خشونت خانگي

با تکیه بر همسر آزاری

خشونت خانگي

تعريف خشونت خانگي و انواع آن:

**خشونت خانگی** عبارت است از خشونتی که بین افراد خانواده و شرکای زندگی رخ می‌دهد که اغلب و نه همواره در درون منازل اتفاق می‌افتد. خشونت خانگی شامل کودک آزاری، همسرآزاری و آزار سالمندان است. در این متن تنها به خشونت علیه همسر (همسرآزاری) پرداخته می‌شود**.**

**همسرآزاری** به صورت‌های مختلفی مانند خشونت روانی و کلامی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی و خشونت جسمانی اِعمال می‌شود.

**همسرآزاری جسمانی** به اَشکال مختلف از جمله پرتاب اشیاء به سمت همسر، حمله‌ی فیزیکی به اشکال مختلف (سیلی، مشت، لگد، کمربند و ...) یا جلوگیری از دستیابی همسر به خدمات بهداشتی، در میان خانواده‌ها رایج است.

چرخه‌ی همسرآزاری و مراحلی که قربانی خشونت طی می‌کند

خشونت خانگی معمولاً چرخه‌ی مشخصی را طی می‌کند:

1. افزایش تدریجی تنش در خانه. ۲. بروز همسرآزاری 3. عذرخواهی مرتکب و اطمینان دادن به قربانی در جهت عدم تکرار خشونت. ولی پس از مدتی باز تنش بالا می‌گیرد و چرخه تکرار می‌شود.

چرخه‌ی خشونت خانگی

قرباني خشونت نیزاز لحاظ آمادگي برای تغيير، سه مرحله را طی می‌کند و کارکنان بهداشتی باید مشخص کنند قربانی در کدام مرحله است:

**مرحله‌ی اول** : قربانی، شرمندگي، تنفر از خود و انكار را تجربه مي‌كند. در اين مرحله کارکنان بهداشتی بايد هويت و جایگاه انسانی زن را به او يادآوري كنند تا آگاهي جديدي در او شكل بگيرد.

**مرحله دوم** :قربانی واقعيت خشونت را پذيرفته‌ است، در اين مرحله کارکنان بهداشتی می‌توانند دسترسي او به منابع موجود را تسهيل كنند .

**مرحله سوم** : یعنی پذیرش مداخله و درمان، که امکان برنامه‌ریزی طرح درمانی وجود دارد.

پیامدهای همسرآزاری در خانواده:

همسر آزاری علاوه بر اثرات سوء بر قربانی خشونت، فرزندان را هم دچار مشکلات جدی می‌کند.

**الف. قربانی**

* علائم افسردگي : مانند احساس بي ارزشي و ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس.
* علائم اضطرابی: ترس از فضاي بسته يا گذرهراسي، حمله پانيك، اختلال استرس پس از سانحه
* رفتارهاي آسيب‌زننده به خود مانند اقدام به خودکشی
* گرایش به سوءمصرف مواد يا داروها
* اشکال در روابط اجتماعی، دوست‌يابي و اعتماد به ديگران
* شکل‌گیری رفتارهای انفعالي ـ پرخاشگرانه: احساس اجبار برای خشنود کردن دیگران، تسلیم‌پذیری و پرهیز از هرگونه مقابله، عدم بيان خواسته‌ها و نيازهاي خود.

**ب. فرزندان**

* ترس، استرس، بی‌خوابی، شب ادراری، اختلالات انطباقی و اضطرابی، نقص‌های شناختی و عاطفی، مشکلات تحصیلی، کمبودهای اجتماعی و رفتارهای تهاجمی.
* 40-20% نوجوانانی که رفتارهای خشن تکرارشونده دارند، در خانه‌هایی رشد کرده‌اند که مادر کتک می‌خورده است.
* افزایش احتمال ارتکاب همسرآزاری در پسران و خشونت پذیری دختران در بزرگسالی

**موانع آشكارسازي همسرآزاری توسط زنان:**

زنان به دلایل زیر تلاشی برای آشکار کردن خشونت و جلوگیری از آن انجام نمی‌دهند. شناسایی این دلایل موجب درک و ایجاد رابطه بهتری با زن خشونت دیده خواهد شد:

* تحمل به خاطر فرزندان
* علاقه به همسر و زندگی مشترک
* ترس از همسر و تشدید خشونت
* عذرخواهی خشونت‌‌کننده بعد از خشونت
* امید به بهبود خودبخودی اوضاع
* ترس از آبروریزی و واکنش دیگران
* جلوگیری از دخالت دیگران در زندگی مشترک
* نداشتن استقلال مالی یا اجتماعی
* باور به اینکه با مدارا و محبت می‌توان رفتار خشن همسر را تغییر داد
* نداشتن حامی و پشتیبان و عدم اطلاع از وجود منابع حمایتی در جامعه
* نگرانی از قضاوت کارکنان بهداشتی در مورد آن‌ها
* عدم اعتماد به نظام بهداشتی در مورد رازداری و توانایی در کمک به آنان
* سؤال نکردن کارکنان نظام بهداشتی در مورد همسرآزاری از مراجعین

شناسايي موارد همسرآزاري

برای برقراری ارتباط درست با قربانیان خشونت، باید به دلایل آن‌ها برای تحمل رابطه خشونت‌آمیز توجه کرد. اگرچه این دلایل ممکن است از دید کارکنان تحمل قربانی را توجیه نکند، به دلیل اهمیتی که برای وی دارد باید به آن احترام گذاشت. این دلایل عبارتند از:

* تحمل به خاطر فرزندان
* علاقه به همسر و زندگی مشترک
* ترس از همسر و تشدید خشونت
* عذرخواهی خشونت‌کننده بعد از خشونت
* امید به بهبود خودبخودی اوضاع
* ترس از آبروریزی و واکنش دیگران
* جلوگیری از دخالت دیگران در زندگی مشترک
* نداشتن استقلال مالی یا اجتماعی
* باور به اینکه با مدارا و محبت می‌توان رفتار خشن همسر را تغییر داد

**چگونه زنانی را که مورد همسرآزاری قرار دارند شناسایی کنیم؟**

**باید از همه‌ی زنان در این مورد سؤال کرد**. با این حال مشاهده‌ علائم زیر در زنان باید توجه کارکنان بهداشتی را به احتمال وجود همسرآزاری جسمانی جلب کند:

* آسیب‌هایی که با توضیح بیمار در مورد نحوه‌ی ایجادشان هم‌خوانی ندارد مثل کبودی پای چشم در اثر برخورد به درب
* آسیب‌های نواحی صورت، سروگردن، گلو، قفسه‌ی سینه، شکم و ناحیه‌ی تناسلی
* آسیب‌هایی که بیشتر در مرکز بدن قرار دارند خصوصاً نقاطی که با لباس پوشیده می‌شوند
* کبودی‌هایی که در مراحل مختلف بهبودی‌اند (با رنگ‌های مختلف)
* بیمار با دلایل مختلف به مراکز بهداشتی مراجعه‌ می‌کند
* ندادن شرح حال درست یا طفره رفتن از معاینه
* اشاره به خُلق‌وخوی تند یا خشم شوهر
* از صحبت در حضور همسر در مورد علت مراجعه خودداری می‌کند
* هرگونه صدمه در دوران بارداری (یک‌سوم صدمات در بارداری به صورت سقوط یا افتادن است)
* بیمار درمان‌های طبی خود را پیگیری نمی‌کند

**شیوه‌ برخورد با قربانيان همسرآزاری:**

باید توجه داشت که صحبت در مورد خشونت برای قربانيان کار بسیار مشکلی است و نیاز به فراهم شدن فضای مناسب دارد.

از ديدگاه زنان خشونت‌ديده، برقراری ارتباط، همدلی (درک موقعیت و احساس آنان) وشنیده ‌شدن حرف‌هايشان در اولویت قرار دارد.

هنگام مصاحبه بهتر است ضمن گوش دادن به صحبت‌های مراجع و توجه به شکایات او، با تکان دادن سر و استفاده از عباراتی مانند “خیلی اذیت شدید”، “می‌فهمم” ،... **ارتباط مناسب را برقرارکنید.**

**می‌توانید از جملات حمایت‌کننده زیر استفاده کنید:**

خوشحالم که موضوع را با من در میان گذاشتید؛ می‌خواهم کمکتان کنم؛ نگران سلامتیتان هستم؛ شما مقصر نیستید؛ و من می‌توانم شما را به متخصصینی معرفی کنم که راهنمایی‌تان کنند.

جملاتی که در این موقعیت‌ها نباید به کار بُرد:

سهم شما در این دعوا چه بود؟ شما که می‌دانستید عصبانی است چرا با او جروبحث کردید؟ چرا زودتر به من نگفتید؟ چرا همان بار اولی که کتکتان زد، ترکش نکردید؟

**نبايد زن کتک خورده را در ايجاد خشونت مقصر دانست.**

**بایدها:**

* باید رازدار باشید. هر صحبتی با قربانی باید بدون حضور اعضای خانواده و به طور خصوصی انجام شود.
* باید موقعیت و احساس قربانی را درک و به آن توجه کنید.
* باید به قربانی بگویید مقصر نیست و کتک زدن تحت هیچ شرایطی کار درستی نمی‌باشد.

**نبایدها:**

* نباید راز بیمار را برملا کنید
* نباید خطرخشونت را ناچیز شمرده و دست کم گرفت: نیاید تصور کنیم حال که سال‌هاست در چنین وضعی زندگی کرده، پس موضوع چندان هم جدی نیست
* نباید قربانی را با سؤالاتی نظیر«چرا ترکش نمی‌کنی؟ چرا در این رابطه مانده‌ای؟ چرا به او اجازه می‌دهی چنین رفتاری با تو داشته باشد؟ چرا زودتر به من نگفتی؟» سرزنش کرد و مقصر دانست.
* نباید به استقلال و آزادی قربانی بی‌توجهی کنید: توصیه‌هایی نظیرطلاق، ترک خانه، استقلال او را زیر سؤال می‌برد و نباید انجام شود.
* نباید قربانی بودن را عادی جلوه دهید،مثلا بگویید، همه زنان کتک می‌خورند.
* نباید با مرتکب خشونت برخورد کرد و یا قربانی را به درگیری با او تشویق کرد.

**شیوه‌ی ارجاع**

افراد شناسایی شده و یا مشکوک به خشونت را به فرد مسئول پیگیری زنان خشونت دیده در مرکز بهداشتی ـ درمانی و یا به پزشک مرکز ارجاع دهید.

درصورتی که احتمال خطر جدی برای زن خشونت دیده وجود داشته باشدلازم است ارجاع فوری داده یا با فرد مسئول تماس گرفته شود.

**پیگیری موارد**

این موارد پیگیری مطابق دستور پزشک و کارشناس سلامت روان مرکز می باشد. نام فرد را در دفتر مراقبت و پیگیری اختلالات روانی ، اجتماعی و اعتیاد یادداشت شده و آمار آن را بطور ماهیانه در فرم ثبت آمار و مراقبت اختلالات مصرف مواد و عوامل خطرسلامت اجتماعی ثبت میگردد.

