

موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه پرسنل بهداشتی - درمانی شاغل در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی

ماهرخ دولتیان* - کزال حسامی** - دکتر جمال شمس*** - دکتر علوی مجد**** - فروش معافی*****

* عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی
** کارشناس ارشد مامایی - مربی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
*** استادیار، گروه روانپزشکی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
**** دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
***** عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی

چکیده

زمینه و هدف: ضعف کادر درمانی برای شناسایی خشونت خانگی یک مساله مهم است چرا که در این صورت حمایت مناسبی ارایه نمی‌شود. از طرف دیگر غربالگری روتین به شناسایی سریع خشونت خانگی منجر می‌شود و لذا ممکن است شبکه گسترده‌تری از راهکارهای پیشگیری را فراهم کند که پیشگیری اولیه و مهم‌تر از آن ثانویه و ثالثیه را هم دربرمی‌گیرد؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه پرسنل بهداشتی - درمانی شاغل در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که بر روی ۱۰۰ نفر از کادر بهداشتی - درمانی شاغل در درمانگاه‌های بهداشتی و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه دیگری برای سنجش موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه کادر بهداشتی و درمانی بود. در این پژوهش، انتخاب درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها به صورت تصادفی بود. در واحد منتخب و در صورت تمایل به همکاری، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. یافته‌ها با استفاده از نسخه 17 spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: براساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد پژوهش، $33/81 \pm 6/38$ سال بود. بیشتر پاسخ‌دهندگان (۶۳٪)، تحصیلات لیسانس داشتند و دو سوم آنان را (۷۹٪) ماماها و پرستاران تشکیل می‌دادند. میانگین سابقه خدمتی پرسنل مورد مطالعه، $9/39 \pm 5/34$ سال بود. در بررسی موانع فردی غربالگری در حیطه‌های مختلف، اکثر شرکت‌کنندگان به قابلیت خود برای بررسی خشونت خانگی اعتماد داشتند و از کمک به زنان خشونت دیده، احساس رضایت می‌کردند. با این وجود، به دلیل عدم آموزش مناسب در این زمینه، از سوال کردن درباره خشونت علیه زنان، تردید داشتند. همچنین بیشتر آنان عنوان کردند که هیچ اقدامی نمی‌کنند مگر این که خود زنان تحت خشونت، کمک بخواهند. در حیطه موانع شغلی، عدم زمان کافی برای مطرح و بحث کردن درباره خشونت خانگی، عدم وجود منابع حمایتی کافی و پیامدهای قانونی از جمله موانع غربالگری خشونت خانگی بود که توسط اکثر شرکت‌کنندگان مطرح گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، توجه به عوامل خطر خشونت خانگی و منظور نمودن خشونت به عنوان مشکلی که احتیاج به غربالگری دارد، می‌تواند در شناخت افراد در معرض خطر و برنامه ریزی برای آموزش زنان برای برخورد درست با موارد سوء رفتار و همچنین برای شناخت راه‌های کاهش خشونت توسط مردان سودمند باشد.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، موانع غربالگری، پرسنل بهداشتی، درمانی

وصول مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۰

تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۴/۲۵

نویسنده پاسخگو: تهران - خیابان ولی‌عصر - نبش خیابان نیایش - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، گروه مامایی mhdolatian@gmail.com

مقدمه

بیش از یک دهه خشونت به طور روزافزون به صورت یک موضوع مهم تهدیدکننده سلامت عمومی تشخیص داده شده و بیشتر به عنوان یک رویکرد اپیدمیولوژیکی تلقی می‌شود (۱). خشونت علیه زنان شاید شرم‌آورترین مورد نقض حقوق بشر است که سالیانه سلامت فردی و آسایش میلیون‌ها زن را مختل می‌کند (۲).

