

الملخص التنفيذي

التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة: التوصيات السريرية وتوصيات السياسات

مقدمة

العنف ضد المرأة هو مشكلة من المشاكل الرئيسية التي تواجه الصحة العامة وحقوق الإنسان، ويعتبر عنف العشير والعنف الجنسي من بين أكثر أشكال العنف انتشاراً ضد المرأة. وقد أثبتت البحوث، بدايةً من أمريكا الشمالية وأوروبا، بل وعلى نحو متزايد من الأقاليم الأخرى، ارتفاع معدل انتشار العنف ضد المرأة على الصعيد العالمي ونتائجه الصحية البدنية والنفسية الضارة، سواء على المدى القصير والطويل (كامبل، Campbell 2002؛ غارسيا مورينو وآخرون 2005، Garcia Moreno et al؛ السبرغ وآخرون Ellsberg et al، 2007؛ بوت إس وآخرون 2012، Bott S et al).

وعلى الرغم من التسليم بالعنف ضد المرأة كمشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العامة والرعاية السريرية، فإنه لا يزال غير مدرج في سياسات الرعاية الصحية في العديد من البلدان. كما أن الدور الهام الذي يمكن أن يقوم به النظام الصحي ومقدمو الرعاية الصحية من حيث التعرف على الحالات والتقييم، والمعالجة، والتدخل في الأزمات، والتوثيق، والإحالة، والمتابعة هو دور غير مفهوم أو مقبول بالقدر المناسب في البرامج والسياسات الصحية الوطنية لمختلف البلدان.

وفي أغلب الأحيان، تسعى النساء اللاتي تتعرضن للعنف إلى الحصول على الرعاية الصحية، بما في ذلك معالجة إصاباتهن، حتى وإن لم يفصحن عن الانتهاك أو العنف المرتبط بهما، وربما يكون مقدم الرعاية الصحية هو أول نقطة للتواصل المهني مع الناجيات من عنف العشير أو الاعتداء الجنسي. كما ترى المرأة أن مقدمي الرعاية الصحية هم المهنيون الذين يجب أن تثق بهم إلى حد كبير للإفصاح عن الانتهاكات (فيدر 2006، Feder).

ويمكن للمهنيين الصحيين تقديم المساعدة إلى هؤلاء النساء من خلال تيسير الإفصاح عن الانتهاكات، وتقديم الدعم والإحالة، وجمع أدلة الطب الشرعي - لاسيما في حالات العنف الجنسي - أو من خلال توفير الخدمات الطبية المناسبة والرعاية الخاصة بالمتابعة.

ويتعين على مقدمي الرعاية الصحية الذين يتعاملون مع النساء اللاتي يواجهن العنف أن تكون لديهم القدرة على التعرف على علامات هذا العنف، والاستجابة لها بشكل مناسب وآمن. فالأشخاص الذين يتعرضون للعنف يحتاجون إلى خدمات الرعاية الصحية الشاملة التي تراعي الفوارق بين الجنسين والتي تعالج عواقب التجربة التي مروا بها على صحتهم البدنية والنفسية وتساعدهم على الشفاء. وقد تحتاج النساء أيضاً إلى خدمات التدخل في الأزمات من أجل تجنب المزيد من الأذى. وبالإضافة إلى توفير الخدمات الطبية الفورية، فمن المحتمل أن يكون القطاع الصحي بوابة حاسمة لتقديم المساعدة من خلال مسارات الإحالة إلى الخدمات الخاصة بمواجهة العنف ضد المرأة أو إلى غيرها من المساعدات التي قد تحتاجها المرأة في وقت لاحق، مثل الرعاية الاجتماعية والمساعدة القانونية. وفي جميع الأحوال، هناك حد أدنى من الاستجابة الداعمة الأولية المطلوبة، وتحدد التوصية الأولى الواردة لاحقاً هذا الحد الأدنى.

ويُعد العنف ضد المرأة أيضاً انتهاكاً لحقوق المرأة الإنسانية. وهناك حاجة لمراجعة السياسات والقوانين للتأكد من عدم احتوائها على أي تمييز ضد المرأة وفرضها لعقوبات كافية على أعمال العنف، بما في ذلك أعمال العنف التي تقع داخل المنزل. علاوة على ذلك، ينبغي أن تُقدّم الخدمات «بطريقة تضمن إعطاء المرأة موافقتها التامة المستنيرة، وتحترم كرامتها، وتضمن لها السرية وتعتبر عن احتياجاتها ووجهات نظرها»¹.

وتلخص هذه الوثيقة تقرير منظمة الصحة العالمية "الاستجابة لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة: الدلائل الإرشادية السريرية والسياساتية لمنظمة الصحة العالمية"، إصدار عام 2013² التي أعدها فريق دولي من الخبراء في أعقاب استعراض شامل للدلائل. وتحتوي الوثيقة على توصيات مسندة بالبيانات لإدخال السياسات اللازمة في الخدمات والبرامج الصحية لتحسين سبل التصدي للعنف ضد المرأة داخل القطاع الصحي. ويتم تصنيف كل توصية على أنها إما «قوية» أو «مشروطة»، على أساس قابلية تعميم المنفعة على المجتمعات والثقافات المختلفة، واحتياجات وتفضيلات النساء من أجل الحصول على الخدمات، مع مراعاة مستوى الموارد البشرية وغيرها من الموارد اللازمة. وسيتم ذكر توضيحات إضافية تحت بعض التوصيات في شكل ملاحظات.

ومن المفهوم أن هذه الدلائل الإرشادية سيجب تكييفها مع الظروف المحلية و/أو الوطنية الخاصة، مع مراعاة توافر الموارد، فضلاً عن السياسات والإجراءات الوطنية.

لمن تُقدّم هذه التوصيات؟

والتوصيات تستهدف مقدمي الرعاية الصحية نظراً لأنهم في وضعية تسمح لهم بتلبية الاحتياجات الصحية والنفسية للسيدات اللاتي تعرضن للعنف. كما تهدف التوصيات إلى زيادة وعي مقدمي الرعاية الصحية وراسمي السياسات المسؤولين عن التخطيط للخدمات الصحية والتدريب المهني وتمويلها وتنفيذها، حول العنف ضد المرأة من أجل تشجيع استجابة القطاع الصحي المستنيرة بالبيّنات وتحسين بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية وسائر الأعضاء من الفرق متعددة التخصصات. وتكون التوصيات أيضاً مفيدة للمسؤولين عن تطوير مناهج التدريب في مجالات الأدوية والتمريض والصحة العمومية.

¹ التوصية العامة رقم 24، الفقرة 22 الصادرة عن اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة CEDAW

² للاطلاع على التقرير كاملاً، يرجى الرجوع إلى الرابط: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>

1. توفير الرعاية بالخطوط الأمامية المرتكزة على المرأة

التوصية 1

ينبغي تقديم الدعم الفوري إلى النساء اللواتي يفصحن عن الاعتداء الجنسي على أيدي أي مرتكب له أو أي شكل من أشكال العنف من جانب العشير أو غيره من أفراد الأسرة. ويتعين على مقدمي الرعاية الصحية تقديم الدعم بالخطوط الأمامية، على الأقل، عندما تفصح المرأة عن العنف.

ويشمل ذلك ما يلي:

- عدم إصدار الأحكام، وتقديم الدعم والتحقق من صحة ما تقوله المرأة
- توفير الرعاية والدعم على نحو عملي من أجل الاستجابة لمخاوف المرأة، ولكن بلا تطفل
- السؤال عن تاريخ المرأة السابق مع العنف، والاستماع باهتمام، دون الضغط عليها للحديث (يجب توخي الحرص خلال مناقشة المواضيع الحساسة عندما يتواجد المترجمون).
- توفير المعلومات حول الموارد المتوافرة، بما في ذلك الخدمات القانونية وغيرها من الخدمات التي قد تعتقد المرأة أنها مفيدة
- مساعدة المرأة على زيادة سبل تحقيق السلامة لنفسها ولأطفالها، حيثما تدعو الحاجة
- توفير أو حشد الدعم الاجتماعي.

ومن الضروري ضمان:

- أن تجري المشورة في جلسة خاصة
- السرية، مع إعلام النساء بحدود السرية، مثلاً في حالة أن يكون الإبلاغ إجبارياً.

ملاحظات

(أ) يجب أن يسترشد أي تدخل بمبدأ «عدم الإضرار»، مع ضمان تحقيق التوازن بين المنافع والأضرار، وإعطاء الأولوية القصوى لسلامة النساء وأطفالهن.

(ب) ينبغي أن تكون الأولوية للخصوصية والسرية في التشاور، بما في ذلك مناقشة التوثيق في السجلات الطبية وحدود السرية مع النساء. ولذلك، تُعد مهارات التواصل الجيدة أمراً ضرورياً.

(ج) يتعين على مقدمي الرعاية الصحية مناقشة الخيارات المتاحة للنساء وتقديم الدعم لهن في اتخاذ القرارات الخاصة بهن. يجب أن تكون العلاقة داعمة وتعاونية، مع احترام استقلالية المرأة. ويتعين على مقدمي الرعاية الصحية التعامل مع النساء، وعرض الخيارات والاحتمالات، فضلاً عن توفير المعلومات، وذلك بهدف إعداد خطة فعالة ووضع أهداف واقعية، ولكن يجب دائماً أن تكون المرأة هي من يتخذ القرارات.

(د) في بعض المواقع، مثل أقسام رعاية الحالات الطارئة، ينبغي تقديم الخدمة عند أول اتصال كلما أمكن، وذلك لاحتمال عدم عودتها مرة أخرى. وينبغي تقديم الدعم والرعاية اللازمين خلال المتابعة، والتفاوض على الطرق الآمنة والمتاحة لتقديم المشورة أثناء عملية المتابعة.