پیشگیری از بدرفتاری با کودکان

تعریف بدرفتاری با کودک :

آزار كودكان مسئله‌اي همه‌گير در نسل‌هاي متوالي جامعه‌ي بشري است. هر چند اين مشكل در اكثر فرهنگ‌ها وجود دارد اغلب مواقع شناسايي نمي‌شود. مطالعات در مورد ميزان و شيوع كودك آزاري ناكافي است. كودك آزاري چه عمدي و چه غيرعمدي مشكل مهم و عمده‌اي در همه دنياست. تخمين‌هاي جديد WHO نشان مي‌دهد كه ساليانه 40 ميليون كودك 14-0 ساله در تمام دنيا از كودك آزاري رنج مي‌برند و نياز به توجه و مراقبت بهداشتي و اجتماعي دارند. بالا رفتن آگاهي و دانش در مورد رشد طبيعي كودك و همچنين اثرات منفي كودك آزاري بر شخص، خانواده، و اجتماع توجه بيشتري را به اين مسئله جلب كرده است. اين تظاهرات و نشانه‌هاي رفتاري، جسمي، و هيجاني در كودكان بر اساس دوره رشدي آنان و شدت كودك آ‍زاري متفاوت است.

انواع بدرفتاری با کودک :

**كودك آزاري و غفلت**

هر فردي ممكن است با وارد كردن آسيب و يا عدم اقدام براي دور كردن آسيب از كودك او را مورد آزار يا غفلت قرار دهد. اين وضعيت ممكن است در خانواده، مؤسسات نگهداري و يا در موقعيت‌هاي مختلف اجتماعي رخ دهد. كودك آزاري به وسيله افراد آشنا و به ندرت توسط غريبه‌ها صورت مي‌گيرد.

**كودك آزاري جسمي**

آزار بدني شامل رفتارهايي از قبيل كتك زدن، تهديد كردن، پرت كردن، مسموم كردن، سوزاندن، با آب جوش سوزاندن، در آب فرو بردن، خفه كردن و ديگر انواع آسيب رساندن به كودك است. آسيب‌هاي جسمي ممكن است به صورت منتشر و همزمان با رفتارهايي باشد كه فرد آسيب زننده در جستجوي درمان نشان مي‌‌دهد. (اختلال ساختگي)

**كودك آزاري عاطفي**

آزار عاطفي نوعي اختلال هيجاني و دائمي است كه منجر به عوارض و آسيب‌هايي در تكامل هيجاني كودك مي‌شود. اين وضعيت ممكن است منجر به احساس بي‌ارزشي و دوست داشتني نبودن در كودك شود به او احساس كند كه فرد بي‌كفايتي است و تنها در صورت برآوردن درخواست‌هاي شخص ديگري ارزشمند است. اين حالت باعث مي‌شود كه كودك دائماً‌ وحشت‌زده باشد و احساس كند در معرض خطر است.

**كودك آزاري جنسي**

آزار جنسي عبارتست از مجبور كردن كودك براي اينكه شريك يك فعاليت جنسي باشد (صرفنظر از اينكه كودك از اين فعاليت آگاهي داشته باشد يا خير). اين نوع سوء رفتار شامل تماس جسمي، رفتارهاي همراه با دخول مثل تجاوز و رفتارهاي سطحي‌تر است مانند فعاليت‌هاي غير تماسي مثل مجبور كردن كودك براي تماشا و يا توليد هرزه‌نگاري و با تماشا كردن يك فعاليت جنسي. روش ديگر وادار كردن كودك براي رفتارهاي جنسي غير معمول است.

**غفلت**

غفلت نوعي كوتاهي مداوم در بر آوردن نيازهاي جسمي يا روان‌شناختي كودك است به گونه‌اي كه منجر به اختلال جدي در وضعيت سلامت و رشد كودك شود. اين وضعيت مي‌تواند مراقبي را شامل گردد كه از فراهم كردن غذاي كافي، لباس و محافظت كودك ناتوان است و يا در آن كوتاهي مي‌كند. و يا زماني كه در دسترسي كودك به مراقبت‌هاي طبي مناسب نقص وجود داشته باشد.

**مداخلات**

مداخلات تمامي جنبه‌هاي اوليه ـ ثانويه و ثالثيه مربوط به پديده كودك آزاري را شامل مي‌شود.

پيشگيري اوليه تلاش براي متوقف كردن رخ داد كودك آزاري توسط مداخلاتي است كه تمام جامعه را در بر مي‌گيرد (براي مثال آموزش فرزندپروري)

پيشگيري ثانويه طراحي مداخلات براي افرادي است كه بيشتر در خطر آزار ديدن قرار دارند (والديني كه خودشان در كودكي آزار شده‌اند).

پيشگيري ثالثيه: مداخلاتي است كه پس از كودك آزاري صورت مي‌گيرد تا دوباره اين اتفاق نيفتد (براي مثال آموزش مراقبت از والديني كه فرزندشان مورد آزار قرار گرفته‌ است).

به طور كلي مداخلات زود هنگام موفقيت‌‌آميزتر، و نتايج مثبت در پيشگيري اوليه و ثانويه نسبت به انواع ثالثيه بيشتر است.

مداخلات به شرطي مؤثرند كه مداوم و چند جانبه‌ طراحي و اجرا شوند. ‌

**هنگام كار با كودك و خانواده بايد:**

* به كودكان با دقت گوش داد و نظر آنان را درك كرد
* اجازه داد والدين و ساير افراد خانواده به صورت عملي در مورد سلامتي كودكان درگير باشند
* از آن جايي كه تجارب اوليه منفي والدين ارتباط بعدي آنان را با دست‌اندركاران تحت تأثير قرار مي‌دهد، بنابراين يك برنامه ساختار يافته براي مداخلات آتي طراحي كرد
* بسياري از خانواده‌ها از اينكه بيان كردن مشكلات به درگيري‌هاي قانوني منجري برايشان شود مي‌ترسند. بنابراين يك تصوير مثبت (البته واقعي) از خدمات ارائه كرد تا آنها را تشويق كند به خواست‌ها، كمك‌ها و نياز‌ها دسترسي داشته باشد. خانواده‌ها نيازمند آنند كه اطلاعات كاملي داشته باشد از اين كه چطور مي‌توانند به خدمات دسترسي يابند و وقتي درخواست كمك دارند چه انتظاري داشته باشد.
* در ارزيابي وضعيت كودك آزاري بايد كليت مشكل را در نظر بگيريم نه فقط آنچه به صورت يك واقعه رخ داده است. موضوع كلي‌تر سلامتي و رشد كودك، شرايط خانواده گسترده و محيط اجتماعي اوست كه اهميت دارد.

**روش‌های شناسایی بدرفتاری جسمی :**

نکات زیر بهنگام گرفتن شرح حال کودک می‌تواند ما را در شناسایی کودک آزاری جسمانی یاری دهد:

* نامتناسب بودن و تغییر یافتن صحبت اطرافیان درباره علت جراحت
* مبهم بودن صبحت اطرافیان
* وجود سابقه جراحت مکرر در گذشته
* عدم تناسب جراحت با شرح حال ارائه شده از سوی اطرافیان بخصوص از نقطه نظر تعداد زخمها، شدت، وسیله مورد استفاده و ....
* وجود آثار کبودی در بدن بدون ارائه توضیح منطقی درباره علت ایجاد آن
* سوختگی‌های ناشی از گذاشتن سیگار روی بدن کودک
* تأخیر بی دلیل در مراجعه جهت دریافت خدمات درمانی بخصوص در مورد شکستگی ها، دررفتگی‌ها و یا سوختگی‌ها
* انکار یا کوچک جلوه دادن درد و علایم کودک حتی با وجود ضربه مغزی، کودک غالباً زمانی به بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی آورده می‌شود که دچار تشنج شده باشد
* وجود بحران در خانواده، وجود موقعیت‌های بحرانی همچون از دست دادن عزیزی در خانواده، جدایی والدین از یکدیگر، بیکاری، ورشکستگی و مقروض بودن خانواده، از جمله عواملی هستند که می‌توانند قبل از وقوع کودک آزاری در خانواده وجود داشته باشند.
* وجود عوامل محرک، همچون رفتارهای خاص کودکان که فضای خانواده را برای اعمال خشونت آماده می‌کند نظیر گریه‌های طولانی مدت در شب، نخوردن غذا، شب ادراری و در کودکان بزرگتر دزدی یا دروغگویی
* وجود تاریخچه کودک آزاری در والدین : اکثریت والدین کودک آزاردردوره کودکی توسط پدر یا مادر خود مورد کودک آزاری قرار گرفته و اغلب آن خاطرات فراموش شده یا سرکوب شده‌اند.
* داشتن انتظارات غیرواقعی از کودک همراه با عدم آگاهی از دوران رشد و تکامل کودک. والدین غالباٌ از کودکان خود انتظار عشق و محبت را دارند. وقتی کودک گریه می‌کند یا غذا نمی‌خورد، آنها احساس می‌کنند از طرف کودک خود طرد و تنبیه می‌شوند.
* شیوه‌های فرزندپروری سخت و بدون انعطاف که خود موجب افزایش استرس و تنش در خانواده می‌گردد.
* انزوای اجتماعی و عدم معاشرت با اقوام و دوستان. در این خانواده وقتی کودک آزاری اتفاق می‌افتد، والدین معمولاً اجازه کشف این مسایل را به کسی نمی‌دهند.
* نسبت دادن مسائل به عوامل خارجی. والدین کودک آزار معمولاً مشکلات خود را به عوامل خارجی نسبت می‌دهند تا عوامل درونی
* وجودسطح بالای اضطراب در والدین
* وقوع اتفاقات مکرر برای کودک و سابقه بستری شدن در ماه‌های اولیه زندگی

اغلب این اطلاعات از منبع دیگری غیر از والدین کسب می‌گردد. زیرا بیشتر والدین کودک آزار، مشکل کودک را کوچکتر جلوه داده و خود را مسئول نمی‌دانند .

نحوه ا رجاع موارد شناسایی شده:

در صورت مشاهده علایم و شواهد دال بر احتمال کودک آزاری جسمانی، کودک و خانواده وی را جهت بررسی، اقدامات درمانی و مراقبتی به پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری و یا بیمارستان ارجاع دهید.

جنبه های قانونی، فرهنگی و دینی خشونت خانگی: راهنما برای موارد مشکل در نظام سلامت

برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در نظام سلامت بیش از 10 سالی است که به صورت مطالعات شیوع شناسی، همبستگی بین با عوامل اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی، بیماریهای روانی و اعتیاد، نوع فرزند پروی و کشمکش های خانوادگی، مشکلات اقتصادی، و عوامل بسیاری دیگر در کشور شروع شده و اجرای ان در مدلهای گوناگونی از جمله بهره گیری از نظام سلامت در پیشگیری از آن و مداخله مناسب به آزمایش گذاشته شده است. مطالعه پیشگیری از خشونت خانگی و کنترل ان از دیدگاه فرهنگی، دینی و قانونی نیز همیشه مورد نظر گروههای گوناگون بوده و در این مورد یافته ها اسناد گوناگون و با ارزشی در کشور وجود دارد. در این متن کوشش شده است با هدف ارایه یافته هایی به کارکنان نظام سلامت که در اجرای برنامه پیشگیری از خشونت خانگی همکاری خواهند داشت نکاتی ارایه می شود تا بتواند در برخورد با مشکلات و موانع اجرای برنامه در حوزه قانونی، فرهنگی و دینی به گونه ای مناسب پاسخگو باشند و بتوانند برنامه را به خوبی مدیریت نمایند.

