

## تقييم نموذج للتدخل ضد العنف المنزلي المطبق في خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية بأحد مستشفيات المملكة المتحدة

بقلم: لورين ج. باكوس،<sup>(أ)</sup> سوزان بيولي،<sup>(ب)</sup> كارلوس توريس فيتولاس،<sup>(ج)</sup> جيليان أستون،<sup>(د)</sup> بيتر جوردان،<sup>(هـ)</sup> سوزان ف. ماراي<sup>(و)</sup>

- (أ) كلية "كينجز كوليدج لندن" (وقت إجراء الدراسة)، والأن مدرسة في العلوم الاجتماعية، قسم الصحة والتنمية العالمية، مركز النوع الاجتماعي والعنف والصحة، كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة البريد الإلكتروني: Loraine.Bacchus@lshtm.ac.uk
- (ب) استشارية توليد، إدارة خدمات المرأة، مؤسسة "جايز" و"سان توماس" وهيئة خدمات الصحة الوطنية Guy's & St Thomas NHS Foundation Trust، أستاذ شرفي بكلية كينجز كوليدج لندن، المملكة المتحدة
- (ج) مساعد باحث، كلية كينجز كوليدج لندن (وقت إجراء الدراسة)، طالب دكتوراه، بكلية لندن للعلوم السياسية والاقتصادية، لندن، المملكة المتحدة
- (د) مدرسة قسم التمريض (مهنة القابلات)، كلية كينجز كوليدج لندن، كلية فلورنس نايتنجيل للتمريض والتوليد، لندن، المملكة المتحدة
- (هـ) متخصص في الاقتصاد، المكتب الاستشاري PJA Consultants، لندن، المملكة المتحدة
- (و) محاضر في الرعاية الصحية الدولية، كلية كينجز كوليدج لندن، قسم السياسات والإدارة الصحية، كلية فلورنس نايتنجيل للتمريض والتوليد، لندن، المملكة المتحدة

### ترجمة: أمل التريزي

**موجز المقال:** تقدم هذه الورقة تقريرًا عن تقييم نموذج من نماذج التدخل في أحد مستشفيات المملكة المتحدة ضد العنف المنزلي، عبر خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية. ويشمل التدخل خطوطًا إرشادية، وتدريبًا للعاملين، وإدراج استقصاء روتيني عن حالات العنف المنزلي لكل المرضى، وإحالة النساء اللاتي يفصحن عن تعرضهن للعنف إلى مواقع خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وجرى تطبيق منهج "استقصائي قائم على فرضيات" لتقييم التدخل. كما تم تحديد واختبار الفرضيات القائمة على برامج، باستخدام المقابلات التي جُرى مع مقدمي الخدمات والمرضى، ومراجعة سجلات المرضى، وإجراء استبانات قبل التدريب وبعده، ونتج عن تدريب العنف المنزلي تغييرات في مستوى المعرفة والممارسة لدى المهنيين الصحيين على المدى القريب؛ غير أن الاستقصاء الروتيني الشامل لم يتحقق حتى في سياق توفر الدعم التنظيمي، والخطوط الإرشادية، والتدريب، والدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. فقد ظهرت أضرار محتملة وأخرى فعلية، بما في ذلك انتهاك السرية، وعدم توثيق الأدلة؛ مما يُحد من قدرة المرأة على الحصول على تعويضات مدنية وقانونية. وحققت دعم خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي نتائج إيجابية للعديد من النساء، مع استمرار تقديم الدعم حفاظًا على التغييرات الإيجابية؛ سواء مكثت المرأة مع شريكها العنيف أو تركته. وقد اتضح أن خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية مواتية للقيام بتدخلات في مجال الخدمات المتصلة بالعنف المنزلي، بما يجمع بين الاستقصاء الروتيني الذي يجريه الأطباء، والدعم المقدم بعد الإفصاح عن وقوع العنف، والاهتمام بالتخفيف من الضرر الواقع.

© مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٠

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

**الكلمات الدالة:** العنف القائم على النوع، وتدريب مقدمي الخدمات، والاستقصاء الروتيني عن حالات العنف، ودعم الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، والمملكة المتحدة.

الصحية؛ حيث قُدِّمَ التدخل للنساء اللاتي تركن بالفعل الشريك العنيف. وكُنَّ يسعين إلى الحصول على المساعدة، في حين لا يُعرف إلا القليل حول تدخلات الدفاع عن المعتقات المستفيدات من الخدمات الصحية، واللاتي لا يزلن في علاقة مع شريكهن العنيف. ورغم قيام بعض الجهات المهنية الصحية بأنشطة واسعة النطاق للدعوة إلى الفحص الشامل لحالات العنف المنزلي،<sup>٢</sup> وما استتبعه من توثيق للفوائد التي نتجت عنها،<sup>١</sup> فمن الصعب تطبيقها على العيادات الطبية. كما أن هذه المبادرات لا تخلو من المخاطر. وتنفيذها يتطلب التقييم الدقيق.