(هـ) يتعين على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا مدركين لطبيعة العنف المرتكب على أساس الجنس ضد المرأة، ويُعد المشكلة المتعلقة بحقوق الإنسان.

و) النساء ذوات الإعاقات الجسدية أو النفسية هن الأكثر عرضة لخطر عنف العشير والعنف الجنسي. وينبغي على مقدمي الرعاية الصحية إيلاء اهتمام خاص بالاحتياجات المتعددة الخاصة بهم. وقد يكون للنساء الحوامل أيضاً متطلبات خاصة (انظر التوصية 8).

2. التعرف على الناجيات من عنف العشير ورعايتهن

2.1 التعرف على النساء اللاتي يتعرضن لعنف العشير

الإطار 1	الحد الأدنى للمتطلبات اللازمة للسؤال عن عنف العشير ضد المرأة
✓	إجراءات عملية قياسية/بروتوكولية
✓	التدريب على كيفية طرح الأسئلة، والاستجابة بالخطوط الأولى أو ما بعدها
✓	مكان خاص
✓	ضمان السرية
✓	وجود نظام ساري للإحالة

إن مسألة التعرف الآمن والفعال على النساء - اللاتي يتعرضن لعنف العشير (أو العنف المنزلي) - داخل مواقع الرعاية الصحية هي أحد الأمور الضرورية. فقد أثبتت الدراسات أنه في حين أن 'التحري' (أي، سؤال جميع النساء اللاتي تأتيين للحصول على الرعاية الصحية) يزيد من فرصة التعرف على النساء اللاتي يتعرضن لعنف العشير، إلا أن ذلك لا يحد من عنف العشير ولم يثبت أي فائدة ملحوظة له على صحة النساء. وقد تم تحديد التوصيات التالية:

التوصية 2

لا ينبغي تطبيق "التحري الشامل" أو "السؤال الروتيني" (أي طرح الأسئلة على النساء في جميع مقابلات الرعاية الصحية).

ملاحظات

- أ) توجد بينات قوية على وجود ارتباط بين عنف العشير واضطرابات الصحة النفسية بين النساء. ويمكن سؤال النساء المصابات بأعراض أو اضطرابات الصحة النفسية عن عنف العشير كجزء من الممارسة السريرية الجيدة، لاسيما أن هذا قد يؤثر على المعالجة والرعاية اللتين تتلقينهما.
- ب) قد يؤثر عنف العشير في الإفصاح عن حالة فيروس نقص المناعة البشري أو يعرض سلامة النساء اللواتي يكشفن عن هذا العنف للخطر، وتؤثر في قدرتهن على تنفيذ استراتيجيات الحد من المخاطر. ويمكن النظر في سؤال النساء عن عنف العشير في سياق اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري وخدمات المشورة ذات الصلة، غير أنه من الضروري إجراء مزيد من البحوث لتقييم ذلك.

ج) تعد رعاية الحمل فرصة للسؤال بشكل روتيني عن عنف العشير بسبب سرعة التأثير المزدوجة للحمل. وهناك بعض البيئات المحدودة مأخوذة من الأوساط مرتفعة الدخل تشير إلى أن التدخلات المتصلة بالدعوة والمناصرة والتمكين (مثل، الجلسات المتعددة من المشورة المنظمة) التي تعقب التعرف على الحالات من خلال السؤال الروتيني أثناء رعاية الحمل، قد تؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للنساء، وهناك أيضاً إمكانية للمتابعة خلال رعاية الحمل. ومع ذلك، هناك حاجة لاستيفاء بعض الأمور قبل القيام بذلك (انظر الإطار 1 حول الحد الأدنى من المتطلبات).

التوصية 3

ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية أن يسألوا عن التعرض لعنف العشير عند قيامهم بتقييم الحالات التي ربما يسببها عنف العشير أو يتسبب في مضاعفتها (انظر الإطار 2 للتعرف على أمثلة من الحالات السريرية المصاحبة)، بغية تحسين التشخيص والتعرف على الحالات، ومن ثم الرعاية اللاحقة (انظر التوصية 30).

ملاحظات

أ) الشرط الأدنى لمقدمي الرعاية الصحية في سؤال النساء عن العنف هو توافر عنصر الأمان عند القيام بذلك (أي في غياب العشير)؛ ويتعين تدريبهم على الطريقة الصحيحة لطرح الأسئلة وعلى كيفية الرد على النساء اللواتي تفصحن عن العنف (انظر الإطار 1 حول الحد الأدنى من المتطلبات). وينبغي أن يشمل ذلك على الأقل الدعم بالخطوط الأمامية فيما يخص عنف العشير (انظر التوصية 1).

ب) ينبغي أن يكون مقدمو الرعاية على علم ودراية بالموارد المتوافرة لإحالة النساء إليها عند سؤالهن عن عنف العشير.

الإطار 2	أمثلة من الحالات السريرية المصاحبة لعنف العشير
	<ul style="list-style-type: none"> • أعراض الاكتئاب، والقلق، واضطراب الضغوط التالية للصدمات، واضطرابات النوم • الانتحار أو إيذاء النفس • تعاطي الكحول وغيره من المخدرات • الألم المزمن (غير مفهوم الأسباب) • الأعراض المعوية المزمنة غير مفهومة الأسباب • الأعراض البولية والتناسلية غير مفهومة الأسباب بما في ذلك الإصابات المتكررة للمثانة أو الكلى • النتائج السلبية المتعلقة بالإنجاب بما في ذلك تعدد الحمل غير المقصود و / أو إنهاء الحمل، والرعاية المتأخرة للحمل، والنتائج السلبية للولادة • أعراض غير مفهومة تتعلق بالإنجاب بما في ذلك آلام الحوض، واختلال الوظيفة الجنسي • النزيف المهبل المتكرر والأمراض المنقولة جنسياً • الإصابات الرضحية، لاسيما إذا تكررت مع تفسيرات غامضة أو غير قابلة للتصديق • مشاكل في الجهاز العصبي المركزي - الصداع والمشاكل الإدراكية وفقدان السمع • الاستشارات الصحية المتكررة مع عدم وجود تشخيص واضح • تطفل العشير أو الزوج في الاستشارات

¹ مأخوذ عن تقرير "عنف العشير والعواقب الصحية الصارة: التأثيرات على الأطباء السريريين"، الذي أعدته ميشيل بلاك؛ النشرة الأمريكية لأدوية أسلوب الحياة، 2011، 5: 429 - 439.

التوصية 4

ينبغي توفير معلومات مكتوبة عن عنف العشير في مواقع الرعاية الصحية في شكل ملصقات أو مطويات أو نشرات في الأماكن الخاصة مثل المراحيض الخاصة بالنساء. وينبغي أن تقتزن هذه المعلومات بتحديثات مناسبة حول أخذها إلى المنزل في حال وجود عشير مؤذٍ هناك.

2.2 تقديم الرعاية للناجيات من/ المتعايشات مع عنف العشير

تنقسم التدخلات الفعالة لدعم الناجيات من عنف العشير إلى أربع فئات:

- التدخلات النفسية
- تدخلات المناصرة/التمكين
- التدخلات المعنية بالأمر والطفل
- التدخلات الأخرى (أي الكتابة التعبيرية والتنفس اليوغا).

تم وضع التوصيات التالية:

التدخلات النفسية

التوصية 5

النساء اللائي يعانين من اضطراب نفسي سابق جرى تشخيصه أو مرتبط بعنف العشير (مثل الاكتئاب أو اضطراب تعاطي الكحول)، ويتعرضن لعنف العشير ينبغي أن يحصلن على رعاية الصحة النفسية لمعالجة هذا الاضطراب وفق دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (WHO, 2010)، ويُقدّم لهن هذه الرعاية مهنيون يفهمون جيداً العنف ضد المرأة.

ملاحظات

(أ) إن استخدام أدوية ذات تأثير نفسي لمعالجة النساء الحوامل أو المرضعات يتطلب معرفة متخصصة، ومن الأفضل أن تُقدّم هذه الأدوية بالتشاور مع الأخصائي ريثما يوجد. ويرجى الرجوع إلى دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (WHO, 2010).

التوصية 6

يُوصى بتدخلات العلاج السلوكي الإدراكي أو تدخلات العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة للنساء اللائي لم يعدن يتعرضن للعنف، لكن يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمة،

تدخلات المناصرة/التمكين

التوصية 7

ينبغي أن يُقدّم إلى النساء اللائي قضين ليلة واحدة في مأوى أو مخيم أو دار احتماء برنامجاً منظماً للمناصرة والدعم و/أو التمكين.

ملاحظات

(أ) عدم وضوح المدى الذي ربما تنطبق عنده هذه التوصية على النساء اللائي يتركن منازلهن في المواقف التي لا توجد فيها مأوى.

(ب) يجوز دراسة هذه التوصية بالنسبة للنساء اللائي يُفصحن عن عنف العشير لمُقدّمي الرعاية الصحية، على الرغم من عدم وضوح المدى الذي ربما تنطبق عنده هذه التوصية في الظروف خارج المأوى، مع ضرورة إجراء مزيد من البحوث في هذا الشأن.

(ج) ينبغي إعطاء الأولوية إلى النساء اللاتي يتعرّضن لأشد صور الانتهاك في الفئات السكانية التي يرتفع بينها معدل انتشار عنف العشير. (لم يتفق فريق إعداد الدلائل الإرشادية على ما إذا كان ينبغي أن ينسحب ذلك على الانتهاك النفسي الوخيم).

(د) ينبغي أن يُقدّم التدخلات مُقدّمو الرعاية الصحية أو الرعاية الاجتماعية المُدرّبين، أو المُرشدين المُدرّبين من عموم الناس، على أن تُعدّل هذه التدخلات بما يتناسب والظروف الخاصة بكل امرأة، وأن يُراعى في تصميمها أن تجمع بين الدعم الانفعالي والتمكين، مع القدرة على الوصول إلى موارد المجتمع.

