری^۱، فرشته مجلسی^۲، محسن شمس^۳، عباس رحیمی فروشانی^۴*

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۰/۱

چکیده:

زمینه و هدف: مراکز بهداشتی درمانی محیط مناسبی برای شناسایی و مدیریت موارد خشونت خانگی می باشند. هدف از این پژوهش، بررسی دیدگاه ها و نظرات کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی در زمینه برنامه های غربالگری و مدیریت خشونت خانگی، منافع و موانع این برنامه ها و ارائه راهکارهایی در زمینه رفع موانع احتمالی است.

مواد و روش ها: این مطالعه کیفی با شرکت ۵۶ نفر کارمند زن شامل کارشناسان مسئول واحدهای ستادی و کارکنان واحدهای بهداشت خانواده شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر انجام شد. با کمک شش جلسه بحث گروهی متمرکز و سه مورد مصاحبه عمیق، دیدگاه ها و نظرات شرکت کنندگان درباره برنامه غربالگری و مدیریت مراجعه خشونت خانگی استخراج، جمع آوری و تحلیل شد.

نتایج: شرکت کنندگان به اهمیت شناسایی و مدیریت خشونت خانگی در ارتقای سلامت زنان و نقش حیاتی خود برای انجام این وظیفه اعتقاد داشتند. نبود وقت کافی و مکان مناسب برای ارتباط با خشونت دیده، نیروی انسانی واجد آگاهی و مهارت های لازم و مراکز ارجاع، به عنوان مهمترین موانع شناسایی و مدیریت خشونت خانگی معرفی شدند.

نتیجه گیری: با وجودی که کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت خانواده به اهمیت شناسایی و مدیریت خشونت خانگی به عنوان یک مشکل سلامت جامعه واقفند، فقط از طریق رفع موانع بر سر راه اجرای برنامه غربالگری و مدیریت این موارد در نظام ارائه خدمات و طراحی نظام مناسب ارجاع برای موارد شناسایی شده، می توان به کاهش بروز موارد خشونت خانگی در ایران امیدوار بود.

کلمات کلیدی: خشونت خانگی، زنان، مراکز بهداشتی درمانی، تهران

^۱ - دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن ۸۸۹۸۹۱۲۸، پست الکترونیک: yaldaekhtiari@yahoo.com

^۲ - استاد گروه بهداشت مادر و کودک، متخصص بهداشت مادر و کودک، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن ۸۸۹۸۹۱۲۸، پست الکترونیک: dr_f_majlessi@yahoo.com

^۳ - دانش آموخته دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن ۸۸۹۸۹۱۲۸، پست الکترونیک: moshaisf@yahoo.com

^۴ - دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

تلفن ۸۸۹۲۶۶۲، پست الکترونیک: Rahimifo@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه پنجم، گروه آمار زیستی، صندوق پستی ۶۴۴۶-۱۴۱۵۵، تلفن ۸۸۹۲۶۶۲، نمابر ۸۸۹۸۹۱۲۹، پست الکترونیک: Rahimifo@tums.ac.ir

مقدمه:

خشونت خانگی یکی از مشکلات سلامت زنان به شمار می رود که ممکن است هر زنی را بدون توجه به سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی و فرهنگی درگیر کند (۱). در سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت خشونت خانگی را محدوده ای از اقدامات (فشار آورنده ، اجباری) جسمی ، روانی و جنسی که توسط شریک نزدیک یا پیشین علیه زنان نوجوان و بزرگسال انجام گیرد تعریف کرد (۲).

خشونت به طرق مختلف روی سلامت زنان تاثیر می گذارد. پیامدهای خشونت خانگی می تواند کوتاه مدت، میان مدت و حتی دراز مدت باشد و می تواند به طور مستقیم یا غیر مستقیم روی سلامت زنان تاثیر بگذارد و از جراحات فیزیکی، ناخوشی های روان تنی، اختلالات روانی عاطفی تا مرگ و میر را در بر گیرد (۱). در سال ۲۰۰۶ نتایج مطالعه ای در زمینه خشونت خانگی که با همکاری سازمان جهانی بهداشت انجام شده بود نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی توسط شریک نزدیک در طول زندگی از ۱۵ درصد در ژاپن تا ۷۱ درصد در ایتوپی متفاوت است (۳). در کشور ما نیز مطالعات انجام شده در دهه اخیر، وجود این پدیده و عوارض ناشی از آن را تایید می کند (۹).

زنان خشونت دیده به ندرت سابقه خشونت خانگی خود را به طور داوطلبانه بیان می کنند (۴). مراجعین به دلایلی از قبیل خجالت ، ترس از همسر و احساس اینکه خودشان می توانند مشکل را مدیریت کنند، اغلب با میل خود و به سهولت خشونت اعمال شده نسبت به خود را اظهار نمی کنند (۵) و آنهایی که آن را بیان می کنند از اقوام یا دوستان خود درخواست کمک می کنند (۶). در نتیجه با وجود شیوع موارد خشونت خانگی، بسیاری از این موارد، گزارش نمی شوند و تشخیص داده نمی شوند که این امر منجر به تداوم چرخه خشونت می شود (۷).

