مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۷ ، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۹۰، ۲۳۲-۲۲۵

پژوهشی

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

ماهرخ دولتیان* - کژال حسامی** - دکتر جمال شمس*** - دکتر علوی مجد****-فرنوش 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 spss 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: براساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد پژوهش، ۶/۳۸±۳۳/۸۱ 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، ۵/۳۴±۹/۳۹ سال بود. در بررسی موانع فردی غربالگری در حطیه های 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 این‌که 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 راه های 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]

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 ۴۴-۱۵ 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 (۵-۲). 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 هم چنین 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 اکثرا در مراکز انجام مراقبت‌های اولیه کشف نمی‌شوند (۱۲). متاسفانه 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 آن ها به غربالگری بیمارانشان تمایل نشان دادند (۱۰). در ایران نیز متاسفانه، 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.

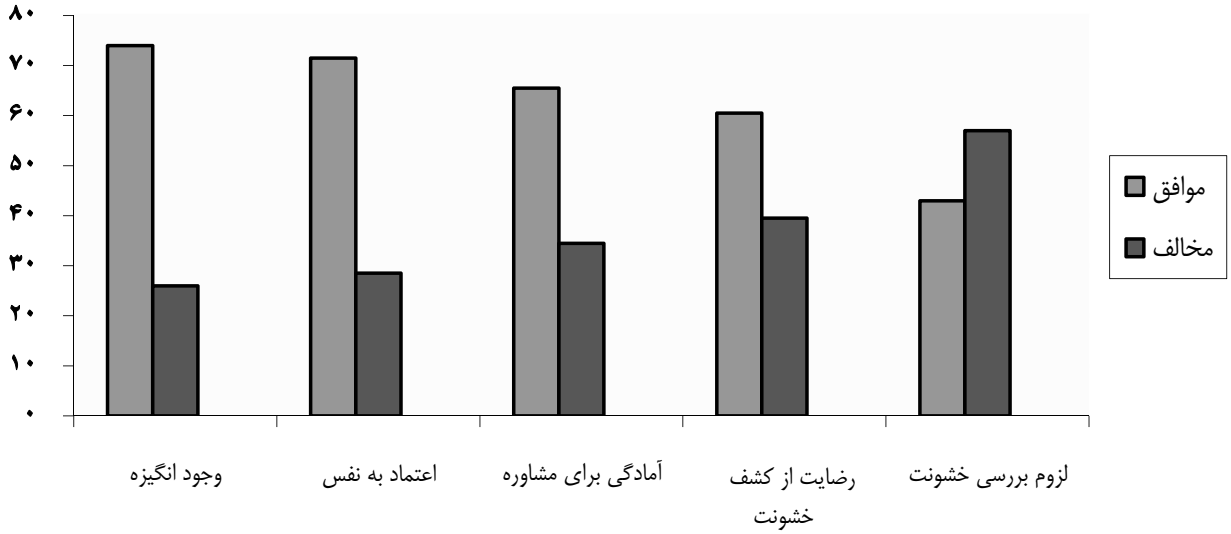
روش بررسی

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 ومراجعه 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 وهمکاران در سال ۲۰۰۷ (۱۱) بودند که یک‌بار از زبان اصلی به فارسی ترجمه شد و سپس توسط مترجم از فارس به

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]



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

انگلیسی ترجمه و هم‌خوانی 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 هموارکننده‌های غربالگری خشونت خانگی در ۳ حیطه بارکاری (۴ سوال)، حمایت‌های حرفه‌ای (۵ سوال) و ترس از عواقب بعدی (۳ سوال) منعکس می‌کرد. پاسخ‌ها براساس معیار ۴ حالته لیکرت سنجیده شدند و برای هر سوال، شرکت‌کنندگان، یکی از گزینه‌های 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 پرسشنامه‌ها 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 نمونه‌گیری ۰/۹ به دست آمد. یافته‌ها با استفاده از نسخه spss 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از جداول فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده گردید.