التوصية 8

ينبغي أن يُقدّم إلى النساء الحوامل اللاتي يُفصّحن عن عنف العشير مشورة موجزة إلى متوسطة المدة بشأن التمكين (حتى 12 جلسة) والمناصرة/الدعم تشمل مكون السلامة، على يد مُقدّم خدمات مُدرّبين حيثما تستطيع النظم الصحية دعم ذلك. ويكتنف عدم اليقين المدى الذي ربما تنطبق عنده هذه التوصية على المواقع خارج الرعاية بالحوامل، أو جدوى تطبيقها في البلدان ذات الدخول المنخفضة أو المتوسطة.

ملاحظات

(أ) ينبغي تسجيل المعلومات الخاصة بالتعرّض للعنف، ما لم تعترض المرأة على ذلك، مع مراعاة الحذر دائماً عند تسجيل المعلومات (فلا تُستخدَم أوصاف أو علامات واضحة يمكن أن تؤدي إلى وصم النساء، خاصة عندما يصف مهنيو الرعاية الصحية النساء بأنهن "مُعتدى عليهن"). وربما لا ترغب المرأة في تسجيل المعلومات في ملفات التاريخ السريري خشية أن يعلم شريكها/عشيرها بها. ويجب موازنة هذا الخوف مع الحاجة إلى التأكد من وجود أدلة الطب الشرعي الكافية في الظروف التي تُقرّر فيها المرأة ملاحقة الأمر قضائياً، وفي سياسات الإبلاغ في كل مرفق من مرافق الرعاية الصحية.

(ب) ينبغي تقديم العون إلى المرأة لإعداد خطة تهدف إلى تحسين سلامتها وسلامة أطفالها، عند الاقتضاء.

(ج) ينبغي إيلاء الاهتمام إلى الرعاية الذاتية بمُقدّمي الرعاية الصحية، بما في ذلك احتمال التعرّض لصدمة غير مباشرة (انظر مسرد المصطلحات).

التدخلات المعنية بالأم والطفل

التوصية 9

ينبغي تقديم تدخل العلاج النفسي إلى الأطفال الذين يتعرّضون لعنف العشير، ويشمل هذا التدخل جلسات للأطفال الذين يتواجدون مع أمهاتهم، وجلسات للأطفال الذين لا يكونون مع أمهاتهم، على الرغم من عدم وضوح المدى الذي سوف ينطبق عنده هذا التدخل في المواقع ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ملاحظات

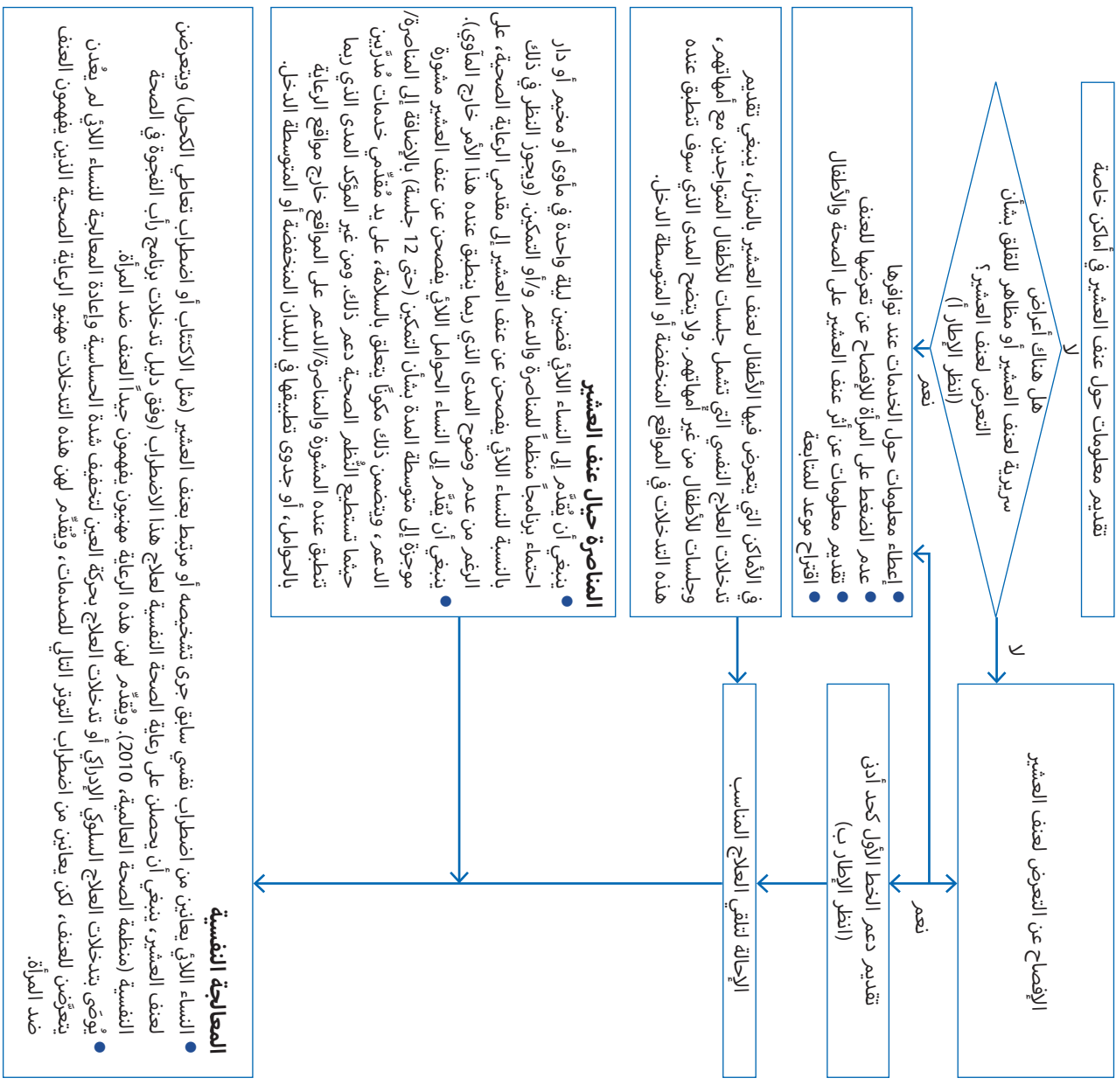
(أ) بالنظر إلى تكلفة تدخلات العلاج النفسي المُكثّفة، التي تُركّز على الثنائي "الأم والطفل"، فإنه من الصعب تنفيذ هذه التدخلات في المواقع التي تعاني فقر الموارد.

الإطار أ- الحالات السريرية المرتبطة بعنف العشير

- أعراض الاكتئاب، والقلق، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطرابات النوم
- الانتحار أو إيذاء النفس
- تعاطي الكحول وغيره من المواد المخدرة
- الأكر المزمن (غير مفهومة الأسباب)
- الأعراض المعدية المعوية المزمنة غير مفهومة الأسباب
- الأعراض البولية والتناسلية غير مفهومة الأسباب بما في ذلك الإصابات المتكررة للمثانة أو الكلى
- النتائج السلبية المتعلقة بالإيجاب بما في ذلك تعدد الحمل غير المقصود و / أو إنهاء الحمل، والرعاية المتأخرة للحمل، والنتائج السلبية للولادة
- أعراض غير مفهومة تتعلق بالإيجاب بما في ذلك آلام الحوض، واختلال الوظيفة الجنسية
- النزيف المهبل المتكرر والأمراض المنقولة جنسياً
- الإصابات الرضحية، لاسيما إذا تكررت مع تفسيرات عامة أو غير قابلة للتصديق
- مشاكل في الجهاز العصبي المركزي - الصدماع والمشاكل الإدراكية وفقدان السمع
- الاستشارات الصحية المتكررة مع عدم وجود تشخيص واضح
- تطفل العشير أو الزوج في الاستشارات

الإطار ب- الدعم الأولي

- ينبغي تقديم الدعم الفوري إلى النساء اللواتي يفصحن عن الاعتداء الجنسي أو أي شكل من أشكال العنف من جانب العشير (أو غيره من أفراد الأسرة) ويشتمل ذلك على:
 - ضمان أن تتم الاستشارة في جلسة خاصة
 - ضمان السرية مع إعلام النساء بحدود السرية (مثلاً، في حالة أن يكون الإبلاغ إجبارياً)
 - عدم إصدار الأحكام، وتقدير الدعم والتحقق من صحة ما تتوله المرأة
 - توفير الرعاية والدعم على نحو عملي من أجل الاستجابة لمخاوف المرأة، ولكن بلا تطفل
 - السؤال عن تاريخ المرأة السابق مع العنف، والاستماع باهتمام، دون الضغط عليها للحديث (يجب توجي الحرس خلال مناقشة المواضيع الحساسة عندما يتواجد المترجمون)
 - توفير المعلومات حول الموارد المتوافرة، بما في ذلك الخدمات القانونية وغيرها من الخدمات التي قد تعتقد المرأة أنها مفيدة
 - مساعدة المرأة على زيادة سبل تحقيق السلامة لنفسها ولأطفالها حيثما تدعو الحاجة
 - توفير أو حشد الدعم الاجتماعي
- إذا تعدد على مقدمي الرعاية الصحية توفير الدعم بالخطوط الأمامية، يتعين عليهم ضمان توافر شخص آخر (داخل موقع الرعاية الصحية الخاص بهم أو أي مكان آخر يمكن الوصول إليه بسهولة) على الفور للقيام بذلك.

المشكل 1.

3. الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي

الاعتداء الجنسي هو أحد التجارب الصادمة التي قد يكون لها مجموعة من العواقب السلبية على صحة المرأة النفسية والبدنية والجنسية والإنجابية. وقد تحتاج المرأة إلى الرعاية الصحية الفورية والطويلة الأمد أحياناً، لاسيما رعاية الصحة النفسية. وتعد عملية جمع معلومات الطب الشرعي من الأمور الضرورية أيضاً، خاصةً بالنسبة لأولئك النساء اللاتي ترغبن في اتخاذ إجراءات قانونية. ولا تغطي هذه الدلائل الإرشادية جمع مثل هذه المعلومات، إلا أنه يمكن الحصول على مزيد من المعلومات في الدلائل الإرشادية التالية: الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية حول الرعاية الطبية والقانونية لضحايا العنف الجنسي (2003) ودليل منظمة الصحة العالمية/المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عن الدلائل الإرشادية حول المعالجة السريرية للاغتصاب (2004) وبرنامج التعلم الإلكتروني (2009).

1.3 التدخلات خلال الخمسة أيام الأولى التالية للاعتداء (انظر الشكل 2، صفحة 15)

التوصية 10

تقديم الدعم بالخطوط الأولى للناجيات من الاعتداءات الجنسية من النساء على يد أي مرتكب للجريمة.

يشمل هذا:

- توفير الرعاية والدعم العمليين، على نحو يحقق الاستجابة لمخاوفهن ولا يمثل اعتداءً على استقلاليتهن.
- الاستماع إليهن بدون الضغط عليهن للإجابة أو للكشف عن معلومات
- مواساتهن والعمل على تخفيف القلق لديهن أو الحد منه
- تزويدهن بالمعلومات ومساعدتهن في الحصول على الخدمات وسبل الدعم الاجتماعي.

التوصية 11

الاحتفاظ بسجل كامل للأحداث لتحديد ماهية التدخلات المناسبة وإجراء فحص بدني كامل (من قمة الرأس إلى أخمص القدمين بما في ذلك الأعضاء التناسلية).³

وينبغي أن يحتوي السجل على:

- الوقت المنقضي منذ وقوع الاعتداء ونوع الاعتداء
- مخاطر حدوث حمل
- مخاطر العدوى بفيروس نقص المناعة البشري وسائر الأمراض المنقولة جنسياً
- الحالة الصحية النفسية

3.2 منع الحمل الطارئ

تم وضع التوصيات التالية

التوصية 12

تقديم وسائل منع الحمل الطارئ للناجيات من الاعتداء الجنسي في غضون خمسة أيام من الاعتداء الجنسي. وفي الظروف المثلى، يكون ذلك في أقرب وقت ممكن بعد التعرض للاعتداء الجنسي من أجل تحقيق أقصى فاعلية منها.

3 دليل منظمة الصحة العالمية/المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2014 ودليل منظمة الصحة العالمية/المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2009.

ملاحظات

أ) ينبغي الشروع في استخدام وسائل منع الحمل الطارئ، في حالة استخدامها، في أقرب وقت ممكن بعد التعرض للاغتصاب، حيث تكون أكثر فاعلية إن استُخدمت خلال 3 أيام، إلا أنه يمكن إعطاؤها حتى 5 أيام (120 ساعة).

التوصية 13

ينبغي أن يقدم مقدمو خدمات الرعاية الصحية الليفونورجيستريل حال توافره. ويوصى بجرعة مفردة مقدارها 1.5 ملليغرام، حيث يكون لها نفس فاعلية جرعتين مقدارهما 0.75 ملليغرام يفصل بين إعطائهما 12-24 ساعة.

- في حالة عدم توافر الليفونورجيستريل، يمكن تقديم نظام الجمع بين الإستروجين والبروجيستوجين، إلى جانب مضادات القيء إن توافرت.
- في حالة عدم توافر الوسائل الفموية لمنع الحمل الطارئ، يجوز إن أمكن استخدام اللولب الرحمي المغطى بالنحاس مع السيدات الراغبات في وقاية مستمرة من حدوث الحمل. وأخذاً في الاعتبار مخاطر الأمراض المنقولة جنسياً، يمكن تركيب اللولب حتى خمسة أيام بعد التعرض للاعتداء الجنسي للسيدات المؤهلات طبياً (انظر معايير الأهلية الطبية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، 2010).

ملاحظات

- ناقش فريق إعداد الدلائل الإرشادية بعض موانع الاستعمال والآثار الجانبية للأدوية. وتعد حبوب منع الحمل الطارئ آمنة ومستساغة للغاية وتلبي معايير الصرف دون وصفة طبية.
- تُعد أسيتات الأوليبريزال دواءً جديداً نسبياً وتبدو بنفس فاعلية الليفونوجيستول أو أكثر منه فاعلية. وفي الوقت الذي تبدو فيها الآثار الجانبية مشابهة لتلك الناجمة عن دواء الليفونوجيستول، إلا أنه لم يُدرج بعد على قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2011)، برغم أن وجود مزيدٍ من البيانات قد يغير هذا الوضع. ويظل الليفونوجيستول أرخص ومتاحاً على نطاق واسع نسبياً.
- ينبغي دراسة ارتفاع مخاطر الأمراض المنقولة جنسياً بعد الاغتصاب في حالة استخدام اللولب الرحمي المغطى بالنحاس. واللوالب الرحمية هي طريقة فعالة لمنع الحمل الطارئ وينبغي إتاحتها للسيدات اللاتي يبحثن عن وسيلة لمنع الحمل الطارئ.
- لا يشترط إجراء اختبار الحمل، ولكن في حالة إجرائه وكانت النتيجة إيجابية، فوسائل منع الحمل الطارئ لن تكون ضرورية ولن تجدي.

التوصية 14

إذا بدى على المرأة أعراض الحمل بعد الوقت اللازم لمنع الحمل الطارئ (5 أيام) أو أخفقت وسيلة منع الحمل الطارئ، أو أصبحت المرأة حاملاً نتيجة تعرضها للاغتصاب، ينبغي أن تحصل على فرصة الإجهاض الآمن وفقاً لأحكام القانون الوطني.

الملاحظات

- أ. عندما لا يكون الإجهاض مباحاً، ينبغي النظر في خيارات أخرى مع الناجيات ومنها تبني الوليد.

3-3 الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس نقص المناعة البشري

قد يقترن الاعتداء الجنسي بانتقال فيروس نقص المناعة البشري. ففي الوقت الذي يُقدَّر فيه معدل انتقال فيروس نقص المناعة البشري عبر الاتصال الجنسي بأقل من 0.01٪ لكل اتصال جنسي، يكون من الصعب الوقوف على المخاطر، إلى جانب وجود عدة خصائص للاعتداءات الجنسية (احتمال حدوث تهتكات، تعدد مرتكبي العنف) التي قد تزيد على هذه المخاطر. وبالتالي، توجد في المواقع التي يزيد فيها معدل انتشار العنف حجج أخلاقية قوية لدعم توفير الوقاية اللاحقة للتعرض للعدوى بفيروس نقص المناعة البشري. وقد تم وضع التوصيات التالية:

التوصية 15

النظر في تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس نقص المناعة البشري للسيدات اللاتي يحضرن لتلقي الرعاية خلال 72 ساعة من الاعتداء الجنسي. والمشاركة في اتخاذ القرار (انظر المسرد) مع الضحية لتحديد ما إذا كانت لوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز ملائمة من عدمه (انظر الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية حول الوقاية التالية للتعرض للاعتداء من أجل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري).

ملاحظات

- أ) ينبغي الشروع في العلاج الوقائي بعد التعرض للاعتداء في أسرع وقت ممكن بعد الاعتداء، من الناحية المثالية في غضون ساعات قليلة ولا تتجاوز 72 ساعة من التعرض.
- ب) في المواقع التي يكون فيها معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري منخفضاً، فإن السياسات المعنية بتقديم العلاج الوقائي الروتيني بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري سوف تحتاج إلى مراعاة السياق المحلي، والموارد والفرص والتكاليف الأخرى الخاصة بتقديم هذا العلاج.

التوصية 16

ناقش مخاطر فيروس نقص المناعة البشري لتحديد استخدام العلاج الوقائي بعد التعرض PEP مع الناجيات، بما في ذلك:

- معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة الجغرافية
- حدود العلاج الوقائي بعد التعرض⁴
- وضع فيروس نقص المناعة البشري لدى المعتدي وخصائصه إذا كانت معروفة
- خصائص الاعتداء بما في ذلك عدد الجناة
- الآثار الجانبية لنظام مضادات الفيروسات القهقرية المستخدمة في نظام العلاج الوقائي بعد التعرض PEP
- احتمال سريّة العدوى

⁴ في دراستين أترابيتين حول ضريعتلا معدبًا قولاً جلعلا لفيروس العوز المناعي البشري، تراوحت معدلات انقلاب تفاعلية المصل بين 0% إلى 3.7%

التوصية 17

إذا تم استخدام نظام العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري:

- ابدأ النظام العلاجي في أقرب وقت ممكن وقبل 72 ساعة
- قم بتوفير خدمات المشورة واختبار التحري عن فيروس نقص المناعة البشري في المشاورات الأولية
- ضمان متابعة المريض على فترات منتظمة
- ويفضل عموماً نظام الدوائين (باستخدام مزيج الجرعة الثابتة) على نظم الأدوية الثلاثة، وإعطاء الأولوية للأدوية التي تحظى بأقل الآثار الجانبية
- اختيار الأدوية والأنظمة يجب أن يتبع الإرشادات الوطنية

ملاحظات

أ) ينبغي أن يستند اختيار أدوية العلاج الوقائي بعد التعرض لـ PEP إلى النظام الأساسي في البلاد بشأن مضادات الفيروسات القهقرية لمعالجة العدوى بفيروس نقص المناعة البشري.

التوصية 18

ينبغي أن يكون الالتزام بالمشورة عنصراً هاماً في توفير العلاج الوقائي بعد التعرض لـ PEP. ويتعين على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا على علم بأن الالتزام أمر صعب بصفة خاصة للناجيات من الاعتداء الجنسي لأن ذلك يمكن أن يؤدي إلى استرجاع الأفكار المؤلمة من الاغتصاب.