مطابق با آمار سازمان بهداشت جهانی، خشونت خانگی، علت اکثر آسیب‌های عمدی در زنان سن ۱۵-۴۴ ساله است و زنان خشونت دیده، دو برابر زنان بدون خشونت، در معرض بهداشت ضعیف و مشکلات فیزیکی و روانی هستند (۱). به رغم این واقعیت که خانواده در فرهنگ ایرانی اسلامی از منزلت والایی برخوردار است، شواهد موجود نشان می‌دهد که زنان ایرانی نیز در خانواده‌ها تحت انواع خشونت‌ها هستند و گستردگی همسرآزاری از ۴۷٪ تا ۸۱٪، در مطالعات مختلف، گزارش شده‌اند (۳-۵). در جوامع امروز نیز علیرغم فضای به ظاهر طرفدار حقوق زنان، خشونت خانگی رو به افزایش است (۶).

به هر حال، بروز خشونت خانگی به سبب وجود آن دسته از ارزش‌های فرهنگی که بر حرمت و استقلال کانون خانواده تاکید دارد، مورد چشم‌پوشی قرار گرفته و به این ترتیب عوامل خارج از خانواده از دخالت در مساله منصرف می‌شوند. طبیعی است در جامعه‌ای که خشونت مورد اغماض قرار می‌گیرد، قربانیان خشونت نیز اعمال خشونت را بر خود می‌پذیرند (۷). لذا، بسیاری از زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، شناخته شده نیستند (۸).

با وجودی که صاحب نظران، غربالگری روتین در مورد خشونت‌های خانگی را به عنوان اولین قدم در بهبود و ارتقای مراقبت‌های بهداشتی دانسته و اعتقاد دارند که تشخیص سریع و اولیه این مشکل سبب کاهش عوارض و هم‌چنین کاهش تکرار این صدمات در آینده خواهد شد (۹). علی‌رغم رشد نگرانی در مورد خشونت خانگی (۱۰)، در مکان‌های خدمات بهداشتی، رویکرد مناسبی جهت شناسایی زنان تحت خشونت وجود ندارد (۱۱) و انواع مختلف خشونت خانگی اکثراً در مراکز انجام مراقبت‌های اولیه کشف نمی‌شوند (۱۲). متأسفانه هنوز هم زنان خشونت دیده به ندرت توسط ماماها یا متخصصین زنان شناسایی یا گزارش می‌شوند (۱۳). مطالعه رولنز و همکارانش در سال ۲۰۰۶ نشان داد که متخصصین زنان و مامایی به طور عمده از میزان وسعت مشکلات مرتبط با خشونت خانگی اطلاع نداشتند و فقط تعداد اندکی از آن‌ها به غربالگری بیمارانشان تمایل نشان دادند (۱۰). در ایران نیز متأسفانه، نه تنها در این رابطه پرسش از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی انجام نمی‌پذیرد، بلکه تحقیقات در این زمینه نیز بسیار اندک می‌باشد (۱۴).

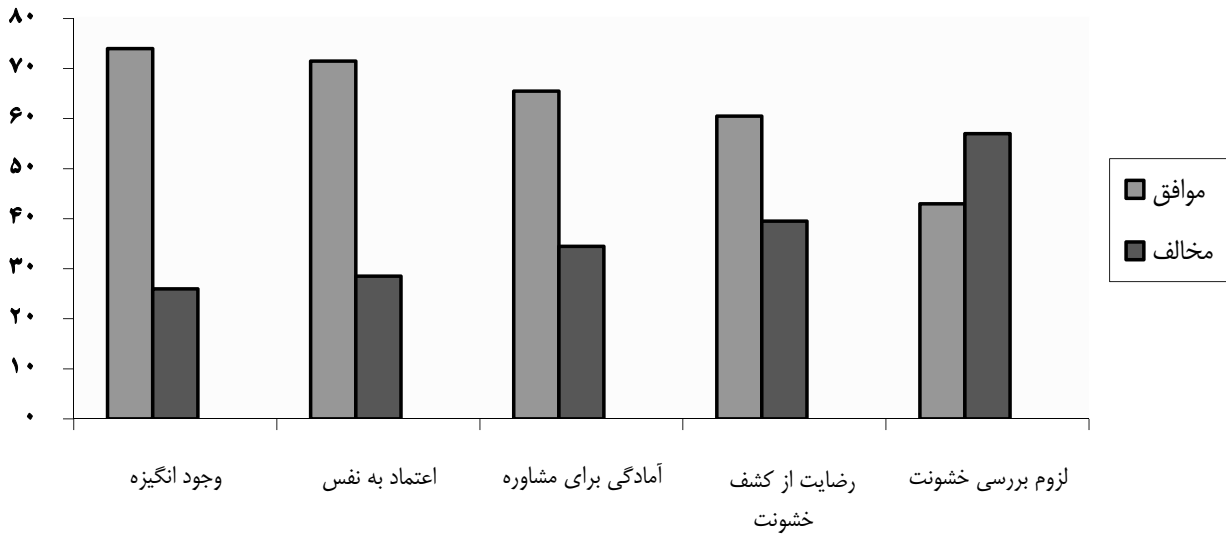
ناخوشایند بودن موضوع، عدم سعی کافی، محدودیت زمانی، ترس از ناراحت کردن بیماران، ناتوانی در برابر انکار بیماران، فقدان مهارت و تدبیر در مدیریت خشونت خانگی، آگاهی ناکافی از امکانات ارجاع و در نهایت احساس ناتوانی برای حل مشکل از جمله موانع عمده غربالگری

