

همسر آزاری، بررسی نظریه‌ها و مدل‌های مداخلاتی: ارائه مدل مداخلاتی مبتنی بر نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران

دکتر مریم رسولیان^(۱)، دکتر جعفر بوالهروی^(۲)، دکتر مرضیه نجومی^(۳)، دکتر سپیده حبیب^(۴)، مصلح میرزایی خوشالانی^(۵)

چکیده

هدف: خشونت خانگی پدیده‌ای شایع در جوامع و یک اولویت بهداشتی کشورهاست. عوامل متعددی، مانند عوامل زیست‌شناختی، ژنتیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی در شکل‌گیری خشونت خانگی یا جلوگیری از بروز آن نقش دارند. بنابراین، در مداخلات پیشگیرانه و مراقبت مستمر و مؤثر بهتر است نظام مراقبتی یکپارچه‌ای به کار گرفته شود که بتواند همه عوامل مؤثر را پوشش دهد. در ایران نیز پژوهش‌هایی در مورد شیوع و چند مداخله با رویکردهای آموزشی انجام شده است. **روش:** با طراحی یک پژوهش پیشگیری از همسر آزاری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کوشش شد تا مدلی یکپارچه، مبتنی بر جامعه و بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران طراحی و اجرا شود. مدل حاصل از این پژوهش کاربردی در نوشته حاضر ارائه می‌شود. **یافته‌ها:** مدل «پیشگیری از همسر آزاری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه» به گونه‌ای طراحی شده که قادر است در سطح جامعه روستایی و شهرهای کوچک، با کمک متون آموزشی، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مانند بهورزان، کارکنان و کارشناسان بهداشتی و پزشکان خانواده را به شکل کوتاه‌مدت آموزش دهد تا بتوانند به شناسایی موارد همسر آزاری، برقراری ارتباط، ثبت موارد و ارجاع قربانیان همسر آزاری جسمی بپردازند و با درمان مشاوره‌ای، حمایتی و دارویی به تسکین رنج‌هایشان کمک کنند. **نتیجه‌گیری:** این مدل توانست با آگاه‌سازی و حساس‌سازی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر همه محدودیت‌ها و نارسایی‌هایی که در مطالعه رمزی و همکاران درباره بی‌میلی کارکنان در همکاری به برنامه پیشگیری از خشونت گزارش شده بود، غلبه کند و نشان دهد بخش پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه منبع ارزشمندی در کمک به اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت هستند. این مدل محدودیت‌هایی نیز دارد و پیشنهادهایی برای کمک به رفع محدودیت‌ها در سطح کشور و تبادل تجربه با کشورهای منطقه ارائه شده است.

کلیدواژه: خشونت خانگی؛ همسر آزاری؛ نظام سلامت؛ مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ مدل‌های مداخله و پیشگیری

[دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۷/۲۳]

مقدمه

گسترده‌گی خشونت علیه زنان

خود قرار می‌گیرند (۱). تحقیق رنسون^۱ و ولچنس^۲ نشان داد در سال ۱۹۹۸، در بیش از ۸۵ درصد موارد همسر آزاری، طرف قربانی زن است (۲) و نتایج حدود ۸۰ مطالعه در بیش از ۵۰ کشور جهان بیانگر همین واقعیت است (۱). جامع‌ترین مطالعه در این زمینه توسط سازمان جهانی بهداشت^۳ (WHO)،

پژوهش‌های بین‌المللی همواره نشان داده‌اند خشونت خانگی شیوع بالایی دارد و به‌ویژه زنان بیشتر از افراد دیگر مورد آهانت، آسیب، تجاوز یا قتل توسط همسر فعلی یا سابق

^(۱) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ ^(۲) روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران، قطب علمی روانپزشکی و روانشناسی بالینی؛ ^(۳) متخصص پزشکی اجتماعی، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی؛ ^(۴) روانپزشک، دانشکده علوم پزشکی ایران؛ ^(۵) کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، قطب علمی روانپزشکی و روانشناسی بالینی. تهران، خیابان نیاش، خیابان شهید منصوری، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران. دورنگار:

۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۵۳ (نویسنده مسئول) E-mail: moslehmirzaie@yahoo.com

تهران به نتایج مشابهی در مورد شیوع انواع همسرآزاری رسیدند. آنها همچنین دریافتند همسرآزاری از هر نوع، پیش‌بینی‌کننده قوی اختلال در سلامت عمومی فرد است.

دیدگاه‌های نظری و کاربرد آنها در مداخلات

در سبب‌شناسی خشونت خانگی سه رویکرد عمده وجود دارد: زیستی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی. بر اساس برخی از این رویکردهای نظری، مداخلاتی هم شکل گرفته است که تلاش همه آنها ایجاد امنیت در خانواده و توانمندسازی مراجعان است (۱۲).

در سبب‌شناسی زیستی که به سبب‌شناسی آرگانیک یا پزشکی نیز معروف است، ژن‌ها عامل مهمی هستند. تأثیر عوامل ژنتیک در طول دوره رشد، با دخالت عوامل محیطی بیشتر می‌شود و ممکن است به وسیله عواملی چون تفاوت‌های جنسی تعدیل شود (۱۳). در ارتباط بین آسیب‌های مغزی، به ویژه کژکاری قطعه پیشانی^۱ و ارتباط آن با پرخاشگری، بروئر^۲ و پرایس^۳ با مرور منابع به این نتیجه رسیدند که بررسی‌های علمی از ارتباط بین کژکاری قطعه پیشانی (به ویژه بخش اریتوفرونتال^۴) و افزایش رفتار پرخاشگرانه حمایت می‌کنند. سایر پژوهش‌ها نیز تغییر عملکرد انتقال‌دهنده‌ها، به ویژه سروتونین، را نشان داده‌اند (۱۴). عدم تعادل هورمونی، هوش پایین و آسیب‌های مغزی نیز از علل زیستی بروز خشونت است (۱۵).

دیدگاه‌های جامعه‌شناختی و از میان آنها فمینیسم، به روابط اجتماعی از نگاه جنسیت می‌نگرند و بر این باورند که مردان، در جوامع پدرسالار، بر زنان سلطه دارند و همسرآزاری یا آزار فیزیکی توسط مردان برای حفظ قدرت، و خشونت زن برای دفاع از خود است (۱۶). معتقدان به فمینیسم از سیاست‌های زندانی کردن سختگیرانه حمایت می‌کنند و بیشتر به این گونه مداخلات معتقدند تا درمان. منتقدان این نظریه بر این باورند که این رویکرد از مباحث سیاسی نشأت گرفته است و مبتنی بر داده‌ها و شواهد پژوهشی نیست (۱۷-۱۹).

روان‌شناسی و جامعه‌شناسی در ابتدا به نوعی نگرش‌ها و ارزش‌های پدرسالارانه را تقویت می‌کردند و در این میان،

در سال ۱۹۹۷، آغاز شد (۳). در این مطالعه، مصاحبه‌گران آموزش‌دیده، از یک نمونه ۲۴۰۰ نفری زنان، در ۱۵ ناحیه از ۱۰ کشور، اطلاعاتی گردآوری کردند. یافته‌ها نشان داد خشونت علیه زنان در تمام کشورهای مورد مطالعه شایع است، گرچه تفاوت‌های بارزی بین کشورها وجود داشت. فراوانی زنانی که در طول عمر خود خشونت فیزیکی یا جنسی یا هر دو را تجربه کرده بودند، ۱۵ تا ۷۱ درصد و برای بیشتر نواحی، این رقم بین ۲۹ تا ۶۲ درصد بود. پایین‌ترین میزان خشونت مربوط به ژاپن و بالاترین میزان مربوط به بنگلادش، ایتوپی، پرو و جمهوری خلق تانزانیا بود (۳). پس از این مطالعه، مطالعات مبتنی بر جمعیت در کشورهای مختلف افزایش چشمگیری داشت، به طوری که تعداد بررسی‌ها از ۸۰ مطالعه، به ۳۰۰ مطالعه در سال ۲۰۰۸ افزایش یافت، گرچه کماکان اطلاعات محدودی درباره برخی نواحی مثل خاورمیانه و غرب آفریقا (۴) و نیز مداخلات مبتنی بر پژوهش در پیشگیری و کاهش آن (۵) موجود است.