ملاحظات

أ) العديد من الناجيات من الاعتداء الجنسي اللاتي تم تقديم العلاج الوقائي لهن بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري لم تكمل هذا النظام الوقائي بنجاح لأنه ينتج عنه آثار جانبية جسدية مثل الغثيان والقيء، وقد يؤدي إلى استرجاع 4 في دراستين أترابيتين حول العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري، تراوحت معدلات انقلاب تفاعلية المصل بين 0٪ إلى 3.7٪) الأفكار المؤلمة عن الاغتصاب، وقد تغلب عليها القضايا الأخرى في حياة الناجيات. يجب على مقدمي الرعاية الصحية إدراك أنه يصعب بشدة تحقيق الالتزام وينبغي بذل الجهود لضمان الحفاظ عليه. حالياً، لم يتم اكتشاف تدخل فعال لتشجيع الالتزام.

ملاحظات عامة 3.3

أ) من الضروري تحديد ظروف الاغتصاب وما إذا كان العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري مناسباً. الدلائل الإرشادية المشتركة لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية بشأن العلاج الوقائي بعد التعرض للوقاية من العدوى بفيروس نقص المناعة البشري (منظمة الصحة العالمية، 2007، ص 52) أوصت بمعايير الأهلية التالية بشأن العلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري في أعقاب الاعتداء الجنسي:

- وقوع الاغتصاب (اختراق) قبل أقل من 72 ساعة
- وضع فيروس نقص المناعة البشري لدى مرتكب الجريمة إيجابي أو غير معروف
- غير معروف ما إذا كان الشخص المتعرض مصاباً بالعدوى بفيروس نقص المناعة البشري (هناك حاجة إلى توفير اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري في وقت التشاور)

- مخاطر التعرض المحددة، مثل:
 - استقبال الجماع المهبلي أو الشرجي بدون استخدام الواقي الذكري أو الواقي الذكري المقطوع أو المنزلق؛
 - التماس بين دم أو دفق الجاني والغشاء المخاطي أو الجلد غير السليم أثناء الاعتداء؛
 - تلقي الجنس عن طريق الفم مع الدفق؛
 - تخدير الشخص الذي تعرض لاعتداء جنسي أو على خلاف ذلك كان فاقدا للوعي في وقت الاعتداء المزعوم و طبيعة التعرض المحتملة غير مؤكدة؛
 - تعرض الشخص لاغتصاب جماعي.
- (ب) ينصح بإجراء اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشري قبل إعطاء العلاج الوقائي بعد التعرض للفيروس PEP لكن ينبغي أن لا يحول ذلك دون توفيره. مع ذلك، ينبغي عدم إعطاء العلاج الوقائي بعد التعرض للناس المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشري، و ينبغي ربطهم بالرعاية وتزويدهم بالمعالجة المضادة للفيروسات القهقرية.
- (ج) يتعين على واضعي السياسات الصحية مراعاة إمكانية تضمين التزويد الروتيني بالعلاج الوقائي بعد التعرض لفيروس نقص المناعة البشري من أجل تقديم الرعاية التالية للاغتصاب، استناداً إلى معدل الانتشار المحلي، والاعتبارات الأخلاقية والمتعلقة بالموارد.

3. 4 العلاج الوقائي بعد التعرض للعدوى المنقولة جنسياً

تم وضع التوصيات التالية:

التوصية 19

ينبغي تزويد الناجيات من الاعتداء الجنسي بالعلاج الوقائي/الترجيحي لمعالجة العدوى المنقولة جنسياً بما في ذلك المتدثرة والسيلان، والمشعرة والزهري استناداً إلى معدل الانتشار. اختيار الدواء والأنظمة يجب أن يتبع الدلائل الإرشادية الوطنية.

التوصية 20

ينبغي إعطاء التطعيم ضد التهاب الكبد B بدون الغلوبولين المناعي لالتهاب الكبد B كما ورد في الدلائل الإرشادية الوطنية.

- خذ عينة من الدم للكشف عن وضع التهاب الكبد B قبل إعطاء الجرعة الأولى من اللقاح.
- إذا كان الشخص ممنوعاً، ليس هناك حاجة بالطبع لمزيد من التطعيم.

ملاحظات

(أ) المعالجة الترجيحية هي الأفضل لإجراء اختبار الكشف عن العدوى المنقولة جنسياً، من أجل تجنب التأخير غير الضروري. لذلك، فإن فريق إعداد الدلائل الإرشادية GDG لا يوصي بإجراء الاختبار قبل القيام بالمعالجة.

3. 5 التدخلات السلوكية/ الصحية النفسية (انظر الشكل 2)

التوصية 21

استمر في تقديم الدعم والرعاية المذكورين في التوصية 10.

التوصية 22

قم بتوفير معلومات مكتوبة حول استراتيجيات التكيف للتعامل مع التوتر (مع تحذيرات ملائمة عن أخذ المواد المطبوعة إلى المنزل إذا كان في هذا المنزل عشير فاسد).

التوصية 23

لا ينبغي أن يستخدم التفريغ النفسي.

ملاحظات عامة 5.3

(أ) النظر في الأضرار المحتملة من العلاج النفسي (بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي CBT) عندما لا يعطى بشكل صحيح للناجيات الضعفاء المحتمل تأثرهن. الموافقة المستنيرة والالتباه إلى السلامة من الأمور الضرورية. يتعين على مقدم خدمة الرعاية الصحية المدرب الذي يتمتع بالإدراك الجيد بالعنف الجنسي تنفيذ المعالجة.

(ب) ينبغي النظر في حالات الصحة النفسية الموجودة من قبل عند إجراء تقييم وتخطيط الرعاية، وعند الضرورة، المعالجة أو الإحالة المقدمة وفقاً لدليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية (WHO, 2010). قد تكون النساء المصابات بمشاكل تتعلق بالصحة النفسية ومعاورة المخدرات أكثر عرضة لخطر الاغتصاب من غيرهن من النساء، لذلك فمن المرجح أن يكون هناك عبء غير متناسب من مشاكل الصحة النفسية الموجودة من قبل ومشاكل معاورة المخدرات بين الناجيات من الاغتصاب. بالمثل، ينبغي الأخذ في الاعتبار الأحداث المؤلمة السابقة (مثل الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة، وعنف العشير، والصدمات النفسية المرتبطة بالحرب، وغير ذلك)

(ج) ومن الضروري أن ندرك أن الاعتداء الجنسي يرتكب في بعض الأحيان من قبل شخص يعيش مع المرأة من غير شركائها الحاليين أو السابقين. وهذا يمكن أن يشمل أفراد الأسرة الآخرين، مثل زوج الأم، أو الصهر، أو صديق للأسرة، أو غيرهم.

(د) في الوضع المثالي، ينبغي أن يكون لدى معظم النساء إمكانية الوصول إلى مجموعة الدعم أو دعم الشخص العادي، استناداً إلى مبادئ الإسعافات الأولية المتعلقة بالصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية، 2011).

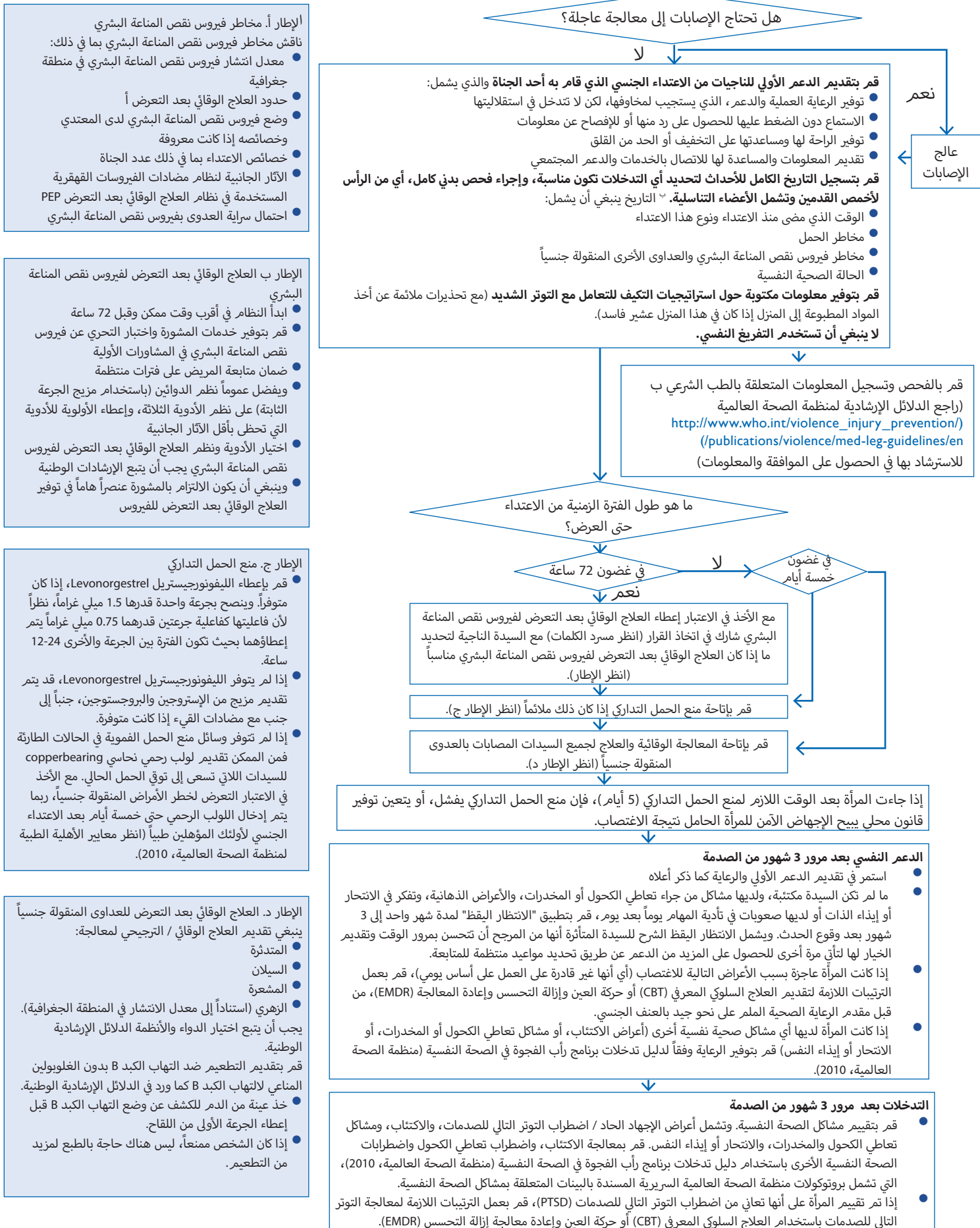
الشكل 2. التدخلات السيكلوجية/الصحية النفسية التدخلات خلال الأيام الخمسة الأولى بعد الاعتداء