پزشکان، پرستاران، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و متخصصان زنان جزء کسانی هستند که با زنان در تماس نزدیک هستند و اغلب با موارد خشونت خانگی مواجه می شوند (۱). با این وجود، تعداد اندکی از زنان قربانی خشونت خانگی درون مراکز ارائه خدمات سلامت شناسایی و حمایت می شوند. در بسیاری از موارد ، مراجعین به علل جراحات جسمی یا ناخوشی های روانی ممکن است در مراکز بهداشتی درمانی درمان شوند و بدون تشخیص علت ایجاد مشکل و بیماری و با وجود خطر رویداد مجدد خشونت، مرکز را ترک کنند (۶). بنابر این سازمان ها و متخصصان مرتبط با سلامت زنان، غربالگری خشونت خانگی را برای همه مراجعه کنندگان به مراکز سلامت توصیه می کنند (۴).

با این وجود کارکنان بهداشتی درمانی برای غربالگری و مدیریت خشونت خانگی با موانعی مواجه هستند و در نتیجه میزان موارد شناسایی شده خشونت خانگی در محیط های ارائه خدمات سلامت پایین می باشد.

در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی موفق برنامه های شناسایی و مدیریت خشونت خانگی باید نگرش ها و دیدگاه های افرادی که این فعالیت ها را انجام می دهند، در نظر گرفته شود. در این زمینه مطالعات مختلفی برای بررسی دیدگاه های پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی درمانی در برخی کشورها و در مواردی نیز در کشورمان انجام شده است (۱۴-۴). به نظر برخی از متخصصان سلامت، مصاحبه های عمیق و بحث های گروهی می توانند به عنوان گام نخست در ایجاد چنین فهم و درکی مفید باشند (۸) و می توان با برپایی جلسات بحث گروهی و مصاحبه با مدیران و کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه مباحث مربوط به خشونت علیه زنان، گام نخست را در برنامه ریزی و اجرای موفق برنامه های غربالگری خشونت خانگی برداشت.

هدف از این پژوهش، بررسی دیدگاه ها و نظرات کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی در زمینه برنامه های غربالگری خشونت خانگی، منافع و موانع این برنامه ها و ارائه راهکارهایی در زمینه رفع موانع احتمالی می باشد.

روش کار:

این مطالعه از نوع کیفی است. با توجه به اشتغال اکثر کارکنان زن مراکز بهداشتی درمانی در واحد بهداشت خانواده، کارکنان زن واحد بهداشت خانواده و همچنین کارشناسان مسئول واحدهای ستادی بهداشت خانواده دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان جمعیت هدف در نظر گرفته شدند. سپس از واحد بهداشت خانواده همه مراکز شهری تحت پوشش شبکه های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر، کارشناسانی برای شرکت در جلسات بحث گروهی متمرکز، به صورت هدفمند انتخاب شدند. برگزاری جلسات تا رسیدن به نتایج مدنظر، اشباع اطلاعات و حصول کفایت مباحثه در جلسات بحث گروهی ادامه یافت. بدین ترتیب که پس از هماهنگی های لازم، نهایتاً از ۵۳ نفر کارشناس واحد بهداشت خانواده، طی ۶ جلسه برای شرکت در جلسات بحث گروهی متمرکز در محل دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران دعوت به عمل آمد. سقف زمانی هر جلسه ۹۰ دقیقه تعیین شد و همه شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی مشارکت فعال داشتند. محورهای عمده سوالات در جلسات بحث گروهی متمرکز شامل موارد زیر بود:

از فرزندان، تمایلی به آشکار کردن خشونت همسر نسبت به خود ندارند.

"به خاطر عدم همکاری خانمها، چون ابراز نمی‌شود، آمار دقیقی هم وجود ندارد."

۲- تجربیات کارکنان واحد بهداشت خانواده در زمینه برخورد با موارد خشونت خانگی، نحوه تشخیص و اقدامات انجام شده:

۱-۲- تجربیات و نحوه تشخیص خشونت خانگی:

کلیه شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی در دوران فعالیت خود در واحد بهداشت خانواده با مواردی از خشونت خانگی مواجه شده بودند. آنان بیان کردند که به دلیل شرح وظایف خاص واحد بهداشت خانواده و نوع خدماتی که در این واحد ارائه می‌شود، خشونت جنسی راحت‌تر تشخیص داده می‌شود و در این نوع از خشونت بیشتر دخالت درمانی و مشاوره‌ای می‌کنند.

اکثر شرکت کنندگان، خشونت جسمی و جنسی علیه زنان مراجعه کننده را حین معاینات روتین مامایی و از طریق مشاهده ظاهری آنان شناسایی کرده بودند. در چند مورد نیز کارکنان واحد بهداشت خانواده از طریق مشاهده کودک بیمار یا وضع نامناسب تغذیه او و جویا شدن دلیل آن به سخت گیری پدر نسبت به کودک و همچنین خشونت نسبت به زن نیز پی برده بودند. در زمینه تشخیص خشونت عاطفی روانی نیز، پس از جلب اطمینان و برقراری رابطه نزدیک و صمیمانه توسط کارکنان بهداشتی، اکثر زنان مراجعه کننده خودشان درباره درگیری‌ها و مشکلات عاطفی در زندگی زناشویی شان صحبت کرده‌اند.