شیوع همسرآزاری در ایران

در ایران هم مثل بسیاری از کشورها، همسرآزاری یکی از مشکلات بهداشت روان و آسیب‌های اجتماعی است. طرح ملی بررسی خشونت خانگی در زنان، شیوع همسرآزاری جسمانی را در طول زندگی مشترک، ۲۸ درصد و بروز آن را در طول یک سال گذشته، ۱۹ درصد گزارش کرد (۶). در مطالعه‌ای روی زنان مراجعه‌کننده به یک درمانگاه زنان و زایمان در تهران، فراوانی همسرآزاری جسمانی ۳۶ درصد گزارش شده است (۷). دیگر پژوهش‌ها این میزان را بیشتر گزارش کرده‌اند. برای نمونه، پژوهش خسروی و همکاران (۸) که روی زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش‌های زایمان بیمارستان‌های سنج انجام شد، نشان داد ۶۰/۵ درصد از آنها در دوران بارداری تحت همسرآزاری قرار گرفته‌اند. پژوهش در تاج رابری و همکاران (۹) نیز که روی زنان باردار غرب تهران انجام گرفت، فراوانی کلی همسرآزاری را در همین حدود (۶۰ درصد) گزارش کرد. از طرف دیگر پژوهش قهاری و همکاران (۱۰) روی دانشجویان متأهل دانشگاه نشان داد ۹۴ درصد دانشجویان، تجربه بد رفتاری داشته‌اند که از این تعداد ۸۳ درصد زن و ۱۷ درصد مرد بودند. قهاری و همکاران (۱۱) در پژوهش دیگری بر روی ۱۱۸۶ زن از تمام مناطق شهر

1- frontal lobe dysfunction
3- Price

2- Brower
4- orbitofrontal

مردان (۳۱)، تفاوت‌های فردی در پدران آزارگر نسبت به پدران غیر آزارگر (۳۲) و ساختار شخصیت مرزی (۳۰، ۳۳) را می‌توان نام برد.

رویکردهای دینی- معنوی و اسلامی که همیشه مدافع صلح، سازگاری، گذشت، محبت، عرفان، اخلاق و دیگر موضوعات اساسی مشابه بوده‌اند، چه در مبانی نظری و چه در رفتار جمعی این گونه جوامع، مانع بروز و توسعه خشونت در خانواده شده‌اند (۳۴-۳۶). در بررسی‌های فراوانی نیز در آیات قرآن، در احادیث و روایات و نیز در سنت پیامبر اسلام دیده شده است که هیچ توهین و خشونت در روابط میان فردی و خانوادگی مجاز نیست. همچنین در رفتار پیامبر اسلام چنین رفتاری گزارش نشده است و کوچک‌ترین آسیب جسمی به همسر، زندانی شدن، ديه و مجازات دارد (۳۶).

در کل، به نظر می‌رسد پذیرفته‌شده‌ترین نظریه‌ها در سبب‌شناسی خشونت خانگی، نظریه‌های کل نگر^{۱۵}، جامع نگر^{۱۶}، و چندعاملی^{۱۷} باشند. نظریه‌های جامع نگر ابتدا در اواخر دهه ۱۹۷۰ در تبیین کودک آزاری (۳۷، ۳۸)، و سپس خشونت در میان جوانان (۳۹) به کار گرفته شدند و بعدها محققان از آن برای فهم همسر آزاری (۴۰) و آزار سالمندان (۴۱) استفاده کردند.

چند مدل مداخلاتی مطرح در زمینه همسر آزاری

حمایت از قربانیان: در کشورهای توسعه یافته، مراکز بحران و پناهگاه‌های زنان آزار دیده سنگ بنای برنامه‌های قربانیان خشونت خانگی است. این مراکز خدماتی مانند گروه‌های حمایتی، مشاوره فردی، آموزش شغلی، برنامه‌هایی برای کودکان، کمک برای اخذ حمایت‌های اجتماعی و حقوقی و ارجاع جهت ترک سوء مصرف الکل و مواد را فراهم می‌کردند. بیشتر این مراکز در اروپا و آمریکا توسط فعالان زنان پی‌ریزی شدند، اما اکنون بیشتر توسط افراد حرفه‌ای اداره می‌شوند و کمک‌های دولتی دریافت می‌کنند.

تأثیر گزارترین فرد زیگموند فروید^۱ بود (۲۰). پس از فروید، فرضیه ناکامی- پر خاشگری^۲ و مدل همبندی جدید شناختی^۳، یکی از نخستین نظریه‌ها درباره پر خاشگری بود که توسط دالارد^۴ و همکارانش (۱۹۳۹)، به نقل از (۲۱) مطرح شد. طبق این فرضیه، ناکامی پیش در آمد پر خاشگری است (۲۲). حتی بندورا^۵ هم منتقد این صورت بندی سائق محور^۶ از پر خاشگری بود و اعتقاد داشت: «ناکامی‌ها تنها نوعی حالت برانگیختگی هیجانی به وجود می‌آورند و یادگیری اجتماعی، شیوه پاسخ به این برانگیختگی را تبیین می‌کند». بعدها بر کوویتز^۷ این نظریه را دوباره صورت بندی کرد تا نشان دهد پر خاشگری حلقه ارتباط بین محرک‌ها و خلق منفی‌ای است که پاسخ «جنگ یا گریز»^۸ را راه اندازی می‌کند (۲۱). بر اساس این دیدگاه، در خشونت خانگی، ناکامی‌های زناشویی ممکن است خشم یا پر خاشگری را برانگیزد (۲۲). این مدل که به نام «نظریه همبندی جدید» معروف است، فرایندهای شناختی سطح بالا را نیز در بر می‌گیرد و به ویژه، برای تبیین پر خاشگری خصمانه مناسب است. یکی از دلالت‌های این نظریه، بحث «اثر اسلحه»^۹ است که بیان می‌کند جایی که اسلحه در دسترس باشد، خشونت ساده تر روی می‌دهد و بنابراین، باید فروش اسلحه به کسانی که سابقه همسر آزاری دارند، ممنوع یا محدود شود (۲۳، ۲۴).

نظریه یادگیری اجتماعی^{۱۰} یکی از نظریه‌هایی است که خشونت و همسر آزاری را تبیین می‌کند. از این نظریه با مفهوم «چرخه خشونت»^{۱۱} یا «انتقال میان نسلی همسر آزاری»^{۱۲} یاد می‌شود. طبق این نظریه، افراد از رفتاری سرمشق می‌گیرند که در کودکی در معرض آن قرار گرفته‌اند (۲۵). پژوهش‌های بسیاری، مانند اوکون^{۱۳} (۱۹۸۶)، به نقل از (۲۶ و ۲۷)، از نظریه چرخه خشونت حمایت می‌کنند. یکی دیگر از شواهد در حمایت از نظریه انتقال میان نسلی خشونت، فراتحلیل استیت^{۱۴} و همکارانش (۲۸) است. آنها ۳۹ مطالعه را وارد تحلیل کردند. این بررسی‌ها رابطه شاهد یا قربانی خشونت بودن در کودکی و آزار در بزرگسالی را سنجیده بودند. یافته این فراتحلیل نشان داد بزرگ شدن در یک خانواده آزارگر با درگیر شدن در یک ارتباط زناشویی خشونت آمیز رابطه مثبت دارد.