حتى مرور 3 أشهر على الصدمة:



الشكل 3 عرض السيدة بعد الاعتداء الجنسي



4. تدريب مقدمي الرعاية الصحية

التوصية 30

ينبغي تدريب مقدمي الرعاية الصحية على مستوى التأهيل المسبق في الدعم الأساسي للنساء اللواتي تعرضن لعنف العشير والاعتداء الجنسي خاصةً الأطباء والممرضات والقابلات.

ملاحظات

أ) قد يكون لمقدمي الرعاية الصحية تجربة حول العنف القائم على نوع الجنس، سواء كان للضحية أو مرتكب الجريمة. هذا يحتاج إلى معالجته في التدريب.

التوصية 31

ينبغي تدريب مقدمي الرعاية الصحية الذين يوفرون الرعاية للنساء أثناء الخدمة، مع ضمان ما يلي:

- تمكّنهم من تقديم الدعم الأولي (انظر التوصيات 1 و x).
- تعليمهم المهارات المناسبة بما في ذلك متى وكيف يستفسرون وأفضل طريقة للرد على النساء (انظر الأقسام 2 و 3) وكيفية إجراء جمع الأدلة الجنائية عند الاقتضاء (يرجى الرجوع إلى الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية للحصول على الرعاية الطبية والقانونية لضحايا العنف الجنسي والتعلم الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية/مفوضية الأمم المتحدة للاجئين 2009).
- التركيز على المعارف الأساسية حول العنف، بما في ذلك القوانين، ومعرفة الخدمات الحالية والدعم المتاح محلياً والمواقف غير الملائمة بين مقدمي الرعاية الصحية.

ملاحظات

أ) ينبغي أن يكون التدريب مكثفاً والمحتوى مناسباً للسياق والمكان.

ب) ينبغي إيلاء الاهتمام إلى الرعاية الذاتية لمقدمي الخدمات، بما في ذلك احتمال حدوث الصدمة غير المباشرة.

التوصية 32

تدريب مقدمي الرعاية الصحية على مواجهة عنف العشير والاعتداء الجنسي يجب أن يشمل جوانب مختلفة للتصدي لعنف العشير والاعتداء الجنسي (على سبيل المثال، التحديد، وتقييم السلامة والتخطيط، والتواصل والمهارات السريرية والوثائق وتوفير مسارات الإحالة).

ملاحظات

أ) التدريب المكثف متعدد التخصصات (على سبيل المثال يشمل أنواعاً مختلفة من مقدمي الرعاية الصحية و/أو الشرطة والمدافعين) الذي يقوم به المدافعون ضد العنف المنزلي أو العاملون في مجال الدعم يتعين تقديمه للمهنيين في مجال الرعاية الصحية حيث تكون الإحالات إلى الخدمات المتخصصة في العنف المنزلي أمراً ممكناً.

ب) قد يكون من المفيد استخدام التقنيات التفاعلية.

ج) ينبغي أن يتجاوز التدريب مقدمي الخدمات ويشمل الاستراتيجيات على مستوى النظام (على سبيل المثال تدفقات المرضى، ومنطقة الاستقبال، والحوافز وآليات الدعم) لتعزيز جودة الرعاية والاستدامة.

التوصية 33

ينبغي دمج التدريب لمواجهة كل من عنف العشير والاعتداء الجنسي في نفس البرنامج، مع الأخذ في الحسبان التداخل بين المسألتين والموارد المحدودة المتوفرة لتدريب مقدمي الرعاية الصحية على هذه القضايا.

ملاحظات عامة 4

- أ) ينبغي أن تعطى الأولوية لتدريب أولئك الذين من المرجح أن يتواصلوا مع النساء الناجيات من عنف العشير و/ أو الاعتداء الجنسي، على سبيل المثال مقدمي الرعاية الصحية في الرعاية السابقة للولادة أو تنظيم الأسرة أو الخدمات النسائية، والرعاية التالية للإجهاد، والصحة النفسية وفيروس نقص المناعة البشري، وكذلك مقدمي الرعاية الصحية الأولية وأولئك الموجودين في خدمات الطوارئ.
- ب) ينبغي أن يشمل التدريب الرعاية والفحص السريري للكشف عن عنف العشير والاعتداء الجنسي، وكذلك الانتباه إلى الكفاءة الثقافية والمساواة بين الجنسين واعتبارات حقوق الإنسان.
- ج) ينبغي أن يتم التدريب في مرفق الرعاية الصحية، لتعزيز الحضور.
- د) يجب أن يكون هناك تعزيز لبرامج التدريب الأولي وتوفير الدعم المستمر. وتكون المتابعة المنتظمة ومراقبة الجودة في غاية الأهمية.
- هـ) أظهرت إحدى الدراسات أن عرض مسار واضح لرعاية حالات عنف العشير، وتدريبها علاجياً وإحالتها، فضلاً عن تعيين أحد العاملين المتخصصين في العنف (المنزلي) ضد المرأة، وإتاحة فرص الوصول إليه، والتذكيرات المنتظمة (مثل موجه أوامر الحاسوب) جميعها تُفيد في المحافظة على فوائد التدريب.

5. سياسات الرعاية الصحية وتوفيرها

التوصية 34

ينبغي دمج رعاية النساء اللاتي تعانين من العنف العشري والاعتداء الجنسي في الخدمات الصحية القائمة بدلاً من وجودها كخدمة قائمة بذاتها (انظر الإطار 3 أدناه)

ملاحظات

- أ) يفضل أن يكون هناك برنامج متعدد المكونات بما في ذلك تدريب مقدمي الرعاية الصحية على تحديد الإصابات الشائعة والحالات السريرية المرتبطة عادةً بعنف العشير، وكيفية تقديم الدعم الأساسي. قد يعمل أيضاً مسار الإحالة الواضح على زيادة الفعالية. هذا التدريب يحتاج إلى تكراره على نحو منتظم، من أجل الحفاظ على المكاسب (انظر القسم 2، تحديد ورعاية الناجيات من عنف العشير).
- ب) قد يكون من الصعب الحفاظ على تقديم خدمات راسية قائمة بذاتها و تنطوي على آثار ضارة محتملة. على سبيل المثال، قد يكون هناك احتمال خطر أن يتزايد نقص الموظفين العاملين حالياً في مجال خدمات الصحة النفسية إذا كان عليهم توفير الخدمات خصيصاً لضحايا العنف، بدلاً من ضمان أن جميع العملاء (بما في ذلك الناجيات من العنف) يحصلون على أفضل رعاية ممكنة.

الحد الأدنى من متطلبات القطاع الصحي من أجل التصدي للعنف ضد النساء	الإطار 3
هناك حاجة إلى وضع سياسات وبروتوكولات محلية تحدد الأدوار والمسؤوليات، والإجراءات المتعلقة بتحديد ومعالجة الناجيات وتنفيذها (مع التدريب المناسب والدعم المستمر).	السياسات والبروتوكولات
دعم المعالجة، وفي أغلب الأحيان مع الدعم المالي، من الأمور الضرورية، لاسيما بالنسبة للاستدامة طويلة الأجل لدمج قضايا العنف ضد المرأة.	دعم / تمويل المعالجة
ضمان توفير جميع جوانب الرعاية الطبية والقانونية سواء عن طريق مقدمي الخدمة / مقدمي الخدمة المرتبطين بالخدمات الصحية، أو من خلال الدعم المقدم من المنظمات غير الحكومية أو منظمات المجتمع المحلي أو الجهود المجتمعية، بطريقة تقلل من عدد جهات الاتصال المطلوبة.	الرعاية الشاملة
بناء علاقات مع المنظمات غير الحكومية المحلية والمنظمات المجتمعية (المنظمات الأهلية). (وتجدر الإشارة إلى أن ضمان توفير الخدمات هو مسؤولية الدولة، لذا، لا ينبغي أن يقتصر ذلك على المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المحلي).	الروابط بين منظمات المجتمع المحلي / المنظمات غير الحكومية
وضع بروتوكولات عمل واضحة، بما في ذلك مسار الإحالة للناجيات، بين الخدمات التي يقدمها المرفق نفسه أو من قبل مختلف القطاعات، وإقامة اجتماعات دورية (شهرية) لضمان التنسيق.	التعاون بين القطاعات
ضمان توفير بعض المواد المرجعية (الملصقات، وبطاقات الجيب و/أو النشرات).	المواد المرجعية
إقامة أنظمة للحفاظ على السجلات وإجراء الترتيبات بسرية وعدم تعريض النساء لأي خطر.	الترصد والتسجيل
تنفيذ نظام للمتابعة والتقييم، على أساس السياسات والإجراءات المحلية، بما في ذلك الاعتبارات المتعلقة بالسلامة.	المتابعة والتقييم
تقديم الدعم لأولئك الذين يقدمون الرعاية.	الدعم المقدم للقائمين بالرعاية

ج) وينبغي أيضاً أن يكون تقديم الدعم واستخلاص المعلومات لمقدمي الرعاية جزءاً من استجابة النظم الصحية، على الرغم من أن ذلك يتطلب موارد بشرية إضافية. ومن الضروري أيضاً أن يلتقي القائمون على الخدمات الصحية بانتظام مع مؤسسات أخرى مثل الشرطة أو الأخصائيين الاجتماعيين، لضمان أن يكون هناك تنسيق وترباط فيما بين الخدمات وأن عمليات الإحالة تجري على نحو فعال.

