

ارزش تشخیصی ابزار HITS در مقایسه با ابزار CTS2 در غربالگری خشونت خانگی

مژگان میرغفوروند* سکینه محمدعلیزاده چرندابی** محمد اصغری جعفرآبادی*** صونیا اسدی****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان مشکل اجتماعی بزرگی است که سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با شیوع نسبتاً بالای خشونت خانگی و نیاز به غربالگری، وجود ابزاری ساده جهت تشخیص صحیح و در مدت زمان کوتاه ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف مقایسه ارزش تشخیصی ابزار پرسشنامه کوتاه HITS و مقیاس بازنگری شده تدبیر تعارض (CTS2) در غربالگری خشونت خانگی انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی در مورد ۲۷۹ زن همسر دار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی، مقیاس تجدیدنظر شده تدبیر تعارض و پرسشنامه کوتاه HITS جمع‌آوری شد. از شاخص کاپا برای بررسی توافق بین ابزارها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ابزار HITS از حساسیت نسبتاً خوب (۷۵/۷٪) و ویژگی بالایی (۹۳/۵٪) برخوردار است. ارزش پیشگویی مثبت و منفی به ترتیب ۹۶/۸٪ و ۵۹/۵٪ بود. توافق متوسطی (۰/۶) بین دو ابزار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: به واسطه سادگی ابزار HITS و امکان تکمیل آن در مدت زمان کوتاه، می‌توان این پرسشنامه را برای شناسایی افراد مورد خشونت در سطح وسیع توصیه نمود. همچنین توسعه ابزار در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

نویسنده مسؤول:
صونیا اسدی؛ دانشکده
پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی
تبریز

e-mail:
sonia.asadi@ymail.
com

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، ارزش تشخیصی، ابزار CTS2، ابزار HITS

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۵

مقدمه

خشونت علیه زنان یک نگرانی عمده بهداشت عمومی و حقوق بشر است (۱) و براساس تحقیقات انجام یافته، شیوع بالایی در سطح جهان دارد (۲). خشونت یکی از موانع اصلی توسعه است و نفی خشونت علیه زنان، توانمندسازی آنان و برابری جنسیتی برای دستیابی به اهداف، توسعه لازم است (۳). خشونت خانگی یا خشونت توسط همسر

متداول‌ترین شکل خشونت علیه زنان است (۳ و ۲) و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) عبارت است از «هرگونه رفتار خشونت‌آمیز که توسط همسر انجام گیرد و سبب آسیب جسمی، جنسی و روانی گردد» (۴ و ۵).

طبق گزارش WHO در مورد انواع خشونت علیه زنان، شیوع خشونت جنسی، جسمی و عاطفی در کشورهای مختلف مورد مطالعه (۱۰ کشور)، متفاوت بوده است (۱). طی یک پیمایش ملی در ایران (۱۳۸۳) که در ۲۸ استان انجام یافته، شیوع خشونت در بین زنان ایرانی، از اول زندگی مشترک تا زمان مطالعه

* استادیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
** عضو مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤخر بر سلامت، دانشیار گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
*** عضو مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، استادیار گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
**** کارشناس ارشد مامایی

۶۶٪ گزارش شده است (۶). از آن جا که خشونت توسط همسر می‌تواند اثرات بهداشتی حاد و مزمن مختلفی در زنان داشته باشد و به صورت مستقیم و غیرمستقیم سبب تهدید سلامت جسمی، روانی و سلامت باروری آنان گردد (۷-۱۰)، غربالگری و شناسایی زود هنگام موارد خشونت، از اهمیت بالایی برخوردار است. جهت شناسایی خشونت خانگی، ابزارهای مختلفی وجود دارد. یکی از این ابزارها، مقیاس بازنگری شده تدبیر تعارض (The CTS2: Revised Conflict Tactics Scales) هست که در سال ۱۹۹۵ در آمریکا طراحی شده است (۱۱). این پرسشنامه به صورت خودگزارشی یا مصاحبه‌ای تکمیل می‌گردد، ۷۸ سؤال دارد و فراوانی و شدت خشونت در زوجها را به طور معمول و استاندارد در طی یک سال گذشته می‌سنجد. اما بسیاری از زنان به علت طولانی بودن زمان تکمیل آن، تمایل به استفاده از این ابزار در غربالگری و شناسایی خشونت خانگی ندارند. ابزار HITS (Hurts, Insults, Threaten, Screams) یکی دیگر از ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری خشونت خانگی است. این پرسشنامه برای دسترسی به یک ابزار کوتاه، جهت غربالگری خشونت خانگی توسط یک پزشک خانواده در آمریکا در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است (۱۲) و به علت تعداد سؤالات کم، ابزار مناسبی برای غربالگری خشونت خانگی است. با توجه به مطالعات انجام یافته، خشونت خانگی یک مشکل شایع در ایران است. در مطالعه مقدم‌حسینی و همکاران شیوع کلی خشونت ۷۸/۱٪ گزارش شده است (۱۳). در مطالعه‌ای دیگر که توسط نیکبخت نصرآبادی و