يعرض هذا المقال النتائج التي خلص إليها تقييم نموذج من نماذج التدخل ضد العنف المنزلي المطبَّق في خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية بأحد مستشفيات المملكة المتحدة، باستخدام إطار "استقصاء قائم على فرضيات". ويتطلب التدخل تقديم خطوط إرشادية طبية عن العنف المنزلي، وبرنامج مستمر من التدريب ليوم واحد حول العنف المنزلي (يونيو ٢٠٠٥ وسبتمبر ٢٠٠٧) يستهدف المهنيين الصحيين. لتعزيز معرفتهم بالعنف المنزلي وأثاره، وتمكينهم من إجراء استقصاء روتيني عن حالات العنف وتوثيقها. وإحالة النساء اللاتي يفصحن عن تعرضهن للعنف إلى موقع منظمة يتم التعاقد معها للدفاع عن حالات العنف المنزلي (مشروع موزايك لرفاهية المرأة MOZAIIC Women's Wellbeing Project المقدم من منظمة مجتمعية). وقدم التدريب أحد المتخصصين في العنف المنزلي، الذي يعمل في المستشفى، وشاركت إحدى القابلات في عمل ميسّر التدريب. وجرى استخدام مجموعة من الأساليب التعليمية، والتدريبات الجماعية، ولعب الأدوار، ومشاهدة

يُقصد بتعبير العنف المنزلي أي سلوك، في إطار علاقة حميمة، يتسبب في ضرر جسدي، أو نفسي، أو جنسي، يقع على الأشخاص داخل هذه العلاقة؛ وهو سبب رئيس لحالات المرض والوفاة بين النساء.<sup>١</sup> وأثبتت الدراسات السكانية من جميع أنحاء العالم مدى تفشي ظاهرة العنف المنزلي<sup>٢</sup> - بما فيه العنف في أوقات الحمل. وردًا على تفشي هذه المشكلة الصحية العامة، حددت منظمة الصحة العالمية العنف ضد المرأة، أنه إحدى المشكلات المهمة المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية؛ ومن ثم، تقوم العديد من الهيئات، المسؤولة عن القائمين على تقديم الرعاية الصحية، بتشجيع الأعضاء العاملين لديها على اتخاذ تدابير للمشاركة الفاعلة في تحديد النساء المعرضات لخطر العنف المنزلي، وكذا تشجيعهم على الاستجابة لما يحتاجه النساء المعتقات والمستفيدات من تلك الخدمات، في إطار استراتيجيات تطبَّق على مستوى القطاعات المتعددة.<sup>٣</sup>

ولا يزال يسيطر على جدول أعمال السياسات والبحوث النقاش حول أفضل طريقة لتحديد النساء المعتقات ودعمهن، مع الحرص على تجنب احتمالات تضررهن. وتشير الاستعراضات التي جُرى بانتظام إلى غياب الأدلة القوية التي توضح مدى فعالية تدخلات قطاع الصحة فيما يتعلق بفحص حالات العنف المنزلي. وقد أوضحت تجربة عشوائية، خضعت للمراقبة في الولايات المتحدة، مدى فعالية التدخل المجتمعي من خلال الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، حيث قُدِّمت المشورة والدعم العملي للنساء، بما قلل من مستويات العنف ورفع مستوى الدعم الاجتماعي وجودة الحياة.<sup>٤</sup> ومع ذلك، من الصعب تعميم هذه النتائج على النساء المعتقات المستفيدات من الخدمات

وما يستتبعه من نتائج؛ وقياس أنشطة البرامج والنتائج المستهدفة؛ وتحليل النتائج وتفسيرها. بما يستلزم من تعديل للنظرية وتخصيص للموارد.<sup>٩، ٨</sup> يمكن الاطلاع على مزيد من التفاصيل عن الأساليب المستخدمة<sup>١٠</sup> في التقرير الكامل.<sup>١١</sup> وترد في هذه الورقة النتائج المستخلصة من فحص الفرضيات الأساسية التالية حول البرنامج في العيادتين:

