

تجربه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی از مواجهه با قربانیان خشونت جنسی: یک مطالعه کیفی

شاداب شاه‌علی^۱، عیسی محمدی^۲، می‌نور لمیعیان^۳، مریم کاشانیان^۴، محمد اسلامی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در بسیاری از کشورها، شکاف عمیقی بین نیازهای بهداشتی قربانیان خشونت جنسی و سطح موجود خدمات درمانی ارائه شده وجود دارد. بررسی تجارب ارائه‌کنندگان این خدمات به شناخت عمیق‌تر این پدیده کمک می‌کند؛ بنابراین مطالعه حاضر به منظور شناخت تجارب ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بالینی به قربانیان تجاوز جنسی صورت گرفت.

روش: این مطالعه با روش آنالیز محتوا انجام گردید. ۲۳ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی شاغل در مراکز دولتی و خصوصی شهرهای اهواز و تهران به صورت هدفمند انتخاب شدند و با آن‌ها مصاحبه عمیق بدون ساختار انجام شد. مصاحبه‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش Graneheim و Lundman تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور ۲۵۵ کد اولیه، ۲۸ طبقه و ۵ درون‌مایه گردید که شامل «تمرکز بر شرح‌حال و معاینات بالینی، ملاحظات قانونی، توجه به اقدامات تشخیصی پاراکلینیک، پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صوری و درخواست ارجاع و مشاوره» بود. از این ۵ درون‌مایه، مضمون مرکزی «روتین و وظیفه‌مداری» به عنوان درون‌مایه اصلی مطالعه استخراج شد.

نتیجه‌گیری: ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بالینی به زنان قربانی خشونت جنسی بدون توجه به نیازهای مراقبتی آنان سعی می‌کنند تنها بر اساس دستورالعمل‌های اداری و فرم‌های معمول عمل نمایند؛ بنابراین کارکنان تیم بهداشتی - درمانی لازم است به نیازهای مراقبتی و خدماتی که قربانیان خشونت جنسی دارند توجه نموده و خدمات خود را بر مبنای این نیازها ارائه نمایند.

کلیدواژه‌ها: خدمات بهداشتی - درمانی، قربانی خشونت جنسی، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

ارجاع: شاه‌علی شاداب، محمدی عیسی، لمیعیان می‌نور، کاشانیان مریم، اسلامی محمد. تجربه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی از مواجهه با قربانیان خشونت جنسی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۱): ۵۰-۳۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۰۵

افراد برای تصمیم‌گیری آزادانه و مسؤولانه در مورد تعداد، فاصله و زمان فرزندآوری و دستیابی به بالاترین استاندارد جنسی و بهداشت باروری می‌باشد که شامل حق افراد برای تصمیم‌گیری در مورد روابط جنسی عاری از تبعیض، اجبار و

مقدمه

حقوق باروری در قوانین ملی، اسناد بین‌المللی حقوق بشر و سایر اسناد جوامع بشری به رسمیت شناخته شده‌اند. این حقوق شامل به رسمیت شناختن حق اساسی همه زوجها و

۱- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- استاد، گروه زنان و مامائی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵- استادیار، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، تهران، ایران

Email: mohamade@modares.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر عیسی محمدی

برمی‌آیند. مطالعات بررسی روابط بین خشونت، وضعیت سلامت و استفاده زنان از مراقبت‌های بهداشتی نشان داده‌اند زنانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند مراقبت‌های پزشکی بیشتری از زنانی که مورد آزار قرار نگرفته‌اند دریافت می‌کنند (۴).

قربانیان خشونت جنسی نیازمند خدمات بهداشتی جامع و حساس به جنسیت به منظور تطابق با پیامدهای جسمی و روانی تجربه خود می‌باشند و رایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در تشخیص، درمان و پیشگیری از خشونت جنسی ایفا می‌کنند و در نتیجه بخش بهداشت و درمان نقش اصلی را در رایه مراقبت‌های بالینی جامع پس از تجاوز جنسی بر عهده داشته (۵) و می‌تواند علاوه بر رایه فوری مراقبت‌های بهداشتی، به عنوان یک مرکز مهم جهت ارجاع قربانی برای دریافت خدمات مهم دیگری که ممکن است بعد نیاز داشته باشد، عمل نماید. با این حال در بسیاری از کشورها، شکاف عمیقی بین نیازهای مراقبت بهداشتی قربانیان خشونت جنسی و سطح موجود خدمات درمانی رایه شده وجود دارد؛ برای مثال قربانیان خشونت‌های جنسی توسط معاینه‌گر آموزش دیده ویژه پزشکی قانونی مورد بررسی قرار نمی‌گیرند و یا در برخی موارد، قربانیان مورد معاینات متعددی در محیط‌هایی که حداقل استانداردهای بهداشتی را برآورده نمی‌کنند، قرار می‌گیرند (۴).

بی‌توجهی رایه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی به نیازهای بهداشتی و درمانی قربانیان خشونت جنسی می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری را برای وی به همراه داشته باشد که از آن جمله می‌توان به قربانی شدن ثانویه (Secondary victimization) بازماندگان خشونت جنسی اشاره نمود که این امر می‌تواند سبب بروز مشکلات روانی قربانیان در درازمدت گشته و ممکن است قربانیان تجاوز به عنف را از دنبال نمودن هر نوع کمک و یا درمان بیشتر منصرف نماید (۶). بنابراین مطالعه حاضر به منظور شناخت ادراک و تجارب رایه دهندگان خدمات بهداشتی بالینی به قربانیان تجاوز جنسی و درک نحوه مواجهه رایه دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی با این افراد و نیازهای آنان صورت گرفت.

روش

با توجه به هدف پژوهش، از رویکرد کیفی با روش تحلیل

خشونت است (۱). نقض این حقوق به عنوان خشونت جنسی در تمام سطوح جامعه و در هر کشور از جهان وجود دارد و در هر فرهنگی رخ می‌دهد. خشونت جنسی شامل تمام فعالیت‌های جنسی بدون رضایت فرد می‌باشد که از نوازش کردن تا دخول را در برمی‌گیرد (۲).

در ایران به دلایلی از جمله تابو بودن و ترس از انگ اجتماعی و از همه مهم‌تر بی‌توجهی و عدم آموزش درباره چگونگی ثبت در سازمان‌های مربوط، آمار دقیق و قابل اعتمادی از تجاوز جنسی وجود ندارد، ولی فقدان آمار به معنای نبودن چنین معضلی نیست. اگرچه هیچ آماری در ارتباط با تجاوز جنسی در کشور منتشر نشده است، اما بعضی تحقیقات هرچند انگشت‌شمار، در درون خود اشاره‌ای به این مسأله نموده‌اند. برای مثال آمار تجاوز جنسی به محارم در تحقیقات مربوط به روسپیگری چیزی حدود ۲۵-۲۲ درصد عنوان شده و در تحقیقات مربوط به دختران فراری این مسأله بین ۳۶-۱۲ درصد در تغییر است (۳).