همکاران انجام یافته، شیوع خشونت علیه زنان ۶۳/۸٪ گزارش شده است (۱۴). در مطالعه قهاری و همکاران در ساری، شیوع خشونت جسمی، روانی و جنسی به ترتیب ۷۳/۵٪، ۹۲/۲٪ و ۴۹/۶٪ گزارش شده است (۱۵). در مطالعه اسدی و همکاران، شیوع کلی خشونت در ابعاد مباحثه‌ای، روانی، جنسی، جسمی و آسیب به ترتیب ۹۷٪، ۸۳/۲٪، ۵۴/۳٪، ۴۴/۶٪، ۲۲/۶٪ گزارش شده است (۱۶). بنابراین وجود ابزاری دقیق و سریع جهت غربالگری موارد خشونت خانگی، تشخیص و مشاوره به موقع آن می‌تواند به سلامتی زنان، بهبود کیفیت زندگی آنان و در نهایت استحکام بنیان خانواده کمک کند. براساس بررسی‌های انجام یافته مطالعه‌ای که به بررسی ارزش تشخیصی پرسشنامه HITS در مقایسه با یک ابزار استاندارد برای تشخیص خشونت خانگی و تعیین حساسیت و ویژگی آن پرداخته باشد، انجام نگرفته است. این مطالعه با هدف مقایسه ارزش تشخیصی ابزار پرسشنامه کوتاه HITS و مقیاس تجدیدنظر شده تدبیر تعارض (CTS2) در غربالگری خشونت خانگی انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی است که در مورد ۲۷۹ نفر زن همسر دار مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی-درمانی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. حجم نمونه براساس اطلاعات اولیه شامل حساسیت و ویژگی مورد انتظار (در هر مورد ۸۰٪ لحاظ شد) و میزان شیوع خشونت (حدود ۵۰٪ به طور متوسط برای مجموعه ابعاد) براساس

مطالعه، از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه به- صورت کتبی گرفته شد و داده‌ها با استفاده از ابزارهای مطالعه گردآوری گردید.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۴۹-۱۵ سال، زندگی با همسر در زمان انجام مطالعه، گذشت حداقل یک‌سال از زمان زندگی مشترک و داشتن سطح سواد راهنمایی و بالاتر. معیارهای عدم ورود و خروج از مطالعه شامل وقوع هرگونه اتفاق ناگوار در طی یک سال گذشته (هر اتفاق استرس‌زا در زندگی هر یک از زوج‌ها مانند مرگ اعضای درجه اول خانواده یا تصادفی که سبب آسیب جدی جسمی یا روانی شود)، بارداری، دوران نفاس (از روز زایمان تا یک سال بعد) (۱۸) ابتلای هر یک از زوج‌ها به بیماری‌های روانی (براساس اظهار خود فرد)، ابتلای هر یک از زوج‌ها به نازایی و انصراف از ادامه همکاری حین تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات فردی- اجتماعی، مقیاس تجدیدنظر شده تدبیر تعارض (CTS2) و پرسشنامه HITS بود. پرسشنامه اطلاعات فردی- اجتماعی شامل سؤالاتی در زمینه سن مشارکت‌کننده و همسرش، مدت ازدواج، تعداد فرزندان زنده، سطح تحصیلات مشارکت‌کننده و همسرش، شغل مشارکت‌کننده و همسرش، کفایت درآمد ماهیانه خانوار، نوع انتخاب همسر و افرادی که با مشارکت‌کننده و همسر وی زندگی می‌کردند، بود. مقیاس تجدیدنظر شده تدبیر تعارض (CTS2) در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است (۱۰). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط بهبودی‌مقدم و همکارانش، با آلفای کرونباخ ≤ 0.90 تأیید شده است (۱۹). این پرسشنامه

مطالعه محمدخانی (۱۷)، با احتساب خطای قابل تحمل ۱۰٪ و اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از نرم‌افزار Lin Naing حداقل ۱۲۵ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن اثر نمونه‌گیری خوشه‌ای (Design Effect= 2) حجم نمونه به ۲۵۰ مورد و سپس با در نظر گرفتن احتمال ریزش به این تعداد ۳۰ مورد نیز اضافه گردید.