سایر نظریه‌های روان شناختی خشونت خانگی، خشونت را به عوامل زیادی نسبت داده‌اند که از میان آنها تجارب آزار در دوران کودکی (۲۹)، اختلال شخصیت (۳۰)، حسادت جنسی

- 1- Sigmund Freud
- 2- frustration-aggression
- 3- cognitive neoassociation theory
- 4- Dollard
- 5- Bandura
- 6- drive-based
- 7- Berkowitz
- 8- fight or flight
- 9- weapons effect
- 10- social learning theory
- 11- cycle of violence
- 12- intergenerational transmission of partner violence
- 13- Okon
- 14- Stith
- 15- holistic
- 16- comprehensive
- 17- multifactorial

برخی کشورها از تعداد معدودی از این مراکز برخوردارند و برخی بیشتر. با این حال، اداره این مراکز بسیار هزینه‌بر است و بیشتر کشورهای در حال توسعه ایجاد مراکز بحران غیراقامتی و خطوط بحران را که همان خدمات را ارائه می‌دهند، ترجیح می‌دهند. استفاده از خانه‌های امن در محله‌ها که قربانیان بتوانند نزد همسایگان خود به طور موقت ساکن شوند، و یا استفاده از مراکز مذهبی برای پناه دادن به قربانیان و فرزندانشان، از دیگر اقدامات از این نوع بوده است (۴۲).

راهکارهای قانونی و اصلاحات قضایی: در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، موجی از اصلاحات قانونی مربوط به آزار جسمی و جنسی همسران رخ داد. در سال‌های بعد، بر تعداد کشورهای که این قوانین را وضع کردند، افزوده شد و این تعداد همچنان در حال افزایش است (۴۳-۴۵). بیشتر این اصلاحات شامل جرم تلقی کردن سوء استفاده جسمی، جنسی و روان‌شناختی از سوی همسران است که یا از راه وضع قوانین جدید و یا بازنگری در قوانین پیشین صورت گرفته است. پیام زیربنایی این قوانین این است که خشونت خانگی جرم است و جامعه آن را تحمل نمی‌کند. این قوانین این اندیشه را به چالش می‌کشد که خشونت، موضوعی شخصی و خانوادگی است. تأسیس دادگاه‌های خشونت خانگی (یا خانواده)، آموزش پلیس، متصدیان قضایی و وکلا و نیز تربیت افرادی که بتوانند مشاوره‌های حقوقی ساده در این زمینه ارائه کنند، از اقدامات الحاقی این دست از مداخلات است. هنوز پژوهش‌هایی که مؤثر بودن این اقدامات را نشان دهند، اندک هستند. ولی نتایج بررسی آکادمی ملی علوم آمریکا درباره مداخلات موجود در مورد همسرآزاری به این نتیجه رسید که «شواهد گزارش شده غیرپژوهشی بیانگر این است که واحدهای تخصصی و اصلاحات جامع در اداره‌های پلیس، دفاتر حقوقی و دادگاه‌های ویژه، تجربه کودکان و زنان قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشیده است» (۴۶).

مداخلات مربوط به خدمات بهداشتی: در سال‌های اخیر، نگاه به برنامه‌های مداخلاتی تغییر کرده و به سمت بازنگری در پاسخ‌گویی تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی متمایل شده است. بسیاری از زنان در دوره‌هایی از زندگی خود، مثلاً برای پیشگیری از بارداری یا رفع مشکلات فرزندان، با سیستم بهداشتی تماس پیدا می‌کنند. این مسأله، سیستم بهداشتی را به جایگاه مهمی برای شناسایی سوء رفتار با زنان، فراهم کردن حمایت و در صورت نیاز، ارجاع به خدمات تخصصی تبدیل

می‌کند. کشورهای بسیاری، مثل برزیل، ایرلند، مالزی، مکزیک، نیکاراگوئه، فیلیپین و آفریقای جنوبی، جهت آموزش کارکنان سلامت برای شناسایی و پاسخ‌گویی به خشونت علیه زنان، پروژه‌های مقدماتی اجرا کرده‌اند (۴۷). البته باید گفت آموزش بیشتر برای افزایش سطح آگاهی و ظرفیت گروه‌های مختلف کارکنان حوزه بهداشت روان، اعم از روانپزشک، پزشک، روان‌شناس، مشاور، روان‌پرستار و مددکار، برای کمک به قربانیان خشونت ضروری به نظر می‌رسد (۴۸، ۴۹). از این گذشته، در این نوع مداخلات هم هنوز جای بحث و بررسی زیاد است. برای مثال، گرچه بررسی‌ها نشان داده است که عموم زنان از پرسشگری غیرقضاوتگرانه درباره خشونت استقبال می‌کنند (۵۰، ۵۱)، ارزیابی نظام‌مند بیشتری لازم است تا مشخص شود آیا غربالگری خشونت می‌تواند امنیت زنان و پیگیری درمان در آنان را بهبود بخشد، و اگر این گونه است، تحت چه شرایطی (۵۲). حتی مهم‌تر از این، کدام برنامه‌های مداخلاتی برای قربانیان و مرتکبان خشونت سودمندتر هستند (۵۳).

مدل دولوث- مینه‌سوتا: پروژه مداخله در همسرآزاری دولوث- مینه‌سوتا^۱ که به نام مدل دولوث هم شناخته می‌شود، اولین طرحی بود که با هماهنگی و همکاری فعالیت‌های مداخله‌ای در دفتر عدالت کیفری انجام شد. این مدل بر این مفروضه مبتنی است که خشونت یک نوع کنترل است و برای تغییر الگوهای خشونت باید نیاز به کنترل و کاربردهای آن را شناخت. طبق این مدل، جامعه در قبال زنانی که از همسرانشان خشونت می‌بینند، مسئول است و لازم است برنامه‌های مداخلاتی مربوط به مردان خشونتگر در یک شبکه گسترده‌تر خدمات خشونت خانگی ارائه شود. فکر حمایت از زندانی کردن ممکن است در پیوند با راهبرد مبتنی بر مشاوره و مداخله، در مورد خشونتگران مؤثر واقع شود. آموزش هیچ‌گاه خنثی نبوده و نباید خنثی باشد. به طور خلاصه، مدل دولوث- مینه‌سوتا یک مدل میان‌بخشی است که با هدف حمایت از قربانیان آزار در جامعه، مداخلات قانونی و خدمات مشاوره‌ای و مداخلاتی را با هم ترکیب می‌کند (۵۴). پژوهش مروری استوورا^۲ و همکاران (۵۵)، با هدف بررسی انتقادی مدل دولوث- مینه‌سوتا و دیگر مداخلات موجود در زمینه همسرآزاری نشان داد درمان‌های مبتنی بر پژوهش در زمینه