خشونت‌های جنسی تأثیر منفی قابل توجهی بر سلامت باروری و جنسی دارند که از آن جمله می‌توان به امکان وقوع حاملگی ناخواسته (Unintended pregnancy)، بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی (STIs) یا Sexually transmitted infections)، ویروس نقص ایمنی انسان/ سندرم نقص ایمنی (HIV/AIDS یا Human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome) و افزایش خطر برای اتخاذ رفتارهای پرخطر جنسی (به عنوان مثال شروع زود هنگام فعالیت جنسی و قرار گرفتن در معرض شریک جنسی مس‌تر و یا چند شریک جنسی) اشاره کرد. عواقب بهداشت روانی خشونت جنسی می‌تواند به اندازه عواقب بهداشتی جنسی جدی و درازمدت باشد. برای مثال کودکان قربانی تجاوز جنسی، به احتمال بیشتری نسبت به هم‌تایان خود که مورد تجاوز قرار نگرفته‌اند در معرض افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلال استرس پس از ضربه (Post-traumatic stress disorder یا PTSD) و خودکشی در زندگی آینده قرار می‌گیرند. افرادی که خشونت جنسی را تجربه کرده‌اند اغلب به دنبال دریافت خدمات پزشکی

داده و پس از جلب رضایت و اعلام شفاهی آنان برای شرکت در مطالعه، محل مصاحبه را با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌کرد. ۲۳ مشارکت‌کننده در مطالعه عبارت بودند از: متخصص پزشکی قانونی ۱ نفر، روان‌پزشک پزشکی قانونی ۱ نفر، متخصص بهداشت باروری ۱ نفر، متخصص زنان و زایمان ۴ نفر، متخصص حرفه مامایی ۲ نفر، روان‌شناس ۱ نفر، روان‌پزشک ۱ نفر، متخصص طب اورژانس ۲ نفر، متخصص بیماری‌های عفونی ۱ نفر، پزشک مسؤول مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ۱ نفر، روان‌شناس مرکز زنان گذری ۱ نفر، فلوشیپ Sexual medicine (مسؤول مرکز سلامت جنسی) ۱ نفر، مددکار اجتماعی مرکز اورژانس اجتماعی وابسته به بهزیستی ۳ نفر، روان‌شناس اورژانس اجتماعی ۲ نفر و متخصص جراح عمومی ۱ نفر.

در مجموع ۲۳ نفر از افراد تیم بهداشتی بالینی که تجربه مستقیم ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به زنان قربانی خشونت جنسی را داشتند در این تحقیق شرکت کردند. ۱۲ نفر از مشارکت‌کنندگان زن و ۱۱ نفر مرد بودند و سن آنها بین ۲۸-۷۰ سال با میانگین سنی $۱۰/۸۸ \pm ۴۳/۸۲$ سال و سابقه کار بین ۱-۴۰ سال و میانگین $۸/۸۶ \pm ۱۴/۶۵$ سال بود که تا حدی این ویژگی بیانگر انتخاب نمونه با حداکثر تنوع مشارکت‌کنندگان است. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش را نشان داده است. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محل مناسبی که مورد رضایت مشارکت‌کنندگان بود، انجام گرفت. در ابتدای مصاحبه‌ها پژوهشگر ضمن بیان حق کناره‌گیری مشارکت‌کننده از پژوهش در هر زمان ممکن، جهت ضبط شدن مصاحبه از مشارکت‌کنندگان اجازه می‌گرفت.

در این پژوهش مصاحبه عمیق بدون ساختار به صورت فردی به عنوان روش جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. ابتدا مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی مثل «آیا تاکنون با زنان قربانی تجاوز جنسی مواجه شده‌اید؟ و «برای آن‌ها چه کارهایی انجام داده‌اید؟» آغاز می‌شد تا به مشارکت‌کنندگان اجازه داده شود آزادانه تجارب خود را از ارائه خدمات و احساسات خود از مواجهه با قربانیان تجاوز جنسی بیان نمایند. در ادامه برای

محتوا استفاده شد؛ چرا که پژوهش کیفی کارایی ویژه‌ای در پاسخ به سؤالاتی دارد که حاوی تفاسیر و ذهنیات انسان بوده و بهترین روش برای توصیف تجربیات و فرایندهای اجتماعی اساسی موجود در آن‌ها است (۷). تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی از طریق فرایند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن را مورد شناسایی قرار می‌دهد و هدف از آن، شرح پدیده و بیان واکنش‌های احساسی افراد می‌باشد (۸). در مطالعه حاضر با استفاده از این روش و بررسی عمیق تجارب و رفتارها در دنیای واقعی افراد، به توضیح پدیده پرداخته شد.

این مطالعه در شهرهای اهواز و تهران از بهمن ماه سال ۱۳۹۱ تا مهر ۱۳۹۲ انجام شد. علت انتخاب این دو شهر آن بود که شهر تهران، جرم‌خیزترین ناحیه در کشور به لحاظ تجاوز جنسی اعلام شده است (۹) و در استان خوزستان تجاوز به محارم از شیوع بیشتری برخوردار است (۱۰) و بیمارستان‌های آموزشی (بخش‌های اورژانس، درمانگاه زنان و درمانگاه مامایی)، مراکز پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی-درمانی و مطب‌های متخصصان بهداشت روانی، متخصصین زنان و زایمان، متخصصین جراحی عمومی و کارشناسان و متخصصین حرفه مامایی و مراکزی که به صورت تخصصی به زنان پرخطر ارائه خدمات می‌نمودند (مثل مراکز زنان گذری، مراکز سلامت جنسی و کلینیک‌های مشاوره رفتاری) به عنوان مکان‌های پژوهش انتخاب شدند.

نحوه نمونه‌گیری در این مطالعه هدفمند بود و مشارکت‌کنندگان این پژوهش را افرادی که تجربه مستقیم یا غیر مستقیم از پدیده مورد نظر یعنی سابقه ارائه خدمات بهداشتی بالینی به زنان قربانی خشونت جنسی داشتند و علاقمند به شرکت در پژوهش بودند، تشکیل دادند. پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و انجام هماهنگی‌های لازم با مراکز نام برده، پژوهشگر (دانشجوی دکتری بهداشت باروری با سابقه کاری در مراکز بهداشتی و درمانی) با حضور در عرصه و تماس با مشارکت‌کنندگان، هدف مطالعه را به آن‌ها توضیح

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش

سن	۲۸-۷۰ سال و میانگین $۱۰/۸۸ \pm ۴۳/۸۲$ سال
جنس	۱۲ نفر زن، ۱۱ نفر مرد
سابقه کار	۱-۴۰ سال و میانگین $۸/۸۶ \pm ۱۴/۶۵$ سال
تخصص	متخصص پزشکی قانونی ۱ نفر، روان‌پزشک پزشکی قانونی ۱ نفر، متخصص بهداشت باروری ۱ نفر، متخصص زنان و زایمان ۴ نفر، متخصص حرفه مامایی ۲ نفر، روان‌شناس ۱ نفر، روان‌پزشک ۱ نفر، متخصص طب اورژانس ۲ نفر، متخصص بیماری‌های عفونی ۱ نفر، پزشک مسؤول مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ۱ نفر، روان‌شناس مرکز گذری زنان ۱ نفر، فلوشیپ سکچوال مدیسین مسؤول مرکز سلامت جنسی ۱ نفر، مددکار اجتماعی مرکز اورژانس اجتماعی وابسته به بهزیستی ۳ نفر، روان‌شناس اورژانس اجتماعی ۲ نفر و متخصص جراح عمومی ۱ نفر

عمیق‌تر شدن مصاحبه و دستیابی به داده‌های غنی‌تر بر اساس نوع پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، از روش به کارگیری عبارات کاوشی «ممکن است در این مورد با ذکر مثال بیشتر برایم توضیح دهید؟»، «منظورتان چیست؟»، «چرا و چگونه؟» و... استفاده شد و در آخر با چند سؤال باز دیگر از قبیل «چیز دیگری به ذهنتان نمی‌رسد؟» و «اگر بعد از رفتن من نکته‌ای به نظرتان رسید و یا نظرتان درباره مورد و یا بحثی که بیان کردید عوض شد، می‌توانید با من تماس بگیرید»، مصاحبه خاتمه می‌یافت.

طول مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰-۴۰ دقیقه و برای هر شرکت‌کننده بر اساس مدت پاسخدهی متفاوت بود. برای هر مشارکت‌کننده یک جلسه مصاحبه برگزار گردید. مصاحبه‌ها تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت. اشیاع عبارت است از این‌که در این وضعیت داده جدیدی که به پژوهش وارد می‌شود، طبقه‌بندی موجود را تغییر نمی‌دهد یا پیشنهادی برای ایجاد طبقه جدید ارائه نمی‌کند (۱۱). در این مطالعه نیز تا مصاحبه ۲۱ اشیاع داده‌ها از نظر محقق حاصل شد و به منظور اطمینان از این‌که داده‌های جدیدی وجود ندارد، دو مصاحبه دیگر هم انجام گرفت.

هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها نیز

انجام می‌گرفت و برای این کار از روش پیشنهادی Graneheim و Lundman (۱۲) استفاده شد که پنج مرحله را برای تحلیل داده‌های کیفی به شرح ذیل پیشنهاد کرده‌اند:

- ۱- مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه،
- ۲- خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن،
- ۳- تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه،
- ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و
- ۵- تعیین محتوای نهفته در داده‌ها. بنابراین در مطالعه حاضر نیز بلافاصله بعد از مصاحبه متن تایپ می‌شد، چندین بار مورد مطالعه قرار می‌گرفت و کدهای اولیه استخراج، سپس کدها ادغام و بر اساس شباهت‌ها طبقه‌بندی می‌گردید و در نهایت مفهوم و محتوای نهفته در داده‌ها استخراج شد. جدول ۲ روند استخراج یک طبقه و جدول ۳ روند تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها را به نمایش گذاشته است.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از چهار عامل مقبولیت، وابستگی یا قابلیت اطمینان، قابلیت تأیید و انتقال‌پذیری مطابق نظر Lincoln و Guba (به نقل از Shenton) استفاده گردید (۱۳). بدین منظور محقق با محل‌های تحقیق ارتباط طولانی مدت داشت که به جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و نیز درک محیط مورد مطالعه کمک کرد. از بازنگری مشارکت

جدول ۲. روند استخراج یک طبقه

واحد معنایی	کدهای خلاصه شده	طبقه
هایمنش را چک کردیم، علایم حیاتی گرفته شد.	بررسی علایم حیاتی	
برای این‌ها کلاً برای کسانی که بهشون تجاوز شده باید ببینیم که این تجاوز در چه حد بوده، به چه نحو صورت گرفته، در کدام قسمت بوده و تا چه حد این تجاوز پیشرفت داشته. آیا واقعاً دخول پنیس در واژن شده، از بکارت رد شده، بکارت آسیب دیده یا ندیده	پرسش در زمینه وقایع رخداد و نحوه دخول	گرفتن شرح‌حال و پرسش در زمینه شکایت اصلی بیمار
روتین ما این است که مثل مریض‌های دیگه معاینه بالینی و شرح‌حال را براشون انجام می‌دهیم.	اخذ شرح حال	

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

طبقات	درون‌مایه
گرفتن شرح‌حال و پرسش در زمینه شکایت اصلی بیمار تشخیص غیر مستقیم قربانی معاینه کل بدن از نظر آثار درگیری معاینه ژنتال معاینه رکتال بررسی روحی-روانی ملاحظات قانونی مرکز در بررسی اولیه قربانی کمک به پیگیری‌های قضایی خدمات تشخیصی بارداری خدمات تشخیصی بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی خدمات تشخیصی در صورت بروز آسیب جسمی خدمات تشخیصی برای مبتلایان به HIV درمان‌های پیشگیرانه درمان‌های حمایتی ارایه خدمات درمانی به مبتلایان به HIV انجام جراحی‌های اورژانسی شناخت درمانی خانواده درمانی رفتار درمانی درمان آموزشی مقابله با استرس روان‌درمانی دارودرمانی بیماری‌های روانی درخواست ارجاع به بیمارستان تخصصی درخواست مشاوره‌های روانی ارجاع به متخصص عفونی ارجاع به متخصصین غیر مرتبط ارجاع به متخصص زنان ارجاع برای مشاوره اورژانس اجتماعی و خدمات بهزیستی	تمرکز بر شرح‌حال و انجام معاینات بالینی ملاحظات قانونی انجام اقدامات تشخیصی پاراکلینک (غیر بالینی) پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صوری درخواست ارجاع و مشاوره

عینی‌ارایه گردد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد درک ارایه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی از نحوه مواجهه با قربانیان خشونت جنسی منجر به ظهور ۳۳۵ کد زمینه‌ای شد که بعد از ادغام کدهای مشابه، ۲۵۵ کد اولیه و ۲۸ طبقه و ۵ درون‌مایه ایجاد گردید و پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان درباره معنای داده‌ها، درون‌مایه اصلی، طبقه‌ها، محتوا و نام آن‌ها به توافق رسیدند و شامل «تمرکز بر شرح‌حال و انجام معاینات بالینی،

کنندگان نیز برای تأیید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد؛ یعنی بعد از کدگذاری متن مصاحبه به شرکت‌کننده بازگردانده می‌شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود و کدهایی که از نظر مشارکت‌کنندگان بیانگر نظر آن‌ها نبود، اصلاح می‌شد. همچنین سعی شد مشارکت‌کنندگان از نظر سن، نوع تخصص، جنس و محل کار حداکثر تنوع را داشته باشند. متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ناظران خارجی آشنا با تحقیق کیفی قرار گرفت. یعنی کدها و طبقات استخراج شده به چند نفر از اعضای هیأت علمی داده شد و مورد بررسی قرار گرفت و جهت انتقال‌پذیری یافته‌ها سعی شد تا نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان به طور

خودشان اقدامات زیر را انجام می‌دهند: «ز نظر روان‌شناسی مصاحبه می‌کنیم و معاینات مربوط به خودمون را انجام می‌دهیم مثلاً روحیه‌ات چطوره؟ علایمی که الان داری چه جوریه؟ این‌ها خودتون توضیح می‌دهند».

گاهی انجام معاینات روحی- روانی به تکمیل کردن پرسش‌نامه‌های تشخیصی خلاصه می‌شود، برای مثال یک روان‌شناس شاغل در مرکز اورژانس اجتماعی وابسته به سازمان بهزیستی در پاسخ به سؤالی در مورد نحوه ارزیابی و معاینه قربانیان از نظر روحی- روانی چنین پاسخ می‌گوید: «با تکمیل کردن تست‌های تشخیص اختلالات شخصیتی، اضطراب و افسردگی».

در شرح‌حال ابتدا به شکایت اصلی قربانیان که علت مراجعه آن‌ها به پزشک است گوش داده می‌شود. دانستن شکایت اصلی قربانی از این جهت مهم است که ممکن است در فرایند اخذ شرح‌حال شکایت‌های متعددی را غیر از خشونت جنسی بیان کند و این کتمان ممکن است موجب انحراف در مسیر تشخیص و درمان او گردد.

یک متخصص طب اورژانس شاغل در بیمارستان آموزشی در این رابطه بیان می‌دارد: «به خاطر مسایل فرهنگی خاص شهر ما و جامعه ما این بیمارها اکثراً تشخیص داده نمی‌شوند... به موقعی هست مریض می‌آید توی اورژانس می‌گه می‌خواهم حرف بزنم کسی منو نبینه به پرده می‌کشیم، اما گاهی اوقات هم می‌گه که من به چیز می‌گم شما جای دیگه نگو، ولی در هر صورت با حفظ این شرایط هم این‌ها اکثراً تشخیص داده نمی‌شوند یا اصلاً از مسیر درمان بی‌خیال می‌شن بیشتر به خاطر مسایل دینی، خانوادگی به راحتی کتمان می‌کنند و شما هم هیچ کاری نمی‌توانید براشون بکنید». بنابراین در برخورد با چنین افرادی تیم ارایه دهنده خدمات بهداشتی از طریق انجام معاینه و مشاهدات، برقراری روابط دوستانه با قربانی و انجام محاوره‌های دوستانه اقدام به تشخیص وقوع خشونت جنسی از طریق غیر مستقیم می‌نمایند.