فرایند نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین ۳۹ مرکز بهداشتی درمانی و ۴۲ پایگاه بهداشتی فعال سطح شهر تبریز، یک چهارم آن‌ها (۱۰ مرکز و ۱۱ پایگاه) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. لیستی از جمعیت زنان حایز شرایط هر مرکز و پایگاه تهیه شد و تعداد کل زنان حایز شرایط محاسبه و سپس به صورت نسبی و براساس تعداد زنان همسر دار تحت پوشش هر مرکز و پایگاه (به صورت منتخب ۷ تا ۱۵ نفر برای هر مرکز یا پایگاه)، تعداد نمونه مناسب با توجه به حجم نمونه اصلی مطالعه برای هر مرکز/ پایگاه محاسبه شد و نمونه‌ها به تعداد سهمیه هر مرکز، از لیست زنان تحت پوشش به صورت تصادفی انتخاب شدند. اکثریت نمونه‌های انتخاب شده، حاضر به شرکت در مطالعه شدند و نمونه‌های انتخاب شده‌ای که به هر دلیلی در مطالعه شرکت نکردند، به همان روش تصادفی جایگزین شدند. سپس با زنان انتخاب شده تماس گرفته شد و با توضیح مختصر در مورد پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده، از آنان برای شرکت در پژوهش، دعوت به عمل آمد. در زمان مراجعه با توضیح درباره هدف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات موجود در پرسشنامه، امکان اطلاع از نتایج

بار منفی (سؤالات جنبه منفی دارند) هستند. هر سؤال ۸ گزینه (۰ تا ۷) برای پاسخ دادن دارد و دفعات تکرار خشونت مربوط را می‌سنجد. برای امتیازدهی، یک نمره میانی برای هر یک از گزینه‌ها در نظر گرفته می‌شود. نقطه میانی گزینه‌های صفر، ۱ و ۲ مشابه با خود اعداد هستند. گزینه ۳ دارای نقطه میانی ۴، گزینه ۴ دارای نقطه میانی ۸، گزینه ۵ دارای نقطه میانی ۱۵ و گزینه ۶ دارای نقطه میانی ۲۵ است. نقطه میانی گزینه ۷ مانند گزینه صفر در نظر گرفته می‌شود. در این مطالعه پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی توسط خود شرکت‌کنندگان تکمیل گردید و خشونت در طی یک سال گذشته سنجیده شد.

پرسشنامه کوتاه HITS توسط Sherin و همکاران (پزشک خانواده در آمریکا)، با هدف غربالگری سریع خشونت خانگی طراحی شده است (۱۲). این پرسشنامه دارای ۴ سؤال با تمرکز بر خشونت کلامی و فیزیکی می‌باشد. هر سؤال ۵ گزینه برای پاسخ دارد که حداقل نمره برای هر سؤال ۱ و حداکثر ۵ است و در مجموع محدوده امتیازها بین ۴ تا ۲۰ می‌باشد. امتیاز بالاتر از ۱۰، مثبت در نظر گرفته می‌شود و وجود خشونت را تأیید می‌کند.

برای تعیین روایی پرسشنامه HITS از روایی ترجمه، محتوا و صوری استفاده شد. به این صورت که نخست روایی ترجمه با راهبرد ترجمه-بازترجمه تأیید شد. جهت ترجمه پرسشنامه از انگلیسی به فارسی، فرم انگلیسی آن توسط مترجم مسلط به زبان انگلیسی که زبان مادری وی فارسی و به موضوع خشونت خانگی آشنا بود، ترجمه گردید و سپس نسخه ترجمه شده به یک مترجم انگلیسی زبان مسلط به زبان فارسی داده