عوامل فرهنگي: تقدس خانواده و نگهداري اطلاعات مربوط به آن درچهارديواري خانه، خصوصي بودن فضاي خانواده را درعرصه عمومي وخصوصي بيان مي كند كه اساس نظريه پنهانكاري تشكيل مي دهد كه از علت هاي استقرار خشونت عليه زنان مي باشد . عامل فرهنگي ديگرT پذيرش ومشروعيت اعمال خشونت نسبت به زن در خانواده در بسياري از جوامع است . قرن ها كتك زدن زنان و كودكان از عناصر ضروري نظام خانواده مردسالاري محسوب مي شده است . براي تنبيه و ضرب و شتم زن توسط شوهر، مجوز هاي فرهنگي وجود دارد كه در ميراث فرهنگي مختلف گذشته يافت مي شوند. (سال اريفر، ). طبق نظريه فرهنگي، فرهنگ مجموعه اي از ارزش ها و ارتباطات است كه از نسلي به نسل ديگر انتقال مي يابد كه بر رفتار كنوني و آينده ي انسان تاثير مي گذارد . يافته ها ي پژوهش صالحي و صالحي (1384). عوامل فرهنگي را به ميزان (6/12 درصد ) در بروز خشونت موثر مي دانند . درجا هايي ديده شده كه آداب و رسوم محلي وقومي نيرومندتر از قانون عليه زنان عمل مي كند .(پولادي و شلويري،1380 ). همين پژوهشگر ميگويد يكي ديگر از دلايل ادامه خشونت عليه زنان، تحمل آن از سوي خود زنان است كه اين قضيه با شرايط درماندگي آموخته شده مطابقت دارد كه زن در همه شرایط مساعد برای خشونت به اين نتيجه ميرسد كه تلاش او براي تغيير مرد بي فايده است، بنابراين با اين شرايط سازش مي كند .

**خلاصه اینکه:** پنهان کاری خشونت در خانه، پذیرش سنتی و قومی، شرعی و گاه قانونی خشونت، نظام مردسالاری که حتی ممکن است اجازه داده نشود از همسر در نظام سلامت یا پیگیری در منزل از خشونت پرسیده شود، و بدتر اینکه زنان خشونت را پذیرفته و حق خود می دانند و نبود نظام حمایتی ؛ همه ازعوامل تشدید خشونت است و هر مداخله ای در افشای آن اگر با روشهای آموزش داده شده در متون آموزشی باشد نه تنها کمک کننده است بلکه وظیفه مداخله گر، و گاه ضروری و از وظایف نظام سلامت است.

**باورهای غلط در زمینه خشونت خانگی- همسرآزاری**

باورهای غلطی در تمام فرهنگها و از جمله فرهنگ جامعه ما وجود دارد که راه دریافت اطلاعات دقیق در باره همسر آزاری و نیز مداخلات موثر در ایتن زمینه را سد می کند. مانند باورهایی که همراه باور جایگزین صحیح تر شان آمده اند:

* همسر آزاری ناشی از دست دادن کنترل رفتار است، در حالی که: فرد ضارب ازکتک، تهدید، آزار روانی و غیره برای مهار وکنترل دیگری استفاده می‌کند. چنین خشونتی هدف‌ دار است و حاصل از دست دادن کنترل نیست.
* همسر آزاری فقط مختص طبقه‌ اقتصادی – اجتماعی پایین، یا درملیت‏ ها، اقوام و گروه ‏ها ی زبانی – نژادی خاصی روی می‏دهد، درحالی که: همسرآزاران درتمامی طبقات اجتماعی، مذاهب، فرهنگ‌ها، نژادها، زبان‏ها، مشاغل، سنین و سطوح درآمدی دیده می‌شوند.
* بسیاری از مردم فکر می‌کنند همسر آزاری حداکثر به یک هل دادن، مشت یا سیلی ختم می‌ شود و صدمۀ جدی نمی‌زند، درحالی که: صدمات ناشی از همسر آزاری گزارش‌ شده از بخش‌ ها ی اورژانس عبارت بوده ‌اند از بریدگی، کوفتگی، شکستگی استخوان، صدمات داخلی، جراحات ناشی از چاقو یا اسلحه ی گرم و بیهوشی ناشی از ضربه. این صدمات در بسیاری موارد مرگبار بوده‌اند.
* همه‌ی همسر آزاران بیمار روانی‌اند و هیچ درمانی عادات خشن آن‌ ها را تغییر نمی‌دهد. در حالی که همسر آزاری معمولاً ناشی ازبیماری روانی نیست ولی اگر اینطور باشد، خشونتی که به ‌دلیل بیماری روانی ایجاد می‌شود، قابل درمان است.
* همسرآزاری بهتر است مخفی بماند، درحالیکه: پنهان ‌کاری در خشونت خانگی نتیجه‌ ای جز ادامه ‌خشونت ندارد.
* برخی معتقدند که اگر فردی که آزار می‏بیند آنقدر ها وضعیت‏ اش بد بود ، رابطه را قطع می ‏کرد یا طلاق می‏گرفت. درحالی که: ترک نکردن علل زیادی دارد و به این معنا نیست که وضعیت خوب است یا قربانی آزار شدن را دوست دارد. علاوه برآن، اصلی ‏ترین علت ترک نکردن، ترس است. ترس از عواقب و پیامدهای مسئله ‏سازی که گاه فرد را تسلیم شرایط می‏کند.
* یکی دیگر از این باورهای غلط این است که خشونت یا بد رفتاری با همسر مسئله ‏ای شخصی است و ما نباید درگیرآن شویم. درحالیکه: همسر آزاری نوعی جرم است و باید با آن برخورد شود.
* مهم‌ تر از همه، عده‌ ای به اشتباه بر این باورند که اسلام دست مرد را برای کتک زدن همسرش باز گذاشته است. بسیاری از ترویج‌ کنندگان این باورغلط، به آیه‌ی ۳۴ سوره‌ ی نساء درباره ‌ی نشوز زن استناد می‌کنند که حکم زدن در آن داده شده است. نشوز به معنای نوعی نافرمانی و سرکشی است، ولی از آنجا که شرع وظیفه‌ ای بر دوش زن قرار نداده، نافرمانی و ترتیب اثر ندادن به گفتار شوهر مستلزم نشوز نیست.
* بعضی فرهنگ‏ها بین خشونت "بهحق" و "ناعادلانه" علیه زنان تمایز قائل می‏شوند و برخی خشونت‏ ها را توجیه می‏کنند ولی در همه جای دنیا، اگر فرهنگ جامعه‏ ای به نوعی به مردان اجازه کنترل بر رفتار زنان را داده باشد، مردان خشونت‏ گر از این اجازه پا فراتر گذاشته و در آن افراط کرده‏اند که نمونه آن در کشور ما و بهره گیری سوء از آموزه های اسلامی و شیعی است که به تفصیل در زیر به آن پرداخته می شود.

### خشونت دراسلام

همه ادیا ن و نیز اسلام هر نوع خشونت و آزار کلامی و رفتاری رانسبت به زن ممنوع کرده اند. اسلام به جای خشونت در باب احسان و محبت و گذشت نسبت به زن توصیه ‌ ی اکید کرده است. در روایات اسلامی «زدن» نه تنها زشت و سبب عذاب اخروی برای فرد شمرده شده، بلکه بخشی از مسائل باب «دیات» در رابطه با دیه وجریمه ‌ای است که باید فرد ضارب به مضروب بپردازد و به میزان آسیب ی که واردکرده، اعم از سرخی و کبودی تا شکستن استخوا ن و مانند آن ملزم به پرداخت دیه است. از پیامبر اسلام نقل شده: « در شگفتم از کسی که همسرش را می‌زند در حالتی که خودش به زدن از او سزاوارتر است، همسران تان را نزنید زیرا که در آن قصاص است». و نیز: « هر گاه مردی به صورت همسرش سیلی بزند، خداوند به مالک نگهبان آتش جهنم دستور می‌دهد تا با داغی صورتش هفتاد سیلی بر او بنوازد» (مجد فقیهی و همکاران، 1385). نشوز که بهانه سرکشی زن مطرح می شود به معنای نوعی نافرمانی وسرکشی است، ولی باید دید هر نوع نا فرمانی مستلزم تحقق نشوز است یا نا فرمانی باید در حوزه ‌ی روابط جنسی باشد و آیا نافرمانی جنسی به صورت مطلق است یا شرایطی دارد؟ آیا یک کلام تنبیهی با صدها آیه و روایات رحمت، محبت، احترام و گذشت برای همسر برابری می‌کند؟ به شرایط نشوز توجه شود:

* الف) از آنجا که شرع وظیفه‌ ای بر دوش زن قرار نداده، نافرمانی وترتیب اثر ندادن به گفتار شوهرمستلزم نشوز نیست (اگر چه ممکن است کاری خلاف اخلاق باشد). مثلاً اگر زنی خدمات خانه را انجام ندهد یا به درخواست‌ های شوهر - که ربطی به روابط جنسی ندارد مثل درخواست آب یا غذا یا اعتراض به نظافت خانه – ترتیب اثر ندهد، ناشزه نخواهد بود و این امر مورد اتفاق همه ‌ی فقهاست (مجد فقیهی و همکاران، 1385).
* ب) ترتیب اثر ندادن به خواهش جنسی مرد یا عدم تمکین هما نجا یی است که نشوز تحقق می‌یابد، اما از لحاظ شرعی عدم تمکین جنسی را به طور مطلق و بدون توجه به علت آن نشوز نمی‌گویند. از آنجایی که مرد قادر به تشخیص علت خود داری همسرش از رابطه ‌ی جنسی نیست پس مجاز به تنبیه نیز نخواهد بود. از جمله می‌ توان گفت اگر عدم تمکین زن ناشی از اختلالات جنسی از جمله سرد مزاجی او باشد، حکم آن روشن است و زن در این صورت نشوز ی انجام نداده و باید با مراجعه به پزشک و مشاور به درمان آن بپردازد، که کوتاهی و عدم همکاری مرد در این کار خود نوعی خشونت علیه زن است. همچنین عدم تمکین ناشی از عذر شرعی یا عقلی نشوز به حساب نمی‌آید. اگر عدم تمکین ناشی از هیچ یک از موارد فوق نباشد، بلکه از سر آزار یا به قصد تخریب شخصیت مرد یا لجبازی باشد و نتوان اساس منطقی برای آن یافت، نشوز صادق است و نوعی خشونت علیه مرد محسوب می‌شود. حتی در این حالت که نشوز در مورد زن مصداق پیدا می‌کند، باز اسلام اخلاقی و پیرو سنت پیامبر چیزی جز گذشت، رحمت و محبت را توصیه نمی‌کند، زیرا هرکس گذشت کند و بدی را به خوبی پاسخ دهد، خود برنده است و خویش را به کمال رسانده است. اما در اسلام فقهی نیز حکم چنین زنی به صورت زیر است: اول، عدم استحقاق نفقه در دور ان نشوز. دوم، اصلاح شخصی بدون مراجعه به دادگاه و علنی شدن موضوع که خود دارای سه مرحله است: ۱. موعظ هیا گفت‌ و گو ی منطقی و عاطفی؛ که اگر مرد در این مرحله موفق نشد و زن از نشوز خود دست نکشید، نوبت به مرحله ‌ی دوم می ‌رسد. ۲. عکس العمل منفی یا «هجر» که همان دوری از خوابگاه است. ۳. اگر دو راهکار بالا نتیجه نداد، مسئله ‌ی زدن مطرح می‌شودکه خود دارای شرایطی است: اول: تنها مربوط به زن ناشزه ‌ی لجباز است، نه هرزنی؛ دوم: پس از دو مرحله‌ ی موعظه و هجر است؛ سوم: به قصد انتقام نیست که اگر چنین باشد، حرام است؛ چهارم: نباید با آسیب بدنی همراه باشد و بیشتر حالت نوعی هشدار دارد که به ندرت اجرا می‌شود، زیرا هدف اصلاح است نه چیز دیگر (مجد فقیهی و همکاران، 1385).