۲-۲- اقدامات انجام شده توسط کارکنان واحد بهداشت خانواده در مواجهه با موارد خشونت خانگی:

شرکت کنندگان معتقد بودند که فقط می‌توانند با توجه به شدت مشکل، آنچه را که در حد توان علمی و تجربیاتشان است را برای مراجعین انجام دهند:

"مشاوره و کارهای ما در مراحل اولیه مفید است ولی در مراحل حاد نه، ما در موارد حاد کاری نمی‌توانیم انجام دهیم"

۱-۲-۲: مشاوره: اکثر قریب به اتفاق شرکت کنندگان در هنگام مواجهه با موارد خشونت خانگی نسبت به مراجعین خود، سعی کرده‌اند تا در حد اطلاعات و تجربیات خود به مشاوره و راهنمایی زنان برای پیشگیری از بروز مجدد خشونت نسبت به آنان شوند و در برخی از موارد از همسران زنان مراجعه کننده نیز درخواست شده که به مراکز مراجعه کنند و با آنان در زمینه اصلاح رفتارشان و اجتناب از اعمال خشونت صحبت شده است که در بسیاری از موارد این مشاوره‌ها اثربخش بوده است:

- وضعیت خشونت خانگی در جامعه تهران
- تجربیات شخصی در برخورد با زنان قربانی خشونت خانگی و چگونگی تشخیص و اقدامات انجام شده برای آنان
- موانع موجود بر سر راه غربالگری و مدیریت خشونت خانگی
- نقش کارکنان سیستم سلامت در شناسایی و مدیریت خشونت خانگی
- راهکارهای پیشنهادی برای رفع موانع انجام غربالگری خشونت خانگی
در هر جلسه علاوه بر اداره کننده (نویسنده اول مقاله)، یک نفر یادداشت بردار آموزش دیده برای یادداشت مطالب محوری بحث حضور داشت. تمام بحث‌های جلسات با کسب اجازه از شرکت کنندگان بر روی نوار ضبط شد. پس از اتمام هر جلسه، اداره کننده و یادداشت بردار به نوارهای ضبط شده گوش دادند و از مطالب، یادداشت برداشته شد. سپس اطلاعات مربوط به هر گروه به صورت مجزا توسط مجریان طرح به صورت دستی تحلیل شد. مفاهیم اصلی در قالب کد نوشته شد و کدها دسته بندی شد. در نهایت، تم‌های مربوط به هر گروه با هم مقایسه و عناصر مشترک در تم‌ها استخراج گردید و طبقه‌ها تشکیل شد. در مرحله دوم با کارشناسان زن مسئول واحدهای ستادی بهداشت خانواده شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر، مصاحبه عمیق به عمل آمد. با توجه به اشباع اطلاعات و رسیدن به نتایج موردنظر، ۳ مورد مصاحبه عمیق با کارشناسان مسئول انجام شد. مصاحبه عمیق به صورت فرایندی با سوالات باز بود تا مصاحبه شونده نظرات و عقاید خود را درباره خشونت خانگی و غربالگری آن به زبان خود بیان کنند. سپس نتایج حاصله از مصاحبه‌های عمیق نیز تحلیل شد.

نتایج:

نتایج حاصل از بحث‌های گروهی متمرکز با کارکنان واحد بهداشت خانواده و مصاحبه‌های عمیق در محورهای زیر قابل ارائه است:

۱- ارزیابی وضعیت خشونت خانگی در جامعه تهران:

همه مصاحبه شونده‌گان و اکثر شرکت کنندگان در بحث‌های گروهی توافق داشتند که مشکل خشونت خانگی در شهر تهران نیز وجود دارد، هرچند آمار دقیقی در این زمینه در دست نیست و اغلب کم گزارش می‌شود. آنان معتقد بودند که پدیده خشونت خانگی در هر طبقه اجتماعی اقتصادی و هر سطح تحصیلاتی وجود دارد. به عقیده آنان، اغلب تعریف واضحی از خشونت خانگی در جامعه وجود ندارد و زنان نیز به خاطر حفظ خانواده و عدم تمایل به طلاق و جدایی

"شناسایی و مشاوره یا ارجاع زمان بر است. باید مراجعه کننده کمتری را ببینیم و ممکن است مدیران بگویند تعداد خدمات ارائه شده کمتر شده است، آمارمان پایین می آید."
"زمان کم است، ما باید هم وظایفمان را درست انجام دهیم و هم خودمان آرامش داشته باشیم."

۳-۳: وظایف بیش از حد کارکنان واحد بهداشت خانواده: وظایف بیش از حد توان و فشار کاری و چند پیشگی از جمله مهمترین موانع مطرح شده توسط مصاحبه شوندهگان و نیز کارکنان واحد بهداشت خانواده جهت انجام وظایف روتین و نیز شناسایی خشونت خانگی و مدیریت این موارد بود:
"فشار کاری روی ما خیلی زیاد است، نمی توانیم."
"آنقدر کارهای چک لیستی و نوشتنی و ثبتی داریم که توان برای کارهای دیگر نداریم و به کارهای روتین خودمان هم نمی رسیم."

۳-۴: فقدان آگاهی و مهارت های لازم در کارکنان در زمینه شناسایی و مدیریت خشونت خانگی:
همه مصاحبه شوندهگان و اکثر شرکت کنندگان در بحث های گروهی معتقد بودند که کارکنان، آگاهی لازم در زمینه خشونت، نحوه شناسایی و مدیریت موارد شناسایی شده را ندارند:
"تعریف من از خشونت با تعریف همکارم از خشونت فرق دارد."

"آموزش پرسنل خیلی خیلی مهم است. ما باید بلد باشیم چطور شناسایی کنیم و چه کاری برایشان انجام دهیم."
کارکنان واحد بهداشت خانواده معتقد بودند فقدان اطلاعات تخصصی، منجر به اثربخش نبودن مشاوره ها و راهنمایی ها و در مواردی وخامت اوضاع می شود:
"عواقب مشاوره غیر حرفه ای بیشتر از فواید آن است."
"گاهی وقتها همکاران، راهکارهای غلط می دهند، باید حتما دوره دیده باشند."