هستند که در مطالعات مختلف گزارش شده‌اند (۱۵، ۱۲-۱۰). ضعف کادر درمانی برای شناسایی خشونت خانگی یک مساله مهم است چرا که در این صورت حمایت مناسبی ارایه نمی‌شود (۱۶). از طرف دیگر، غربالگری روتین به شناسایی سریع خشونت خانگی منجر می‌شود و بر اساس چشم‌انداز بهداشت عمومی، غربالگری عمومی خشونت خانگی ممکن است شبکه گسترده‌تری از راهکارهای پیشگیری را فراهم کند که پیشگیری اولیه و مهم‌تر از آن ثانویه و ثالثیه را هم دربر می‌گیرد (۱۰). لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه پرسنل شاغل در مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷ انجام شد؛ به امید این‌که این مطالعه و پژوهش‌های مشابه راهگشای مراقبین بهداشتی برای بررسی و مداخله در مورد خشونت باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که بر روی ۱۰۰ نفر از کادر بهداشتی - درمانی (ماماها، متخصصین زنان، پزشکان و پرستاران) شاغل در درمانگاه‌های بهداشتی و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. در این پژوهش انتخاب درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها به صورت تصادفی بود. در واحد منتخب و در صورت تمایل به همکاری، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. بدین صورت که از مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (درمانگاه‌های نادر - حضرت رقیه (ع) - درمانگاه امام‌حسن (ع) - صاحب‌الزمان (عج) - حکیمیه - کادوس) و از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (بیمارستان‌های مهدیه - شهدا - طالقانی) به تصادف انتخاب شدند. سپس با کسب معرفی‌نامه و مراجعه به این مراکز، در صورت رضایت افراد به شرکت در مطالعه، به عنوان نمونه انتخاب شدند و در کل به ترتیب پزشکان عمومی (۸ نفر)، متخصصین زنان (۹ نفر) - ماماها (۴۲ نفر) و پرستاران (۳۹ نفر) حاضر به همکاری با طرح شده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ای شامل مشخصات دموگرافیک و همچنین سنجش موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه کادر بهداشتی و درمانی بود. در پرسشنامه دموگرافیک سوالاتی در زمینه مشخصات فردی شرکت‌کنندگان (سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، محل خدمت و سابقه خدمت) پرسیده شدند. سپس موانع غربالگری خشونت خانگی در دو حیطه موانع فردی و شغلی ارزیابی گردید. تعدادی از سوالات این پرسشنامه برگرفته از مطالعه گوتمانیس و همکاران در سال ۲۰۰۷ (۱۱) بودند که یک‌بار از زبان اصلی به فارسی ترجمه شد و سپس توسط مترجم از فارس به