در این زمینه مامای شاغل در بیمارستان آموزشی می‌گوید: «موارد تجاوز خیلی کم هستند و فرد می‌گه که بهش تجاوز نشده، ولی ظواهر امر چیز دیگه‌ای را نشان

ملاحظات قانونی، اقدامات تشخیصی غیر بالینی (پاراکلینیک)، پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صوری و درخواست ارجاع و مشاوره» می‌باشد. از این ۵ مضمون، مضمون مرکزی «روتین و وظیفه‌مداری» به عنوان درون‌مایه اصلی مطالعه استخراج شد. فرایند رسیدن به مضمون‌های اصلی را می‌توان بهتر و همراه با جزییات نوشته از لحظه خواندن مصاحبه‌ها و استخراج کد اولیه تا کاهش کدها و ایجاد طبقات و مراحل اعتبار و صحت داده‌ها به صورت یک داستان نوشت که خواننده توالی اقدامات محقق در رسیدن به مضمون‌های اصلی را درک کند.

۱- تمرکز بر شرح‌حال و معاینات بالینی

درون‌مایه فوق بیانگر این است که ارایه کنندگان خدمات اولین کاری را که در مراکز درمانی، آموزشی و پزشکی قانونی برای قربانیان خشونت جنسی طبق برنامه معمول حاضر در این مراکز انجام می‌دهند گرفتن تاریخچه و شرح‌حال و پرسش در زمینه شکایت اصلی بیمار، همچنین تشخیص غیر مستقیم قربانی به دلیل مخفی‌سازی حادثه توسط قربانیان و انجام معاینات بالینی به صورت انجام معاینه کل بدن از نظر آثار درگیری، انجام معاینه ژنیتال و رکتال و انجام معاینه روحی- روانی می‌باشد.

یکی از ماماها شاغل در یک بیمارستان آموزشی در زمینه پیروی از برنامه معمول حاضر در بخش جهت اخذ شرح‌حال می‌گوید: «روتین ما این است که مثل مریض‌های دیگه معاینه بالینی و شرح‌حال را براشون انجام می‌دهیم».

همچنین این رفتار و رخداد به طور معمول و ثابت در امر معاینات بالینی و روحی- روانی نیز دیده می‌شود، برای مثال یکی از متخصصین طب اورژانس شاغل در یک بیمارستان آموزشی می‌گوید: «معاینه بدنی را ما تا حد امکان انجام می‌دهیم مخصوصاً معاینه ناحیه پرینه... این‌ها خوب قطعاً توی کارمون هست، ولی اگر آثار کبود شدگی، زخمی و یا خراشی چیزی هم باشه انجام می‌شه ولی این‌ها رو الان که داره مشورت‌های پزشکی قانونی انجام می‌شه به صورت دقیق‌تر پزشکی قانونی انجام می‌ده و این‌ها رو ثبت می‌کنه». روان‌پزشک پزشکی قانونی نیز طبق برنامه معمول

در مراکز درمانی در زمان مراجعه قربانیان به مرکز فرایندی شامل تکمیل فرم جهت تشخیص نوع خشونت جنسی و اطلاع دادن به پزشک آنکال و سوپروایزر بخش در صورت مراجعه قربانی به دلیل بعد قانونی صورت می‌گیرد و بعد از انجام معاینه و اقدامات درمانی، صورت جلسه معاینه و مشاهدات توسط حراست بیمارستان با امضای دستیاران و پرسنل تنظیم می‌گردد و درخواست انجام مشاوره پزشکی قانونی و معاینه توسط پزشک قانونی در بیمارستان، اطلاع به مسئولین موارد قانونی در شیفت صبح و ثبت همه موارد مشاهده و گفته و بررسی شده در پرونده قربانی و در صورت رضایت فردی، راهنمایی فرد جهت مراجعه به مراجع قضایی رخ می‌دهد.

برای مثال یک مامای شاغل در بیمارستان آموزشی این فرایند معمول بیمارستانی را چنین تشریح می‌کند: «وقتی آمد به سوپروایزر اطلاع دادیم که همچنین کیسی داریم او هم به سرگشت اطلاع داد و وضعیت را صورت جلسه کردند... سرگشت بیمارستان، حراست بیمارستان در واقع خوب صورت جلسه کردند، رزیدنت‌ها و پرسنل پای آن را امضا کردند که چی مشاهده کردند. جدیداً یک دکتری هست توی بیمارستان که از پزشکی قانونی می‌آید باهاش تماس می‌گیریم می‌گوییم کیس داریم و او هم می‌آید مریض را می‌بیند و می‌رود... بعد هم در نهایت از بهزیستی آمدند بچه را بردند یعنی بعد از ترمیم پارگی تحویل خانواده نشد».

۳- اقدامات تشخیصی پاراکلینیک یا غیر بالینی

انجام اقدامات تشخیصی پاراکلینیک یا غیر بالینی، ویژگی دیگر روتین‌مداری است؛ چرا که اقدامات تشخیصی پاراکلینیک ارابه‌کنندگان خدمات طبق بخش‌نامه‌ها در مراکز درمانی برای زنان پرخطر صورت می‌گیرد و یا در بیمارستان‌های آموزشی طبق رفرنس‌های خارجی تدریس شده به دانشجویان درخواست می‌گردند. انجام اقدامات تشخیصی پاراکلینیک از زیرطبقات «خدمات تشخیصی بارداری، خدمات تشخیصی بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی، درخواست خدمات تشخیصی در صورت بروز آسیب جسمی و خدمات تشخیصی برای مبتلایان به HIV» شکل گرفت.

می‌دهد. در مورد دختر بچه هم کمکیون فهمیده بود و ازش شرح حال گرفته بود بهش یه شکلات داده بود و بچه بهش اعتماد کرده بود و جریان را گفته بود، ولی بعد از عمل گفته بود این جور نیست و من افتادم... عمه‌اش رفته بود پیشش و یادش داده بود حرف‌هاش عوض شده بود، ولی چون همون موقع صورت جلسه شده بود دیگه پسر عموش رو دستگیر کردند و خودش رو هم تحویل بهزیستی دادند».

به همین دلیل ثبت و اهمیت دادن به شکایت اصلی قربانی و تشخیص وقوع خشونت/ تجاوز جنسی نقش مهمی در تشخیص و درمان او پیدا می‌کند. با بررسی عمیق‌تر و پرسش‌های تخصصی قربانیان، شکایت‌های متعددی از جمله شکایت مستقیم از خشونت جنسی یا به صورت غیر مستقیم شکایت از درد و آسیب‌های عمومی جسمی، شکایت و درخواست کمک به علت آسیب به اندام جنسی، نگرانی از بارداری ناخواسته و عوارض سقط غیر ایمن، نگرانی و شکایت از اختلالات قاعدگی، شکایت از اختلالات روحی- روانی مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی، شکایت از اختلالات سازشی (انطباقی)، اجتناب از محرک‌های مرتبط با واقعه و شکایت از اختلال عملکرد اجتماعی و مشکلات تحصیلی را مطرح می‌نمودند. در پاسخ به شکایت‌های قربانیان نیز همین روند روتین‌مداری پزشکان تکرار می‌گردد برای مثال یک متخصص زنان شاغل در بیمارستان آموزشی در برخورد با قربانی خشونت جنسی که با شکایت تجاوز جنسی مراجعه کرده می‌گوید:

«اقداماتی که ما طبق رفرنس‌های خودمون روی مریض‌های Rape باید انجام بدهیم از لحاظ این که آثاری پیدا بکنیم از لحاظ اسپرم و سیمن و این‌ها رو می‌فرستیم آزمایشگاه و توی معاینه اگر موردی باشد که نیاز به درمان اورژانس دارد حتماً انجام می‌دهیم و یک مورد دیگه هم هست ما توی این‌ها درمان STD (Sexually transmitted diseases) را هم شروع می‌کنیم».

۲- ملاحظات قانونی

ملاحظات قانونی متشکل از زیرطبقات «ملاحظات قانونی مرکز در بررسی اولیه قربانی و همچنین کمک به پیگیری‌های قضایی» می‌باشد.

این‌ها دنبال پیگیری STDها نیامده‌اند و اگر اون لحظه که این‌ها نگرانند ما بخواهیم نمونه برای STD بگیریم (مکت می‌کند)، نمی‌دانم شاید هم این عقیده درست نیست‌ها، ولی من معتقدم اگر به این‌ها بگیریم ممکنه شما ایدز هم گرفته باشید این‌ها وحشتشون چند برابر می‌شه».