۳-۵: موانع مربوط به مراجعین:
از دیدگاه کارکنان واحد بهداشت خانواده، بخشی از موانع موجود در زمینه شناسایی و مدیریت خشونت خانگی، به مراجعین بر می گردد:
تعداد زیاد مراجعین و عجله داشتن آنان برای گرفتن هر چه زودتر خدمات و رفتن، یکی از دلایل عدم شناسایی و کمک به مراجعین است:

"مراجعه کننده موافق نیست، می خواهد زودتر برود. برای قد و وزن می آید و اگر بعد ببیند که باید یک ساعت بایستد

"اگر مرد را دعوت کنند می آید و استقبال می کند و خیلی وقتها مشکل حل می شود"

۲-۲: ارجاع مراجعین:

در مواردی که مشکل اعمال خشونت حاد بوده و از طریق راهنمایی و مشاوره کارکنان واحد بهداشت خانواده قابل حل نبوده، کلیه کارکنان نسبت به ارجاع مراجعین اقدام کرده اند. این ارجاع به مراکز مختلفی از قبیل روانپزشک خصوصی، مراکز مشاوره خانه های سلامت، مراکز ترک اعتیاد در صورت اعتیاد همسر به مواد مخدر و در خانواده های دارای مشکل نازایی یا ناتوانی جنسی ارجاع به پزشک متخصص بوده است.

۳- موانع موجود در زمینه شناسایی و مدیریت خشونت خانگی:
اکثر شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی و مصاحبه های عمیق، اجرای برنامه های غربالگری و شناسایی خشونت خانگی را مفید می دانستند اما موانع زیادی را بر سر راه اجرای آنان بیان می کردند:
"این برنامه ها روی کاغذ خوب است ولی عملی شدن آن سخت است."

موانع موجود در زمینه شناسایی و مدیریت خشونت خانگی از دیدگاه پاسخ دهندگان عبارت بودند از:
۳-۱: فقدان مکان مناسب برای غربالگری و شناسایی خشونت خانگی: کلیه شرکت کنندگان خصوصا شرکت کنندگان در بحث های گروهی، در زمینه کمبود فضای مناسب و مکان خصوصی برای شناسایی موارد خشونت خانگی و حتی سایر خدمات از جمله مشاوره در زمینه تنظیم خانواده توافق داشتند:

"شرایط محیط به ما اجازه شناسایی نمی دهد. بین اتاق فقط یک پارتیشن است و صدای همدیگر را می شنوند، همه همدیگر را می شناسند، مراجعه کننده نمی خواهد همسایه اش بفهمد"
"ما سه تا ماما مییم با سه تا میز در یک اتاق و این همه مراجعه کننده، نمی شود در مورد خشونت با مراجعه کننده راحت و خصوصی صحبت کنیم"

۳-۲: کمبود زمان برای غربالگری و مدیریت خشونت خانگی:
کلیه شرکت کنندگان در بحث های گروهی معتقد بودند که زمان کافی برای شناسایی و مدیریت خشونت خانگی ندارند و حتی برای انجام خدمات روتین واحد خود نیز با کمبود زمان مواجه هستند:

۴- نقش کارکنان بخش سلامت در شناسایی و مدیریت موارد مراجعه خشونت خانگی:

کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که کارکنان واحد بهداشت خانواده به دلیل تماس نزدیک با زنان و در صورت برقراری ارتباط نزدیک و جلب اعتماد آنان، بهترین افراد برای شناسایی خشونت خانگی در مراجعین هستند و در صورت مهیا بودن شرایط و امکانات می‌توانند به خوبی وظیفه غربالگری، شناسایی و مدیریت چنین مواردی را به عهده بگیرند. اما به علت وجود مشکلات و موانع ذکر شده، در حال حاضر، چنین فعالیتی را با محدودیت‌هایی می‌توانند انجام دهند:

"با شناسایی و تشخیص مشکلی نداریم فقط با مدیریت و ارجاع مشکل داریم."

"ما می‌توانیم در زمینه شناسایی فعالیت کنیم ولی با وجود چنین شرایطی کمک و دخالت نمی‌توانیم بکنیم."

۵- راهکارهای پیشنهادی برای رفع موانع انجام غربالگری خشونت خانگی:

پس از بحث و بررسی در زمینه خشونت و مولفه‌های آن و منافع و موانع شناسایی و مدیریت خشونت خانگی، شرکت کنندگان راهکارهایی را برای رفع موانع موجود و انجام هر چه بهتر شناسایی و پیشگیری از بروز مجدد موارد خشونت خانگی بیان کردند. نظرات ارائه شده را در قالب محورهای کلی زیر دسته بندی کرده ایم:

۵-۱: اختصاص مکان مناسب جهت غربالگری و شناسایی و مدیریت خشونت خانگی در مراکز بهداشتی:

شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق، خواستار احیای مجدد واحد بهداشت روان در مراکز و یا ایجاد واحدی برای مشاوره روانی مراجعینی بودند که در معاینات روتین به اعمال خشونت خانگی نسبت به آنان مشکوک می‌شوند:

"واحدی در مرکز باشد که وقتی پرسنل غربالگری کرد و موردی را پیدا کرد به آن واحد ارجاع دهد."
"واحد بهداشت روان در مراکز خیلی ضرورت دارد."

۵-۲: آموزش کارکنان:

کارکنان پیشنهاد دادند که پرسنل شاغل در واحد بهداشت خانواده، دانش و مهارت‌های لازم در زمینه شناسایی خشونت خانگی و نحوه برخورد با موارد شناسایی شده را فرا بگیرند.
"باید اطلاعاتمان و آموزش‌هایمان یکدست شود."