نمودار ۱- موانع فردی کادر درمانی مورد مطالعه درباره غربالگری خشونت خانگی

افراد مورد پژوهش ۳۳/۸۱±۶/۳۸ سال و دامنه آن از ۲۲-۵۰ سال بود. همچنین اکثر شرکت کنندگان (۵۰٪) در رده سنی (۳۱-۴۰ سال) قرار داشتند. ۷۲٪ از این افراد متاهل بودند. بیشتر پاسخ دهندگان (۶۳٪)، تحصیلات لیسانس داشتند و دو سوم آنان را (۷۹٪) ماماها و پرستاران تشکیل می دادند. تقریباً نصف شرکت کنندگان در زایشگاه، واحد بهداشت خانواده، پس از زایمان و اورژانس مشغول فعالیت بودند. میانگین سابقه خدمتی پرسنل مورد مطالعه ۹/۳۹±۵/۳۴ سال و دامنه آن از ۱-۲۳ سال بود. همچنین ۳۹/۲٪، ۱۰-۶ سال سابقه کار داشتند. در این پژوهش موانع غربالگری خشونت خانگی با طرح ۲۶ سوال و در ۵ حیطه انگیزه، اعتماد به نفس، آمادگی برای مشاوره با بیمار، لزوم بررسی خشونت و رضایت از کشف خشونت بررسی شدند که نتایج آن در نمودار ۱ آمده است.

در این پژوهش موانع شغلی غربالگری خشونت خانگی با طرح ۱۲ سوال و در ۳ حیطه بار کاری، حمایت حرفه ای و ترس از عواقب بعدی بررسی شدند که مهم ترین نتایج آن در جدول زیر آمده است (جدول ۱).

جدول ۱- موانع شغلی کادر درمانی مورد مطالعه درباره غربالگری خشونت خانگی

حیطه	موافق	مخالف	جمع
بار کاری	۵۳/۵	۴۶/۵	۱۰۰
حمایت حرفه ای	۴۵	۵۵	۱۰۰
ترس از عواقب بعدی	۴۷	۵۳	۱۰۰

انگلیسی ترجمه و هم خوانی شد. موانع فردی غربالگری خشونت خانگی در ۵ حیطه شامل: وجود انگیزه (۶ سوال)، اعتماد به نفس (۵ سوال)، آمادگی برای مشاوره با بیمار (۸ سوال)، رضایت از کشف خشونت (۲ سوال) و لزوم بررسی خشونت (۵ سوال) ارزیابی گردید. پرسشنامه بررسی موانع شغلی نسبت به غربالگری خشونت خانگی، حاوی ۱۲ عبارت بود که نظرات کادر درمانی را در مورد موانع و هموارکننده های غربالگری خشونت خانگی در ۳ حیطه بار کاری (۴ سوال)، حمایت های حرفه ای (۵ سوال) و ترس از عواقب بعدی (۳ سوال) منعکس می کرد. پاسخ ها براساس معیار ۴ حالت لیکرت سنجیده شدند و برای هر سوال، شرکت کنندگان، یکی از گزینه های پاسخ (کاملاً موافقم/ موافقم/ کاملاً مخالفم/ مخالفم) را انتخاب کردند. هر سوال پرسشنامه به طور مجزا بررسی و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

در این مطالعه، برای تعیین اعتبار پرسشنامه ها از اعتبار محتوی استفاده شد. از نظرات ۲۰ نفر اعضای محترم هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان (شامل روانپزشک، متخصص زنان، ماما و پرستار) استفاده گردید. برای تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد. ضریب همبستگی اسپیرمن در تکرار نمونه گیری ۰/۹ به دست آمد. یافته ها با استفاده از نسخه ۱۷ spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از جداول فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده گردید.