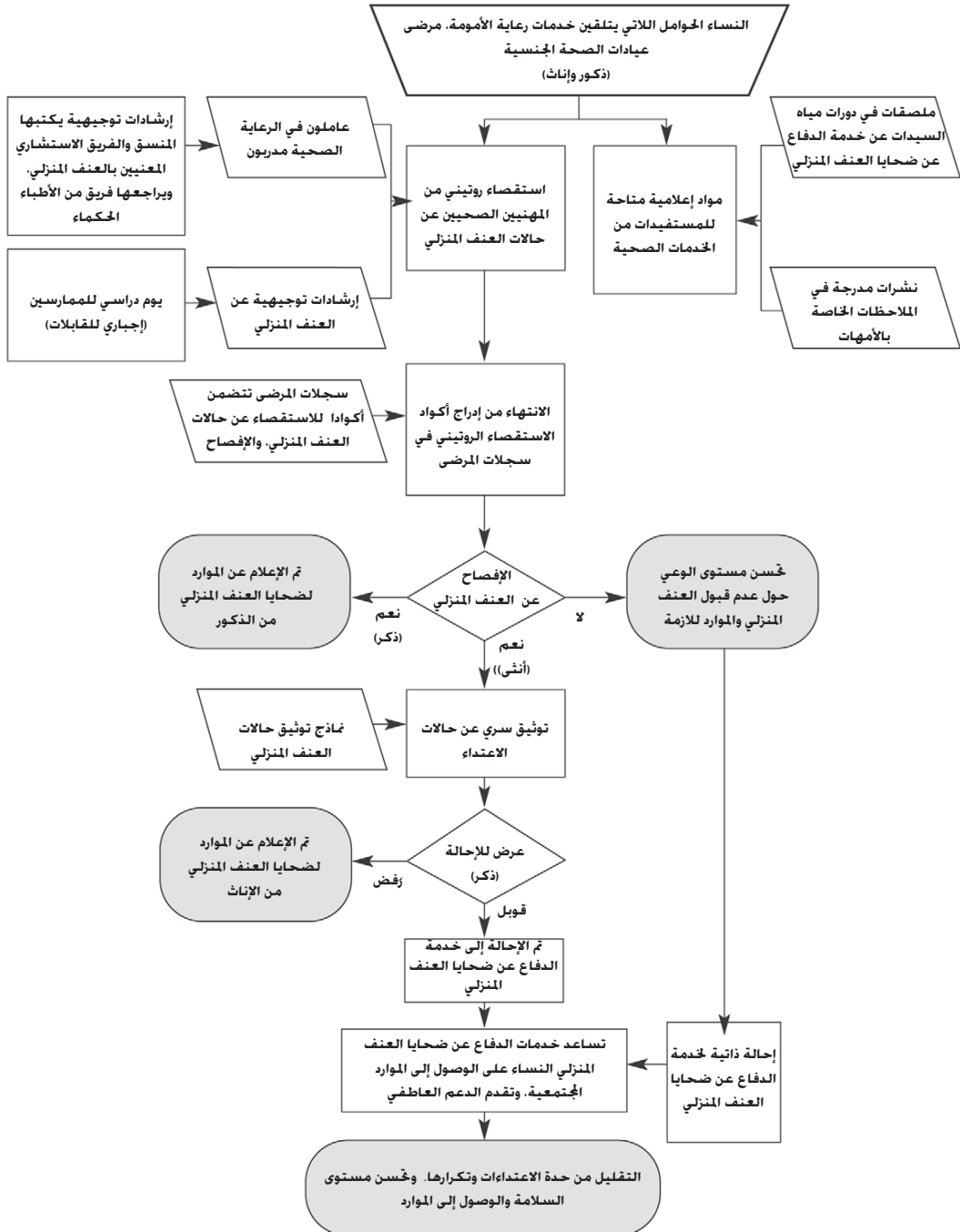
- سيساعد التدريب العاملين في مجال الصحة على تنفيذ الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف المنزلي.
  - من شأن تنفيذ برنامج الاستقصاء الروتيني، وكذلك تقديم الدعم في موقع الجهة المقدمة لهذه الخدمة - بعد الإفصاح عن التعرض للعنف المنزلي، من شأنهما أن يرفعا من مستوى الكشف عن حالات العنف المنزلي.
  - خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية هي من نقاط الكشف المبكر للتدخل من أجل تقليص حالات العنف المنزلي.
  - بإمكان النساء، اللاتي يحصلن على دعم من جهات تقديم خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، تحسين وضعهن الشخصي .
  - لن ينتج أي ضرر عن الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف، وما يستتبعه من تقديم خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي.
- يوضح الشكل (١) المراحل الأساسية في عملية التدخل والنتائج المستهدفة منه.

اسطوانة فيديو مدمجة لاستقصاء روتيني. واستلم المهنيون الصحيون مواد التدريب التي تتضمن معلومات ومواد مرجعية كانت أيضا متوفرة في عياداتهم. واستخدم نموذج التدخل للدفاع عن ضحايا العنف المنزلي "منهجًا يركز على المرأة" وقائمًا على ما قامت به النساء من خلال الخاتهن وما يشعرن به من مخاطر اللجوء إلى خيارات مختلفة، وذلك لدعم احتياجاتهن المتغيرة وتلبتها.<sup>٧</sup> قام المدافعون عن ضحايا العنف المنزلي بمساعدة النساء في الحصول على مجموعة من الموارد المجتمعية. كما تمكنت العاملات بالمستشفى، اللاتي تعرضن للعنف المنزلي، من استخدام خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وقدمت العيادة الصحية الجنسية للمرضى من الذكور، الذين أفصحوا عن تعرضهم لعنف منزلي، معلومات حول الخدمات المتوفرة لضحايا العنف المنزلي ومرتكبيه من الذكور.