التوصية 35

البلاد بحاجة إلى نماذج متعددة من الرعاية للناجيات من عنف العشير والاعتداء الجنسي على مختلف مستويات النظام الصحي. مع ذلك، ينبغي أن تعطى الأولوية للتدريب وتوفير الخدمات على المستوى الأول من الرعاية.

التوصية 36

يتعين على مقدم الرعاية الصحية المدرب على رعاية وفحص الاعتداء الجنسي مع مراعاة الفوارق بين الجنسين أن يكون متاحاً في جميع أوقات النهار أو الليل على مستوى المقاطعة/المنطقة.

ملاحظات عامة 5

أ) حتى يكون هناك مزيد من الأدلة على فعالية النماذج المختلفة، تحتاج البلدان أن يكون لديها نماذج متعددة لتوفير الرعاية، إلا أنه ينبغي تعزيز التقييم لتحديد أفضل ما يمكن عمله ويكون أكثر فعالية من حيث التكلفة في المواقع المختلفة.

ب) من الأفضل أن تقع المراكز الموجودة في مكان واحد، حيثما كان ذلك مناسباً، داخل الخدمات الصحية، حيث الأولوية في تقديم الخدمات تكون لصحة المرأة بدلاً من استنادها إلى النتائج القانونية. وعلى ما يبدو أنها الأنسب للمناطق ذات الكثافة السكانية العالية، بينما الخدمات المتكاملة داخل أو بين المرافق الصحية قد تكون أكثر فعالية من حيث التكلفة في المناطق الريفية.

ج) أياً كان النموذج المستخدم، ينبغي أن يهدف إلى الحد من عدد الخدمات وعدد مقدمي الخدمات التي يتعين على المرأة أن تقابلهم (وتروي لهم قصتها)، وإلى تيسير الوصول إلى الخدمات التي قد تحتاج إليها، بطريقة تحترم كرامتها وخصوصيتها وتعطي الأولوية لسلامتها.

د) إن العنف ضد المرأة هو أيضاً انتهاك لحقوق المرأة الإنسانية. وتحتاج السياسات والقوانين إلى المراجعة للتأكد من أنها لا تنطوي على تمييز ضد المرأة، وأنها تعاقب على نحو كاف أعمال العنف، بما في ذلك تلك التي تقع داخل المنزل.

6. الإبلاغ الإيجاري

التوصية 37

لا ينصح أن يقوم مقدم الرعاية الصحية بالإبلاغ الإيجاري للشرطة عن عنف العشير، لكن يتعين على مقدم الرعاية الصحية عرض الإبلاغ عن الحادث إلى السلطات المناسبة (بما في ذلك الشرطة) إذا كانت المرأة تريد ذلك، وأن يكون على دراية بحقوقها فضلاً عن مخاطر الإبلاغ.

التوصية 38

يجب على مقدم الرعاية الصحية الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال والحوادث التي تهدد الحياة إلى السلطات المختصة عندما يكون هناك مطلب قانوني للقيام بذلك.

ملاحظات

- (أ) مع ذلك، من الملاحظ أن هناك توافقاً متزايداً في الآراء أنه يتعين على البلدان التي بها قوانين ملزمة بالإبلاغ عن الأطفال أن تسمح بزيادة الفرص أمام الأطفال والعائلات للحصول على خدمات تتمتع بالخصوصية حيث يمكنهم تلقي الدعم على أساس طوعي.
- (ب) علاوة على ذلك، فإن الفائدة التي تعود من وراء الإبلاغ الإلزامي أمر مشكوك فيه لاسيما في الحالات التي لا يوجد فيها نظام قانوني فعال أو نظام لحماية الأطفال للتصرف في التقرير.

مسر د المصطلحات

الدعوة، التأييد، المناصرة، التبشير: في سياق الخدمات المقدمة لمعالجة عنف العشير، فإن معنى مصطلح "الدعوة" يختلف داخل البلدان وفيما بينها، استناداً إلى المواقع المؤسسية والتطورات التاريخية لدور الدعوة. بصفة عامة، يتشارك "الدعاة" مع فرادى العملاء الذين يتعرضون للإيذاء، وذلك بهدف دعمهم وتمكينهم وربطهم بالخدمات المجتمعية. في بعض مواقع الرعاية الصحية، قد يكون "الدعاة" لهم أيضاً دور في إحداث تغيير منهجي وتحفيز الاعتراف المتزايد من قبل الأطباء بالمرأة التي تعاني من سوء المعاملة. في هذه الدلائل الإرشادية، نحدد الأنشطة الأساسية في مجال الدعوة على أنها الدعم الذي يشمل ما يلي: توفير المشورة القانونية والمالية والإسكان؛ وتسهيل الوصول إلى موارد المجتمع واستخدامها مثل الملاجئ أو المأوى؛ والإسكان العاجل؛ والمشورة غير الرسمية؛ والدعم المستمر؛ وتقديم مشورة التخطيط المعنية بالسلامة. في توصياتنا، قمنا بعمل تمييز بين أنشطة الدعوة والتدخلات النفسية، مما يعكس التمييز الواضح نسبياً في الأدلة البحثية، مع اعتماد هذا الأخير على أساليب أو نظريات نفسية صريحة.

كشف الحالات أو الاستفسار السريري: في سياق عنف العشير، هذا يشير إلى التعرف على النساء اللاتي تعاني من العنف والتي تأتي إلى مواقع الرعاية الصحية، من خلال استخدام الأسئلة استناداً إلى الشروط القائمة، والتاريخ السابق، وحيثما كان ذلك مناسباً، فحص المريض. وتستخدم هذه المصطلحات التي تختلف عن "التحري" أو "الاستفسار الروتيني".

خدمات التدخل في الأزمات: هي الخدمات التي تقدم الدعم المتخصص، والدعوة، والمشورة والمعلومات في مناخ من الثقة، والأمان وعدم التهديد.

العلاج السلوكي المعرفي CBT: يستند العلاج السلوكي المعرفي على مفهوم أن الأفكار، وإلى حد ما العوامل الخارجية مثل الناس أو الأحداث، هي ما تُملي على المرء المشاعر والسلوك. قد يكون لدى الناس أفكار غير واقعية أو مشوهة، والتي إذا تركت لحالها، يمكن أن تؤدي إلى سلوك غير مفيد. عادةً يتضمن العلاج السلوكي المعرفي المكون المعرفي (مساعدة الشخص على تطوير القدرة على تحديد وتحدي الأفكار السلبية غير الواقعية)، وكذلك المكون السلوكي. يختلف العلاج السلوكي المعرفي، استناداً إلى مشاكل الصحة النفسية المحددة.

العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على الرضوح: التدخلات في مجال السلوك المعرفي التي تنطوي على التركيز على الحدث الصادم (على سبيل المثال من خلال المعالجة المتصورة أو معالجة التعرض في الحياة و/أو التحدي المباشر للإدراك غير القادر على التأقلم المتعلقة بالحدث وعواقبه).

التمكين: مساعدة النساء على الشعور بالتحكم في حياتهم على نحو أكبر والقدرة على اتخاذ قرارات حول مستقبلهن، كما ورد في نظرية التمكين لدوتون Dutton's empowerment theory. يلاحظ دوتون أن النساء المنتهكات ليست مصابة "بالمريض"، وإنما هن في "حالة مرضية". وتحتاج الاستجابات إلى إثبات وجود التفاهم ومراعاة احتياجاتهن المختلفة من الدعم والدعوة والشفاء. التمكين هو سمة أساسية من سمات تدخلات الدعوة وبعض التدخلات النفسية (المشورة الموجزة).

إعادة المعالجة لإزالة تحسس حركة العين (EMDR): هذا العلاج ينطوي على إجراءات موحدة تشمل التركيز على نحو متزامن مع (أ) الترابط العفوي للصور المؤلمة، والأفكار، والعواطف والأحاسيس الجسدية، و (ب) التحفيز الثنائي، والأكثر شيوعاً في شكل حركات العين المتكررة. على عكس العلاج السلوكي المعرفي CBT مع التركيز على الرضوح، فإن إعادة المعالجة لإزالة تحسس حركة العين EMDR ينطوي على العلاج الذي يتم بدون أوصاف مفصلة لهذا الحدث، دون تحدٍ مباشر من المعتقدات، ودون التوسع في التعرض.

الدعم الأولي: هذا يشير إلى أدنى مستوى من الدعم (النفسي في المقام الأول) والتحقق من خبرة مقدمي الرعاية الصحية التي ينبغي أن تحصل عليها جميع النساء اللواتي تكشفن عن العنف إلى مقدم الرعاية الصحية

(أو غير ذلك). وهو يشارك العديد من العناصر مع ما يطلق عليه "الإسعافات الأولية النفسية" في سياق حالات الطوارئ التي تنطوي على التجارب الصادمة.