یافته ها

براساس یافته های به دست آمده در این مطالعه، میانگین سنی

بحث

در این پژوهش، موانع غربالگری خشونت خانگی در دو بعد موانع فردی و موانع شغلی بررسی شدند. در بررسی موانع فردی، اکثر پاسخ‌دهندگان، نبودن راهکار موثر برای مقابله با خشونت علیه زنان (درصد توافق ۷۸٪) و ترس از بدتر شدن وضعیت (درصد توافق ۶۸٪) را به عنوان مانعی برای پرسش در مورد خشونت‌های خانگی از مراجعین مطرح کرده‌اند. لذا، بیشتر آنان عنوان کردند که شخصاً هیچ اقدامی نمی‌کنند مگر این که خود زنان تحت خشونت کمک بخواهند (درصد توافق ۸۰٪). این بدان معنی است که زنان زیادی بدون این که خشونت را با کسی در میان بگذارند مکان‌های خدمات بهداشتی را ترک می‌کنند زیرا زنان تمایل دارند سوالات مربوط به خشونت خانگی به طور مستقیم از آن‌ها پرسیده شود (۱۷٪). شرکت‌کنندگان در مطالعه گروسی و همکاران (۹) معتقد بودند که اگر مساله خشونت جدی باشد خود بیماران خواهند گفت و نیازی به پرسیدن نیست. اما بیماران برخلاف این نظر، اعتقاد دارند که پزشکان باید در مورد مشکلات خانواده از آن‌ها سوال کنند و این کار می‌تواند تاثیرات مفیدی داشته باشد (۱۸٪). شرکت‌کنندگان در مطالعه اریکسون و همکاران (۱۹) و دجیکانویک و همکاران (۲۰)، فقدان پروتکل مشخص را عامل عدم غربالگری دانسته‌اند. لاو و همکاران (۲۱) بر این باورند که فقدان انگیزه و عملکرد مناسب در میان رشته‌های پزشکی نسبت به شناسایی و مدیریت خشونت خانگی می‌تواند با آموزش ناکافی و نامناسب آن‌ها در این زمینه مرتبط باشد.

تحقیق نشان داد اکثر پاسخ‌دهندگان به قابلیت خود برای بررسی موضوع خشونت زنان اعتماد داشتند (درصد توافق ۶۳٪). اما نزدیک به نصف آنان معتقد بودند که نمی‌توانند به زنان خشونت دیده کمک کنند (درصد توافق ۴۷٪). اگر چه احساس قابلیت و اعتماد به نفس عامل مهمی است اما به تنهایی نمی‌تواند عامل موفقیت در کمک به زنان قربانی باشد. لذا، برای موفق شدن باید برای زمینه سازی عوامل دیگر هم تلاش کرد. این احساس ناتوانی در مطالعات دیگری نیز گزارش شده است (۲۱-۲۴، ۱۰-۹).

در حیطه آمادگی برای مشاوره با بیمار، نزدیک به دوسوم شرکت‌کنندگان به دلیل عدم آموزش مناسب، از سوال کردن درباره خشونت علیه زنان تردید دارند (درصد توافق ۶۳٪) و درصد بیشتری اعلام آمادگی کرده‌اند تا از زنانی که شخصاً خشونت را برای آن‌ها آشکار می‌کنند، سوال کنند (درصد توافق ۶۸٪). خسروی زادگان در پژوهش خود اظهار داشتند ترس از دست دادن فرزند، احساس شرمساری و درماندگی از مورد سوءرفتار واقع شدن، عدم آگاهی، اطمینان نداشتن از مکانی که می‌توانند مراجعه کنند و ترس از انجام کاری که شاید اوضاع را بدتر کند، در عدم افشاکاری زنان قربانی نقش دارد (۲۵).