1- Duluth Minnesota domestic abuse intervention project
2- Stovera

روایی درونی ۲۲ مطالعه پرداختند. یافته‌ها نشان داد در ارزیابی اثربخشی ماندن در پناهگاه (خانه امن) هیچ شاهد مثبتی در دست نیست. همچنین، مزایای چندین راهبرد مداخلاتی دیگر در مردان و زنان، از جمله زندانی کردن فرد خشونتگر، نیز روشن نیست. آنها در نهایت نتیجه گرفتند با وجود افزایش آگاهی از شیوع همسرآزاری در سال‌های اخیر، اطلاعات در مورد رویکردهای مبتنی بر پژوهش در بافت مراقبت‌های اولیه برای پیشگیری از همسرآزاری بسیار کم است. یک مرور نظام‌مند (۶۳) که روی ۱۷ مطالعه در بافت مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شد، یافته‌های جالبی به دست داد: در بیشتر این بررسی‌ها، زنان آسیب‌دیده از مراکز مراقبت‌های بارداری وارد مطالعه شده بودند؛ مداخله‌ها به‌طور معمول مختصر بود و توسط غیرپزشکان ارائه می‌شد؛ و راهبردهای مداخلاتی بر توانمندسازی، گوش دادن همدلانه، بحث درباره چرخه خشونت و ایمنی، و ارجاع به منابع مبتنی بر جامعه متمرکز بودند. از این ۱۷ مطالعه، ۱۳ مورد حداقل یک مزیت مرتبط با مداخله داشتند. شش مورد از ۱۱ مقاله‌ای که تداوم همسرآزاری را سنجیده بودند، شاهد کاهش خشونت در آینده بودند. دو مورد از پنج مقاله‌ای که رفتارهای ترغیب‌کننده ایمنی را اندازه‌گیری کرده بودند، افزایش این گونه رفتارها را نشان دادند و شش مورد از ۱۰ مقاله‌ای که از ارجاع به جامعه در مداخلات خود بهره گرفته بودند، شاهد افزایش استفاده از این خدمات بودند. برخی مطالعات نیز بهبود وضعیت سلامت را گزارش کردند. نتیجه‌گیری نهایی این بود که بیشتر بررسی‌ها، در سطح بیمار، بیانگر مفید بودن مداخلات مراقبت‌های اولیه همسرآزاری بودند، و ارجاع یا به‌نوعی درگیر کردن جامعه در این مداخلات، مثبت‌ترین پیامد موجود در این بررسی‌ها بود (۶۳).

در مورد مقبولیت و کارایی غربالگری زنان در نظام مراقبت‌های بهداشتی، یک بررسی مروری (۶۴) ۲۰ مقاله را که تا فوریه ۲۰۰۱ منتشر شده بود، بررسی کرد و نشان داد ۴۳ تا ۸۵ درصد زنان پاسخ‌دهنده در این مطالعات، موافق غربالگری در نظام مراقبت بهداشتی بودند. در دو بررسی زمینه‌یابی (به نقل از ۶۴) که آرای پزشکان و کادر درمان در مورد غربالگری را سنجیده بودند، دو سوم پزشکان و تقریباً

اعتیاد و کودک‌آزاری، در همسرآزاری نیز سودمند است، ولی در این زمینه تحقیقات بیشتری باید انجام شود.

سایر مداخلات کوتاه‌مدت و اثربخشی آنها: گروهی از مداخله‌ها در مورد همسرآزاری، مداخله در بحران نام گرفته‌اند. اشکال رایج مداخله در بحران عبارتند از مداخلات اولیه توسط گروه‌های پلیسی و واحدهای کمک به قربانی، ارزیابی و تشخیص در بخش اورژانس بیمارستان، فناوری الکترونیک برای حمایت از زنان آسیب‌دیده و در معرض خطر قریب‌الوقوع، مداخلات خاصی که توسط خطوط بحران و پناهگاه‌های زنان کتک‌خورده انجام می‌شود، و درمان کوتاه‌مدت کودکان قربانیان (۵۶). در بین مداخلات کوتاه‌مدت در مورد همسرآزاری، امیدبخش‌ترین مداخلات شامل خطوط بحران ۲۴ ساعته (۵۷)، گروه‌های حمایتی (۵۸)، پناهگاه‌های زنان خشونت‌دیده (۵۷) و روان‌درمانی، به‌ویژه با رویکرد شناختی-رفتاری (۶۲-۶۰) است. گرچه تحقیقات کمی در مورد اثربخشی گونه‌های مختلف مداخله در بحران برای زنان خشونت‌دیده انجام شده است، گوردون^۲ (۱۹۹۶ به نقل از ۵۶) با تحلیل داده‌های ۱۲ مطالعه پیامدمدار^۲، به نتایج مثبتی رسید. در این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلاتی که توسط خدمات اجتماعی مبتنی بر جامعه، خطوط بحران، گروه‌های زنان، پلیس، افراد روحانی، پزشکان، روان‌شناسان و وکلا انجام گرفت، نشان داده شد زنان خشونت‌دیده خطوط بحران، گروه‌های زنان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان را خیلی کمک‌کننده دریافتند، و در مقابل، پلیس، روحانیون و وکلا برای آنان کمک‌کننده نبودند. این همان دلیل اصلی است که در ایران و در بخش سلامت و در این مطالعه، اولویت اصلی در پیشگیری از همسرآزاری مداخلات در نظام سلامت بود.

همسرآزاری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

با توجه به اینکه به‌تازگی رویکردهای غربالگری همسرآزاری در مراقبت‌های بهداشتی گسترش یافته است، واتن^۴ و مک‌میلان^۵ (۵) با حمایت چندین مؤسسه تحقیقاتی، از جمله نیروی ضربت کانادا در مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه^۶، با هدف ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشگیری از همسرآزاری، شواهد پژوهشی موجود را در یک مرور نظام‌مند بررسی کردند. هر دو نویسنده مطابق با ملاک‌های مبتنی بر پژوهش، به‌طور مستقل به بررسی طرح پژوهش و

1- crisis intervention 2- Gordon
3- outcome research 4- Wathen
5- MacMillan
6- Canadian Task Force on Preventive Health Care

نیمی از پرستاران بخش اورژانس مخالف غربالگری بودند. برخی از دلایل نپرداختن به غربالگری همسرآزاری در کار روزمره که از سوی دست‌اندرکاران و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بیان می‌شد، این موارد را در برمی‌گرفت: نداشتن آموزش یا تجربه غربالگری، ترس از صدمه و آسیب رساندن به بیماران، نبود مداخله‌های مؤثر، همکاری و خودافشایی ضعیف مراجعان در جریان غربالگری و زمان محدود.

ارائه مدل مداخلاتی پیشگیری از همسرآزاری در ایران

درحالی‌که در مورد شیوع و عوامل مرتبط با همسرآزاری پژوهش‌های زیادی انجام شده، درباره مداخلات درمانی و پیشگیری از همسرآزاری پژوهش‌های نادری در ایران صورت گرفته است. یکی از اقدامات، تدوین کتاب‌های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی در شهر تهران برای مربیان کارگاه‌های آموزشی پیشگیری از همسرآزاری (۶۵) و نیز برای آموزش زنان خشونت‌دیده و عموم مردم است (۶۶، ۶۷). تدوین آثار اخیر اهمیت زیادی دارد، زیرا برای اولین بار پیشگیری از همسرآزاری در ایران را به شکل یک مدل قابل تکرار و تعمیم و مبتنی بر دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی و نیز با در نظر گرفتن نیازهای محلی و فرهنگ جامعه شهری تهران ارائه می‌دهد.

در جمع‌بندی ادبیات پژوهشی پرخاشگری و خشونت باید گفت که یک رویکرد یکپارچه، مثل دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی (۶۸، ۶۹) یا یک چهارچوب بوم‌شناختی^۱ (۴۰، ۷۰) در آسیب‌شناسی، درمان و پیشگیری لازم است تا عوامل مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی را پوشش دهد.

از طرف دیگر، تجربه کشورهای صنعتی نشان داده است رویکردهای مبتنی بر بهداشت عمومی به مسأله خشونت ممکن است اثر بارزی داشته باشد. بخش بهداشت، به‌ویژه با بهره‌گیری از برنامه خدمات بهداشت بارداری، توان خاصی برای مقابله با خشونت علیه زنان دارد، زیرا بسیاری از زنان در مواقعی از زندگی خود به این بخش مراجعه می‌کنند. این توان به دو دلیل به عمل تبدیل نمی‌شود: یکی به دلیل برچسب خوردن و ترس زنان از افشای رنجشان و دیگری به دلیل تعداد اندک پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی مجهز به آگاهی و مهارت لازم برای مداخله در همسرآزاری (۳). با توجه به نکات گفته‌شده در مورد سبب‌شناسی چندبعدی خشونت، و نیز یافته احمدی و سلیمان اختیاری (۷۱) که تأکید داشت در ایران برای پیشگیری از همسرآزاری لازم است به آموزش کارکنان بهداشتی همت گماشت، و از سویی دیگر،

با توجه به توان شبکه بهداشت و به‌ویژه کارآمدی شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران، با بهره‌گیری از تجارب پیشین (۶۷، ۶۵)، مدل مداخلاتی پیشگیری از همسرآزاری مبتنی بر شبکه بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه طراحی و در دو منطقه متفاوت شهری و روستایی ایران به صورت مقدماتی اجرا و ارزشیابی شد که نتایج موفقیت‌آمیز آن گزارش شده است (۷۲).

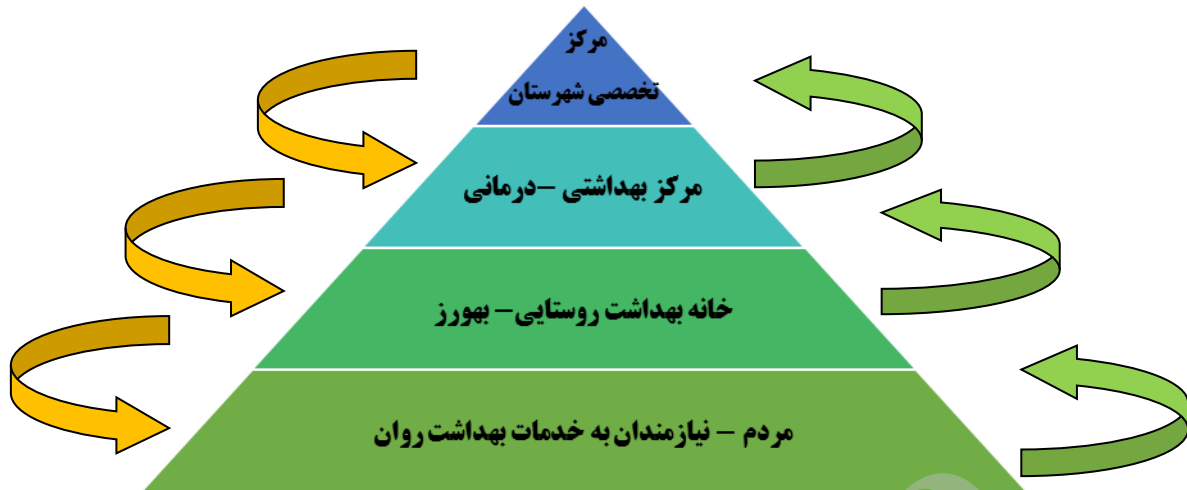
در ایران، یک برنامه کشوری بهداشت روان^۲ (NPMH) وجود دارد که نزدیک به سه دهه پیش در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام شده است. نمای کلی این نظام آشنایی و مبتنی بر جامعه، با سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع در شکل ۱ آمده است. این برنامه، در سال ۱۳۶۵، توسط کمیته‌ای متشکل از کارشناسان و صاحب‌نظران بهداشتی و بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت تهیه و تنظیم و در سال ۱۳۶۷، اجرا شد. پس از اجرای مقدماتی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه سه شهرستان (شهرکرد، شهرضا و هشتگرد)، این برنامه به سایر مناطق کشور گسترش یافت. طی این مدت حجم گسترده‌ای از کشور، با جمعیت بیش از ۳۷ میلیون نفر در پایان سال ۱۳۸۵، تحت پوشش برنامه قرار گرفتند که ۸۶ درصد جمعیت روستایی و ۳۷/۵ درصد جمعیت شهری بود (۷۳). مدل مراقبت‌های بهداشتی اولیه و مراقبت‌های اولیه بهداشت روان در ایران (شکل ۱) به گونه‌ای طراحی و اجرا شده است که به خوبی می‌تواند با رویکردی چندبعدی، کل‌نگر، مبتنی بر جامعه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مجموعه نیازهای اولیه در حوزه غربالگری، تشخیصی، آموزش عمومی، پیشگیری، درمانی و حتی حمایتی را در سطح جامعه تأمین کند.

همچنانکه در نمای هرمی شکل ۱ دیده می‌شود، حجم زیادی از مراجعان و نیازمندان خدمات بهداشت روان در اولین مراجعه به سطح خانه بهداشت و بهورز، پاسخ برخی نیازهای بهداشت روانی خود را می‌گیرند. در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر، این افراد به سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند. در برگشت این افراد از سطوح بالاتر و وقتی توسط پزشک خانواده یا سایر بخش‌ها مراقبت لازم را دریافت کردند - که به آن در هرم نظام، بازخورد^۳ می‌گویند - بهورز از چگونگی ادامه درمان، آموزش و پیگیری آگاه خواهد شد.

1- ecological framework

2- National Program of Mental Health

3- feedback



شکل ۱- روند ارائه خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه در سلامت روان (ارجاع و ارجاع معکوس)

اولیه، آموزش و آموزش مهارت‌های زندگی، مداخلات درمانی، تدوام خدمات، ارائه خدمات در جامعه، ثبت و گزارش موارد، و حمایت مشاوره‌ای اجتماعی و قانونی اولیه است؛ و در نهایت، ارائه الگویی مبتنی بر فرهنگ و ساختارهای محلی و ادغام شده و هماهنگ با دیگر خدمات اولیه درون و برون‌بخشی.

انواع مداخلات انجام شده در مدل ارائه شده برای پیشگیری از همسرآزاری مبتنی بر یافته‌ها و نتایج مطالعات در ایران و مدل‌هایی است که در دیگر کشورها گزارش شده بود (۳، ۲۲، ۴۷، ۶۴، ۷۱). این مدل به گونه‌ای طراحی شده است که یا همه رویکردهای زیستی-روان‌شناختی-اجتماعی را در خود دارد یا چهارچوب مناسبی جهت ادغام این رویکردهاست که به تفصیل در بالا گفته شد.

برای ارائه طرح خدمات پیشگیری از همسرآزاری در نظام خدمات بهداشتی ایران، مدلی مبتنی بر این نظام و نظام ادغام یافته بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۷۴) - که تاریخچه و توسعه آن شرح داده شد- به شرح زیر و با رعایت ویژگی‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران طراحی شد. ویژگی‌های مدل «پیشگیری از همسرآزاری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه» (شکل ۲)، همان ویژگی‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی و بهداشت روانی ایران است که عبارتند از: سطح‌بندی خدمات؛ غربالگری و شناسایی موارد همسرآزاری؛ پاسخ‌گویی به نیازهای اولیه بهداشتی، بهداشت روانی و مراقبت از قربانیان همسرآزاری؛ ارجاع موارد به سطوح بالاتر در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر؛ بازخورد از سطوح بالاتر؛ جامعیت خدمات (که خود شامل پیشگیری



شکل ۲- خلاصه مدل پیشگیری از همسرآزاری در مدل مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران و ادغام بهداشت روان

لزوم شامل حمایت و مشاوره و کمک‌های سازمان بهزیستی، مراجع قضایی و انتظامی از راه این سطح است.

بحث

همچنان که در مرور پیشینه پژوهش آمد، خشونت خانگی و به‌ویژه همسرآزاری، پدیده‌ای شایع در جوامع، و یک اولویت بهداشتی، خصوصاً در مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. پژوهش‌های زیادی نشان داده است عوامل زیستی، ژنتیک، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی در شکل‌گیری خشونت خانگی نقش دارند. بنابراین، باید در مداخلات پیشگیرانه و مراقبت مستمر و مؤثر، نظام مراقبتی یکپارچه‌ای به کار گرفته شود که بتواند همه عوامل مؤثر را پوشش دهد (۴۰، ۷۰-۶۸). در این مورد، در ایران، تعدادی پژوهش درباره شیوع و چند مداخله با رویکردهای آموزشی وجود داشته است که با توجه به سبب‌شناسی و ابعاد گوناگون این پدیده، به‌طور مداوم مؤثر نیستند. از طرف دیگر، امروزه باور عمومی و نیز توصیه سازمان جهانی بهداشت این است که خشونت خانگی، یک معضل بهداشتی، همه‌گیری پنهان و نیازمند مداخلات بخش سلامت است که تا کنون از آن غفلت شده است. مقاله مروری حاضر توصیف مدل ایرانی پیشگیری از همسرآزاری است و در واقع، بخشی از پژوهشی است که طی آن کوشش شد با طراحی مدل پیشگیری از همسرآزاری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مدلی یکپارچه، مبتنی بر جامعه، و نیز مبتنی بر نظام سلامت و نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران - که کارآمدی آن پیش از این اثبات شده است (۷۲) - طراحی و اجرا شود

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نشان داده است مدل «پیشگیری از همسرآزاری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه» در سطح جامعه روستایی و شهرهای کوچک کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در مورد شناسایی موارد همسرآزاری، برقراری ارتباط با قربانی خشونت یا مرتکب خشونت، همدلی با قربانی، ثبت موارد، و ارجاع قربانیان همسرآزاری جسمی در نظام سلامت توانا می‌سازد. این آموزش‌ها به‌صورت دوره‌های کوتاه‌مدت و با کمک ۷ متن آموزشی، به تمام کارکنان، اعم از بهورزان، کاردان‌ها و کارشناسان بهداشتی و پزشکان خانواده، ارائه می‌شود. به شکل خاص‌تر، در سطح دوم نظام سلامت، پزشک عمومی و پزشک خانواده با درمان مشاوره‌ای، حمایتی و دارویی به تسکین

مراحل اجرای این مدل که تنها برای همسرآزاری جسمی به اجرا درآمد و در مناطق روستایی و یک شهر کوچک ایران آزمایش شد، بدین شرح است (شکل ۲): ۱- بهره‌گیری از الگوی مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران به‌منظور در دسترس قرار گرفتن برای جمعیت عمومی تحت پوشش، سطح‌بندی خدمات، به‌کارگیری نظام ارجاع، و بررسی نیازهای اولیه مرتبط با همسرآزاری برای مداخله و پیشگیری از همسرآزاری. ۲- تدوین متون آموزشی برای سطوح گوناگون نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران، شامل تهیه بروشور برای سه گروه «جمعیت عمومی»، «زنان قربانی خشونت» و «مرتکبان خشونت در خانه»؛ متن آموزشی بهورزان و داوطلبان یا رابطان بهداشتی فعال در شبکه بهداشت؛ متن آموزشی برای کارشناسان بهداشت روان و دیگر کارشناسان بهداشتی شبکه، مانند کارشناس بهداشت خانواده، ماماها و کارشناسان بهداشت مادر و کودک، بهداشت عمومی و بهداشت محیط؛ متن آموزشی پزشکان خانواده؛ و متن آموزشی تخصصی برای مربیان، روانپزشکان و دیگر علاقه‌مندان. ۳- اجرای پرسشنامه‌ها و غربالگری موارد خشونت در جامعه (خانه به خانه) و در مراجعان سطوح گوناگون نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه. ۴- طراحی فرم و پرونده ثبت موارد خشونت در سطوح گوناگون نظام. ۵- طراحی برنامه آموزشی پیشگیری از همسرآزاری در سطح جامعه، در خانه بهداشت، در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی و شهرهای کوچک، و در سطوح تخصصی به‌روش چهره به چهره، با استفاده از بروشور و پوستر، و به‌ویژه آموزش مهارت‌های زندگی در کلاس‌های منظم گروهی در سطح مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و شهری شهرهای کوچک. ۶- طراحی کمیته مداخله در بحران در سطح تخصصی شهرستان، متشکل از افرادی مانند روان‌شناس، پزشک، مددکار و کارشناسان گوناگون بهداشتی، به‌ویژه برای جلب حمایت منابع قانونی، قضایی، مددکاری (سازمان بهزیستی) و سطوح بالاتر تخصصی در شهرستان. ۷- طراحی نظام پایش، ارزشیابی، گزارش ماهانه فعالیت‌ها به مرکز و ارایه بازخورد. ۸- مداخلات دیگر: در این مدل به دلیل ضعف شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران در سطح سوم و چهارم، خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در پاسخگویی به نیاز جامعه، تنها در یک سطح تعریف شد که شامل مرکز بهداشت، بیمارستان شهرستان و کمیته مداخله در بحران شهرستان بود. مداخلات دیگر در این سطح در صورت

باروتی و سودابه طایری، همچنین با همکاری و مشارکت خانم‌ها آفرین رحیمی موقر، شیوا عابدی، سهیلا امیدنیا، مریم یکه فلاح و آقایان محمد صابری زفرقندی، حجت‌الاسلام مسعود آذربایجانی، احمد حاجبی، عیسی کریمی کیسمی، علی اسدی، رضا دواساز و رضا شوهری‌زاده انجام شد و از همگان سپاس فراوان داریم.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Ellsberg MC, Heise L. Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists. Washington DC, United States: World Health Organization; 2005.
2. Rennison CM, Welchans S. Intimate partner violence special report. Washington: Department of Justice; 2000.
3. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: An urgent public health priority (editorials). Bull World Health Organ. 2011; 89(1):2.
5. Wathen CN, MacMillan LH. Interventions for violence against women: Scientific review and clinical application. J Am Med Assoc. 2003; 289(5):589-600.
6. Ghazi Tabatabaei M, Mohsen Tabrizi A, Marjaei SH. Examining the Phenomenon of Violence against Women. [Final Report]. Tehran: Office of Social Affairs of the Ministry of Interior Publications; 2005. [Persian]
7. Nojourni M, Agaee S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. Arch Iran Med. 2007; 10(3):309-15.
8. Khosravi F, Hashemi Nasab L, Abdollahi M. Prevalence and Consequences of Wife Abuse in Women Referring to Gynecology Wards of Sanandaj Hospitals in 2006. J Urmia Uni Med Sci. 2009; 19(1): 8-14.

رنج‌هایشان کمک می‌کند و با ثبت آثار جراحی ناشی از صدمه جسمی، مدارک لازم را برای پزشکی قانونی و دادخواهی‌های قضایی را فراهم می‌آورند.

آموزش مهارت‌های زندگی درباره ارتباط مؤثر، کنترل خشم، مدیریت تعارض و حل مسأله به شکل گروهی در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و نیز مراکز شهری در سطح سوم، تجربه با ارزش و موقتی بود. این امر توسط کارشناس بهداشت روان شهرستان، به قربانیان شناسایی شده خشونت ارایه و برخی مداخلات و حمایت‌های مشاوره‌ای، مددکاری و اجتماعی به دنبال آن اجرا شد.

این مدل با شناسایی و ثبت موارد خشونت، تهیه آمار ماهانه خشونت، ارجاع موارد خشونت و آموزش عمومی مردم از طریق آگاه‌سازی و حساس‌سازی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نیز مسئولان شهرستان (از جمله، مدیران شبکه‌های بهداشتی، فرماندار، رییس پزشکی قانونی و مسئولان سازمان بهزیستی) توانست در عمل بر همه محدودیت‌ها و نارسایی‌هایی غلبه کند که در مطالعه رمزی و همکاران (۶۴) درباره بی‌میلی کارکنان در همکاری در برنامه پیشگیری از خشونت گزارش شده بود و نشان دهد نظام سلامت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، منبع ارزشمندی در کمک به اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت هستند.

محدودیت‌های این مدل نیز بدین شرح است: قابل تعمیم به کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ نیست؛ به اجراها و بررسی‌های مقدماتی بیشتری در دیگر مناطق نیاز دارد؛ برخی واحدها از درون بخش بهداشت و بسیاری از ابعاد اجتماعی از بیرون بخش بهداشت (مانند پلیس، قوه قضاییه، شوراهای حل اختلاف و دادگاه‌ها، سازمان بهزیستی و حمایت‌های اجتماعی-قانونی و سازمان‌های غیردولتی و خیریه) را به مشارکت نگرفته و این کار را به مرحله بعدی طرح محول کرده است. کمک به رفع محدودیت‌ها در سطح کشور و تبادل تجربه با کشورهای منطقه، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی است.

سپاسگزاری

بررسی حاضر، بخشی از پژوهش کشوری با هدف راه‌اندازی برنامه پیشگیری از همسرآزاری در نظام سلامت در ایران است که با تأمین مالی اداره امور زنان وزارت بهداشت، و با حمایت و نظارت دقیق و پیگیرانه علمی خانم‌ها عصمت

9. Dortaj RS, Shekarabi R, Bani Asad M, Hoseini AF. Prevalence of violence among pregnant women attending to health care centers in west of Tehran. Iran J Nurs. 2010; 65(23):61-72. [Persian]
10. Ghahari S, Atef Vahid SK, Yusefi H. Prevalence of intimate partner violence in students of Azad University of Tonekabon in 2003. J Mazandaran Uni Med Sci. 2004; 50(15):83-9. [Persian]
11. Ghahari S, Panagi L, Atef Vahid SK, Zareidust E, Mohamadi AA. Mental health of female victims of violence. J Gorgan Uni Med Sci. 2007; 20(8):57-63. [Persian]
12. McCollum EE, Stith SM. Couple's treatment for interpersonal violence: A review of outcome research literature and current clinical practices. Violence Vict. 2008; 23(2):187-201.
13. Maxson CS, Canastar A. Genetic aspects of aggression in nonhuman animals. In: Nelson JR, editor. Biology of aggression. New York: Oxford University Press; 2006.
14. Sadock JB, Sadock AV, Ruiz P, Kaplan IH. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
15. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry. 2008; 165(4):429-42.
16. Dutton DG, Nicholls LT. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1: The conflict of theory and data. Aggress Violent Behav. 2005; 12(6):658-67.
17. Dutton DG, Corvo K. The Duluth model: A data-impervious paradigm and a failed strategy. Aggress Violent Behav. 2007; 12(6):658-67.
18. Dutton DG, Corvo NK, Hamel J. The gender paradigm in domestic violence research and practice part II: The information website of the American Bar Association. Aggress Violent Behav. 2009; 14(1):30-8.
19. Dutton DG, Hamel J, Aaronson J. The gender paradigm in family court processes: Re-balancing the scales of justice from biased social science. J Child Custody. 2010; 7(1):1-31.
20. Hanson B. Differentiating theoretical approaches to batterer intervention: A study of batterer intervention programs. [Dissertation]. [New York]. The City University of New York; 2010.
21. Berkowitz, L. Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. Psychol Bull. 1989; 106(1):59-73.
22. Mitchell C, Vanya M. Explanatory frameworks of intimate partner violence. In: Mitchell C, editor. Intimate partner violence: A health-based perspective. London: Oxford University Press; 2009.
23. Brown C. Social psychology. London: Sage Publications; 2006.
24. Kellermann A, Heron S. Firearms and family violence. Emerg Med Clin North Am. 1999; 17(3):699-716.
25. Bandura A. Aggression: A social learning analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1973.
26. Jackson AN. Encyclopedia of domestic violence. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2007.
27. White HR, Widom CS. Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. Aggress Behav. 2003; 29(4):332-45.
28. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA, Busch AL, Lundeberg K, Carlton RP. The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. J Marriage Fam. 2000; 62(3):640-54.
29. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 2011; 109(11):1-17.
30. Dutton DG. Psychiatric explanation of intimate abusiveness. J Psychiatr Pract. 2002; 8(4):216-28.
31. Gage AJ, Hutchinson PL. Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. Arch Sex Behav. 2006; 35(1):11-24.
32. Francis JK, Wolfe AD. Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. Child Abuse Negl. 2008; 32(12):1127-37.
33. Hines DA. Borderline personality traits and intimate partner aggression: an international multisite, cross-gender analysis. Psychol Women Q. 2008; 32(3):290-302.
34. Watlington CG, Murphy CM. The roles of religion and spirituality among African American survivors of

- domestic violence. *J Clin Psychol*. 2006; 62(7):837-57.
35. Gullum, T. The intersection of spirituality, religion, and intimate partner violence in the African American community. Institute on Domestic Violence in the African American Community. University of Minnesota; 2009.
 36. Salarifar M. Domestic violence against women; Causes and intervention based on Islamic references. Ghom: Hajar Publications; 2011. [Persian]
 37. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child Dev*. 1978; 49(3):604-16.
 38. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard university press; 2009.
 39. Tolan PH, Guerra NG, Kendall PC. A developmental ecological perspective on antisocial behavior in children and adolescents: Toward a unified risk and intervention framework. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63(4):579-84.
 40. Heise LL. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Viol Women*. 1998; 4(3):262-90.
 41. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *J Elder Abuse Negl*. 1999; 11(1):79-103.
 42. Leiman JM. Addressing domestic violence and its consequences: policy report of the commonwealth fund commission on women's health. New York: The Commission; 1998.
 43. Alexander R. Domestic violence in Australia: The legal response. Australia: Federation Press; 2002.
 44. Zhao Y. Domestic violence in China: In search of legal and social responses [internet]. 2000 [cited 2014 Feb 21]. Available from: <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/uclapblj18&div=14&id=&page=>
 45. Ghosh B, Choudhuri T. Legal protection against domestic violence in India: Scope and limitations. *J Fam Violence*. 2011; 26(4):319-30.
 46. Chalk R, King PA. editors. Violence in families: Assessing prevention and treatment programs. Washington: National Academies Press; 1998.
 47. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. [final report]. [Ghent, Belgium]: International Centre for Reproductive Health; 1999.
 48. Lee A, Coles J, Lee S, Kulkarni J. Primary healthcare practitioners' screening practices and attitudes towards women survivors of child abuse. *Ment Health Fam Med*. 2012; 9(3):181-9.
 49. Pollock MD. Training needs of intimate partner violence and sexual assault service providers. In: society for social work and research 18th annual conference: Research for social change: Addressing local and global challenges. [internet]. 2014 January [cited 2014 Feb 21]. Available from: <https://sswr.confex.com/sswr/2014/webprogram/Paper22107.html>
 50. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences: A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med*. 1992; 152(6):1186-90.
 51. McNutt LA, Carlson BE, Gagen D, Winterbauer N. Domestic violence screening in primary care: Perspectives and experiences of patients and battered women. *J Am Med Women Assoc*. 1999; 54(2):85-90.
 52. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: Advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns*. 2005; 59(2):141-7.
 53. Eckhardt CI, Murphy CM, Whitaker DJ, Sprunger J, Dykstra R, Woodard K. The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2013; 4(2):196-231.
 54. Domestic Abuse Intervention Programs (DAIP). What is the Duluth model, why it's work [internet]. Minnesota: Domestic Abuse Intervention Programs; 2011 [nodate; cited 2013 July 1st]. Available from: <http://www.theduluthmodel.org/about/index.html>. Page.
 55. Stover CS, Meadows AL, Kaufman J. Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pr*. 2009; 40(3):223-33.
 56. Roberts RA. Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research. 3rd ed. London: Oxford University Press; 2005.
 57. Bennett L, Riger S, Schewe P, Howard A, Wasco S. Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence a