مقدم الرعاية الصحية: فرد أو منظمة تقدم خدمات الرعاية الصحية بطريقة منهجية. قد يكون الشخص الذي يقدم الرعاية الصحية من المهنيين في مجال الرعاية الصحية، أو من العاملين في مجال صحة المجتمع، أو أي شخص مدرب آخر يكون على دراية بالمجال الصحي. وهذا يمكن أن يشمل العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين حصلوا على بعض التدريب لتقديم الرعاية في مجتمعهم. والمنظمات تشمل المستشفيات، والعيادات، ومراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها من نقاط تقديم الخدمات. في هذه الدلائل الإرشادية، عادةً ما يشير مصطلح "مقدم الرعاية الصحية" إلى مقدم الرعاية الأولية (الممرضة، القابلة، الطبيب أو غيرهم).

العشير: الزوج، أو عشير المعاشرة، أو الصديق أو الحبيب، أو الزوج السابق، أو العشير السابق، أو الصديق السابق أو الحبيب السابق.

عنف العشير: السلوك من جانب العشير الذي يسبب الأذى البدني، أو الجنسي، أو النفسي، بما في ذلك أعمال الاعتداء الجسدي والإكراه الجنسي، والانتهاك النفسي والسيطرة على السلوكيات. هذا التعريف يشمل العنف من قبل كل من الأزواج الحاليين والسابقين وغيرهم من الشركاء الحميمين. المصطلحات الأخرى المستخدمة للإشارة إلى ذلك تشمل العنف المنزلي، إيذاء الزوجة أو الزوج، أو ضرب الزوجة أو الزوج. عادةً ما يستخدم تاريخ العنف للإشارة إلى العلاقات الحميمة بين الشباب، التي قد تكون متفاوتة المدة والشدة، ولا تنطوي على المعاشرة.

الإبلاغ الإلزامي: يشير إلى التشريعات التي تقرها بعض البلدان أو الدول التي تحتاج إلى أشخاص أو أفراد معينين مثل مقدمي الرعاية الصحية للإبلاغ (عادةً إلى الشرطة أو النظام القانوني) عن أي حادثة واقعة أو متوقعة تتعلق بالعنف المنزلي أو عنف العشير. في العديد من البلدان، ينطبق الإبلاغ الإلزامي في المقام الأول على إيذاء الأطفال وإساءة معاملة القاصرين، إلا أنه قد امتد في حالات أخرى إلى الإبلاغ عن عنف العشير.

التدخلات النفسية: المشورة الرسمية، أو العلاج النفسي، أو مجموعة من مختلف التقنيات النفسية المقدمة من قبل شخص مدرب على هذه التدخلات. يتم تقديم هذه الأساليب في مجموعات أو أزواج محددة أو غير محددة بالجنس، أو على أساس فردي. وهذا يمكن أن يتخذ أشكالاً عديدة، وأكثرها شيوعاً هي العلاجات التي يتم تصنيفها بشكل عام في شكل العلاج السلوكي المعرفي أو CBT. (انظر أيضاً العلاج السلوكي المعرفي CBT وإعادة المعالجة لإزالة تحسس حركة العين EMDR).

العنف الجنسي: أي فعل جنسي أو محاولة الحصول على الفعل الجنسي، أو تعليقات أو تطورات جنسية غير مرغوب فيها، أو أعمال للاتجار، أو غير ذلك مما يكون موجهاً ضد الحياة الجنسية الشخصية، وذلك بالإكراه، من قبل أي شخص، بغض النظر عن علاقته بالضحية، في أي موقع، بما في ذلك، ولكن ليس على سبيل الحصر، المنزل والعمل.

الاعتداء الجنسي: فئة فرعية من العنف الجنسي وعادةً ما يتضمن الاعتداء الجنسي استخدام القوة البدنية أو غيرها للحصول على، أو محاولة القيام بالاتصال الجنسي. وهو يشمل الاغتصاب، الذي يعرف بأنه الاتصال الجنسي القسري أو بالإكراه من الفرج أو الشرج بواسطة القضيب أو العضو الذكري، أو غير ذلك من أجزاء الجسم، أو أي شيء، على الرغم من أن التعريف القانوني للاغتصاب قد يختلف، وفي بعض الحالات، يمكن أن يشمل أيضاً الاختراق عن طريق الفم.

الاستفسار الروتيني: يستخدم أحياناً للإشارة إلى التحقق من عنف العشير دون اللجوء إلى معايير الصحة العامة لبرنامج الفحص الشامل؛ كما يمكن أن يستخدم أيضاً للدلالة على عتبة منخفضة بالنسبة للنساء اللاتي يتم سؤالهن بشكل روتيني حول الانتهاكات في مرفق الرعاية الصحية، ولكن ليس بالضرورة جميع النساء.

الفحص (الفحص الشامل): إجراء تقييم على نطاق واسع لجميع الفئات السكانية، حيث لا يتم تحديد أي من المجموعات السكانية.

اتخاذ القرارات المشتركة: عندما يقوم الأطباء والمرضى باتخاذ قرارات معاً باستخدام أفضل الأدلة المتاحة. في شراكة مع الأطباء، يتم تشجيع المرضى للنظر في الخيارات المتاحة والفوائد والأضرار المحتملة لكل فرد منهم، وعلى التواصل مع تفضيلاتهم، والمساعدة على تحديد مسار العمل الذي يناسب ذلك بشكل أفضل.

المأوى: المعروف أيضاً باسم البيت الآمن أو الملجأ، وفي العادة هو مكان، وفي أغلب الأحيان مكان سري، حيث يمكن للنساء الفرار من الشركاء المتسببين في الإيذاء. عادةً تدير هذا المأوى منظمة غير حكومية (NGO)، وكانت أول استجابة اجتماعية وسياسية تجاه العنف العشير من الحركة النسائية في البلدان ذات الدخل المرتفع في السبعينات. مع ذلك، فإنه يمكن أن يشير أيضاً إلى الكنيسة أو فئة اجتماعية، أو موقع آخر يوفر ملاذاً آمناً للنساء.

الدعم: لأغراض هذه الدلائل الإرشادية، "الدعم" يشمل أي أو مزيج مما يلي: تقديم المشورة القانونية والإسكان والمشورة المالية، وتسهيل الوصول إلى موارد المجتمع واستخدامها مثل الملاجئ أو المأوى؛ والإسكان الطارئ؛ والتدخلات النفسية وتقديم المشورة فيما يخص التخطيط من أجل تحقيق السلامة.

الصدمة النفسية غير المباشرة: يتم تعريفها بأنها التحول في الخبرات الداخلية لمقدم الرعاية الصحية نتيجة التعاطف و/أو الارتباط المتكرر مع الناجيات من العنف (الجنسي) والمواد الصادمة.

العنف ضد النساء: مصطلح واسع النطاق، حسب تعريف الأمم المتحدة بأنه "أي عمل من أعمال العنف القائم على أساس نوع الجنس ويترتب عليه، أو يرجح أن يترتب عليه، ضرر جسدي أو جنسي أو نفسي أو معاناة للنساء، بما في ذلك التهديدات بمثل هذه الأفعال أو الحرمان من الحرية عن طريق القسر أو التعسف، سواء حدث ذلك في مكان عام أو في الحياة الخاصة". وهو يتضمن العديد من أشكال مختلفة من العنف ضد النساء والفتيات، مثل العنف العشير، والعنف الجنسي من غير العشير، والاتجار، والممارسات الضارة مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

المراجع

Bott S et al. *Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, Pan American Health Organization, 2012.

Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10(7):770–789.

Ellsberg M et al. 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. *The Lancet*, 2008, 371(9619):1165–1172.

Feder GS et al. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166:22–37.

García-Moreno C et al. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, World Health Organization, 2005.

Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf> , accessed 11 September 2013).

WHO/UNHCR/UNFPA. *Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*. Geneva, World Health Organization, 2004.

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2010a (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 10 September 2013).

Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, World Health Organization, 2010b.

Psychological first aid: guide for field workers. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205, accessed 11 September 2013).

WHO Model list of essential medicines, 18th ed. Geneva. World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf, accessed 11 September 2013).

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, World Health Organization, 2013.

World Health Organization/International Labour Organisation. *Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2008.

Clinical management of rape survivors. E-learning programme. Geneva, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009.

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة: التوصيات السريرية وتوصيات السياسات: الملخص التنفيذي / منظمة
الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص.

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2013 (WHO/RHR/13.10)

WHO-EM/HLP/110/A

1. عنف العشير 2. الشريك المعاشر جنسيا 3. الجرائم الجنسية 4. خدمات صحة المرأة 5. الطب المبني على الأدلة 6.
- إرشادات التخطيط الصحي أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية: WA 309)

WHO-EM/HLP/110/A

© منظمة الصحة العالمية 2019

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية". (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).
وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تسخو المصنف وتعيدوا توزيعه وتحوروه للأغراض غير التجارية، وذلك شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة (WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمت بتعديل المصنف فيجب عندئذ أن تحصلوا على ترخيص لمصنّفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمت بترجمة المصنف فينبغي أن تدرجوا بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة (WHO) غير مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. ويجب أن يكون إصدار الأصل الإنكليزي هو الإصدار الملزم وذو الحجية".
ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.
الاقتباس المقترح. التصدي لعنف العشير والعنف الجنسي ضد المرأة: التوصيات السريرية وتوصيات السياسات. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2019. الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط <http://apps.who.int/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات الخاصة بالحقوق والترخيص انظر الرابط <http://www.who.int/about/licensing>.

مواد الطرف الثالث. إذا كنتم ترغبون في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور فإنكم تتحملون مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام هذه أم لا، وعن الحصول على الإذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده أية مخاطر لحدوث مطالبات نتيجة انتهاك أي عنصر يملكه طرف ثالث في المصنف.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. التسميات المستعملة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر ضمناً عن أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة تُوزع دون أي ضمان من أي نوع، سواء أكان بشكل صريح أم بشكل ضمني. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد. والمنظمة (WHO) ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.