گاهی در هنگام مراجعه قربانیان خشونت جنسی به مراکز بهداشتی- درمانی، ارایه دهندگان خدمت متوجه ابتلای قربانیان به HIV می‌شوند؛ بنابراین برای این افراد نیز خدمات تشخیصی خاص مبتلایان به HIV درخواست می‌گردد که شامل شمارش تعداد CD4 (Cluster of differentiation 4) و در صورت نبود علائم بالینی و بالا بودن تعداد CD4 تحت نظر گرفتن بیمار هر سه ماه یک‌بار، آزمایش مبتلایان به HIV از نظر عفونت‌های فرصت‌طلب و هپاتیت‌ها و انجام آزمایشات CBC (Complete blood count)، قند خون، چربی خون و بررسی بیماری‌های انگلی از جمله توکسوپلازما، بررسی سل و سفلیس می‌باشد. در ایران اندازه‌گیری لود ویروسی در مبتلایان به HIV به علت گران بودن و موجود نبودن شرایط آزمایش در کشور بررسی نمی‌شود که البته تمام این خدمات ارایه شده به علت وجود پروتکل کشوری در زمینه ارایه خدمات تشخیصی و درمانی مبتلایان به HIV است و در واقع ناشی از همان وظیفه و روتین‌مداری موجود در سیستم ارایه خدمات می‌باشد؛ برای مثال متخصص بیماری‌های عفونی شاغل در بیمارستان آموزشی، علت عدم بررسی لود ویروسی را در مبتلایان به HIV این گونه ذکر می‌کند:

«توی پروتکل کشوری ما نیست که لود ویروسی را چک کنیم... هر چند که توی دنیا هست، ولی توی پروتکل کشوری به خاطر این‌که آزمایش گران قیمتی هست و همه جا هم موجود نیست این‌ه که فقط با آزمایش CD4 به اصطلاح پیگیری می‌شن. اگر سلول‌های CD4 از یه حدی پایین‌تر بیاد مثلاً از ۳۵۰ کمتر بشه آن موقع براشون درمان دارویی شروع می‌کنیم».

۴- پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صوری

پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صوری از ۱۰ زیرمضمون «انجام درمان‌های پیشگیرانه، درمان‌های حمایتی، ارایه

خدمات تشخیصی بارداری در مراکز بهداشتی- درمانی شامل انجام تست‌های تشخیص بارداری است که متأسفانه در برخی مراکز اقدام به انجام چنین تستی به ویژه برای دختران نمی‌شود؛ چرا که اکثر دختران جهت بررسی پرده بکارت به این مراکز مراجعه می‌کنند و انجام تست‌های تشخیصی دیگر در این مواقع توسط درمانگر به دست فراموشی سپرده می‌شود.

خدمات تشخیصی بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی شامل بررسی و آزمایش کلامیدیا (Chlamydia)، گنوره، سفلیس، HIV و هپاتیت B، انجام آزمایشات از نظر HIV و هپاتیت B و C بلافاصله، یک و نیم ماه، سه ماه و شش ماه بعد از مراجعه، انجام آزمایش HBsAg، انجام آزمایش Hcv antibody شامل HIV test و ELISA و Western و انجام تست پاپ‌اسمیر می‌باشد که در بعضی مواقع تمامی این موارد تنها در مراکزی درخواست می‌شوند که در شرح وظایفشان ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به زنان دارای رفتار جنسی پرخطر وجود دارد و روتین‌مداری و انجام وظیفه در این زمینه نیز مؤثر و واضح می‌نماید:

برای مثال مسوول مرکز زنان گذری در این زمینه می‌گوید: «هر کاری که بشه براشون انجام می‌دهیم، تا آنجایی که بشه این‌ها رو باهاشون مشاوره می‌کنیم، خدمات مامایی هم برای پیشگیری اورژانسی از بارداری براشون انجام می‌دهیم... اگر لازم هم شد به یکسری جاها هم ارجاع می‌دهیم که لینک هستیم باهاشون دکتر ... که مشاوره می‌دهند در بیمارستان بوعلی (پزشک عمومی)، آزمایش ایدز هم داریم این‌جا ولی خوب وقتی این‌ها تازه مورد Rape قرار گرفتند براشون انجام نمی‌دهیم، اما اگه لازم باشه مثلاً بگه چند وقت پیش این اتفاق براشون افتاده مثلاً دو سه ماه پیش اتفاق افتاده انجام می‌دهیم... پاپ‌اسمیر و کلیه آزمایش‌های STD را انجام می‌دهیم. کلیه کارهایی که متخصص زنان باید انجام بده براشون ما انجام می‌دهیم».

در برخی مراکز این تست‌های تشخیصی برای بیمار انجام نمی‌شود؛ برای مثال یک متخصص بهداشت باروری علت عدم انجام این تست‌ها را برای قربانیان این چنین بیان می‌کند: «به خاطر این‌که این‌ها یا حداقل من اعتقاد دارم که

یا محافظت کننده نبودن آنتی‌بادی تزریقی ایمونوگلوبولین هیپاتیت B اشاره نمود. برای مثال متخصص بیماری‌های عفونی شاغل در بیمارستان آموزشی در این رابطه می‌گوید:

«گر تماس پرخطر باشه همان لحظه که مراجعه می‌کنن یعنی اگر در هفتاد و دو ساعت اول مراجعه بکنن و تماس جنسی پرخطر بوده مثلاً با کسی که معتاد بوده تماس داشتند، درمان دارویی بهشون می‌دهیم زیدوویدین و لامیویدین. از نظر هیپاتیت هم اگر قبلاً واکسن زده بررسی می‌کنیم که آیا آنتی‌بادیش پروتکتیو هست یا نه و محافظت کننده هست یا نه، اگر واکسن زده و آنتی‌بادیش هم کافی بود که هیچ اما اگر واکسن نزده بود و یا واکسن زده بود ولی آنتی‌بادیش محافظت کننده نبود این‌ها را هم ایمونوگلوبولین داده می‌شه (HBIG) و هم یک دور دیگه واکسن بهشون می‌زنیم در بدو مراجعه، بعد یک ماه بعد و بعد شش ماه بعد».

این هم نشانی دیگر از روتین‌مداری موجود در سیستم بهداشتی- درمانی ما است که اگر درمان مورد نظر در خارج باشد، امکان وقوع پیشگیری و درمان آن توسط پزشکان دیگر وجود ندارد.

در زمینه درمان، زنان قربانی مبتلا به HIV نیز بر حسب برنامه معمول موجود و طبق پروتکل کشوری تشخیص و درمان HIV، متخصصین بیماری‌های عفونی در صورت لود وپروسی کمتر از ۳۵۰، درمان دارویی با زیدوویدین، لامیویدین و افابرنز (Efavirenz) را آغاز می‌کنند، تزریق واکسن آنفولانزا و هیپاتیت به مبتلایان به HIV و توضیح به بیمار در زمینه فرایند آزمایشات و قابل کنترل بودن بیماری نیز از جمله اقدامات درمانی برای این افراد به شمار می‌آید.

در این رابطه یک متخصص طب عفونی شاغل در بیمارستان آموزشی چنین بیان می‌دارد: «معمولاً خط اول درمان سه دارویی که شامل سه داروی زیدوویدین، لامیویدین و افابرنز... البته آزمایش‌های دیگری برای مبتلایان به HIV انجام می‌شه مثلاً بررسی از نظر بعضی عفونت‌های فرصت‌طلب و از نظر هیپاتیت‌ها بررسی می‌شن. اگر هیپاتیت B نگرفته باشن بهشون می‌گیم برن واکسن هیپاتیت B را بززن و

خدمات درمانی به مبتلایان HIV، انجام جراحی‌های اورژانسی، شناخت درمانی، خانواده درمانی، رفتار درمانی، درمان آموزشی مقابله با استرس، روان‌درمانی و دارودرمانی بیماری‌های روانی» شکل گرفته است و همچون همان خدمات تشخیصی غیر بالینی، بیشتر طبق بخش‌نامه‌ها و بر اساس مشکلات ظهور یافته اغلب جسمی یا رفرنس‌های خارجی تدریس شده به دانشجویان به صورت اداری و صوری بدون پیگیری روند و نتایج آن انجام می‌گیرند.