- statewide evaluation. *J Interpers Violence*. 2004; 19(7):815-29.
58. Guthrie JA. Safety, health and wellness: Assessing the goals, message and dilemmas of domestic violence support groups for women in substance abuse treatment. [Dissertation]. [Kansas]. University of Kansas; 2013.
59. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2014; 15(1):3-21.
60. Kubany ES, Hill EE, Owens JA. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *J Trauma Stress*. 2003; 16(1):81-91.
61. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCaig MA, Tremayne KJ, et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(1):3-18.
62. Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol*. 2010; 13(2):849-63.
63. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2014; 46(2):188-94.
64. Ramsay J, Richardson J, Carter HY, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *Br Med J*. 2002; 325(7359): 314-18.
65. Ghahari S, Bolhari J. Life skills for trainers and experts. Tehran: Danjeh Publications; 2009. [Persian]
66. Ghahari S, Bolhari J. Wife abuse for the victims of violence. Tehran: Ghatreh Publications; 2009. [Persian]
67. Ghahari S, Bolhari J. Life skills for the abused women. Tehran: Danjeh Publications; 2009. [Persian]
68. Chermack TS, Giancola RP. The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev*. 1997; 17(6):621-49.
69. Berman EM. Biopsychosocial approaches to understanding human aggression: The first 30 years. *Clin Psychol Rev*. 1997; 17(6):585-8.
70. Little L, Kantor KG. Using ecological theory to understand intimate partner violence and child maltreatment. *J Community Health Nurs*. 2002; 9(3):133-45.
71. Ahmadi B, Soleiman EY. Effectiveness of health education in intimate partner violence prevention. *Soc Welfare Q*. 2011; 40(11):237-57. [Persian]
72. Bolhari J, Rasulian M, Habib S, Nojomi M, Abedi Sh, Hakim Shushtari M. Final report of intimate partner violence prevention in primary health care of Iran. Tehran: Tehran Psychiatric Institute in Collaboration with Health and Women's offices of Ministry of Health. [Unpublished manuscript]; 2011. [Persian]
73. Bagheri Yazdi SA, Bashti S. Performance report of mental health office. Tehran: Office of Psychosocial Health and Addiction of Ministry of Health Publications; 2008. [Persian]
74. Shahmohamadi D. The need for revising national mental health program. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2003; 7(4):39-40. [Persian]
75. Perry R, Cohen I, DeCarlo R. Case study: Deterioration, autism, and recovery in two siblings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(2):232-37.
76. Golabi, P. Implementation of Lovaas programs for autistic children. [Dissertation]. [Isfahan]: University of Isfahan; 1996. [Persian]
77. Golabi P, Alipour A, Zandi B. Effect of ABA intervention method in the treatment of children with autism. *J Except Child*. 2005; 15(1):33-54. [Persian]
78. Arman S, Hakimiyan S, Goulabi P. Comparison of three methods of treatment efficacy in children with autism. *J Isfahan Med School*. 2005; 78(23): 44-48. [Persian]
79. Pouretamad H, Khoshabi K. The efficiency of intensive behavior therapy on children with autistic. *J Psychol*. 2007; 11(2):198-215. [Persian]
80. Mashhadi A, Soltani-far A, Hojati M, Ribay P, Houssein-zadeh Z. Comparison of the effectiveness of holistic multidimensional treatment model (HMTM) and applied behavioral analysis approach (ABA). *J Clin Psychol*. 2010; 2(2):27-35. [Persian]
81. Khoramabadi Y, Farokhi N, Gharegozloo M. Effects of applied behavior analysis to improve the performance

- of autistic children 5 to 10 years, Farshchian center in Hamadan in 2010. *J Psychol.* 2011; 1(3):85-108. [Persian]
82. Bagherzadeh O, Jafarzadeh Jahromi Z. The effectiveness of ABA intervention on children with autism. 6th international congress on child and adolescent psychiatry. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2012. [Persian]
83. Ahmadi S, Safari T, Hemmatiyan M, Khalili Z. Effectiveness of applied behavioral analysis approach on symptoms of autism. *J Res Behav Sci.* 2012; 10(4):292-300. [Persian]
84. Ghamari Kivi H, Kianersi F, Nasoudi R, Agh A, Mehrabadi S. The comparison of effectiveness of applied behavioral analysis and treatment-education approach on stereotyped behavior, interactional and communicational problems in autistic children. *J Rehabil.* 2012; 13(2):25-33.
85. Abedi A, Oreizi H, Mohammadzadeh F. Introduction to meta-analysis of research methods in educational research. *Sem Uni J.* 2007; 49(4):121-40. [Persian]
86. Pashasharifi H, Najafzade J, Mirhashemi M, Manavipur D, Sharifi N. Statistical methods in psychology and other behavioral sciences. Tehran: Sokhan; 2009. [Persian]
87. Reichow B, Wolery M. Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA young autism project model. *J Autism Dev Disord.* 2009; 39(1):23-41.
88. Eldevik S, Hastings RP, Hughes JC, Jahr E, Eikeseth S, Cross S. Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009; 38(3):439-50.
89. Makrygianni MK, Reed PA. Meta-analytic review of the effectiveness of behavioral early intervention programs for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2010; 4(4), 577-593.
90. Peters-Scheffer N, Didden R, Korzilius H, Sturmey P. A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with Autism Spectrum Disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2011; 5(1):60-9.
91. Matson JL, Smith RM. Current status of intensive behavioral interventions for young children with autism and PDD-NOS. *Res Autism Spectr Disord.* 2008; 2(1):60-74.
92. Schreibman L. Intensive behavioral/ psycho-educational treatments for autism: Research needs and future directions. *J Autism Dev Disord.* 2000; 30(5):373-8.
93. Lovaas OL. Teaching individuals with developmental delays: Basic intervention techniques. Austin, Texas: Pro-Ed; 2002.
94. Harris SL, Handleman JS, Gordon R, Kristoff B, Fuentes F. Changes in cognitive and language functioning of preschool children with autism. *J Autism Dev Disord.* 1991; 21(3):281-90.

Review Article

Theories and Interventional Models of Intimate Partner Violence: Suggesting an Interventional Model Based on Primary Health Care System in Iran

Abstract

Objectives: Domestic violence is a common phenomenon and also a health priority in all communities. Researches have shown that multiple biological, genetic, psychological, social, cultural and spiritual factors have key roles either in development or in prevention of domestic violence. Therefore, it is better to consider an integrated health care system which covers all influencing factors for preventive interventions and continuous and effective care. In recent years, several studies have been conducted about prevalence of domestic violence in Iran and also several interventions have been proposed by educational approach. **Method:** This research attempted to design and to implement an integrated community-based model for preventing domestic violence based on primary health care (PHC) system in Iran. In this article, the model resulted from this study has been presented. **Findings:** The model of "Intimate Partner Violence Prevention in Primary Health Care system" was designed by short-term training of the primary health care providers such as health workers, technicians, health professionals and family physicians in the level of small towns and rural societies for identifying the cases of intimate partner violence, communicating with people who are abused, recording the cases of violence and referring the victims of physical abuse. Also they can help these individuals to ameliorate their distress by counseling, supportive psychotherapy and some medications. **Conclusion:** By informing and sensitizing primary health care providers, this model could overcome all the limitations and shortcomings about unwillingness of the staff for cooperation in the program of the prevention of violence which has been reported in the study of Ramsey and colleagues, 2002. Also, it demonstrated that the medical section and primary health care system are valuable resources for assistance to perform the programs of violence prevention. However, this model has several limitations. Also some suggestions for removing the constraints in the national level and for interacting with other regional counties in terms of experiences have been provided.

Key words: domestic violence; intimate partner violence; delivery of health care; primary health care; intervention and preventive models

[Received: 27 January 2013; Accepted: 15 October 2014]

Maryam Rasulian ^a, Jafar Bolhari ^b,
Marzie Nojomi ^c, Sepide Habib ^d,
Mosleh Mirzaei Khoshalani^{*}

^{*} Corresponding author: Center of Excellence in Psychiatry and Clinical Psychology, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-66506853

E-mail: moslehmirzaie@yahoo.com

^a Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Center of Excellence in Psychiatry and Clinical Psychology, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Faculty of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^d Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.