فراوانی و شدت خشونت (مزمین بودن خشونت به صورت تکرار دفعات خشونت) را در ۵ بعد مباحثه‌ای (هیجانی، شناختی)، روانی، جسمی، جنسی و نیز آسیب در زوجها را به طور معمول و استاندارد در طی یک سال گذشته می‌سنجد. پرسشنامه شامل ۳۹ سؤال جفت است که اعداد فرد خشونت زن نسبت به همسر و اعداد زوج خشونت مرد نسبت به همسر را می‌سنجد و هر بخش جداگانه نمره‌دهی می‌شود. ابعاد این پرسشنامه به استثنای بعد مباحثه‌ای (هیجانی، شناختی)، مزمین بودن خشونت را در دو بخش خفیف و شدید می‌سنجد. منظور از خفیف بودن این است که خشونت اعمال شده شدت کمتری دارد و سؤالات مطرح شده در این قسمت از پرسشنامه، شدت کمتری از خشونت را نشان می‌دهد، به طوری که موجب صدمه دیدن جدی در فرد خشونت دیده نمی‌شود. منظور از شدید بودن این است که خشونت اعمال شده شدت بیشتری دارد و سؤالات این قسمت از پرسشنامه، اعمال خشونت جدی‌تر و با احتمال بالای آسیب در فرد خشونت دیده را مطرح می‌کند که ممکن است مداخلات درمانی را برای فرد به دنبال داشته باشد. سؤالات در بعد مباحثه‌ای به تعداد ۳ سؤال در بخش هیجانی و ۳ سؤال در بخش شناختی است. بعد روانی به تعداد ۳ سؤال روانی خفیف و ۵ سؤال روانی شدید، بعد جسمی به تعداد ۵ سؤال جسمی خفیف و ۷ سؤال جسمی شدید، بعد جنسی به تعداد ۳ سؤال جنسی خفیف و ۴ سؤال جنسی شدید و بعد آسیب به تعداد ۲ سؤال آسیب خفیف و ۴ سؤال آسیب شدید، طراحی شده است. سؤالات طرح شده به جز ۱۲ سؤال با بار مثبت در بعد مباحثه‌ای (سؤالات جنبه مثبت دارند)، دارای

که فرد واقعاً سالم باشد) و ارزش پیشگویی مثبت (احتمال بیمار بودن فرد را در بین افرادی نشان می‌دهد که نتیجه آزمون در آن‌ها مثبت شده است) و منفی (احتمال سالم بودن فرد را در بین افرادی نشان می‌دهد که نتیجه آزمون در آن‌ها منفی شده است) محاسبه گردید (۲۰).

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۳۰/۶ (۶/۳) بود و حدود نیمی از زنان (۴۹/۵٪) و یک سوم همسرانشان (۳۳٪) تحصیلات دیپلم داشتند. بیش از سه چهارم زنان (۸۰/۳٪) خانه‌دار بودند. بیش از نیمی از زنان (۵۳٪) اظهار داشتند که درآمد ماهیانه خانوار تاحدودی برای هزینه‌های زندگی کفایت می‌کند. اکثریت زنان اظهار داشتند که ازدواجشان به‌دلخواه خودشان بوده است و فقط ۸/۶٪ از زوجها به‌صورت مستقل (جدا از خانواده زن و مرد) زندگی می‌کردند. حدود دو سوم از همسران زنان (۶۶/۳٪) غیرسیگاری بودند و ۱۸ نفر از آن‌ها مواد مخدر مصرف می‌کردند. میزان مصرف مشروبات الکلی همسران زنان شرکت‌کننده در مطالعه حدود ۱۵٪ بود (جدول شماره ۱ و ۲).

براساس ابزار CTS2، ۲۰۲ نفر (۷۲/۴٪) و براساس ابزار HITS، ۱۵۸ نفر (۵۶/۶٪) مورد خشونت خانگی بودند (جدول شماره ۳). از ۱۵۸ نفری (۵۶/۶٪) که براساس ابزار HITS مورد خشونت خانگی بودند، براساس ابزار CTS2، ۱۵۳ نفر (۵۴/۸٪) از آن‌ها مورد خشونت خانگی بودند و از ۱۲۱ نفری (۴۳/۴٪) که براساس ابزار HITS خشونت خانگی نداشتند، براساس ابزار