انجام درمان‌های پیشگیرانه‌ای مانند درمان پروفیلاکسی STD و تجویز روش‌های فوریتی جلوگیری از بارداری (IUD یا HD یا لونزرتل) از جمله اقداماتی هستند که در مرکز درمانی به ویژه بیمارستان‌های آموزشی برای قربانیان خشونت جنسی صورت می‌گیرد.

برای مثال یک رزیدنت زنان در بیمارستان آموزشی در زمینه ارائه خدمات درمانی با تأکید بر روتین‌مداری و استفاده از رفرنس خارجی جهت ارائه خدمات به قربانیان خشونت جنسی چنین می‌گوید: «اقداماتی که ما طبق رفرنس‌های خودمون روی مریض‌های Rape باید انجام بدهیم... ما توی این‌ها درمان STD را هم شروع می‌کنیم... مثلاً کلامیدیا و گنوره را درمان می‌کنیم و HIV و HBs را در این‌ها درخواست می‌دهیم بررسی بشه. برای پیشگیریشون اگه مشکوک باشیم متخصص عفونی برایش مشاوره می‌دهیم و یا مثلاً روش‌های اورژانسی جلوگیری از بارداری مثلاً اگر خانم بود برایش IUD می‌گذاریم یا قرص لونزرتل بهشون می‌دهیم و روش‌های اورژانسی پیشگیری از بارداری را برایشون انجام می‌دهیم».

البته در اکثر مطب‌های خصوصی این اقدام‌های پروفیلاکسی به دست فراموشی سپرده می‌شود. از دیگر درمان‌های پیشگیرانه که تنها در صورت مراجعه قربانی خشونت جنسی به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و یا متخصصین عفونی صورت می‌گیرد می‌توان به درمان پروفیلاکسی قربانیان با تماس جنسی پرخطر با زیدوویدین (Zidovudine) و لامیویدین (Lamivudine) در صورت مراجعه در ۷۲ ساعت اول، تزریق واکسن هیپاتیت B و در صورت عدم وجود سابقه تزریق واکسن و

قربانی بودن، تنهایی و ضعف خارج شوند؛ در واقع تکنیک درمان رفتاری- شناختی (Cognitive behavioral therapy یا CBT) را بیشتر کار می‌کنیم».

۵- درخواست ارجاع و مشاوره

درخواست ارجاع و مشاوره در این مطالعه از زیرطبقه‌های «درخواست ارجاع به بیمارستان تخصصی جهت دریافت خدمات تخصصی و جراحی، درخواست مشاوره‌های روانی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس، ارجاع به متخصص عفونی جهت دریافت خدمات پیشگیری- تشخیص و درمان HIV، ارجاع به متخصصین غیر مرتبط بر حسب لزوم برای مثال متخصصین ارتوپد در موارد شکستگی و یا دندان‌پزشک در موارد آسیب‌های دندانی، ارجاع به متخصص زنان و درخواست انجام مشاوره و ارجاع برای مشاوره اورژانس اجتماعی و خدمات بهزیستی» تشکیل شده است.

درخواست ارجاع موردی است که فرد ارایه کننده خدمت، انجام عمل یا خدماتی را از سرویس یا گروه دیگر خواستار می‌شود. برای مثال یک متخصص بهداشت باروری شاغل در درمانگاه خصوصی در این زمینه می‌گوید: «تا آنجایی که من می‌توانم برایشون کاری بکنم، باهاشون صحبت می‌کنم یا مشاوره‌های ابتدایی که در حد تخصصی نباشه بهشون می‌دهم، ولی در نهایت بهشون پیشنهاد می‌کنم حتماً برن پیش یه روان‌شناس یا روان‌پزشک... یه مدت هم که تو مرکز خودمون روان‌شناس داشتیم بهشون برگه ارجاع می‌دادم».

درخواست مشاوره زمانی رخ می‌دهد که موارد تصمیم‌گیری و انجام اقدامات درمانی تحت نظر درمانگر درخواست کننده انجام می‌گیرد، اما جهت کمک به تشخیص و درمان با انجام مشاوره از سرویس یا گروه دیگر کمک می‌گیرد. در این باره یک متخصص جراحی عمومی شاغل در بیمارستان آموزشی چنین می‌گوید: «از نظر زنان با متخصص زنان برایشون مشاوره می‌گذاریم».

البته ذکر این نکته حایز اهمیت است که اکثر این ارجاعات و مشاوره‌ها نیز مانند اکثر موارد تشخیص و درمان حالت معمول داشته و بر حسب وظیفه انجام می‌شوند و بدون پیگیری‌های بعدی است و در واقع به عنوان یک رفع تکلیف اداری محسوب

اگر هیاتیت B داشته باشه خوب آن را درمان می‌کنیم. از نظر سل بررسی می‌شن چون سل شیوعش توی HIV مثبت‌ها بیشتره. اگر سل فعال داشته باشند آن هم درمان می‌شه. اگر فقط آزمون پوستیشون مثبت بشه، داروی پروفیلاکسی ایزونیاژید می‌دهیم برای ۹ ماه، اگر آزمون پوستیشون منفی باشه که این‌ها را پیگیری می‌کنیم و سالیانه یک‌بار آزمون پوستی برایشون تکرار می‌شه. آزمون سفلیس برایشون بررسی می‌کنیم که معمولاً آزمایش VDRL برایشون انجام می‌دهیم، شمارش سلول‌های خونی یا همون CBC را برایشون انجام می‌دهیم. از نظر چربی خون و قند خون این‌ها آزمایش می‌شن چون داروهایی که می‌دهیم ممکن است روی قند و چربی خون اثر داشته باشه. از نظر بعضی انگل‌ها مثل توکسوپلاسموز این‌ها را آزمایش می‌کنیم چون اگر قبلاً اینها گرفته باشن ممکن است با HIV این‌ها فعال بشه».

انجام جراحی‌های اورژانسی نیز در موارد پارگی‌های شدید واژن و سرویکس و خونریزی از تروما یا پارگی کلدوساک و درمان فیستول یا پارگی کولون ضرورت پیدا می‌کند. یک متخصص جراحی عمومی شاغل در بیمارستان آموزشی علت عمل جراحی را چنین توضیح می‌دهد: «واژن و کلدوساک را پاره کرده، بعد روده آمده بیرون... آمده پیش ما لاپاروتومی کردیم و قسمت‌هایی که پاره بوده ترمیم کردیم».

انجام اقدامات درمانی روان‌پزشکی و روان‌شناختی نیز طبق پروتکل کشوری راهنمای مراقبت از بیماری‌های روان‌پزشکی بزرگسالان صورت می‌گرفت و شامل رفتار درمانی، شناخت درمانی، خانواده درمانی، درمان آموزشی مقابله با استرس، روان‌درمانی و دارودرمانی بیماری‌های روانی است و از مصاحبه و مشاوره فردی تا بستری کردن قربانیان با علایم افسردگی و تمایل به خودکشی و دارودرمانی اختلالات اضطرابی، افسردگی و بی‌خوابی را در برمی‌گیرد.