براساس یافته‌های دیگر مطالعه، اکثر شرکت‌کنندگان تمایل

دارند تا به صحبت‌های زنانی که خشونت را آشکار می‌کنند، گوش کنند (درصد توافق ۷۲٪). اما تعداد کمتری قادرند تا پس از آشکار شدن خشونت، بحث در مورد آن را ادامه دهند (درصد توافق ۴۹٪). همچنین اکثر پاسخ‌دهندگان مخالف این دیدگاه بودند که زنان قربانی از نظر فرهنگی خشونت را پذیرفته‌اند (درصد توافق ۵۸٪). در مطالعه گریبورت و همکاران نیز ۸۰٪ از شرکت‌کنندگان ترجیح دادند که این موارد را ارجاع دهند (۲۶). به علاوه فیکره و همکاران عنوان کردند که پزشکان نمی‌توانند به زنان خشونت دیده کمک کنند چون این زنان نمی‌خواهند ارتباط خشن را ترک کنند (۲۳). در مقابل، زینک و همکاران مطرح کردند که هدف از کمک کادر درمانی به زنان قربانی، داشتن ارتباط بهتر در خانواده و نه ترک ارتباط است (۱۲). اما معمولاً هرچه زنان توانمندتر شوند، بیشتر ارتباط خشن را ترک می‌کنند. یکی از مهم‌ترین عوامل خشونت‌های خانوادگی، فرهنگ جامعه و محیط اجتماعی است زیرا تعریف و برداشت از خشونت از شخصی به شخص دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است. اما با دقت بیشتر می‌توان دریافت که در بهترین حالت فقط نوع خشونت تغییر می‌کند و از سطحی به سطح دیگر، شغلی به شغل دیگر و سنی به سن دیگر و فرهنگی به فرهنگ دیگر و از خشونت جسمی به روانی و از روانی به کلامی ادامه می‌یابد (۲۷).

در این تحقیق، موانع شغلی غربالگری خشونت در سه حیطه بار کاری، حمایت حرفه‌ای و ترس از عواقب بعدی بررسی شدند. بررسی نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان، عدم وقت کافی (درصد توافق ۵۶٪) و فراموش کردن موضوع (درصد توافق ۵۱٪) را از جمله موانع غربالگری در حیطه بار کاری عنوان کرده بودند. نتایج مشابهی در مطالعات مختلف گزارش شده است (۲۳-۲۱، ۱۹). شرکت‌کنندگان در مطالعه زینک و همکاران عنوان کردند که خشونت خانگی مشکلی نیست که در طی ۱۰ دقیقه ویزیت در مطب قابل حل باشد (۱۲). در مطالعه اون اسمیت و همکاران فراموش کردن کادر درمانی از پرسش در مورد خشونت، مهم‌ترین مانع غربالگری خشونت خانگی بود که جهت رفع این مشکل پیشنهاد کردند که این عنوان در فرم‌های مراقبت روتین گنجانده شود (۲۸).

در حیطه حمایت حرفه‌ای، بیشتر پاسخ‌دهندگان از بحث با همکاران نشان در مورد رفتار با زنان قربانی احساس رضایت می‌کردند (درصد توافق ۶۶٪) اما فقط یک سوم موارد باور داشتند که از طرف همکاران، مسوولین و غیره حمایت می‌شوند تا از سوال در مورد زنان تحت خشونت و پاسخ مناسب به واکنش آن‌ها احساس رضایت کنند (درصد توافق ۳۴٪). اریکسون و همکاران نیز نتایج مشابهی گزارش کردند (۱۹). در این مطالعه، بیش از پنجاه درصد از شرکت‌کنندگان، فقدان حمایت مسوولین را یکی از موانع غربالگری خشونت عنوان کرده‌اند. در ادامه نتایج پژوهش حاضر، بیشتر پاسخ‌دهندگان از پیامدهای قانونی تحقیق در مورد خشونت (درصد توافق ۶۲٪) و یک سوم موارد نیز از امنیت خود نگران (درصد توافق ۳۲٪) بودند. در

قانونی و حقوقی برای پیشگیری و برخورد با این مساله در جامعه ایران است (۳۱). هم‌چنین نارسایی و ابهام موجود در قوانین و نیز ضعف در اجرای آن‌ها همچنین فقدان حمایت‌های قانونی و عدم دسترسی زنان به مکان‌های امن در شرایط اضطراری را می‌توان از دیگر موانع کنترل مشکل بروز خشونت در جامعه دانست که جای تامل دارند. واقعیت این است که با وجود اهمیت خشونت، هنوز هیچ سازمانی برای حمایت از قربانی به وجود نیامده است و ارگان خاصی نیز به عنوان حافظ امنیت کمک‌کنندگان به زنان خشونت مسوولیت ندارد (۴).