#### الأساليب:

حصلت الدراسة على موافقة معنية بالمعايير الأخلاقية، من لجنة الأخلاق التابعة لمستشفى سان توماس في ديسمبر ٢٠٠٤. اخترنا منهج "نظرية التغيير"، لما يوفره من أسلوب لتقييم الصلات بين الأنشطة والنتائج والسياقات، بطريقة منتظمة وتراكمية. ولهذا المنهج ثلاث مراحل: تقديم بيان واضح إلى أصحاب المصلحة بالافتراضات التي حددت في إطار البرنامج، حول التوقعات بالتغييرات السلوكية التي قد تحدث بفضل هذا التدخل

## الشكل (١): الأنشطة الرئيسية في عملية التدخل والنتائج المستهدفة منه



وتحديد أثر التدريب على المهارات، ومستوى الراحة والثقة في تحديد حالات العنف المنزلي والتعامل معه. واختير المشاركون وفقاً لسياق الخدمة التي تقدمها العيادة (صحة الأمومة أو الصحة الجنسية)، والفئة المعنية (أطباء، ومرضات، وقابلات، واستشاريو الصحة)، والجنس، والوقت المنقضي منذ تلقي التدريب (ثلاثة أشهر مقارنةً بستة أشهر فما يزيد).

#### استعراض سجلات المرضى:

جرى استعراض سجلات المرضى في عيادات صحة الأمومة والصحة الجنسية لشهر يناير ٢٠٠٧، لتحديد معدل الاستقصاء الروتيني المتبّع، والكشف عن حالات العنف المنزلي. بعد حصول المهنيين الصحيين على التدريب ففي يناير ٢٠٠٧، كان قد حصل على تدريب العنف المنزلي ٢٠١ قابلة (٦٥٪)، و٣٢ من المهنيين في مجال الصحة الجنسية (٥٨٪)، العاملين في الخدمتين الطبيتين المقدمتين. وجرى استعراض سجلات الأمهات لعدد ٤٨٧ أم (٩٨٪) من إجمالي ٥٠١ أم ولدت في يناير ٢٠٠٧، وحضر إجمالي ٩١٥ مريضة عيادة الصحة الجنسية في يناير ٢٠٠٧. ومع ذلك، تضمن ٦٤٤ سجل فقط (٧٣٪)، من بين السجلات البالغ عددها ٨٧٩ سجل، والخاضعة للمراجعة. كوداً يشير إلى حالات عنف منزلي، ثم خضعت للتحليل.

ومن أجل فحص مستوى تغطية الاستقصاء الروتيني للخدمات المقدمة للأمهات على مدار العام، كان هناك بيانات مقارنة متوفرة من استعراض جاء في دراسة أخرى عن سجلات الأمهات<sup>١٣</sup> في يناير-مارس ٢٠٠٦، حيث تلقت بالفعل ١١٠ قابلة، ممن يعملن في خدمات صحة الأمومة (٥٠٪)، تدريباً على الاستقصاء الروتيني. ولم تتوفر مثل هذه البيانات المقارنة لعيادات الصحة الجنسية.

#### مقابلات نوعية مع مقدمي الخدمات والمستفيدين منها:

استُخدمت عينات محددة الهدف لاختيار المهنيين الصحيين والمستفيدين من خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية، لإجراء مقابلات معهم.<sup>١٤</sup> وأجريت مقابلات شبيهة منظمة مع ٣٤ امرأة، في مدة تراوحت بين شهر و٢٢ شهراً، بعد أن حصلن على دعم من خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، وذلك للوقوف على ما استفدن به من لقاءاتهن بالمهنيين الصحيين والقائمين على تقديم خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. كان اختيار النساء قائماً على نطاق الخدمة التي تقدمها العيادة، وما إذا كن يعشن - وقت الإحالة إلى خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي - مع من يرتكب العنف ضدهن أم لا، وفترة ممارسة العنف ضدهن، وما إذا كن حوامل أم لا، ووضعهن مع شؤون الهجرة، وقدرتهن على الحصول على مالهن الخاص، وأصولهن العرقية، ولغتهن الأولى (الإنجليزية أم الإسبانية). كما اشترك في تلك المقابلات ثلاث عاملات بالمستشفى ممن استخدمن خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وجاءت خواص النساء (ترد التفاصيل في التقرير الكامل) تمثيلاً جيداً للمرضى البالغ عددهن ١٥٦ امرأة، ممن استخدمن خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، وكن في الغالب من الشباب في الثلاثين من العمر. حاملات للجنسية البريطانية، ومن الأقليات العرقية.<sup>١٥</sup>

أجريت مقابلات شبيهة منتظمة (مع ثماني قابلات و١١ من المهنيين في مجال الصحة الجنسية) وست مناقشات بؤرية (مع ١٩ قابلة و٦ من المهنيين في مجال الصحة الجنسية)، من أجل الوقوف على مكونات التدريب التي كان لها فائدة عظيمة في العيادات الطبية.