یافته‌ها

براساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۶/۳۸±۳۳/۸۱ سال و دامنه آن از ۵۰-۲۲ سال بود. همچنین اکثر شرکت‌کنندگان (۵۰٪) در رده سنی (۴۰-۳۱ سال) قرار داشتند. ۷۲٪ از این افراد متاهل بودند. بیشتر پاسخ‌دهندگان (۶۳٪)، تحصیلات لیسانس داشتند و دو سوم آنان را (۷۹٪) ماماها و پرستاران تشکیل می‌دادند. تقریباً نصف شرکت کنندگان در زایشگاه، واحد بهداشت خانواده، پس از زایمان و اورژانس مشغول فعالیت بودند. میانگین سابقه خدمتی پرسنل مورد مطالعه ۵/۳۴±۹/۳۹ سال و دامنه آن از ۲۳-۱ 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 مهم‌ترین 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]

بحث

در ایـن پژوهـش، موانع غربالگری خشـونت خانگـی در دو بعد موانع فردی و موانع شـغلی بررسـی شـدند. در بررسـی موانع فردی، اکثر پاسـخ‌دهندگان، نبودن راهکار موثر برای مقابله با خشـونت علیه زنان (درصد توافق ۷۸٪) و ترس از بدتر شـدن وضعیت (درصد توافق ۶۸٪) را به عنوان مانعی برای پرسـش در مورد خشونت‌های خانگی از مراجعین مطرح کرده‌اند. لذا، بیشـتر آنان عنوان کردند که شخصاً هیچ اقدامی نمی‌کنند مگر این‌که خود زنان تحت خشـونت کمک بخواهند (درصد توافق ۸۰٪). این بدان معنی اسـت که زنان زیادی بدون این‌که خشـونت را با کسـی در میان بگذارند مکان‌های خدمات بهداشـتی 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 خـود بیماران خواهند گفت و نیازی به پرسـیدن نیسـت. اما بیماران برخـلاف ایـن نظر، اعتقاد دارند که پزشـکان باید در مورد مشـکلات خانواده از آن‌ها سـوال کنند و این‌کار می‌تواند تاثیرات مفیدی داشـته باشـد (۱۸). شرکت‌کنندگان در مطالعه اریکسـون و همکاران (۱۹) و دجیکانویـک و همکاران (۲۰)، فقدان پروتکل مشـخص را عامل عدم غربالگری دانسته‌اند. لاو و همکاران (۲۱) بر این باورند که فقدان انگیزه و عملکرد مناسـب در میان رشـته‌های پزشکی نسـبت به شناسایی و مدیریت خشونت خانگی می‌تواند با آموزش ناکافی و نامناسب آن‌ها در این زمینه مرتبط باشد.

تحقیق نشان داد اکثر پاسخ دهندگان 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 احسـاس قابلیـت و اعتماد به نفس عامل مهمی اسـت اما به تنهایی نمی‌تواند عامـل موفقیت در کمک به زنان قربانی باشـد. لذا، برای موفق شدن باید برای زمینه سازی عوامل دیگر هم تلاش کرد. این احسـاس ناتوانی در مطالعـات دیگری نیز گزارش شده است (۲۴-۲۱، ۱۰-۹).

در حیطه آمادگی برای مشاوره با بیمار، نزدیک به دوسوم شرکت کنندگان به دلیل عدم آموزش مناسـب، از سوال کردن درباره خشونت علیـه زنان تردید دارنـد (درصد توافق ۶۳٪) و درصد بیشـتری اعلام آمادگی کرده‌اند تا از زنانی که شـخصا خشـونت را برای آن ها آشـکار می‌کنند، سوال کنند (درصد توافق ۶۸ ٪). خسروی زادگان در پژوهش خود اظهار داشـتند ترس از دسـت دادن فرزند، احساس شرمساری و درماندگی از مورد سـوءرفتار واقع شدن، عدم آگاهی، اطمینان نداشتن از مکانـی کـه می‌توانند مراجعه کنند و ترس از انجام کاری که شـاید اوضاع را بدتر کند، در عدم افشاگری زنان قربانی نقش دارد (۲۵).