شد تا این نسخه فارسی را به انگلیسی ترجمه کند و در نهایت این دو نسخه، با نسخه اصلی (original) مقایسه شد و اصلاحات لازم انجام گرفت. سپس پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی گروه مامایی و روان‌پزشک قرار گرفت و پس از جمع کردن نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم انجام یافت. پایایی پرسشنامه کوتاه HITS و CTS2 با انجام آزمون و باز آزمون (test-retest) به فاصله دو هفته در مورد ۳۰ نفر، از دو بعد تکرارپذیری (ICC= Intra Class Correlation) و انسجام درونی (ضریب آلفای کرونباخ) تعیین شد. آلفای کرونباخ و (۹۵% ICC (Confidence Interval) برای پرسشنامه کوتاه HITS به‌ترتیب ۰/۷۸ و (۰/۷۳ تا ۰/۹۳) و ۰/۸۶ و برای CTS2 در بعد مباحثه‌ای ۰/۷۱ و (۰/۴۷ تا ۰/۸۵) ۰/۷۱، خشونت روانی ۰/۷۳ و (۰/۷۴ تا ۰/۹۳) ۰/۸۶، خشونت جسمی ۰/۷۵ و (۰/۶۳ تا ۰/۹۱) ۰/۸۱، خشونت جنسی ۰/۷۶ و (۰/۴۹ تا ۰/۸۶) ۰/۷۲ و آسیب ۰/۷۱ و (۰/۷۵ تا ۰/۹۴) ۰/۸۷ به‌دست آمد. در این مطالعه از نقطه برش استاندارد که همان ۱۰ است، استفاده گردید.

در این مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.21 انجام شد. از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) جهت توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و خشونت خانگی استفاده شد. از شاخص کاپا جهت تعیین توافق بین دو ابزار CTS2 و HITS استفاده شد. همچنین حساسیت (احتمال تشخیص صحیح فرد بیمار توسط آزمون وجود دارد، در صورتی که فرد واقعاً بیمار باشد)، ویژگی (احتمال تشخیص صحیح فرد سالم توسط آزمون وجود دارد، در صورتی

CTS2، ۷۲ نفر (۲۵/۸٪) از آن‌ها خشونت خانگی نداشتند. توافق متوسطی براساس شاخص کاپا (۰/۶) بین دو ابزار مشاهده شد (جدول شماره ۴). حساسیت و ویژگی ابزار HITS به ترتیب ۷۵/۷٪ و ۹۳/۵٪ و نسبت ارزش پیش‌گویی

مثبت (احتمال مورد خشونت بودن، زمانی که نتیجه آزمون مثبت است) و منفی (احتمال مورد خشونت نبودن، زمانی که نتیجه آزمون منفی است) به ترتیب ۹۶/۸٪ و ۵۹/۵٪ بود (جدول شماره ۵).

جدول ۱- مشخصات فردی- اجتماعی زنان همسر دار ۴۹-۱۵ ساله مورد مطالعه از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز (n=۲۷۹)

مشخصات فردی- اجتماعی	تعداد	(درصد)	مشخصات فردی- اجتماعی	تعداد	(درصد)
سن زن (سال)			تعداد فرزند		
۱۵ تا ۲۴	۴۱	(۱۴/۷)	صفر	۹	(۳/۳)
۲۴ تا ۳۵	۱۵۷	(۵۶/۳)	۱	۱۵۱	(۵۴/۱)
۳۵ و بالاتر	۸۱	(۲۹/۰)	۲	۹۸	(۳۵/۱)
میانگین (انحراف معیار)	۳۰/۶	(۶/۳)	۳ و بیشتر	۲۱	(۷/۵)
سطح تحصیلات زن			افراد هم‌منزل با زوجها		
راهنمایی	۱۹	(۶/۸)	خانواده زن	۷۰	(۲۵/۱)
دبیرستان	۴۸	(۱۷/۲)	خانواده همسر	۲۴	(۸/۶)
دیپلم	۱۳۸	(۴۹/۵)	مستقل	۱۸۵	(۶۶/۳)
دانشگاهی	۷۴	(۲۶/۵)	شغل زن		
ازدواج اول زن	۲۶۴	(۹۴/۶)	شاغل	۷۰	(۱۹/۷)
ازدواج به دلخواه	۲۳۱	(۸۲/۸)	خانه‌دار	۲۰۹	(۸۰/۳)

جدول ۲- مشخصات فردی- اجتماعی همسران زنان ۴۹-۱۵ ساله مورد مطالعه از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز (n=۲۷۹)