فقط چند دقیقه همکاری می‌کند، بقیه‌اش از حوصله‌اش خارج است."

"اگر بخواهیم این کار را انجام دهیم، مراجعه کننده بعدی اعتراض می‌کند که چرا اینقدر کارتان را طولش می‌دهید."
مشکل دیگر مربوط به مقاومت مراجعین برای دریافت مشاوره یا سایر خدمات از جمله ارجاع به مراکز روانشناسی و انگ زدن به چنین مراکزی است:

"مردم پیش دکتر با تخصص‌های مختلف می‌روند ولی پیش روانشناس و روانپزشک و مشاور نمی‌روند. از اینکه آنها را پیش روانشناس بفرستیم ناراحت می‌شوند"
"می‌گویند چیز مهمی نیست، مهم این است که خودشان هم احساس نیاز کنند، ما نمی‌توانیم به زور وادارشان کنیم، بعضی‌ها هم خجالت می‌کشند."

۶-۳: عدم تمایل کارکنان برای غربالگری و دخالت در موارد خشونت خانگی در برخی موارد:

در برخی موارد کارکنان واحد بهداشت خانواده اظهار داشتند که به علت ترس از آسیب دیدن خود در صورت دخالت در زمینه مشکل خشونت در خانواده‌ها و نیز کمبود حمایت از آنان برای شناسایی و مدیریت این مشکل، از دخالت در چنین مواردی خودداری می‌کنند:
"گاهی به خاطر برخوردهای شوهرانشان ترجیح می‌دهیم دخالت نکنیم، آقایان می‌آیند و به ما اعتراض می‌کنند که چرا در زندگیمان دخالت کردید."
"جایگاه قانونی برای انجام غربالگری و کمک به زن نداریم، پرسنل پشتوانه‌ای ندارد."

۷-۳: کمبود نیروی انسانی متخصص جهت ارجاع و کمبود مراکز ارجاع رایگان یا کم هزینه:

یکی دیگر از موانع بیان شده بر سر راه شناسایی خشونت خانگی و خصوصاً پیشگیری از بروز مجدد این موارد از دیدگاه اکثر شرکت کنندگان، کمبود نیروی انسانی ماهر و متخصص جهت ارجاع، در مراکز بهداشتی و از طرفی، کمبود واحدهای ارجاعی با قیمت‌های مناسب و یا رایگان و نیز عدم دسترسی آسان به آنان بود:

"ما مشاور و روانشناس در کشور زیاد داریم ولی اکثر جای آنها در مراکز بهداشتی خالی است."

"ما گاهی مجبوریم به بخش خصوصی ارجاع دهیم، خیلی‌ها به خاطر قیمت بالا یا در دسترس نبودن از رفتن منصرف می‌شوند. اینکه بروند یا نه، معلوم نیست."

این مراکز از عوامل موثر در مراجعه و اثربخشی خدمات این مراکز می باشد:

"اگر مراجعه کننده مشکل داشته باشد و ببیند مراکز هست که هزینه ندارد و در دسترسش هم هست، خودش داوطلبانه آنجا می رود."
 "چند مشاور و روانشناس یا مددکار، چند مرکز با محدوده مکانی نزدیک به هم را پوشش دهد."

۵-۵: حمایت مدیران از برنامه های غربالگری و مدیریت خشونت خانگی:

به عقیده آنان، این حمایت باید به صورت درک شرایط کاری آنان توسط مدیران، محول نمودن وظایفی در حد توان و اطلاعات آنان، حمایت قانونی از آنان و داشتن امنیت شغلی در زمینه شناسایی و مدیریت خشونت خانگی و سایر وظایف محوله باشد:

"باید از سطوح بالاتر از خودمان حمایت شویم، شرایط کاری ما را درک کنند"

"باید از لحاظ روحی روانی تامین شویم، امنیت هم داشته باشیم."
 همچنین مصاحبه شوندگان، خواستار ایجاد همکاری های بین بخشی از سوی مدیران سطوح بالاتر جهت اجرای هر چه بهتر این فعالیت ها بودند.

جدول شماره ۱، ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی و مصاحبه های عمیق را نشان می دهد.

"پرسنل باید به صورت تخصصی آموزش ببینند. ما باید بلد باشیم شناسایی کنیم و تا حدی هم راهنمایی کنیم و بعد ارجاع دهیم."

برپایی کارگاه های آموزشی برای آموزش نحوه تشخیص خشونت خانگی و مهارت های مدیریتی برای کمک به موارد شناسایی شده، از جمله راهکارهای پیشنهادی توسط مصاحبه شوندگان در این زمینه بود.

۵-۳: تامین نیروی انسانی مورد نیاز و تخصصی شدن فعالیتها: شرکت کنندگان پیشنهاد کردند که در واحد بهداشت خانواده، هر فرد مسئول انجام وظایفی خاص باشد، به طوری که فعالیت ها تخصصی شود و حیطه کاری افراد از هم جدا شود تا بتوان فعالیت ها را به طور اثربخش انجام داد و فرصتی هم برای شناسایی و ارجاع موارد خشونت خانگی باشد:

"به جای اینکه هر فرد چند تخصص و وظیفه را داشته باشد، چندین فرد با وظایف جداگانه باشند. یعنی باید کارها تقسیم شود تا کمیت، کیفیت را پایین نیاورد."
 "(مشاوران) اگر هفته ای یک بار هم در مراکز بیایند، خوب است."