براسـاس یافته‌های دیگـر مطالعه، اکثر شـرکت‌کنندگان تمایل دارنـد تا به صحبت‌های زنانی که خشـونت را آشـکار می‌کنند، گوش کننـد (درصد توافـق ۷۲٪) اما تعداد کمتری قادرند تا پس از آشـکار شـدن خشـونت، بحث در مورد آن را ادامه دهند (درصد توافق ۴۹٪). همچنین اکثر پاسخ دهندگان مخالف این دیدگاه بودند که زنان قربانی از نظر فرهنگی خشـونت را پذیرفته‌اند (درصد توافق ۵۸٪). در مطالعه گربـرت و همکاران نیز ۸۰٪ از شـرکت‌کنندگان ترجیح دادند که این مـوارد را ارجاع دهند (۲۶). به علاوه فیکـره و همکاران عنوان کردند که پزشـکان نمی‌توانند به زنان خشـونت دیده کمـک کنند چون این زنان نمی‌خواهند ارتباط خشـن را ترک کنند (۲۳). در مقابل، زینک و همـکاران 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 خشـونت‌های خانوادگـی، فرهنگ جامعه و محیط اجتماعی اسـت زیرا تعریف و برداشت از خشونت از شخصی به شخص دیگـر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت اسـت. اما با دقت بیشـتر می‌توان دریافت که در بهترین حالت فقط نوع خشـونت تغییر می‌کند و از سـطحی به سـطح 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 شـغلی غربالگری خشونت در سه حیطه بار کاری، حمایت حرفه‌ای و ترس از عواقب بعدی بررسـی شدند. بررسی نشان داد که بیشـتر شـرکت‌کنندگان، عدم وقت کافی (درصد توافق ۵۶٪) و فرامـوش کردن موضـوع (درصد توافق ۵۱٪) را از جمله موانع غربالگـری در حیطه بـار کاری عنوان کرده بودند. نتایج مشـابهی در مطالعات مختلف گزارش شـده اسـت (۲۳-۲۱، ۱۹). شرکت‌کنندگان در مطالعه زینک و همکاران عنوان کردند که خشـونت خانگی مشکلی نیسـت که در طـی ۱۰ دقیقه ویزیت در مطب قابل حل باشـد (۱۲). در مطالعـه اون اسـمیت و همـکاران فراموش کـردن کادر درمانی از پرسش در مورد خشونت، مهم‌ترین مانع غربالگری خشونت خانگی بود که جهت رفع این مشـکل پیشـنهاد کردند که این عنوان در فرم‌های مراقبت روتین گنجانده شود (۲۸).

در حیطـه حمایـت حرفه‌ای، بیشـتر پاسـخ‌دهندگان از بحث با همکاران نشـان در مورد رفتار با زنان قربانی احساس رضایت می‌کردند (درصد توافق ۶۶٪) اما فقط یک سـوم موارد باور داشـتند که از طرف همکاران، مسـوولین و غیره حمایت می‌شـوند تا ازسوال در مورد زنان تحت خشونت و پاسـخ مناسب به واکنش آن‌ها احساس رضایت کنند (درصد توافق ۳۴٪). اریکسـون و همکاران نیز نتایج مشـابهی گزارش کردند (۱۹). در این مطالعه، بیش از پنجاه درصد از شـرکت‌کنندگان، فقـدان حمایت مسـوولین را یکی از موانع غربالگری خشـونت عنوان کرده‌انـد. در ادامـه نتایـج پژوهش حاضر، بیشـتر پاسـخ‌دهندگان از پیامدهای قانونی تحقیق در مورد خشـونت (درصد توافق ۶۲٪) و یک سـوم موارد نیز از امنیت خـود نگران (درصد توافـق ۳۲٪) بودند. در