مشخصات فردی- اجتماعی	تعداد	(درصد)	مشخصات فردی- اجتماعی	تعداد	(درصد)
سن مرد (سال)			شغل همسر ^b		
۱۵ تا ۲۴	۴	(۱/۴)	کارگر	۶۷	(۲۴/۰)
۲۴ تا ۳۵	۱۴۰	(۵۰/۲)	کارمند	۷۳	(۲۶/۲)
۳۵ و بالاتر	۱۳۵	(۴۸/۴)	آزاد	۶۴	(۲۲/۹)
میانگین (انحراف معیار)	۳۵/۵	(۶/۷)	سایر ^c	۶۸	(۲۴/۴)
ازدواج اول مرد	۲۵۸	(۹۲/۵)	کفایت درآمد خانوار		
سطح تحصیلات مرد ^a			کاملاً	۹۳	(۳۳/۳)
ابتدایی	۲۲	(۷/۹)	تاحدودی	۱۴۸	(۵۳/۰)
راهنمایی	۳۶	(۱۲/۹)	اصلاً	۳۸	(۱۳/۷)
دبیرستان	۵۱	(۱۸/۳)	مصرف سیگار مرد	۱۸۸	(۳۳/۷)
دیپلم	۹۱	(۳۲/۶)	مصرف الکل مرد	۸۴	(۱۵/۱)
دانشگاهی	۷۴	(۲۶/۵)	مصرف مواد مخدر مرد	۱۸	(۳/۲)

a. تعداد ۷ نفر از همسران بیکار بودند.

b. تعداد ۵ نفر از همسران بی‌سواد بودند.

c. مشاغلی همچون پزشک، کارخانه یا شرکت‌دار، استاد و.... بودند.

جدول ۳- وضعیت خشونت خانگی مرد نسبت به زن در زنان همسر دار ۴۹-۱۵ سال مورد مطالعه از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز (n=۲۷۹) با استفاده از دو پرسشنامه

محدوده نمره قابل کسب	میانگین (انحراف معیار)	تعداد (درصد)	
۴ تا ۱۸	۲/۹ (۲/۹)	۲۰۲ (۷۲/۴)	خشونت خانگی (CTS2)
۰ تا ۱۰	۹/۷ (۳/۶)	۱۵۸ (۵۶/۶)	خشونت خانگی (HITS)

جدول ۴- طبقه‌بندی تشخیصی ابزارهای CTS2 و HITS در تشخیص خشونت خانگی

CTS2				
شاخص کاپا	کل	عدم وجود خشونت	وجود خشونت	HITS
۰/۶	۱۵۸ (%۵۶/۶)	۵ (%۱/۸)	۱۵۳ (%۵۴/۸)	وجود خشونت
	۱۲۱ (%۴۳/۴)	۷۲ (%۲۵/۸)	۴۹ (%۱۷/۶)	فقدان خشونت
	۲۷۹ (%۱۰۰)	۷۷ (%۲۷/۶)	۲۰۲ (%۷۲/۴)	کل

جدول ۵- شاخص‌های پرسشنامه HITS در مقایسه با پرسشنامه CTS2 در تشخیص خشونت خانگی

شاخص	حساسیت	ویژگی	قدرت پیش‌گویی مثبت	قدرت پیش‌گویی منفی	نسبت احتمال مثبت	نسبت احتمال منفی
میزان (درصد) فاصله اطمینان	۷۵/۷ (۰/۸۱ تا ۰/۶۹)	۹۳/۵ (۰/۹۷ تا ۰/۸۶)	۹۶/۸ (۰/۹۳ تا ۰/۹۸)	۵۹/۵ (۰/۵۱ تا ۰/۶۸)	۱۱/۶۶ (۲۷/۳ تا ۴/۹)	۲۵/۹ (۰/۲۱ تا ۰/۳۳)

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر برای اولین بار برای شناسایی موارد خشونت خانگی توسط ابزار HITS و ارزش تشخیصی آن در مقایسه با ابزار متداول CTS2 در ایران انجام یافت. پرسشنامه CTS2 یک ابزار استاندارد برای شناسایی خشونت خانگی می‌باشد. حساسیت ابزار تشخیصی HITS، در شناسایی موارد خشونت خانگی در مقایسه با ابزار CTS2، بین زنانی که خشونت را تجربه کرده‌اند، نسبتاً خوب بود (۷۵/۷٪) یعنی این که در این آزمون تعداد موارد منفی کاذب نسبتاً کم و از ویژگی بالایی (۹۳/۵٪) برخوردار بوده است. این بدان معنا است که با این آزمون تعداد موارد مثبت کاذب اندک است. بین دو ابزار HITS و CTS2 توافق متوسطی (Kappa=۰/۶) وجود داشت. در مطالعه Sherin و همکاران حساسیت و