عوامل حقوقی : یکی از مهم ترین عوامل خشونت، پذیرش قانونی خشونت خانگی و خصوصی دانستن نزاع ها ی خانوادگی است . ابهام در تعریف خشونت خانگی، وجود قوانین تبعیض آمیز ی که به مرد اجازه می دهد در روابط خود با همسر از هر شیوه نا مطلوبی استفاده کند، موجب استمرار خشونت خانگی نسبت به زنان در پناه نارسایی قوانین دراثبات جرم درمحدوده ی پنهان خانه است . بوروکراسی، فساد اداری،بی رغبتی نیروی انسانی شاغل در بخش دولتی به پیگیری مواردخشونت خانگی،ضعف اطلاعات زنان درمورد حقوق خود وراههای دفاع ازآن، و هزینه های بالای وکالت باعث پذیرش خشونت در خانه می شود. (سالاری فر). درواقع وجود اقتدارمردانه درقانون که شرایط نابرابر را برای زنان به وجودمی آورد باعث می شودکه تمام فعالیتهای زن انچه درحوزههای عمومی یاخصوصیت حتنظار توسل طهمردقرار بگیرد. تحلیلهای انجام شده توسط شیرازی ویزدخواستی(..........)تحت عنوان ارزشهای پدرسالاری وخشونت علیه زناننشان داده که عللاختلاف وخشونت ریشه واحدی داردکه بر وجود الگوهای زن ستیزانه دلالت دارد. درواقع این نظر با تئوریهای فمنیستی هماهنگی دارد که می گویند شرایط به گونه ای تنظیم شده اند که بر بی قدرتی زنان تاکید دارند، از حق طلاق گرفته تا ترک منزل، حضانت و سرپرستی فرزندان (اعزازی،.... و پولادی و شلویری، 1380). از طرف دیگر شاید پلیس تنها نهادی است که در همه مدت شبانه روز و طول هفته در دسترس زنان مضروب قرار دارد. با این حال گفته می شود در غالب کشورها نیروهای پلیس در برابر مردان بد رفتار به قدر کافی از زنان حمایت نمی کنند. بسیاری از کشورها پلیس معتقد است در منازعات خانوادگی نباید مداخله کند و می باید بیشتر نقش میانجی گری و آرامش بخشیدن به اوضاع را ایفا کنند. همچنین ارائه آموزش عمومی «مداخله در بحران» به نیروهای پلیس به نحوه عمل موثری می انجامد. پیام پلیس مشاور به اعضای خانواده ها با تاکید بر پرهیز از خشونت، نقش آموزشی و درنهایت پیشگیرانه پلیس را تقویت می کند. دیده شده که تعامل سازنده میان نیروی انتظامی و سازما نهای مردم نهاد نیز به افزایش سهم تاثیر گذاری پلیس کمک می کند. در اینجا تشکل های مردمی می توانند به عنوان گروه های واسطه هم به زنان قربانی و هم به پلیس کمک کنند.

نکته مهم دیگر اینکه براساس مواد 1105- 1102 و 1114 قانون مدنی کشور که منبعث از فقه غنی اسلام است، پس از علقه‌ ی زوجیت و استقرار حق و تکلیف برای طرفین، ریاست خانواده و حق تعیین مسکن با مرد است. ولی در صورتی که مرد از لحاظ جسمانی، حیثیتی یا مالی، خطری جدی را متوجه زن کند و یا خوف چنین خطری وجود داشته باشد، طبق ماده‌ی 1115 قانون فوق، زن می‌تواند منزل مشترک را ترک کند و موقتاً نیازی به دستور دادگاه یا حکم قطعی ندارد. مثلاً اگر شوهری همسرش را ضرب ‌و جرح یا شکنجه کند، زن حق دارد از منزل خارج شود و شوهر موظف است نفقه ‌ی اورا نیز پرداخت کند، البته این خطر و عدمتأ مینجانی باید در کوتاه‌ ترین فرصت به ‌وسیله ‌ی دادگاه مسجل شود. طبق قانون و رویه‌ ی عملی زن می‌تواند به منزل نزدیکان و بستگان برود و اگر کسی را نداشته باشد، تا تعیین تکلیف نهایی در محلی که دادگاه تعیین می‌کند، سکنی گزیند. به این ترتیب، قربانی همسرآزاری می‌تواند پس از احراز واقع امر به ‌وسیله ‌ی پزشک معالج یا نظریه ‌ی پزشک قانونی بر اساس مورد، جدی بودن مخاطره بر اساس شواهد و قرائن، نداشتن بستگان نزدیک و نیز قبول و دستور دادگاه و در نهایت رضایت قربانی و با این شرط که موضوع متعاقباً در مراجع قضایی تا مرحله‌ ی آخر و تعیین تکلیف نهایی پی‌گیری خواهد شد، در مراکز حمایتی دارای مجوز و ثبت رسمی اسکان داده شود و در چنین حالتی عمل وی موقتاً تا احراز واقع امر از طریق مراجع قضایی عدم تمکین و نشوز تلقی نشده و زن مستحق نفقه و دریافت آن از شوهر است، هر چند نفقه را بعداً مطالبه کند. لازم به ذکر است در صورتی که این مراکز از نماینده ‌ی دادستان یا قوه ‌ی قضائیه نیز مجوز مخصوص داشته باشند، می‌توانند رأساً با رعایت همه‌ ی شرایط فوق و رضایت قربانی، او را اسکان دهند تا زن بعداً احقاق حق کند.

صاحبنظران معتقد هستند كه در قوانين موجود كشور تعريف واضح و روشني از خشونت خانگي عليه زنان وجود ندارد و اين مساله از مهم ترين موانع قانوني و حقوقي براي پيشگيري و برخورد با خشونت خانگي عليه زنان است. فقدان قوانين شفاف و وجود خلأ هاي قانوني به همراه ضعف اجراي قانون در قوه قضائيه از ساير عوامل زمينه ساز بروز خشونت خانگي به شمار مي رود. صاحب نظران به كمبود آگاهي جامعه و اطلاعات زوجين و عدم پذيرش مسئوليت وظايف شرعي و قانوني خود بر مشكلات قانوني و حقوقي مربوط به اين موضوع هم تاكيد داشتند. مسائل مربوط به ازدواج مانند به هم خوردن نامزدي و خسارات مادي و معنوي ناشي از آن براي زن، ازدواج هاي نا همگون، ازدواج هاي تحميلي و اجباري, ازدواج هاي قبل از سن بلوغ و رشد قانوني و مشكلات دعاوي مالي مانند نفقه, مهريه, جهيزيه، مجازات و مسئوليت هاي كيفري زنان در اين سنين, اذن پدر در ازدواج دختران, مشكلات مربوط به ازدواج موقت و تعدد زوجات, مهريه هاي نامعقول, مسائل مربوط به حق مطلق مرد در طلاق, محدود بودن شرايط و مصاديق عسر و حرج براي طلاق به درخواست زن و مشكلات فسخ نكاح در معلوليت هاي جسمي رواني زوجين به عنوان موارد ضعف و خلا هاي قانوني و حقوقي زمينه ساز خشونت خانگي مورد توجه صاحبنظران قرار داشت. به اين موارد، فقدا نحمايت هاي قانوني از ايجاد مكان هاي امن و سيستم هاي مناسب حمايتي از قربانيان در مواقع بحران را نيز مي توان اضافه كرد. علاوه بر مشكلات فوق، فقدان يك نظام آماري مناسب جهت ثبت اطلاعات و موارد قربانيان خشونت خانگي همسر عليه زن در قوه قضاييه از طريق پرسشنامه استاندارد ، مانع از شناخت دقيق اين پديده و عوامل زمينه ساز آن شده است (احمدی و همکاران، 1387).

**خلاصه اینکه:** کارکنان نظام سلامت با دانستن این نکات قانونی لازم است به گونه ای از چالش های قانونی خود را کنار کشیده و با برقراری ارتباط با فرد خشونت دیده یا خشونت گر، دادن اطلاعات به آنها و ارجاع به سطوح بالاتر تخصصی عمل کنند که برایند مداخله موجب انجام بهینه طرح پیشگیری از خشونت خانگی و کاهش خشونت و پیشگیری از پیامدهای ناگوار آن گردد.

##  گزارش موارد مشکلی در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی و چگونگی مداخله توسط شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه

1. آزار و اذیت جنسی به دختر جوان 21 ساله مبتلا به سایکوز در یکی از روستاهای شهر اصفهان که در زیر زمین محل سکونتشان نگهداری می شود توسط پدر و برادر به صورت مکرر.

**پاسخ: گزارشهای زیادی منتشر شده که خشونت از انواع گوناگون آن به ویژه جنسی در مورد بیماران روانی و عقب مانده ذهنی، سالمندان و کودکان شیوع بیشتری دارد و این گروه از آسیب پذیری بیشتری برخوردارند. سطوح مختلف شبکه سلامت لازم است به شرح زیر در این مورد مداخله و حمایت اولیه را اعمال و به مراجع تخصصی ارجاع دهد.**

* توصیه می شود در آموزش بهداشت روان و در مصاحبه با هر فردی که برای هر نوع خدمتی به شما مراجعه کرده است، همچنین در فرصتهای دیگر درجمعیت تحت پوشش که آسیب پذیری به خشونت دارند؛ این گروه مورد توجه رابطین بهداشتی، بهورزان، پزشکان عمومی و خانواده و متخصصین دیگر باشند و در مورد وجود چنین خشونتی پرسیده شود. آنگاه با برقراری رابطه فرهنگی و عاطفی او و همه نزدیکان وی آموزش داده شده و فرد قربانی مورد حمایت و تدابیر پیشگیری قرار گیرد. همزمان همراه با ثبت مشخصات این فرد در فرمها، خودش به کارشناس پیشگیری از خشونت ارجاع تا طبق برنامه ابلاغ شده سایر خدمات پیشگیری ارایه شود.
* به عنوان غربالگری و شناسایی مورد بهداشت روان این مورد به پزشک مرکز و در صورت تایید ایشان تشکیل پرونده داده سپس در برنامه پیگیری قرار گرفته و به سطح تخصصی در برنامه بهداشت روان ارجاع شود.
* در سطح تخصصی مورد پس از مداخلات اولیه روانشناختی، دارویی، و حمایتی به کمیته مداخله در بحران که در این طرح وظیفه مداخله در فوریتها و بحرانهای روانی اجتماعی پیشگیری را انجام می دهد ارجاع تا بر حسب تصمیم گیری کمیته کارشناس بهداشت روان شهرستان یا استان هماهنگی لازم با مددکاری شبکه بهداشت یا بیمارستان روانپزشکی یا بهزیستی و دادگاه را برنامه ریزی نماید.
* هر گونه کوتاهی در انجام هر یک از وظایف فوق که موجب قصور پزشکی، افشای راز، مغایرت ها و تخلفات اداری، اخلاقی و فرهنگی و شرعی گردد؛ می تواند طبق برنامه پیشگیری از خشونت خانگی، برنامه ادغام بهداشت روان، و جنبه های اخلاق حرفه ای نظام سلامت مورد پیگرد اداری و قانونی در نظام سلامت باشد.
1. سوءاستفاده مالی از دختر جوان 20 ساله مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در یکی از روستاهای شهر اصفهان توسط مادر به صورت فروش ساعتی به منظور سوء استفاده جنسی که در حال حاضر باردار می باشد.

**پاسخ: مشابه مورد قبل عمل شود. در این مورد به برنامه پیشگیری از بیماریهای مقاربتی و ایدز نیز توجه شود. خوشبختانه در دستور عمل ها و متون آموزشی برنامه پیشگیری از خشونت خانگی همه موارد خشونت جسمی، روانی، مالی و جنسی مورد توجه برنامه قرار گرفته مگر اینکه در دستور عمل های جدید یا موردی از طرف نظام سلامت منعی برای مداخله توسط کارکنان نظام سلامت ارسال شده باشد. منابع منتشر شده موجود در بازار و توسط وزارت بهداشت نیز در موارد مشکل یا گوناگون رهنمود های ویژه را ارایه داده است.**

1. موارد اقدام به خودکشی توسط زن در یکی از شهرستان های تابعه استان اصفهان و عدم همکاری همسر به دلایل مختلف به منظور بستری یا ادامه روند درمان توسط درمانگر.

**پاسخ: مشابه موارد قبلی و همچنین برنامه پیشگیری از خود کشی اقدام شود.**

1. موارد متعدد از گزارش خشونت خانگی زن به مراکز بهداشتی درمانی موجود می باشد که به دلیل نبود قوانین حمایتی و امکانات مددکاری هیچگونه اقداماتی قابل ارائه نبوده است.

**پاسخ: تا بحال در مراکز بهداشتی درمانی و همه جای دیگر نظام سلامت اقدامی جهت کمک به مراجعین خشونت دیده وجود نداشته است، اما پس از ارایه آموزشهای لازم و شروع برنامه پیشگیری از خشونت خانگی همه کارکنان مرکز موظف به ارایه خدمت به شرحی که گفته شد شامل پخش پوستر و بروشور پیشگیری از همسرآزاری در دسترس مراجعین، برقراری رابطه درمانی و همدلی با همه مراجعین، تشویق به و کسب رضایت برای ارجاع مورد به فرد مسئول در مرکز برای اقدامات پیشگیری از خشونت، ثبت مورد خشونت، دعوت برای شرکت در کلاسهای مهارتهای زندگی- شامل کنترل خشم، ارتباط موثر، حل مسئله و ....- و نیز ارجاع مورد به سطح تخصصی و در صورت لزوم به کمیته مداخله در بحران شهرستان و استان. هیچ یک از موارد گفته شده نیاز به قوانین جدید حمایتی و امکانات مددکاری نمی باشد مگر اینکه هر شهرستان یا استان بخواهد جهت حمایت بیشتر از قربانیان خشونت در جمعیت تحت پوشش خود مددکار یا روانشناسی را خرید خدمتی یا قراردادی پس از آموزشهای ابتدایی گفته شده بکار بگیرد.**

1. موارد زیادی مشاهده شده که پس از مشاوره و ارائه حق و حقوق به فرد آزار دیده باعث بدتر شدن وضعیت خشونت در خانواده نامبرده شده است.

**پاسخ: در صورت آموزش لازم به کارکنان سلامت و مددکاران و مشاوران و روانپزشکان و به ویژه با پایش مستمر و تکرار آموزشها و تشکیل کمیته مداخله در بحران برای موارد مشکل؛ با مداخله و حمایت درست طبق برنامه ارایه شده برای قربانیان خشونت وضعیت خشونت در خانواده بد تر نمی شود.**

1. توهین و بدرفتاری و کتک زدن شوهری در منزل در استان سمنان موجب شکایت زن به دادگاه شده به دلیل نیاز به دو شاهد دادخواست اثبات نشده و برگشت زن موجب تشدید خشونت، گستاخی مرد تنهایی زن شده است. مورد مشابه در تهران موجب گردید زن پس از برگشت به خانه و نبود کسی برای پیگیری مشکل در رختخواب به وضع فجیعی به دست شوهر به قتل برسد و در حالیکه شوهر در زندان است دختر بهت زده 11 ساله تحت مراقبت خانواده زن قرار گرفته است.

**پاسخ: گزارشات زیادی در دنیا هست و در تحقیقی در ایران به اثبات رسیده که بدون آموزش، مشاوره، حمایت و پیگیری سلامت و مشاور محور مشکل خشونت خانگی در موارد بسیاری موجب بدتر شدن خشونت خواهد شد. توجه به تدابیر وسیع و رویکردهای حل مسئله و تکنیک های ویژه که در طرح آموزش داده می شود در این موارد مهم است. نکته دیگر اینکه با گزارش خشونت و ثبت آن، از آن زمان خشونت چون یک بیماری واگیردار قابل گزارش لازم است مورد اقدام مناسب مطابق راهنمای برنامه باشد. بنابراین رها کردن مورد خشونت جایز نیست و با تصمیم گیری پزشک مرکز و در مواردی که به کمیته مداخله در بحران ارجاع شده تصمیم گیری کمیته، مورد خشونت دیده نیازمند پیگیری فعال است. به خاطر داشته باشیم که تشویق به مراجعه یا ارجاع موارد خشونت به مراکز حل اختلاف، نیروی انتظامی و یا حتی دیگر افراد خانواده موجب تشدید خشونت و پیامدهای زیان بار آن می شود مگر اینکه این تصمیم گیری توسط کمیته مداخله در بحران و همراه با حمایت مددکار یا کارشناس بهداشت روان شهرستان باشد.**

1. زنی مورد خشونت جسمی و توهین و ناسزاگویی همسرش قرار گرفته و وقتی به مرکز سلامت مراجعه کرده از ترس اینکه همسرش بفهمد و بلایی به سرش بیاورد مشکل خود را کامل مطرح نکرده و می خواهد دخالت نکنند.

**پاسخ: نبود قانون کارآمد و سواد سلامت، همچنین وجود فرهنگ خشونت وسلطه در خانواده موجب چنین پیامد هایی است در حالی که تیم سلامت در دوران فراگیری دانشگاهی و در بازآموزی های حرفه ای دانش و مهارتهای مقابله خشونت و یا جلب اعتماد و برقراری رابطه با فرد خشونت دیده یا خشونت گر را ندارند. در آموزش ارتباط، رازداری، حل مسئله، و مدیریت خشم و به ویژه در آموزش عمومی با در اختیار قرار دادن روش ها و منابع معتبر تر مثل مشاوره، خط تلفن مداخله در بحران، روشهای ایمن تر برخورد با خشونت گر کوشش می شود از پیامدهای ناگوار بعدی پیشگیری شود.**

1. مردی هرشب و گاه روزها چند بار از همسرش تقاضای رابطه جنسی داشته و گاه به زور اقدام به اینکار می کند، در حالیکه همسر بی میل بوده و از اینکار نفرت و کراهت دارد. این خشونت جنسی موجب جراحت جسمی زن و شرمندگی وی از نشان دادن و طرح خشونت می شود.

**پاسخ: مشابه موارد پیشین این یک مورد خشونت جسمی، جنسی و روانی است که لازم است در اولین سطح برخورد با رابط بهداشتی، بهورز، ماما، بهیار، پزشک عمومی و دیگران با تکنیک ها و پرسش های آموزش داده شده اعتماد و همدلی ایجاد شده و وارد شبکه مراقبت سلامت و پیشگیری از خشونت شود.تشکیل پرونده در مرکز بهداشت و مشخص کردن محل های ضرب و جرح روی تصویر بدن در فرمهای پرونده پزشکی و رازداری کامل کمک خواهد کرد که تمام مستندات موجود در پرونده بهداشتی خانوار در مراجع قضایی با حفظ ایمنی زن مطرح گردد. خشونت گر نیز می تواند یک مورد اختلال جنسی یا روانی یا شخصیتی از طرف پزشک خانواده یا متخصص در سطح سوم تشخیص داده شود و طبق راهنم اهای بالینی اقدام به درمان داوطلبانه یا اجباری وی گردد. به خاطر داشته باشیم بی میلی و نفرت و کراهت از همسر مصداق حق طلاق در شرع و قانون کشورمان تلقی شده است.**

1. مردی به همسر و خانواده او مرتب فحش و ناسزا می گوید و زن نمی تواند تحمل کند و زجر می کشد، و نمی خواهد خانواده اش آگاه شوند، ناراحت شده و برخورد نامناسب بکنند.

**پاسخ: مانند دیگر موارد، یکی از کارکنان بخش سلامت که در ارتباط نزدیک با این زن است و یا همسرش که به دلایلی مراجع خانه یا مرکز بهداشت است با جلب اعتماد آنان و دادن بروشورهای پیشگیری از همسرآزاری به تدریج موضوع کشمکش خانوادگی و کنترل خشم و تامین سلامت را به میان کشیده و اقدامات پیشنهاد شده را به اجرا می گذارد. در آموزش حل مسئله: اینکه پنهان کردن و سکوت کردن یا جیغ و فریاد کشیدن تنها یکی از راه ها و راه حل نادرست حل مشکل خشونت است به یک یا هر دو طرف آموزش می دهند که از دهها راه حل دیگر نیز با حفظ ایمنی جسمی و آبرویی خود می توانند استفاده نمایند.**

1. زنی بیماری وسواس شدید دارد. همسر نه تنها همکاری و حمایت درمانی ندارد مانع آمدن به پزشک و پرداخت هزینه درمان می شود و لجبازانه خانه را بهم ریخت و کثیف می کند که همسر را درمان کرده یا آزار دهد. زن قرص برنج تهیه ومنتظر خودکشی در شرایط سخت تر است.

**پاسخ: اگر زن با ارتباط درمانی خوبی از طرف کارکنان سلامت تن به درمان وسواس دهد و با پذیرش مشاوره یا پزشک و روانشناس در نظام سلامت همکاری نماید، در حالیکه مشاور نیز مهارت لازم را در برقراری ارتباط و همدلی داشته باشد مشکل راحت تر از طریق برنامه های موجود مانند سلامت روان، پیشگیری از خودکشی در نظام سلامت و برنامه پیشگیری از خشونت خانگی قابل حل خواهد بود. جای تاکید دارد که مشاوره تلفنی در برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت بهداشتی اولیه در این موارد فوریت خودکشی یا خشونت خانگی کارایی زیادی دارد و پیشنهاد می شود در اولویت برنامه شبکه های شهرستان قرار گیرد.**

1. چندین مورد اقدام به خودکشی در بیمارستان سمنان داشتیم که همسر با ارجاع به روانشناس و روانپزشک مخالفت کرد و بیمارش را با رضایت شخصی ترخیص کرد.

**پاسخ: این موارد هم خشونت خانگی، هم برنامه پیشگیری از خودکشی و هم یک پروژه تحقیقاتی 7 کشوری از کشورهای در حال توسعه است که گرچه پدیده ای شایع و پیچیده است اما توصیه جهانی و نتیجه تحقیق این بود که کارکنان بیمارستان با کمک کارکنان بهداشتی کوشش کنند یک مداخله کوتاه مدت آموزشی و مشاوره در بالین بیمار گرچه بدحال است داشته باشند. هدف آن ارائه اطلاعات در مورد کشمکش، راه حل، آدرس مشاوران و روانپزشکان محلی، و دادن برگ ارجاع و در صورت ممکن پیگیری. برنامه های گوناگون بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه ایران و نیز برنامه پیشگیری از خشونت خانگی هم می توانند از چند جنبه به یاری بیمار و خانواده او برسند. به خاطر داشته باشیم همه مشکلات سلامت در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه حل نمی شود و شبکه ارجاع ، حمایت طلبی از دیگر سازمانها، و مشارکت مردمی لازم است در این چرخه خدمت وارد شود.پیگیری تلفنی و حضور پیگیرانه مددکار با برقراری رابطه درمانی و یادآوری گزارش و اقتدار قانونی به مراجع قضایی که هماهنگ با کمیته مداخله در بحران شهرستان باشد نتایج چشم گیری درپی دارد.**

1. مردی شیسه مصرف دارد، دایم پرخاشگری، دعوا و دروغگویی با همسر دارد، انکار می کند، خرجی نمی دهد و زن نیز از ترس آبرو و تلاشی خانواده و حمایت خانواده شوهر دایم پنهان می کند.

**پاسخ: موردی مشابه قبل است و مداخلات نیز تلفیقی از همه تدابیر پیشگیرانه موجود در نظام سلامت است. اما اینجا تدابیر مداخلات اضافه تر نیاز است که برنامه های کاهش آسیب، معتادان گمنام، همسران معتادان گمنام، مشاوره تلفنی با مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی، مشاوره با خط تلفن دفاع از قربانیان خشونت، بخش مشاوره تلفنی خط پلیس 110، همه باید با طرح در کمیته مداخله در بحران شهرستان به مشورت گذاشته شود و برنامه مداخله مناسبی طراحی شود. به خاطر داشته باشیم که بحران تنها زلزله و جنگ نیست اینگونه بحرانهای فردی و خانوادگی مهم است و باید در طرح پیشگیری از خشونت این کمیته فعال و توانمند گردد.**

1. همکاران مرکز سلامت می گویند وقتی حقوق زنان و مادران را به آنها آموزش می دهیم و زنان به حقوق خود آگاه می شوند برخورد شان در خانه بدتر می شود و شوهران اجازه حضور در کلاس را نمی دهند.

**پاسخ: در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در نظام سلامت آموزش حقوق زنان- فرهنگی، شرعی، و قانونی- آموزش به زنان و خانواده ها وجود ندارد مگر اینکه یا در آموزشهای عمومی باشد و یا همزمان با آموزش مهارتهای حل مشکل، کنترل خشم، ارتباط موثر و دیگر موارد در گروههای کوچک و همراه با بحث گروهی باشد. آموزش جراتمندی، مقابله، احقاق حق و درخواست حداقل حقوق اجتماعی توسط قربانی اگر همراه با این احتیاط ها نباشد موجب تشدید کشمکش و گاه خطر برای قربانی است. در تجربه ده ساله گذشته توصیه شد، شرکت زنان در کلاسهای پیشگیری از خشونت خانگی تحت نام آموزش مهارتهای زندگی و فرزند پروری و در برخی استانهای با میزان خشونت بالا و عقب ماندگی فرهنگی بیشتر عنوان کلاسهای بهداشت و مراقبت مادران و کودکان با رعایت نکات بالا و در مرکز بهداشتی درمانی باشد.**

1. زنی به مرکز مشاوره مراجعه و از همسرش شکوائیه دارد که با زن دیگری رابطه دارد، مرا تهدید به سربه نیست کردن در صورت افشای رابطه می کند، شخصیت مهم اجتماعی است و درگیری و کشمکش مداوم در خانه قابل تحمل نیست.

**پاسخ: این مورد گرچه می تواند به عنوان خشونت عاطفی، جسمی و خیانت یا بی وفایی در زندگی زناشویی باشد، ولی چون مورد مراجعه کننده به مرکز مشاوره است نباید در برنامه پیشگیری از خشونت خانگی ابلاغ شده که ویژه اجرا در نظام سلامت و به ویژه در سطوح اول و دوم و مراقبت های بهداشتی اولیه است مورد بحث و مراقبت قرار گیرد. این گونه موارد بسیار پیچیده، حساس و نیازمند گروه متخصصان مشاوره و روانپزشکی و حتی حضور وکیل حقوقی دارد تا بتوان بتدریج با یک مداخله تخصصی بی وفایی در زندگی زناشویی مورد بحث قرار گیرد. با چنین مواردی اگر در سطوح شبکه مواجه شدید در حد موارد گفته شده در طرح و پاسخهای قبلی اقدام نمایید.**

1. زنانی که مورد خشونت قرار گرفته و در مرکز سلامت به روانشناس معرفی می شوند برای پیگیری های بعدی همسرش نمی آید و اجازه ادامه کار با همسرش را هم نمی دهد.

**پاسخ: یکی از دلایل علمی ادغام برنامه پیشگیری از خشونت خانگی در نظام سلامت در ایران که ممکن است در صورت موفقیت به نوعی پایلوت جهانی تلقی شود همین است که مراجعه تحت عنوان پیشگیری از خشونت خانگی چندان مورد پذیرش مردان نیست و مراجعه بالای زنان به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی به ویژه به کارشناسان پرستاری و مامایی فرصت مناسبی است که همزمان مداخلات، مشاوره و آموزشهای پیشگیری از خشونت ارایه شود. در مورد بالا توصیه می شود که آموزش مهارتهای زندگی پیشگیرانه از خشونت و مشاوره فردی ادامه یابد، زن به مراکز دیگر تخصصی روان درمانی و مشاوره حقوقی ارجاع شود، موضوع در کمیته مداخله در بحران شهرستان مطرح تا راه مناسب دیگری مورد بحث قرار گیرد.**

**جلب مشارکت مردان در پیشگیری و کنترل خشونت خانگی**

**هدف اصلی آموزش**

ارتقاء مهارت های کارکنان بهداشتی جهت جلب مشارکت مردان و پسران در برنامه های پیشگیری و کنترل خشونت خانگی

**اهداف فرعی**

 انتظار می رود که شزکت کنندگان در پایان این کارگاه آموزشی:

ارزش و اثر مثبت جلب مسارکت مردان . پسران را در پیشگیری و کنترل خشونت خانگی مشخص نمایند.

استراتژی ها و عملکرد هایی را که جهت جلب مشارکت لازم است را شناسایی و عملیاتی نمایند.

**مخاطبین آموزش:**

پرسنل بهداشتی و سایر گروه هایی که قرار است در برنامه پیش گیری از خشونت خانگی همکاری نمایند ( پزشکان، روانشناسان، مددکاران و کارشناسان مراقب سلامت خانواده و بهورز. داوطلبین و نیروهای دولتی و غیر دولتی ....)

**مخاطبین اصلی:**

جمعیت عمومی ( پسران 15 سال به بالا و مردان ) در معرض خطر به شکل گروه های کارگاهی ( حداکثر 25 نفره)

مفاد متن آموزش:

این متن مشتمل است بر:

برنامه آموزشی

مفاد آموزشی هر جلسه

پیش آزمون و پس آزمون

پیش نیاز برنامه:

**مهارت های تسهیلگری**

پیشنهاد می شود که این آموزش ها در گروه مردان و زنان بطور جداگانه و با حضور تسهیلگر هم جنس صورت گیرد.

**بخش اول:**

 معرفی خود و سایر تسهیلگران

معارفه و دستگرمی ( از روش های مختلف معارفه و دستگرمی که در برنامه تسهیلگری آموخته اید استفاده نمایید)

مثال: به تعداد نصف شرکت کنندگان ضرب المثل هایی را که با موضوع مشارکت مردان مرتبط است را روی یک کاغذ بنویسید سپس کاغذ را از وسط برش دهید به نحوی که نصف ضرب المثل ها در یک صفحه و نصف دیگر د صفحه دیگر باشد، آنگاه به هر شرکت کننده یک ضرب المثل نصف شده بدهید و از ۀنها بخواهید که نصف دیگر آن را در دست شرکت کننده دیگر پیدا کنند. وقتی که این کار صورت گرفت افراد می توانند خود را به دیگری معرفی نمایند.

این معارفه می تواند شامل موارد زیر باشد:

نام

شغل

یکی از انتظارات آنها از شرکت در این کارگاه

تغیرات در نقش های اجتماعی اثرات متعددی بر نگاه مردانم به خود دارد. مثلا اینکه اگر مردان نان آوران اصلی خانواده نباشند پس نقش انها در خانواده چیست؟ این موضوع می تواند رواط آنها را با همسر و به طور کلی خانواده را تحت االشعاع خود قرار دهد.

همچنین مردان بیشتر احتمال دارد که درگیر و قربانی خشونت های اجتماعی واقع شوند. در تصادفات رانندگی نیز نرخ آسیب ها و تلفات مردان بیشتر است.

به دلایل مختلف فرهنگی نقش مردان در تامین نیاز های عاطفی خانوده خصوصا کودکان کمرنگ دیده شده است و نقش پدری به نان آوری خانواده تقلیل یافته است.

اسلاید 3:

**چگونه پسران و مردان اجتماعی می شوند**

تحقیقات نشان می دهد که بیشتر پسران و مردان به نحوی اجتماعی می شوند که خود و شرکای زندگی خود و درهایت خانواده ی خود را به خطر می اندازند.

بارش فکری 15 دقیقه به این سوال اختصاص دهید که چه آموزه هایی هستند که دوستان خانواده ها و قومیت ها و جامکعه در خصوص کلیشه "مرد واقعی" به پسران و مردان منتقل می کند. که می تواند روابط آن ها را به خطر بیاندازد؟

چه آموزه های فرهنگی دیگری وجود دارد که خصوصا مردان را در شرایط نزاع های خانوادگی به خطر می اندازد. مثلا : محکم بودن، جنگیدن، نشان ندادن عواطف، گریه نکردن، سر دیگران فریاد زدن، پشت نکردن به دعوا، مراجعه نکردن به مراکز درمانی مگر در موارد بسیار جدی.

اسلاید 4:

مدل اکولوژیک تغییر در فرایند اجتماعی شدن

این مدل از از جامعیت زیادی برخوردار است همه آنچه که سطوح مختلف : فردی ، خانوادگی، همسالان، اطرافیان ، و در سطح جامعه برای فرایند اجتماعی شدن نیاز دارد را مورد توجه قرا می دهد.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | فردی | خانوادگی | همسالان | اطرافیان | جامعه |
| مداخلات |  |  |  |  |  |

اسلاید 5

کلا 3 رویکرد برای جلب مشارکت مردان و پسران وجود دارد

**مردان تحت عنوان" مراجعان ":** در این رویکرد انتظار میرود که مردان ترغیب شوند تا از خدمات سلامت استفاده نموده و بدین ترتیب ضمن بهبود وضعیت خود به طور غیر مستقیم در بهبود وضعیت همسر و خانواده نیز کمک نمایند

مردان به عنوان "حمایت گران برنامه " از آنجایی که مردان نقش بسیار تعیین کننده ای در زندگی زنان دارند از حمایت آنها برای بهبود وضعیت زنان استفاده میشود. در این موارد مردان به عنوان متحدان و موتلفین برنامه مورد توجه قرار میگیرند در این موارد توجه مردان به نابرابری جنسیتی در مسائلی که پیامدهای منفی در حوزه سلامت دارد مثل بهداشت باروری سلامت جسمی و روانی و اجتماعی زنان جلب میشود . با اینحال در این رویکرد هیچ اقدامی برای رفع این نابرابریها از طرف مردان مورد انتظار نیست.

مردان به عنوان "عاملان تغییر" در این رویکرد محور اصلی بر تغییر هنجارهای جنسیتی است که مردان و زنان را در معرض خطر انواع آسیب ها قرار میدهد .

در این رویکرد از پسران و مردان خواسته میشود تا هنجارهای جنسیتی را که زندگی خود و زنان وابسته به آنها را به خطر می اندازد را به چالش کشیده و آنها را به هنجارهای سالمتری تغییر دهند.

 از آنجایی که تاثیر این رویکرد بسیار زیاد بوده است بیشتر برنامه های مداخلات جلب مشارکت مردان و پسران برای رسیدن به اهداف این رویکرد تنظیم شده اند.

 در این رویکرد فرض بر این است که هنجارهای جنسیتی و کلیشه های مردانگی به پیامدهای مثبت سلامت در همه ابعاد آن استحاله میابد.

 اتخاذ این رویکرد سخت تر و فشرده تر است چرا که از پسران و مردان میخواهد تا در شرایط اجتماعی نامساعد به تغییر خود بپردازند.

 برنامه هایی که از این رویکرد بهره می برند از پسران و مردان می خواهند تا از این رویکرد برای تغییر هنجارهای جامعه خود استفاده نمایند .

مثال رویکرد اول: از مردان خواسته میشود تا در جلسات مهارتهای زندگی مرکز بهداشت جامعه شرکت نمایند.

مثال رویکرد دوم: از مردان خواسته میشود که در جلسات خانواده درمانی به همراه همسر خود شرکت نمایند.

مثال رویکرد سوم: مردان به طور فعالانه با سایر مردان درخصوص لزوم تغییر هنجارهای جنسیتی که به زیان سلامت مردان و زنان است به بحث و گفتمان می پردازند .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  رویکرد سطح مداخله | مردان به عنوان مراجعان  | مردان به عنوان حمایت گران و موتلفین  | مردان به عنوان عاملین تغییر  |
| پیشگیری (برنامه ریزی برای جلوگیری از مشکلات آینده) |  |  |  |
| آمادگی(آماده سازی منابع در دسترس برای ارایه پاسخ به موقع به موقع مشکلات) |  |  |  |
| کمک و پاسخ دهی (پاسخ مناسب و به موقع به بحرانها) |  |  |  |
| حمایت مراقبت وپایداری مداخلات (توانمند سازی نظام بهداشتی .منابع انسانی. سیاست گذاری. و جمع آوری داده ها |  |  |  |

بعد از اینکه افراد به همدیگر معرفی شدند می توانند خودشان را نیز به سایر افراد گروه معرفی کنند.

در این بخش می توان دید خوبی نسبت به وضعیت شرکت کنندگان و همچنین انتظارات شان از کارگاه بدست آورد.

میتوان انتظارات گروه را روی فیلیپ چارت نوشت .

**برنامه کارگاه:**

توصیه میشود که برنامه کارگاه در زمانهایی گذاشته شود که دسترسی به پسران و مردان امکان پذیر باشد . مثلا بعد از ساعات درس مدارس ویا پس از فراغت شاغلین از کار.

برنامه پیشنهادی میتواند به شکل زیر باشد:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فعالیت | زمان مورد نیاز | زمانبندی پیشنهادی |
| خوشامدگویی ومعارفه | 20 دقیقه | 5:20-5:00 |
| مرور اهداف کارگاه | 5 دقیقه | 5:25-5:20 |
| پیش آزمون | 20 دقیقه | 5:45-5:25 |
| پذیرایی | 15دقیقه | 6:00-5:45 |
| معرفی برنامه پیشگیری از خشونت خانگی | 20دقیقه | 6:45-6:00 |
| بارش فکردر خصوص علل ارتکاب به خشونت | 20 دقیقه | 6:45-6:30 |
| فعالیت اول: مدل های رویکرد به مشارکت مردان(اسلاید 1) | 20 دقیقه | 7:25-6:45 |
| جمع بندی نشست اول | 5 دقیقه | 7:30-7:25 |

فعالیت اول (اسلاید 1): تغییر نگاه از مردان به عنوان بخشی از مشکل (مدل نقیصه) به مردان به عنوان شرکا و همیاران برنامه (مدل داشته ها )

مردان به سرنوشت همسر .خانواده .و جامعه خود توجه و مراقبت نشان میدهند و در عین حال مثل زنان دارای نیازها و پیچیدگی های خاص خود هستند

سوال 1: نیازهای مردان و پسران خصوصا در شرایط اختلاف نظر با همسرانشان کدامند ؟

سوال 2: چگونه یک رویکرد نقیصه محور که ادعا میکند مردهای خشن یک عیب یا نقصی دارند کار با پسران و مردان را در وضعیت اختلاف با همسر تحت تاثیر خود قرار میدهند؟

سوال 3: روشهای مناسب دیگری برای جلب مشارکت مردان و زنان سراغ دارید؟

اسلاید 2: شناسایی نیازهای چند بعدی پسران ومردان

مردان مانند زنان نیازهای متعددی دارند. در بسیاری از جوامع به مردان به عنوان نان آوران خانه نگاه می شود . در حالیکه همگام با تغییرات اقتصادی و اجتماعی جامعه زنان نیز نقش بسزایی در تامین مایحتاج زندگی داشته و در بعضی موارد حتی نان آور اصلی خانواده هستند.

مراقبت و پيگيري در برنامه­های حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

مراقبت و پيگيري افراد مبتلا به اختلالات روان­پزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

برخی از اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد ومشکلات اجتماعی، دوره درمان و مراقبت طولانی دارند (مانند بیماری­های روانپزشکی مزمن، بیماری­های سایکوتیک، صرع، وابستگی به مواد افیونی، سوء رفتار با کودک و خشونت خانگی). پیگیری و مراقبت افراد مبتلا به این اختلالات و مشکلات (که ممکن است سال‌ها طول بکشد) ضروری است. این افراد لازم است هر چند وقت یکبار (مطابق با دستور پزشک و یا کارشناس سلامت روان) به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه کنند. آنها باید داروهای خود را طبق نظر پزشک و یا روانشناس داروهای خود را مصرف کنند و یا در جلسات آموزش و مشاوره شرکت نمایند و به طور خودسرانه فرآیند درمان و مراقبت خود را قطع نکنند.

تعريف مراقبت :

مراقبت عبارت است از پاسخ به تمام جنبه­هاي جسمي، ذهني و رواني يك فرد در طول دوره درمان و رسيدگي مستمر به همه جنبه­هاي مختلف افراد تحت پوشش يك برنامه سلامت. طبق اين تعريف بيماران تحت درمان و نيز آنها كه بهبود نسبي يافته­اند بايد تحت مراقبت قرار گيرند. بهبود نسبي بخشي از دوره درمان محسوب مي‌شود كه جهت پيشگيري از عود بيماري، فرد بايد تحت مراقبت قرار گيرد. پيگيري و آموزش بخشي از مراحل مراقبت است.

* دفعات زمانی مناسب برای مراقبت و پيگيري افراد دارای اختلالات روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و مشکلات اجتماعی به شرح زیر است :
1. اختلال سایکوتیک، اختلالات کودکان و نوجوانان، اورژانس‌های روانپزشکی (موارد ارجاع فوری): در ماه اول شناسایی، هفته­ای یک­بار و از آن پس ماهی یک­بار
2. اختلال اضطرابی، اختلال خلقی، اختلال شبه جسمی، صرع، سایر اختلالات روانپزشکی: ماهی یک‌بار
3. عقب ماندگی ذهنی در ماه اول شناسایی یک بار و از آن پس هر 6 ماه یکبار
4. افراد دارای اختلال مصرف مواد نیاز به پیگیری منظم دارند. تواتر و فواصل این پیگیری بر حسب سطح درگیری (متوسط یا بالا) با نظر کارشناس سلامت روان و پزشک تعیین می­گردد. به طور کلی، پیگیری درماه اول به صورت هفتگی وسپس هردوهفته یک­باردرماه­های دوم و سوم و سپس ماهانه تا پایان سال اول توصیه می­گردد. همچنین به دلیل اهمیت مصرف مواد در بارداری، پیگیری هفتگی با نظر پزشک و کارشناس سلامت روان توصیه می­گردد.
5. افراد دارای مشکلات اجتماعی از قبیل خشونت علیه همسر، نیاز به پیگیری منظم دارند ولی تواتر و فواصل این پیگیری بسته به مورد و با تشخیص کارشناس سلامت روان یا پزشک مربوطه
می باشد.
6. موارد مشکوک به کودک آزاری، 72 ساعت پس از ارجاع کودک به پزشک، پیگیری از پزشک مرکز صورت گرفته و سپس پیگیری درمان درهفته‌های 4-8-12 و سپس 3 ماه بعد صورت پذیرد.

اهداف مراقبت و پيگيري از افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

الف - براي افرادتحت مراقبت:

افرادی که تشخیص بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی برای آنها داده شده است و تحت درمان پزشک یا روانپزشک یا روان­شناس قرار دارند، تا زمان بهبود کامل باید توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت و پيگيري مستمر باشند و خدمات زير را دريافت نمايند:

1. ارائه آموزش سلامت روان به بيمار، قربانی خشونت و خانواده آنها
2. نظارت بر مصرف دارو طبق زمان و ميزان تعيين شده توسط پزشك
3. بررسي عوارض دارويي
4. توجه به نحوه مصرف دارو (دقت در زمينه عدم قطع دارو يا تغييرمقدار مصرف آن بدون نظر پزشك)
5. توصيه به بیمار برای مراجعه به پزشك در موعد تعيين شده
6. استمرار درمان و همكاري با کارشناس سلامت روان و پزشك
7. توجه به وضعيت بيمار و یا قربانی خشونت از نظر بهبود و يا وخامت
8. توجه به اختلالات توأم
9. بررسی انجام توصیه­های درمان­گر توسط بيمار، قربانی خشونت و فرد مرتکب خشونت درصورت درمان­هاي غيردارويي و مشاوره
10. تشويق بيمار به انجام فعاليت­ها ي روزمره و كمك به حفظ كاركرد وی
11. آموزش به خانواده‌ها در مورد رفتار و برخورد صحيح آن­ها با بيمار یا فرد قربانی یا اعمال‌کننده خشونت

ب – براي بيماران یا افراد بهبود يافته :

اين افراد یا بيماران بلافاصله پس از تشخيص بهبودي توسط پزشك یا روانشناس، از نظام مراقبت حذف نمي‌شوند بلكه افرادو بیماران بهبود يافته تا مدتي پس از بهبودي- مدتي كه پزشك یا روانشناس تعيين مي­كنند- بايد توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده تحت مراقبت قرار گيرد تا از عدم عود بيماري وي و مشکل اجتماعی و همچنین بهبودي كامل اطمينان حاصل شود. در مدت مراقبت کارشناس مراقب سلامت خانواده بايد به وضعيت بيمار توجه داشته باشد و چنانچه متوجه بازگشت علائم ویا مشکلات شد، اورا به روانشناس یا پزشك ارجاع دهد. کارشناس مراقب سلامت خانواده بايد براي اين بيماران پيگيري و مراقبت را با اهداف زير انجام دهد:

1. ارائه آموزش­هاي لازم به فرد و خانواده او
2. کنترل علائم و مشکلات به لحاظ آگاهی از عود

ج –براي بيماران و افراد امتناع كننده از درمان:

برخي از بيماران، قربانیان و افراد از مصرف دارو، ادامه درمان، همكاري با پزشك و یا کارشناس مراقب سلامت خانواده و سایر درمانگران خود امتناع مي‌كنند. این موضوع در مورد افراد با مشکلات اجتماعی هم صادق است و گاهی حاضر به پذیرش و ادامه درمان نيستند. اين­ها افرادي هستند كه توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده غربالگري شده اند و اختلال یا مشکلات آنها توسط پزشك یا کارشناس سلامت خانواده تشخيص داده شده و در پایگاه سلامت شهری در پرونده خانوار و فرم­هاي مربوطه ثبت گرديده­است و جزء افراد تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب مي­شوند. این قبیل افراد به دلیل ترس از عوارض دارویی یا به علت ترس از انگ بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد ویا مشکل اجتماعی از ادامه درمان خودداری می‌کنند. برخی از افراد نیز ترجیح می‌دهند به کلینیک­ها یا مطب­های خصوصی مراجعه کنند. در اين شرايط کارشناس مراقب سلامت خانواده بايد تلاش كند تا آموزش‌هاي لازم را به بيماران، افراد دارای مشکل و خانواد­‌های آنها بدهد و مشاركت آنها را براي ادامه درمان و دریافت مراقبت جلب نمايد. با توجه به اين كه براي اين دسته از افراد خدمات آموزشي، مراقبت و پيگيري ارائه مي‌شود بنابراين جزء بيماران تحت پوشش پایگاه سلامت شهری محسوب مي‌شوند و در آمار ماهیانه ثبت مي‌گردند.

در افراد مبتلاء به اختلالات مصرف مواد ارجاع فرد به کارشناس سلامت روان جهت ارایه مداخلات انگیزشی با هدف افزایش آمادگی و تعهد مراجع جهت شروع و تداوم برنامه درمانی کمک‌کننده خواهد بود. در صورتی که فرد تمایل به مراجعه نداشته باشد، ارجاع خانواده وی به پزشک یا کارشناس سلامت روان به منظور ارایه توصیه و مشاوره­ها لازم توصیه می­گردد.

پيگيري و مراقبت در بيماران و افراد امتناع كننده از درمان با اهداف زير صورت مي‌گيرد:

1. ترغيب بيماران و افراد دارای مشکل به مراجعه به مرکز و دریافت ادامه درمان و مراقبت
2. ارائه آموزش­هاي لازم به بيمار، افراد دارای مشکل و خانواده آن­ها

بازتوانی افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف موادو مشکلات اجتماعی:

گاهی این افراد به دلیل وضعیت بیماری یا مشکل اجتماعی شان نمی‌توانند عملکرد و فعالیت­های عادی و طبیعی خود را داشته باشند و به دلیل شرایط پیش آمده دچار احساس یأس، ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس می‌شوند. گاهی اوقات نیز بیماری و مشکل اجتماعی بر روی عملکرد ذهنی و حافظه آنها تأثیر می‌گذارد و یا در فرد موجب کاهش سرعت و دقت در انجام کارها می‌شود. به این دلایل ممکن است این افراد دچار احساس سرخوردگی شوند و خود را ضعیف و ناتوان بدانند. در چنین شرایطی کارشناس مراقب سلامت خانواده و خانواده فرد باید به او کمک کنند و او را به انجام کارها و مسئولیت­های روزمره زندگی تشویق نمایند. کارشناس مراقب سلامت خانواده باید به این افراد آموزش‌های لازم را بدهد تا بتوانند در حد توان فعالیتهای زندگی را از سر گیرد و از اجتماع و فعالیت­ها و روابط اجتماعی کناره­گیری نکنند. این امر موجب می‌شود که این افراد سریع­تر بهبود پیدا کنند و همچنین موجب افزایش اعتماد به نفس آن­ها می‌گردد و سبب می­شود که بیمار نسبت به خود و دیگران احساس خوبی داشته باشد و به دلیل بیماری و مشکلات خود را ناتوان احساس نکند.

عود بیماری روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی:

گاهی اوقات به دلایل زیر بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی فرد بهبود یافته، مجدداً عود می­کند و پس از طی یک دوره بهبود، دوباره علائم قبلی در فرد ظاهرمی شود:

1. دوره درمان برای بهبود کامل فرد کافی نبوده است و باید مدت بیشتری تحت درمان قرار گیرد.
2. مقدار دارو برای بیمار یا مداخلات روانشناختی برای مشکلات اجتماعی کافی نبوده یا نوع دارو برای درمان بیماری او مناسب نبوده است.
3. فرد بهبود یافته در معرض شرایط استرس زا و اضطراب آور شدید قرار می‌گیرد و این شرایط موجب کاهش توان مقابله او شده و بیماری روانپزشکی، اختلال مصرف مواد و یا مشکلات اجتماعی­اش دوباره عود می‌کند.

افراد تحت درمان مبتلا به اختلال روانپزشکی، مصرف مواد یا مشکلات اجتماعی:

منظور از درمان يعني درمان دارويي و درمان غيردارويي (روان درماني). بنابراين بيماري كه فقط درمان‌هاي غير دارويي دريافت مي‌كند باز هم تحت درمان محسوب مي­شود. در واقع ملاك تحت درمان بودن، فقط مصرف دارو نيست. در نتيجه پيگيري، مراقبت و آموزش بايد براي بيماراني كه تحت درمان غيردارويي هستند نيز انجام شود.

**داستان :**

کارشناس مراقب سلامت مرکز بهداشتی درمانی سپيدار يك روز براي مراقبت از يك بيمار كه 2 ماه قبل بهبود يافته­بود به منزل او رفت. اين بيمار يك كودك 9 ساله به نام سعيد است كه به اختلال بيش فعالي و كمبود توجه مبتلا بود. او به مدت يك سال تحت نظر پزشك قرار داشت. پس از مصرف مرتب دارو‌هاي تجويز شده توسط پزشك حال او بهبود پيدا كرد و بنا بر تشخيص پزشك ديگر نيازي به مصرف دارو نداشت. اما چون به تازگي اختلال او بهبود يافته­است طبق دستور پزشك بايد مدتي پس از بهبود، تحت مراقبت باشد تا بيماريش عود نكند. مدت سه ماه بود كه علائمي از بيماري وي توسط اعضاي خانواده او مشاهده نشده بود. اما يك روز كه کارشناس مراقب سلامت خانواده به منزل بيمار رفت تا وضعيت بهبود او را ارزیابی كند متوجه شد كه علائم اختلال او مجددا ً بروز كرده­است به طوری که کودک بیقرار بود، مدام حرکت می­کرد، آرام و قرار نداشت و نمی­توانست حتی برای مدت کوتاه در یک جا بنشیند. مادر سعيد هم اين موضوع را تأييد كرد و گفت كه چند روز است كه دوباره علائم بيماريش ظاهر شده و سعيد آرام و قرار ندارد و مدام در حال شيطنت و بازي است و كمي هم پرخاشگري مي‌كند. به درس و مشق اهميت نمي­دهد و نمي­تواند روي يك موضوع تمركز داشته باشد و مدام حواسش پرت مي­شود. کارشناس مراقب سلامت خانواده با مشاهده اين وضعيت، ضمن ارائه آموزش­هاي لازم، از مادر سعيد مي­خواهد كه سعيد را در اولين فرصت نزد پزشك ببرد.

فرآيند ثبت و گزارشدهي آمار اختلالات روانپزشكي، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی:

بر اساس فرم ثبت، کارشناس مراقب سلامت خانواده اطلاعات آماري افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی،مصرف مواد و مشکلات اجتماعی را بر حسب نوع اختلال، سن و جنس فرد و وضعيت اختلال یا مشکل به صورت ماهيانه ثبت مي­کند. قابل ذكر است كه پس از بيماريابي اوليه و یا تعیین مشکل توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده، فرد به پزشك عمومي مركز یا کارشناس سلامت روان ارجاع مي­شود و پس از تشخيص پزشک یا کارشناس و بر اساس قلوچارت مربوطه (فصل سوم کتاب) مشخصات اختلال یا مشکل فرد در فرم ثبت اختلالات روانپزشكي و مشکلات اجتماعی توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده ثبت مي‌شود. بنابراين ثبت نوع اختلال، بر اساس تشخيص پزشك است نه بر اساس بيماريابي کارشناس مراقب سلامت خانواده.

اطلاعات ثبت شده در مرکز جمع­بندي مي‌شود سپس اطلاعات به مركز بهداشت شهرستان ارسال مي­گردد. در مركز بهداشت شهرستان آمار مراكز سلامت جامعه جمع­آوري مي­شود و پس از جمع­بندي توسط كارشناس بهداشت روان شهرستان به مركز بهداشت استان (واحد بهداشت روان دانشگاه) ارسال مي­گردد. در مركز بهداشت استان پس از جمع­بندي اطلاعات مراكز بهداشت شهرستان­ها آمار جمع­بندي شده توسط كارشناس بهداشت روان دانشگاه در نرم افزار مربوطه ثبت مي­گردد و به سايت پورتال معاونت بهداشتی به دفتر سلامت رواني، اجتماعي و اعتياد ارسال مي­گردد. در نهايت اطلاعات دانشگاه­هاي كشور در دفتر سلامت رواني، اجتماعي و اعتياد توسط كارشناسان مربوطه جمع‌بندي و تجزيه تحليل مي­شود و گزارش كشوري ساليانه تهيه مي­گردد.

ثبت مشخصات بيمار در فرم­ها :

پس از تشخيص اختلال یا مشکلِ فرد توسط پزشك، کارشناس مراقب سلامت خانواده نوع اختلال یا مشکل فرد و مشخصات آن را در فرم‌هاي زير طبق دستورالعمل‌هاي مربوطه ثبت مي‌كند:

* فرم ثبت مراجعات بيمار یا افراد دارای مشکل اجتماعی
* فرم پيگيري بيماري یا مشکل
* فرم ارجاع و مراقبت بيماران و افراد دارای مشکل اجتماعی
* فرم ثبت آمار اختلالات روانپزشكي، مصرف مواد و مشکلات اجتماعی
* فرم رضايت شركت در تيم درمان جهت افراد داراي مشكلات اجتماعي
* فرم پيگيري و فرم ثبت مراجعات بيمار بايد در پرونده خانوار نگهداري شود.