یک روان‌شناس بالینی شاغل در مطب خصوصی، نحوه درمان مشکلات روحی قربانیان را چنین بیان می‌کند: «چون در این افراد اعتماد به نفس کاهش پیدا می‌کنه، اعتماد به نفس را افزایش می‌دهیم و احساس خودارزشمندی، کارآمد بودن و کنترل بر زندگی را در این‌ها بالا می‌بریم تا از حس استیصال،

بر اساس تجارب مشارکت کنندگان در این مطالعه، انجام اقدامات تشخیصی و درمانی بر مبنای برنامه معمول و وظیفه‌مداری وجه مشترک تمامی خدماتی است که به زنان قربانی خشونت جنسی ارایه می‌گردد. تعیین حدود اختیارات برای پزشکان موجب شده است که آن‌ها تنها در حیطه وظایف خود عمل کنند و اگر درمان مورد نظر در سیستم بهداشتی- درمانی از شرح وظایف یک متخصص خارج باشد، امکان وقوع پیشگیری و درمان آن توسط پزشکان دیگر وجود ندارد و نبود مرکز واحدی که تأمین کننده نیازهای بهداشتی- درمانی قربانیان خشونت جنسی باشد و عدم وجود دستورالعمل مدون در نحوه تعامل متقابل بین‌بخشی، درون بیمارستان، مراکز بهداشتی- درمانی دولتی، مراکز درمانی خصوصی، پزشکی قانونی و سازمان‌های مردم نهاد در ارایه خدمات بهداشتی بالینی به قربانیان خشونت جنسی سبب شده است که قربانیان در زمان مراجعه به درمانگر با شکایت مشخص، فقط و فقط جهت رفع مشکل عارض شده خدمات تشخیصی و درمانی دریافت کنند و مراکز درمانی هر کدام بر حسب وظیفه معمول خود به انجام اقدامات تشخیصی و درمانی اقدام نمایند که به طور قطع سبب مرتفع ساختن تمام نیازهای بهداشتی و درمانی قربانیان نمی‌گردد.

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه کیفی de Oliveria و همکاران مشابهت دارد. مطالعه de Oliveria و همکاران به منظور بررسی خدمات ارایه شده به قربانیان خشونت جنسی از نظر پذیرش، دسترسی، توانایی حل نیازهای بهداشتی- درمانی و پاسخگویی به این نیازهای قربانیان انجام شد. نتایج مطالعه مذکور بیانگر آن بود که پذیرش در مراکز مورد مطالعه دچار مشکلاتی می‌باشد که از جمله علل آن می‌توان به کمبود اطلاعات ارایه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی به اهمیت این موضوع و کمبود توانایی حل مشکلات و نیازهای این قربانیان توسط تیم چند تخصصی درمان اشاره نمود. پاسخگویی درمانی در این مراکز اتفاق می‌افتاد، ولی این اقدامات درمانی در مراکز اورژانس و مراکز بهداشتی به میزان کافی نبود و بسیاری از زنان قربانی خشونت جنسی از حقوق خود درباره خدمات تخصصی مجاز ناآگاه بودند و کمبودهایی

می‌شوند. برای مثال یک متخصص زنان شاغل در بیمارستان آموزشی در این زمینه می‌گوید: «البته ببینید مشاوره‌های روان‌پزشکی‌ای که این‌جا انجام می‌شه آن‌جوری نیست که آدم انتظار داره مصاحبه بشه با مریض... روان‌پزشک می‌یاد دو کلمه حرف می‌زنه با مریض می‌نویسه توی پرونده می‌ره. مشاور روان‌پزشکی که میاد گه گذاری مشاوره روان‌پزشکی رو توی بیمارستان انجام می‌ده اگه انجام بشه اونم این‌جوری، ولی این‌که توی جلسات روان‌شناسی که این‌ها قطعاً باید مشاوره روان‌شناسی براشون انجام بشه ما نداشتیم تا الان».

با توجه به طبقات «تمرکز بر شرح‌حال و معاینات بالینی» که در واقع گرفتن شرح‌حال و پرسش در زمینه شکایت اصلی بیماران توسط ارایه کنندگان خدمات با استفاده و بر اساس فرم‌های ابلاغ شده می‌باشد، «ملاحظات قانونی» در مرکز طبق فرایندی از پیش تعیین شده شامل اطلاع دادن به پزشک آنکال و سوپروایزر بخش، صورت جلسه معاینه و مشاهدات توسط حراست بیمارستان و ثبت همه موارد مشاهده و گفته و بررسی شده در پرونده قربانی، انجام توجه به اقدامات تشخیصی غیر بالینی (پاراکلینیک) و «پیشگیری و درمان‌های عارضه‌محور صورتی» بر طبق رفرنس تدریس شده در بیمارستان‌های آموزشی و «درخواست ارجاع و مشاوره» بدون پیگیری‌های بعدی ارجاع و یا اثربخش بودن مشاوره و در حد رفع تکلیف است که در تمام این طبقات و رخدادها ویژگی و رخداد مشترک و کلی آن‌ها همان طوری که در این توضیحات مشاهده می‌گردد، کار معمول و وظیفه‌مداری است. پس «روتین و وظیفه‌مداری» درون‌مایه اصلی این مطالعه می‌باشد؛ چرا که بیانگر این امر است که ارایه کنندگان خدمات بهداشتی بالینی به زنان قربانی خشونت جنسی سعی می‌کنند بر اساس دستورالعمل‌های اداری و فرم‌های استاندارد از بیماران یک شرح‌حال اولیه و معاینه کلی را انجام داده و بعضی آزمایشات معمول را درخواست و بعضی از دستورات‌های درمانی را تجویز و در فرم‌های مربوط ثبت نمایند.

بحث

این مطالعه با هدف شناخت ادراک و تجارب ارایه دهندگان خدمات بهداشتی بالینی به قربانیان تجاوز جنسی صورت گرفت.

در اکثر مراکز بهداشتی- درمانی مورد مطالعه، درمان‌ها بر حسب تخصص فرد ارایه دهنده خدمت ارایه می‌شوند؛ بنابراین قربانیان خشونت جنسی، خدمات بهداشتی- درمانی کاملی را در زمان مراجعه به این مراکز دریافت نمی‌کنند. با این وجود نتایج نشان داد که وجود بخش‌نامه‌ها در مراکز درمانی ارایه دهنده خدمات به زنان پرخطر (مراکز زنان گذری) سبب بهبود ارایه خدمات تشخیصی و درمانی به قربانیان خشونت جنسی در مقایسه با سایر مراکز درمانی می‌شود.

نتایج مطالعات یاد شده و مطالعه حاضر نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین مشکلات در ارایه خدمات به قربانیان خشونت جنسی، نبود مرکزی مشخص با پروتکل درمانی واحد جهت ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به صورت متمرکز به زنان قربانی خشونت جنسی می‌باشد. البته مطالعات دیگر نشان می‌دهند که در برخی کشورها وجود برنامه جامع ارایه خدمت به قربانیان خشونت جنسی و وجود کادر درمانی آموزش دیده می‌تواند نیازهای درمانی قربانیان خشونت جنسی را تا حد زیادی مرتفع سازد؛ برای مثال Bechtel و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر حضور پرستار ارزیابی کننده خشونت جنسی در ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به قربانیان تجاوز جنسی در بخش اورژانس اطفال پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در صورت وجود پرسنل آموزش دیده، بسیاری از بیماران که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند از نظر بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی بررسی شده بودند و خدمات پیشگیری از بارداری و ارجاع به مرکز بحران تجاوز به عنف دریافت کرده بود (۱۷).

همان گونه که از نتایج پژوهش حاضر برمی‌آید، یکی از اجزای ارایه بهینه خدمات به قربانیان تجاوز جنسی، مهارت ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به این افراد توسط ارایه کنندگان خدمات بهداشتی است که نتایج این مطالعه می‌تواند سبب توجه دقیق‌تر و واقع‌بینانه‌تر مدیران و کارکنان سیستم بهداشتی- درمانی نسبت به مسایل و مشکلات موجود در زمینه ارایه خدمات به قربانیان تجاوز جنسی شود و سبب گردد که در راستای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی بازماندگان خشونت جنسی گام بردارند.

