



التصدي لعنف الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة

المبادئ التوجيهية السريرية والخاصة بالسياسات





التصدي لعنف الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة

المبادئ التوجيهية السريرية
والخاصة بالسياسات

منظمة
الصحة العالمية 
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط



بيانات الفهرسة أثناء النشر

الأسماء: منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
العنوان: التصدي لعنف الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة: المبادئ التوجيهية السريرية والخاصة بالسياسات / منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
الوصف: القاهرة | منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط | 2019
المحددات: ISBN 978-92-9274-057-3 | (متاح على شبكة الإنترنت) ISBN 978-92-9274-058-0
المواضيع: سوء معاملة القرين - وقاية ومكافحة | عنف الشريك - وقاية ومكافحة | الشريك المعاصر جنسياً | الجرائم الجنسية - وقاية ومكافحة | خدمات صحة المرأة | السياسة الصحية | أدلة موضوعية
التصنيف: تصنيف المكتبة الطبية القومية WA 309
صدر هذا المنشور في الأصل بالرقم الدولي الموحد: 978-92-9022-216-3, 978-92-9022-217-0

© 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"

IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>) 3.0

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز أن تنسخوا 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 قمتم بتعديل المصنف فيجب عندئذٍ أن تحصلوا على ترخيص لمصنفيكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ترخيص يعادله. وإذا قمتم 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 الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة: المبادئ التوجيهية السريرية والخاصة بالسياسات. 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 يباينها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيها 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.

هـ	شكر وعرفان
و	الاختصارات والمسرد
و	مسرد المصطلحات
1	الملخص التنفيذي
1	المقدمة
1	الجمهور المستهدف
2	طرق إعداد المبادئ التوجيهية
3	ملخص التوصيات
10	المعلومات الأساسية
11	نطاق المبادئ التوجيهية
12	اعتماد المبادئ التوجيهية على حقوق الإنسان
13	الطُرُق
13	تحديد البيّنات المتغيرة، وتقييمها، وجمعها
13	تعيين فريق إعداد المبادئ التوجيهية
	الإعلان عن المصالح الذي قدمه أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية والمراجعون الزملاء
	14
14	اتخاذ القرارات أثناء اجتماع فريق إعداد المبادئ التوجيهية
15	إعداد الوثائق ومراجعة الزملاء
16	البيّنات والتوصيات
16	1. رعاية تتمحور حول المرأة
17	2. التعرف على الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن
26	3. الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي
35	4. تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي
39	5. سياسات الرعاية الصحية وآليات تقديمها
43	6. التبليغ الإجباري عن عنف الشريك

46	الآثار المترتبة على البحوث
46	الفجوات البحثية على أساس أسئلة المبادئ التوجيهية
46	تحديد عنف الشريك
46	رعاية الناجيات من عنف الشريك
47	الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي
47	تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي
47	سياسات الرعاية الصحية وتقديمها
47	التبليغ الإجمالي عن عنف الشريك
84	نشر وتنفيذ المبادئ التوجيهية
48	نشر المبادئ التوجيهية
48	تنفيذ المبادئ التوجيهية
49	رصد وتقييم تنفيذ المبادئ التوجيهية
50	تحديث المبادئ التوجيهية
51	الملاحق
47	1. أولاً المراجع
	2. الخبراء الخارجيون وموظفو منظمة الصحة العالمية المشاركون في
54	إعداد المبادئ التوجيهية
54	فريق إعداد المبادئ التوجيهية
55	أمانة منظمة الصحة العالمية
55	الزملاء المراجعون
56	إعلان المصالح لفريق إعداد المبادئ التوجيهية
56	3. قائمة بكامل جداول المراجعات والبيانات.

لورا سادواسكي، المدير المشارك لوحدة البحوث التعاونية، مستشفى كوك كانترى، الولايات المتحدة الأمريكية.

أما فريق التوجيه الذي قدّم المشورة في شتى مراحل إعداد هذه المبادئ التوجيهية فضمّ كل من جين فيدر، وساندرا مارتين، ولورا سادواسكي (المذكورين آنفاً)، إلى جانب بادما دوسثالي، منسق مركز الاستعلام في الصحة ومركز أنوساندان تراست أشرائي للبحوث في الموضوعات المتقاربة، الهند، وراشيل جوكس، وحدة البحوث الجنسانية والصحية، مجلس البحوث الطبية، جنوب أفريقيا، ونانسي ترنبول، مدير المشروعات، المملكة المتحدة. ومن منظمة الصحة العالمية: مارتين جولمير وغلو،

جواو باولو، دياز دي سوزا، من قسم الصحة الإنجابية والبحوث، ومارك فان أومارين، من قسم الصحة النفسية وإساءة استعمال المواد، وكريستوفر ميكتون من قسم الوقاية من الإصابات والعنف، وماركو أنتونيو دي أفيليا فيتوريا وراشيل باغالي، من قسم فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وأليساندرا سي غويديز، منظمة الصحة للبلدان الأمريكية/المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للأمريكتين، واشنطن دي سي، وإيزابيل بوردي، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لأوروبا، كوبنهاغن؛ فكل تلك الأسماء المذكورة سلفاً كان لها إسهامات قيّمة في إعداد هذه المبادئ التوجيهية.

والشكر موصول إلى التالية أسماءهم تقديراً لهم على إجرائهم لمراجعة النظراء: نيكولا كريستوفيديز، ولينا ديغولو نيغاه، وجيل كيسبري، وبوب ماش، وفيغيان ناانسون، ومايكل رودريغيز، وفرانسيلينا روماو، ونادين واثن، وجبولينغ وو.

وتولى تحرير المبادئ التوجيهية كل من بریا شيتي وبيني هو.

أعدّ هذه المبادئ التوجيهية قسم الصحة الإنجابية والبحوث، بمنظمة الصحة العالمية، تحت قيادة الدكتورة كلوديا غارسيا مورينو. ولم يكن إعداد هذه المبادئ التوجيهية ممكناً من دون الخبرات وهذا الدعم الذي قدمه كثير من الأفراد. وقد بدأ إعدادها عقب اجتماع الخبراء بشأن استجابات قطاع الصحة لمسألة العنف ضد المرأة الذي انعقد في الفترة 17-19 آذار/مارس 2009، مدعوماً بمساهمة قدمتها مؤسسة باكارد (Packard Foundation) إلى قسم الصحة الإنجابية

والبحوث، بمنظمة الصحة العالمية. وتود المنظمة أن تشكر أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية: ستي حوا علي، ومها المنيف، وجاكلين كامبيل، وبادما ديوثالي، وجين فيدر (رئيس)، وكيلسي هاغرتي، ووليس هاوراد، وراشيل جيوكز، وروكسانا جينا، وجوان كليفينز، وسيلفي لوفونغ ونغ، وجوديث ماكفارلين، وهاربيت ماكميلان، وساندرا مارتين، وجاغاديش نارايانا ريدي، وجوزفين نجوروج، وأنا فلافي بيرس، ولوكاس جواوليفيرا، وأورو ديل ريو زوليتسي، ولورا سادواسكي، وأنيس تيواري، وذاو جينغلي. واستندت المبادئ التوجيهية إلى مناقشات جرت في اجتماع فريق إعداد المبادئ التوجيهية الذي انعقد في جنيف في الفترة 12-14 أيلول/سبتمبر 2011 والمساهمات الحالية التي يقدمها أعضاء الفريق والمراجعين من النظراء، وترأس الفريق جين فيندر، أستاذ الرعاية الصحية الأولية بجامعة بريستول، المملكة المتحدة، قدّم يد العون والتوجيه في كافة مراحل الإعداد. وتولى مراجعة البيانات الداعمة لهذه المبادئ التوجيهية كل من روكسانا جينا، بجامعة ويتواترزاندي، جنوب أفريقيا، نايرا كالرا، جنيف، سويسرا، ساندر مارتين، قسم صحة الأمهات والأطفال، جامعة نورث كارولينا، الولايات المتحدة الأمريكية،

الاختصارات والمسرد

مسرد المصطلحات

الدعوة (Advocacy): في سياق تقديم الخدمات لعنف الشريك، يختلف معنى مصطلح "الدعوة" داخل البلدان وفيما بينها، اعتماداً على الأطر المؤسسية والتطورات التاريخية لدور الدعوة. وبصفة عامة، يسهم "دعاة" بالعمل مع الزبائن الأفراد الذين يتعرضون لسوء المعاملة، وذلك بهدف دعمهم وتمكينهم وربطهم بالخدمات المجتمعية. وفي بعض مؤسسات الرعاية الصحية، قد يكون للدعاة "أيضاً دور في إحداث التغيير المنهجي وحفز زيادة اعتراف الأطباء بها تعانیه المرأة من سوء المعاملة. وفي هذه المبادئ التوجيهية، نعرف الأنشطة الأساسية للدعوة والتي تقدم الدعم التالي: توفير المشورة القانونية وحول الإسكان والجوانب المالية، وتسهيل الوصول إلى موارد المجتمع مثل الملاجئ أو أماكن الإيواء والإسكان في حالات الطوارئ واستخدامها؛ تقديم المشورة غير الرسمية، وتقديم الدعم المستمر، وتقديم المشورة حول التخطيط من أجل السلامة. في توصياتنا، ميزنا بين الدعوة و التدخلات النفسية، وهو ما يعكس تمييزاً واضحاً نسبياً في البيئات البحثية، وهي التي تعتمد على طرق صريحة أو النظريات في علم النفس.

اكتشاف الحالات السريرية أو الاستفسار عنها (Case-finding or clinical enquiry): في سياق عنف الشريك، يراد باكتشاف الحالات السريرية التعرف على النساء اللاتي يتعرضن للعنف ممن يتقدمن إلى مرافق الرعاية الصحية، من خلال استخدام الأسئلة تستند إلى ظروف تقدمهن، والتاريخ، وعند الاقتضاء، ونتائج فحصهن. ويستخدم هذا المصطلح اختلافاً يميزه عن "التحري" أو "الاستفسار الروتيني".

خدمات التدخل أثناء الأزمات (Crisis intervention services): هذه هي الخدمات التي تقدم الدعم المتخصص والدعوة والإرشاد والمعلومات الموثوقة، في بيئة آمنة وبدون تهديد.

العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavioural therapy): ويستند العلاج السلوكي المعرفي على

مفهوم مفاده أن الأفكار وليس العوامل الخارجية مثل الناس أو الأحداث، هي ما يبني المشاعر والسلوك لدى الأفراد. وقد يكون لدى الناس أفكار غير واقعية أو مشوهة، وإذا تركت دون التحقق منها فإنها يمكن أن تؤدي إلى سلوك غير مفيد. والعلاج السلوكي المعرفي الحالات النمطية فيه مكون معرفي (مساعدة الشخص على تطوير القدرة على تحديد وتحدي الأفكار السلبية غير الواقعية)، وفيه كذلك عنصر سلوكي. والعلاج السلوكي المعرفي له أنماط مختلفة من حيث اعتماده على مشاكل محددة في الصحة النفسية.

العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على الرضح (Cognitive behavioural therapy with a trauma focus): التدخلات المعرفية السلوكية التي تنطوي على التركيز على الحدث الراضح (على سبيل المثال من خلال معالجة لتعرض متخيل أو حقيقي/ أو من خلال التحدي المباشر لإدراك مدى سوء التكيف مع الحدث ومع عواقبه.¹

التمكين (Empowerment): مساعدة النساء على الشعور بقدر أكبر من السيطرة على مقدرات حياتهن وقادرتهم على اتخاذ القرارات حول مستقبلهن، كما وردت في مذكرات دوتون نظرية حول تمكين المرأة.² إذ لاحظ دوتون أن المرأة التي تعرضت للضرب هي امرأة ليست "مريضة"، وإنما هي في "حالة مرض" وأنه لا بد من إظهار التفهم، والأخذ بعين الاعتبار، الاحتياجات المختلفة الخاصة بها للحصول على الدعم وعلى الدعوة وعلى الشفاء. التمكين هو سمة أساسية من التدخلات في الدعوة وفي بعض النفسية التدخلات (المشورة الوجيهة).

إعادة المعالجة لزوال الإحساس بحركات العين (Eye movement desensitization) (EMDR) reprocessing): هذا العلاج يتضمن إجراءات موحدة تشمل التركيز المتزامن على (أ) ترابطات عفوية من الصور، والأفكار، والعواطف والأحاسيس الجسدية للرضح، و (ب) استشارة ثنائية، والأكثر شيوعاً منها هي على شكل حركات

¹ هذا المصطلح مرادف لمصطلح «العلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على الرضح» كما هو مستخدم في المبادئ التوجيهية للمعهد الوطني للبيانات السريرية (NCCMH، 2005) ومراجعات كوكرين (مثل بيسون وأندرو 2005). ويلاحظ أنه في الأدبيات حول الرضح، فإن للعلاج السلوكي المعرفي مع التركيز على الرضح أيضاً تعريفاً أضيق لبروتوكول العلاج المعرفي السلوكي المتعدد المكونات والمحددة جداً والمنشور على نطاق واسع حول الأطفال والمراهقين وضعه كوهين وزملاؤه (2000).

² دوتون، تمكين المرأة المضروبة واندمال جروحها، نموذج للتقييم والتدخلات، نيويورك، شركة سبرنجر للنشر، 1992.

العين المتكررة. وإنه على عكس العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات النفسية، فإن إعادة المعالجة لزوال الإحساس بحركات العين لا يتضمن وصفاً تفصيلياً لهذا الحدث، ولا تحدياً مباشراً للمعتقدات، ولا تعرضاً موسعاً.

دعم الخط الأول (First-line support) : وهذا يشير إلى المستوى الأدنى من الدعم (في المجال النفسي في المقام الأول) والتحقق من المعاناة التي يعانيها جميع النساء اللواتي يكشفن لمن يقدم الرعاية الصحية (أو غيره) عن تعرضهن للعنف. ويشترك في دعم الخط الأول العديد من العناصر، وهو ما يطلق عليه اسم "الإسعافات الأولية النفسية" في سياق حالات الطوارئ التي تنطوي على معاناة من الرضوح.

مقدم الرعاية الصحية (Health-care provider) : فرد أو منظمة توفر خدمات الرعاية الصحية بطريقة منهجية. قد يكون موفر الرعاية الصحية الفردية والرعاية الصحية المهنية عامل في صحة المجتمع، أو أي شخص آخر يتم تدريبه ويكتسب دراية في مجال الصحة. هذا ويمكن أن تشمل العاملين في مجال الرعاية الصحية غير المتخصصين الذين تلقوا بعض التدريب لتقديم الرعاية في مجتمعهم. أما المنظمات فتشمل المستشفيات، والعيادات، ومراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها من نقاط تقديم الخدمات. وفي هذه المبادئ التوجيهية، فإن مصطلح "مقدم الرعاية الصحية" عادة ما يشير إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية (معرضة أو قابلة أو طبيب أو غيره).

الشريك (Intimate partner) : زوج، أو معاشر، أو صديق أو حبيب، أو زوج سابق، أو شريك سابق، أو صديق سابق أو حبيب سابق.¹

عنف الشريك (Intimate partner violence) : سلوك الشريك يسبب الأذى الجسدي أو الجنسي أو النفسي، بما في ذلك أعمال الاعتداء الجسدي والإكراه الجنسي، والإيذاء النفسي والسيطرة على السلوكيات. ويغطي هذا التعريف العنف من قبل كل من الأزواج السابقين والحاليين والشركاء بين الآخرين. وتشمل المصطلحات الأخرى المستخدمة للإشارة إلى عنف الشريك كلاً من العنف المنزلي، سوء معاملة الزوج أو الزوجة، ضرب الزوجة أو الزوج. وعادة ما يستخدم مصطلح العنف أثناء المواعدة للإشارة إلى العلاقات بين الشباب، والتي قد تكون ذات مدة وشدة متفاوتة، ولا تنطوي على المعاشرة.

الإبلاغ الإلزامي (Mandatory reporting) : يشير إلى التشريعات التي يقرها بعض البلدان أو الدول والتي تطلب من الأفراد أو من بعض الأفراد

المعينين مثل مقدمي الرعاية الصحية أن يقدم بلاغاً (عادة إلى الشرطة أو النظام القانوني) بأي حادث من العنف المنزلي الفعلي أو المشتبه به، أو عنف الشريك. وفي العديد من البلدان، ينطبق الإبلاغ الإلزامي في المقام الأول على الاعتداء على الأطفال وإساءة معاملة القاصرين، ولكن في بلدان أخرى قد تم تمديده إلى الإبلاغ عن عنف الشريك.

التدخلات النفسية (Psychological interventions) : التقنيات النفسية المختلفة التي تتضمن المشورة الرسمية، والعلاج النفسي لفرد أو لمجموعة والتي يقدمها شخص مدرب في هذه التدخلات، وتقدم هذه الأساليب على شكل مجموعات تراعي أو لا الجنس أو من أزواج، أو على أساس فردي. ويمكن للتدخلات النفسية أن تتخذ أشكالاً عديدة، وهي من العلاجات الأكثر شيوعاً التي يتم تصنيفها بشكل عام على أنها العلاج السلوكي المعرفي. انظر أيضاً "العلاج السلوكي المعرفي" و "إعادة المعالجة لزوال الإحساس بحركات العين".

العنف الجنسي (Sexual violence) : أي فعل جنسي، أو محاولة الحصول على الفعل الجنسي، أو التعليقات الجنسية غير المرغوب فيها أو التي تتعلق بمقدمات العمل الجنسي، أو أفعال تستهدف التأثير على الحياة الجنسية لشخص ما أو منافاتها، وذلك باستخدام الإكراه، من قبل أي شخص، بغض النظر عن علاقته بالضحية، في أي موقع، بما في ذلك، ولكن ليس على سبيل الحصر، المنزل ومكان العمل.²

الاعتداء الجنسي (Sexual assault) : فئة فرعية من العنف الجنسي. ويتضمن الاعتداء الجنسي عادة استخدام القوة المادية أو قوى أخرى غيرها للحصول أو محاولة الإيلاج الجنسي. ويشمل الاغتصاب، الذي يعرف بأنه إيلاج القضيب أو أي عضو آخر من الجسم، أو شيء آخر في الفرج أو الشرج، باللجوء إلى القوة المادية أو الإكراه، وعلى الرغم من أن التعريف القانوني للاغتصاب قد يختلف، فإنه في بعض الحالات، يمكن أن تشمل أيضاً الإيلاج في الفم.³

الاستفسار الروتيني (Routine enquiry) : مصطلح يستخدم في بعض الأحيان للإشارة إلى استقصاء المعلومات حول عنف الشريك دون اللجوء إلى معايير الصحة العامة لبرنامج الفحص الشامل؛⁴ كما يمكن أن يستخدم هذا المصطلح أيضاً للدلالة على عتبة منخفضة للمرأة التي تسأل بشكل روتيني حول سوء المعاملة في مجال الرعاية الصحية، ولكن ليس بالضرورة كل النساء.¹

¹ يختلف تعبير الشريك من مكان لآخر، ومن دراسة لأخرى، ويتضمن العلاقات الرسمية، مثل الزواج، والعلاقات غير الرسمية مثل علاقات المساكنة والمواعدة والعلاقات الجنسية خارج إطار الزواج. وفي بعض الأماكن، يغلب أن يكون الشريك هو الزوج، وفي بعضها الآخر تكون العلاقات خارج إطار الزواج هي الأكثر شيوعاً.

² جوكيس، سن وغارسيا مورينو، العنف الجنسي، كروغ والزملاء، التقرير العالمي حول العنف والصحة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002.

³ المصدر السابق

التحري (التحري الشامل) (Screening universal) : تقييم واسع النطاق لمجموعات سكانية بأكملها، دون انتقاء لمجموعات سكانية محددة.²

الملاجئ أو أماكن الإيواء؛ الإسكان في حالات الطوارئ، والتدخلات النفسية وتقديم المشورة حول التخطيط من أجل السلامة، كما هو مفصل في التوصية⁴، صفحة 16.

الرضح التلوي (Vicarious trauma) : يعرف بأنه تحول في المعاناة الداخلية لدى مقدم الرعاية الصحية نتيجة التعاطف أو الإسهام بالعمل المتكرر مع الناجين من العنف الجنسي والمواد المرافقة لإصابتهم بالرضح.

(انظر الموقع الإلكتروني / [http:// www.svri.org /](http://www.svri.org/trauma.htm) trauma.htm).

العنف الموجه ضد المرأة (Violence against women) : مصطلح يشكل مظلة واسعة، تعرفه الأمم المتحدة بأنه "أي فعل عنيف يستند إلى اختلاف الجنس ويترتب عليه، أو يرجح أن يترتب عليه، أذى بدني أو جنسي أو معنوي شديد أو معاناة للمرأة، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو في الحياة الخاصة".⁵ وهو يتضمن العديد من أشكال مختلفة من العنف ضد النساء والفتيات، مثل عنف الشريك، والعنف الجنسي من قبل غير الشريك، والاتجار بالجنس، والممارسات الضارة مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

التشارك في اتخاذ القرار (Shared decision-making) : عندما يتشارك الأطباء والمرضى في اتخاذ القرارات معاً باستخدام أفضل البيئات المتاحة. ففي الشراكة مع الأطباء، يتم تشجيع المرضى على النظر في الخيارات المتاحة والمزايا والمضار المحتملة لكل منها، وعلى التعبير عن تفضيلاتهم، وعلى المساعدة على تحديد مسار العمل الذي يناسب ذلك على أفضل وجه.³

المأوى (Shelter) : ويعرف أيضاً بأنه البيت الآمن أو الملجأ، وهو عادة مكان، وغالباً في موقع سري، يمكن للنساء الفرار إليه ممن يسيئون معاملتهن في المعاشرة. وعادة تديره منظمة غير حكومية، ويعتبر المأوى أول استجابة اجتماعية وسياسية قامت بها الحركة النسوية لمواجهة عنف الشريك في البلدان ذات الدخل المرتفع في السبعينات. ومع ذلك، فإن المأوى قد يشير أيضاً إلى الكنيسة، وجماعة في المجتمع، أو مواقع أخرى توفر ملاذاً آمناً للنساء.

الدعم (Support) : لأغراض هذه المبادئ التوجيهية، فإن مصطلح "دعم" يشمل أي إجراء من الإجراءات التالية أو مزيج منها: توفير المشورة القانونية وحول السكن والشؤون المالية، وتسهيل الوصول إلى موارد المجتمع واستخدامها، مثل

¹ وقائمة المعايير موجودة في منشورة مبادئ وممارسات تحري الأمراض، ويلسو وجنجر، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1968. (http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf). The UK screening criteria are listed on <http://www.screening.nhs.uk/criteria#fileid9287>.

² تاكيت والملاء، السؤال الروتيني للنساء في المواقع الصحية حول العنف المنزلي، المجلة الطبية البريطانية، 2003، 327(7416):673-676.

³ وقائمة المعايير موجودة في منشورة مبادئ وممارسات تحري الأمراض، ويلسو وجنجر، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 1968. (http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf). The UK screening criteria are listed on <http://www.screening.nhs.uk/criteria#fileid9287>.

⁴ إيلوين والملاء، تنفيذ التشارك في اتخاذ القرارات في الخدمات الصحية الوطنية، المجلة الطبية البريطانية، 2010، 341:c5146.

⁵ الأمم المتحدة، الإعلان حول العنف الموجه ضد المرأة، نيويورك، الأمم المتحدة، 1993.

المقدمة

عادة ما تحتاج النساء اللاتي تعرضن للعنف إلى التماس الرعاية الصحية، للتعامل مع ما تعرضن له من إصابات حتى وإن لم يفصحن عما صاحب هذه الإصابات من عنف أو انتهاك. وغالباً ما يكون مقدم الرعاية الصحية، هو أول مهني يخالط الناجين من العنف أو الانتهاك الجنسي بين الشريك. وتشير الإحصائيات إلى أن النساء اللاتي يتعرضن للاعتداء يلجأن إلى خدمات الرعاية الصحية أكثر ممن لم يتعرضن له، وإلى أن مقدمي الرعاية الصحية من قبيل المهنيين الصحيين هم أكثر من يثقون في البوح إليه بما تعرضن له من اعتداء.

وتهدف هذه المبادئ التوجيهية إلى تقديم توجيهات مسندة بالبيانات إلى مقدمي الرعاية الصحية حول كيفية الاستجابة بشكل ملائم لعنف الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة بما في ذلك التدخلات السريرية والدعم العاطفي. وتهدف كذلك إلى إذكاء وعي مقدمي الرعاية الصحية، ورسمي السياسات بالعنف الموجه ضد المرأة بغية فهم الحاجة إلى اتخاذ القطاع الصحي لاستجابة ملائمة للعنف ضد المرأة.

وتستند هذه المبادئ التوجيهية إلى مراجعات منهجية للبيانات الخاصة بالتعرف على العنف بين الشريك وتقديم الرعاية السريرية لهم، وتقديم الرعاية السريرية لضحايا الاعتداءات الجنسية، وكذلك التدريب المرتبط بالعنف بين الشريك، والاعتداء الجنسي على المرأة، فضلاً عن الأساليب المتعلقة بالسياسات والبرامج الخاصة بتوفير الخدمات والتقارير الإلزامية حول العنف بين الشريك. وتوفر هذه المبادئ المقاييس التي يمكن الاعتماد عليها كأساس للمبادئ التوجيهية الوطنية، ولإدماج هذه القضايا في تثقيف مقدمي الرعاية الصحية، فضلاً عن مساعدتهم في الإحاطة بشكل أفضل بسبل رعاية النساء اللاتي يتعرضن للاعتداء الجنسي وعنف الشريك.

وعلى الرغم من أن الرجال أيضاً يعتبرون ضحايا لعنف الشريك وللاعتداءات الجنسية، بيد أن هذه المبادئ التوجيهية تركز على النساء نظراً لما يعانيه من المزيد من العنف الجنسي، وخامة العنف

البدني، وفرط الرقابة القسرية من الشريك الذكر. ومع هذا فسيركز جل النصائح على العنف الموجه تجاه المرأة من قبل أفراد الأسرة الآخرين بخلاف الشريك، وقد ينسحب أيضاً على إساءة معاملة الرجال من الشريك الذكر. وتسري بعض النصائح كذلك على الاعتداء الجنسي للرجال.

الجمهور المستهدف

توجه هذه المبادئ التوجيهية إلى مقدمي الرعاية الصحية نظراً لما يحظون به من مكانة فريدة في التعاطي مع الاحتياجات الصحية والنفسية والاجتماعية للنساء اللاتي شهدن عنفاً. فالمهنيون الصحيون قد يقدمون المساعدة من خلال تيسير عملية الإفصاح؛ وتوفير الدعم والإحالة؛ وتوفير الخدمات الطبية الملائمة والرعاية اللازمة للمتابعة؛ أو تجميع البيانات الشرعية ولاسيما في حالات العنف الجنسي.

فهذه المبادئ التوجيهية تزود مقدمي الرعاية الصحية بالإرشادات المسندة بالبيانات حول الرعاية المناسبة بما فيها التدخلات السريرية والدعم العاطفي للنساء اللاتي يعانين من عنف الشريك والعنف الجنسي. وتهدف المبادئ التوجيهية كذلك إلى توعية مقدمي الرعاية الصحية ورسمي السياسات بالعنف الموجه ضد المرأة بغية تشجيع القطاع الصحي على اتخاذ استجابة مستترة مسندة بالبيانات، وتحسين بناء قدرات مقدمي الرعاية الصحية، وسائر أعضاء الفرق المتعددة التخصصات. وستثبت هذه الدلائل مدى إفادتها للمسؤولين عن إعداد المناهج التدريبية في مجال الطب والتمريض والصحة العمومية.

وقد شملت هذه المبادئ التوجيهية عنصر خاص بتقديم الخدمات وتوجيه البرنامج إلى هؤلاء المسؤولين عن إعداد وتمويل وتنفيذ البرامج التي تتصدى للعنف الموجه ضد المرأة. ويتعين أخذ مستوى الموارد المتاحة، بما فيها سائر خدمات الدعم الأخرى، بعين الاعتبار عند تنفيذ التوصيات. وستعمل منظمة الصحة العالمية على إبرام شراكات مع وزارات الصحة، والمنظمات غير الحكومية، ووكالات الأمم المتحدة الشقيقة من أجل نشر هذه المبادئ التوجيهية، وتيسير تبنيها وتنفيذها في الدول الأعضاء.

طرق إعداد المبادئ التوجيهية

تتضمن العملية المستخدمة في إعداد هذه المبادئ التوجيهية، والمحددة في كتيب منظمة الصحة العالمية الخاص بإعداد المبادئ التوجيهية ما يلي:

تحديد المسائل المتعلقة بالممارسة السريرية (الإكلينيكية) والسياسة الصحية؛ 2- استرجاع البيانات المحدثة والمسندة بالبيانات؛ 3- تقييم البيانات وتوليدها؛ 4- صياغة التوصيات بناء على المدخلات الواردة من طيف كبير من الأطراف المعنية؛ 5- صياغة الخطط بغرض توزيعها وتنفيذها وتحديثها.

وقد تم توليف البيانات العلمية الخاصة بالتوصيات باستخدام منهجية (GRADE) الخاصة بتقدير وتطوير وتقييم التدخلات السريرية. وبالنسبة لكل مجموعة من الأسئلة الرئيسية التي تم اختيارها مسبقاً، وتم إعداد مرتسبات للبيانات من واقع المراجعات الموجودة بالفعل أو المراجعات التي تم إعدادها بشكل منهجي. أما بالنسبة للأسئلة المتعلقة بالسياسات وإتاء الرعاية الصحية، فيتم تلخيص البيانات الوصفية مع تحديد مكامن القوة ونقاط الضعف التي تكتنف الأساليب المختلفة.

ويشمل الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية الدوائر العلمية، ومقدمي الخدمات السريرية، ورسمي السياسات المعنيين بصحة المرأة والعنف الموجه ضد المرأة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل، فضلاً عن المدافعين عن صحة المرأة وحقوقها مما يضمن تمثيل طيف كبير من آراء المستخدمين. وقد تولت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية إعداد التوصيات أثناء الاجتماع الذي عقد في مكتب المنظمة بجنيف في الفترة بين 12 و 14 أيلول/ سبتمبر 2011. وتأخذ هذه التوصيات بعين الاعتبار البيانات، واعتبارات الموازنة بين المنافع والمضار، وما تجبده النساء وحقوق الإنسان الخاصة بهن، وانعكاساتها على التكاليف في مختلف البلدان والمجتمعات في شتى أنحاء العالم. وعند الحاجة إلى توجيهات في ظل غياب البيانات البحثية ذات الصلة، يتم الاتفاق على التوصيات بناء على خبرة الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية.

وبالنسبة للتدخلات السريرية، يتم تقييم جودة البيانات الداعمة بالمنخفضة أو شديدة الانخفاض، أو المعتدلة، أو المرتفعة باستخدام منهجية GRADE. وبالنسبة لبعض التوصيات، يتم الاعتماد على المبادئ التوجيهية الحالية بشكل جزئي، كما يتم تقييم جودة البيانات في هذه المبادئ التوجيهية. وعندما توفر المبادئ التوجيهية الموجودة بيانات غير مباشرة فقط، أي بيانات لا تنطبق بشكل مباشر على هذه الفئات السكانية والأماكن، فيتم تصنيف جودة البيانات على هذا الأساس. وتعتبر التوصيات المرتبطة بسياسات الرعاية الصحية، وبنودها، وبالتقارير الإلزامية من أفضل الممارسات أو سبل التعاطي مع حقوق الإنسان. وبالنسبة لهذه التوصيات، فإننا نبحث أيضاً بشكل منهجي على النشريات ذات الصلة، ونقوم بتلخيصها من حيث الجودة، وإن كنا لم نستخدم منهجية GRADE لتقييم البيانات وأفضل الممارسات. وفي حالة عدم تحديد أي بيانات سواء للتوصيات السريرية أو لتلك المتعلقة بالسياسات الصحية، فيشار إلى ذلك في موجز البيانات.

ويتم النظر إلى التوصيات بوصفها قوية أو مشروطة على أساس عمومية المنافع المتحققة في مختلف الأماكن، وحاجة النساء إلى الوصول إلى الخدمات وما يجذونه في هذا المضمار، مع الأخذ بعين الاعتبار للموارد البشرية أو غيرها من الموارد المطلوبة. وللتأكد من فهم كل توصية من التوصيات، واستخدامها وفقاً للمعنى المقصود، يقدم الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية المزيد من الإيضاحات يتم إدراجها أسفل التوصيات كملاحظات.

ويتم أيضاً التماس المدخلات من المراجعين، ومن مجموعة من أصحاب المصلحة، بما فيهم الزملاء ممن يعملون مباشرة مع الناجيات من العنف، مما يساعد أيضاً في المزيد من الإيضاح لكلمات التوصيات. وتم التعرف على فجوات المعلومات المهمة التي يتعين التعاطي معها من خلال البحوث الأولية، مما يسمح بإعداد قائمة بالأسئلة البحثية المهمة.