الصحيين في مجال الصحة الجنسية لم يتلقوا أي تدريب على العنف المنزلي من قبل: في حين أفادت الاستبانة التي تمت بعد التدريب مباشرةً أن ١٧٤ (٨٢٪) من المهنيين في مجال صحة الأمومة، و٣٨ (٩٥٪) من المهنيين في مجال الصحة الجنسية أبدوا تحسناً بالغاً في مستوى معرفتهم بالعنف المنزلي. ومع ذلك، وفقاً للاستبانة التي أجريت بعد التدريب بستة أشهر، أفادت ٤٣ من ٥٦ قابلة ممن أجبُن على الاستبانة أنهن واجهن مشكلات: مثل حضور الشركاء أو الأقارب في جلسة الاستشارة، وحواجز اللغة، وضيق الوقت في العيادات المزدحمة، وعدم ثقة بعض النساء في المهنيين الصحيين. وانعكست أيضاً هذه النتائج على المقابلات ومناقشات المجموعات البُورية التي أُجريت مع القابلات.

ورغم الإيجابية التي أبدتها بعض المهنيين الصحيين فيما يخص أثر التدريب على قدرتهم على الاستقصاء عن حالات العنف المنزلي، فقد أبدى البعض الآخر تحفظه. على سبيل المثال:

- لم تشعر (القابلة الأولى) إلا "ببعض الثقة في التلميح بالموضوع مع النساء".

- في حين شعرت (القابلة الثانية) بعدم قدرتها على طلب الزوج مغادرة الحجرة، ولم تستطع التفكير فيما يمكنها قوله حول السبب في رغبتها في التحدث مع المرأة وحدها. وأظهر المهنيون الصحيون للتدريب مستويات مختلفة من الخبرات والمعارف، وهو ما يجب أخذه في الاعتبار عند تصميم برنامج التدريب. وأشارت بعض القابلات إلى حرصهن على عدم اتباع الطرق المباشرة في الاستقصاء الروتيني، مثلاً بأن تسأل "هل كل شيء على ما يرام في البيت؟" دون أن يتبعه أي أسئلة معينة. ولا يزال

استبانة قبل التدريب وبعده (المهنيون الصحيون) أجريت استبانة قبل التدريب وبعده على المهنيين الصحيين العاملين في خدمات صحة الأمومة وخدمات الصحة الجنسية، الذين حضروا تدريب العنف المنزلي. وقد دعاهم أحد الباحثين لملء استبيان قبيل البدء في التدريب: حيث استجاب معظمهم وقاموا بملئها. كما وُزِع استبيان آخر فور انتهائهم من التدريب. وقد قام معظم العاملين بملئه. وأُرسل للعاملين استبانة أخرى بعد انقضاء ستة أشهر على تدريبهم؛ ولم يجب عليها سوى ربع عددهم. ونُشرت تفاصيل هذه الاستبانة ونتائجها في أماكن أخرى.<sup>14,11</sup>

#### التحليل:

جرى نسخ البيانات المستخلصة من المقابلات النوعية وتخزينها في Atlas Ti Version 5.2. وأعطى الباحث كوداً لكل مقابلة. كما جرى استخدام خليل للمحتوى. لتحديد الموضوعات الرئيسية التي خضعت للفحص. من حيث علاقتها بالفرضيات التي يقوم عليها التدخل.<sup>11</sup> وجرى تخزين بيانات مستمدة من مراجعة سجلات بعض المرضى، واستبانة قبل التدريب وبعده، في SPSS Version 14. وأُجري خليل منفصل لكل مراجعة، واستُخدمت الإحصائيات الوصفية ومقاييس الارتباط.

#### النتائج:

• الفرضية الأولى: سيساعد التدريب العاملين في مجال الصحة على تنفيذ الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف المنزلي.

كثيراً ما يُفترض أن سلوك المهنيين الصحيين سيتغير بحضورهم التدريب؛ غير أن فعالية أي تدريب تتوقف على المتلقي وعلى التدريب نفسه. أشارت الاستبانة التي أجريت قبل التدريب أن ٩٤ (٥٥٪) من المهنيين الصحيين في مجال صحة الأمومة، و٣٣ (٩٢٪) من المهنيين

### حالات العنف المنزلي.

كانت السياسة المتبعة قبل التدخل هي الرد على الإفصاح التلقائي عن وقوع حالة عنف. فضلاً عن طرح أسئلة انتقائية عندما تظهر علامات دالة على حدوث شكل من أشكال الاعتداء. وقام تصميم التدخل على فكرة أن الاستقصاء الرؤيوني الذي يجريه العاملون. في سياق يمكنهم من خلاله إحالة النساء إلى موقع تقديم خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. هو تدبير أكثر فعالية من عملية الكشف عن حالات العنف المنزلي.