۵-۴: هماهنگی برای استفاده از مراکز ارجاع و حمایتی برای موارد شناسایی شده:

به عقیده شرکت کنندگان در مطالعه، دردسترس بودن، رایگان بودن یا حداقل کم هزینه بودن خدمات ارائه شده در

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی و مصاحبه های عمیق

درصد	تعداد	ویژگی دموگرافیک	
		سن	سابقه کار
۱۰/۷	۶	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۰ سال و کمتر
۵۵/۴	۳۱	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۱ تا ۲۰ سال
۳۳/۹	۱۹	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۱ تا ۳۰ سال
۲۵	۱۴		میزان تحصیلات
۶۶/۱	۳۷		کارشناسی
۸/۹	۵		دکتر
۱۶/۱	۹		رشته تحصیلی
۷۸/۶	۴۴		مامایی
۵/۴	۳		بهداشت عمومی
۸۳/۹	۴۷		پزشکی
۸/۹	۵		پرستاری
۵/۴	۳		جمع
۱/۸	۱		
۱۰۰	۵۶		

بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش، پاسخ دهندگان، وجود پدیده همسر آزاری در اشکال مختلف در کشور را کم و بیش تایید کردند و تقریباً همه شرکت کنندگان در بحث های گروهی متمرکز، تا حد امکان سعی در کمک و راهنمایی فرد خشونت دیده از طریق مشاوره و یا ارجاع به مراکز حمایتی و مشاوره ای کرده بودند. در مطالعه گروسی و همکارانش نیز که به بررسی دیدگاه های پزشکان و پرستاران در زمینه خشونت خانگی پرداخته بود، پاسخ دهندگان تا حد امکان سعی در کمک و راهنمایی افراد خشونت دیده کرده بودند، هر چند نوع توصیه ها با توجه به شغل افراد متفاوت بود به طوری که اکثریت پزشکان عمومی به بیمارانی که به نوعی مورد آزار قرار داشتند توصیه می کردند به روانپزشک مراجعه کنند، در حالی که پرستاران، مراجعه به مراکز قضایی و متخصصین حل مسئله درون خانواده را مدنظر داشتند (۹). در مطالعه Edin and Hogberg نیز برخی از ماماها سعی در خنثی نمودن انفعال زنان در برابر خشونت خانگی و عدم توانایی آنان در جستجوی کمک و ترک روابط همراه با خشونت می کردند (۱۰).

در این مطالعه، شرکت کنندگان از خشونت خانگی به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی، خصوصاً سلامت زنان نام بردند و این نکته در بسیاری از مطالعات مشابه مورد تایید قرار گرفته است (۹ و ۱۴-۱۱). البته در یک مطالعه بر روی کارکنان بیمارستانی در کشور اوگاندا، شرکت کنندگان، خشونت خانگی را به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی به شمار نیاوردند که دلیل این امر نگرش غلط افراد نسبت به مقوله خشونت و نیز پایین بودن سطح آگاهی آنان در زمینه پیامدهای خشونت خانگی و لزوم شناسایی آن بود (۷).

در مطالعه حاضر، همانند سایر مطالعات انجام شده، اکثر شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی معتقد بودند که بهترین افراد برای شناسایی خشونت خانگی در مراجعین هستند و در صورت مهیا بودن شرایط و امکانات می توانند به خوبی وظیفه غربالگری، شناسایی و مدیریت چنین مواردی را به عهده بگیرند (۲۱، ۲۲-۱۵، ۱۱، ۱۲، ۸، ۹). اعتقاد به انجام غربالگری روتین مراجعین، همانند مطالعه حاضر، در اکثر مطالعات بیان شده است (۲۷-۲۳، ۱۹، ۷). هر چند در برخی از مطالعات با وجود پذیرش غربالگری روتین، پاسخ دهندگان معتقد بودند که این وظیفه باید توسط سایر متخصصان و در سایر بخش های بهداشتی درمانی صورت پذیرد (۲۸، ۱۸، ۱۵، ۸). در برخی موارد نیز بر خلاف دیدگاه های بیان شده در مطالعه حاضر، اعتقاد بر این بود که نیازی به غربالگری همه مراجعین برای شناسایی خشونت خانگی وجود ندارد و ترجیح بر این بود که این غربالگری تنها باید

برای بیماران دارای صدمات و جراحات فیزیکی و یا دردهای مزمن و در واحدهای اورژانس یا سوانح انجام شود (۳۱-۲۹، ۱۱).

با وجودی که اکثر کارکنان بخش سلامت خود را برای انجام غربالگری خشونت خانگی مسئول می دانند، برخی از آنان نسبت به غربالگری زنان مراجعه کننده مردد و نگران هستند (۱۰) و در مواردی نیز، پاسخ دهندگان اظهار داشتند که اطمینان کمتری برای پرسش در زمینه خشونت خانگی در مقایسه با پرسش در مورد مصرف سیگار یا الکل از مراجعین دارند (۲۸) که دلیل این امر ناشی از وجود برخی از موانع و محدودیت ها بر سر راه غربالگری خشونت خانگی است. در زمینه بررسی موانع بیان شده برای انجام غربالگری و شناسایی خشونت خانگی در مراجعین، همانند بسیاری از مطالعات انجام شده (۳۳، ۳۲، ۲۵، ۱۲، ۱۱، ۸، ۴) در این مطالعه نیز، کمبود زمان مناسب برای غربالگری و خصوصاً مدیریت موارد شناسایی شده، یکی از مهمترین دلایل بیان شده توسط پاسخ دهندگان بود. در این مطالعه، پاسخ دهندگان به دلیل حجم بالای کاری و از طرفی اعتقاد به زمان بر بودن برقراری ارتباط نزدیک با مراجعین برای شناسایی و نیز مدیریت خشونت خانگی علیه آنان، با کمبود زمان مواجه بودند. در این زمینه، نظرات مختلفی در مطالعات مورد بررسی مشاهده می شود. به عقیده عده ای، غربالگری در حین ارائه خدمات روتین پزشکی مناسب نمی باشد، این عقیده خصوصاً در مورد مراجعین به بخش های اورژانس که در چنین شرایطی، قادر به پاسخ به سوالات در زمینه خشونت خانگی نیستند صادق بود (۸) در حالی که گروهی دیگر ترجیح می دادند غربالگری به صورت قسمتی از مکالمات عادی در حین ارائه خدمات باشد. در هر حال با توجه به نوع واحد ارائه دهنده خدمات و حجم کاری، نظرات مختلفی در این زمینه بیان شده است.

در چندین مطالعه در سایر کشورها نیز، مطلعین اظهار داشتند که آگاهی، مهارت، شایستگی و صلاحیت های لازم برای انجام غربالگری و مدیریت موارد شناسایی شده ندارند (۳۴-۳۲، ۱۷، ۱۴، ۱۰، ۸، ۷). در مطالعه گروسی و همکارانش نیز، تنها ۵۰٪ از پزشکان و پرستاران معتقد بودند که اطلاعات کافی در مورد پرسیدن این مسائل در زنان را دارند (۹).

ترس از آزردن و ناراحت شدن یا خشمگین شدن مراجعین از دیگر دلایل مشابه بین این مطالعه و سایر مطالعات برای عدم شناسایی و مدیریت خشونت خانگی بود (۳۵-۳۲، ۱۴-۱۱، ۸، ۴) زیرا برخی معتقد بودند که ناراحت شدن مراجعین ممکن است منجر به عدم مراجعات بعدی آنان برای دریافت خدمات و یا از دست دادن بیماران شود. هر چند در مطالعه گروسی و همکارانش، احساس راحت نبودن برای سوال در مورد خشونت و

رفع موانع سازمانی از طریق اختصاص زمان و مکان مناسب به کارکنان جهت شناسایی و حمایت از قربانیان خشونت خانگی، تامین امنیت کارکنان، تامین نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای برنامه های غربالگری و مدیریت خشونت خانگی، تامین منابع جامعه برای پیشگیری یا کاهش موارد خشونت خانگی از جمله ایجاد مراکز ارجاع در دسترس با هزینه کم و سیستم های مناسب حمایتی از قربانیان و همچنین رفع موانع فردی شامل کمبود آگاهی و مهارت کارکنان بخش بهداشت و درمان در زمینه تشخیص نشانه های خشونت خانگی در زنان و نحوه برخورد صحیح با قربانیان و حمایت از آنان، از گام های اساسی در بهبود برنامه های پیشگیری از خشونت خانگی در هر کشوری و از جمله کشور ما می باشد که می تواند تعداد قربانیان این مشکل را کاهش داده و از بروز خشونت های اجتماعی بعدی پیشگیری کند و محیط امنی برای حمایت و کمک به قربانیان خشونت خانگی فراهم آورد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان این مقاله از همکاری مدیران محترم شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر، همچنین کارکنان واحد آموزش بهداشت و مسئولین محترم واحد بهداشت خانواده شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر و نیز کلیه کارشناسان واحد بهداشت خانواده شرکت کننده در این مطالعه قدردانی می نمایند. این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره قرارداد ۹۹۸۱ مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۹ می باشد.

یا ترس از، از دست دادن بیماران جایگاه چندانی در نگرش پزشکان و پرستاران نداشت (۹). در مطالعه حاضر و برخی دیگر از مطالعات (۵،۸،۱۸،۲۸،۳۳)، عدم دسترسی به منابع جامعه و سیستم های ارجاع و حمایتی برای مدیریت موارد شناسایی شده، عملاً منجر به بی نتیجه ماندن غربالگری و اثربخش نبودن آن می شد که این امر یکی از دلایل پایین آمدن تعداد موارد غربالگری و شناسایی خشونت خانگی بود. از طرفی نداشتن راه حل مناسب برای ارائه به مراجعین و فقدان استراتژی یا پروتکل خاص در محل کار، از دیگر دلایل عدم تمایل به شناسایی موارد خشونت خانگی در این مطالعه و سایر مطالعات بود (۱۲،۲۵،۲۸،۳۳). اکثر پاسخ دهندگان در این مطالعه معتقد بودند که امنیت کافی برای دخالت در مسائل مربوط به اعمال خشونت همسران علیه زنان را ندارند. در چندین مطالعه، ماماها تاکید داشتند که معاینه زنان و نیز گرفتن شرح حال و صحبت درباره خشونت خانگی علیه آنان باید بدون حضور همسرانشان انجام شود (۱۰،۱۶،۲۵،۳۶).

هر چند این مطالعه فقط دیدگاه های کارکنان واحد بهداشت خانواده را مورد بررسی قرار داده است و ممکن است نتوان نتایج آن را به سایر بخش های بهداشتی درمانی تعمیم داد، اما در هر حال، از آنجایی که غربالگری خشونت خانگی می تواند منجر به تشخیص زودهنگام آن شده و ارزش بالقوه ای در ارتقای سلامت زنان دارد (۱۱)، از این رو، لزوم شناسایی و مدیریت خشونت خانگی در محیط های ارائه خدمات سلامت، از طریق رفع موانع انجام غربالگری، شناسایی زنان خشونت دیده و بهبود شرایط و امکانات ارجاع و حمایت از آنان، بیش از پیش آشکار می گردد.