در زمینه ارجاع و مراکز ارجاع وجود داشت (۱۴). در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که در زمان پذیرش به دلیل مراجعه قربانی با شکایت غیر از خشونت جنسی، در اغلب موارد قربانیان یا شناسایی نمی‌شوند و یا کلیه نیازهای درمانی آن‌ها توسط درمانگر مرتفع نمی‌گردد و همچنین نتایج مطالعه نشانگر آن بود که پاسخگویی درمانی نه تنها در مراکز اورژانس و مراکز بهداشتی بلکه در مطب‌های خصوصی نیز دچار نقصان بود و محدودیت‌های واضحی در زمینه ارجاع و پیگیری مشاوری وجود داشت.

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه Ige و Fawole نیز مشابه بود. آن‌ها در یک مطالعه کمی در نیجریه به ارزیابی مراقبت‌های پزشکی ارایه شده به کودکان قربانی سوء استفاده جنسی پرداختند و نتیجه گرفتند که هنوز فاصله زیادی بین نیازهای مراقبت بهداشتی قربانیان خشونت جنسی و خدمات پزشکی ارایه شده به آن‌ها وجود دارد که این یافته با نتایج روتین‌مداری در امر درمان که از نتایج حاصل شده از مطالعه حاضر می‌باشد، مطابقت دارد؛ چرا که درمان بر حسب وظیفه و برنامه معمول موجود سبب نادیده گرفتن نیازهای واقعی مراقبت بهداشتی- درمانی قربانیان شده و سبب شده است که مراکز درمانی هر کدام بر حسب برنامه روزانه خود به انجام اقدامات تشخیصی و درمانی بپردازند و این امر به طور قطع سبب رفع تمام نیازهای بهداشتی و درمانی قربانیان نمی‌گردد (۵).

در مطالعه‌ای کمی، Amey و Bishai در آمریکا به بررسی کیفیت مراقبت‌های پزشکی ارایه شده به زنان قربانی خشونت جنسی پرداختند. در این مطالعه مشخص شد که زنان قربانی خشونت جنسی درمان کاملی را دریافت نمی‌کردند (۱۵) و Bakhru و همکاران (۱۶) در مطالعه دیگری در آمریکا که به بررسی درمان‌های پس از وقوع خشونت جنسی در آمریکا پرداختند، دریافتند که بیشتر قربانیان تجاوز جنسی مراقبت جامعی را در زمینه دریافت خدمات پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی دریافت نمی‌کنند. طبق نتایج این مطالعه، وجود پروتکل درمانی در بیمارستان به طور معنی‌داری در نگرش و عملکرد پزشکان مؤثر بود که نتایج این مطالعه‌ها نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ چرا که در مطالعه حاضر مشخص شد که

زنان قربانی تجاوز جنسی در کشور در دسترس نیست؛ بنابراین ضروری است محققین کشور در این رابطه توجه ویژه مبذول داشته و با انجام تحقیقات بیشتر بستر اطلاعاتی لازم را برای سیاست‌گذاری مؤثر فراهم آورند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه دکتری بهداشت باروری (با شماره ثبت: ۱۰۷۰۷۱۰) می‌باشد که در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تصویب شده است. پژوهشگران از تمام مسؤولان دانشگاه تربیت مدرس و نیز از کلیه مشارکت‌کنندگان که بدون مشارکت آن‌ها انجام این تحقیق امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

این مطالعه در دو شهرستان و به صورت یک مطالعه محدود کیفی انجام گرفت؛ بنابراین مانند تمام مطالعات کیفی در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت داشته و لازم است مطالعه در مکان‌های دیگر و با شرایط فرهنگی متفاوت تکرار گردد. همچنین در این پژوهش از تجارب زنان قربانی خشونت جنسی استفاده نگردید که پیشنهاد می‌گردد درک و تجارب آنان از نحوه دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مورد بررسی و کنکاش قرار گیرد.

نظر به این‌که تدوین و توسعه برنامه‌های مؤثر توسط سیاست‌گذاران جز از طریق دسترسی به اطلاعات مبتنی بر انجام مطالعات و پژوهش قابل حصول نمی‌باشد و دانش‌بنیادی کافی در خصوص ارائه خدمات بهداشتی بالینی به

References

1. United Nations Population Information Network (POPIN) un Population Division DoEaSAwsftUPFU. Guidelines on reproductive health [Online]. [cited 2013 Jun 11]; Available from: URL: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: revalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.
3. Maljoo H. Incest: Context, aggressor's strategies and victim's responses. *Social Welfare Quarterly* 2009; 9(34): 83-113. [In Persian].
4. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
5. Ige O, Fawole OI. Evaluating the medical care of child sexual abuse victims in a general hospital in Ibadan, Nigeria. *Ghana Med J* 2012; 46(1): 22-6.
6. Campbell R. Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women* 2006; 12(1): 30-45.
7. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
9. Shargh Newspaper [Online]. [cited 2012 Jun 30]; Available from: URL: <http://www.magiran.com/ppdf/nppdf/2387/p0238715420191.pdf>. [In Persian].
10. Ramezan Nargessi R. Rape and the offended women. *Womens Strategic Studies* 2004; 6(23): 68-104. [In Persian].
11. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. *J Army Univ Med Sci I R Iran* 2012; 10(3): 238-50. [In Persian].
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
13. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative. *Education for Information* 2004; 22: 63-75.
14. de Oliveira EM, Barbosa RM, de Moura AA, von KK, Morelli K, Botelho LF, et al. The services for women victims of sexual violence: a qualitative study. *Rev Saude Publica* 2005; 39(3): 376-82. [In Portuguese].
15. Amey AL, Bishai D. Measuring the quality of medical care for women who experience sexual assault with data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Ann Emerg Med* 2002; 39(6): 631-8.
16. Bakhru A, Mallinger JB, Fox MC. Postexposure prophylaxis for victims of sexual assault: treatments and attitudes of emergency department physicians. *Contraception* 2010; 82(2): 168-73.
17. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2008; 24(7): 442-7.

Experience of Healthcare Providers to Deal with Victims of Sexual Assault: A Qualitative Research

Shadab Shahali¹, Eesa Mohammadi², Minoor Lamyian³,
Maryam Kashanian⁴, Mohammad Eslami⁵

Original Article

Abstract

Introduction: Victims of sexual assault require comprehensive, gender-sensitive health services in order to cope with the physical and mental health consequences of their experience. In most countries, however, there is a gap between the healthcare needs of victims of sexual violence and the existing level of health services provided in such cases. Experiences of the service providers help to deepen the understanding of this phenomenon; so, this study aimed to understand the perceptions and experiences of clinical health care providers to victims of sexual assault.

Method: This was a qualitative study with content analysis approach. 23 healthcare providers working in private and public hospitals in Ahvaz and Tehran, Iran were selected with purposive sampling method. Data were collected using interviews, observations and recording field notes. All the interviews were recorded and transcribed verbatim. Data were analyzed using descriptive content analysis and the Granheim and Lundman method.

Results: Five categories including 255 primary codes were emerged. The derived codes were as follows: 1) focus on the history and physical examination; 2) legal considerations; 3) diagnostic and para-clinical services; 4) ostensible prevention and treatment of complications; and 5) consult and referral request. The main code included in all derived codes was "routine and task-orientation".

Conclusion: The findings showed that clinical healthcare providers provided health care to the victims of sexual violence regardless of their care needs, based on their routine administrative procedures. Therefore, the staff should concerns about the respond to the needs of females who have been sexually assaulted.

Keywords: Clinical service, Sexual assault, Qualitative study, Content analysis

Citation: Shahali Sh, Mohammadi E, Lamyian M, Kashanian M, Eslami M. **Experience of Healthcare Providers to Deal with Victims of Sexual Assault: A Qualitative Research.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(1): 37-50.

Received date: 26.12.2013

Accept date: 02.02.2014

1- PhD Student, Department of Obstetrics Health, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Nursing Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3- Associate Professor, Department of Obstetrics Health, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4- Professor, Department of Nursing and Midwifery, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Assistant Professor, Family and School Health Department, Tehran, Iran

Corresponding Author: Eesa Mohammadi PhD, Email: mohamade@modares.ac.ir