ویژگی ابزار HITS، به ترتیب ۹۶٪ و ۹۱٪ و نسبت احتمال مثبت و منفی به ترتیب ۸۷٪ و ۹۷٪ برآورد شده است (۱۲) که با ویژگی و ارزش پیش‌گویی مثبت به دست آمده در مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه Chen و همکاران نیز که بین دو ابزار ISA-P و WAST (به‌عنوان تشخیص استاندارد خشونت خانگی در نظر گرفته شده بودند) و ابزار HITS انجام یافته است، حساسیت و ویژگی نسخه اسپانیایی ابزار HITS، به ترتیب ۱۰۰٪ و ۸۶٪ برآورد شده است (۲۱) که ویژگی برآورد شده در مطالعه حاضر با نتایج آن مطالعه تقریباً هم‌خوانی دارد. علت تفاوت نتایج مطالعه ما در زمینه حساسیت با مطالعات اشاره شده در بالا احتمالاً می‌تواند به علت تفاوت در نقطه برش باشد. در مطالعه حاضر از نقطه برش استاندارد که همان ۱۰ است استفاده شده است،

توجه به مطالعات بومی (محلی) توسعه یابد. همچنین با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی-اجتماعی افراد و تأثیر آن در بروز خشونت، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه و مبتنی بر کل جمعیت در سایر خرده فرهنگ‌های ایرانی انجام گیرد و به مقایسه این دو ابزار پرداخته شود.

به‌طور خلاصه، در این مطالعه حساسیت ابزار HITS کم‌تر از ۸۰٪ به دست آمد با این حال ویژگی ابزار مناسب بود. با این تفصیل به واسطه سادگی ابزار یاد شده و امکان تکمیل آن در مدت زمان کوتاه می‌توان آن را برای شناسایی افراد مورد خشونت در سطح وسیع توصیه نمود. همچنین توسعه ابزار در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دانشجویی است که توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب و حمایت مالی شده است (شماره کد ۵/۴/۳۸۲۰ مورخه ۱۳۹۳/۰۴/۲۲). بدین‌وسیله از معاونت بهداشتی، کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز و کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

اما در مطالعات یاد شده از نقطه برش ۶ تا ۱۱ نیز استفاده شده است (۲۲). در یک مطالعه مروری سیستماتیک در سال ۲۰۰۹ که به بررسی مطالعات انجام گرفته با ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مراکز مراقبت‌های سلامتی پرداخته است، حساسیت و ویژگی ابزار HITS، در مطالعات مختلف به ترتیب بین ۳۰ تا ۱۰۰٪ و ۸۶ تا ۹۹٪ متفاوت بوده است (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

محدودیت‌هایی نیز در این مطالعه وجود دارد. با توجه به خرده فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف در ایران، ممکن است نتایج این مطالعه قابل تعمیم به کل جامعه زنان نباشد. به‌علت تعصبات خاص و تمایل به حفظ حریم خانواده، ممکن است نمونه‌های انتخاب شده، همه حقیقت را در مورد خشونت که تجربه کرده‌اند، به‌درستی بیان نکرده باشند. با توجه به حساسیت ۷۵/۷٪ ابزار HITS این آزمون توانسته ۷۵/۷٪ موارد مورد خشونت را شناسایی کند (مثبت واقعی) و ۲۴/۳٪ موارد خشونت دیده با این آزمون قابل شناسایی بودند (منفی کاذب) (۲۴). از آن‌جا که رفتارهای بهداشتی وابسته به زمینه فرهنگی می‌باشند، پیشنهاد می‌شود این ابزار با

منابع

- 1 - WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 2 - Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008 Apr 5; 371(9619): 1165-72.
- 3 - WHO. Addressing violence against women and achieving the millennium development goals. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: <http://www.who.int/gender/documents/MDGs&VAWSSept05.pdf>.
- 4 - Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. *Biomedica*. 2002 Dec; 22 Suppl 2: 327-36.