References

1. Flury, M., Nyberg, E., Riecher-Rossler, A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*. 2010,140:13099-130106.
2. Faruk Kocacik, F., Dogan, O. Domestic Violence against Women in Sivas, Turkey: Survey Study. *Croatian Medical Journal* 2006, 47:742-749.
3. Audi, C.A.F., Corrêa, A.M.S., Andrade, M.D.G., Perez-Escamila, R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Revista de Sade Pública* 2008,5:877-885.
4. Elliott, L., Nerney, M., Jones, BA. T., et al. Barriers to screening for Domestic Violence. *J GEN Intern Med*. 2002,17:112-116.
5. Miller, D., Jaye, C. GPs' perception of their role in the identification and management of family violence. *Family Practice* 2007,24:95-101.
6. Sajaratulnisa Othman, S., and Adenan, N.A.M. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine* 2008,7(2):1-8.
7. Kaye, D.K., Mirembe, F., Bantebya, G. Perceptions of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence. *African Health Sciences* 2005, 5(4):315 - 318.
8. Dowd, M.D., Kennedy, C., Knapp, J.F., et al. Mothers' and Health Care Providers' Perspectives on Screening for Intimate Partner Violence in a Pediatric Emergency Department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002,156:794-799.
9. Garousi, B., Safizadeh, H., Mir Ahmadi, Z., et.al. GP and nurses' views about domestic violence. *Forensic*

- Medicine 2009, 4(14):240-246.
10. Mezey, G.C., Bacchus, L., Haworth A, Bewley S. Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG* 2003;110:744-752.
 11. Roelens K., Verstraelen H., Van Egmond, K., et al. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health* 2006,6:238.1-10.
 12. Baig, A., Shadigian, E., Heisler, M. Hidden from Plain Sight: Residents' Domestic Violence Screening Attitudes and Reported Practices. *J GEN Intern Med*. 2006,21:949-954.
 13. Varjavand, N., Cohen, D.G., Gracely, E.J., et al. A Survey of Residents' Attitudes and Practices in Screening for, Managing, and Documenting Domestic Violence. *JAMWA*. 2004,59:48-53.
 14. Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., Thomas, J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in health care workers. *Public Health* 2001,115:89-95.
 15. Edin, KE., Hogberg, U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery* 2002,18:268-78.
 16. Stenson, K, Sidenvall, B., Heimer, G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery* 2005,21:311-21.
 17. Bair-Merritt, M.H., Giardino, A.P., Turner, M., Ganetsky, M., Christian, C.W. Pediatric residency training on domestic violence: a national survey. *Ambulatory Pediatrics* 2004,4:24-27.
 18. Barnett, C. Exploring midwives' attitudes to domestic violence screening. *Br J Midwifery* 2005,13:702-705.
 19. Price, S., Baird, K. Tackling domestic violence: an audit of professional practice. *Pract Midwife* 2003,6:15-18.
 20. Salmon, D., Murphy, S., Baird, K. An evaluation of the effectiveness of an educational program promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery* 2006,22:6-14.
 21. Mc farlane, J., Parker, B., Soeken, K., bullock, L. Brief report, Assessing for abuse during pregnancy, *JAMA* 1992,267:3176-3178.
 22. Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B.K., Peterson, A.C. Prenatal screening for substance use and violence: findings from physician focus groups. *Matern Child Health J* 2006,11:241-247.
 23. Loughlin, S., Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J., Norton, R. Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Educ Behav* 2000,27:572-590.
 24. Ellis, J.M. Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Crit Care Nurs Q*. 1999,22:27-41.
 25. Fikree, F.F., Jafarey, S.N., Korejo, R., Khan, A., Durocher, J.M. Pakistani obstetricians' recognition of and attitude towards domestic violence screening *Int J Gynecol Obstet* 2004,87:59-65.
 26. Lazenbatt, A., Thompson-Cree, M.E., McMurray, F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery* 2005,21:322-334.
 27. Shye, D., Feldman, V., Hokanson, C.S., Mullooly, J.P. Secondary prevention of domestic violence in HMO primary care: evaluation of alternative implementation strategies. *Am J Manag Care* 2004,10:706-716.
 28. Sugg, N.K., Thompson, R.S., Thompson, D.C. Domestic Violence and Primary Care: Attitudes, Practices, and Beliefs. *Arch Fam Med*. 1999,8:301-306.
 29. Goff, H., Byrd, T., Shelton, A., Parcel, G. Health care professionals' skills, beliefs, and expectations about screening for domestic violence in a border community. *Fam Commun Health* 2001,24:39-54.
 30. Nayak, M.B. Factors influencing hesitancy in medical students to assess history of victimization in patients. *J Interpers Violence* 2000,15:123-133.
 31. Nicolaidis, C., Curry, M., Gerrity, M. Health care workers' expectations and empathy toward patients in abusive relationships. *J Am Board Fam Pract* 2005,18:159-165.
 32. Baig, A., Shadigian, E., Heisler, M. Hidden from plain sight: residents' domestic violence screening attitudes and reported practices. *J Gen Intern Med* 2006,21:949-54.
 33. Erickson, M.J., Hill, T.D., Siegel, R.M. Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics* 2001,108:98-102.
 34. Minsky-Kelly, D., Hamberger, L., Pape, D., Wolff, M. We've had training, now what?: qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *J Interpers Violence* 2005,20:1288-1309.
 35. Baird, K. Domestic violence: learning to ask the question. *Pract Midwife* 2005,8:18-22.
 36. Price, S., Baird, K., Salmon, D. Asking the question: antenatal domestic violence. *Pract Midwife* 2005,8:21-25.