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]

مطالعات مختلف، ترس از تلافی و انتقام شـریک جنسـی یا همسـر، عدم تمایل به درگیر شـدن با پلیس، فقـدان امنیت در جامعه و ترس از آسـیب دیـدن را یکـی از موانع عـدم غربالگری ذکر کـرده بودند (۲۹، ۲۰). موانع ذکر شـده در همه این تحقیقات قابل تامل هسـتند چرا که اساسـاً در همه کشورها پدیده بدرفتاری با زنان وجود داشته و همواره این سـوال مطرح بوده اسـت که آیا نظام عدالت کیفری در امر مبارزه با خشونت‌های خانوادگی دارای ساختار مناسبی است (۳۰).

نتیجه‌گیری

خشـونت خانگی یک مشکل آندمیک بوده و غربالگری اولین گام در رفع این مشـکل اسـت (۳۱). یافته‌های این تحقیق تاکیدی مجدد بـر نقش آموزش و تاثیر آن بر عملکـرد افراد در غربالگری و برخورد با خشونت خانگی اسـت. چرا که جامعه پزشکی در مواردی که به وجود بدرفتـاری پی می‌برند، آن را به عنوان مشـکلی تلقی می‌کنند که تنها نیازمنـد راه حل‌هـای موضعی اسـت و به ندرت تمایل بـه دخالت در درگیری‌هـای خانوادگی و پیگیری موضوع را دارند. مسـاله بدرفتاری، بیشـتر از آن که عامل خشـونت در نظر گرفته شـود مشکل خود زن تلقی می‌شود؛ لذا، آموزش پزشکی باید به سمت ایجاد رویکرد کلی‌تری در خصـوص شناسـایی و معالجه این گونه موارد حرکـت کند وگرنه، رشـته‌های پزشکی که مسوول سـلامت مراجعین خود هستند چگونه می‌تواننـد حضور خویش را در عرصه خانواده و در جهت پیشـگیری 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 کشـور، تعریف خشـونت شوهر علیه زن و مصادیق آن به روشـنی مشخص نیست و این مساله از مهم‌ترین موانع قانونی و حقوقی برای پیشگیری و برخورد با این مساله در جامعه ایران اسـت (۳۱). هم‌چنین نارسایی و ابهام موجود در قوانین و نیز ضعف در اجرای آن‌ها همچنین فقدان حمایت‌های قانونی و عدم دسترسـی زنان به مکان‌های امن در شـرایط اضطراری را می‌توان از دیگر موانع کنترل مشکل بروز خشونت در جامعه دانست که جای تامل دارند. واقعیت این اسـت 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 ارایه‌دهندگان خدمت به شناسایی و کشف خشـونت و پیگیری موارد شناسایی شده آگاهی و تمایل داشته باشـند و نیز قوانیـن و منابع کافی برای حمایت از آنان وجود داشـته باشد.

محدودیت پژوهش

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

تقدیر و تشکر

از معاونـت محترم پژوهشـی دانشـگاه علوم پزشـکی و خدمات بهداشـتی و درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این طرح تحقیقاتی را تقبل نموده‌اند و نیز ریاسـت و معاونت محترم پژوهشـی دانشـکده پرسـتاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شـهید بهشـتی و کلیه کادر درمانی که در طی تحقیق پژوهشگران را یاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1- Espinosa R, Gutiérrez MI, Mena-Muñoz JH, Córdoba P (2008) Domestic violence surveillance system: A model. Salud pública de méxico. 50; l 1: 12-18.

2- 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]

3- 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]

4- Azazy S. Community structure and violence against women. Social Welfare. 2004; 14(4): 59-96. [Persian]

5- 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]

6- Ghasemroshan Ibrahim Spouse abuse; harassment against her husband conduct Biology. Journal of Women's Book. 2003; 20:43-68. [Persian]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]

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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]

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]

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-01-29]