لا يمكن أن تخضع هذه الفرضية للاختبار الكامل. في ظل غياب البيانات الموثوق بها. والمتعلقة بمعدلات الإفصاح قبل التدخل. ومع ذلك. فإن مراجعة سجلات الأمهات التي تمت في يناير- مارس ٢٠٠٦ ويناير ٢٠٠٧. تشير إلى زيادة في معدل الاستقصاء الرؤيوني عن حالات العنف المنزلي وصلت إلى ثلاثة أضعاف: من ١٥٪ (١٧٠ من ١١٣٣ امرأة) في العام الأول من التدريب. إلى ٤٧٪ (٢٢٩ من ٤٨٧ امرأة) في العام الثاني (RR 3.09; CI 2.61-3.65). وفقاً لمراجعة السجلات في يناير ٢٠٠٧. كان معدل الاستقصاء الرؤيوني عن حالات العنف المنزلي في عيادات الصحة الجنسية بنسبة ٥٨٪ (٣٧٤ من ١٤٤ مريضاً). وكانت احتمالات سؤال المرضى الإناث عن حالات العنف المنزلي أكبر كثيراً من سؤال المرضى الذكور [٢٠٤ (١٨٪) مقابل ١٦٩ (٤٩٪)؛  $\chi^2=21.77$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ ]. وفي كثير من الأحيان. لم يشعر بعض المهنيين القائمين على الصحة الجنسية بالارتياح بسؤال الرجال ذوي الميول الجنسية للنساء حول حالات العنف المنزلي.

"... لذا ربما كانت أسئلتنا الرئيسية للرجال في عيادات الرجال المثليين - وهو أمر عرضي - فكانت الأمور على ما يرام. ولعل أصعب المرات

يستخدم الاستقصاء عن حالات العنف المنزلي في أوقات اختيارية. لا روتينية. حينما يجد العاملون فرصة مواتية لطرح الأسئلة.

"خرجت من التدريب وبنتابني شعور قوي بأني غير واثقة في قدرتي على طرح الأسئلة... ورغم أننا قمنا بتمثيل الأدوار. وتم شرح الأمر لنا. يبدو أن التدريب الفعلي حول طرح الأسئلة كان آخر شيء تدرينا عليه. وأن الوعي للعنف المنزلي شغل معظم اليوم." (الصحة الجنسية. المريضة الأولى من كبار المرضين)

"بصراحة. يمكنني القول إنني أسأل حوالي ٤٠-٥٠٪ من النساء اللاتي يسجلن اسمهن معي... لأنني أقول. حسناً. لن أسأل هذه المرة ولكن المرة القادمة سأشعر بأني أكثر قدرة على السؤال. أعتقد أننا نسأل عن أشياء كثيرة جداً وقت تسجيل البيانات. وأحياناً نشعر بتسلسل طبيعي للأسئلة التي يمكننا طرحها؛ وأحياناً تكون منبئة الصلة تماماً بالسياق. ولا تبدو صائبة." - (القابلة الثالثة) لم ينجح الجمع بين تدريب المهنيين القائمين على صحة الأمومة. والقائمين على الصحة الجنسية التي تتطلب. مثلاً. مهارات للتعامل مع المرضى الذكور الذين تعرضوا لعنف منزلي. أو يواجهون مزاعم ارتكابهم اعتداءات على شركائهم. فنظراً للطبيعة المتنوعة لفئات المرضى. كان المهنيون القائمون على الصحة الجنسية بحاجة لمعلومات محددة عن دعم من تعرض للعنف الجنسي. من مرضي مثليين ومثليات. وأولئك الذين يعانون من ازدواج الميول الجنسية. والمغايرين للهوية الجنسية.

• الفرضية الثانية: من شأن تنفيذ برنامج الاستقصاء الرؤيوني. وكذلك تقديم الدعم في موقع الجهة المقدمة لهذه الخدمة - بعد الإفصاح عن التعرض للعنف المنزلي - أن يرفعا من مستوى الكشف عن

المهنيين الصحيين تدريبات العنف المنزلي. ومع ذلك، نظرًا لأن المعلومات المتعلقة بالصحيين المهنيين المسؤولين عن تسجيل التاريخ الطبي للمرضى، كانت متضمنة في عينة فرعية فقط من سجلات المرضى في كل عيادة من العيادتين (٤٦٪، ٢٢٦ من ٤٨٧ عيادة من عيادات صحة الأمومة، و٥٤٪، ٣٥٢ من ٦٤٤ عيادة من عيادات الصحة الجنسية)، فإن النتيجة لا تغطي العدد الإجمالي لسجلات المرضى التي خضعت للمراجعة والتي تم الإبلاغ عنها من قبل.

• الفرضية الثالثة: خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية هي من نقاط الكشف المبكر للتدخل من أجل تقليل حالات العنف المنزلي.

قد تبدأ بعض حالات الاعتداء في أثناء فترة الحمل<sup>١٥</sup>؛ ففي وقت إعداد هذا التدخل، أعلنت وزارة الصحة بالملكة المتحدة، في نشرة صحفية، عن خطط لتشكيل فريق استشاري من الخبراء لمناقشة تقديم الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف المنزلي في عيادات رعاية الأمومة، وذلك لاستهداف المراحل المبكرة من الاعتداء الذي يتعرض إليه النساء، ولكن قد تُعرَّف خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية تعريفًا أفضل على أنها: "نقاط تدخل مواتية، حيث تفسح النساء اللاتي يحصلن على خدمات رعاية الأمومة، عن حالات قديمة لعنف ارتكبه شريك حياتهن". وتشير النتائج التي خرجت بها المقابلات إلى أن الاستراتيجيات التي عادةً ما تستخدمها

المرأة للتعامل مع المشكلة قد تكون أضعف في أثناء الحمل؛ عندما تكون أضعف جسديًا أمام أي اعتداء، وأقل قدرة على الحركة، وأكثر اعتمادًا على شريك حياتها لتوفير الدعم العملي لها، وقد تعاني من الاكتئاب، ومن بين العوامل التي دفعت النساء الحوامل للإفصاح

كانت مع الرجال المستقيمين في ميولهم الجنسية...الذين لا يفهمون لماذا نسألهم هذه الأسئلة." (الصحة الجنسية، المرضة الثانية من كبار المرضى). علاوة على ذلك، كانت احتمالات سؤال المرضى الشباب، في عيادات الصحة الجنسية، عن حالات العنف المنزلي أعلى (١٧٪ من المرضى  $\geq 25$  سنة، مقارنةً بنسبة ٤٢٪ من المرضى  $\leq 35$  سنة؛  $\chi^2=1.76$ ،  $df=3$ ،  $p \leq 0.01$ ). ولم يتم العثور على أي تحيزات اجتماعية ديموجرافية، تتعلق بالاستقصاء الروتيني، بين النساء اللاتي يحصلن على خدمات رعاية الأمومة.

لم يتم الكشف عن حالات العنف المنزلي من خلال الاستقصاء الروتيني فحسب، بل أيضًا من خلال خدمات رعاية الأمومة، حيث كانت العلامات التي لوحظت في العيادات من مثل الكدمات في منطقة البطن، أو علامات الاكتئاب، أو المشاحنات العلنية بين المرأة وشريكها؛ وهو ما راع انتباه المهنيين الصحيين لاحتمال وقوع حالات اعتداء، ودفعم للسؤال. وكانت الثقة والحساسية عنصرين ضروريين في الحالات التي كانت النساء تمانع فيها الكشف عن تعرضهن لأي اعتداء.

"...كانت دموعي تنهمر، حين لاحظت الكدمات الموجودة على ذراعي... وبدأت تسألني وقلت لها إنني بخير، ولكنها قالت "لا أظن، ويمكنك التحدث إلي"، ثم استمرت في دفعي إلى أن انفجرت بالحديث إليها." (المستفيدة الأولى من خدمات رعاية الأمومة، ٣١ سنة، تدخل بعد ١٣ شهرًا).

الجدول (١) يوضح معدلات الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف المنزلي، حسب وضع التدريب الذي تلقاه كل مهني صحي، وزادت احتمالات سؤال المرضى عن العنف المنزلي، بفضل حضور



## الجدول (١): معدلات الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف المنزلي الذي يجريه المهنيون الصحيون المسؤولون عن جمع بيانات التاريخ الطبي للمرضى، حسب حالة التدريب

الصحة الجنسية			صحة الأمومة			% من سألوا بصورة روتينية عن وقوع حالات عنف منزلي.
X <sup>2</sup>	%	عدد	X <sup>2</sup>	%	عدد	
١٨,٦	٦٧,٨	٢٠٦	٥٦,٣	٥٩,٠	١٩١	مدربون.
p≤0.01	٥٠,٠	١٤٥	p≤0.05	٢٢,٢	٣٥	غير مدربين.

له أثر في تغيير معتقدات بعض منهن: ومن ثم، كانت البذرة الأولى لإحداث تغيير في المستقبل.

"كنت أصر على عدم ربط ما يحدث لي بالعنف المنزلي...ولكن بعد الحصول على الكتيبات وقراءة بعض الأشياء، كنت أقول لنفسي إنني خُضت هذه التجربة." (المستفيدة الرابعة من خدمات رعاية الأمومة، ٣٣ سنة، تدخل بعد ٥ أشهر).

من جانب آخر، وصلت حالات العنف الذي تعرضت إليه بعض النساء إلى وضع مزمن، حينما قررن التحدث مع المهني الصحي. إذ كُن يعشن في خوف دائم، وهي مرحلة أخطر كثيراً من مراحل الاعتداء المبكرة، أو كُن يتعرضن لأنواع أشد قسوة من العنف، بما في ذلك الاغتصاب؛ بل في بعض الحالات، قام المعتدي عليهن بتهديدهن بالقتل تحديداً.