ملخص التوصيات

التوصيات	جودة البينات	التوصيات
1 - الرعاية التي تركز على المرأة		
قوي	بينات ¹ غير مباشرة	<p>1 يتعين تقديم الدعم الفوري للنساء اللاتي كشفن عن أي شكل من أشكال العنف من قبل الشريك (أو أي فرد من أفراد الأسرة) أو اعتداء جنسي اقترفه أي شخص. ويتعين أن يتولى مقدمو الرعاية الصحية، على الأقل، تقديم الخط الأول من الدعم عندما تفصح النساء عنهن تعرضن له من عنف. ويشمل دعم الخط الأول ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الامتناع عن إصدار أحكام وتوفير الدعم والتحقق من كلام السيدة • تقديم رعاية ودعم عملي يستجيب لمخاوف السيدة دون تطفل • الاستفسار عن تاريخها مع العنف، والإصغاء باهتمام دون الضغط عليها للتحدث (ينبغي توخي الحذر عند مناقشة الموضوعات الحساسة في حالة الاستعانة بمترجم فوري) • مساعدتها في الحصول على معلومات حول الموارد بها فيها الخدمات القانونية وغيرها من الخدمات التي قد ترى أنها ستفيد في هذه الحالة. • مساعدتها في تعزيز سلامتها وسلامة أطفالها، عند الاقتضاء. • توفير أو حشد الدعم الاجتماعي <p>يجب أن يتأكد مقدمو الخدمات مما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إجراء المشاورة في ظل جو من الخصوصية • مراعاة السرية عند إخطار النساء بحدود السرية (على سبيل المثال في حالة الإبلاغ الإلزامي) <p>في حالة عدم تمكن مقدم الرعاية الصحية من تقديم الخط الأول من الدعم، فيجب أن يتأكد من أن هناك من يقوم بذلك على الفور (في إطار أماكن تقديم الرعاية أو أي مكان آخر يسهل الوصول إليه).</p>
2 - التعرف على الناجين من عنف الشريك ورعايتهم		
1.2 التعرف على الناجين من عنف الشريك		
شرطي	منخفض - متوسط	<p>2 يجب عدم إجراء "التحري الشامل" أو "الاستفسار الروتيني" (بمعنى سؤال السيدة في جميع مقابلات الرعاية الصحية).</p>
قوية	بينات غير مباشرة	<p>3 يتعين أن يسأل مقدم الرعاية الصحية عن التعرض للعنف من قبل الشريك عند تقييم الأوضاع التي قد تنجم أو تتعقد بفعل عنف الشريك (أنظر الإطار رقم 1: أمثلة للظروف السريية المصاحبة لعنف الشريك، ص 19) بغية تحسين التشخيص والتعرف والرعاية التالية (انظر التوصية رقم 30)</p>
شرطي	لم يتم تحديد بينات ذات صلة	<p>4 يتعين إتاحة المعلومات التحريرية الخاصة بعنف الشريك في أماكن تقديم الرعاية الصحية من خلال المعلقات والكتيبات أو النشرات في الأماكن الخاصة من قبيل دورات مياه السيدات (مع وضع تحذيرات مناسبة تنهي عن أخذ هذه المعلقات إلى المنزل في حالة وجود شريك معتد).</p>

¹ هذه التوصية مأخوذة عن المساعدات النفسية الأولية، منظمة الصحة العالمية، 2011 الموجه للأفراد في أوضاع الأزمات المجتمعية (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

التوصيات	جودة البينات	التوصيات
2.2 رعاية الناجين من عنف الشريك		
5	إن النساء اللاتي شهدن عنف الشريك، واللاتي سبق أن عانين من اضطراب نفسي سبق تشخيصه أو مرتبط بعنف الشريك (من قبيل اضطرابات الاكتئاب أو الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول)، يجب أن يحصلن على رعاية صحية نفسية لهذا الاضطراب (وفقاً لدليل التدخلات الخاص ببرنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية 2010) من قبل مهنيين متخصصين في تقديم الرعاية الصحية ملمين بكيفية التعامل مع العنف ضد المرأة.	قوية
6	المعالجة السلوكية الإدراكية أو التدخلات الخاصة بإزالة تحسس حركة العين وإعادة المعالجة، والتي يقدمها المهنيون المعنيون بالرعاية الصحية ممن يعون العنف الموجه ضد المرأة. وبالنسبة للنساء اللاتي لم يعدن يشهدن عنفاً ولكنهن يعانين من اضطرابات الإجهاد اللاحق للصددمات	منخفض - متوسط
7	يجب توفير برنامج منظم للدعوة والدعم و/ أو التمكين للنساء اللاتي قضين ليلة واحدة على الأقل في مأوى أو مخيم لاجئين أو مخبأ مأمون	منخفض
8	إن الحوامل اللاتي يكشفن عن عنف الشريك، يجب أن يحصلن على استشارات تتراوح ما بين استشارات موجزة ومتوسطة للتمكين (تصل إلى 12 جلسة) وتوعية/ ودعم بما في ذلك عنصر السلامة من قبل مقدم للخدمات مدرب متى أمكن لنظم الرعاية الصحية توفير ذلك. ونحن لم نتأكد على وجه اليقين من مدى انطباق ذلك على أماكن تقديم الرعاية السابقة للولادة، أو جدواها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.	منخفض
9	عندما يتعرض الأطفال لعنف الشريك فيجب أن يحصلوا على تدخلات علاجية نفسية بما في ذلك جلسات بصحة أمهاتهم أو بدورهن، رغم أنه لا يمكن إلزام بإمكانية انطباق ذلك في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.	متوسط

أ دليل التدخلات في برنامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية والعصبية والناجمة عن تعاطي مواد الإدمان في أماكن صحية غير محددة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf)

ب توصف قوة الأدلة "بالأدلة غير المباشرة" عندما لا يُجَدَّد أي دليل مباشر لهذه الفئة السكانية، وبناء عليه تستند التوصية إلى الأدلة المستقاة من فئة سكانية أخرى مناسبة.

ج انظر المسرد

التوصيات	جودة البيانات	التوصيات
3- الرعاية السريرية للناجين من الاعتداء الجنسي		
1.3 التدخلات في الأيام الخمسة الأولى بعد الاعتداء		
1.1.3 الخط الأول من الدعم		
10	بينات غير مباشرة ²	تقديم دعم الخط الأول للناجيات من الاعتداء الجنسي لأي مرتكب له (انظر أيضاً التوصية 1) والتي تتضمن: <ul style="list-style-type: none"> • تقديم الرعاية والدعم بشكل عملي يستجيب لمخاوفها دون المساس باستقلالها. • الإصغاء دون الضغط عليها للإجابة أو الإفصاح عن المعلومات • توفير الراحة و المساعدة للتخفيف من وطأة جزعها • تقديم المعلومات ومساعدتها في الوصول إلى الخدمات والدعم الاجتماعي
11	بينات غير مباشرة	يتم تدوين التاريخ بالكامل مع تسجيل الأحداث لتحديد التدخلات المناسبة، وإجراء فحص بدني شامل (من الرأس حتى أخمص القدمين بما في ذلك الأعضاء التناسلية) ¹ ويجب أن يتضمن هذا العرض لتاريخ الحالة: <ul style="list-style-type: none"> • الوقت المتقضي منذ هذا الاعتداء ونوع الاعتداء • خطر الحمل • خطر الإصابة بفيروس الإيدز وغيرها من أنواع العدوى المنقولة جنسياً • وضع الصحة النفسية
2.1.3 وسائل منع الحمل الطارئ		
12	متوسط	تقديم وسائل الحمل الطارئ للناجين من الاعتداء الجنسي الذين يحضرون خلال خمسة أيام من وقوع الاعتداء الجنسي، وحبذا لو تم ذلك عقب الاعتداء مباشرة لتعظيم الفعالية.
13	متوسط	يتعين أن يقدم مقدمو الرعاية الصحية ليفونرجسترل في حالة توافره. ويوصى بإعطاء جرعة واحدة مقدارها 1.5 مج حيث أن فعاليتها تبلغ ضعف فعالية إعطاء جرعتين من 0.75 بعد مرور 12 ثم 24 بعد مرور ساعة. وفي حالة عدم توافر ليفونرجسترل، فيمكن تطبيق النظام المعتمد على الاستروجين و البروجيستيرون مع مضاد للقيء في حالة توافرها. وفي حالة عدم توافر موانع الحمل الطارئ الفموية بالرغم من جدواها، فقد يتم تقديم اللولب النحاسي للنساء اللاتي يرغبن في ضمان المنع الممتد للحمل. ومع الأخذ بعين الاعتبار مخاطر الأمراض المنقولة جنسياً، يمكن تركيب اللولب النحاسي للمؤهلين صحياً، بعد مرور خمسة أيام من الاعتداء الجنسي (يمكن الرجوع إلى معايير التأهيل الطبي وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، 2010) ² .

² هذه التوصية مأخوذة من الإسعافات الأولية النفسية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011 وهو موجه للأفراد في أوضاع الأزمات المجتمعية المجتمعات (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)

¹ أنظر المبادئ التوجيهية الخاصة بالرعاية الطبية الشرعية للناجين من العنف الجنسي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003: المعالجة السريرية للناجين من الاغتصاب، جنيف. منظمة الصحة العالمية/ مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين، وبرامج التعليم الإلكتروني الخاص بالمعالجة السريرية للناجين من الاغتصاب، جنيف، منظمة الصحة العالمية/ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/ صندوق الأمم المتحدة للسكان.

² معايير التأهيل لطبي لمنظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية، 2010

التوصيات	جودة البينات	التوصيات
قوي	لم يتم تحديد بينات ذات صلة	14 أما إذا حضرت السيدة بعد الوقت المحدد لموانع الحمل الطارئ (5 أيام)، أو في حالة عدم جدوى وسائل الحمل الطارئ، أو أصبحت السيدة حامل نتيجة للاغتصاب، فيمكن إجراء إجهاض مأمون لها وفقاً للقوانين المحلية.
3.1.3. الوقاية عقب التعرض للعدوى بفيروس الإيدز		
قوي	بينات غير مباشرة (انظر الدلائل العملية لمنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة ¹ العالمية 2008)	15 النظر في توفير الوقاية بعد التعرض لفيروس الإيدز بالنسبة للنساء اللاتي اكتشفت حالاتهن خلال 72 ساعة من الاعتداء الجنسي. التشارك مع الناجي من الاعتداء بشأن اتخاذ القرار ² لتحديد ما إذا كانت الوقاية بعد التعرض من الأمور الملائمة.
قوي	البيانات غير المباشرة	16 مناقشة خطر فيروس الإيدز لتحديد استخدام سبل الوقاية التالية للتعرض ³ مع الناجين بها في ذلك: <ul style="list-style-type: none"> • معدل انتشار فيروس الإيدز في المنطقة الجغرافية • محدودية الطرق الوقائية التالية للتعرض • حالة فيروس الإيدز وسهات مرتكب الاعتداء في حالة معرفته • سهات الاعتداء بما فيها عدد المرتكبين • الآثار السلبية المترتبة على استخدام الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية في حالات الوقاية التالية للتعرض • احتمال العدوى بفيروس الإيدز
قوي	بينات غير مباشرة ⁴	17 في حالة استخدام سبل الوقاية عقب التعرض للإيدز: <ul style="list-style-type: none"> • بدء نظام المعالجة في أقرب وقت ممكن وقبل مرور 72 ساعة • توفير خدمات الاختبار والمشورة المتعلقة بفيروس الإيدز في حالة الاستشارات الأولية • ضمان متابعة المريض على فترات منتظمة • تفضيل استخدام نظم تعتمد على عقارين (باستخدام توليفة ثابتة الجرعة) مقارنة بالنظم التي تعتمد على ثلاثة عقاقير، مع إعطاء الأولوية للأدوية التي تحدث آثار سلبية أقل. • يجب أن يتبع اختيار الأدوية والنظم التوجيهات الوطنية
قوي	منخفض للغاية	18 يتعين أن يصبح الالتزام بالمشورة عنصراً مهماً لتقديم المعالجة الوقائية اللاحقة للتعرض
4.1.3. الوقاية اللاحقة للتعرض بالنسبة للعدوى المنقولة جنسياً		
قوي	منخفض، منخفض للغاية، بالاعتماد على البيانات غير المباشرة	19 يتعين توفير المعالجة الوقائية للناجيات من الاعتداء الجنسي ضد: <ul style="list-style-type: none"> • المتدثرة • السيلان • المشعرة • الزهري، اعتماداً على معدل الانتشار يجب أن يعتمد اختيار الأدوية والنظم الغذائية على التوجيهات الوطنية

¹ المبادئ التوجيهية المشتركة لمنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية حول الوقاية التي تلي التعرض بغية الوقاية من العدوى

لفيروس الإيدز، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008

² يمكن الرجوع إلى المسرد

³ وفقاً لدراسيتين أترابيتين للوقاية التالية للتعرض، تراوحت معدلات انقلاب تفاعلية المصل بين 0% و 3.7%

⁴ المبادئ التوجيهية المشتركة لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية حول الوقاية من العدوى بفيروس الإيدز التالية للتعرض، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008

التوصيات	جودة البيانات	التوصيات
قوي	أخذ منخفض، ومنخفض للغاية استناداً إلى البيانات غير المباشرة	20 التطعيم المضاد لفيروس الكبد الوبائي البائي لمن لا يوجد لديهم المنزلة المناعي المضاد لالتهاب الكبد الوبائي البائي وفقاً للدلائل التوجيهية الوطنية • أخذ عينات الدم للوقوف على حالة التهاب الكبد الوبائي البائي قبل إعطاء الجرعة الأولى • وفي حالة وجود مناعة مضادة لالتهاب الكبد الوبائي البائي، فلا يوجد حاجة للمزيد من التطعيم
5.1.3 التدخلات النفسية		
قوي	بيانات غير مباشرة ¹	21 يتم توفير الدعم والرعاية كما ورد في التوصية 10
قوي	لم يتم تحديد بيانات مناسبة	22 توفير المعلومات التحريية حول استراتيجيات التأقلم للتعامل مع الضغط الحاد (مع وجود تحذيرات ملائمة ضد أخذ المواد المطبوعة إلى المنزل في حالة وجود شريك يسيء المعاملة هناك).
قوي	منخفض للغاية	23 ينبغي ألا يتم الاعتماد على أسلوب إعطاء إحاطة موجزة
2.3 التدخلات الخاصة بالصحة النفسية بعد مرور 5 أيام		
1.2.3 التدخلات حتى 3 شهور عقب التعرض للصدمة		
قوي	البيانات غير المباشرة ²	24 مواصلة تقديم الدعم والرعاية كما ورد في التوصية 10
قوي للغاية	منخفض للغاية	25 وما لم يعاني الشخص من الاكتئاب، أو مشاكل متعلقة بإدمان المسكرات أو مواد الإدمان، أو أعراض نفسية، أو رغبة في الانتحار أو إيذاء الذات أو صعوبة في الاضطلاع بمهامه اليومية، فيتم استخدام أسلوب "الانتظار مع المتابعة" لمدة تتراوح بين شهر وثلاثة أشهر بعد الحادثة. ويتضمن أسلوب الملاحظة مع المتابعة إحاطة المرأة بأنه من المتوقع لها أن تتعافى بمرور الوقت، مع إعطائها خيار بإمكانية العودة للحصول على المزيد من المساعدة من خلال تحديد مواعيد دورية للمتابعة
قوي	منخفض متوسط	26 إذا أصبح الشخص فاقد الأهلية نتيجة للأعراض التالية للاغتصاب (بمعنى عجزها عن القيام بمهامها اليومية) فيتولى مقدم الرعاية الصحية الذي يعي تماماً كيفية التعامل مع العنف الجنسي ترتيب معالجة للسلوك المعرفي أو العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة.
قوي	المتغير الخاص بالبيانات غير المباشرة (تفاوت وفقاً للتدخلات يمكن الرجوع إلى http://www.who.int/mental_health/mhgap/(evidence/en	27 أما إذا كان الشخص يعاني من أي مشاكل أخرى تتعلق بالصحة النفسية (أعراض الاكتئاب، مشاكل تتعلق بإدمان الكحول أو مواد الإدمان أو الرغبة في الانتحار أو إيذاء الذات) فيتم تقديم الرعاية وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية الخاص ببرامج منظمة الصحة العالمية لرأب الفجوة في الصحة النفسية، 2010 ب ⁴

¹ تم نقل هذه التوصية من الدليل الخاص بالمساعدات الأولية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011، موجه إلى الأفراد الذين يعيشون في مجتمع مأزوم (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

² تم نقل هذه التوصية من الدليل الخاص بالمساعدات الأولية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011، موجه إلى الأفراد الذين يعيشون في مجتمع مأزوم (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

³ دليل التدخلات الخاصة ببرامج العمل لرأب الفجوة في الصحة النفسية والاضطرابات النفسية المتعلقة بمواد الإدمان في أماكن تقديم الرعاية الصحية غير المتخصصة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).

⁴ يمكن الرجوع إلى المبادئ التوجيهية الخاصة بالرعاية الشرعية للناجين من العنف الجنسي، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2003؛ المعالجة السريرية للناجين من الاغتصاب، جنيف، منظمة الصحة العالمية/ المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2004 وبرنامج التعليم الإلكتروني الخاص بالمعالجة السريرية للناجين من الاغتصاب، جنيف، منظمة الصحة العالمية/ المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2009

التوصيات	جودة البيانات	التوصيات
2.2.3 التدخلات الخاصة بثلاثة أشهر بعد الصدمة		
قوي	المتغير الخاص بالبيانات غير المباشرة (يتفاوت وفقاً للتدخلات يمكن الرجوع إلى http://www.who.int/mental_health/mhgap/(evidence/en	28 تقييم مشكلات الصحة النفسية (أعراض الضغط الحاد/ اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، والاكتئاب، والمشكلات الناجمة عن تعاطي المسكرات ومواد الإدمان، والإدمان، وإيذاء الذات) ومعالجة الاكتئاب، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول وغيرها من الاضطرابات النفسية باستخدام دليل التدخلات الخاصة ببرنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية والذي يغطي البروتوكول السريري المسند بالبيانات للمنظمة الخاص بمشاكل الصحة النفسية
قوي	منخفض - متوسط	29 إذا تم تقييم حالة الشخص بأنه يعاني من الإجهاد اللاحق للصدمة، فيتم ترتيب معالجته هذا الإجهاد من خلال المعالجة السلوكية المعرفية أو العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية أو إعادة المعالجة
4- تدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعامل مع العنف الشريك والاعتداء الجنسي		
قوي	منخفض للغاية	30 يجب تدريب مقدمي الرعاية الصحية (ولاسيما للأطباء والمرضات والقابلات) في مستوى ما قبل التأهيل في مستوى الخط الأول من الدعم للنساء اللاتي شهدن عنف أو اعتداء جنسي من الشريك مسبقاً على في المستويات المعتمدة (يمكن الرجوع إلى التوصية 1).
قوي	منخفض - متوسط	31 يتعين على مقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية للسيدات تلقي التدريب أثناء الخدمة مع التأكد من أن هذا التدريب: <ul style="list-style-type: none"> • يمكنهم من تقديم دعم الخط الأول (يمكن الرجوع إلى التوصيات 1 و 10) • تعليمهم المهارات المناسبة بما في ذلك: <ul style="list-style-type: none"> - كيفية الاستفسار وتوقيته - أفضل طريقة للاستجابة بالنسبة للسيدات (يمكن الرجوع إلى القسم 2 الخاص بتحديد الناجين من عنف الشريك ورعايتهم و 3، تقديم الرعاية السريرية للناجين من العنف الجنسي) - كيف يمكن تجميع البيانات الشرعية متى اقتضى الحال¹ ويتناول: <ul style="list-style-type: none"> - المعلومات الأساسية حول العنف بما في ذلك القوانين التي تناسب ضحايا العنف بين الشريك والعنف الجنسي - المعارف حول الخدمات الموجودة بالفعل والتي توفر الدعم للناجين من ضحايا العنف والاعتداء الجنسي بين الشريك (وقد يأخذ هذا شكل دليل توجيهي للخدمات المجتمعية) - وجهه نظر غير ملائمة لمقدمي الرعاية الصحية (على سبيل المثال توجيه اللوم عن العنف للنساء، توقع مغادرتهم. وما إلى ذلك) فضلاً عن خبراتهم السابقة المرتبطة بالعنف الجنسي وعنف الشريك.
قوي	منخفض	32 تدريب مقدمي الرعاية الصحية حول العنف والاعتداء الجنسي بين الشريك والذي يشمل مختلف جوانب الاستجابة للعنف بين الشريك والاعتداء الجنسي (على سبيل المثال التحديد، وتقييم السلامة والتخطيط، والاتصالات والمهارات السريرية، والتوثيق وتقديم سبل الإحالة).

التوصيات	جودة البيانات	التوصيات
قوي	لم تحدد بيانات ذات صلة	33 يتعين إدماج التدريب الخاص بالتعامل مع العنف بين الشريك والاعتداء الجنسي في البرنامج نفسه، نظراً للتداخل بين القضيتين ومحدودية الموارد المتاحة لتدريب مقدمي الرعاية الصحية على هذه الأمور.
5. سياسات وبنود الرعاية الصحية¹		
قوي	منخفض للغاية	34 إن رعاية النساء اللاتي شهدن عنف الشريك واعتداء جنسي، يجب أن تدمج قدر الإمكان في الخدمات الصحية الراهنة بدلاً من الانتفاع بها كخدمات منفصلة (يمكن الرجوع إلى الحد الأدنى من المتطلبات في الإطار 3 ص 39)
قوي	منخفض للغاية	35 تحتاج البلدان إلى نماذج متعددة من رعاية الناجين من الاعتداء الجنسي و العنف بين الشريك في مختلف مستويات النظام الصحي، بيد أنه ينبغي إعطاء الأولوية لتقديم التدريب والخدمات في مستوى الرعاية الأولية.
شرطي	منخفض للغاية	36 يجب أن يتواجد مقدمو الرعاية الصحية (الطبيب، الممرضة أو ما يعادلهم) المدربون على رعاية الاعتداء الجنسي والأمور الحساسة المتعلقة بالفروق بين الجنسين، وأن يتاح الفحص في جميع ساعات اليوم نهاراً ومساءً (سواء من خلال تواجدهم في الموقع أو الاتصالات الهاتفية) على مستوى المنطقة.
6- الإبلاغ الإلزامي عن العنف² بين الشريك		
قوي	منخفض للغاية	37 لا يوصى بإلزام مقدم الرعاية الصحية بتقديم التقارير حول عنف الشريك وتقديمها للشرطة، على أن يلتزم مقدم الرعاية الصحية بإبلاغ الحادثة للسلطات المعنية (بها في ذلك الشرطة) في حالة رغبة المرأة في ذلك ووعيتها بحقوقها.
قوي	منخفض للغاية	38 ينبغي أن يتولى مقدمو الرعاية الصحية إبلاغ السلطات المعنية بإساءة معاملة الأطفال والأحداث المهددة للحياة عند وجود ضرورة قانونية تقتضي ذلك.

¹ تم مراجعة البيانات المتاحة بالفعل، وإن لم يتم استخدام الأسلوب الخاص بتقدير وتطوير وتقييم التوصيات بسبب البيانات الوصفية والكمية

² تم مراجعة البيانات وإن لم يتم استخدام الأسلوب الخاص بتقدير وتطوير وتقييم الأوضاع، نظراً لطبيعة المعطيات التي تتسم بالوصفية والكمية بشكل كبير.

المعلومات الأساسية

الصحية ومقدمو الرعاية الصحية في تحديد وتقييم ومعالجة والتدخلات إبان الأزمات والتوثيق والإحالة والمتابعة غير مفهوم أو غير مقبول لدى برامج الصحة الوطنية وسياسات مختلف البلدان. فالمهنيون في مجال الرعاية الصحية ينظرون إلى العنف ضد المرأة بوصفه أحد القضايا المتعلقة بالعدالة الجنائية، وينظرون إلى العنف ضد الشركاء بشكل خاص باعتباره من المسائل الأسرية. ناهيك عن أنهم غير مؤهلين للتعامل مع مثل هذه القضايا لأن التعليم الطبي وتعليم التمريض في العديد من البلدان لا يتعاطى مع هذه المشكلة. وحتى يتمكن مقدمو الرعاية الصحية من الاضطلاع بأدوارهم في التخفيف من وطأة تأثير العنف، والاضطلاع بمسؤولياتهم، فلا بد من توعيتهم بهذه القضية، وتزويدهم بالمعلومات والأدوات اللازمة للاستجابة بحساسية وفعالية لاحتياجات الناجين. وتعتبر هذه المبادئ التوجيهية بمثابة الخطوة الأولى في هذا الاتجاه.

إن دراسة العلاقة بين العنف الشريك والوضع الصحي ومدى استفادة النساء من الرعاية الصحية قد أظهرت أن النساء اللاتي شهدن عنفاً يكن أكثر سعياً للتماس الرعاية الصحية من النساء اللاتي لم يتعرضن للاعتداء (أنسارا وهندن، 2010؛ بلاك، 2011) حتى وإن لم يبحن بالعنف اللاتي تعرضن له. وعادة ما يكون مقدم الرعاية الصحية بمثابة نقطة الاتصال الأولى للناجين من العنف الشريك والاعتداء الجنسي. وتشير النساء اللاتي يتعايشن مع العنف الشريك إلى أن مقدمي الرعاية الصحية هم المهنيون المؤتمنون لديهم للبلوغ لمن عن هذا الاعتداء (فيدر وزملاؤه 2006).

وبغض النظر عن هذه الظروف فإن مقدمي الرعاية الصحية المخالطين للنساء اللاتي يجابهن العنف يجب أن يكونوا قادرين على التعرف على علاماته والاستجابة لها بشكل مناسب ومأمون. فالأفراد الذين تعرضوا للعنف يحتاجون إلى خدمات رعاية صحية شاملة ومراعية للفروق بين الجنسين بغية التعاطي مع ما ترتب على التجارب التي مروا بها من نتائج بدنية ونفسية، والمساعدة في تعافيتهم من الأحداث الصادمة. وهم قد يحتاجون كذلك إلى خدمات التدخلات إبان الأزمات (يمكن الرجوع إلى المسرد) للوقاية دون وقوع المزيد

يمثل العنف ضد النساء شاغلاً مهماً للصحة العمومية ولحقوق الإنسان، حيث يمثل العنف الشريك والعنف الجنسي أكثر أشكال العنف ضد النساء شيوعاً. وقد أظهرت البحوث التي أجريت في بادئ الأمر في أمريكا الشمالية وأوروبا، ثم في سائر الأقاليم الأخرى بشكل متزايد ارتفاع معدل انتشار العنف ضد النساء على الصعيد العالمي، ناهيك عن آثاره الضارة على الصحة البدنية والنفسية سواء على المدى البعيد أو المدى القريب (كامبل، 2004؛ جارسا مورينو وزملاؤه؛ 2005؛ وايلزبرج وزملاؤه، 2008؛ وبوت وزملاؤه 2012). فمقدمو الرعاية الصحية طالما تعاملوا مع النساء اللاتي تعرضن للعنف، عادة بدون علم منهم، نظراً لاستفادة النساء اللاتي تعرضن للعنف من موارد الرعاية الصحية بكثافة (أنسارا وهندن، 2010؛ بلاك، 2011). فمقدمو الرعاية الصحية يحتلون مكانة فريدة مما يهيئ لهم الفرصة لتوفير بيئة مأمونة ومحاطة بالسرية لتيسير الإفصاح عما تعرضن له من عنف، مع توفير الدعم والإحالة المناسبة لسائر الموارد والخدمات الأخرى.

فكما ورد بالتفصيل في تقرير منظمة الصحة العالمية حول الدراسة المتعددة البلدان والخاصة بصحة النساء والعنف المنزلي ضد المرأة (جارسا مورينو وزملاؤه 2005)، فإن الإحصاءات العالمية تشير إلى ما يلي:

- أن ما يتراوح بين 13٪ و 61٪ من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين سن 15 و 49 ذكرن أنهن تعرضن للاعتداء البدني من قبل الشريك مرة واحدة على الأقل في حياتهن.
- إن ما يتراوح بين 6٪ و 59٪ من النساء أجبرهن الشريك بالفعل أو حاولوا إجبارهن على الاتصال الجنسي ولو مرة في حياتهن.
- إن ما يتراوح بين 1٪ و 28٪ من النساء أبلغن عن اعتداء الشريك عليهن بدنياً أثناء الحمل.

وعلى الرغم من الاعتراف بأن العنف ضد النساء من مشاكل الصحة العمومية الماسة، وأنه من القضايا المتعلقة بالرعاية السريرية، فإنه لم يدرج بعد في سياسات الرعاية الصحية في العديد من البلدان. فالدور المحوري الذي يمكن أن تضطلع به النظم

الخدمات المقدمة بصورة منسقة وأن هذه الخدمات تمول بشكل كاف، وإنما أيضاً أن هذه القضية تحظى بالأولوية المناسبة في مختلف البرامج التدريبية. إن هذه المبادئ التوجيهية يمكن أن تستخدم كمخطط أولي لتصميم نظم الرعاية الصحية المناسبة للسلطات الوطنية والإقليمية والمحلية، فضلاً عن توجيه محتوى المنهج التعليمي الخاص بتقديم الخدمات للسيدات اللاتي يشهدن عنفاً.

فقد تم إعداد هذه المبادئ التوجيهية على أساس إعطاء أهمية كبيرة لمقدمي الرعاية الصحية الذين يعملون في الأماكن التي قد تشهد قيوداً صارمة على القدرة على توفير الخدمات الصحية الشاملة. ويتعين مواءمة هذه المبادئ التوجيهية بما يتناسب مع الظروف المحلية المحددة والظروف الوطنية، مع الأخذ بعين الاعتبار توافر الموارد فضلاً عن السياسات والإجراءات الوطنية.

وينبغي كذلك أخذ مستوى الموارد المتاحة بها فيها سائر خدمات الدعم بعين الاعتبار عند تنفيذ التوصيات. وستعمل منظمة الصحة العالمية على إبرام الشراكات مع وزارات الصحة والمنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة الشقيقة لث هذه المبادئ التوجيهية ودعم مواءمتها وتنفيذها في البلدان المعنية.

نطاق المبادئ التوجيهية

تركز هذه المبادئ التوجيهية على العنف (البدني والجنسي والعاطفي) الذي يرتكبه الشريك - غالباً من الذكور - وكذلك اعتداء الرجل جنسياً على المرأة حيث يمثل هذا النوع من الاعتداء أكثر أشكال العنف شيوعاً ضد المرأة في جميع الأماكن. والحق أن توصياتنا لا تغطي تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، أو الاتجار بهن أو غيرها من أشكال العنف ضدهن.

وعلى نفس النسق فبالرغم من تعرض الرجال أيضاً لعنف الشريك والاعتداء الجنسي، بيد أن هذه المبادئ التوجيهية تركز حصراً على النساء حيث أنهن الأكثر تعرضاً للعنف الجنسي والعنف البدني والوخيم والرقابة بالإكراه من الشريك من الرجال. وبالإضافة إلى ذلك فإننا لدينا بيانات محدودة للغاية حول التدخلات الخاصة بالرجال (تزدان وتوينس 2000، وواليبي والين 2004 وأوكين 2005).

وعلى الرغم من أن التركيز سيكون على عنف الرجال ضد النساء، فإن جل النصح سيركز على العنف الذي يرتكبه أفراد الأسرة بخلاف الشريك ضد النساء، وقد يرتبط أيضاً باعتداء الشريك من الرجال، كما سترتبط بعض النصائح بالاعتداء الجنسي للرجال.

وبالنسبة للتوصيات التي تركز على المرأة (القسم 1 صفحة 16 و17). وتنطبق التوصيات على عنف الشريك والاعتداء الجنسي كذلك، فالتوصيات الخاصة بالناجين من الاعتداء الجنسي (القسم 3 ص 25-34) تتناسب أيضاً مع الناجين من العنف الجنسي بغض النظر عن طبيعة مرتكب الاعتداء هذا.

من الضرر، على الرغم من أننا في العادة نحتاج إلى اتخاذ استجابة داعمة. وبالإضافة إلى توفير الرعاية الصحية الفورية، فإن القطاع الصحي يمكن أن يصبح البوابة الحاسمة (عبر طرق الإحالة) للوصول إلى خدمات معينة للتعامل مع العنف ضد المرأة (في حال حدوثه) أو لغيره من الخدمات التي قد تحتاج إليها المرأة في ما بعد من قبيل الرعاية الاجتماعية والمساعدة القانونية.

فتوثيق الإصابات، والشكاوى الصحية وغيرها من المشاكل المتعلقة بالعنف قد يفيد المرأة في المحكمة كدليل إدانة في حالة لجوئها إلى الإجراءات القانونية. فبالإضافة إلى التعاطي مع العواقب الصحية للعنف، فإن مقدمي الرعاية الصحية يتمكنون أيضاً من تجميع وتوثيق البيانات اللازمة لإثبات الظروف المحيطة بالاعتداء المدعى، والمساعدة في التعرف على مرتكب حادثة الاعتداء هذه. ولا مراة في أن هذه البيانات عادة ما تكون مهمة لجهة الإدعاء في حالات العنف بالرغم من أن هذه المبادئ التوجيهية لا تغطي الفحص الشرعي بالكامل. (للمزيد من المعلومات يمكن الرجوع إلى المبادئ التوجيهية للمنظمة الخاصة بالرعاية الطبية الشرعية لضحايا العنف الجنسي (منظمة الصحة العالمية 2003). وقد قامت منظمة الصحة العالمية / مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، المعالجة السريرية للناجين من الاغتصاب (منظمة الصحة العالمية / مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين 2004) وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج التعليم الإلكتروني للمعالجة السريرية لضحايا الاغتصاب 2009).

وقد طالبت الدول الأعضاء نفسها بتوفير دلائل إرشادية واضحة حول ما يمثل استجابة مناسبة من قبل الخدمات الصحية تجاه العنف ضد المرأة. ومن ثم فإن المبادئ التوجيهية تركز على عنف الشريك والعنف الجنسي ضد المرأة، ويقدم لمقدمي الرعاية الصحية توجيهات مسندة بالبيانات حول أفضل السبل للتعرف على النساء اللاتي أبلغن عن التعرض للعنف، والاستجابة لهن.

وتوفر هذه الدلائل التوجيهية ذلك ولأول مرة توجيهات لمقدمي الرعاية الصحية وغيرهم من أعضاء الفرق المتعددة التخصصات حول التدريب أثناء العمل حول عنف الشريك والعنف الجنسي ضد النساء.

وعلى الرغم من أن هذه المبادئ التوجيهية تركز على استجابة القطاع الصحي، فإننا ندرك أن الاستجابة المناسبة للعنف ضد النساء تتطلب تعاون متعدد القطاعات. هذا بالإضافة إلى أن هذه المبادئ التوجيهية تقدم توجيهات لراسمي السياسات وغيرهم من المسؤولين عن التخطيط والتمويل وتنفيذ الخدمات الصحية والتدريب المهني داخل وزارات الصحة، وكذا راسمي السياسات المسؤولين عن إعداد الدلائل التوجيهية لهذه المناهج في مجالات الطب والتمريض والصحة العمومية. وتعتبر هذه هي المرة الأولى التي تقوم فيها المنظمة بإصدار توجيهات في هذا المضمار. فراسمو السياسات في مكانة لا تضمن لهم فحسب أن للنساء اللاتي يشهدن عنفاً يحصلن على مختلف

اعتماد المبادئ التوجيهية على حقوق الإنسان

يعتبر عنف الشريك والاعتداء الجنسي بمثابة انتهاك لحقوق الإنسان بالنسبة للنساء بما في ذلك حقهن في عدم التمييز¹ والحياة وسلامة وأمن الشخص² والتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه³ وقد تم الاعتراف بأن اغتصاب الزوجة بشكل خاص هو أحد أشكال العنف ضد النساء⁴ وهو مناف لاحترام كرامة الإنسان⁵.

فيموجب الاتفاقيات الخاصة بحقوق الإنسان التي وقعت عليها الحكومات، فإن هذه الحكومات مسئولة عن حماية النساء من كافة أشكال العنف المرتكب ضدهن وتقصي أسبابه ومعاقبة مرتكبيه. فعلى سبيل المثال نجد أن جميع البلدان الأطراف مطالبة بموجب الميثاق الدولي للحقوق المدنية والسياسية بالإبلاغ عن القوانين التي تتعاطى مع العنف ضد النساء والتدابير الخاصة بالوقاية والاستجابة. فلجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان بالتحديد تطلب الحصول على معلومات حول "إجراءات الحماية بما فيها طرق العلاج القانونية الخاصة بالنساء اللاتي تم انتهاك حقوقهن وفقا للمادة 7 (التحرر من التعذيب وغيره من طرق المعاملة المهينة وغير الإنسانية)"⁶ إن الاضطلاع بهذه المسؤولية للوقاية من جميع أشكال العنف ضد المرأة وتحريره ومعاقبته يستلزم اتخاذ إجراءات محددة وموجهة من خلال القطاع الصحي وغيره من القطاعات مثل العدالة والتعليم. فالأجهزة الدولية والإقليمية المعنية بحقوق الإنسان قد وفرت توجيهات حول الإسهامات التي يمكن بل ويجب أن يقدمها مهنيو الرعاية الصحية للتأكد من تحرير النساء من العنف المعتمد على الفروق بين الجنسين، فضلا عن اتخاذ استجابة مناسبة عند وقوع مثل هذا العنف.

فعلى سبيل المثال فإنه وفقا للجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، فيتعين على جميع الدول الأطراف في الاتفاقية التأكيد (ضمن جملة أمور أخرى) مما يلي:

- إن الرعاية التي تركز على النساء تقدم في شكل خدمات صحية مقبولة - وهي الخدمات التي تقدم بالصورة التي تضمن الحصول على الموافقة المستنيرة من النساء، واحترام كرامتها، وضمان خصوصيتهن، ومراعاة احتياجاتها ومنظورها⁷

- السياسات بما فيها البروتوكولات الخاصة بالرعاية الصحية والإجراءات الخاصة بالمستشفيات والتي تتعاطى مع العنف ضد المرأة والانتهاك الجنسي للفتيات، والتي تسمح بتقديم خدمات صحية مناسبة.⁸ ويتعين أن تضع البنود والسياسات الخاصة بالرعاية الصحية منظور الفروق بين الجنسين في صميم جميع السياسات والبرامج التي تؤثر على صحة النساء، وأن تشرك النساء في عملية التخطيط والتنفيذ والرصد لمثل هذه السياسات والبرامج، وفي تقديم الخدمات الصحية للنساء؛ وينبغي أن تكون جميع خدمات الرعاية الصحية "متسقة مع حقوق الإنسان بالنسبة للنساء بما فيها حقها في الاستقلال والخصوصية والسرية والموافقة المستنيرة والاختيار"

- توفير التدريب المراعي للفروق بين الجنسين من أجل تمكين العاملين في مجال الرعاية الصحية من اكتشاف وإدارة العواقب الصحية الناجمة عن العنف المرتبط بالفروق بين الجنسين⁹ من خلال التأكد من أن المنهج التدريبي الخاص بالعاملين في مجال الرعاية الصحية يشمل دورات شاملة إلزامية مراعية للفروق بين الجنسين حول صحة النساء وحقوق الإنسان ولاسيما تلك المتعلقة بالعنف المرتكز على الفروق بين الجنسين

أما على الصعيد الإقليمي، فمن الأمثلة الجيدة للتوجيهات الخاصة بحقوق الإنسان المتعلقة بعنف الشريك والعنف الجنسي (من بين مختلف أشكال العنف المعتمد على الفروق بين الجنسين) البروتوكول الخاص بالميثاق الأفريقي حول حقوق النساء في أفريقيا. هذا البروتوكول يلزم الدول الأطراف بتنفيذ "الإجراءات المناسبة التي تضمن مراعاة حق كل سيدة في احترام كرامتها وحماية جميع النساء من جميع أشكال العنف ولاسيما العنف الجنسي واللفظي" والإجراءات الخاصة بمكافحة جميع السلوكيات وأوجه النظر أو الممارسات التي تؤثر بشكل سلبي على الحقوق الأساسية للسيدات والفتيات¹⁰

¹ التوصية العامة 19 للجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

² البروتوكول الخاص بالميثاق الإفريقي لحقوق النساء في أفريقيا

³ التوصيات العامة للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة الفقرات 10 و 21 و 35 و 36

⁴ البروتوكول الخاص بالميثاق الإفريقي لحقوق النساء في أفريقيا

⁵ قررت الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان (1995) المملكة المتحدة طلب رقم 92/20166 و 92/20190 في 22 تشرين الثاني نوفمبر 1995 ستراسبورج، المحكمة الأوروبية المعنية بحقوق الإنسان 1995

⁶ لجنة حقوق الإنسان، التعليقات العامة 28: المساواة في الحقوق بين الرجال والنساء (المادة 3) الفقرة 11

⁷ التوصيات العامة للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة 24 الفقرة 22

⁸ التوصيات العامة للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة 24 الفقرة 15

⁹ التوصيات العامة للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة 24 الفقرة 31 يمكن أيضا الرجوع إلى التوصيات العامة للجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة 19 فقرة 24.

¹⁰ التوصية العامة 24 للجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، الفقرة 15.

¹¹ التوصية العامة 24 للجنة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، الفقرة 31.

غير المباشرة، في الجزء الأكبر منها، على المبادئ التوجيهية الحالية حول وسائل منع الحمل الطارئ، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، وقضايا الصحة النفسية ذات الصلة وغيرها من القضايا الأخرى. ومتى لم تتوافر البيّنات، وضعت توصيات حيث كان يُنظر إلى هذه التوصيات بحسبانها الممارسات المثلى، أو لأنها تناولت قضايا خاصة بحقوق الإنسان أو بالمساواة، مع التنويه بعدم وجود بيّنات.

وبالنسبة للمسائل المرتبطة بسياسة الرعاية الصحية وتقديم خدماتها والإبلاغ الإجمالي، فقد رُوِّجَت المُولفات مراجعة منهجية، وجمعت البيانات المتوافرة في جداول للبيّنات، ولخصت هذه البيانات تلخيصاً نوعياً. ومع ذلك، لم تُستخدَم منهجية تصنيف التوصيات وتقديرها وإعدادها وتقييمها (GRADE)، من أجل تقييم جودة مجموعة البيّنات على هذه الأنواع من الأسئلة، ويعود السبب في ذلك إلى التغير الكبير بين الدراسات الفردية، وما شاب أكثر هذه الدراسات من قيود منهجية جادة. وعلاوة على ذلك، اعتمد الكثير من الأسئلة والتوصيات على الممارسات المثلى، واتفاقيات حقوق الإنسان، وقضايا المساواة، وكلها أمور لا تنطبق عليها منهجية تصنيف التوصيات وتقديرها وإعدادها وتقييمها (GRADE). ومن هذا المنطلق، قام فريق إعداد المبادئ التوجيهية بمراجعة الملخص النوعي للبيّنات المتوافرة، وصاغ توصياته استناداً إلى هذه البيّنات، وإلى الممارسات المثلى ومبادئ حقوق الإنسان واتفاقياتها. ووصف تقييم جودة البيّنات على هذه التوصيات بأنه منخفض جداً.

تعيين فريق إعداد المبادئ التوجيهية

تألّف فريق إعداد المبادئ التوجيهية من أساتذة في الجامعة، وإخصائين سريريين، ومسؤولين حكوميين، ومستشارين في مجال سياسة الرعاية الصحية، فضلاً عن أفراد عملوا مباشرة مع نساء تعرّضن للعنف، ومناصرين لصحة المرأة وحقوقها من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وقد رُوِّعِي في تشكيل الفريق التنوع الجغرافي والتوازن بين الجنسين، وإن تعذر تحقيق هذا التوازن لطبيعة هذا المجال الذي يهيمن عليه المرأة.

واختير الأعضاء المحتملون في فريق إعداد المبادئ التوجيهية على أساس إسهاماتهم في المجال، إلى

تحديد البيّنات المتغيرة، وتقييمها، وجمعها

استرشد نطاق المبادئ التوجيهية والأسئلة التي صيغت بالنتائج التي خلص إليها اجتماع الخبراء حول استجابات القطاع الصحي للعنف ضد المرأة، والذي عُقد في الفترة من 17 إلى 19 آذار/ مارس 2009، بجنيف، سويسرا (WHO, 2010a). ووضع الفريق التوجيهي 16 سؤالاً عن الفئات السكانية، والتدخلات، والمقارنات، والنتائج، والأطر الزمنية (أسئلة PICOT)، مستفيداً في ذلك، أي الفريق التوجيهي، من المساهمات التي أسهم بها مراجعون خارجيون. وراجع هذه الأسئلة فريق إعداد المبادئ التوجيهية، ومراجعون زملاء قدموا أيضاً مساهمات حول انتقاء النتائج الواجب أخذها في الحسبان وتصنيفها. وتتوافر القائمة الكاملة بالأسئلة (أسئلة بيكوت) عند طلبها. وراجع أفراد مختلفون البيّنات، ويحتوي ويب لينك (Weblink) على تفاصيل الاستراتيجيات كل على حدة. ويحتوي الجدول الموجود في الملحق 3 على قائمة بكل عملية من عمليات المراجعة وجدول البيّنات المتوافرة. وتذكر كل مراجعة من المراجعات التي تمت استراتيجيات البحث، وطرق تقييم الجودة، وعمليات التقييم.

واستُخدمت منهجية GRADE (تصنيف

التوصيات وتقديرها وإعدادها وتقييمها)، حسب تعريفها الوارد في دليل منظمة الصحة العالمية للطرق (WHO methods handbook (2010b)، لصياغة التوصيات حول التدخلات السريرية والتدريب (Schünemann et al., 2009). واستُخِلصت الدراسات وقيمت مرتين، ثم قارن كلا المراجعين التقييمات المختلفة وناقشوها، فإذا ما وُجد اختلاف بينهما أُحيل هذا الاختلاف إلى مراجع ثالثٍ للبت فيه. واستكملت المراجعات الخاصة بتدخلات الصحة النفسية لدى الفئات السكانية التي تعرّض لعنف الشريك أو العنف الجنسي بالبيّنات الأكثر عمومية والواردة في دلائل منظمة الصحة العالمية الإرشادية للصحة النفسية (WHO 2010c) (التوصيات 5، 27، 28).

ومتى اعتمدت التوصيات السريرية على بيّنات غير مباشرة (ويُصدّها البيّنات التي لم تُستَق مباشرة من مجموعة النساء اللاتي يعانين من عنف الشريك أو الاعتداء الجنسي)، كانت عملية تقييم جودة البيّنات تُوصَف وفقاً لذلك. واعتمدت البيّنات

اتخاذ القرارات أثناء اجتماع فريق إعداد المبادئ التوجيهية

التقى فريق إعداد المبادئ التوجيهية بمقر منظمة الصحة العالمية في جنيف في اجتماع استمر ثلاثة أيام (12 وحتى 14 أيلول/سبتمبر 2011). وكانت مراجعة البيانات قد أُصدرت سلفاً حتى يمكن تلخيصها في عرض تقديمي أمام الاجتماع. واستهل أعضاء الفريق بمناقشة البيانات، وإيضاح الحقائق، وتفسير النتائج. وفي ما يتعلق بإعداد التوصيات، فقد أدرك الفريق وجود تفاوت كبير للغاية بين الأقاليم في معدل انتشار العنف ضد النساء، والقوانين التي تحميهن، والموارد المتاحة لتقديم العون إليهن. ومن ثم كان لزاماً على الفريق، بوجه خاص، النظر في مدى ارتباط البيانات وورودها في هذا السياق، مع مراعاة الاعتبارات التالية:

- توازن الفوائد مقارنة بالمضار الناجمة عنها
- قيم المرأة وتفضيلاتها، والحساسية لاحتياجاتها والاستجابة لمخاوفها، ومراعاة معايير حقوق الإنسان مثل الحق في الحصول على المعلومات، والحق في الاحترام والكرامة
- التكاليف والاستفادة من الموارد وغيرها من قضايا الجدوى العملية الأخرى ذات الصلة التي تهم مقدمي الخدمات في المواقع المنخفضة والمتوسطة الدخل

واستخدم الفريق الاعتبارات المذكورة أعلاه في وضع البيانات في سياقها. وكان كلما دعت الحاجة إلى إرشادات ولم تتوافر بيانات بحثية ذات صلة، صيغت التوصيات بالاستفادة من خبرة الفريق مع مراعاة هذه الاعتبارات.

فإذا اتفق الفريق، بعد أخذ الاعتبارات السابقة في الحسبان، أن التوصية سيكون لها نفع شبه عام، صُنِّت التوصية على أنها توصية قوية. أما إذا كانت هناك محاذير على فائدة التوصية في سياقات مختلفة، صُنِّت على أنها توصية مشروطة. واستندت التوصيات الخاصة بسياسة الرعاية الصحية وتقديم خدماتها (القسم 5) إلى المراجعات المنهجية التي عثرت في الأساس على دراسات رصدية وصفية. وسلّمت التوصيات الخاصة بتدريب مُقدّمي الرعاية الصحية (القسم 4)، وسياسة الرعاية الصحية وتقديم خدماتها (القسم 5)، بالأهداف الثنائية للإتاحة العادلة للرعاية وجودتها وأهميتها تدريب مُقدّمي الرعاية ليكونوا أكفاء في الاستجابة إلى الناجيات من العنف، بما يُمكنهن من الحصول على الخدمات بطريقة تحمي صحتهن، وتصورن حقوقهن، وتُعزز صحتهن وحقوقهن معاً. ولم يفت على الفريق أن يأخذ في اعتباره الجدوى العملية لتنفيذ التوصيات في الأوضاع القطرية التي تعاني من محدودية الموارد البشرية وغيرها من الموارد الأخرى.

جانِب الحاجة إلى تنوع الخبرات على مستوى الأقاليم والمناطق. وحضر اجتماع الخبراء حول استجابات القطاع الصحي للعنف ضد المرأة في 2009 (WHO, 2010a) 25 خبيراً مثلوا مجموعة واسعة ومتنوعة من أصحاب الشأن المعنيين في المجال. وترأس الفريق باحث مرموق في هذا المجال، وقد اختير لخبرته الواسعة في منهجية إعداد المبادئ التوجيهية، ولرئاسته فرق عمل معنية بإعداد المبادئ التوجيهية. وحدد بعض الأعضاء المحتملين في الفريق من بين من حضر الاجتماع الخبراء في 2009، ممن طلب منهم أن يرسلوا بياناً شخصياً، وأن يستكملوا نموذج الإعلان عن المصالح الخاص بمنظمة الصحة العالمية. وراجع الفريق التوجيهي البيانات الشخصية التي أرسلها الأعضاء المحتملون.

الإعلان عن المصالح الذي قدّمه أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية والمراجعون الزملاء

استكمل جميع أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية والمشاركين في الاجتماع نموذج الإعلان عن المصالح قبل حضور الاجتماع. وراجع هذه النماذج الموظف المختص بمنظمة الصحة العالمية، وكبير المنسقين بإدارة الصحة الإنجابية والبحوث بالمنظمة، ومدير المشروع، وذلك قبل الاستقرار على تشكيل الفريق وتوجيه الدعوة لحضور اجتماعه. ويحتوي الملحق 2 على ملخص بإعلانات المصالح ذات الصلة. كما قدّم المراجعون الزملاء، الذين أرسلت لهم المبادئ التوجيهية حتى يراجعوها، نموذج الإعلان عن المصالح قبل الشروع في مراجعة المبادئ التوجيهية، ورُوِّجعت هذه النماذج هي الأخرى كما رُوِّجعت نظيراتها التي قدّمها أعضاء الفريق. واستندت إجراءات إدارة تضارب المصالح إلى المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية للإعلان عن المصالح (والخاصة بخبراء المنظمة). فهذا المجال، وإن لم ترتبط به مصالح مالية كبيرة، يتضمن آراء مُعلنة وأبحاثاً مهمة. ولما كان فريق إعداد المبادئ التوجيهية يضم في عضويته الكثير من كبار الباحثين في المجال، أعلن الأعضاء - قبل الشروع في مناقشة أي موضوع - عن الدراسات التي شاركوا فيها، وفي هذه الحالة لا يكونون طرفاً فاعلاً في مناقشة هذه الدراسات، وإنما يقتصر دورهم على الرد على الأسئلة التي قد يطرحها أعضاء الفريق الآخرون. وكان لرئيس الفريق موقف مُعلن عن "تحرّي" عنف الشريك، ومن ثم تنحى الرئيس أثناء مناقشة هذا الموضوع، وترأس الجلسة الموظف المختص بالمنظمة والمسؤول عن المبادئ التوجيهية.

- التعقيب على المراجعات الأخرى عقب الاجتماع ولكن قبل عملية التنقيح
- التعقيب على وثيقة المبادئ التوجيهية في نسختها النهائية بعد الاجتماع

و جمع الفريق التوجيهي كل التعقيبات، و رُوجع كل تعقيب من هذه التعقيبات، وأضيفت الردود عليها في جدول (يُقدّم عند الطلب). ثم خضعت الوثائق للتعقيحات ذات الصلة قبل أن تُعاد النسخة المنقحة إلى أعضاء الفريق للمراجعة النهائية.

وعلق 26 فرداً إجمالاً على أسئلة بيكوت وصنّفوا النتائج التي أسفرت عنها هذه الأسئلة (يُقدّم جدول التصنيفات عند طلبه). وأعدت المراجعات المنهجية، ومنهجية تصنيف التوصيات وتقديرها وإعدادها وتقييمها (GRADE)، والجدول الأخرى وقدمت إلى فريق إعداد المبادئ التوجيهية ليسترشد بها أعضاؤه في صياغة التوصيات. ويحتوي القسم التالي على ملخصات بالبيّنات والتوصيات المُسنّدة بالبيّنات لكل مجال من المجالات العامة التي تتناولها المبادئ التوجيهية. وشارك الكثير من الأفراد في المشاورة حول مراجعة البيّنات، وفي التحضير للنسخة النهائية من المبادئ التوجيهية؛ منهم العاملون في منظمة الصحة العالمية، والمراجعون الزملاء، وأصحاب الشأن المعنيون، وأعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية.

وتحددت صياغة كل توصية ودرجة قوتها، في أغلب الأوقات، عن طريق توافق الآراء، إذ وافق المشاركون بإجماع الآراء على كل التوصيات اللهم إلا توصيتان؛ (التوصية 2 حول "التحرّي الشامل"، والتوصية 7 حول "المناصرة/ الدعم/ التمكين حيال عنف الشريك"). ومتى تعذر الوصول إلى إجماع في الآراء، بُتّ في النتيجة عن طريق التصويت. واستُثني من التصويت كل من مراجع الموضوع وموظف منظمة الصحة العالمية، لكن صوت العاملون في المكاتب الإقليمية التابعة للمنظمة ممن دُعوا إلى الاجتماع بوصفهم مستشارين. وفي ما يتعلق بهاتين التوصيتين، دُوّن رأي الأقلية في المناقشة أو الملاحظات في الجزء المخصص لذلك.

إعداد الوثائق ومراجعة الزملاء

إلى جانب أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية، تم تحديد مُراجعين زملاء مناسبين بما يسمح بإسهام طيف واسع من أصحاب الشأن المعنيين. ودُعِيَ كل من أعضاء الفريق والمراجعين الزملاء إلى ما يلي:

- تصنيف النتائج التي أسفرت عنها أسئلة بيكوت قبل مراجعة البيّنات
- التعقيب على المراجعات ومُسوّدات التوصيات بالتدخلات السريرية في حالات الاعتداء الجنسي وعنف الشريك، وذلك قبل انعقاد الاجتماع

- عدم إصدار الأحكام، وإظهار الدعم، والتحقق من صحة ما تقوله المرأة
- تقديم الرعاية والدعم العمليين بما يستجيب لمخاوف المرأة، دون التدخل في خصوصيتها
- سؤال المرأة عن تاريخ تعرّضها للعنف، والإنصات إليها بعناية، دون ممارسة الضغط عليها لتتحدث (مع توخي الحذر عند مناقشة أمور حساسة في وجود مترجمين فوريين)
- مساعدة المرأة في الحصول على المعلومات حول الموارد، بما في ذلك الحصول على الخدمات القانونية والخدمات الأخرى التي ربما تعتقد المرأة أنها مفيدة
- تقديم العون إلى المرأة في زيادة سلامتها الشخصية، وسلامة أطفالها إذا لزم الأمر
- تقديم أو حشد الدعم الاجتماعي

وعلى مُقدمي الرعاية الصحية أن يضمنوا ما يلي:

- إجراء الاستشارة سراً
- السرية، مع إطلاع المرأة على حدود هذه السرية (على سبيل المثال: متى يكون الإبلاغ إجبارياً)

إذا لم يستطع مُقدمو الرعاية الصحية تقديم دعم الخط الأول، فعليهم أن يضمنوا توافر أحد آخر على الفور لتقديم هذا الدعم (ويكون هذا الآخر من داخل موقع الرعاية الصحية الخاص بهم، أو من موقع آخر ممن يسهل الوصول إليه)

جودة البينات: تم تحديد بينات غير مباشرة قوة التوصية: قوية

ملاحظات:

أ) يجب أن يسترشد أي تدخّل بمبدأ "لا ضرر ولا ضرار"، مع ضمان تحقيق التوازن بين المنافع والمضار، وتقديم سلامة المرأة وأطفالها باعتبارها الشغل الشاغل.

ب) إعطاء الأولوية لخصوصية المشورة وسريتها، بما في ذلك مناقشة الوثائق ذات الصلة الموجودة في الملف الطبي مع المرأة، وبيان حدود السرية، مما يجعل مهارات التواصل أمراً أساسياً.

ج) على مُقدمي الرعاية الصحية أن يناقشوا الخيارات المتاحة، وأن يُقدّموا الدعم إلى المرأة

1. رعاية تتمحور حول المرأة

قد تتفاوت احتياجات النساء اللاتي يتعرّضن لعنف الشريك أو الاعتداء الجنسي تفاوتاً كبيراً، حسب ظروفهن، وقسوة العنف الذي يتعرّضن له وما يترتب عليه من عواقب. أضف إلى ذلك أن النساء في ظروف مماثلة قد يمتحن إلى أنواع مختلفة من الدعم بمرور الوقت. بيد أنه توجد مجموعة من الحد الأدنى من الإجراءات والمبادئ التي ينبغي أن توجه استجابة الرعاية الصحية للنساء اللاتي يعانين من العنف (البدني أو الجنسي أو العاطفي)، سواء تعرّضن له علي يد شريك، أو قريب، أو أحد المعارف، أو الغرباء، بقطع النظر عن الظروف المحيطة. وتبيّن التوصية أدناه هذا الحد الأدنى من استجابة الخط الأول الداعمة.

1.1 من البينات إلى التوصية

تستند هذه التوصية إلى خبرة من عملوا مع الناجيات من عنف الشريك والاعتداء الجنسي، وتنطلق هذه التوصية من التوصيات الواردة في إصدار منظمة الصحة العالمية بعنوان "الإسعافات النفسية الأولية (2011)"، بالإضافة إلى عناصر محددة عدّها فريق إعداد المبادئ التوجيهية لتناول العنف ضد المرأة. وتستهدف الإسعافات النفسية الأولية الأفراد في حالات الأزمات المجتمعية، علماً أنه لا يوجد سوى بينات غير مباشرة على "الإسعافات النفسية الأولية" (انظر الإصدار بعنوان "الإسعافات النفسية الأولية"، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2011، والتي تستهدف الأفراد في حالات الأزمات المجتمعية

(whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf).

2.1 التوصية

1. ينبغي تقديم الدعم الفوري إلى النساء اللاتي يُفصّحن عن تعرّضهن لأي شكل من أشكال العنف على يد شريك (أو أحد أفراد الأسرة)، أو الاعتداء الجنسي على يد مرتكب العنف أو الاعتداء. وعلى مُقدمي الرعاية الصحية، على أقل تقدير، أن يُقدّموا دعم الخط الأول عندما تُفصح النساء عن تعرّضهن للعنف. ويتضمن دعم الخط الأول ما يلي:

1.1.2 ملخص البيئات

أصدرت منظمة الصحة العالمية مراجعة غير منشورة حول التحري والتدخلات السريرية (تُتاح عند طلبها)، وكانت هذه المراجعة محدثاً لمراجعة منهجية سابقة (Feder et al., 2009)، وقد توصلت هذه المراجعة إلى عدم وجود بيئات كافية تؤيد الفكرة القائلة إن التحري يؤدي إلى انخفاض عنف الشريك، أو إلى تحسين نوعية الحياة أو النتائج الصحية، واستنتجت المراجعة أن العلاقة بين التحري من ناحية وبين انخفاض عنف الشريك، أو تحسين نوعية الحياة أو النتائج الصحية من ناحية أخرى، علاقة مُعقدة. ومن ثم حددت المراجعة الماثلة برامج "التحري" التي تُقدم أيضاً إجراءات ما بعد التحري، على أمل أنه من المرجح أن تتجاوز هذه الإجراءات معدلات الكشف المرتفعة، وتتعدى قبول مُقدمي الرعاية الصحية، وهو ما سيؤدي إلى تحسّن النتائج الصحية للنساء. وفي برامج التحري التي تناولتها هذه المراجعة، كان نوع "الإجراء" الموصوف الأكثر شيوعاً عبارة عن إشارة في الملف الطبي إلى نتيجة اختبار التحري الذي يُسلم إلى مُقدم الرعاية الصحية قبل الزيارة، أو إحالات تلقائية إلى أخصائيي الخدمة الاجتماعية أو المناصرين المهنيين.

ومن بين الدراسات الأربعة الأخرى التي لم تشملها مراجعة "فيدر وآخرون 2009 Feder et al. 2009؛ وهي: (Rhodes et al., 2006; Ahmad et al., 2009; MacMillan et al., 2010-Kozioi)، طُبقت أكثر هذه الدراسات في مواقع أقسام الطوارئ (الرقم = 4)، وأجريت دراستان في مواقع طب الأسرة المتجولة (MacMillan et al., 2009; Ahmad et al., 2009)، وأجريت دراستان في مواقع النساء/التوليد، أو عيادات رعاية الحوامل، أو طب الأسرة (MacMillan et al., 2009; Humpherys et al., 2011). وشملت هذه الدراسات 1919 امرأة ككل، وأجريت دراستان في كندا، والثالثة في نيوزيلندا، بينما أجريت الدراسة الرابعة في الولايات المتحدة الأمريكية. ولم تُبلّغ الدراسة التي قام بها ماكميلان وآخرون 2009 (MacMillan et al., 2009)، عن النتائج حسب موقع الدراسة. ولم يُتوصّل إلى أي دراسة تُثبت انخفاضاً مهماً أو ذا دلالة إحصائية في معدل تكرار عنف الشريك. وأجرت كلتا دراستي ماكميلان وآخرون (2009) وكوزيول-ماكميلان وآخرون (2010) تجارب نجاعة عشوائية، تشابهت نتائجها حول حجم الأثر الصغير في طب الأسرة، وعيادات النساء والتوليد، وأقسام الطوارئ في أونتاريو، كندا، وقسم الطوارئ في إحدى المستشفيات بالمدن في نيوزيلندا على التوالي (بلغت نسبة الاحتمال 0.82 في دراسة ماكميلان وآخرون (2009)، و0.86 في دراسة كوزيول-ماكميلان وآخرون (2010)؛ وهي نسبة غير دالة إحصائياً).

وعُثر على دراسة واحدة؛ وهي تجربة عشوائية مضبوطة، قيّمت النتائج الصحية المتعددة - نوعية الحياة، وأعراض الاكتئاب، واضطراب الضغوط

في اتخاذ قرارها. وينبغي أن تكون العلاقة بين مُقدمي الرعاية الصحية والمرأة علاقة داعمة وتعاونية مع احترام استقلالها. وعليهم أن يعملوا مع المرأة وأن يعرضوا عليها الخيارات والاحتمالات، وأن يُقدّموا إليها المعلومات، بهدف إعداد خطة فعالة ووضع أهداف واقعية، بيد أنه ينبغي على المرأة، دون غيرها، أن تتخذ القرار في جميع الأوقات.

(د) في بعض المواقع كأقسام رعاية الطوارئ، ينبغي تقديم كل ما يمكن تقديمه في الاتصال الأول تحسباً لعدم عودة المرأة مرة أخرى. كما ينبغي عرض تقديم الدعم والرعاية في مرحلة المتابعة، والتفاوض بشأن سُبل آمنة وفي متناول المرأة لإجراء استشارة المتابعة.

(هـ) يجب أن يفهم مُقدمو الرعاية الصحية طبيعة العنف الذي يُمارَس ضد المرأة على أساس النوع الاجتماعي، وأن يستوعبوا البُعد المتعلق بحقوق الإنسان لهذه المشكلة.

(و) يرتفع خطر تعرّض النساء ذوات الإعاقات البدنية والعقلية لعنف الشريك والاعتداء الجنسي. وعلى مُقدمي الرعاية الصحية إيلاء اهتمام خاص إلى الاحتياجات المتعددة لهن. كما قد يكون للحوامل متطلبات خاصة (انظر التوصية 8).

2. التعرف على الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن

يتناول هذا القسم التعرف على الناجيات من عنف الشريك، والتدخلات السريرية للتصدي له.

1.2 التعرف على الناجيات من عنف الشريك

دار جدول واسع حول السُّبل الآمنة والفعالة للتعرف على النساء اللاتي يتعرضن لعنف الشريك في مواقع الرعاية الصحية. فهناك بعض الأفراد، لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية، يدعون إلى سؤال جميع النساء اللاتي يستشن مُقدمي الرعاية الصحية عن عنف الشريك ("التحري العام" أو "الاستفسار الروتيني")، في حين ينادي آخرون بتبني نهج أكثر انتقائية يستند إلى اعتبارات سريرية وتشخيصية ("الاستفسار السريري" أو "إيجاد الحالات") (انظر مسرد المصطلحات). وبوجه عام، فقد أثبتت الدراسات أن التحري عن عنف الشريك (بمعنى سؤال جميع النساء عن العنف بشكل منهجي) يزيد التعرف على النساء اللاتي يتعرضن لعنف الشريك، لكنها لم تُظهر انخفاضاً في هذا العنف، ولم تُبشّر إلى أي فائدة ملحوظة تعود على صحة المرأة.

وقبّمت البيئات لتحديد آثار التدخلات الرامية إلى التعرف على الناجيات من عنف الشريك على مستوى النظام الصحي.

- قد تجد النساء صعوبة في الاستفسارات المتكررة، لاسيما عند عدم اتخاذ إجراء، الأمر الذي يُحتمل معه أن تنخفض الاستفادة من الخدمات الصحية.
- ارتفع الكشف عن عنف الشريك من خلال التحري، ومع ذلك يغلب أن يزيد التحري من مقاومة الإخصائيين السريريين، وتميل معدلات التحري إلى الانخفاض سريعا. ومن الممكن أن يتحول التحري بسهولة إلى مجرد تمرين يتم التأشير فيه على خيارات يُنفذ دون عناية واجبة، أو بطريقة لا طائل من ورائها.
- ينطوي تدريب مُقدمي الرعاية الصحية على سؤال جميع النساء عن العنف، عندما تكون الخيارات المُقدّمة لهن محدودة، على تكلفة مهمة للفرصة الضائعة. ويُستحسن التركيز على تعزيز قدرة مُقدمي الرعاية الصحية على الاستجابة الكافية للنساء اللائي يُفصحن عن تعرّضهن للعنف، أو تظهر عليهن العلامات والأعراض المرتبطة بالعنف، أو يعانين من أشكال حادة من الانتهاك.

ورأت أقلية من أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية أن مزايا التحري العام تفوق مساوئه لأسباب هي:

- التحري يزيد الكشف عن عنف الشريك، ولولا الكشف لتعدّر تنفيذ التدخل (حتى لو كانت الخيارات المتاحة للتحري العام محدودة)
- لا يبدو أن برامج التحري تُلحق أذى بالأفراد، وأكثر النساء لا يجدن غضاضة في أن يُسألن.
- لا يلزم أن يكون مُقدّمو الرعاية الصحية على دراية بعلامات وأعراض عنف الشريك، ويجوز لهم أن يكتفوا بسؤال النساء اللائي يرون أنهن عرضة للخطر، مما يزيد احتمال تكوين قوالب نمطية.
- هناك أيضا خطر مؤداه أنه إذا كان الاستفسار انتقائيا، فقد يعني ذلك أن مُقدمي الرعاية الصحية سوف يتحاشون سؤال النساء عند عدم شعورهم بعدم الارتياح (على الرغم من حدوث نفس الشيء حتى عندما يكون الاستفسار العام هو النهج الموصى به).

3.1.2 التوصيات

2. ينبغي عدم تطبيق "التحري العام" أو "الاستفسار الروتيني" (ويُقصد به سؤال النساء في جميع مقابلات الرعاية الصحية).

جودة البيّنات: منخفضة - متوسطة

قوة التوصية: مشروطة

ملاحظات:

- أ) هناك بيّنات قوية على وجود ارتباط بين عنف الشريك واضطرابات الصحة النفسية لدى النساء. ومن الممكن سؤال النساء اللائي تظهر

التالية للصدّات (MacMillan et al., 2009). ولم يكن هناك أي اختلافات مهمة في النتائج الصحية المذكورة في فترة المتابعة التي استمرت ثمانية عشر شهرا. ومن ثمّ، ظلّ هناك بيّنات غير كافية على أن التحري زائد الإجراء يؤدبان إلى انخفاض في معدل تكرار عنف الشريك، أو إلى تحسّن نوعية الحياة، أو تحسّن النتائج الصحية، وهو ما يتشابه مع النتائج التي انتهت إليها المراجعات السابقة.

وأُجريت حديثاً تجربة سريرية عشوائية مضبوطة على تحري عنف الشريك في الولايات المتحدة الأمريكية (Klevens et al., 2012)، قاست معدل تكرار عنف الشريك والتحسّن في نوعية الحياة وغيرها من النتائج الصحية، وعضدت هذه التجربة البيّنات على التوصية 2 التي تُوصي بعدم تحري عنف الشريك لدى جميع النساء في مواقع الرعاية الصحية. وبوجه عام، صُنفت جودة البيّنات المتوافرة والخاصة بدراسات التحري على أنها منخفضة إلى متوسطة، وأظهرت هذه البيّنات أن تحري النساء للكشف عن عنف الشريك في مواقع الرعاية الصحية لم يستوف معايير الصحة العمومية الخاصة بتنفيذ برامج التحري. وليس هناك ثمة دراسات تقيس النتائج التي تعود على النساء، وتعدّد مقارنة بين التعرّف من خلال التحري في مقابل إيجاد الحالات أو الاستفسار السريري. وبينما توجد تجربة واحدة (MacMillan et al., 2009) تُظهر عدم حدوث أذى بسبب التحري، فإن هناك دراسة أخرى أُجريت في مواقع الرعاية بالحوامل كشفت عن الأذى المحتمل (Bachus et al., 2010).

2.1.2 من البيّنات إلى التوصيات

إن توافر استجابة فعالة هو أحد معايير الصحة العمومية الخاصة بالتحري. ودرست مُراجعة الدراسات عن التحري، التي لخصت في ما سبق، نوعية الحياة ومعدل تكرار عنف الشريك ومعدلات الإحالة باعتبارها نتائج. وشملت المسائل التي نظّر فيها فريق إعداد المبادئ التوجيهية، إلى جانب البيّنات، تكلفة الفرصة الضائعة ومدى جدوى التحري في المواقع التي يرتفع بها كثيرا معدل انتشار عنف الشريك، وذات خيارات الإحالة المحدودة، وتعاني من قيود على الاستدامة، وتنطوي على مخاطر ومخاوف محتملة على سلامة المرأة. واستنادا إلى خبرة بعض أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية، تضمنت هذه الاعتبارات ما يلي:

- العبء المرتفع للتحري العام في الأماكن التي يرتفع بها معدل انتشار عنف الشريك، لاسيما في المواقع ذات خيارات الإحالة المحدودة والموارد المُجهّدة/ مُقدّمي الرعاية الصحية المُجهّدين، وهو ما يؤدّي إلى تكاليف الفرص الضائعة لمُقدمي الرعاية الصحية المُجهّدين، وإلى محدودية القُدّرات للاستجابة للنساء اللائي قد يتم التعرّف عليهن عن طريق التحري. وفي مثل هذه المواقع، من المرجح أن يكون التركيز على الاستفسار الانتقائي استنادا إلى اعتبارات سريرية أكثر نفعاً للنساء.

الحالات التي ربما يسببها عنف الشريك أو يتسبب في مضاعفاتها (انظر الإطار 1: أمثلة على الحالات السريرية المرتبطة بعنف الشريك) بُغية تحسين التشخيص/ التعرف على الحالات، ومن ثمّ الرعاية اللاحقة (انظر التوصية 30).

جودة البيّنات: بيّنات غير مباشرة
قوة التوصية: قوية

ملاحظات:

(أ) الشرط الأدنى الواجب مراعاته عند سؤال مُقدّم الرعاية الصحية النساء عن العنف هو توافر عنصر الأمان عند القيام بذلك (أي في غياب الشريك)، ويتعين تدريبهم على الطريقة الصحيحة لتوجيه السؤال، وكيفية الاستجابة للنساء اللاتي يُفصحن عن تعرّضهن للعنف (انظر الحد الأدنى من المتطلبات). وينبغي أن يتضمن ذلك، على الأقل، تقديم دعم الخط الأول في حالات عنف الشريك (انظر التوصية 1).

الحد الأدنى من المتطلبات للسؤال عن عنف الشريك

- برتوكول/ إجراء تشغيل قياسي
- التدريب على طريقة السؤال، والحد الأدنى من الاستجابة، أو ما بعد هذا الحد الأدنى
- موقع خاص
- ضمان السرية
- تطبيق نظام للإحالة

(ب) يجب أن يكون مُقدّم الرعاية الصحية على دراية وعلم بالموارد المتاحة لإحالة النساء إليها عند سؤالهن عن عنف الشريك.

عليهن أعراض اضطرابات الصحة النفسية، أو يعانين من هذه الاضطرابات (مثل الاكتئاب، والقلق، واضطراب الضغوط التالية للصدمات، وإيذاء النفس، ومحاولة الانتحار) عن عنف الشريك ضمن ممارسة سريرية جيدة، وخاصة أن ذلك قد يُؤثر على معالجتهن ورعايتهن.

(ب) قد يُؤثر عنف الشريك على إفصاح النساء عن حالة فيروس نقص المناعة البشرية لديهن، أو يُعرّض سلامة النساء اللاتي أفصحن عنه للخطر، كما يُؤثر على قدرتهن على تنفيذ استراتيجيات الحد من المخاطر. وعليه، فمن الممكن دراسة سؤال النساء عن عنف الشريك في سياق اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية وتقديم المشورة بشأنه، على الرغم من الحاجة إلى إجراء مزيد من الأبحاث لتقييم هذا التوجّه.

(ج) تُمثّل الرعاية بالحوامل فرصة سانحة للاستفسار الروتيني عن عنف الشريك نظراً لما ينطوي عليه الحمل من ضعف مزدوج. وهناك بعض البيّنات المحدودة من المواقع ذات الدخل المرتفع تشير إلى أن تدخلات المناصرة والتمكين (مثل جلسات متعددة للمشورة المنظمة)، عقب التعرف على ضحايا عنف الشريك باستخدام الاستفسار الروتيني في الرعاية بالحوامل، قد تؤدي إلى تحسّن النتائج الصحية للنساء، مع إمكانية المتابعة أيضاً أثناء الرعاية بالحمل. بيد أن هناك حاجة إلى تنفيذ أمور بعينها قبل القدرة على القيام بذلك (انظر الحد الأدنى من المتطلبات).

3. ينبغي على مُقدّم الرعاية الصحية أن يسألوا عن تعرّض لعنف الشريك عند قيامهم بتقييم

الإطار 1 أمثلة على الحالات السريرية المرتبطة بعنف الشريك¹

- أعراض الاكتئاب، والقلق، واضطراب الضغوط التالية للصدمات، واضطرابات النوم
- محاولة الانتحار أو إيذاء النفس
- معاورة الكحول، وتعاطي مواد الإدمان الأخرى
- أعراض معدية معوية مزمنة غير مفهومة الأسباب
- أعراض تناسلية غير مفهومة الأسباب؛ مثل ألم الحوض، واختلال الوظيفة الجنسية
- النتائج التناسلية الضارة، ومنها تعدد الأحمال غير المرغوب فيها و/ أو مرات إنهاء الحمل، وتأخر الرعاية بالحمل، ونتائج الولادة الضارة
- أعراض تناسلية بولية غير مفهومة الأسباب؛ مثل عدوى المثانة والكلية المتكررة، أو أنواع العدوى الأخرى
- النزيف المهبلي المتكرر، والأمراض المنقولة جنسياً
- الألم المزمن (غير مفهوم الأسباب)
- الإصابات الصدمية، خاصة عند تكرارها وتقديم شروح غامضة أو غير مقبولة لها
- مشكلات في الجهاز العصبي المركزي - الصداع، والمشكلات المعرفية، وفقدان السمع
- الاستشارات الصحية المتكررة دون تشخيص واضح
- وجود شريك أو زوج فضولي في الاستشارات

¹ مقتبس من

من الدراسات لم تُوصَف بتفصيل كافٍ للفرقة بين التدخلات النفسية الرسمية والدعم النفسي. وتميّزت الدراسات العشرون حول تدخلات المناصرة/ التمكين والتدخلات النفسية بنقاط قوة منهجية، وعابها في الوقت ذاته قيود منهجية. وتراوحت جودة البيّنات بين منخفضة (13) إلى متوسطة (7). وكانت جميع الدراسات تجارب عشوائية مضبوطة استخدمت فيها أدوات تقييم موحّدة، وصنفت النتائج على أنها "مهمة" أو "بالغة الأهمية". وتضمنت القيود عدم نعية عملية العشوائية أو تقييم النتائج، ومعدل الاستنزاف المرتفع للعينة، وأحياناً الحجم الصغير جداً للعينة، وكلها قيود أضعفت من قوة هذه الدراسات. كما حال تغاير الدراسات دون تجميع بيانات الدراسات الضعيفة القوة وإجراء تحليل تجميعي شامل (تحليل ميتا).

ومنذ المراجعة المنهجية الأخيرة، شهد هذا المجال نشاطاً، واتسع حجم البيّنات اتساعاً كبيراً. كما أُجريت دراسات أحدث في مواقع الرعاية الصحية، وأبرزت هذه الدراسات الجدوى العملية لدراسة عنف الشريك في هذه المواقع، مع افتراض كسب دعم متزايد من القطاع الصحي في هذه العملية.

1.2.2 التدخلات النفسية/ تدخلات الصحة النفسية

ملخص البيّنات

هناك خمس دراسات قيّمت هذا النوع من التدخلات؛ وهي (Kubany et al., 2004; Gilbert et al., 2006; Lieberman et al., 2006; Kiely et al., 2010; Zlotnick et al., 2011). وعُدلت التدخلات في عدد قليل من هذه الدراسات بما يتناسب والنساء اللائي تعرّضن لعنف الشريك، كما شملت هذه التدخلات عناصر للمناصرة أو التمكين. ولما كان من المتعذر فصل المكونات، فإن النتائج التي انتهت إليها هذه الدراسات تُضيف إلى حجم البيّنات الواقعة في كلتا فئتي تدخلات المناصرة/ التمكين والتدخلات النفسية. وتُظهر هذه الدراسات أن شكلاً ما من الأشكال الفردية لتدخلات العلاج السلوكي الإدراكي للنساء اللائي تعرّضن لعنف الشريك ربما يُقلل من اضطراب الضغوط التالية للصدمات والاكئاب (أثناء فترة الحمل)، مقارنة بعدم القيام بأي تدخلات على الإطلاق، وأفادت إحدى الدراسات بتحسّن نتائج الولادة. بيدّ أنه لا توجد بيّنات تشير إلى أن هذه التدخلات لها أثر نافع على جودة الحياة على النحو الذي قيست به في الدراسات. وحُدّد من مراجعة منهجية سابقة تسع دراسات مضبوطة على التدخلات النفسية الجماعية، منها أربع تجارب عشوائية مضبوطة؛ هي (Wingood, Gilbert, Laverde, Melendez, Arinero)، وأربع دراسات جماعية موازية (Cox, LimandriK Rinfert-Raynor, Kim). وشملت هذه الدراسات التسعة دراسات أُجريت في كولومبيا

4. ينبغي توافر معلومات كتابية حول عنف الشريك في مواقع الرعاية الصحية في شكل ملصقات، وكُتيّبات أو مطويّات تُوضَع في الأماكن الخاصة مثل مراحيض السيدات (مصحوبة بتحذيرات ملائمة عن عدم أخذ هذه الملصقات والكُتيّبات أو المطويّات إلى المنزل في حال وجود شريك معتدي).

جودة البيّنات: لم يتم التعرف على أي بيّنات ذات صلة
قوة التوصية: مشروطة

2.2 رعاية الناجيات من عنف الشريك

رُوّجت البيّنات بحثاً عن إجابة للسؤال التالي: "ما الآثار التي تخلفها التدخلات التي يبدؤها مُقدّمو الرعاية الصحية على الناجيات من عنف الشريك؟". وتم تحديد ثماني دراسات جديدة نُشرّت منذ المراجعة المنهجية التي قامت بها منظمة الصحة العالمية، فضلاً عن إصدار إضافي (Kiely et al., 2010) لنتيجة جديدة توصلت إليها دراسة رُوّجت في السابق.

واستُمدّت البيّنات التي تتناول فعالية التدخلات السريرية من هذه الدراسات الجديدة، إلى جانب 14 دراسة سابقة استوفت معايير إدراجها من مراجعات منهجية ثلاثة سابقة؛ وهي (Sadowski and Casteel, 2010; Ramsay et al., 2006) وتحديث غير منشور لمنظمة الصحة العالمية في 2009 لدراسة رامساي وآخرون (Ramsay et al., 2006). وفيما يلي ملخص بالبيّنات على التدخلات في الفئات التالية:

- التدخلات النفسية، وتدخلات الصحة النفسية
- تدخلات المناصرة/ التمكين (انظر مسرد المصطلحات: تعريفات مُحدّدة بالسياق)
- التدخلات الخاصة بالأم والطفل
- تدخلات أخرى (الكتابة التعبيرية والتنفس اليوجي)

كانت جميع الدراسات الاثنتين والعشرين تجارب مضبوطة، أُجريت معظمها في البلدان المرتفعة الدخل: إذ أُجريت دراسة واحدة في أستراليا، وثلاث دراسات في هونج كونج، وأُجريت 17 دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية، بينما أُجريت دراسة واحدة في أحد البلدان المتوسطة الدخل وهو بيرو. وتفاوتت المواقع وشملت مواقع مجتمعية، ومواقع الرعاية الصحية، والمأوي/ المخيمات، ومواقع خليطة تجمع بين الرعاية الصحية وغير الرعاية الصحية. وكانت هناك تحديات في تفسير دراسات التدخلات السريرية في عنف الشريك، منها الافتقار إلى التفاصيل، والتداخل بين التدخلات النفسية وتدخلات المناصرة/ التمكين، حيث إن التدخلات النفسية تحتوي في الغالب على مكونات للدعم غير النفسي، وربما تشمل تدخلات المناصرة/ التمكين الدعم النفسي مثل المشورة. أضف إلى ذلك أن التدخلات في الكثير

توصيات مخصصة لمعالجة الاكتئاب (1-6 DEP)، وغيره من الشكاوى الانفعالية الرئيسية أو غير المشروحة طبياً (1-7 OTH)	الإطار 2
DEP 1: لا ينبغي التفكير في استخدام مضادات الاكتئاب للمعالجة المبدئية للبالغين الذين يعانون من نوبات اكتئاب معتدلة. وينبغي دراسة استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والفلوكسيتين لمعالجة البالغين الذين يعانون من نوبات/اضطرابات اكتئاب متوسطة/حادة.	دور مضادات الاكتئاب والبنزوديازيبينات
OTH 2: لا ينبغي استخدام مضادات الاكتئاب أو البنزوديازيبينات للمعالجة المبدئية للأفراد الذين يشكون من أعراض الاكتئاب، مع عدم وجود نوبة/اضطراب اكتئاب حالي/سابق.	
DEP 2: لا ينبغي وقف المعالجة بمضادات الاكتئاب قبل انقضاء 9-12 شهراً من التعافي.	مدة المعالجة بمضادات الاكتئاب
DEP 3: ينبغي النظر في العلاج البين شخصي، والعلاج السلوكي الإدراكي (بما في ذلك التنشيط السلوكي، DEP 4)، والعلاج بحل المشكلات باعتباره من أشكال المعالجة النفسية لنوبات/اضطرابات الاكتئاب في مواقع الرعاية الصحية غير المتخصصة، إذا توافرت الموارد البشرية الكافية (مثل العاملين الصحيين المجتمعيين الخاضعين للإشراف). وفي حالات الاكتئاب المتوسطة والحادة، ينبغي النظر في أساليب العلاج بحل المشكلات كعلاج تكميلي.	المعالجة الوجيهة، والمنظمة، والنفسية
OTH 3: ينبغي دراسة نهج العلاج بحل المشكلات لمعالجة الأفراد الذين تظهر عليهم أعراض الاكتئاب (مع عدم وجود نوبة/اضطراب الاكتئاب)، ويعانون من الكرب أو من خلل في أداء الوظائف.	
OTH 1: ينبغي النظر في المعالجة النفسية التي تعتمد على مبادئ العلاج السلوكي الإدراكي لمعالجة البالغين الذين يلتمسون المساعدة في حالات الشكاوى الجسدية غير المشروحة طبياً، ويعانون من كرب شديد، ولا تنطبق عليهم معايير الإصابة بنوبة/اضطراب الاكتئاب.	
DEP 5, DEP 6: يجوز النظر في التدريب على الاسترخاء، وإسداء النصيحة بشأن ممارسة النشاط البدني كعلاج للبالغين الذين يعانون من نوبة/اضطراب الاكتئاب. وينبغي النظر في هذه التدخلات كعلاج تكميلي في حالات الاكتئاب المتوسطة والحادة.	التدريب على الاسترخاء، والنشاط البدني
OTH 4: لا ينبغي استخدام أسلوب التفريغ النفسي في الأحداث الصدمية التي وقعت مؤخراً بغرض الحد من خطر الضغوط التالية للصدمات، أو القلق، أو أعراض الاكتئاب.	الدعم النفسي بعد حدث صدمي وقع حديثاً
OTH 5: ينبغي النظر في توفير سُبل الحصول على الدعم استناداً إلى مبادئ الإسعافات الأولية النفسية بالنسبة للأفراد الذين يعانون من كرب حاد، وتعرضوا مؤخراً لحدث صدمي.	
OTH 6: إذا كان من الممكن مواصلة متابعة المريض، ينبغي النظر في أسلوب التعرُّض الذاتي المتدرج المستند إلى مبادئ العلاج السلوكي الإدراكي لمعالجة البالغين الذين تظهر عليهم أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمات.	التعرُّض الذاتي المتدرج استناداً إلى مبادئ العلاج السلوكي الإدراكي للبالغين الذين تظهر عليهم أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمات
OTH 7: ينبغي النظر في المعالجة النفسية المستندة إلى مبادئ العلاج السلوكي الإدراكي لمعالجة الأفراد القلقين من نوبات هلع سابقة.	المعالجة النفسية استناداً إلى مبادئ العلاج السلوكي الإدراكي للأفراد القلقين من نوبات هلع سابقة

المصدر: Dua et al., 2011

الدراسات، اتسمت بالضعف جودة التصميم الكلي للدراسات وطريقة إجرائها.

وكوريا، وقيمت تدخلات ونتائج ذات أساس نفسي متباينة في ما بينها تبايناً كبيراً. وعلى الرغم من بعض النتائج الإيجابية التي أفادت بها غالبية هذه

جودة البيّنات: بيّنات غير مباشرة، ومتباينة (تتفاوت حسب التدخلات، انظر: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en)

قوة التوصية: قوية

ملاحظات:

(أ) إن استخدام أدوية ذات تأثير نفساني لمعالجة النساء الحوامل أو المرضعات يتطلب معرفة متخصصة، ومن الأفضل أن تُقدّم هذه الأدوية بالتشاور مع الأخصائي ريثما يوجد. ويُرجى الرجوع إلى المبادئ التوجيهية حول برنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية (WHO, 2010) للاطلاع على تفاصيل التدبير العلاجي لمسائل الصحة النفسية لدى الحوامل والمرضعات.

6. يُوصى بتدخلات العلاج السلوكي الإدراكي أو تدخلات العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة للنساء اللائي لم يعُدن يتعرّضن للعنف، لكن يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمات، ويُقدّم هن هذه التدخلات مهنيو الرعاية الصحية الذين يفهمون العنف ضد المرأة.

جودة البيّنات: منخفضة - متوسطة

قوة التوصية: قوية

2.2.2 تدخلات المناصرة/ التمكين

ملخص البيّنات

تم تحديد خمس عشرة دراسة حول تدخلات ما يُعرف بالمناصرة والتمكين؛ وهي (McFarlane et al., 2000, 2006; Sullivan et al., 2002; Constantino et al., 2005; Tiwari et al., 2005; 2010a, 2010b; Gillum et al., 2009; Cripe et al., 2010; Bair-Meritt et al., 2010; Kiely et al., 2010; Humphreys et al., 2011; Taft et al., 2011; Miller).¹ وتضمنت هذه التدخلات عدة مكونات منها ربط النساء بالخدمات، وتمكين المرأة، وتنقيف النساء حول تربية الأولاد، وسلوكيات السلامة. واختلف تنفيذ هذه التدخلات من حيث من يُقدّم هذه التدخلات (أناس عاديون أم مهنيون)، والموقع (كالمزول، والمجتمع، أو عبر الهاتف، أو موقع الرعاية الصحية). وتتوافر بيّنات تدل على أن تدخلات المناصرة/ التمكين لمواجهة عنف الشريك ربما تُقلل من تكرار هذا العنف ضد بعض النساء، بيد أنه لا توجد بيّنات كافية على أثر هذه التدخلات على جودة الحياة أو نتائج الصحة النفسية. وإستمدت أقوى البيّنات من ثلاث تجارب للمناصرة أُجريت في هونج كونج، وقد طبّقت هذه التجارب تدخلات مشابهة للتمكين ذات فترات زمنية وجيزة على ثلاث عينات (صغيرة نسبياً) من النساء - في عيادات رعاية الحوامل، ومراكز الرعاية

من البيّنات إلى التوصيات

بالنسبة للتدخلات النفسية الفردية، يُوصى بتدخلات العلاج السلوكي الإدراكي للنساء اللائي لم يعُدن يتعرّضن للعنف، لكن لا يزلن يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمات. وتنخفض جودة البيّنات على هذه الفئة المحددة من الفئات السكانية، لكن تُعضد هذه البيّنات مجموعة أكبر كثيراً من البيّنات الخاصة بالعلاج السلوكي الإدراكي ذات الجودة المتوسطة. وتتوافر بيّنات غير كافية توصي بتدخلات العلاج السلوكي الإدراكي للنساء اللائي لا يزلن يتعرّضن لعنف الشريك. وتتوافر بيّنات غير كافية توصي بتدخل نفسي جماعي للنساء اللائي تعرّضن لعنف الشريك. ومع ذلك، رغب فريق إعداد المبادئ التوجيهية في تذكير مُقدّمي الرعاية الصحية أن النساء اللائي شخصت إصابتهن باضطرابات صحية نفسية، وعانين من عنف الشريك ينبغي حصولهن على رعاية الصحة النفسية حسب ما تنصح به المبادئ التوجيهية لبرنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية، على أن يُقدّم هن هذه الرعاية مهنيون يدركون أثر العنف ضد النساء، ويفهمون تدبيره علاجياً (Howard et al., 2010).

وهناك مجموعة كبيرة من المؤلفات حول معالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، واضطراب الضغوط التالية للصدمات (Bisson et al., 2007). وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية سلفاً دلائل إرشادية حول معالجة الاكتئاب، والذهان، واضطرابات تعاطي الكحول، إلى جانب أمراض أخرى (WHO, 2010; Dua et al., 2011). وتعكف المنظمة في الوقت الحالي على إعداد المبادئ التوجيهية لبرنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية، وبروتوكولات سريرية للإجهاد العصبي الحاد، وفقد الأحبة، واضطراب الضغوط التالية للصدمات. ووافق الفريق المعني بإعداد المبادئ التوجيهية لبرنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية حتى تاريخه على التوصيات المذكورة في الإطار 2 التي يُحتمل أن تكون ذات صلة بالناجيات من عنف الشريك.

التوصيات

5. النساء اللائي يعانين من اضطراب نفسي سابق جرى تشخيصه أو مرتبط بعنف الشريك (مثل الاكتئاب أو اضطراب تعاطي الكحول)، ويتعرّضن لعنف الشريك ينبغي أن يحصلن على رعاية الصحة النفسية لمعالجة هذا الاضطراب وفق المبادئ التوجيهية حول التدخلات الخاصة ببرنامج العمل لرأب الفجوة في مجال الصحة النفسية التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 2010)، ويُقدّم هن هذه الرعاية مهنيون يفهمون جيداً العنف ضد المرأة.

¹ ملحوظة للمترجم: الدراسات المذكورة عددها 14 دراسة فقط، وليس 15 دراسة كما هو مذكور.

خارج المآوى، مع ضرورة إجراء مزيد من البحوث في هذا الشأن.

(ج) ينبغي إعطاء الأولوية إلى النساء اللائي يتعرّضن لأشد صور الانتهاك في أوساط المجتمعات التي يرتفع بينها معدل انتشار العنف الشريك. (لم يتفق فريق إعداد المبادئ التوجيهية ما إذا كان ينبغي أن ينسحب ذلك على الانتهاك النفسي الوخيم).

(د) ينبغي أن يُقدّم التدخلات مُقدّمو الرعاية الصحية أو الرعاية الاجتماعية المدربين، أو المرشدين المدربين 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.

8. ينبغي أن يُقدّم إلى النساء الحوامل اللائي يُفصحن عن العنف الشريك مشورة قصيرة إلى متوسطة المدة بشأن التمكين (حتى 12 جلسة) والمناصرة/الدعم تشمل مكون السلامة، على يد مُقدّمي خدمات مُدربين 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.

جودة البيانات: منخفضة

قوة التوصية: مشروطة

ملاحظات:

(أ) ينبغي تسجيل المعلومات الخاصة بالتعرّض للعنف، ما لم تعرّض المرأة على ذلك، مع مراعاة الحذر دائماً عند تسجيل المعلومات (فلا تُستخدَم أو صاف 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/شريكها بها. ويجب موازنة هذا الخوف مع الحاجة إلى التأكد من وجود أدلة الطب الشرعي الكافية في الظروف التي تُقرر فيها المرأة ملاحقة الأمر قضائياً.

(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

المجتمعية، والمآوى¹. ومن بين هذه الدراسات الثلاثة، أفادت الدراسة التي قيّمت التدخلات في مواقع الرعاية الصحية بحدوث فائدة في بعض النتائج الصحية ونتائج الانتهاك. ولا يزال عدم يقين يكتنف مسألة التكثيف اللازم للمناصرة/التمكين حتى يكون لها أثر خارج مواقع الرعاية بالحوامل.

وهناك تنبيهان مهمان لاسيما في سياق تطوير قاعدة للبيانات بالمبادئ التوجيهية العالمية حول خدمات الرعاية الصحية. الأول: تأتي البيانات الأقوى للتدخلات الفردية في مجال المناصرة أو الدعم من التجارب التي أجريت على النساء في المآوى والمخيمات أو دور الاحتباء التي لا ترتبط بمواقع الرعاية الصحية ارتباطاً مباشراً، على الرغم من توافر بيانات أحدث مُستَمدة من دراسات أجريت على عينات صغيرة في مواقع الرعاية بالحوامل، والتنبيه الثاني هو أن البيانات تستند إلى دراسات أجريت في البلدان المرتفعة الدخل، وعليه فلا بد من مراعاة اعتبارات أخرى قبل عمل استقراء ينسحب على غالبية السكان في العالم.

واستقصت دراستان الأذى أو الكرب اللذين تسببها الموضوعات موضوع النقاش أو انتهاكات السرية، وهما (McFarlane et al., 2006; Tiwari et al., 2005).

من البيانات إلى التوصيات

بعد مراجعة البيانات، اعتقد فريق إعداد المبادئ التوجيهية أن عدم اليقين اكتنف (1) فعالية المناصرة الخاصة بوجود الحياة ونتائج الصحة النفسية، و(2) استقراء الفائدة التي تعود على النساء اللائي لا يقطن في المآوى، أو النساء غير الحوامل. وأجري تصويت على التوصية 8، وعُرِضت المحاذير بشأنها في الملاحظات.

التوصيات

7. ينبغي أن يُقدّم إلى النساء اللائي قضين ليلة واحدة في مآوى أو مخيم أو دار احتباء برنامجاً منظماً للمناصرة والدعم و/أو التمكين (انظر مسرد المصطلحات)

جودة البيانات: منخفضة

قوة التوصيات: مشروطة

ملاحظات:

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

(ب) يجوز دراسة هذه التوصية بالنسبة للنساء اللائي يُفصحن عن العنف الشريك لمُقدّمي الرعاية الصحية، على الرغم من عدم وضوح المدى الذي ربما تنطبق عنده هذه التوصية في الظروف

¹ تُوصف قوة البيانات بأنها "بيانات غير مباشرة" إذا لم يتم تحديد بيانات مباشرة لهذه الفئة السكانية، ومن ثمّ استندت التوصية إلى بيانات استقرت من فئة سكانية أخرى مناسبة.

لصدمة متنقلة/ غير مباشرة (انظر مسرد المصطلحات).

التأكد من إمكانية تطبيقه في المواقع المنخفضة الدخل.

التوصية

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

جودة البينات: متوسطة
قوة التوصية: مشروطة

ملاحظات:

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

(ب) كما تفرض قلة المُقدِّمين المُدرِّبين على تقديم هذا النوع من التدخلات تحديات في المواقع التي تعاني فقر الموارد.

4.2.2 تدخلات أخرى

رُوجعت الدراسات التي تقيّم الكتابة التعبيرية (Koopman et al., 2005) والتنفس اليوجي (Franzblau et al., 2008). وكلتا الدراستين دراسات مجتمعية دون الربط بخدمات الرعاية الصحية، وكانت جودتهما متدنية. ولم يعتبر فريق إعداد المبادئ التوجيهية البينات قوية بما يكفي لصياغة أية توصيات.

ويُلخّص الشكل 1 مسار الرعاية حيال عنف الشريك، وينبغي أن يفيد هذا المسار في توجيه مُقدِّمي الرعاية الصحية في استجاباتهم للنناجيات من عنف الشريك.

3.2.2 التدخلات المعنية بالأم والطفل

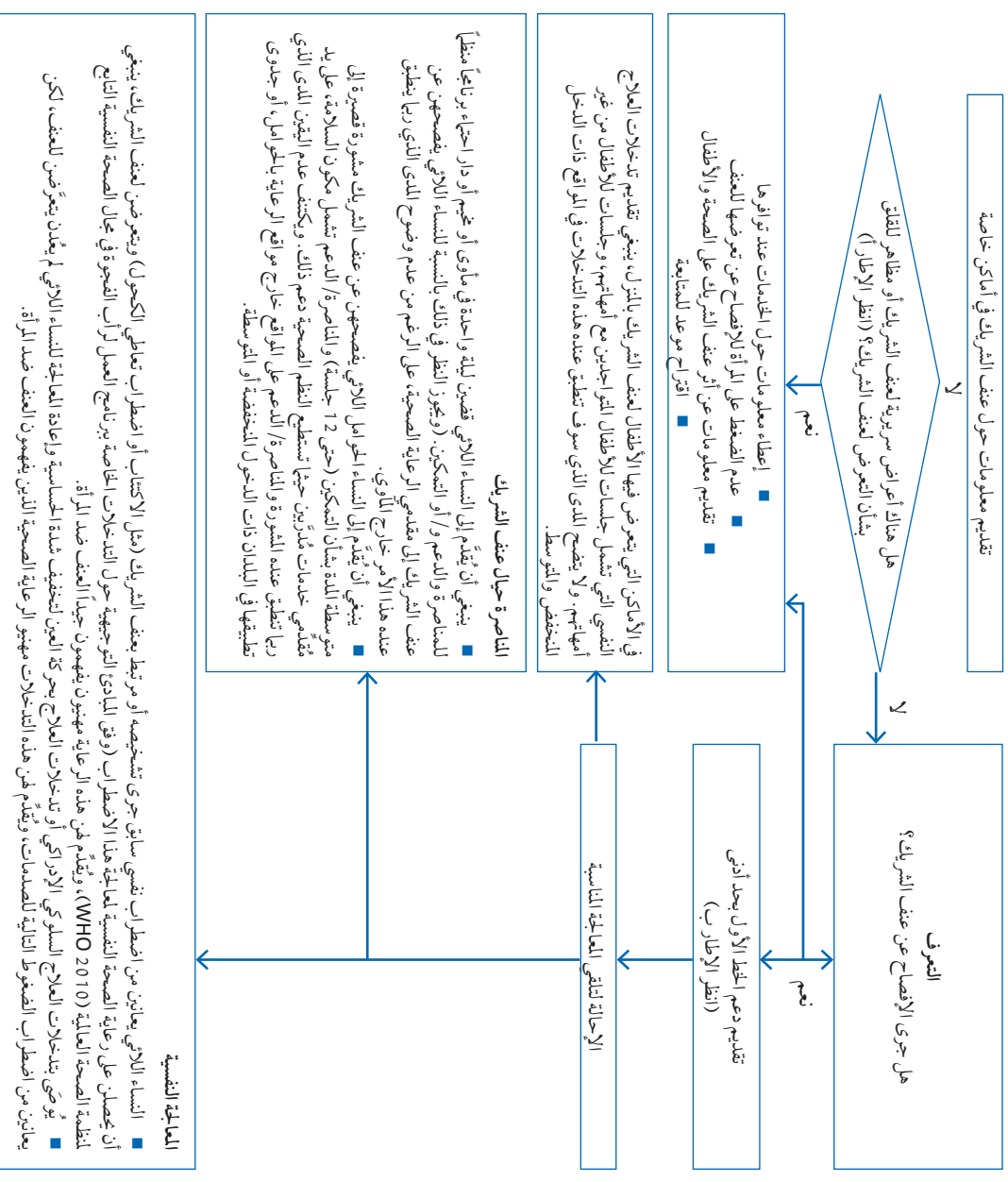
ملخص البينات

تم تحديد أربع دراسات قيّمت التدخلات المعنية بالأم والطفل؛ وهي (Jouriles et al., 2001, Sullivan, 2002; Lieberman et al., 2005, 2006). وأُجريت ثلاث تجارب عشوائية مضبوطة للتدخلات المكثفة (عشرين جلسة على الأقل) (كانت إحداها متابعة لتجربة سابقة)، كانت تُركّز على الشئائي "الأم والطفل"، وانتهت هذه التجارب إلى حدوث أوجه تحسّن إما في المشكلات السلوكية لدى الأطفال (Lieberman et al., 2001; Jouriles et al., 2006, 2005, et al.)، أو في إحساسهم بالكفاءة وقيمة الذات (Sullivan, 2002)، و/أو في أعراض الضغوط الصدمية (Lieberman et al., 2005, 2006). وأظهرت إحدى التدخلات انخفاضاً في بعض أعراض الضغوط التالية للصدمة لدى الأمهات، دون الأعراض الأخرى (Lieberman et al., 2005, 2006). وهناك دراستان تناولتا الكرب الذي يصيب الأمهات ويرتبط بالأعراض النفسية العامة، أظهرت إحداها (Sullivan et al., 2002) فوائدها، بينما لم تُظهر الدراسة الأخرى (Jouriles et al., 2009) أي أثر. وأُجريت تجربة عشوائية مضبوطة للعلاج السلوكي الإدراكي المُركّز على الصدمة (Cohen, 2011) مشفوعة بجلسات للأطفال والآباء ركّزت فقط على النتائج الخاصة بالأطفال، وأظهرت هذه التجربة أوجه تحسّن في القلق واضطراب الضغوط التالية للصدمة المرتبط بعنف الشريك لدى الأطفال. وهو ما يدعم أكثر البينات على فعالية تدخلات العلاج النفسي للأم والطفل، لكن في سياق البلدان المرتفعة الدخل على وجه التحديد.

من البينات إلى التوصيات

قيّم فريق إعداد المبادئ التوجيهية البينات على تدخلات معنية مكثفة للأم والطفل بأنها قوية بما يكفي للتوصية بهذا التدخل، على الرغم من عدم

الشكل 1: مسار الرعاية حيال عنف الشريك



الإطار أ - الحالات السريرية المرتبطة بعنف الشريك

- أعراض الاكتئاب، والتلق، واضطراب الضغوط الناتجة للصدمة، واضطرابات النوم
- محاولات الانتحار أو إيذاء النفس
- معاقرة الكحول وتعاطي مواد الإدمان الأخرى
- الألام المزمن (غير مفهوم الأسباب)
- أعراض معدنية معوية مزمنة غير مفهومة الأسباب
- أعراض تناسلية بولية غير مفهومة الأسباب؛ مثل عدوى المائدة والكل المتكررة؛ أو أنواع العدوى الأخرى
- النتائج التناسلية الضارة؛ ومنها تعدد الأحيان غير المرغوب فيها و/أو مرات إنهاء الحمل، وتأخر الرعاية بالحمل، ونتائج الولادة الضارة
- أعراض تناسلية غير مفهومة الأسباب؛ مثل ألم الحوض، واختلال الوظيفة الجنسية
- الإصابات الجهد المتكرر، والأمراض المتفرقة جنسياً
- الإصابات الصدمية، خاصة عند تكرر زها وتقديم تفسيرات غامضة أو غير مقبولة لها
- مشكلات في الجهاز العصبي المركزي - الصداع، والمشكلات المعرفية، وقندان السمع
- الاستشارات الصحية المتكررة ودون تشخيص واضح
- وجود شريك أو زوج قصوي في الاستشارات

الإطار ب - دعم الخط الأول

ينبغي تقديم الدعم التمهيدي إلى النساء اللاتي يقصحن عن تعرضهن لأي شكل من أشكال عنف الشريك (أو غيره من أفراد الأسرة)، أو الاعتداء الجنسي على يد أحد مرتكبي العنف أو الاعتداء. ويتضمن هذا الدعم ما يلي:

- ضمان تقديم الاستشارة سراً
 - ضمان الحفاظ على السرية، مع اطلاع المرأة على حدود السرية (أي متى يكون الإبلاغ إجبارياً)
 - علم إصدار الأحكام، وتقديم الدعم، مع التحقق من صحة ما تقره له المرأة
 - تقديم الرعاية والدعم العمليين بما يستجيب لمخاوف المرأة، دون التدخل في خصوصيتها
 - سؤال المرأة عن تاريخ تعرضها للعنف، والإصابات المتفرقة، دون الضغط عليها لتحدث (مع مراعاة الحيلة عند الحاجة إلى الاستعانة بمترجمين في الموضعات الحساسة)
 - مساعدة المرأة في الحصول على المعلومات حول الموارد مثل الخدمات القانونية والخدمات الأخرى التي يعتقد أنها مفيدة
 - تقديم العون إلى المرأة لزيادة سلامتها وسلامة أطفالها إذا أزم الأمر
 - تقديم وحشد الدعم الاجتماعي
- إذا تعذر على مقدمي الرعاية الصحية تقديم دعم الخط الأول، ينبغي عليهم أن يتأكدوا من توافر شخص آخر سيجوز (دليل موقع الرعاية الصحية الذي يعملون به أو أي موقع آخر للقيام بذلك.

3. الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي

يحتمل أن يمثل الاعتداء الجنسي تجربة صادمة تقترن بمجموعة من العواقب السلبية على الصحة النفسية والبدنية والجنسية والإنجابية للمرأة، مما يعني أنها تكون بحاجة دائمة للرعاية طويلة الأجل، ولا سيما رعاية الصحة النفسية. وقد يتفاقم العنف الجنسي في بعض المواقع، ومنها مثلاً المواقع التي تنطوي على انهيار للقانون والنظام أو النزاع المسلح ومرحلة ما بعد النزاع أو النزوح، كما ينطبق الأمر على السجون ومرافق الصحة النفسية وغيرها من الأماكن التي تأوي الأفراد، حيث يبدو العنف الجنسي أكثر انتشاراً.

ولا تغطي هذه المبادئ التوجيهية عملية جمع معلومات الطب الشرعي، إلا أن هذه المعلومات تمثل عنصراً مهماً جداً في الرعاية اللاحقة للاغتصاب لهؤلاء النساء اللاتي قد ترغبن في اتخاذ إجراءات قانونية. ويرجى الرجوع إلى المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية حول الرعاية الطبية والقانونية لضحايا العنف الجنسي (2003) ودليل منظمة الصحة العالمية/المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عن المبادئ التوجيهية حول المعالجة السريرية للاغتصاب (2004) وبرنامج التعلم الإلكتروني (2009) لمزيد من المعلومات حول هذا الموضوع.

1.3 التدخلات خلال الخمسة أيام الأولى التالية للاعتداء

1.1.3 توصيات الدعم بالخطوط الأولى التوصيات

10. تقديم الدعم بالخطوط الأولى للناجيات من الاعتداءات الجنسية من النساء على يد أي مرتكب للجريمة (انظر التوصية 1 أيضاً)، وهو ما يتضمن:

- توفير الرعاية والدعم العمليين، على نحو يحقق الاستجابة لمخاوفهن ولا يمثل اعتداءً على استقلاليتها.
- 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.

جودة البيّنات: تم تحديد بيّنات غير مباشرة¹ قوة التوصية: قوية

11. الاحتفاظ بسجل كامل للأحداث لتحديد ماهية التدخلات المناسبة وإجراء فحص بدني كامل (من قمة الرأس إلى أخمص القدمين بما في ذلك الأعضاء التناسلية).² وينبغي أن يحتوي السجل على:

- الوقت المنقضي منذ وقوع الاعتداء ونوع الاعتداء
- خاطر حدوث حمل
- مخاطر العدوى بفيروس الإيدز وسائر الأمراض المنقولة جنسياً
- الحالة الصحية النفسية

جودة البيّنات: تم تحديد بيّنات غير مباشرة (منظمة الصحة العالمية، 2002؛ منظمة الصحة العالمية/المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2009) قوة التوصية: قوية

2.1.3 2.1.3 منع الحمل الطارئ

قد يعرض الاعتداء الجنسي النساء في سن الإنجاب لمخاطر حدوث حمل غير مرغوب فيه. وبرغم قلة البحوث التي توثق إمكانية حمل المرأة نتيجة تعرضها لاعتداء جنسي، فقد قدّر أحد الأبحاث التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية (ومحديداً، الدراسة الوطنية حول المرأة National Women's Study) معدل حدوث الحمل الناتج عن الاغتصاب 5٪ لكل اغتصاب تتعرض له امرأة في سن الإنجاب (هولمز، 2009). وقد يكون الحمل الناتج عن الاغتصاب أكثر شيوفاً بين النساء اللاتي يتعرضن للاعتداء الجنسي من عُشرائهن، إذ تظهر دراسة محدودة أن 20٪ من كل 100 امرأة تعرضن للاغتصاب من عُشرائهن يصبحن حوامل نتيجة هذا العنف (ماكفارلين McFarlane وآخرون، 2005). ويفيد تحليل البيانات المأخوذ عن الدراسة المتعددة البلدان التي أجرتها منظمة الصحة العالمية على صحة المرأة والعنف المنزلي ضدها أن عنف الشريك يرتبط ارتباطاً كبيراً بحالات الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض (باليتو Pallitto وآخرون، 2013).

ملخص البيّنات

لم يتبين من البحث في المؤلفات العلمية وجود أي دراسات بحثية تركز على تأثيرات منع الحمل الطارئ التي تستخدمها الناجيات من العنف الجنسي.

وفي ظل غياب البيّنات على هذا السؤال بعينه من أسئلة بيكوت PICOT، ومع عدم وجود مبرر للاعتقاد بأن تأثيرات منع الحمل الطارئ تختلف من امرأة لأخرى ممن تعرضن للاعتداء الجنسي مقارنة بغيرهن من عموم النساء ممن لم يتعرضن لمثل هذا

¹ انظر منظمة الصحة العالمية 2011.

² 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.

مضادات القيء لمنع الغثيان عند استخدام نظام الجمع بين الأوستروجين والبروجيستوجين كوسيلة لمنع الحمل الطارئ. وفي المقابل، توصي المنظمة (2004) بأنه لا ينبغي استخدام مضادات القيء بانتظام؛ وتوصي بدلاً من ذلك بأن يكون قرار استخدامها مستنداً إلى حكم سريري، فضلاً عن توافر هذه المضادات. ولم يقدم تشينغ وزملاؤه (2008) أي توصية حول مضادات القيء، ورغم أنهم خلصوا إلى أن نظام الأوستروجين والبروجيستوجين شاع ارتباطه بالغثيان والقيء كأثار جانبية.

وإضافة إلى ذلك، فقد روجعت المعلومات المستمدة من التجارب العشوائية المضبوطة التي تم إجراؤها مؤخراً على أسيتات الأوليبريزال uplprisal acetate (بما في ذلك دراسات أجراها كريين Creinin وآخرون، 2006؛ جلاسير Glasier، 2010) وترى هذه الدراسات أن أسيتات الأوليبريزال لها نفس فاعلية مادة الليفونورجيستريل (وربما أكثر فاعلية منها) في منع الحمل عند تناولها قبيل فترة الإباضة، مع تشابه آثارهما الجانبية بعض الشيء.

من البيّنات إلى التوصيات

وافق فريق إعداد المبادئ التوجيهية على تطبيق التوصيات الخاصة بمنع الحمل الطارئ لعامة السكان على النساء اللاتي تعرضن لاعتداء جنسي، وخرج وفقاً لذلك بتوصيات تستند إلى مراجعة المبادئ التوجيهية المذكورة آنفاً. وقد صنف الاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد والكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد قوة البيّنات والتوصيات الخاصة بهما، ولكنها استخدمت نظماً مختلفة في أداء ذلك.¹ إلا أن مراجعة كوكرين (تشينغ Cheng وآخرون، 2008) لم تصنف قوة البيّنات؛ فقوة البيّنات في التوصيات التالية تعتمد على أفضل تقييم للبيّنات في المبادئ التوجيهية محل المراجعة.

التوصيات

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.

جودة البيّنات: متوسطة

قوة التوصية: قوية

الاعتداء، فقد تم استعراض أربع مجموعات من المبادئ التوجيهية المسندة بالبيّنات بشأن منع الحمل الطارئ لعموم النساء، وذلك للمساعدة في توجيه التوصيات، ومنها:

- مجموعة مختارة من التوصيات العملية لاستخدام وسائل منع الحمل (منظمة الصحة العالمية، 2004)
- المبادئ التوجيهية للتدبير الصحي للضحايا الناجيات من الاعتداء الجنسي. تقرير الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد والفريق العامل المعني بالعنف ضد المرأة/ فيروس الإيدز (جينا Jina وآخرون، 2010)
- منع الحمل الطارئ (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء)
- تدخلات منع الحمل الطارئ (تشينغ Cheng وآخرون، 2008) استعراض منهجي خاص بتحالف كوكرين العالمي.

وبمقارنة هذه المبادئ التوجيهية الأربعة، من حيث النظم العلاجية الموصى بها، يتضح أن كل المجموعات البحثية باستثناء تشينغ وزملاؤه (2008) يروا أن حبوب منع الحمل الطارئ التي تحتوي فقط على مادة البروجيستوجين هي الخيار الأول لأي نظام علاجي، وتكون الحبوب التي تجمع بين الأوستروجين والبروجيسترون هي الخيار الثاني. وفي المقابل، يوصي تشينغ وزملاؤه (2008) بميفيريستون كخيار أول، تتبعه حبوب منع الحمل الطارئ التي تحتوي فقط على مادة البروجيستوجين، ثم بعد ذلك الحبوب التي تجمع بين الأوستروجين والبروجيسترون. ومع ذلك، يجب ملاحظة أن مادة الميفيريستون في الجرعة المطلوبة لمنع الحمل الطارئ غير متاحة سوى في أربعة بلدان ولا توصي منظمة الصحة العالمية باستخدامها. والمجموعات الأربع جميعها تتفق على أن اللولب الرحمي المغطى بالرصاص قد يُستخدم أيضاً كوسيلة لمنع الحمل الطارئ ما لم يكن ممنوع الاستعمال. وتتفق المجموعات الأربعة أيضاً على أن حبوب منع الحمل الطارئ، إن تم استخدامها، ينبغي البدء في تناولها في أقرب وقت ممكن بعد المعاشرة الجنسية التي تتم بلا وقاية (أو الاغتصاب) لزيادة فاعليتها، ورأى تشينغ Cheng وزملاؤه (2008) أنها يجب تناولها خلال الأربعة والعشرين ساعة الأولى. وتتفق المجموعات أيضاً على أن هذه الأدوية يمكن البدء في تناولها حتى 5 أيام بعد المعاشرة الجنسية التي تتم بلا وقاية (أو الاغتصاب)، ورغم انخفاض الفاعلية المتوقعة منها مع مرور الوقت. وتوصي مجموعتان، وهما الكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد والفريق العامل للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد المعني بالعنف الجنسي وفيروس الإيدز، باستخدام

¹ استعانت المبادئ التوجيهية للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد الأسلوب الخاص بفريق العمل الكندي المعني بالرعاية الصحية الوقائية وصنفت هذه البيّنات والتوصية ضمن المستوى أ، مما يعني أنها بيّنات مأخوذة عن تجربة واحدة على الأقل من التجارب العشوائية المضبوطة بشكل جيد، ولذا رأى الاتحاد الدولي أن هناك بيّنات جيدة للتوصية باتخاذ إجراء وقائي سريري. واستخدمت الكلية الأمريكية لأطباء النساء والتوليد الأسلوب الخاص بفريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكي وصنفت هذه البيّنات ضمن المستوى ب، مما أدى إلى الخروج بتوصية قائمة على البيّنات العلمية المحدودة أو غير المتساوقة.

(د) لا يشترط إجراء اختبار الحمل، ولكن في حالة إجرائه وكانت النتيجة إيجابية، فوسائل منع الحمل الطارئ لن تكون ضرورية ولن تجدي.

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.

جودة البيانات: لم يتم تحديد بيانات ذات صلة قوة التوصية: قوية

الملاحظات

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

3.1.3 الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز: المعالجة والامتثال

قد يقترن الاعتداء الجنسي بانتقال فيروس الإيدز. ففي الوقت الذي ينخفض فيه معدل انتقال فيروس الإيدز (بويلي Boily وآخرون، 2009)، يكون من الصعب الوقوف على المخاطر، إلى جانب وجود عدة خصائص للاعتداءات الجنسية (احتلال حدوث تهتكات، تعدد مرتكبي العنف) التي قد تؤثر على هذه المخاطر. وبالتالي، توجد، ولاسيما في المواقع التي يزيد فيها معدل انتشار العنف، حجج أخلاقية قوية لدعم توفير الوقاية اللاحقة للتعرض للعدوى بفيروس الإيدز.

ملخص البيانات:

بالبحث في المؤلفات العلمية، لم يتم العثور على دراسات تتناول تأثيرات الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز لدى ضحايا الاعتداء الجنسي والتي امتثلت لجميع المعايير الواردة في سؤال بيكوت؛ ولكن تم تحديد أربعة دراسات (ويبي Wiebe وآخرون، 2000؛ دريزيت Drezett وآخرون، 2002؛ جارسيا Garcia وآخرون، 2005؛ رولاند Roland، وآخرون، 2012) ركزت على تأثيرات الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز بين الناجيات من الاعتداء الجنسي، برغم أنها لم تلبى كل معايير بيكوت. وقد تم استعراض هذه الدراسات لتسليط بعض الضوء على أهمية الموضوع.

واستخدمت دراستان من الدراسات الأربع خطط دراسة متابعة الأتراب الاستباقية الثنائية لمقارنة التحويل المصلي لفيروس الإيدز بين الناجيات من الاعتداء الجنسي اللاتي وصفت لهن الوقاية اللاحقة للتعرض للفيروس، مع ضحايا اعتداءات جنسية لم توصف لهم هذا الإجراء (دريزيت Drezett وآخرون، 2002؛ جارسيا Garcia وآخرون، 2005). أما الدراستان

الملاحظات

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

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 الأوستروجين 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).

جودة البيانات: متوسطة

قوة التوصية: قوية

الملاحظات

(أ) ناقش فريق إعداد المبادئ التوجيهية بعض موانع الاستعمال والآثار الجانبية للأدوية. وتعد حبوب منع الحمل الطارئ آمنة ومستساغة للغاية وتلبي معايير الصنف دون وصفة طبية.

(ب) تُعد أسيتات الأولبيريزال دواءً جديداً نسبياً وتبدو بنفس فاعلية الليفونورجيسترول أو أكثر منه فاعلية. وفي الوقت الذي تبدو فيها الآثار الجانبية مشابهة لتلك الناجمة عن دواء الليفونورجيسترول، إلا أنه لم يُدرج بعد على قائمة الأدوية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2011)، برغم أن وجود مزيد من البيانات قد يغير هذا الوضع. ويظل الليفونورجيستريل أرخص ومتاح على نطاق واسع نسبياً.

(ج) 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.

من المعالجة بالوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز اللازمة لتحقيق الفاعلية المشدودة من المعالجة. وقد يعود السبب في ذلك إلى الآثار الجانبية لتناول الأدوية، ويرتبط بالتبعات الانفعالية للاعتداء الجنسي. ويوجد علاوة على ذلك آثار خاصة بالموارد و آثار لوجيستية في تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز. وأخذاً ما تقدم في الاعتبار، فقد تساءل فريق إعداد المبادئ التوجيهية ما إذا كانت الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز ينبغي أن تُستخدم بانتظام في المواقع التي تنخفض فيها معدلات انتشار فيروس الإيدز. وجاء في هذا السياق اقتراح بأن النظم الصحية قد ترغب في تحديد نقطة لانقطاع انتشار المرض، بحيث لا يتم تحت هذه النقطة تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز. وتحت بعض الظروف، تنخفض مخاطر انتقال العدوى من مرتكب العنف إلى المرأة. ولذلك تم الاتفاق، وخصوصاً في المواقع ذات معدلات الانتشار المنخفضة، على دراسة المخاطر بالتشاور مع المرأة قبل تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض للفيروس.

ملخص البيئات: الامتثال

بالبحث في المؤلفات العلمية، لم يتم العثور على دراسات تناولت فاعلية التدخلات الرامية إلى تعزيز امتثال ضحايا الاعتداء الجنسي للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز، ولبت كل المعايير المحددة في سؤال بيكوت. ومع ذلك، فقد أشارت دراسة واحدة (أبراهامز Abrahams وآخرون، 2010) وهي التي تناولت الموضوع، ورغم أنها لم تلب كل معايير بيكوت (أي، عينة الدراسة اشتملت على أطفال إناث وسيدات بالغات ممن تعرضن للاعتداء الجنسي، مع عدم وجود تحليلات لمجموعات فرعية تجرى خصيصاً على الناجيات البالغات). وقد تم استعراض هذه الدراسة لتسليط بعض الضوء على هذا الموضوع المهم.

ودرس أبراهامز وزملاؤه (2010) ما إذا كان الدعم عبر الهاتف سيعزز الامتثال للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز. وقد ضمت عينة الدراسة أطفال إناث وبالغات من الناجيات من الاعتداء الجنسي اللاتي لم يحملن فيروس الإيدز عند زيارتهن لأربعة جهات تقديم خدمات الرعاية لضحايا الاعتداء الجنسي في موقع حضري وآخر ريفي في جنوب أفريقيا. وقد تم اختيار المشاركات عشوائياً للحصول على مطوية تتضمن مذكرة تسجيل الامتثال أو الدعم النفسي الاجتماعي المعزز عبر الهاتف. وقد تم تقييم الامتثال للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز خلال مقابلة أجريت خلال فترة من يوم إلى خمسة أيام عقب فترة الثانية والعشرين يوماً (الوقت الذي كان من المفترض أن تحصل المريضات خلاله على الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز).

وبرغم أن هذه الدراسة قد استخدمت خطة بحث قوية لمناقشة المسألة، فقد واجهت أيضاً

الأخرتان (ويبي Wiebe وآخرون، 2000؛ رولاند Roland، وآخرون، 2012)، فقد استخدمتا خطط دراسة متابعة الأتراب الاستباقية لدراسة التحويل المصلي بين الناجيات من الاعتداء الجنسي اللاتي وصفت لهن جميعاً الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز (ولم تتضمن هاتان الدراستان مجموعة للمقارنة).

وواجهت كل من هذه الدراسات قيوداً منهجية مهمة، مثل عدم وجود مجموعة للمقارنة، وصغر أحجام العينات، وانخفاض معدلات المتابعة. وإضافة إلى ذلك، تضمنت ثلاثة من هذه الدراسات (ويبي Wiebe وآخرون، 2000؛ جارسيا Garcia وآخرون، 2005؛ رولاند Roland، وآخرون، 2012) الرجال، مع عدم وجود تحليل لمجموعات فرعية تنفيذ حصرياً بالنتائج المستخلصة من السيدات؛ وهو تحليل موضع اهتمام لهذه المراجعة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية والتي تركز على الضحايا الناجيات من الاعتداء الجنسي. وعلاوة على هذا، فقد أجري البحث في ثلاثة بلدان فقط، هي: البرازيل وجنوب أفريقيا وكندا، وهو الأمر الذي يحد من إمكانية تعميم النتائج.

وأظهرت النتائج أن دراسة واحدة فقط من دراسات متابعة الأتراب الاستباقية المزدوجة (دريزيت Drezett، 2002) خلصت إلى أن الوقاية اللاحقة للتعرض للفيروس قد قللت من احتمالية التحويل المصلي لفيروس الإيدز، وذلك عند مقارنتها بعدم وصف الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز. وفي دراستي متابعة الأتراب الاستباقية (ويبي Wiebe وآخرون، 2000؛ رولاند Roland، وآخرون، 2012)، تراوحت معدلات التحول المصلي من 0٪ إلى 3.7٪.

من البيئات إلى التوصيات: المعالجة

نظراً لمحدودية البحوث حول الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز لضحايا الاعتداء الجنسي، ولما كان من غير المرجح بشكل كبير إجراء دراسات التجارب السريرية على هذه القضية (لأسباب أخلاقية ولوجيستية)، فإن التوصيات يجب وضعها عن طريق استقراء النتائج من البحوث الأخرى، بما في ذلك الدراسات التي أجريت على الحيوانات والبيئات التي أجريت على أشخاص بخلاف الناجيات من الاعتداء الجنسي. فمثلاً، توجد بيئات من دراسة للحالات والشواهد تشير إلى أن اتباع خطة علاجية قصيرة بمضادات الفيروسات تقلل بفاعلية من انتقال فيروس الإيدز بعد التعرض للإصابة بوبخز الإبر (كاردو Cardo وآخرون، 1997). وهكذا، فإن التوصيات التي تم إعدادها لهذه المبادئ التوجيهية قد أخذت في اعتبارها المبادئ التوجيهية ذات الصلة بهذا الموضوع (مراكز مكافحة الأمراض CDC، جينا Ar Jina وآخرون، 2010؛ منظمة الصحة العالمية 2008).

ونقاش فريق إعداد المبادئ التوجيهية إمكانية تعميم البيئات في جميع الحالات؛ وقد تبين أن كثير من السيدات لا يكملن الثانية والعشرين يوماً

ب) في المواقع ذات معدلات الانتشار المنخفضة، يتعين على السياسات المعنية بتقديم الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز على نحو منظم دراسة السياق المحلي والموارد والفرص والتكاليف الأخرى لتقديمها.

16. مناقشة مخاطر فيروس الإيدز لتحديد استخدام الوقاية اللاحقة للتعرض مع الضحية، بما في ذلك:

- معدل انتشار فيروس الإيدز في المنطقة الجغرافية
 - قيود استخدام الوقاية اللاحقة للتعرض¹
 - وضع فيروس الإيدز وخصائصه مرتكب جريمة العنف إن عرفت
 - خصائص الاعتداء، ومنها عدد المعتدين
 - الآثار الجانبية للأدوية المضادة للفيروسات المستخدمة في نظام الوقاية اللاحقة للتعرض
 - احتمالية انتقال فيروس الإيدز
- جودة البيانات: تم تحديد بيانات غير مباشرة (منظمة الصحة العالمية، 2008)
- قوة التوصية: قوية

17. في حالة استخدام الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز، يتعين:

- البدء في تنفيذ النظام العلاجي في أقرب وقت ممكن وقبل مضي 72 ساعة على التعرض للعنف
 - توفير اختبار الكشف عن فيروس الإيدز وتقديم المشورة بشأنه في الاستشارة الأولى
 - ضمان متابعة المرضى في الفترات الفاصلة المعتادة
 - تفضيل الأنظمة العلاجية ثنائية الدواء بشكل عام (باستخدام توليفة ثابتة الجرعة) على الأنظمة العلاجية ثلاثية الدواء، مع إعطاء الأولوية للأدوية ذات الآثار الجانبية الأقل
 - أن يتبع اختيار الدواء والأنظمة العلاجية الخاصة بالوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز التوجيهات الوطنية.
- جودة البيانات: تم تحديد بيانات غير مباشرة (منظمة الصحة العالمية، 2008)
- قوة التوصية: قوية

الملاحظات

- أ) يجب أن تستند الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز على النظام العلاجي المضاد للفيروسات بالخطوط الأولى الخاصة بالبلد.
18. يجب أن تشكل المشورة حول الامتثال عنصراً مهماً في تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض

العديد من القيود المنهجية. وتمثل أحد القيود المهمة، بالنسبة لثلث المشاركين تقريباً، في استناد تقييم النتيجة الأولية محل الاهتمام (الامتثال للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز) إلى تقارير المرضى عن مقدار الأدوية سواء تناولوها والتي لم يتناولوها، رغم أن جميع المشاركين بالدراسة تقدم لهم مذكرة لتسجيل مواعيد تناولهم الأدوية. وإضافة إلى ذلك، لم تكن هناك تحاليل لمجموعات فرعية تفيد حصرياً بالنتائج المستخلصة من المشاركين البالغين، وهو التحليل محل الاهتمام في هذا الدراسة. وأوضحت النتائج أن التدخل لم تثبت فاعليته. وكانت هناك مستويات متشابهة لسوء الامتثال البالغ للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز سواء في التدخل وفي مجموعات المقارنة.

من البيانات إلى التوصيات: الامتثال

في ظل تحديد دراسة واحدة فقط حول هذا الموضوع وهي ما أظهرت نتيجة سلبية تفيد أن التدخل لم يعزز الامتثال للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز، ومن ثم فهناك نقص في البيانات البحثية الجيدة حول الموضوع الذي ستعد التوصيات بشأنه.

وذهب فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى أنه، في الوقت الذي يمثل فيه الامتثال مسألة مهمة وجديرة بالمناقشة من حيث الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز، فإن البيانات الحالية لم تقدم أي أسلوب فعال لتعزيز الامتثال.

التوصيات

175. النظر في تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز 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 (منظمة الصحة العالمية، 2007).

جودة البيانات: ضعيفة جداً، استناداً إلى البيانات غير المباشرة (انظر: منظمة الصحة العالمية/ منظمة العمل الدولية، 2008)

قوة التوصية: قوية

الملاحظات

- أ) يجب البدء في الوقاية اللاحقة للتعرض في أقرب وقت ممكن بعد التعرض للاعتداء، والوضع الأمثل أن يكون ذلك خلال ساعات قليلة وليس بعد 72 ساعة من التعرض للاعتداء.

¹ تراوحت معدلات التحويل المصلي من 0% إلى 3.7% في اثنتين من دراسات الأثر حول الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز

(ب) يوصى بإجراء اختبار الكشف عن فيروس الإيدز قبل تقديم الوقاية اللاحقة للتعرض، ولكن لا ينبغي إعاقة الوقاية اللاحقة للتعرض التي يجري تقديمها. ومع هذا، فإن الأشخاص المتعاشين مع فيروس الإيدز، لا يجب إعطاؤهم الوقاية اللاحقة للتعرض، ولكن يجب إيصالهم بخدمات الرعاية وتزويدهم بالعلاج المضاد للفيروسات.

(ج) يتعين على راسمي السياسات دراسة ما إذا كان عليهم تضمين التقديم الروتيني للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز في الرعاية اللاحقة للاغتصاب تأسيساً على معدل الانتشار المحلي والاعتبارات الأخلاقية واعتبارات الموارد.

4.1.3 الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً

ملخص البيئات

لم يجدد البحث في المؤلفات العلمية أي دراسات تناولت تأثيرات الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً المقدمة من جانب مقدمي الرعاية الصحية للناجيات من الاعتداء الجنسي. وفي ظل غياب البيئات حول هذا السؤال من أسئلة بيكوت، وعدم وجود مبرر لكي نعتقد أن هذه التأثيرات تعمل على نحو مختلف لدى النساء اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي مقارنة بالفئات التي لم تتعرض للاعتداء، فقد استندت المنظمات/ المجموعات المعنية بالصحة، بما في ذلك مراكز مكافحة الأمراض (2010) والفريق العامل للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد المعني بالعنف الجنسي وفيروس الإيدز (جينا Jina وآخرون، 2010)، في توصياتها حول هذا الموضوع على البيئات البحثية من الفئات السكانية الأخرى، ورأي الخبراء، وتقارير لجان الخبراء. ولذلك، تم استعراض مجموعتين من المبادئ التوجيهية المسندة بالبيئات بشأن الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً للاسترشاد بها في إعداد التوصيات.

وأثبتت المقارنة بين المبادئ التوجيهية لمراكز مكافحة الأمراض والاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد حول هذا الموضوع توافقاً عاماً فيما بينها. فكلتا الدراستين توصي بحصول الناجيات من الاعتداء الجنسي على الوقاية/ المعالجة من الكلاميديا Chlamydia، والسيلان gonorrhoea، والترايكوموناس Trichomonas؛ إلا أن المبادئ التوجيهية للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد توصي أيضاً بالوقاية/ المعالجة لمرض الزهري. وتوصي المبادئ التوجيهية لمراكز مكافحة الأمراض والاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد بتطعيم الناجيات من الاعتداء الجنسي ضد فيروس التهاب الكبد البائي؛ غير أن المبادئ التوجيهية للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد تذهب تحديداً إلى أن التطعيم يجب أن يكون ضد التهاب

جودة البيئات: منخفضة جداً، استناداً إلى البيئات غير المباشرة
قوة التوصية: قوية

الملاحظات

(أ) كثير من الناجيات من الاعتداء الجنسي اللاتي تقدمن لمن الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز لا يستكملن النظام الوقائي بنجاح نظراً لأن نتائج هذه الوقاية اللاحقة تؤدي إلى آثار جانبية بدنية مثل الغثيان والقيء، وقد تثير أفكاراً مؤلمة حول تجربة الاغتصاب، وقد تطفئ عليها مسائل أخرى في حياة الناجيات. وينبغي أن يدرك مقدمو الرعاية الصحية أن الامتثال أمر بالغ الصعوبة ولا بد من بذل جهود من أجل ضمان الحفاظ عليه. ولم يتم حتى الآن التعرف على أي تدخل فعال لتعزيز الامتثال.

ملاحظات عامة

- (أ) من المهم تحديد الظروف التي وقع فيها الاغتصاب وسواء كانت الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز ملائمة أم لا. وتوصي المبادئ التوجيهية المشتركة بين منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية حول الوقاية اللاحقة للتعرض لمنع العدوى بفيروس الإيدز (منظمة الصحة العالمية، 2007، ص52) بمعايير الأهلية للوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز بعد الاعتداء.
- الاغتصاب (الإيلاج) حدث قبل مرور 72 ساعة؛
 - حالة فيروس الإيدز لدى مرتكب العنف إيجابية أو غير معروفة
 - الفرد المعرض للاعتداء غير معروف عنه أنه حامل لفيروس الإيدز (يجب توفير إمكانية إجراء اختبار الكشف عن الفيروس في وقت الاستشارة).
 - المخاطر المحددة للتعرض، مثل:
 - المعاشرة المهبلية والشرجية للموطوء بدون استعمال واقٍ أو استعمال واقٍ مع تعرضه للتمزق أو الانزلاق؛ أو
 - اتصال دم مرتكب العنف أو السائل المنوي الخاص به مع غشاء مخاطي أو طبقة جلدية غير سليمة؛
 - هل تم تحذير متلقي الجنس الفموي المتضمن قذف السائل المنوي؛ أو الشخص الذي تعرض للاعتداء الجنسي أو تغييره عن الوعي بشكل ما وقت الاعتداء المزعوم، مع كونه غير متأكد من طبيعة تعرضه المحتمل للعنف؛ أو
 - الشخص الذي تعرض للاغتصاب جماعي.

الكبدى البائي بدون الغلوبولين المناعي الخاص بالالتهاب الكبدى البائي.

من البيّنات إلى التوصيات

تم استقرار البيّنات، على غرار القسم السابق حول وسائل منع الحمل الطارئ، من دراسات مجمعة من عموم السكان استناداً إلى أن فاعلية الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً لم يكن من المحتمل أن تختلف بالنسبة للناجيات من الاعتداء الجنسي. وذهب رأي فريق إعداد المبادئ التوجيهية إلى أن إجراء الفحوصات لإحدى الحالات ذات النتائج الإيجابية أولاً ثم معالجتها يترتب عليه بالضرورة تأخر في الوقت والمخاطرة بعدم عودة المرأة للتعرف على النتيجة والخضوع للمعالجة. ولذلك، أوصى فريق إعداد المبادئ التوجيهية بالمعالجة الافتراضية للأمراض المنقولة جنسياً بدون إجراء فحوصات مسبقة.

ونظراً لاعتماد التوصيات التالية على المبادئ التوجيهية لمراكز مكافحة الأمراض (التي لم تتضمن قوة البيّنات أو قوة التوصيات)، والمبادئ التوجيهية للاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد (التي لم تتضمن هذه المعلومات)، فإن قوة البيّنات الواردة في التوصيات التالية تعتمد على أفضل التقديرات للبيّنات المقدمة في هذه المبادئ التوجيهية.

التوصيات

19. الناجيات من الاعتداء الجنسي يجب أن تقدم إليهن الوقاية/ المعالجة الافتراضية فيما يتعلق بأمراض:

- الكلاميديا
- السيلان
- الترايكوموناس
- الزهري، وفقاً لمعدلات الانتشار في المنطقة الجغرافية.

ويجب أن يتبع اختيار الدواء والأنظمة العلاجية التوجيهات الوطنية.

جودة البيّنات: بيّنات غير مباشرة؛ منخفضة - منخفضة جداً

قوة التوصية: قوية

20. ينبغي تقديم لقاح التهاب الكبدى البائي بدون الغلوبولين المناعي الخاص بالالتهاب الكبدى البائي وفقاً للتوجيهات الوطنية.

- أخذ عينة الدم لتحديد حالة التهاب الكبدى البائي قبل تقديم الجرعة الأولى من اللقاح.
- وفي حالة التحصين ضد المرض، لا يتطلب الأمر مزيداً من التطعيم.

جودة البيّنات: بيّنات غير مباشرة؛ منخفضة جداً

قوة التوصية: قوية

الملاحظات

أ) تُفضل المعالجة الافتراضية على فحوصات الكشف عن الأمراض المنقولة جنسياً لتجنب التأخير غير المطلوب. ولذلك، لا يُوصى فريق إعداد المبادئ التوجيهية بإجراء الفحوصات قبل المعالجة.

2.3 التدخلات النفسية/ تدخلات الصحة النفسية

1.2.3 التدخلات خلال الأيام الأولى

عقب وقوع الاعتداء

ملخص البيّنات

أظهر البحث في المؤلفات العلمية تسع دراسات تناول تأثيرات تدخلات الصحة النفسية التي يقدمها مقدمو الرعاية الصحية للناجيات من الاعتداء الجنسي، مع تلبية إحدى هذه الدراسات لجميع معايير سؤال بيكوت (إتشيرورا Echeburua وآخرون، 1996)، وثنائية منها تليي أغلب هذه المعايير (روثبوم Rothbaum، 1997؛ ريسيك Resick وآخرون، 1988؛ ريسيك وشنيك، 1992؛ فوا Foa وآخرون، 1991؛ روثبوم Rothbaum وآخرون، 2005؛ جالوفسكي Galovski وآخرون، 2009؛ أندرسون Anderson، 2010). وقد تم استعراض كل من هذه الدراسات.

وقد قيّمت التسع دراسات عشرة أنواع من علاجات الصحة النفسية (التدريب التوكيدي، والإفصاح العاطفي بمساعدة الطبيب السريري، والمداواة بالمعالجة الإدراكية، ومهارات إعادة البناء والمواكبة الإدراكية، والعلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية، وإعادة المعالجة (انظر المسرد)، والتعرض الطول، والاسترخاء العضلي التدريجي، والمداواة بالتحصين ضد الضغوط، والمشورة الداعمة، والعلاج النفسي والمعلومات الداعمة. وتمثل الدراسات الأربعة الأولى والتعرض الطول والمداواة بالتحصين ضد الضغوط أنماطاً مختلفة من العلاج السلوكي الإدراكي (انظر المسرد). وركزت سبع دراسات على العلاجات المقدمة بشكل فردي، بينما ركزت دراستان على العلاجات الجماعية. وقد تم تقديم التدخلات العلاجية في جلسات عُقدت على مدار فترة قصيرة نسبياً (من 10 أيام إلى 12 أسبوعاً)، مع تراوح إجمالي وقت المعالجة من 5 إلى 18 ساعة.

تتسم الدراسات ببعض مكامن القوة المنهجية، إلى جانب عدد من الحدود المنهجية أيضاً. فمن حيث مكامن القوة، استخدمت ست دراسات من التسع تصميم الدراسات التجريبية الموجهة المعتمدة على عينة عشوائية، وتمثلت إحداها بتحليل ثانوي لبيانات مأخوذة من تجربة موجهة معتمدة على عينة عشوائية، فيما كانت اثنتان عبارة عن تجارب موجهة غير عشوائية. وقد استخدمت في جميع الدراسات أدوات تقييم موحدة، وجرى في غالبيتها تقييم نتائج متعددة. أما الحدود فشملت عدم استخدام

تدخلات الصحة النفسية لجميع ضحايا الصدمة، وليس ضحايا الاعتداء الجنسي فقط (Bisson et al., 2007).

من البيانات إلى التوصيات

إن قوة التوصيات بخصوص تأثيرات تدخلات الصحة النفسية بالنسبة لرعاية الناجيات من الاعتداءات الجنسية تظل محدودة بسبب وجود عدد قليل نسبياً من الدراسات على هذا الموضوع وبسبب الحدود المنهجية لهذه البحوث. مع ذلك، فإن هذه البحوث تعطي حداً أدنى من البيانات الدالة على أن تزويد الناجيات من الاعتداءات الجنسية بأنواع معينة من تدخلات الصحة النفسية، مثل علاج السلوك الإدراكي (CBT) (ولا سيما المداواة بالمعالجة الإدراكية، والتعرض المطول، والمداواة بالتحصين ضد الضغوط)، وكذلك العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR)، يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية، بما في ذلك تحسين أعراض اضطرابات توتر ما بعد الصدمة. وهذا ما تؤيده البيانات الأكثر عمومية بشأن فاعلية هذه الأساليب بالنسبة للناجيات من الصدمة.

ناقش فريق إعداد المبادئ التوجيهية مسألة توافر الموارد. فالعلاجات المعقدة التي يقدمها اختصاصيون من المرجح أن لا تكون متاحة أو يمكن أن تتطلب وقت انتظار طويل في العديد من البلدان، مع أنه من الضروري النظر في تكلفة هذه الخدمات في ضوء التكاليف الاجتماعية والإنسانية للعنف الجنسي. ويشار إلى أن هناك اتجاهًا نحو تبسيط هذه العلاجات واختبارها في الأوضاع العامة للرعاية الصحية (دراسة Rahman et al. سنة 2008 على العلاج السلوكي الإدراكي المقدم بواسطة "كوادر صحة النساء" لحالات اكتئاب الأمومة). إن هذا النهج بحاجة لأن يجرب ويقدم في أوضاع تتجاوز أوضاع البحوث التي يغلب أن تتضمن مستويات أعلى من الإشراف والرقابة من أجل إثبات فاعليته.

بالإضافة إلى البيانات الملخصة أعلاه، راجع فريق إعداد المبادئ التوجيهية نشرة منظمة الصحة العالمية (2011) الإسعافات الأولية النفسية، التي تقدم توجيهات بخصوص أوضاع الطوارئ، ودليل منظمة الصحة العالمية (2010) الخاص بتدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية للاضطرابات النفسية والعصبية واستخدام مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير المتخصصة، والمبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية (2009) للعلاج الصيدلاني للاضطرابات النفسية في الرعاية الأولية، والتي ترمي إلى تحسين تقديم خدمات الصحة النفسية على مستوى الرعاية الأولية. تعد الإسعافات الأولية النفسية شكلاً بسيطاً جداً من الدعم النفسي (انظر التوصية 1 والتوصية 10) يناسب مستوى الرعاية الأولية حيث تكون إمكانية الإحالة غير متوفرة أو متوفرة بشكل محدود.

تقييم أعمى في الكثير من الأحيان، وفقدان نسبة عالية من العينة عند المتابعة، وعدم إجراء تحليل لنية المعالجة، وعدم وجود ضبط للمتغيرات المشوشة المحتملة. علاوة على ذلك، تضمنت الدراسات في أحيان كثيرة معايير استثناء متعددة، منها وجود أمراض نفسية/ عقلية مشتركة، و/ أو تعاطي المواد المخدرة/ الإدمان، و/ أو معاناة مختلف أشكال العنف الشريك و/ أو سفاح المحارم في السابق أو في الحاضر. وبما أن العديد من الناجيات من الاعتداءات الجنسية تكون لديهن هذه الأنواع من المشاكل، فإن إمكانية تعميم نتائج هذه الدراسات على مجموع الناجيات من الاعتداءات الجنسية قد تكون مثار تساؤل. فضلاً عن ذلك، ركزت أغلب الدراسات على الناجيات من الاعتداءات الجنسية اللواتي وقع آخر اعتداء عليهن قبل وقت الدراسة بفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر، فيما أن العديد من المشاركات في الدراسة تعرضن للاعتداءات قبل الدراسة بعدة سنوات، ومع أن هذا المعيار للإدراج في الدراسة قد يكون مبرراً بأن الباحثين كانوا يحاولون إدراج الناجيات من الاعتداءات الجنسية اللواتي لم ينخفض مستوى الأعراض المتعلقة بالاعتداء لديهن "بشكل طبيعي" مع الوقت (أو اللواتي يلبين المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية [الدليل التشخيصي والإحصائي - 4، الرابطة الأمريكية للطب النفسي، 1994] بخصوص اضطرابات توتر ما بعد الصدمة، والتي تتضمن أن يحدث التعرض قبل 1-3 أشهر على الأقل)، فإن هذا المعيار للإدراج في الدراسة يمكن أن يجد من إمكانية تعميم النتائج، ولا سيما بالنسبة للنساء اللاتي يلتمسن الرعاية بعد الاعتداء بفترة وجيزة. بالإضافة إلى ذلك، كانت العينة في غالبية الدراسات صغيرة الحجم للغاية. وأخيراً، ينبغي التنويه إلى أن ثماني دراسات من التسع أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية وأن ثماني من الدراسات التسع ركزت على عينات مأخوذة من عيادات.

يبدو أن نتائج الدراسات، عند أخذها مجتمعةً، توحي بأن تدخلات قصيرة نسبياً في مجال الصحة النفسية، ولا سيما عدة أشكال من علاج السلوك الإدراكي (CBT)، أو العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR)، يمكنها أن تحسن الصحة النفسية للعديد من الإناث البالغات الناجيات من الاعتداءات الجنسية. علاوة على ذلك، ومع أن هذه التدخلات في مجال الصحة النفسية تبدو أفضل من عدم تلقي أي علاج، فإن البحوث لا تثبت بصورة قاطعة أن نوعاً معيناً من العلاج يتفوق على الأنواع الأخرى بوضوح.

أخيراً، وبالنظر إلى أن الدراسات القليلة على هذه الفئة السكانية الخاصة وتنوع تدخلات الصحة النفسية التي خضعت للتقييم (وبعض التدخلات جرى تقييمها مرة واحدة فقط)، وكذلك الاعتبارات المنهجية المذكورة أعلاه، فينبغي إبداء الحذر عند استخلاص توصيات من النتائج المحدودة لهذه الدراسات. لذلك، فإن التوصيات راعت أيضاً الكم الأشمل من البيانات البحثية بخصوص

التوصيات

2.1. مواصلة توفير الدعم والرعاية كما ورد في التوصية 10.

جودة البينات: تم تحديد بينات غير مباشرة (منظمة الصحة العالمية، 2011، الإسعافات الأولية النفسية).
قوة التوصية: قوية.

2.2. تقديم معلومات مكتوبة حول استراتيجيات التكيف للتعامل مع التوتر الشديد (مع إعطاء تحذيرات ملائمة ضد أخذ المواد المطبوعة إلى المنزل في حالة وجود شريك يسيء المعاملة هناك).

جودة البينات: لم يتم تحديد بينات ذات صلة.
قوة التوصية: قوية.

2.3. لا ينبغي اللجوء إلى جلسات التفريغ النفسي.
جودة البينات: منخفضة جداً - منخفضة (منظمة الصحة العالمية، 2011، الإسعافات الأولية النفسية).
قوة التوصية: قوية.

2.2.3 التدخلات حتى 3 شهور عقب التعرض للصدمة

2.4. مواصلة توفير الدعم والرعاية كما ورد في التوصية 10.

جودة البينات: تم تحديد بينات غير مباشرة (منظمة الصحة العالمية، 2011، الإسعافات الأولية النفسية).
قوة التوصية: قوية.

2.5. ما لم تكن المرأة تعاني من الاكتئاب، أو مشاكل متعلقة بتعاطي الكحول أو العقاقير، أو أعراض ذهانية، أو ميول للانتحار أو إيذاء الذات، أو صعوبة في الاضطلاع بمهامها اليومية، فيتم استخدام أسلوب "الانتظار اليقظ" لمدة شهر واحد إلى ثلاثة أشهر بعد وقوع الحادثة. ويشمل الانتظار اليقظ التوضيح للمرأة أنها من المرجح أن تتحسن بمرور الوقت وإتاحة الخيار لها لتأتي مرة أخرى للحصول على المزيد من الدعم عن طريق تحديد مواعيد منتظمة للمتابعة.

جودة البينات: منخفضة جداً - منخفضة (منظمة الصحة العالمية، 2010).
قوة التوصية: قوية.

2.6. إذا أصبحت المرأة فاقدة الأهلية نتيجة

للأعراض التالية للاغتصاب (بمعنى العجز عن القيام بالمهام اليومية)، يتم الترتيب للعلاج السلوكي الإدراكي أو العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة

بواسطة مقدم للرعاية الصحية يملك فهماً جيداً للعنف الجنسي.

جودة البينات: منخفضة - متوسطة.

قوة التوصية: قوية.

2.7. إذا كانت المرأة تعاني من أية مشاكل أخرى تتعلق بالصحة النفسية (أعراض الاكتئاب، أو مشاكل متعلقة بتعاطي الكحول أو العقاقير، أو ميول للانتحار أو إيذاء الذات)، فيتم تقديم الرعاية وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية الخاص بتدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية، 2010).

جودة البينات: بينات غير مباشرة، متفاوتة (تتفاوت وفقاً للتدخل، انظر:

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en)

قوة التوصية: قوية.

3.2.3 التدخل منذ 3 أشهر بعد التعرض للصدمة

2.8. تقييم مشكلات الصحة النفسية (أعراض الإجهاد الشديد/ اضطرابات توتر ما بعد الصدمة، والاكتئاب، ومشاكل تعاطي الكحول والعقاقير، والميل للانتحار، وإيذاء الذات) ومعالجة الاكتئاب والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول والاضطرابات النفسية الأخرى باستخدام دليل تدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية، 2010) والذي يغطي البروتوكولات السريرية المسندة بالبيانات لمنظمة الصحة العالمية بخصوص مشاكل الصحة النفسية.

جودة البينات: بينات غير مباشرة، متفاوتة (تتفاوت وفقاً للتدخل، انظر:

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en)

قوة التوصية: قوية.

2.9. إذا تم تقييم حالة المرأة بأنها تعاني من اضطراب توتر ما بعد الصدمة، فيتم ترتيب معالجة هذا الاضطراب من خلال العلاج السلوكي الإدراكي أو العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة.

جودة البينات: منخفضة - متوسطة.

قوة التوصية: قوية.

4.2.3 ملاحظات عامة

أ) يجب مراعاة الأضرار المحتملة للعلاج النفسي (بما فيه العلاج السلوكي الإدراكي) عندما لا يتم تطبيقه بالشكل السليم على الناجيات

- فاعلية تدريب مقدمي الرعاية الصحية بخصوص عنف الشريك والعنف الجنسي على مستوى التدريب التأهيلي.

1.1.4 التدخلات التدريبية بخصوص عنف الشريك

تبين من مراجعة البيئات عن تأثيرات تدريب مقدمي الرعاية الصحية الأولية في موضوع عنف الشريك أن معظم الدراسات أظهرت بعض التحسن في معرفة مقدمي الرعاية في أعقاب التدخلات التدريبية. مع ذلك، يقل التأييد لإجراء تدخلات تقتصر على تدريب مقدمي الرعاية الصحية على الكشف عن عنف الشريك، دون تقديم التدريب الكافي على الرعاية والإحالة (Coonrod et al., 2000). إلا أن العديد من التدخلات الراهنة تركز على تدريب مقدمي الرعاية الصحية على الكشف عن العنف فقط. ويبدو أن التدخلات التي تتضمن التدريب على جوانب متعددة المكونات متعلقة بعنف الشريك (الكشف، والمهارات السريرية، والتوثيق، وتقديم الإحالة) باستخدام أساليب تفاعلية تحسن معدلات الكشف عن الحالات وإحداث تغييرات في اتجاهات مقدمي الرعاية الصحية وسلوكياتهم. وقد قيمت دراسات قليلة جداً أثر التدريب على النتائج المتحققة للنساء الناجيات من عنف الشريك (Campbell et al., 2011; Dubowitz et al., 2011; Feder et al., 2011).

تأتي غالبية البيئات من البلدان المرتفعة الدخل، فيما توجد دراسات أقل عدداً وأدنى جودة حول فاعلية التدخلات التدريبية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (PRIME, 2002; Grisurapong, 2005; Bott et al., 2004). وفي الدراسات التي أجريت في البلدان المرتفعة الدخل، كان هناك بعض التأييد لصالح التدخلات الموجزة والمتعددة المكونات (تدريب من 20 دقيقة إلى 1.5 يوم) والتفاعلية والمعتمدة على وسائط متعددة التي تضمنت النقاشات وتمارين المحاكاة وأداء الأدوار لتدريب مقدمي الرعاية الصحية في جميع الجوانب المتعلقة بعنف الشريك، بما يشمل الكشف عن الحالات وإدارتها وتوفير الروابط مع الهيئات في المجتمع المحلي. مع ذلك، لا توجد بيئات حاسمة عن نوع الأثر الذي تحدثه هذه التدخلات على الاتجاهات والمعتقدات بخصوص عنف الشريك، أو الإحالة إلى الخدمات بخصوص عنف الشريك، أو النتائج المتحققة لصالح المتلقيات للخدمة. وهذه الأخيرة (النتائج) قلما يتم قياسها في تقييم التدريبات.

توجد بعض البيئات الدالة على أن تقديم التدريب في مجال عنف الشريك، إلى جانب التغييرات الأخرى في نظم الرعاية ومسارات الإحالة، قد يكون أكثر فائدة في تحسين الكشف عن النساء الناجيات من عنف الشريك، وربما حتى النتائج المتحققة لهن، من إجراء التدريب بمفرده (Lo Fo Wong et al., 2006; Garg et al., 2007).

المعرضات لخطر محتمل. ومن الضروري الحصول على موافقة مستنيرة والانتباه لأموال السلامة. وينبغي أن يطبق العلاج مقدم الرعاية الصحية يمتلك فهماً جيداً للعنف الجنسي.

(ب) يجب مراعاة إمكانية أن تكون هناك ظروف موجودة مسبقاً تتعلق بالصحة النفسية عند إجراء التقييم والتخطيط للرعاية، وعند تقديم العلاج أو الإحالة حسب الاقتضاء، وفقاً لدليل منظمة الصحة العالمية لتدخلات برنامج راب الفجوة في الصحة النفسية (منظمة الصحة العالمية، 2010). فالنساء اللواتي لديهن مشكلات في الصحة النفسية أو تعاطي المواد المخدرة قد يكن أكثر عرضة لخطر الاعتصاب من النساء الأخريات، وبالتالي يحتمل أن يكون هناك عبء غير متناسب للمشكلات الموجودة مسبقاً والمتعلقة بالصحة النفسية وتعاطي المواد المخدرة بين الناجيات من الاعتصاب. وعلى النحو ذاته، ينبغي مراعاة احتمال وجود أحداث صادمة في السابق (مثل انتهاك جنسي في الطفولة، أو عنف الشريك، أو صدمة متعلقة بالحرب، الخ).

(ج) من المهم إدراك أن مرتكب الاعتداء الجنسي يكون في بعض الأحيان شخصاً تعيش المرأة معه. ولا يقتصر ذلك على الشريك، بل يمكن أن يشمل أفراداً آخرين في الأسرة، مثل زوج الأم أو صهر أو صديق للأسرة أو شخص آخر.

(د) ينبغي أن تتمكن غالبية النساء من الوصول إلى دعم جماعي أو فردي من أشخاص عادين، والأمثال أن يكون هذا الدعم مبنياً على مبادئ الإسعافات الأولية النفسية (منظمة الصحة العالمية، 2011).

يبين الشكل 2 مسار الرعاية لامرأة تحضر إلى الرعاية بسبب اعتداء جنسي وينبغي أن يساعد في توجيه استجابة مقدمي الرعاية للناجيات من الاعتداء الجنسي.

4. تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي

1.4 ملخص البيئات

تم البحث عن بيئات بخصوص:

- تأثيرات تدخلات تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي التي تحسن (1) مهارات مقدمي الرعاية وقدراتهم، (2) و/أو النتائج لصالح النساء.
- عناصر الدورات التدريبية التي تحسن مهارات مقدمي الرعاية وقدراتهم للاستجابة بالشكل المناسب للنساء المعرضات للعنف و/أو تحسين النتائج لصالح النساء.

تحديد دراسات بحثية بخصوص التدريب في بلدان منخفضة الدخل.

بالنظر إلى هذه القاعدة المحدودة من البيانات، لا يمكن استخلاص استنتاجات أكيدة بشأن تأثيرات تدريب مقدمي الرعاية الصحية على الاستجابة للعنف الجنسي ضد النساء. مع ذلك، فإن نتائج هذه الدراسات تقدم بالفعل بعض البيانات الدالة على أن تدريب مقدمي الرعاية الصحية في مجال الاعتداءات الجنسية ضد النساء يمكن أن يكون له بعض الآثار الإيجابية. بالتحديد، توجي هذه الدراسات بأن مثل هذا التدريب يمكن أن يؤدي إلى تغيرات إيجابية في معرفة مقدمي الرعاية الصحية حول الاعتداءات الجنسية، وتهيئهم بشكل أفضل لرعاية الناجيات. يشمل ذلك مواقفهم تجاه الناجيات من الاعتداء الجنسي، واعتقادهم بضرورة توجيه سؤال عن العنف الجنسي لمجموعة معينة من النساء المراجعات، وكذلك سلوكياتهم (ولا سيما ممارساتهم السريرية مع مرضى الاعتداء الجنسي، بما في ذلك تحسين الرعاية المقدمة للناجيات من الاعتداء الجنسي، وجمع البيانات بشكل أفضل، وكتابة مذكرات قسم الطوارئ بشكل أفضل).

وقد كانت غالبية الدراسات ذات جودة منخفضة جداً ولم تفد بحدوث تأثيرات دائمة للتدخلات.

2.1.4 التدخلات التدريبية بخصوص الاعتداء الجنسي

تم تحديد أربع دراسات فقط (Parekh et al., 2005; McLaughlin et al., 2007; Donohoe, 2010; Milone et al., 2010) ركزت على تفحص تأثيرات تدريب مقدمي الرعاية الصحية بخصوص العنف الجنسي ضد النساء. ركزت كل دراسة على النتائج المتعلقة بمقدمي الرعاية الصحية الذين جرى تدريبهم، ولكن لم تتفحص أية منها ما إذا كان هذا التدريب قد انعكس على شكل نتائج محسنة لصالح الناجيات من الاعتداء الجنسي. علاوة على ذلك، كانت لكل دراسة حدود منهجية مهمة في جانب واحد أو أكثر، مثل عدم وجود مجموعة مقارنة، وعدم إجراء تقييم إما قبل التدريب أو بعده، وغياب أدوات تقييم سليمة من ناحية القياس النفسي، والصغر الشديد في حجم العينات. بالإضافة إلى ذلك، وإن كانت البحوث قد أجريت في ثلاثة بلدان (أستراليا، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية)، فلم يتم

الشكل 2. حضور المرأة عقب تعرضها لاعتداء جنسي



¹ وفقاً لدراسيتين أترابيتين على العلاج الوقائي بعد التعرض، تراوحت معدلات انقلاب تفاعلية المصل بين 0% و 3.7%.

² انظر: منظمة الصحة العالمية، 2003؛ منظمة الصحة العالمية/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2004؛ منظمة الصحة العالمية/مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2009.

2.4 من البيانات إلى التوصيات

على الرغم من عدم العثور على بيانات بشأن أثر التدريب من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فقد لوحظ أثر ثابت على معرفة مقدمي الرعاية الصحية وعلى سلوكياتهم إلى حد ما في دراسات من أماكن مرتفعة الموارد. وقد اتفق فريق إعداد المبادئ التوجيهية على ضرورة أن يضاف تدريب مقدمي الرعاية الصحية في مجال عنف الشريك والاعتداء الجنسي إلى مناهج التعليم المهني الأساسي وأن يقدم، كحد أدنى، على شكل تعليم مستمر لمقدمي الخدمات الذين على الأرجح أن يتعاملوا مع النساء في عملهم. ومع أن أغلب التدخلات التي تم تقييمها من خلال دراسات مصممة جيداً استخدمت موارد مثل الحواسيب، والوصول إلى أجهزة تشغيل شرائط الفيديو، الخ، فلم تكن هناك أية بيانات تشير إلى ما إذا كان نجاح التدريب في الأماكن المرتفعة الموارد اعتمد على هذه العناصر أم لا، وهو أمر قد يكون من الصعب استنساخه في مكان منخفض الموارد. وقد اتفق فريق إعداد المبادئ التوجيهية على ضرورة أن يكون التدريب مصمماً حسب المتطلبات وأن يقدم في الموقع. ويجب أن يتضمن الحد الأدنى من التدريب المقدم للموظفين التعلم على كيفية تقديم الدعم بالخطوط الأولى استجابة للنساء المعرضات لعنف الشريك و/أو العنف الجنسي، ومتى يتعين عليهم أن يشتهوا بحالات العنف ويتعرفوا عليها، من أجل تقديم الرعاية السريرية والتشخيص المناسبين.

3.4 التوصيات

3.0 يجب تدريب مقدمي الرعاية الصحية (ولاسيما الأطباء والمرضات والقابلات) على مستوى ما قبل التأهيل على تقديم الدعم بالخطوط الأولى للنساء اللاتي يعانين من عنف أو اعتداء جنسي من الشريك (انظر التوصية 1).

جودة البيانات: منخفضة جداً.

قوة التوصية: قوية.

ملاحظة:

أ) يمكن أن تكون لدى مقدمي الرعاية الصحية تجربة مع العنف القائم على النوع الاجتماعي، سواءً كضحايا أو كمرتكبين للعنف. وينبغي التعامل مع هذا الأمر في تدريبهم.

3.1 يتعين على مقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون الرعاية للنساء تلقي التدريب أثناء الخدمة بخصوص العنف ضد النساء، مع التأكد من أن هذا التدريب:

- يمكنهم من تقديم الدعم بالخطوط الأولى (انظر التوصية 1 والتوصية 10)
- يعلمهم المهارات المناسبة بما في ذلك:
- متى يجب أن يستفسروا عن العنف وكيف.

- أفضل طريقة للاستجابة للنساء (يرجى الرجوع إلى القسم 2: تحديد الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن، والقسم 3: تقديم الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي).
- كيف يمكن تجميع بيانات الطب الشرعي متى اقتضى الحال (انظر: منظمة الصحة العالمية، 2003؛ منظمة الصحة العالمية/ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2004؛ منظمة الصحة العالمية/ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/ صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2009).

• يتناول:

- المعلومات الأساسية حول العنف بما في ذلك القوانين ذات الصلة بضحايا عنف الشريك والعنف الجنسي.
- المعرفة عن الخدمات القائمة التي يمكن أن توفر الدعم للناجيات من عنف الشريك والاعتداء الجنسي (قد يأخذ هذا شكل دليل مرشد للخدمات المجتمعية).
- الاتجاهات غير الملائمة بين مقدمي الرعاية الصحية (مثل توجيه اللوم للمرأة عن حدوث العنف، أو التوقع منها أن تترك الشريك المعتدي على الفور، وما إلى ذلك)، وكذلك خبراتهم السابقة المرتبطة بعنف الشريك والعنف الجنسي.

جودة البيانات: منخفضة - متوسطة.

قوة التوصية: قوية.

ملاحظات:

أ) يجب أن يكون التدريب مكثفاً وأن يكون محتواه مناسباً للسياق والوضع.

ب) يجب إيلاء الاهتمام للرعاية الذاتية لمقدمي الرعاية، بما يشمل احتمال معاناتهم من الصدمة غير المباشرة.

3.2 يجب أن يشمل تدريب مقدمي الرعاية الصحية حول عنف الشريك والعنف الجنسي مختلف جوانب الاستجابة لعنف الشريك والاعتداء الجنسي (على سبيل المثال، الكشف عن الحالات، وتقييم السلامة والتخطيط لها، ومهارات التواصل والمهارات السريرية، والتوثيق، وتقديم مسارات الإحالة).

جودة البيانات: منخفضة.

قوة التوصية: قوية.

ملاحظات:

أ) يجب تقديم تدريب مكثف ومتعدد التخصصات (مثلاً، بمشاركة أنواع مختلفة من مقدمي الرعاية الصحية و/أو الشرطة والمناصرين) بحيث يقوم مناصرون أو مقدمون للدعم بخصوص العنف الأسري بتقديمه للمهنيين الصحيين حيثما تكون الإحالة إلى خدمات مختصة في مجال العنف الأسري ممكنة.

ب) قد يكون من المفيد استخدام أساليب تدريب تفاعلية.

ج) يجب أن لا يقتصر التدريب على مقدمي الرعاية ويشمل الاستراتيجيات على مستوى المنظومة (مثلاً، مسار حركة المرضى، ومنطقة الاستقبال، والحواجز وآليات الدعم) لتحسين جودة الرعاية والاستدامة.

3.3. يتعين إدماج التدريب الخاص بالتعامل مع كل من العنف الشريك والاعتداء الجنسي في برنامج واحد، نظراً للتداخل بين القضيتين ومحدودية الموارد المتاحة لتدريب مقدمي الرعاية الصحية على هذه الأمور.

جودة البيانات: لم يتم التعرف على أي بيانات ذات صلة.
قوة التوصية: قوية.

4.4 ملاحظات عامة

أ) يجب إعطاء الأولوية في التدريب لأولئك الذين على الأرجح أن يكونوا على تماس مع نساء ناجيات من العنف الشريك و/أو من اعتداء جنسي، مثل مقدمي الرعاية الصحية في خدمات رعاية الحمل، وتنظيم الأسرة أو أمراض النساء، والرعاية بعد الإجهاض، والصحة النفسية، وفيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك مقدمي الرعاية الأولية والعاملين في خدمات الطوارئ.

ب) يجب أن يتضمن التدريب الفحص والرعاية السريرية بخصوص العنف الشريك والاعتداء الجنسي، إلى جانب الاهتمام بالكفاءة الثقافية واعتبارات المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان.

ج) يجب أن يجري التدريب ضمن مكان الرعاية الصحية من أجل تعزيز إمكانية الحضور.

د) يتعين إجراء تعزيز للتدريب الأولي وتقديم دعم متواصل. وثمة أهمية قصوى للمتابعة المنتظمة والإشراف على الجودة.

هـ) أظهرت إحدى الدراسات أن عرض مسار واضح لرعاية حالات العنف الشريك، 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 وآليات تقديمها

جرى البحث عن بيانات تخص الأسئلة الآتية:

- "ما هي التأثيرات التي تتركها البرامج/الخدمات على مستوى المنظومة الصحية على النساء الناجيات من العنف الشريك؟"
- "ما هي التأثيرات التي تتركها مكونات أو سيات التدخلات/البرامج على مستوى المنظومة الصحية على النساء الناجيات من العنف الشريك؟"
- "ما هي التأثيرات التي يمكن أن تحدث على رعاية الناجيات من الاعتداء الجنسي عند دمج برنامج للتمريض المختص بفحص الاعتداءات الجنسية، أو نوع آخر من البرامج المتعلقة بالاعتداء الجنسي، في موقع الرعاية الصحية؟"

1.5 ملخص البيانات

تم تحديد البرامج أو التدخلات على مستوى المنظومة الصحية التي بإمكانها أن تقدم الرعاية للناجيات من العنف الشريك و/أو الاعتداء الجنسي بفاعلية وكفاءة، وخاصة مع مراعاة الاحتياجات في المواقع التي تفتقر إلى الموارد. وبما أن أغلب البيانات المنشورة عن الاستجابة إلى العنف الشريك والاعتداء الجنسي على مستوى المنظومة الصحية جاءت من بلدان مرتفعة الدخل، فقد أجري بحث منفصل في الأدبيات غير الرسمية للتعرف على أية ممارسات وبرامج لم يتم نشرها في المجلات الدورية المعتمدة على مراجعات النظراء.

إن البيانات التي جرت مراجعتها هنا تداخلت بقدر كبير مع تلك المتعلقة بالتدخلات التدريبية، وخاصة أنه لم تحدد أية دراسة ما المكونات في الدراسات المتعددة التدخلات (التي تضمنت التدريب) التي ثبتت فاعليتها.

ظهر وجود بعض البيانات في البلدان المرتفعة الدخل التي تشير إلى أن التدخلات على مستوى المنظومة والمشتتة على تدريب الموظفين تساهم بالفعل في زيادة الإحالة إلى الخدمات الأخرى.

فقد أفادت خمس دراسات من أصل عشر (Coyer et al., 2006; Fanslow et al., 1998, 1999; Harwell et al., 1998; Spinola et al., 1998; McCaw et al., 2001; Muñoz et al., 2001; Ramsden and Bonner, 2002; Feder et al.,

2011) بزيادة في معدلات الإحالة. وقدمت تجربة موجهة استخدمت عينات عشوائية عنقودية أجريت مؤخراً على الممارسات العامة في المملكة المتحدة أقوى بيانات عن الزيادة في عدد الإحالات والمواعيد التي تم إجراؤها أو ترتيبها مع هيئات متخصصة في العنف الشريك، إلى جانب زيادة

معدلات الإفصاح عن العنف (Feder et al., 2011).

وفي الدراسات التي خرجت بنتائج إيجابية، كان من الصعب تحديد العامل أو العنصر الفعلي المسؤول عن النتيجة الإيجابية، إذ أن التدخلات شملت في العادة مكونات صغيرة متنوعة لم يتم تقييمها بشكل مستقل. كما أن الدراسات تباينت في الطريقة التي أعدت فيها التدخلات ونفذت، مما جعل من الصعب إجراء مقارنات بين التدخلات. إن هناك حاجة لفهم الأسباب التي جعلت بعض المشاريع تكشف عن حدوث تحسن ملموس أو غير ذلك.

كانت العديد من الدراسات ذات جودة منخفضة، بسبب تصميم الدراسة (معتمدة على الملاحظة في الغالب)، وصغر حجم العينة أو عدم ذكر حجم العينة، وفقدان نسبة عالية من المشاركين عند المتابعة أو قصر فترة المتابعة، وعدم ملاءمة طريقة عرض البيانات (مثلاً، في أشكال بيانية دون عرض النسب المئوية الفعلية)، وغير ذلك من العوامل. بالإجمال، يوجد نقص في التقييمات النشطة لفاعلية التدخلات على مستوى المنظومة الصحية بخصوص العنف الشريك والاعتداء الجنسي. وعلى الرغم من العمل الذي تحقق، تظل

البيانات المتوفرة غير كافية لإثبات ما إذا كانت هناك سياسات أو بروتوكولات أو نماذج للرعاية أكثر فاعلية من غيرها في تقديم الرعاية للنساء المعرضات لعنف الشريك والاعتداء الجنسي. أما في البلدان التي تفتقر إلى الموارد، فقد جرى وصف نماذج متنوعة للرعاية. واعتمدت نماذج تقديم الخدمات في الغالب على مدى توافر الموارد المالية والبشرية، وتنوعت من موقع إلى آخر. وكان من الجلي أن نهج "مراكز الأزمات المتعددة الخدمات" يتمتع بالشعبية، وإن لم يكن قد خضع لتقييم جيد، مع أن هيكلية هذه المراكز كانت تختلف بقدر كبير في البلدان المختلفة. وقد اتسمت جميعها تقريباً بوجود ممرضة دائمة، كانت في بعض الأحيان تتولى مهام تقديم خدمات أخرى، ولكن مساهمات الموظفين الآخرين اختلفت، وشملت وجود طبيب أو مرشد أو مناصر أو طبيب نفسي أو اختصاصي في علم النفس تحت الطلب أو في الموقع. كما كانت أدوار المؤسسات الأهلية متباينة، تتراوح ما بين تيسير الوصول إلى الخدمة وتقديمها. وكانت الروابط مع الهيئات الحكومية الأخرى في بعض الأحيان رسمية جداً وتجعلهم يقومون بدور مركزي، ولكن كان الأغلب أن يحدث ذلك من خلال تطوير أو تحسين نظم الإحالة. وتباينت أيضاً

مقارنة بين نماذج مختلفة لتقديم الرعاية للنجيات من العنف ضد النساء.

الموقع	المزايا	المساوي
المراكز الصحية والعيادات	<ul style="list-style-type: none"> تقع على مقربة من المجتمع. تستطيع تقديم بعض الخدمات الأساسية. تيسر الوصول من أجل خدمات المتابعة. في حال تشكيل شبكة جيدة، يمكنها تحسين الوصول إلى شبكة خدمات متداخلة القطاعات، بما يشمل الخدمات القانونية والاجتماعية وغيرها. 	<ul style="list-style-type: none"> قد لا تكون قادرة على معالجة الإصابات الخطيرة أو المضاعفات. قد لا يتوفر فيها مختبر أو خدمات متخصصة. في المجتمعات الصغيرة، حيث يكون مقدمو الخدمات من أفراد المجتمع ذاته، يمكن أن تشكل مسألة السرية وخوف مقدمي الخدمات من الانتقام تحدياً.
المستشفيات على مستوى المحافظة أو المنطقة	<ul style="list-style-type: none"> مجهزة لتقديم الخدمات على مدار الساعة. تتوفر فيها خدمات متخصصة. يمكن أن تكون ممرضة في قسم واحد (قسم الطوارئ، أمراض النساء، الصحة الإنجابية، فيروس الإيدز/ الأمراض المنقولة جنسياً) أو موزعة على مختلف أقسام المستشفى. 	<ul style="list-style-type: none"> يمكن أن تحد من تيسر الوصول. إذا كانت الخدمات متفرقة عبر الأقسام المختلفة، فيمكن أن تعيق تقديم الخدمات، ولا سيما إذا كانت بعض الخدمات متاحة خلال ساعات العمل فقط.
المراكز المتعددة الخدمات	<ul style="list-style-type: none"> مستوى أعلى من الكفاءة والتنسيق في الخدمات. تقدم طائفة كاملة من الخدمات (تتضمن أحياناً الشرطة ووكلاء النيابة والاختصاصيين الاجتماعيين والمرشدين والدعم النفسي، الخ). 	<ul style="list-style-type: none"> تحتاج إلى متسع أكبر ومزيد من الموارد. قد يكون عدد المراجعات قليلاً (مثلاً، في المناطق الريفية)، مما يؤثر القلق بخصوص الجدوى مقابل التكلفة. يمكن أن تسحب الموظفين والموارد من الخدمات الأخرى. قد لا تكون مدججة بالكامل في الخدمات الصحية العامة. إذا تولى الجهاز القضائي إدارتها، فقد تركز أكثر من اللازم على مقاضاة الجناة وليس على صحة النساء. الحفاظ على استمرارها مكلف.

5. 2 من البيانات إلى التوصيات

ناقش فريق إعداد المبادئ التوجيهية البيانات وتوصل إلى استنتاج مفاده أنه لا توجد بيئة على قبول أو دحض أي نموذج واحد لتقديم الخدمات المعنية بعنف الشريك أو الاعتداء الجنسي. وهناك أيضا بيانات على أن النموذج الذي يبدو أنه يعمل على نحو فعال في أحد المواقع وسرعان ما يمكن اعتماده في موقع آخر لن يكون بالضرورة فعالاً. وقد كان هذا صحيحاً في "المراكز الجامعة لخدمات الأزمة". وبالتالي، تم تلخيص مزايا و مساوئ النماذج المختلفة لمساعدة صناع القرار في اتخاذ القرارات، مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد البشرية والمالية المحلية (انظر الجدول 1). بالإضافة إلى ذلك، جرت محاولة للإجابة على الأسئلة التالية للمساعدة في توجيه واضعي السياسات عند اتخاذ القرارات:

1. "ما هي نقاط القوة والضعف في النماذج المختلفة (المراكز الجامعة للخدمات، والخدمات متكاملة، وشبكات الإحالة واضحة المعالم) لتقديم الخدمات للنساء اللواتي تعرضن للعنف من جانب الشريك؟"

يتم عرض هذا في الجدول 1. ينبغي مراعاة ذلك حين البحث أيضاً في البنية الأساسية المحلية والموارد والقدرات والوضع المالي. وينبغي أيضاً مراعاة حالة الحمل المتوقع عند إعداد الخدمة.

2. "أي من قطاعات نظام تقديم الرعاية الصحية (مثل قسم الطوارئ، أو الرعاية الصحية الأولية، أو الرعاية قبل الولادة أو غيرها من الخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، والمشورة واختبار فيروس العوز المناعي البشري) هي أفضل المواقع للتدخلات بشأن النساء اللواتي يعانين من عنف الشريك أو العنف الجنسي؟ وهل تتطلب أساليب مختلفة؟"

كل موقع لديه بعض المزايا والعيوب. يميل البعض منهم إلى أن يكون أفضل تمييزاً في التعامل مع المشاكل الصحية للمرأة بالمقارنة مع المواقع الأخرى. ومن الناحية المثالية، ينبغي تحديد النساء اللاتي يتعرضن لعنف الشريك عند نقطة اتصالهن مع الخدمات الصحية، على الرغم من أن هذه المواقع قد لا تكون مواتية دائماً لتقديم مثل هذه الخدمات. وعند إعداد هذه الخدمة، ينبغي للمرء أن ينظر إلى نقاط القوة والضعف في كل موقع داخل المنشأة، ومراعاة البنية التحتية، والموارد، والقدرات، والوضع المالي. وبغض النظر عن الموقع الذي اختير داخل المنشأة، فإن متطلبات الحد الأدنى (انظر الإطار 3، ص 39) يجب أن تكون متوفرة، وهذا يشمل على التدريب والدعم للموظفين ليقدموا الخدمة على نحو مناسب.

3. "أي مجموعات من النساء المرضي (مثل النساء الحوامل، النساء في قسم الطوارئ، والنساء اللاتي يعانين من مشاكل الصحة العقلية، والنساء اللواتي يحضرن لخدمات الاختبار

مشاركة الشرطة والخدمات الاجتماعية والخدمات القانونية والروابط معها في نماذج "مراكز الأزمات المتعددة الخدمات". وفي حالات عديدة، أفيد بأن التحدي الأكبر يتمثل في تأمين الدعم في الإدارة والتشغيل، والذي ارتبط في الغالب بالدعم المالي، وبالأخص لضمان استدامة المراكز على المدى البعيد. ولم يكن هناك دائماً استنساخ سلس للنماذج "الجيدة" في تقديم الخدمات، حتى داخل البلد ذاته. فضلاً عن ذلك، تواجه البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تحدياً من حيث عدم توفر ما يكفي من الكوادر المهرة، ولا سيما في مجال الإرشاد، والصحة النفسية، وخدمات المناصرة/الدعم. وحيثما يوجد نقص في توفر موظفين، مثل المرشدين والاختصاصيين الاجتماعيين والاختصاصيين في علم النفس والأطباء النفسيين، يكون هناك اعتماد أكبر على المؤسسات الأهلية. يلخص الجدول 1 مزايا ومساوئ المواقع المختلفة لتقديم الرعاية للنساء من عنف الشريك.

فيما يتعلق بدمج برنامج للتمرير المختص بفحص الاعتداءات الجنسية أو نوع آخر من برامج الرعاية بخصوص الاعتداء الجنسي في مرافق الرعاية الصحية، وجد أربع دراسات فقط كانت تركز على هذا الأمر (ديرهامر Derhammer وآخرون، 2000؛ كراندال Crandall وآخرون، 2003؛ كيم Kim وآخرون، 2009، وسامبزل Sampsel وآخرون، 2009). وعلى الرغم من أن كل دراسة كانت لها قوتها، لكن كلهم كان لديهم قيود منهجية مهمة (مثل حجم العينة، وانخفاض معدلات الاستجابة، وكثرة البيانات المفقودة الخاصة بالمتغيرات الهامة). وعلاوة على ذلك، أجريت ثلاث دراسات في أمريكا الشمالية (واحدة في كندا واثنان في الولايات المتحدة الأمريكية)، وأجريت دراسة واحدة فقط في البلدان المتوسطة الدخل (جنوب أفريقيا). واستخدمت جميع هذه الدراسات مجموعة المقارنة التاريخية (مقارنة خدمات الرعاية الصحية للناجين من الاعتداء الجنسي، قبل وبعد تنفيذ البرنامج الجديد). وكانت نتائج هذه الدراسات متسقة عموماً وإيجابية. فهي تشير إلى أن دمج برامج الرعاية لضحايا الاعتداء الجنسي في مؤسسات الرعاية الصحية يؤدي إلى تلقي نسب مئوية كبرى من ضحايا الاعتداء الجنسي لخدمات الرعاية الصحية الحيوية المحتملة، بما في ذلك وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، وتقديم المشورة والوقاية التالية للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري، والإحالة التالية للرعاية. إن دمج برنامج مرضية فحص العنف الجنسي في مرافق الرعاية الصحية لا يؤدي دائماً إلى انخراط المرضيات في فحص الاعتداء الجنسي. حيث أنهن ينخرطن في هذا، ولكن، يبدو أن هذا الدمج في مرافق الرعاية غالباً ما يعزز جمع البيانات الجنائية المطلوبة للنجاح في ملاحقة مرتكبي الاعتداء الجنسي.

والمشورة أو للوقاية من انتقال فيروس العوز
المناعي البشري من الأم إلى الطفل) قد يستفدن
أكثر من غيرهن من هذه التدخلات في القطاع
الصحي؟"

يمكن أن تتعرض النساء في أي مجموعة من المرضى
إلى العنف. والنساء اللاتي يعانين من إصابات غير
مبررة، وعلامات أو أعراض مرتبطة بالاكئاب،
واضطراب ما بعد الصدمة أو اضطرابات القلق
الأخرى (انظر الإطار 1 والتوصية 3)، أو اللاتي
من المرجح أن يتعرضن للانتهاك، مثل النساء اللاتي
يعانين من اضطرابات الصحة العقلية أو الإعاقات
الأخرى، قد يستفدن من سؤالهن عن العنف وتلقي
الاهتمام والرعاية الخاصة بالعنف الجنسي (سواء
من قبل شريك أو مرتكب آخر للجريمة)، أو غير
ذلك من أشكال العنف الشريك، إذا لزم الأمر. ومع
ذلك، قد تكون بعض مواقع تقديم الرعاية الصحية
أكثر مساعدة في قضايا الدمج الخاصة بالعنف
وذلك بتوفير الرعاية ضمن أعمال الرعاية الروتينية
التي يقدموها.

4. " ما هي أنواع نظم الترصد، والمراقبة، ومراقبة
الجودة المطلوبة؟ "

من المهم الحفاظ على سجلات دقيقة، حيث أن
البيانات التي يتم جمعها بشكل صحيح وإدارتها
وتحليلها يمكن أن تؤدي إلى كل من تحسين
الخدمات المقدمة للنساء والمساعدة على رفع الوعي
حول هذه القضايا. وعلى سبيل المثال، قد يكون
من المفيد تحسين جمع البيانات عن طبيعة الإصابات
والعلاقة بين الجاني والضحية، على الرغم من أنه
يجب الاعتراف بأن العنف الشريك ليس مرضاً
يسهل التعرف عليه وتسجيله. وللإدراج الفعال
لؤشرات العنف الشريك في نظام المعلومات
الصحية، يحتاج جميع مقدمي الرعاية الصحية إلى
التدريب والتوعية ليكونوا قادرين على توثيق مثل
هذه الحالات، مع ضمان أن يتم ذلك بطريقة سرية
لا تعرض المرأة للخطر. وفي البلدان ذات الدخل
المرتفع التي تعمل فيها نظم المعلومات الصحية
الإلكترونية بشكل جيد، يكون هذا أسهل في
التنفيذ، مقارنة مع النظم الورقية في معظم البلدان
المنخفضة والمتوسطة الدخل.

وفي العديد من البرامج، تتمثل التحديات
الرئيسية في رصد الحالات في مختلف القطاعات
والحفاظ على دقة البيانات. و سيساعد توحيد
البروتوكولات / وإجراءات التشغيل / والمبادئ
التوجيهية المعيارية، بما في ذلك مراجعة الحالات

بانتظام، إذا كان ذلك ممكناً، ورصد خبرات
المراجعين، على تحسين نوعية الرعاية المقدمة.

5.3 التوصيات

3.4. ينبغي، قدر الإمكان، أن تكون رعاية النساء
اللائحي يتعرضن لعنف الشريك والاعتداء
الجنسي رعاية متكاملة ضمن الخدمات
الصحية القائمة بدلاً من كونها خدمة قائمة
بذاتها (انظر الإطار 3).

نوعية البيانات: منخفضة جداً
قوة التوصية: قوية

تعليق

(أ) برنامج متعدد المكونات بما في ذلك تدريب
مقدمي الرعاية الصحية لتوعيتهم بالعوامل
التي من شأنها زيادة الاشتباه السريري في
الحالات وكيف أن تقديم الدعم الأولي لها
هو الأفضل. ويعمل مسار الإحالة الواضح
أيضاً على زيادة الفعالية. وينبغي أن يتكرر هذا
التدريب بانتظام، من أجل الحفاظ على فائدته
(انظر القسم 2، تحديد الهوية والرعاية للناجين
من العنف الشريك).

(ب) قد يكون من الصعب عند تقديم خدمات
رأسية قائمة بذاتها الحفاظ على استمراريتها
إضافة إلى آثارها الضارة المحتملة. فعلى سبيل
المثال، قد يكون هناك خطر من أن تتعرض
خدمات الصحة النفسية الحالية التي تعاني من
قلة العاملين إلى المزيد من الضعف إذا كان
عليها أن تقدم خدمات خاصة لضحايا العنف
فقط، بدلاً من ضمان أن يحصل جميع المراجعين
(بمن في ذلك الناجين من العنف) على أفضل
رعاية ممكنة.

(ج) ينبغي أيضاً أن يكون تقديم الدعم لمقدمي
الرعاية وإمكانيات استخلاص المعلومات
جزءاً من استجابة النظم الصحية، رغم أن
هذا يتطلب موارد بشرية إضافية. ومن المهم
أيضاً للخدمات الصحية الاجتماع بانتظام مع
الوكالات الأخرى مثل الشرطة أو المختصين
الاجتماعيين، لضمان وجود تنسيق واتساق عبر
الخدمات وأن تعمل الإحالة على نحو فعال.

الإطار 3	متطلبات الحد الأدنى لاستجابة القطاع الصحي للعنف ضد المرأة
السياسات والبروتوكولات	تحتاج السياسات والبروتوكولات المحلية الخاصة بتحديد الأدوار والمسؤوليات، والإجراءات المتعلقة بالتعرف على الناجين والتدبير العلاجي لهم إلى الإعداد والتنفيذ (مع التدريب المناسب والدعم المستمر).
الإدارة الدعم / المالي	يكون دعم الإدارة، وفي كثير من الأحيان الدعم المالي، أمراً هاماً، وبخاصة بالنسبة للاستدامة طويلة الأمد لتكامل قضايا العنف ضد المرأة.
الرعاية الشاملة	ضمان توفير جميع جوانب الرعاية الطبية القانونية من قبل مقدم الرعاية / أو المرتبطين بمقدم الرعاية في الخدمات الصحية، أو من خلال دعم المنظمات غير الحكومية أو المنظمات المجتمعية أو جهود المجتمع، بطريقة تقلل من عدد الاتصالات المطلوبة.
الصلات بالجمعيات المجتمعية / والمنظمات غير الحكومية	بناء علاقات مع المنظمات غير الحكومية المحلية والمنظمات المجتمعية. (وتجدر الإشارة إلى أنه من مسؤولية الدولة ضمان توفير الخدمات، لذلك لا ينبغي أن تعتمد حصرياً على المنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية).
التعاون بين القطاعات	وضع بروتوكولات عمل واضحة، بما في ذلك مسار إحالة الناجين، وبين الخدمات المقدمة من نفس المنشأة أو من مختلف القطاعات، وعقد اجتماعات منتظمة (شهرية) لضمان التنسيق.
الموارد المادية	ضمان توافر بعض الموارد المادية (الملصقات، وبطاقات الجيب و / أو المنشورات).
الترصد والتسجيل	تطوير أنظمة للحفاظ على السجلات وإجراء الترصد السري وعدم تعريض النساء لأي خطر.
الرصد والتقييم	تنفيذ نظام للرصد والتقييم، استناداً إلى السياسات والإجراءات، بما في ذلك الاعتبارات المتعلقة بالسلامة.
الدعم لمقدمي الرعاية	تقديم الدعم لمقدمي الرعاية

35. يحتاج البلد إلى نماذج متعددة من الرعاية للناجين من عنف الشريك والاعتداء الجنسي، على مستويات مختلفة من النظام الصحي (انظر الجدول 1، ص 37). لكن ينبغي إعطاء الأولوية لتوفير التدريب وتقديم الخدمات على المستوى الأولي من الرعاية.

نوعية البيئات: منخفضة جداً
قوة التوصية: قوية

36. مقدم الرعاية الصحية (الممرضة، أو الطبيب، أو ما يعادلها) الذي تدرب على رعاية وفحص الاعتداء الجنسي القائم على مراعاة الفوارق بين الجنسين يجب أن يكون متاحاً في جميع الأوقات من النهار أو الليل (في الموقع أو عند الطلب) على مستوى الحي / أو المنطقة.

نوعية البيئات: منخفضة جداً
قوة التوصية: قوية

5. 4 تعليقات عامة

أ) إلى أن تتوافر المزيد من البيئات، تحتاج البلدان إلى نماذج متعددة لتقديم الرعاية، ولكن ينبغي التشجيع على إجراء التقييم لتحديد أفضل ما يمكن عمله والأكثر مردوداً في مختلف البيئات.

ب) من الأفضل للمراكز الجامعة للخدمات، كلما أمكن، أن توجد ضمن الخدمات الصحية،

التي تكون الأولوية فيها لتقديم الخدمات الصحية للمرأة بدلاً من اعتمادها على النتائج القانونية. ويبدو أنها الأنسب للمناطق ذات الكثافة السكانية العالية، بينما يمكن أن تكون الخدمات المتكاملة عبر المرافق الصحية هي الأكثر مردوداً في المناطق الريفية.

ج) وأياً كان النموذج المستخدم، فالهدف يجب أن يكون هو الحد من عدد الخدمات ومقدمي الخدمات الذين ينبغي على المرأة التواصل معهم (أو أن تروي لهم قصتها)، وتسهيل وصولها إلى الخدمات التي تحتاج إليها، بطريقة تحترم كرامتها وتراعي السرية، وتولي الأولوية لسلامتها.

د) العنف ضد المرأة هو أيضاً انتهاك لحقوق الإنسان بالنسبة للمرأة. وينبغي مراجعة السياسات والقوانين للتأكد من خلوها من التمييز ضد المرأة، وأنها تعاقب على أعمال العنف على نحو كاف، بما في ذلك العنف الذي يحدث داخل المنزل.

6. التبليغ الإجمالي عن عنف الشريك

تم البحث في البيئات عن إجابة لهذا السؤال: "ما هي الآثار المترتبة على النساء وأطفالهن من التبليغ الإجمالي عن عنف الشريك إلى الشرطة؟"

1.6 ملخص البيانات

في الإجمالي، ورجعت 23 دراسة، بالرغم من أن دراستين فقط (ساكس Sachs وآخرون، 1998 . جلاس Glass وآخرون، 2001) حاولتا قياس تأثير التبليغ الإيجابي كيميائياً. وكانت خمس دراسات (تيلدن Tilden وآخرون، 1994؛ رودريجيز Rodriguez وآخرون، 1998؛ غريبرت Gerbert وآخرون، 1999؛ فيلدهاوس Feldhaus وآخرون، 2003؛ سميث Smith وآخرون، 2008) تهدف إلى التأكد من وجهات نظر مقدمي الرعاية الصحية، بينما حاولت 16 دراسة الحصول على وجهة نظر النساء.

قيمت دراستان كيميائياً تأثير تطبيق قوانين التبليغ الإيجابي عن العنف الشريك. من هذه الدراسات، دراسة (ساكس Sachs وآخرون، 1998) التي تقيم أثر التبليغ الإيجابي عن طريق المتخصصين في الرعاية الصحية على حضور رجال الشرطة إلى المرافق الطبية للتصدي لعنف الشريك، وذكرنا عدم وجود تأثير كبير في التبليغ الإيجابي على حضور رجال الشرطة إلى المرافق. وفي دراسة أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية، ورجعت السجلات الطبية لـ 36 مريضاً تعرضوا لاعتداء حاد. وكان إخطار الشرطة هو التدخل الأكثر توثيقاً باستمرار لعنف الشريك في السجلات الطبية. ومع ذلك، كانت حالة واحدة فقط من كل أربع حالات تحال إلى موارد مجتمع العنف المنزلي: مثل الملاجئ والخطوط الساخنة.

حاولت الدراسات المتبقية الحصول على آراء مقدمي الرعاية الصحية والنساء حول تأثير قوانين التبليغ الإيجابي، فضلاً عن عقبات ووسائل تيسير التبليغ الإيجابي. من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية، فإن مزايا التبليغ الإيجابي تشمل تحسين جمع الإحصاءات، ومقاضاة الجاني، وتحسين استجابة الطبيب.

واشتملت بواعث القلق المشتركة بين مقدمي الرعاية الصحية متطلبات الوقت والموارد، واحتمال أن تتخوف المرأة من الكشف عن المعلومات، والسرية، وضعف الاستقلال الذاتي، وخطر الانتقام، والنتائج المترتبة على فشل المقاضاة.

من وجهة نظر النساء، تشمل المزايا: تمكينهن من الحصول على المساعدة مع إبعاد المسؤولية عن أنفسهن في التبليغ، مما يجعلهن لا يشعرن بالوحدة ولا يتعرضن للإلقاء اللوم عليهن، وإطلاع الشريك على خطورة سوء المعاملة، والتفاعل الإيجابي المحتمل مع الشرطة، مع تسجيل الحادث الذي قد يحتاج إليه في المستقبل إذا لزم الأمر.

ومن بين بواعث القلق للنساء خطر الانتقام، والخوف من أخذ أطفالهن بعيداً عنهن، والقلق من التعامل مع الأخصائي الاجتماعي أو الأشخاص الآخرين في السلطة، والوقوع ضحية للنظام الصحي، وضرورة دفع الفواتير نتيجة التبليغ عن العنف الشريك، فضلاً عن المخاوف بشأن الاستقلالية الذاتية والسرية.

ومع أن عدداً من النساء دعمن التبليغ الإيجابي، إلا أنه يبدو أن هناك عدداً كبيراً بنفس القدر لا يدعمونه. ولا سيما النساء اللاتي تعرضن للانتهاك فيبدوأنهن ضد التبليغ الإيجابي، وبخاصة إذا كان ينطوي على تدخل الشرطة. واقترحت النساء في هذه الدراسات أن قرار التبليغ يجب أن يعود إلى المرأة، وأن تكون سلامة المرأة وأطفالها هي الأولوية القصوى. علاوة على ذلك، ينبغي أن يركز التعافي على شفاء الضحايا، وهذا يشمل تقديم المشورة. وإذا كان أمر التقييد / الحماية موجوداً، وكان الشريك موجوداً في الزيارة الصحية، فيجب طلب حضور السلطات المعنية.

2.6 من البيانات إلى التوصيات

لا تدعم البيانات آلية التبليغ الإيجابي عن عنف الشريك إلى الشرطة حيث أن ذلك يمكن أن يؤثر على استقلالية المرأة وقدرتها على اتخاذ القرار.¹ ومع أن بعض النساء يدركن وجود بعض الفوائد لاتخاذ الإجراءات القانونية من جانبهن، إلا أن ذلك لا يبدو أمراً تفضله النساء اللاتي تعرض للانتهاك. ومن المهم أن نلاحظ أنه قد توجد اختلافات بين التبليغ الإيجابي الذي يفرضه القانون والالتزامات المهنية / ومدونات السلوك لمقدمي الرعاية الصحية التي تفرض الالتزام بالسرية "وعدم إلحاق الضرر" بالمريض. وعلى مقدمي الرعاية الصحية فهم الالتزامات القانونية الخاصة بهم (إن وجدت)، وكذلك قواعد الممارسة المهنية، لضمان إطلاع المرأة التام على الخيارات المتاحة لها وحدود السرية في كل حالة.

3.6 التوصيات

3.7 لا يوصى بالتبليغ الإيجابي عن عنف الشريك للشرطة من قبل مقدم الرعاية الصحية. ومع ذلك، على مقدمي الرعاية الصحية أن يعرضوا التبليغ الإيجابي عن الحادث إلى السلطات المختصة (بها في ذلك الشرطة) إذا كانت المرأة تريد ذلك، وتذكر حقوقها.

نوعية البيانات: منخفضة جداً
قوة التوصية: قوية

3.8 يجب الإبلاغ عن سوء معاملة الأطفال والحوادث التي تهدد الحياة إلى السلطات ذات الصلة من قبل مقدم الرعاية الصحية، إذا وجد شرط قانوني للقيام بذلك.

أ) ومع هذا، يلاحظ وجود إجماع متزايد على أن البلدان التي لديها قوانين للتبليغ الإيجابي عن سوء معاملة الطفل ينبغي أن تسمح للأطفال والأسر بالوصول على نطاق واسع إلى الخدمات السرية حيث يمكنهم تلقي الدعم على أساس طوعي.

4.6 ملاحظة عامة

(أ) تشابك قضية التبليغ الإجمالي مع قضية حماية الطفل (والتي هي خارج نطاق هذه المبادئ التوجيهية).

(ب) وعلاوة على ذلك، فإن فائدة التبليغ الإجمالي أمر مشكوك فيه خاصة في الحالات التي لا يوجد فيها نظام قانوني أو نظام لحماية الطفل والتصرف حيال التبليغ.²

نوعية البيانات: منخفضة جدا
قوة التوصية: قوية

¹ يختلف ذلك عن الإبلاغ عن تعرض الأطفال المحتمل لإساءة المعاملة في المنزل إلى السلطات المعنية برعاية الطفل.

² بوتشارت أليسون هارفي، وتيلمان فرنيس، ومارسيلينا ميان (2006). الوقاية من إساءة معاملة الطفل: دليل اتخاذ الإجراءات العملية وتوليد البيانات، جنيف، منظمة الصحة العالمية. النسخة الإلكترونية متوفرة على الموقع الإلكتروني التالي: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/1579/9241592079_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y

الآثار المترتبة على البحوث

- الشريك في مجموعة متنوعة من المواقع، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية وأقسام الطوارئ.
- دور مجموعات الدعم، وبخاصة في الأماكن التي تعالج فيها غالباً المشاكل بشكل جماعي، وينبغي استكشافها عن طريق البحوث.

تدخلات الدعوة / الدعم / التمكين

- الجدوى وطريقة التقديم وفعالية تدخلات الدعوة / والدعم ودورات التمكين المتوسطة الكثافة التي أظهرت فعالية في بعض البلدان المرتفعة الدخل (انظر القسم 2.2.2) تحتاج إلى اختبارها في بيئات فقيرة الموارد.
- فعالية تدخلات الدعوة / والدعم تحتاج إلى اختبارها في مواقع خارج الرعاية السابقة للولادة في البلدان ذات الدخل المرتفع. فضمان سلامة النساء هو الاعتبار الرئيسي.

التدخلات المعنية بالأم والطفل

- إن سلوك عنف الشريك ينتقل عبر الأجيال وهذا أمر شائع، وهناك حاجة إلى برامج لمنع هذا الانتقال. وتعد الدراسات للأمهات والأطفال المعرضين لعنف الشريك من النقص، وبخاصة في أماكن الدخل المنخفض.
- ينبغي تنفيذ فحوص الزيارات المنزلية (كما سبق استخدامها في سوء معاملة الطفل) على أن تشمل التركيز على تعرض النساء لعنف الشريك وقياس عنف الشريك باعتباره النتيجة الأولية.
- تحتاج التدخلات المعنية بالأم والطفل التي ثبتت فعاليتها في البيئات ذات الدخل المرتفع إلى دراستها في البيئات المنخفضة الموارد، مع مزيد من التحديد والدراسة لبدائل العلاج النفسي المكثف.

الملجأ الآمن

- يجب تقييم خيارات توفير مأوى آمن، وبخاصة في البيئات الشحيحة الموارد.

قام فريق إعداد المبادئ التوجيهية بتحديد الفجوات المعرفية الهامة التي ينبغي معالجتها من خلال البحوث. وبصفة عامة، في هذه المبادئ التوجيهية، تستند العديد من التوصيات إلى بيانات تم وصفها بأنها "منخفضة جداً" أو ذات جودة "منخفضة"، مشيراً إلى الحاجة إلى المزيد من البحوث. وحتى في بعض المناطق التي بها بيانات ذات جودة أفضل، كانت البيانات البحثية غير متاحة لمعالجة بعض جوانب الموضوع.

الفجوات البحثية على أساس أسئلة المبادئ التوجيهية

حدد فريق إعداد المبادئ التوجيهية الفجوات التالية في البحث. وقد نوقشت في الاجتماع واتفق عليها فريق إعداد المبادئ التوجيهية خلال مراجعة المسودة، ولكنها لا تمثل تقييماً شاملاً للفجوات البحثية.

تحديد عنف الشريك

- تقييم الفعالية السريرية ومردودية التحقيق السريري لاكتشاف الحالات مقابل التحري الشامل في تحسين النتائج في مجموعة متنوعة من المواقع (الممارسة العامة / الرعاية الصحية الأولية، والرعاية قبل الولادة، وتنظيم الأسرة، ومواقع الطوارئ والإصابات، وفي عيادات مشورة واختبار فيروس العوز المناعي البشري، وعيادات معالجة تعاطي المخدرات، ومرافق الرعاية الصحية العقلية)، وبين مختلف السكان.
- ينبغي تفصي دور عنف الشريك (بما في ذلك الإكراه) على اتخاذ القرارات الإنجابية والنتائج المتعلقة بالصحة الإنجابية.

رعاية الناجين من عنف الشريك

التدخلات الصحية النفسية / العقلية

- هناك حاجة لتطوير تجارب ذات قوة إحصائية كافية لتقييم فعالية النماذج المختلفة للتدخلات النفسية / وعلاج النساء الناجيات من عنف

تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي

- ينبغي إجراء بحث لوضع حد أدنى لمدة ومضمون التدريب على عنف الشريك والعنف الجنسي لمقدمي الرعاية الصحية لتحسين مهاراتهم.
- يجب تقصي الأساليب الفعالة من حيث التكلفة لتقديم التدريب أثناء الخدمة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، للحفاظ على التحسن في سلوك الأطباء، مثل التعليم المستمر.

سياسات الرعاية الصحية وتقديمها

- يجب أن يكون هناك تقييم صارم لأي برنامج لتقديم الخدمات، مهما كان ناجحاً، للتحقق من إمكانية تطبيقه في أماكن أخرى.
- التشجيع على إجراء المزيد من البحوث حول برامج ممرضة فحص العنف الجنسي، وذلك نظراً لمحدودية البحوث حول أثر دمج برامج ممرضة فحص العنف الجنسي مع الأنواع الأخرى لبرامج الاعتداء الجنسي في أماكن الرعاية الصحية، وبخاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.
- يمكن تقييم النماذج المعيارية للرعاية (مثل رعاية الحالات المزمنة)، والتي يمكن تكييفها لرعاية الناجيات من عنف الشريك و/ أو الاعتداء الجنسي.
- ينبغي الاضطلاع بالبحوث التي تنظر في الاعتبارات الخاصة بتقديم الخدمات للمراهقين المعرضين للعنف.

التبليغ الإجمالي عن عنف الشريك

- هناك حاجة إلى البحوث حول طبرة تقييمه. تيحصلات تامدخا التي تي اولملا عاسنلا فدهتسد ين ناعيد من مك يشر لا فندع ربطاً مع مل مضافاً. طشر لا اول فطلا لة ياحم تامدخ

الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي

التدخلات الصحية النفسية / العقلية

- بالنسبة للنساء الناجيات من الاعتداء الجنسي، هناك حاجة لدراسات حول التدخلات النفسية المحددة لهذه الفئة من السكان، والسماح لتحليل المجموعات الفرعية من هذه المجموعة عندما يكون السكان مزيجاً من الناجين من الإصابات، والأخذ في عين الاعتبار قضايا الأمراض المصاحبة، والتي هي شائعة بين هذه الفئة من السكان.
- هناك حاجة لتقييم تقديم العلاج المعرفي السلوكي من قبل غير المتخصصين ودراسة طرائق تقديم العلاج المعرفي السلوكي في سياقات مختلفة.

الوقاية التالية للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري

- ينبغي إجراء دراسات تقييم التدخلات المختلفة لتعزيز الالتزام بالوقاية التالية للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري، بما في ذلك النظر في تأثير الطرائق المختلفة لتقديم الوقاية التالية للتعرض (على سبيل المثال حزمة مبدئية مع الإمدادات الأسبوعية مقابل 28 يوماً منذ أول اتصال).

الوقاية التالية للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً

- المشعرة Trichomonas مرض لا يهدد الحياة وعلاجه كرهيه. ومن شأن التجربة العشوائية ذات الشواهد، لاختبار ما إذا كان علاج المشعرة أو عدم علاجها سيزيد الالتزام بأخذ الأدوية الأخرى، أن تعمل على تقديم معلومات مفيدة.
- يوصى بدراسة لمقارنة العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً (باستثناء التهاب الكبد) بإجراء الاختبار والعلاج فقط للحالات الإيجابية، لقياس الفعالية والفعالية لقاء التكلفة.

نشر وتنفيذ المبادئ التوجيهية

تنفيذ المبادئ التوجيهية

إن المقدمة الناجحة في البرامج الوطنية وخدمات الرعاية الصحية للسياسات المسندة بالبيانات المتعلقة بالعنف ضد المرأة تعتمد على عمليات التكيف والتنفيذ المخطط لها جيدا والتي يجرها إجماع المشاركين. وهذا يمكن أن يشمل إعداد أو مراجعة المبادئ التوجيهية أو البروتوكولات الوطنية القائمة.

التوصيات الواردة في هذه المبادئ التوجيهية ينبغي أن تتكيف محلياً وعلى نحو مناسب في وثيقة تلبي احتياجات كل بلد والخدمات الصحية، مع الأخذ في الاعتبار الموارد البشرية والمالية المتاحة. وهذا يحتاج إلى إدراج السياسات الوطنية فضلاً عن التوجيهات السريية المحلية. وفي هذا السياق، قد تقتصر التعديلات على التوصيات المشروطة، و مبررات أية تغييرات يجب أن تتم بطريقة واضحة وشفافة.

وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي وضع إطار لضمان أن يتم إنشاء البيئة التمكينية لاستخدام التوصيات وأن يتم دعم ممارس الرعاية الصحية في استخدام الممارسات المسندة بالبيانات. وفي هذه العملية، يكون دور الجمعيات المهنية المحلية أمراً مهماً أيضاً، وينبغي التشجيع على عملية شاملة وتشاركية.

إن الهدف النهائي من هذه المبادئ التوجيهية هو تحسين نوعية الرعاية الصحية والنتائج المتعلقة بالعنف ضد المرأة. ومن ثم نشر وتنفيذ المبادئ التوجيهية من قبل المجتمع الدولي، ووزارات الخدمات الصحية والرعاية الصحية المنزلية يعد أمراً بالغ الأهمية. وقد تبنى قسم الصحة الانجابية والبحوث إطاراً رسمياً يحول المعرفة إلى عمل من أجل نشر، وتكيف، وتنفيذ المبادئ التوجيهية. وبالإضافة إلى هذا الإطار، سيتم إنشاء قائمة للإجراءات ذات الأولوية لتمكين منظمة الصحة العالمية وغيرها من الشركاء من تعزيز النشر والتنفيذ.

نشر المبادئ التوجيهية

سيتم نشر توصيات هذه المبادئ التوجيهية من خلال شبكة واسعة من الشركاء الدوليين، بما في ذلك مكاتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية والقطرية، ووزارات الصحة، والمراكز المتعاونة مع منظمة الصحة العالمية، والجمعيات المهنية، ووكالات الأمم المتحدة الأخرى، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة على وجه الخصوص، والمنظمات غير الحكومية. كما سيتم نشرها على موقع منظمة الصحة العالمية على شبكة الإنترنت وفي مكتبة منظمة الصحة العالمية للصحة الإنجابية، حيث سيتم إضافة ملحق للتقييم النقدي المستقل. وبالإضافة إلى ذلك، سيتم إعداد موجز للسياسات يستهدف مجموعة واسعة من صانعي السياسات ومديري البرامج والأطباء وسيتم نشره من خلال المكاتب القطرية لمنظمة الصحة العالمية وشركائها.

وسيتم إعداد كتيب سريري على أساس توصيات هذه المبادئ التوجيهية لمقدمي الرعاية الصحية، فضلاً عن ملخصات السياسات لصانعي السياسات.

رصد وتقييم تنفيذ المبادئ التوجيهية

- عند الخط الأول / والرعاية الرحيمة، و موارد المجتمع الحالية.
- نسبة النساء الناجيات من عنف الشريك اللاتي حصلن على دعم (عاطفي) عند الخط الأول في نهاية أول اتصال مع مقدمي الرعاية الصحية وعقب الإفصاح عن الأمر.
- نسبة النساء الناجيات من العنف الشريك اللاتي حصلن على تقييم للخطر 1 في نهاية أول اتصال مع مقدمي الرعاية الصحية وعقب الإفصاح عن الأمر.
- نسبة النساء اللواتي طلبن الرعاية في غضون 72 ساعة بعد الاعتداء الجنسي وتم تقديم وسائل منع الحمل الطارئة لهن، مع الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس العوز المناعي البشري، والدعم النفسي عند الخط الأول.
- نسبة الخدمات الصحية التي نفذت تقييماً على نطاق المؤسسة لجميع السياسات والبروتوكولات والممارسات التي لها آثار على العنف ضد المرأة، بما في ذلك: الخصوصية والسرية داخل المرافق الصحية، والموارد البشرية، والتدريب المقدم وتحديد الثغرات في التدريب؛ والموارد المادية (السياسات والبروتوكولات المكتوبة التي تم توزيعها).
- من الناحية المثالية، ينبغي رصد تنفيذ التوصيات على مستوى المنشأة الصحية. إن التدقيق السريري عبر تسلسل زمني متقطع أو التدقيق السريري المستند إلى المعيار يمكن استخدامها للحصول على بيانات ذات الصلة بالتغيرات التي تطرأ على الرعاية المقدمة للنساء الناجيات من العنف. وهناك حاجة إلى معايير للمراجعة ومؤشرات للرصد والتقييم واضحة المعالم ويمكن أن تتوافق مع الأهداف المتفق عليها محلياً. وفي هذا السياق، فإن العنف ضد النساء والفتيات: خلاصة وافية لمؤشرات الرصد والتقييم من قبل قياس التقييم يقدم قائمة شاملة من المؤشرات التي يمكن النظر فيها للبرامج الصحية التي تعالج العنف ضد النساء والفتيات (بلوم Bloom، 2005). وهناك عدد قليل من المؤشرات الإرشادية المقترحة أدناه، ولكن الاختيار النهائي ينبغي أن يراعي جدوى وإمكانية قياسها.
- عدد كليات الطب والكليات الصحية المساندة التي طبقت تدريباً جامعياً إلزامياً وتدريباً بعد التخرج حول عنف الشريك والعنف الجنسي.
- عدد البلدان التي أعدت دلائل إرشادية للرعاية الأولية حول عنف الشريك / والعنف الجنسي، والتغيرات في المبادئ التوجيهية الوطنية للرعاية الصحية وفقاً للدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية
- نسبة مقدمي الرعاية الصحية المدربين على انتشار عنف الشريك وعواقبه الصحية، والدعم

¹ تقييم الخطر هو أداة تساعد على تحديد مستوى الخطر لامرأة تعرضت للانتهاك والقتل على يد الشريك. ولم يتم اختباره في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حتى الآن. لمزيد من المعلومات، راجع <http://www.dangerassessment.org/About.aspx>

تحديث المبادئ التوجيهية

سيتم تحديث هذه المبادئ التوجيهية في 5 سنوات، أو بعد تحديد أدلة جديدة وهذا يدل على الحاجة إلى تغيير التوصيات. وترحب منظمة الصحة العالمية بالاقتراحات المتعلقة بالأسئلة الإضافية لإدراجها في المبادئ التوجيهية في المستقبل. ويرجى إرسال مقترحاتكم بالبريد الإلكتروني إلى كلوديا غارسيا مورينو على العنوان garciamorenoc@who.int

Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. Findings From the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, 2000.

Walby S, Allen J. *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey*. London, Home Office, 2004 (Home Office Research Study 276).

World Health Organization. *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, accessed 10 April 2013).

WHO/UNHCR/UNFPA. *Clinical management of rape survivors. E-learning programme*. Geneva, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, accessed 10 April 2013).

الطرق

Schünemann H, Brozek J, Oxman A, eds. *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendation. Version 3.2 [updated March 2009]*. The GRADE Working Group, 2009. (http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grade_handbook.pdf, accessed 12 April 2013).

World Health Organization. *Expert meeting on health-sector responses to violence against women, 17–19 March 2009, Geneva, Switzerland*. Geneva, World Health Organization, 2010a (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241500630/en/>, accessed 10 April 2013).

World Health Organization. *Guidelines development handbook*, Geneva, World Health Organization 2010b.

1. المراجع الخلفية

Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*, 2010, 70:1011–1018.

AuCoin K. *Family violence in Canada: a statistical profile*. Ottawa, Statistics Canada, 2005.

Black CM. Intimate partner violence and adverse health consequences : implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2001, 5:428–439.

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

Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 2003, 327(7416):673–676.

Rhodes KV et al. Lowering the threshold for discussions of domestic violence: a randomized controlled trial of computer screening. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166(10):1107–1114.

2.2 رعاية الناجيات من عنف الشريك

Dua T et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, 2011, 8(11):e1001122.

Kiely M et al. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010, 115:273–283.

Ramsay J et al. *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner abuse: a systematic review*. London, Department of Health, 2006.

Sadowski L, Casteel C. Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence (Online)*, 2010, Feb 24, pii:i013.

1.2.2 التدخلات النفسية/ تدخلات الصحة

Bisson J, et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2007 10(1):16–23.

Gilbert L et al. An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims*, 2006, 21(5):657–672.

Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 2010, 22(5):525–534.

Kiely M et al. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010, 115:273–283.

Kubany ES, Hill EE, Owens JA. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Trauma and Stress*, 2003; 16(1):81–91

Kubany ES et al. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72(1):3–18.

Lieberman AF, Van HP, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(12):1241–1248.

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

البيئات والتوصيات

1. رعاية تتمحور حول المرأة

World Health Organization. *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

2. التعرف على الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن

1.2 التعرف على الناجيات من عنف الشريك

Ahmad F et al. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 2009, 151(2):93–102.

Bacchus LJ et al. Evaluation of a domestic violence intervention in the maternity and sexual health services of a UK hospital. *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):147–157.

Feder G et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*, 2009, 13(16).

Humphreys J et al. Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues*, 2011, 21(2):136–144.

Klevens J et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2012, 308(7):681–689.

Koziol-McLain J et al. A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 2010, 56(4):413–423.

MacMillan HL et al., McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:493–501.

- Ramsay J et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (3):CD005043 .
- Sullivan CM, Bybee D, Allen N. Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17:915–936.
- Taft AJ et al. Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC) – non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomized trial in primary care. *BMC Public Health*, 2011, 11:178–187.
- Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(9):1249–1256.
- Tiwari A et al. Effect of an advocacy intervention on mental health in Chinese women survivors of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 2010a, 304(5):536–543.
- Tiwari A et al. Effectiveness of an empowerment intervention in abused Chinese women, Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 2010b, 16(3):33–37.
- 2.2.3 Mother–child interventions**
- Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2010, 164:16–23.
- Cohen J, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder in children exposed to intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2011;165(1):16–21.
- Jouriles EN et al. Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001, 69(5):774–785.
- McFarlane J et al. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research*, 2006, 55(1):52–61.
- Lieberman AF, Ghosh IC, Van HP. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006, 45(8):913–918.
- World Health Organization. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf).
- Zlotnick C, Capezza N, Parker D. An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 2011, 14(1):55–65.
- 2.2.2 تدخلات المناصرة/ التمكين**
- Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2010, 164:16–23.
- Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005, 26(6):575–590
- Cripe SW et al. Intimate partner violence during pregnancy: a pilot intervention program in Lima, Peru. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010, 25:2054–2076.
- Gillum TL, Sun CJ, Woods AB. Can a health clinic-based intervention increase safety in abused women: results from a pilot study. *Journal of Women's Health*, 2009, 18(8):1259–1264.
- Humphreys J et al. Increasing discussions of intimate partner violence in prenatal care using video doctor plus provider cueing: a randomized, controlled trial. *Women's Health Issues*, 2011, 21(2):136–144.
- Kiely M et al. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2010, 115:273–283.
- McFarlane J, Soeken, Wiist W. An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing*, 2000, 17(6):443–451.
- McFarlane J et al. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Nursing Research*, 2006, 55(1):52–61.

Cheng L et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (2):CD001324.

Creinin MD et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2006, 108(5):1089–1097.

Glasier AF et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*, 2010, 375:555–562.

Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–325.

Jina R et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010, 109:85–92.

McFarlane J et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105 (1):99–108.

PallittoCC et al. Intimate partner violence, abortion and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2013, 120(1):3-9.

World Health Organization. *WHO medical eligibility criteria*. Geneva, World Health Organization, 2010.

WHO Department of Reproductive Health and Research and Family and Community Health. *Selected practice recommendations for contraceptive use*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004.

World Health Organization. *WHO Model lists of essential medicines: Adults*. Geneva, World Health Organization, 2011

3.1.3 الوقاية اللاحقة للتعرض لفيروس الإيدز: المعالجة والامتنال

Abrahams N et al. Impact of telephonic psychosocial support on adherence to post-exposure prophylaxis (PEP) after rape. *AIDS Care*, 2010, 22 (10):1173–1181.

Boily MC, Baggaley RF et al. Heterosexual risk of HIV infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infectious Disease*, 2009, 9(2): 118–29.

Lieberman AF, Van HP, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child–parent psychotherapy with pre-schoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(12):1241–1248.

Lieberman AF, Ghosh IC, Van HP. Child–parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2006, 45(8):913–918.

Sullivan CM, Bybee D, Allen N. Findings from a community based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002, 17:915–936.

4.2.2 تدخلات أخرى

Franzblau SH et al. A preliminary investigation of the effects of giving testimony and learning yogic breathing techniques on battered women's feelings of depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 2008, 23(12):1800–1808.

Koopman CF et al. The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *Journal of Health Psychology*, 2005, (10):211–221.

3. الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي

World Health Organization. *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/, accessed 10 April 2013).

World Health Organization. *WHO/UNHCR Guidance on clinical management of rape*. Geneva, WHO/UNHCR, 2004

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

World Health Organization. *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

1.3 التدخلات خلال الخمسة أيام الأولى التالي للاعتداء

2.1.3 منع الحمل الطارئ

American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency contraception: practice bulletin. *Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115(5):1100–1109.

- Bisson J, et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2007 10(1):16–23.
- Echeburua E et al. Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996, 10(3):185–199.
- Foa EB et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioural procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59(5):715–723.
- Galovski TE et al. Does cognitive-behavioural therapy for PTSD improve perceived health and sleep impairment? *Journal of Traumatic Stress*, 2009, 22(3):197–204.
- Rahman A et al. Cognitive behaviour therapy based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2008, 372(9642): 902–9.
- Resick PA et al. A comparative outcome study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 1988, 19:385–401.
- Resick PA et al. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, 70(4):867–879.
- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60(5):748–756.
- Rothbaum BO. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1997, 61(3):1–18.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 2005, 18(6):607–616.
- World Health Organization. Psychological first aid. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).
- World Health Organization. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 2009.
- World Health Organization. *mhGAP*
- Cardo DM et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:1485–90.
- Drezett J. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: *IV International Conference on HIV infection in women and children*. Rio de Janeiro, Livro de Resumos. Universidade, Federal do Rio De Janeiro, Brazil e Institute of Virology of Maryland, USA, 2002.
- Garcia MT et al. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005, 32(4):214–219.
- Roland ME et al. Preventing human immunodeficiency virus among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. *AIDS and Behavior*, 2012, 16(4):990–998.
- Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162(5):641–645.
- World Health Organization/International Labour Organization. *Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/en/index.htm, accessed 10 April 2013).

4.1.3 الوقاية اللاحقة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59:91–93.

Jina R et al. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010, 109: 85–92.

2.3 التدخلات النفسية/ تدخلات الصحة النفسية

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 1994.

Anderson T et al. Effects of clinician-assisted emotional disclosure for sexual assault survivors: a pilot study. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010, 25(6):1113–1131.

McLaughlin SA et al. Implementation and evaluation of a training program for the management of sexual assault in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 2007, 49(4):489–494.

Milone JM et al. The effect of lecture and a standardized patient encounter on medical student rape myth acceptance and attitudes toward screening patients for a history of sexual assault. *Teaching and Learning in Medicine*, 2010, 22(1):37–44.

Parekh V, Currie M, Brown CB. A postgraduate sexual assault forensic medicine program: sexual assault medicine from scratch. *Medicine, Science and the Law*, 2005, 45(2):121–128.

World Health Organization. *WHO medical eligibility criteria*. Geneva, World Health Organization, 2010.

World Health Organization. *Guidelines for medico-legal care of sexual violence survivors*. Geneva, World Health Organization, 2002.

WHO/UNHCR/UNFPA. *Clinical management of rape survivors. E-learning programme*. Geneva, WHO/UNHCR/UNFPA, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>, accessed 10 April 2013).

5. سياسات الرعاية الصحية وآليات تقديمها

Coyer SM et al. Screening for violence against women in a rural health care clinic. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2006, 6(1).

Crandall CS, Helitzer D. *Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) programme. Final Report for the U.S. Department of Justice, Document No. 203276, Award Number: 98-WT-VX-0027, December 2003*.

Derhammer F et al. Using a SANE interdisciplinary approach to care of sexual assault victims. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26 (8):488–496.

Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM. One year follow up of an emergency department protocol for abused women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1999, 23(4):418–420.

Fanslow JL et al. Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1998, 22(5):598–603.

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

4. تدريب مقدمي الرعاية الصحية على عنف الشريك والعنف الجنسي

Bott S, Guedes AC, Guezmes A. The health service response to sexual violence: lessons from IPPF/WHO members associations in Latin America. In: Jejeeboy SJ, Shah I, Thapa S, eds. *Sex without consent: young people in developing countries*. London, Zed Books Ltd, 2005:251–268.

Campbell JC et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2001, 8(2):131–138.

Coonrod DV et al. A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2000, 75(1):55–57.

Donohoe J. Uncovering sexual abuse: evaluation of the effectiveness of The Victims of Violence and Abuse Prevention Programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17 (1):9–18.

Dubowitz H et al. The safe environment for every kid model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*, 2011, 127 (4):e962–970.

Feder G et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomised trial of a primary care training and support programme. *The Lancet*, 2011, 19:1788–1795.

Garg A et al. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*, 2007, 120(3):547–558.

Grisurapong S. Health sector responses to violence against women in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2004, 87(Suppl. 3):S227–234.

Lo Fo Wong SLF et al. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomized control trial. *British Journal of General Practice*, 2006, 56:249–257.

Gerbert B et al. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Annals of Internal Medicine*, 1999, 19; 131(8):578–584.

Glass N, Dearwater S, Campbell JC. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven community hospital emergency departments in Pennsylvania and California Community Hospital Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, 2001, 27:141–149.

Rodriguez M et al. Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence: implications for health care professionals. *West Journal of Medicine*, 1998, 169:337–341.

Sachs C et al. Failure of the mandatory domestic violence reporting law to increase medical facility referral to police. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:488–494.

Smith JS et al. Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *Journal of Trauma Nursing*, 2008, 1:9–11.

Tilden VP et al. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(4):628–633.

رصد وتقييم تنفيذ المبادئ التوجيهية

Bloom SS. *Violence against women and girls: a compendium of monitoring and evaluation indicators*. Chapel Hill, NC, Measure Evaluation, 2005 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-08-30>, accessed 12 April 2013).

World Health Organization. *Psychological first aid*. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).

Feder GS et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomized controlled trial of a primary care training and support programme. *The Lancet*, 2011, 378(9805):1788–1795.

Gregory A et al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2010, 10(1):54.

Harwell TS et al. Results of a domestic violence training programme offered to the staff of urban community health centres. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(3):235–242.

Kim JC et al. Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. *BMJ*, 2009; 338:1559–1562.

McCaw B et al. Beyond screening for domestic violence: a systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 21(3):170–176.

Muñoz CF et al. Improving care for victims of domestic violence. Impact of a priority intervention. *Atención primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 2001, 28(4):241.

Ramsden C, Bonner M. A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 2002, 10(1):31–39.

Sampsel K et al. The impact of a sexual assault/ domestic violence program on ED care. *Journal of Emergency Nursing*, 2009, 35(4):282–289.

Spinola C et al. Developing and Implementing an Intervention. *Evaluation & The Health Professions*, 1998, 21(1):91.

6. التبليغ الإجباري عن عنف الشريك

Feldhaus KM et al. Physicians' knowledge of and attitudes toward a domestic violence mandatory reporting law. *Annals of Emergency Medicine*, 2003, 41; 1:159.

Louise M. HOWARD

Professor in Women's Mental Health &
Head of Section of Women's Mental Health
Health Service and Population Research
Department
PO31 Institute of Psychiatry
King's College London
De Crespigny Park
London SE5 8AF,
UK

Rachel JEWKES*

Director
Gender & Health Research Unit
Medical Research Council
Private Bag X385
Pretoria 0001
South Africa

Ruxana JINA

University of the Witwatersrand
PRIVATE BAG 3, WITS
Post Office WITS Johannesburg
Johannesburg, Gauteng
South Africa

Joanne KLEVENS

Centers for Disease Control
National Center for Injury Control and
Prevention
Division of Violence Prevention
Prevention Development and Evaluation
4770 Buford Hwy, Mailstop F-63
Atlanta, GA 30341
USA

Sylvie LO FO WONG

Family physician/senior researcher
Radboud University Nijmegen Medical Centre
Department of Primary & Community Care
Gender & Women's Health
POB 9101/ 117
6500 HB Nijmegen
Netherlands

Judith MCFARLANE

Parry Chair in Health Promotion & Disease
Prevention
PI – Mother Child Study To Inform Practice &
Policy
Professor, Texas Woman's University,
College of Nursing Houston, TX 77030
USA
Visiting Professor
Aga Khan University, School of Nursing and
Midwifery, Karachi, Pakistan

Harriet MACMILLAN

Professor, Departments of Psychiatry and
Behavioural Neurosciences and Pediatrics
David @ Dan Offord Chair in Child Studies
Offord Centre for Child Studies

2. الخبراء الخارجيون وموظفو منظمة الصحة العالمية المشاركون في إعداد المبادئ التوجيهية فريق إعداد المبادئ التوجيهية * أعضاء الفريق التوجيهي

Siti Hawa ALI

Associate Professor
School of Health Sciences
Universiti Sains Malaysia
Kampus Kesihatan, Kubang Krian, 16150
Kota Bharu, Kelantan
Malaysia

Maha A. ALMUNEEF

(was unable to attend the meeting but was
invited to review final document)
Executive Director, National Family Safety
Program
member of Princess Nora Bint Abdullah
Women's Health research Chair
King Saud University
Riyadh,
Saudi Arabia

Jacquelyn C. CAMPBELL

Anna D. Wolf Chair, Gilman Scholar and
Professor
National Director, Robert Wood Johnson
Foundation
Nurse Faculty Scholars
The Johns Hopkins University School of Nursing
525 N. Wolfe St., RM 436
Baltimore, MD 21205-2110
USA

Padma DEOSTHALI*

Coordinator
Centre for Enquiry into Health & Allied Themes
Research Centre of Anusandhan Trust Sai
Ashray, Aram Society Road
Vakola, Santacruz (E), Mumbai 55
India

Gene FEDER (Chairman of the GDG)*

Professor of Primary Health Care
Academic unit of primary health care
School of Social and Community Medicine
University of Bristol
Canyng Hall, 39 Whatley Road
Bristol BS8 2PS,
UK

Kelsey Lee HEGARTY

Associate Professor
Department of General Practice
University of Melbourne
Victoria 3010,
Australia

أمانة منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للأمريكتين

Regional Advisor, Intra-Family Violence
Area of Sustainable Development and
Environmental Health (SDE)
Washington, DC,
USA

المكتب الإقليمي لأوروبا

Isabel Yordi
Regional Gender Advisor,
Copenhagen,
Denmark

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية - إدارة الصحة الإيجابية وبحوثها

Claudia GARCÍA-MORENO (Lead)*
Lead Specialist
Gender, Rights, Sexual Health and Adolescence
(GRR)

Metin GULMEZOGLU
Medical Officer
Technical Cooperation with Countries for SRH
(TCC)

Catherine DARIBI
Assistant, GRR

Nancy TURNBULL*
Project Manager
London, UK

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية - إدارة الصحة النفسية ومعاقرة مواد الإدمان

Mark VAN OMMEREN
Scientist
Mental Health: Evidence and Research (MER)

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية - إدارة الوقاية من الإصابات والعنف

Christopher MIKTON
Technical Officer, VIP

الزملاء المراجعون

Dr Nicola Christofides
School of Public Health Sciences Faculty
University of Witwatersrand
7 York Road Parktown 2193
South Africa

Lina Digolo-Nyagah
Liverpool VCT Care & Treatment
PO Box 19835-00202
Nairobi
Kenya

McMaster University
Patterson Building, 1280 Main Street West
Hamilton, Ontario L8S 4K1
Canada

Sandra L. MARTIN*
Professor, The University of North Carolina at
Department of Maternal and Child Health
Rosenau Hall, CB#7400
Chapel Hill, NC 27599-7400
USA

Jagadeesh. NARAYANA REDDY
Professor of Forensic Medicine
Vydehi Institute of Medical Sciences & Research
Centre
82, EPIP area, Whitefield
Bangalore-560066, Karnataka
India

Josephine NJOROGGE (until January 2012)
Liverpool VCT Care & Treatment
P.O. Box 19835-00202
Nairobi
Kenya

Ana Flávia Pires Lucas d'OLIVEIRA
Departamento de Medicina Preventiva FMUSP
Av Dr Arnaldo, 455, segundo andar
São Paulo – SP
CEP: 01246903
Brazil

Aurora del RÍO ZOLEZZI
Deputy Director General of Gender Equity
National Center for Gender Equity and
Reproductive Health
Ministry of Health Mexico
Mexico D.F.,
Mexico

Laura SADOWSKI*
Co-Director, Collaborative Research Unit
Cook County Hospital
1900 W. Polk Street 16th floor
Chicago, Illinois 60612
USA

Agnes TIWARI
Professor and Head
School of Nursing
The University of Hong Kong
Li Ka Shing Faculty of Medicine
4/F, William MW Mong Block
21 Sassoon Road, Pokfulam
Hong Kong

ZHAO Gengli
Associate Professor and Director
Women's and Children's Health Center of
Peking University
#1 XiAnMen Street
Beijing, 100034
People's Republic of China

Jiuling Wu

National Center for Women & Children Health,
Chinese Center for Disease Control and
Prevention Building A No.13 Dongtucheng Rd.
Chaoyang District, Beijing 100013
China

إعلان المصالح لفريق إعداد المبادئ التوجيهية

قدم كل الأعضاء استمارة إعلان المصالح. وفي بداية الاجتماع، أعلن جميع الأعضاء شفويًا عن مصالحهم للمجموعة. وهذا المجال ليس مجالاً توجد فيه مصالح تجارية؛ لكنه مجال توجد فيه آراء قوية ومصالح بحثية معلنة، تشتمل على المنح الممولة. وهو مجال صغير ولذا فالمؤلفون لعدد من البحوث التي نُرَجِّع كانوا جزءاً من فريق إعداد المبادئ التوجيهية. ولذلك قبل مناقشة كل موضوع، أعلن الأعضاء عما إذا كانوا:

- محققين في أي دراسة تُناقش.
- يجرون أي بحث حال في هذا المجال.
- معروفين بأن لهم رأياً معلناً.

وكان لرئيس الاجتماع رأي معلن بشأن التحري الشامل ولذلك لم يرأس المناقشة المعنية بالتحري. وكان كثير من أعضاء فريق إعداد المبادئ التوجيهية من الباحثين الذين شاركوا في تجارب بحثية تجري مناقشتها، وكانوا بمثابة خبراء في المعرفة، ولم يشاركوا في المناقشة نفسها. بخلاف ذلك، اعتبرت المشاركة الكاملة مشاركة مناسبة. ولم يشكل المشاركون الآخرون أي مصالح متضاربة محتملة.

Dr Jill Keesbury

Formerly the Programme planner of the
Population Council,
Zambia

Prof Bob Mash,

Head of Division, Family Medicine and Primary
Care University of Stellenbosch
South Africa

Dr Maha Al Muneef

Saudia Arabia – see GDG

Dr Vivienne Nathanson on behalf of

World Medical Association
13 chemin du Levant (Bâtiment A)
01210 Ferney-Voltaire
France

Prof Michael Rodriguez

Department of Family and Community
Medicine San Francisco General Hospital
Medical Center University of California, San
Francisco (UCSF)
San Francisco, CA 94110
USA

Dr Francelina Romao

Gender Adviser
Ministry of Health
Maputo,
Mozambique

Dr Nadine Wathen

McMaster University
Patterson Building, 1280 Main Street West
Hamilton, Ontario L8S 4K1
Canada

3. قائمة بكامل جداول المراجعات والبيّنات.

لم تدرج في هذه الوثيقة المعايير الموحدة المستعملة في تصنيف البيّنات وجدول منهجية (GRADE). ويتاح في الوثيقة كامل المراجعات بالإضافة إلى جداول البيّنات. وتوجد قائمة بالوثائق المنفصلة أدناه (وهي متاحة عند الطلب من rhr@who.int (HYPERLINK "mailto:rhr@who.int")

الملحق	المراجعة	جداول البيّنات
التدخلات السريرية لعنف الشريك وتشمل التعرف عليهم	a-1 ملخص البيّنات: التعرف على الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن	b-1 ملخص التوصيات: التعرف على الناجيات من عنف الشريك ورعايتهن
التدخلات السريرية بعد الإعتداء الجنسي	a-2 ملخص البيّنات: الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي	b-2 ملخص التوصيات: الرعاية السريرية للناجيات من الاعتداء الجنسي
التدريب	a-3 ملخص البيّنات: تدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعامل مع عنف الشريك والاعتداء الجنسي	b-3 ملخص التوصيات: تدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعامل مع عنف الشريك والاعتداء الجنسي
تقديم الرعاية الصحية	a-4 ملخص البيّنات: سياسات وبنود الرعاية الصحية	b-4 ملخص التوصيات: سياسات وبنود الرعاية الصحية
الإبلاغ الإلزامي	a-5 ملخص البيّنات: الإبلاغ الإلزامي عن العنف من الشريك	b-5 ملخص التوصيات: الإبلاغ الإلزامي عن العنف من الشريك