- 5 - WHO. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/1066>.
- 6 - Ghazi Tabatabai M, Tabrizi A, Marjai S. [Studies on domestic violence against women Tehran]. Office of public affairs, ministry of interior affairs center of women and family affairs, presidency of the Islamic republic of Iran, 2004. (Persian)
- 7 - Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 Apr 13; 359(9314): 1331-6.
- 8 - Dhakal L, Berg-Beckhoff G, Aro AR. Intimate partner violence (physical and sexual) and sexually transmitted infection: results from Nepal demographic health survey 2011. *Int J Womens Health*. 2014; 6: 75-82.
- 9 - Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008 Feb; 66(4): 1008-18.
- 10 - Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015 May; 99(3): 629-49.
- 11 - Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*. 1996 May; 17(3): 283-316.
- 12 - Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998 Jul-Aug; 30(7): 508-12.
- 13 - Moghaddam Hosseini V, Asadi ZS, Akaberi A, Hashemian M. Intimate partner violence in the eastern part of Iran: a path analysis of risk factors. *Issues Ment Health Nurs*. 2013 Aug; 34(8): 619-25.
- 14 - Nikbakht Nasrabadi A, Hossein Abbasi N, Mehrdad N. The prevalence of violence against Iranian women and its related factors. *Glob J Health Sci*. 2014 Oct 29; 7(3): 37-45.
- 15 - Ghahhari Sh, Mazdarani Sh, Khalilian A, Zarghami M. [Spouse abuse in Sari-Iran]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2008; 2(1): 31-5. (Persian)
- 16 - Asadi S, Mirghafourvand M, Yavarikia P, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Nikan F. Domestic violence and its relationship with quality of life in Iranian women of reproductive age. *Journal of Family Violence*. 2016; 1-8.
- 17 - Mohamadkhani P, Rezaei Dogahe E, Mohamadi M, Azadmehr H. [Family violence pattern prevalence, enacting or experiencing violence in men or women]. *Social Welfare Quarterly*. 2006; 5(21): 205-224. (Persian)
- 18 - WHO. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1998.
- 19 - Behboodi Moghadam Z, Eftekhar Ardabilly H, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Physical and psychological violence against infertile women. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2010 Jun; 4(2): 65-67.
- 20 - Hajzadeh E, Asghari M. [Statistical methods and analysis in health and biosciences a research methodological approach]. Tehran: Jahad Daneshgahi; 2001. (Persian)
- 21 - Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract*. 2005 Dec; 22(6): 617-23.
- 22 - Feldman MD. Screening for intimate partner violence: the time is now. *J Gen Intern Med*. 2013 Oct; 28(10): 1251-2.
- 23 - Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009 May; 36(5): 439-445.
- 24 - Lalkhen AG, McCluskey A. Clinical tests: sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2008; 8(6): 221-223.

Comparison of the diagnostic values of HITS and CTS2 in domestic violence screening

Mojgan Mirghafourvand* (Ph.D) - Sakineh Mohammad Alizadeh Charandabi** (Ph.D) - Mohammad Asghari Jafarabadi*** (Ph.D) - Sonia Asadi**** (MSc.).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Apr. 2016
Accepted: Jul. 2016

Corresponding author:
Sonia Asadi
e-mail:
sonia.asadi@ymail.com

Background & Aim: Violence against women is a serious social problem affecting public health. Given the relatively high prevalence of domestic violence and the need for screening, a simple tool for its correct diagnosis in a short time seems to be necessary. This study aimed to compare the diagnostic values of the HITS (Hurts, Insults, Threaten, and Screams) tool and CTS2 (Revised Conflict Tactics Scales) in domestic violence screening.

Methods & Materials: This cross-sectional study was conducted on 279 married women referred to health centers in Tabriz in 2014. Data were collected using the socio-demographic questionnaire, HITS and CTS2. Kappa index was used to assess agreement between instruments.

Results: Results showed that HITS tool had relatively good sensitivity (75.7%) and high specificity (93.5%). Positive predictive value and negative predictive value were 96.8% and 59.5% respectively. There was a moderate agreement between instruments (Kappa=0.6).

Conclusion: Given the simplicity of HITS and the possibility to complete it in a short time, this questionnaire can be recommended to identify people experiencing domestic violence at the broad level. In addition, the development of this tool is recommended in future studies.

Key words: domestic violence, diagnostic value, CTS2, HITS

Please cite this article as:

- Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Asghari Jafarabadi M, Asadi S. [Comparison of the diagnostic values of HITS and CTS2 in domestic violence screening]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2016; 22(2): 175-184. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

** Research Center of Social Determinants of Health, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*** Road Traffic Injury Prevention Research Center, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

**** MSc. in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran