

طبابت، پیوند خرد و مهر است؛

خرد برای درمان، و مهر برای انسان

سرشناسه	مهدیان، سعید، ۱۳۷۳
عنوان و نام پدیدآور	خشونت شریک صمیمی و مدیریت پیامدهای روانشناختی فجایع و بلایا/ خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات تألیفی با پاسخ تشریحی Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.15th ed, section v, 2024/ ترجمه و تلخیص: دکتر سعید مهدیان
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری	۸۲ ص.: مصور(رنگی).
شابک	ریال شابک: ۸-۹۹۸-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ ج ۲۷
مدیر تولید و برنامه ریزی	الهه شهدادی
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, 2024 "به ویراستاری الن تاسمن... [و دیگران] است.
موضوع	روان‌پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	تزمن، آلن، ۱۹۴۷ - م.
شناسه افزوده	Tasman, Allan
رده بندی کنگره	RC ۴۵۴
رده بندی دیویی	۸۹/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۷۰۷۳۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

عنوان کتاب: خشونت شریک صمیمی و مدیریت پیامدهای روانشناختی فجایع و بلایا
خلاصه درس به همراه سوالات تألیفی با پاسخ تشریحی
Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, section v, 2024/
ترجمه و تلخیص: دکتر سعید مهدیان
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا:رزیدنت یار- مهشید چگینی
طراح و گرافیست:رزیدنت‌یار- مهراد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
تیراژ : ۱۰۰ جلد
شابک: ۸-۹۹۸-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
بهاء: ریال

آدرس: تهران میدان انقلاب ـ کارگرجنوبی ـ خیابان روانمهر ـ بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ – ۶۶۴۸۱۴۷۲ – ۰۲۱، ۶۶۴۸۱۷۳۴ – ۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷– ۰۲۱
www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

خشونت شریک صمیمی و مدیریت پیامدهای روانشناختی فجایع و بلایا

خلاصه درس به همراه سوالات تألیفی با پاسخ تشریحی

Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. Psychiatry.5th ed, section v, 2024/

ترجمه و تلخیص

دکتر سعید مهدیان

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۴

متخصص روانپزشکی

مقدمه ناشر

به نام خداوند زیبایی ها

سپاس و ستایش، سزاوار پروردگاری است که کرامتش بی‌کران، رحمتش بی‌پایان و راه دانش را چراغی برای تعالی انسان قرار داد؛ آن‌که به انسان آموخت، اندیشه را در جانش نشاند و قلم را به او سپرد تا آنچه را می‌آموزد، به دیگران نیز بیاموزد و چراغی از چراغ‌های دانایی را روشن نگاه دارد.

دانش، امانتی است که هر نسل از نسل پیشین به میراث می‌گیرد و بر غنای آن می‌افزاید؛ و پزشکی، در میان دانش‌ها، آمیخته‌ای شگفت از **دانش، خرد، تجربه و مهر** است. طبیب تنها با بیماری روبه‌رو نیست؛ با انسانی مواجه است که رنج، امید و زندگی خویش را به دستان او سپرده است.

پروردگارا، ما را از جویندگان راستین حقیقت و از شاکران نعمت دانایی قرار ده؛ یاری‌مان کن که در راه آموختن، از جست‌وجو بازنایستیم، در داوری به خرد تکیه کنیم و آنچه را می‌آموزیم، با امانت، دقت و شایستگی به آیندگان بسپاریم.

رزیدنت‌یار در نزدیک به دو دهه فعالیت در عرصه آموزش پزشکی، با باور به همین رسالت، کوشیده است پلی میان **دانش روزآمد، تجربه استادان و نیازهای واقعی جامعه پزشکی** باشد؛ بستری که در آن آموزش، تنها انتقال محفوظات نیست، بلکه تلاشی برای فهم عمیق‌تر، اندیشیدن دقیق‌تر و ساختن پزشکی توانمندتر است.

اثر پیشِ رو حاصل همین نگاه است؛ تلاشی برای گردآوری و سامان‌دهی دانشی گسترده در حوزه **روان پزشکی** و تبدیل آن به محتوایی منسجم، مفهوم‌محور و روان که مطالعه و به‌کارگیری آن را برای مخاطب آسان‌تر سازد. این اثر با بهره‌گیری از منابع و رفرنس‌های معتبر و با کوشش مؤلف گرامی در مفهوم‌سازی و روان‌سازی مباحث تدوین شده و پس از عبور از فرآیند کنترل و ارزیابی علمی رزیدنت‌یار و بررسی جمعی از اساتید، موفق به کسب **رتبه A در ارزیابی کیفی رزیدنت‌یار** شده است.

امید است این کتاب، تنها مجموعه‌ای از صفحات و مطالب نباشد؛ بلکه **همراهی باشد در مسیر آموختن، اندیشیدن و بهتر طبابت کردن** باشد که هر دانشی که از این صفحات می‌آموزید، روزی در نجات جانی، آرامش بیماری و روشن‌تر شدن چراغ زندگی انسانی به کار آید.

به امید آنکه دانش، با مهر همراه شود؛ و طبابت، شایسته‌ترین جلوه این همراهی باشد.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم

مقدمه مولف

شناخت رنج روانی انسان نیازمند توجه همزمان به زمینه ای است که در آن زندگی می کند. تجربه های فردی انسان از روابط، شرایط اجتماعی و رویدادهای زندگی جدا نیستند و فهم این عوامل، بخش مهمی از شناخت جامع تر سلامت روان را تشکیل می دهد. اگرچه درمان های روانپزشکی اغلب متمرکز بر درمان فردی است، اما شواهد پژوهشی و تجربیات بالینی نشان می دهند که پدیده های اجتماعی می توانند در شکل گیری، تداوم و پیامدهای مشکلات روانی نقش مهمی داشته باشند.

در منابع معرفی شده ی آزمون بورد تخصصی ۱۴۰۶ دو فصل جدید از کتاب تاسمن با موضوعات خشونت شریک صمیمی و جنسی و همچنین پیامدهای روانشناختی بلایا معرفی شده است. دو موضوع بسیار مهم که نقش زیادی بر سلامت روان افراد دارند. مطالعه ی این فصل ها به خصوص فصل ۱۵۰ که درباره خشونت های خانگی و خشونت های جنسی است علاوه بر اهمیت امتحانی، اهمیت بالینی نیز دارد. بسیاری از مراجعین روانپزشکی مورد این نوع خشونت‌ها قرار گرفته اند و اکثر اوقات بدون پرسش مستقیم ممکن است به آنها اشاره ای نکنند.

در این درسنامه تلاش کرده ام نکات اصلی و مطالب مورد نیاز برای آمادگی آزمون پوشش داده شوند. پیشنهاد می‌کنم قبل از شروع به مطالعه، ابتدا سوالات تالیفی با پاسخ تشریحی را مرور کنید تا با نکات مهم تر و محورهای امتحانی آشنا شوید. پرسش ها نیز سعی شده تا حدامکان به صورت کیس محور متناسب با شیوه های جدید آزمون بورد تخصصی طراحی شوند.

در پایان برای شما خوانندگان گرامی آرزوی موفقیت دارم. همچنین از همسر عزیزم سپاسگزارم که در مسیر طولانی و دشوار تعلیم و تعلم، همواره یار و یاور من بوده و هست.

به پایان آمد این دفتر، حکایت همچنان باقی

سعید مهدیان

آبان ماه ۱۴۰۵

فهرست مطالب

فصل ۱۵۰- خشونت شریک صمیمی و خشونت جنسی ۱۱
نمونه سوالات تألیفی با پاسخ تشریحی ۳۷
فصل ۱۵۱- مدیریت پیامدهای روانشناختی در فجایع و بلایا ٤۹
نمونه سوالات تألیفی با پاسخ تشریحی ۷۱

«با عنایت به اعلام رفرنسهای جدید در سال اول و با هدف آمادگی جهت آزمون‌های تخصصی سال ۱۴۰۶، در این مجموعه سوالات تالیفی با تمرکز بر این تغییرات جهت ارزیابی سطح دانش و آشنایی بیشتر با ساختار جدید ارائه شده است.»