با توجه به ابعاد مساله، شناسایی و حمایت از زنان قربانی خشونت خانگی میسر نمی‌شود مگر این‌که ارائه‌دهندگان خدمت به شناسایی و کشف خشونت و پیگیری موارد شناسایی شده آگاهی و تمایل داشته باشند و نیز قوانین و منابع کافی برای حمایت از آنان وجود داشته باشد.

محدودیت پژوهش

اطلاعات به دست آمده در رابطه با موانع غربالگری خشونت صرفاً بر اساس گفته‌های شرکت‌کنندگان بوده و پژوهشگر سعی نموده تا با اطمینان دادن به نمونه‌ها از این‌که کلیه گزارشات محرمانه می‌ماند، از میزان خطای این محدودیت بکاهد.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و نیز ریاست و معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی و کلیه کادر درمانی که در طی تحقیق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعات مختلف، ترس از تلافی و انتقام شریک جنسی یا همسر، عدم تمایل به درگیر شدن با پلیس، فقدان امنیت در جامعه و ترس از آسیب دیدن را یکی از موانع عدم غربالگری ذکر کرده بودند (۲۹، ۲۰). موانع ذکر شده در همه این تحقیقات قابل تامل هستند چرا که اساساً در همه کشورها پدیده بدرفتاری با زنان وجود داشته و همواره این سوال مطرح بوده است که آیا نظام عدالت کیفری در امر مبارزه با خشونت‌های خانوادگی دارای ساختار مناسبی است (۳۰).

نتیجه‌گیری

خشونت خانگی یک مشکل آندمیک بوده و غربالگری اولین گام در رفع این مشکل است (۳۱). یافته‌های این تحقیق تأکیدی مجدد بر نقش آموزش و تاثیر آن بر عملکرد افراد در غربالگری و برخورد با خشونت خانگی است. چرا که جامعه پزشکی در مواردی که به وجود بدرفتاری پی می‌برند، آن را به عنوان مشکلی تلقی می‌کنند که تنها نیازمند راه حل‌های موضعی است و به ندرت تمایل به دخالت در درگیری‌های خانوادگی و پیگیری موضوع را دارند. مساله بدرفتاری، بیشتر از آن که عامل خشونت در نظر گرفته شود مشکل خود زن تلقی می‌شود؛ لذا، آموزش پزشکی باید به سمت ایجاد رویکرد کلی‌تری در خصوص شناسایی و معالجه این گونه موارد حرکت کند و گر نه، رشته‌های پزشکی که مسوول سلامت مراجعین خود هستند چگونه می‌توانند حضور خویش را در عرصه خانواده و در جهت پیشگیری و درمان خشونت‌های خانوادگی اعلام کنند (۷).

علاوه بر نقش آموزش، عوامل قانونی و حقوقی نیز در شناسایی و برخورد با خشونت علیه زنان موثر می‌باشند. احمدی و همکاران گزارش کردند که در قوانین موجود کشور، تعریف خشونت شوهر علیه زن و مصادیق آن به روشنی مشخص نیست و این مساله از مهم‌ترین موانع

References

- Espinosa R, Gutiérrez MI, Mena-Muñoz JH, Córdoba P (2008) Domestic violence surveillance system: A model. *Salud pública de México*. 50; 1 1: 12-18.
- Farrokh H R, Bushehr B. Wife abuse and factors referred to in the Forensic Medicine Center, Urmia city in 1383. *Urmia Medical Journal*, 69:554-61. [Persian]
- Dolatian M, Hesami K, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between Violence during Pregnancy and Postpartum Depression. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2008; 13(2): 57-68. [Persian]
- Azazy S. Community structure and violence against women. *Social Welfare*. 2004; 14(4): 59-96. [Persian]
- Hemati R. Prevalence of wife abuse and its related factors in Islamabad, Zanjan 1382. *Journal of Medical Sciences Bushehr*. 2005; 13(50): 36-43. [Persian]
- Ghasemroshan Ibrahim Spouse abuse; harassment against her husband conduct Biology. *Journal of Women's Book*. 2003; 20:43-68. [Persian]