فصل ۱۵۰
SECTION 150
Tasmans 2024

خشونت شریک صمیمی و خشونت جنسی

چکیده

فصل ۱۵۰ با عنوان "خشونت شریک صمیمی و خشونت جنسی" با یک تعریف آغاز می شود:
"خشونت عبارت است از استفاده عمدی از نیروی فیزیکی یا قدرت (به صورت تهدید یا اقدام عملی) علیه خود، دیگری یا یک گروه و جامعه که منجر به آسیب، مرگ، صدمات روانی، اختلال در رشد یا محرومیت شود، یا احتمال بروز این پیامدها را به شدت افزایش دهد".
در این فصل تمرکز مدیریت روانپزشکی دو نوع خشونت می باشد.مورد اول خشونت شریک صمیمی یا Intimate Partner Violaence که به اختصار آن را IPV می نامیم و مورد دوم که Sexual Violence یا همان خشونت جنسی می باشد که آن را به اختصار SV می نامیم.
مدیریت شامل تثبیت وضعیت بالینی، تامین امنیت بیمار و مداخلات روانشناختی اولیه می باشد. در نهایت به پیامدهای درازمدت این آسیب ها بر سلامت روان و مدیریت اختلال استرس پس از سانحه در قربانیان این دو گروه می پردازیم.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت خشونت را یک معضل جهانی بهداشت عمومی اعلام کرده است که مردان و زنان در تمام مراحل زندگی را درگیر می کند. این پدیده تمام اقشار، قومیت ها و تمامی کشورها را تحت تاثیر قرار می دهد. این سازمان خشونت را اینگونه تعریف می کند: " خشونت عبارت است از استفاده عمدی از نیروی فیزیکی یا قدرت (به صورت تهدید یا اقدام عملی) علیه خود، دیگری یا یک گروه و جامعه که منجر به آسیب، مرگ، صدمات روانی، اختلال در رشد یا محرومیت شود، یا احتمال بروز این پیامدها را به شدت افزایش دهد".
در ادمه دو تعریف مهم بر اساس CDC ارائه می شود:
۱ـ خشونت شریک صمیمی یا IPV شامل خشونت فیزیکی، جنسی، تعقیب و مزاحمت (Stalking) و پرخاشگری روانی (ازجمله تاکتیک های مبتنی بر اجبار) از سوی شریک صمیمی فعلی یا سابق (مانند همسرسابق، دوست پسر/دوست دختر، شریک عاطفی یا شریک جنسی) است.
۲ـ خشونت جنسی یا SV به هرگونه عمل جنسی گفته می شود که برخلاف میل فرد انجام گیرد. خشونت جنسی می‌تواند در بستر IPV رخ دهد، اما ممکن است توسط افراد دیگر نیز اعمال شود.

اگرچه قربانیان IPV و SV ممکن است با علائم تقریبا هر نوع اختلال روانی مراجعه کنند، اما علائم بیش برانگیختگی (Hyperarousal)، تجربه مجدد خاطرات تروماتیک (Re-experiencing) و رفتارهای اجتنابی (Avoidance) در آنها

بسیار شایع است. این علائم در دسته اختلالات Trauma and stressor related disorders قرار می گیرند که اختلال PTSD را نیز شامل می شود.



اپیدمیولوژی

شایع ترین نوع خشونت فیزیکی و جنسی مستمر در بزرگسالان، IPV از سوی شریک عاطفی فعلی یا سابق است.

(یادآوری: IPV یعنی خشونت شریک صمیمی)

CDC تعاریف و نمونه هایی برای چهار نوع اصلی IPV ارائه کرده:

۱ـ خشونت فیزیکی: به عنوان استفاده عمدی از نیروی فیزیکی تعریف می شود که پتانسیل ایجاد مرگ، ناتوانی، جراحت یا آسیب را داشته باشد. خشونت فیزیکی شامل مواردی از این دست است: چنگ زدن، هل دادن، تنه زدن، پرتاب کردن اشیا، چنگ انداختن و گرفتن، گاز گرفتن، خفه کردن، تکان دادن شدید، کشیدن مو، سیلی زدن، مشت زدن، کتک زدن، سوزاندن، استفاده از سلاح (تفنگ، چاقو یا سایر اشیا) و استفاده از وسایل محدودکننده (Restraints) یا استفاده از جثه، وزن و قدرت بدنی خود علیه دیگری. همچنین وادار کردن دیگران به ارتکاب هر یک از اعمال فوق نیز در زمره خشونت فیزیکی قرار می گیرد.

۲ـ خشونت جنسی: به هرگونه عمل جنسی اطلاق می شود که توسط فرد دیگر، بدون رضایت آزادانه و آگاهانه قربانی صورت گیرد، یا علیه شخصی انجام شود که توانایی اعلام رضایت یا امتناع را ندارد. این موارد عبارتند از: دخول اجباری یا دخولی که با سو استفاده از مصرف الکل/مواد تسهیل شده باشد. مواردی که در آن قربانی وادار می شود عمل دخول را روی فرد متجاوز یا شخص دیگری انجام دهد. دخول ناخواسته تحت فشارهای غیرفیزیکی، لمس جنسی عمدی یا اعمال غیرتماسی با ماهیت جنسی. خشونت جنسی همچنین زمانی رخ می دهد که فرد متجاوز، قربانی را با زور یا اجبار وادار کند تا با شخص ثالثی وارد رابطه جنسی شود.

۱ـ خشونت روانی: شامل استفاده از ارتباطات کلامی و غیرکلامی که با هدف آسیب رساندن ذهنی یا عاطفی به فرد مقابل و/یا اعمال کنترل بر رفتارها و تصمیمات اوست. نمونه های این نوع خشونت عبارتند از: پرخاشگری ابرازی (Expressive aggression) مانند خوار کردن، کوچک شمردن و تحقیر)، بازی های روانی، سو استفاده از نقاط ضعف فرد، کنترل سلامت باروری یا جنسی، تهدید به اعمال خشونت علیه اطرافیان یا حیوانات خانگی و همچنین کنترل مبتنی بر اجبار (Coercive control). مورد اخیر شامل محدود کردن دسترسی فرد به منابع مالی، دوستان یا خانواده، نظارت و کنترل افراطی یا تهدید به آسیب رساندن به خود یا دیگران است.

۲ـ تعقیب و مزاحمت (Stalking): شامل تماس ها و توجهات مکرر و ناخواسته ای است که موجب می شود فرد نسبت به امنیت جانی خود یا آشنایانش احساس ترس کند. از نمونه های آن می توان به پاییدن یا تعقیب کردن، ارسال مکرر پیام های تلفنی یا الکترونیکی، جاسوسی کردن، جا گذاشتن هدایا یا اشیا تهدیدآمیز برای شریک فعلی/سابق یا آسیب رساندن به اموال او اشاره کرد.

نکته بالینی: عاملان خشونت شریک صمیمی اغلب افرادی کنترل گر هستند و ممکن است بهانه های متعددی بیاورند تا مانع از مصاحبه خصوصی و انفرادی با بیمار شوند. بسیار ضروری است که راهی برای صحبت کردن با بیمار در غیاب شریک زندگی اش پیدا کنید. حتی اگر این کار مستلزم استفاده از یک مترجم خارج از خانواده یا انتقال موقت بیمار به بهانه انجام یک آزمایش (در فضایی که همراهان اجازه ورود ندارند) باشد.

شیوع

در مطالعه چندکشوری سازمان جهانی بهداشت پیرامون خشونت علیه زنان، تفاوت های گسترده ای در میزان شیوع بر اساس کشورها و همچنین مناطق شهری/روستایی مشاهده شد.

خشونت جنسی یا فیزیکی زنان از سوی شریک صمیمی : کمترین میزان معادل ۱۵ درصد در مناطق شهری ژاپن

بیشترین میزان معادل ۷۱ درصد در مناطق روستایی اتیوپی

به طور کلی IPV در مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری بود.

در پیمایش ملی خشونت جنسی و شریک صمیمی در ایالات متحده (NISVS):

IPV با این معیارها سنجیده شد: خشونت جنسی،فیزیکی و/یا تعقیب و مزاحمت از سوی شریک صمیمی

یافته ها: ۳۶.۴ درصد از زنان و ۳۳.۶ درصد از مردان، تجربه حداقل یک بار IPV در طول عمر را گزارش کردند.

این آمار در سال ۲۰۰۲ به صورت: ۲۲ درصد در زنان و ۷ درصد در مردان گزارش شده بود.

این افزایش احتمالا نشان دهنده احساس راحتی بیشتر افراد به ویژه مردان در **گزارش دهی** این موارد است.

تعقیب و مزاحمت توسط ۱۶ درصد از زنان و ۸.۵ درصد از مردان گزارش شد.

به طور کلی زنان با احتمال بیشتری دچار آسیب های جدی از جمله مرگ می شوند. زنان بیشتر در معرض حملات مزمن قرار دارند. پیامدهای آسیب زا تری را متحمل می شوند.در مطالعه NVAW ایالات متحده زنان به طور متوسط ۶.۹ بار توسط یک شریک مورد حمله قرار گرفتند در حالی که این میانگین برای مردان ۴.۴ بار بود.

در یک مرور سیستماتیک بر روی داده های ۶۶ کشور، به طور میانگین ۳۹ درصد از قتل های زنان و حدود ۶ درصد از قتل های مردان توسط شریک صمیمی صورت گرفته است (در مجموع ۱۴ درصد قتل ها). در آمار کشورها، کشورهای پردرآمد و کشورهای جنوب شرقی آسیا به ترتیب با ۱۵ و ۱۹ درصد بیشترین نسبت قتل توسط شریک صمیمی را گزارش کردند.

شواهدی مبنی بر افزایش IPV و SV در دوران پاندمی Covid-19 وجود دارد. به نظر می رسد شرکای آزارگر از شرایط قرنطینه برای منزوی تر کردن قربانیان سو استفاده می کردند. دریک مطالعه در چین گزارش شد که خشونت خانگی سه برابر شد که ۹۰ درصد آنها با محدودیت های پاندمی ارتباط داشت. مطالعه دیگری در بریتانیا از دو برابر شدن قتل‌های خانگی در طول پاندمی خبر داد.

مهم:

عوامل خطر مرتبط با خشونت شریک صمیمی و خشونت جنسی

خشونت شریک صمیمی و خشونت جنسی می تواند هر فردی را درگیر کند. حتی کسانی که هیچ عامل خطری ندارند. با این وجود برخی افراد بیشتر در معرض خطر هستند.