- 7- Moazami Shahla Drawing wife. Proceedings of the social harm Iran, Iran Sociology Association, First publishe, Tehran, Agah Publishing; 2004. [Persian]
- 8- Raynor M. Pregnancy and the puerperium: The social and psychological context. *Psychiatry*. 2006; 5(1): 1-4
- 9- Garousi B, Safizadeh H, MirAhmadi Z, Yazdani M. Physicians and nurses viewpoints regarding domestic violence. *Scientific Journal of forensic Medicine*. 2006; 14 (4): 240-6. [Persian]
- 10-Roelens K, Verstraelen, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 2006; 6: 238-48
- 11-Gutmanis I, Beynon C, Tutty L C, Wathen N , MacMillan H L. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007; 7: 12-23.
- 12- Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. Intimate Partner Violence: What Are Physicians' Perceptions? *The Journal of American Board of Family Practice*. 2004; 17: 332-40
- 13-Lazenbatt A, Thompson-Cree, 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(4): 322-34
- 14-Jahanfar Sh, Malekzadegan A, Jamshidi R. Prevalence of domestic violence in pregnant women referring to the hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Iran Nurs*. 2002; 16 (32, 33): 93-99. [Persian]
- 15-Bagherzadeh R, Keshavarze T, Sharif F, Dehbashy S, Tabatabai H, famous. Demographic characteristics of women faced with domestic violence during pregnancy. *Scientific Journal Hamadan Nursing & midwifery Faculty*. 16(2): 5-12. [Persian]
- 16-Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haworth A. Prevalence of domestic violence when midwives routinely require in pregnancy. *BJOG :An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004; 111(5): 441-5
- 17-Protheroe L Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*. 2004; 20(1): 94-103
- 18-Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients' advice to physicians about intervening in family conflict. *Annals of family medicine*. 2005; 3(3): 248-54.
- 19-Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*. 2001; 108 (1): 98-102.
- 20-Djikanovic B, Cerlik H, Simic S, Matejic B, Cucic V. Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80 (1): 88-93.
- 21-Love C, Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Perry D, Bird W Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence: The need for an effective response. *The journal of American dental association*. 2001; 132(1): 85-93.
- 22-Othman S, Adenan NAM. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine*. 2008; 7(1): 2.
- 23-Fikree F, Jafarey S, Korejo R, Khan A, Durocher J. Pakistani obstetricians' recognition of and attitude towards domestic violence screening. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2004; 87(1): 59-65.
- 24-Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *Journal of general internal medicine*. 2002; 17(2): 112-6.
- 25-Khosravizadegan F, Azizi F, Khosravizadegan Z, Morvaridi M. Demographic and psychologic aspects of domestic violence against women. *Iranian South Medical Journal*. 2004; 10(1): 75-81. [Persian]
- 26-Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, McPhee SJ, Carlton R, Herzig K, Danley D, Caspers N. Domestic violence compared to other health risks. A Survey of Physicians' Beliefs and Behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 23(2): 82-90.
- 27-Moazami Shahla. The protection of women against domestic violence. *Journal of Social Welfare*. 2004; 13(3): 223-50. [Persian]
- 28-Owen-Smith A, Hathaway J, Roche M, Gioiella ME, Whall-Strojwas D, Silverman J. Screening for domestic violence in an oncology clinic: Barriers and potential solutions. *Oncology nursing forum*. 2008; 35(4): 625-33.

- 29-Sugg Nk, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP Domestic Violence and Primary Care. Attitudes, Practices, and Beliefs. *Archive of Family Medicine*. 1999; 8(4): 301-308
- 30-Moazami Shahla Criminology and domestic violence in Sistan and Baluchestan province. *Research For Women*. 2004; 2(2): 39-53. [Persian]
- 31- Ahmadi B., Alimohamadian M., Golestan B., Bagheri A., Shojaeezadeh D. Effects of domestic violence on mental health of married women in Tehran. *Journal of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(2): 35-44. [Persian]