ویژگی های دموگرافیک:

سنین پایین

زنان، افراد ترنس جندر، افراد دارای عدم انطباق جنسیتی (Gender non-conforming)

وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین

سابقه تجربه خشونت در دوران کودکی

ویژگی های رابطه:

اختلاف مالی یا تحصیلی بین شرکای عاطفی

بیکاری یا اشتغال ناقص (under-employed) شریک عاطفی (اشتغال ناقص مثل کسی که شغل کمتر از تحصیلات داشته باشد)

آزار کلامی پیشین یا مستمر

جدایی اخیر از زندگی مشترک (هم خانگی)

سوء مصرف الکل یا مواد در شریک عاطفی

جنس و جنسیت

هر دو مورد IPV و SV زنان بیشتر از مردان در معرض تجربه آنها هستند.

مطالعات نشان داده زنانی که با یک زن هم خانه هستند، نسب به جمعیت کلی زنان میزان کمتری IPV تجربه میکنند (۱۱ درصد در برابر ۲۲ درصد). **از طرفی مردانی که با یک مرد زندگی می کنند بیشتر از میانگین کلی مردان در معرض این نوع خشونت قرار دارند** (۱۵ درصد در برابر ۷ درصد). داده های کانادا گزارش کرده که IPV در زوج های هم جنس گرا بالاتر از زوج های دگرجنس گراست.

در مطالعه دیگری مشاهده شد افراد Gender non-conforming میزان بیشتری از خشونت نسب به افراد Cisgender تجربه می کنند.

عوامل اجتماعی-اقتصادی

سن پایین ، بیکاری یا اشتغال ناقص شریک عاطفی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، اقلیت های قومی همگی بیشتر در معرض خطر هستند.

زنان با درآمد پایین بیشتر از زنان با درآمد بالا در معرض خشونت هستند. با این حال زنان در طبقه های متوسط و بالا هم ممکن است در معرض محدودیت های مالی و اقتصادی به دلیل اعمال محدودیت شریک آزارگر قرار بگیرند.

ویژگی‌های خاص رابطه

داشتن یک شریک عاطفی با رفتار آزارگرانه کلامی، احتمال تجربه IPV را دوبرابر می کند. یکی از زمان های پرخطر دقیقا پس از آن است که یکی از زوجین محیط زندگی مشترک را ترک کرده باشد.

زنان مجردی که با شریط عاطفی خود هم خانه هستند بر خلاف مردان ، نسبت به زوج های متاهل بیشتر در معرض خطر هستند. اختلاف تحصیلی و مالی بارز در زوجین نیز خطر بالاتری ایجاد می کند. در مردان داشتن تفاوت نژادی با شریک عاطفی یک عامل خطر مهم برای قرار گرفتن در معرض آزار محسوب می شود. سو مصرف الکل و مواد نیز از عوامل خطر بسیار حائز اهمیت در این زمینه هستند.

سایر جمعیت های در معرض خطر

سابقه سوء استفاده در کودکی، افراد دارای معلولیت (مخصوصا کم توانی ذهنی) در معرض خطر بالاتری هستند.

تا ۲۰ درصد زنان در دوران بارداری IPV را تجربه می کنند. برخی گزارش ها نشان می دهند که خشونت های مستمر در طول دوره های بارداری و پس از زایمان تشدید می شوند اما همچنان روی اینکه آیا بارداری به خودی خود عامل خطر باشد یا خیر اتفاق نظر وجود ندارد. زنان در سنین باروری در بالاترین میزان خطر IPV هستند. یافته بسیار قوی در این‌باره این است زنانی که در بارداری مورد IPV قرار گرفتند، پیش از بارداری نیز در معرض آزار بوده اند.

بیماری های روانی

IPV در میان زنان مراجعه کننده با مراکز خدمات روانپزشکی بیشتر مشاهده شده است.

نسبت شانس در طول عمر زنان برای تجربه IPV : اختلالات افسردگی ۲.۷۷ ، اختلالات اضطراب ۴.۰۸ و PTSD 7/34در مقایسه با زنان فاقد اختلال روانی

مطالعات مختلف این افزایش نسبت شانس را برای هر دو جنس در تمامی دسته های تشخیصی روانپزشکی از جمله سایکوز گزارش کرده اند. شیوع آن اینجا هم در زنان بیشتر بوده.

سایر عوامل خطر

ضعف در مجازات ها و بازدارنده های اجتماعی علیه IPV ، جایگاه پایین زنان در جامعه، مهاجر بودن، بومی بودن، محدودیت در فعالیت ها مانند معلولیت، تعلق به جامعه اقلیت های جنسی و جنسیتی (LGBTQ) همگی عوامل خطر هستند.

خشونت جنسی

تعاریف:

خشونت جنسی در قسمت های قبلی توضیح داده شد، در این قسمت انواع زیر را یاد بگیرید:

دخول اجباری موفق یا ناموفق به قربانی

دخول موفق یا ناموفق به قربانی با سو استفاده از الکل و مواد

اعمال اجباری موفق یا ناموفق که در آن ها قربانی وادار به دخول به متجاوز یا شخص دیگری می شود

اعمال تسهیل شده با الکل و مواد (موفق یا ناموفق) که در آن ها قربانی وادار به دخول به متجاوز یا شخص دیگری می شود

دخول ناخواسته بدون اعمال زور فیزیکی، که پس از اعمال فشار کلامی، ارعاب یا سوءاستفاده از قدرت برای گرفتن رضایت یا تسلیم کردن فرد رخ می‌دهد

تماس جنسی ناخواسته

تجربیات جنسی ناخواسته غیرتماسی

پس به طور کلی SV به هر عمل جنسی گفته می شود که بر خلاف میل فرد انجام گیرد.

سایر تعاریف:

عمل جنسی موفق: شامل هرگونه تماس، هرچند جزئی، همراه با دخول بین آلت تناسلی مردانه و فرج، یا آلت تناسلی مردانه و مقعد. تماس بین دهان و آلت تناسلی مردانه، فرج یا مقعد یا وارد کردن دست، انگشت یا اشیای دیگر به مجرای مقعدی یا تناسلی شخص دیگر.

تماس جنسی آزارگرانه: به لمس عمدی (مستقیم یا از روی لباس) اندام تناسلی، مقعد، کشاله ران، پستان، داخل ران یا باسن هر فردی بدون رضایت او یا فردی که توانایی اعلام رضایت یا امتناع را ندارد گفته می شود.

سو استفاده جنسی غیرتماسی: شامل تماس فیزیکی با ماهیت جنسی بین متجاوز و قربانی نمی شود. مثل چشم چرانی (Voyeurism)، قرار دادن عمدی فرد در معرض بدن نمایی (Exhibitionism)، اجبار به تماشای پورنوگرافی، آزار جنسی کلامی یا رفتاری، تهدید به خشونت جنسی برای دستیابی به اهداف دیگر. همچنین گرفتن عکس های برهنه با ماهیت جنسی از فردی دیگر بدون رضایت و آگاهی او یا از فردی که توانایی اعلام رضایت یا امتناع ندارد را شامل می شود.

شیوع

در ایالات متحده شیوع تجاوز جنسی موفق و ناموفق در طول عمر برای زنان ۱۶ درصد و برای مردان ۱.۴ درصد برآورد شده است. تجربه تماس جنسی ناخواسته: در طول عمر ۳۷ درصد از زنان و ۱۷.۹ درصد از مردان. اجبار جنسی در طول عمر در ۱۶ درصد از زنان و ۹.۶ درصد از مردان.

نرخ جهانی خشونت جنسی توسط شریک صمیمی یا سایر افراد برای زنان در سراسر جهان بین ۲۷ تا ۶۸ درصد متغیر است. بالاترین طیف این آمار مربوط به آسیای جنوب شرقی، آفریقا و منطقه غرب اقیانوس آرام است. همچنین پژوهش‌ها در بریتانیا، کانادا و ایالات متحده نشان داده‌اند که نرخ خشونت جنسی و خشونت جنسی همجنس‌گرایانه در میان پرسنل نظامی (مرد و زن) بالاتر از جمعیت غیرنظامی است.

عوامل خطر

زنان جوان آسیب پذیری بیشتری دارند و بخش عمده ای از موارد تجاوز یا اقدام به تجاوز در سنین پایین تر از ۲۵ سالگی و قابل توجهی از موارد قبل از ۱۸ سالگی روی می دهد. در نوجوانان تجاوز در قرار ملاقات (Date rape) اهمیت ویژه ای دارد. در سنین پایین تر ، اعضای خانواده و بستگان نیز از عاملان شایع هستند. در مردان، زندانیان از گروه های در معرض خطر بالاتر محسوب می شوند.

تعرض جنسی ممکن است با مصرف الکل یا مواد تسهیل شود. برخی مواد موسوم به rape drugs، از جمله فلونیترازپام (Rohypnol) وGHB (گاماهیدروکسی بوتیرات) می توانند موجب اختلال حافظه شوند به طوری که قربانی هیچ خاطره‌ای از حمله به یاد نیاورد. این مورد نیز در زنان (۱۱ درصد) بیشتر از مردان گزارش شده است.

نکته بالینی

اگر فلونیترازپام به هر نوع نوشیدنی اضافه شود، ممکن است کاملا غیرقابل تشخیص باشد. این دارو در کمتر از ۳۰ دقیقه شروع به اثر می کند، در ۲ ساعت به اوج اثر خود می رسد و می تواند تا ۸ الی ۱۲ ساعت اثرات خود را حفظ کند. علاوه بر عارضه شناخته شده فراموشی (آمنزی)، این دارو باعث خواب آلودگی، شل شدن عضلات و سدیشن عمیق می شود.

آمنزی آنتروگراد: ویژگی بارز فلونیترازپام در سو استفاده های DFSA (تجاوز تسهیل شده با دارو)، ایجاد فراموشی پیش گستر (آنتروگراد) عمیق است که مانع از رمزگذاری خاطرات جدید از زمان شروع دارو می شود.

اثر سینرژیستیک با الکل: مصرف همزمان این بنزودیازپین با الکل (که در محیط بار بسیار محتمل است) اثرات تضعیف کننده CNS، سدیشن و شل شدگی عضلانی را به شدت تقویت کرده و مقاومت فیزیکی قربانی را غیر ممکن می سازد.

ارزیابی در مرکز بحران: به دلیل متابولیسم دارو، غربالگری های روتین سم شناسی ممکن است همیشه آن را نشان ندهند. شناسایی دقیق نیازمند آزمایش های اختصاصی برای متابولیت های آن مانند ۷-آمینو فلونیترازپام در نمونه های ادرار یا خون است که ترجیحا باید در بازه طلایی ۷۲ ساعت اولیه اخذ شوند.

مدیریت حاد IPV و SV

مراجعه حاد به علت IPV ممکن است با آسیب های جسمی یا پیامدهای روانپزشکی و جسمانی همراه باشد. آسیب ها می‌تواند شامل کوفتگی، خراشیدگی، پارگی، شکستگی و دررفتگی باشند. بررسی Head trauma اهمیت دارد. این حالت که به آن سندروم بزرگسال تکان داده شده (Shaken adult syndrome) گفته می شود، ممکن است با علائمی مانند تاری دید، استفراغ، گیجی و سردرد بروز کند. همچنین در موارد خفگی، کاهش سطح هوشیاری و تشنج ممکن است رخ دهد. همچنین این افراد ممکن است دچار تشدید بیماری های مزمن، بروز یا تشدید دردهای مزمن و علائم سوماتیک، اختلالات خواب و خوردن، اختلالات مصرف مواد، اختلالات افسردگی و اضطرابی و افکار یا اقدام به خودکشی شوند.

در ارزیابی بالینی توجه به نشانه هایی مانند آسیب های مکرر یا توضیحات نامتناسب درباره آسیب، بیماری مزمن با کنترل نامناسب و علائم روانپزشکی می تواند ضرورت بررسی IPV را مطرح کند. برخی رفتارهای ظاهرا مشکوک مانند پرهیز از تماس چشمی یا مخالفت پارتنر با معاینه انفرادی، باید با توجه به زمینه فرهنگی تفسیر شوند (یعنی در نظر داشته باشید در برخی فرهنگ ها این موارد طبیعی هستند).

شناسایی و بیماریابی

قربانیان ممکن است به دلیل شرم، ترس از تلافی، وابستگی اقتصادی، نگرانی درباره حضانت فرزندان یا وضعیت اقامتی (برای مهاجران) و فشارهای فرهنگی خشونت را افشا نکنند. پرسش مستقیم و همدلانه از سوی کادر درمان، احتمال افشای خشونت را به طور چشمگیری افزایش می دهد.

شواهد فعلی از غربالگری همگانی (Universal screening) برای IPV مستمر حمایت قوی نمی کنند. بنابراین بیماریابی هدفمند در بیماران دارای نشانه های بالینی یا عوامل خطر توصیه می شود. زنان باردار به ویژه باید از نظر IPV ارزیابی شوند زیرا خشونت می تواند پیامدهای مهمی برای مادر و جنین داشته باشد. کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا توصیه می کند که تمامی زنان باردار در اولین ویزیت پیش از زایمان، حداقل یک بار در هر سه ماهه و همچنین در ویزیت پس از زایمان از نظر قرار گرفتن در معرض آزار ارزیابی شوند.

یکی از موانع اصلی در شناسایی موراد خشونت احساس عدم راحتی بالینگران و فقدان دانش کافی درباره اقدامات لازم پس از افشای خشونت توسط بیمار است. ضروری است که بالینگران خط مقدم از منابع و امکانات موجود در جامعه برای کمک

به قربانیان خشونت آگاه باشند. پزشکان باید به خاطر داشته باشند که نیازی نیست خودشان تمام جنبه‌های مشکل را مدیریت کنند و معمولاً امکان ارجاع بیمار به مددکاران اجتماعی یا نهادهای اجتماعی مربوطه وجود دارد. نهادهای حامی حقوق قربانیان، اغلب دسترسی به چندین سرویس مرتبط با IPV را به‌طور یکجا فراهم می‌کنند.

اصول پرسش درباره IPV بر اساس توصیه های WHO:

۱ـ داشتن یک پروتکل یا دستورالعمل استاندارد اجرایی درباره زمان پرسیدن، نحوه پرسیدن و اقدامات لازم پس از شناسایی موارد.

۲ـ آموزش نحوه پرسش از جمله آموزش برای ارائه پاسخ های همدلانه.

۳ـ اطمینان از وجود یک محیط خصوصی برای گفتگو (به‌ویژه اطمینان از امن بودن شرایط یعنی عدم حضور شریک زندگی بیمار).

۴ـ تضمین رازداری و محرمانگی (و توضیح دادن هرگونه محدودیت احتمالی در رازداری برای بیمار).

۵ـ وجود یک سیستم مشخص و آماده برای ارجاع.

رویکرد بالینگر باید بدون قضاوت، همدلانه و محترمانه باشد. وجود اطلاعات مربوط به خدمات حمایتی در محیط‌های درمانی می تواند افشای خشونت را تسهیل کند. با این حال ارائه این اطلاعات باید با توجه به احتمال افزایش خطر در صورت مشاهده آن توسط شریک آزارگر انجام شود.

مکان های مناسب برای قرار دادن اطلاعات مربوط به خشونت شامل: اتاق های انتظار، اتاق های معاینه خصوصی، سرویس‌های بهداشتی هستند. این اطلاعات باید حاوی هشدارهایی برای زنانی باشد که این مطالب را با خود می برند (به این معنی که اگر پارتنر آنها این مطالب را ببینند ممکن است بیشتر در معرض خطر قرار بگیرند).

در بیماریابی هدفمند، نحوه پرسیدن سوال مهم تر از عبارت دقیق آن است. استفاده از Normalization می تواند به کاهش مقاومت بیمار کمک کند. به عنوان مثال می توان توضیح داد که این سوالات از همه بیماران پرسیده می شوند. همچنین می توان ابتدا درباره روابط فعلی و سابقه روابط سوال کرد و سپس به رفتارهای مشخص رسید. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در تعریف و درک خشونت، بهتر است به جای اصطلاحات کلی مانند سواستفاده یا تعرض درباره رفتارهای مشخص مانند سیلی زدن، کتک زدن یا رابطه جنسی ناخواسته سوال شود.

پزشک پس از اینکه از IPV پرده برداشت، مهم است که ابراز نگرانی کرده و به فرد منتقل کند که احساس ناراحتی و واکنش هایش کاملا قابل درک هستند.

نکته کلیدی: بالینگر باید تمایل خود را برای کمک کردن نشان دهد و به بیمار اطمینان دهد که مقصر این اتفاقات نیست. سپس درمانگر باید توانایی خود را برای کمک کردن ابراز کند.

اگر بیمار در ابتدا قربانی بودن خود در IPV را انکار کند، این مسئله ممکن است نشانه این باشد هنوز برای افشای سواستفاده احساس امنیت نمی کند یا رفتارهای آزارگرانه را مصداق سو استفاده نمی داند. ممکن هم هست که واقعا مورد سواستفاده

قرار نگرفته باشد. در این شرایط باید پاسخ بیمار را پذیرفت، آموزش ها کلی درباره سو استفاده ارائه داد و احتمال پرسش مجدد در آینده را در نظر گرفت.

جدول ۱: تظاهرات بالینی که ظن به خشونت شریک صمیمی را بر می انگیزند

مسائل سلامت روان و مصرف مواد

علائم افسردگی، اضطراب، PTSD و اختلالات خواب

افکار یا اقدام به خودکشی و خودآزاری

سو مصرف الکل و سایر مواد

علائم توجیه نشده (بدون علت مشخص پزشکی)

علائم گوارشی مزمن

علائم مرتبط با دستگاه تولید مثل از جمله دردهای لگنی و sexual dysfunction

دردهای مزمن توجیه نشده

مراجعات پزشکی مکرر بدون رسیدن به یک تشخیص بالینی روشن

مشکلات سلامت باروری

پیامدهای نامطلوب باروری (مانند حاملگی های ناخواسته و یا ختم بارداری های متعدد، تاخیر در دریافت مراقبت های دوران بارداری، پیامدهای نامطلوب زایمان

خونریزی های مکرر واژینال و عفونت های مقاربتی

علائم ادراری-تناسلی توجیه نشده (مانند عفونت های مکرر مجاری ادراری)

پیامدهای آسیب های فیزیکی

جراحات تروماتیک به ویژه موارد مکرر که با توضیحات مبهم یا غیرقابل باور توجه می شوند.

درگیری سیستم عصبی مرکزی شامل سردردها ، مشکلات شناختی و افت شنوایی

ویژگی های شریک زندگی

حضور همسر یا شریک عاطفی مداخله گر (Intrusive) در جلسات ویزیت و معاینه