كان إدراج عيادات الصحة الجنسية، باعتبارها الموقع الثاني لتنفيذ التدخل، مبنياً على بحوث<sup>١١</sup> أفادت أن النساء المتعرضات للعنف المنزلي هن أكثر عرضة لمخاطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، ويواجهن مصاعب في التفاوض على استخدام وسائل منع الحمل، مقارنةً بالنساء اللاتي لا يتعرضن للاعتداء. إضافةً إلى ذلك، تزداد احتمالات انخراط المعتدين في

عن تعرضهن للاعتداء: تهديد شريك حياتها بأخذ الطفل منها، أو تصاعد وتيرة العنف أو حدته، أو رغبتها في حماية الجنين من الأذى الجسدي، أو خفير الشريك المؤذي لها أمام مقدم الرعاية الصحية.

"...تدهورت علاقتي مع زوجي عندما كُنْتُ حاملاً؛ لذا أول من اتصلت بها كانت القابلة، حقيقةً لكي أخبرها عن حالتي. "لأنني أحمل طفلاً ويساورني القلق." (المستفيدة الثانية من خدمات رعاية الأمومة، ٤٧ سنة، تدخل بعد ٨ أشهر)

"كان يجب عليّ أن أخبر [الطبيب]. كان لزاماً عليّ أن أحمي ابني، في حال رجوعه المحتمل إلى المستشفى في محاولة لعمل شيء ما. فبعد فترة قصيرة من ولادتي، تعدى عليّ جسدياً مرة أخرى؛ لذا كان عليّ إعلام شخص ما بهذا الأمر." (المستفيدة الثالثة من خدمات رعاية الأمومة، ٣١ سنة، تدخل بعد ١٣ شهراً).

بعض النساء لم يُعَرَّفن أنفسهن على أنهن ضحايا للعنف المنزلي؛ لأن الاعتداء الذي يتركب ضدهن كان في المقام الأول اعتداءً سيكولوجياً، أو لأنهن لم يعتبرن العنف الجسدي أمراً خطيراً. وفي الاستشارات مع المهنيين الصحيين الذين أوضحوا عدم قبولهم للسلوك العدواني، كان اعتراف النساء بطبيعة نيّة الاعتداء عليهن

تبين أن خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية تُعتبر مواتية للتدخل لمساعدة النساء المعرضات لأي اعتداء. في مراحل تختلف باختلاف درجة استعدادهن للبحث عن مساعدة وقبولها. كما أن الاستقصاء الروتيني الذي يقوم به المهنيون الصحيون أثبت نجاحه في الكشف عن النساء اللاتي يتعرضن لأشكال أخطر من الاعتداءات.

• الفرضية الرابعة: يمكن أن يتحسن وضع النساء اللاتي يحصلن على دعم من جهات تقديم خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي.

أدت المقابلات مع النساء إلى اكتساب رؤى متعمقة في العوامل المركبة المرتبطة بالسياقات المختلفة، والتي أثرت على نتيجة التدخل. وانعكس بعضها على النتائج الإيجابية التي حققتها. في حين كانت النساء لا يزلن يعشن مع المعتدي عليهن. ووصفت بعضهن عملية إعادة تقييم نقاط قوتهن ومهاراتهن. وزيادة فهم ديناميكيات العلاقة العدوانية، والأثر السلبي الذي تركته على أسرهن. وفيما يتعلق بالنساء اللاتي كن يقررن ما يجب عمله في المراحل المبكرة. كان الدعم المقدم لهن دافعاً في أحيان كثيرة للبدء في إعادة تقييم حالتهم. واكتساب رؤى متعمقة حول أنفسهن والعلاقة العدوانية التي يخضعن لها. وكسب الثقة في قدرتهن على بدء تغيير وضعهن والحفاظ عليه. وتمكنت النساء من الكشف عن خيارات مبدئية مثل: الانسحاب المؤقت من الوضع المؤذي، والاستفسار حول الإغانة الاجتماعية التي تقدم لعائل الأسرة الوحيد. والاتصال بالشرطة للإعلان عن حالة وشيكة الانفجار، والبحث عن مشورة من محام.

”كان بنتابني الرعب، وأظن أن ما ظهر في الاجتماع الأولي، هو حرصي على ألا يهرعوا إلى

مارسات جنسية عالية المخاطر؛ مثل ممارسة الجنس دون واق ذكوري مع شركاء متعددين. وهو ما يعرض المرأة لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. ففي عيادات الصحة الجنسية، كانت النساء اللاتي أفصحن عن عنف شريكهن مصابات أيضا بالأمراض المنقولة جنسيًا، وذكرن عدم قدرتهن على التحكم في الممارسات الجنسية لشريكهن. وسلوكياته الخطيرة مثل: (استخدام المخدرات بالحقن. ومعاشرة شركاء متعددين). بل ذكرن حالات أشد قسوة من العنف - من بينها الاعتداء الجنسي والاعتداء.

”كنت أتردد باستمرار على العيادة، وكنت أشعر بالخجل. عندما يسألني العاملون بها “ولماذا لم تستعملي الواقي الذكوري؟” وأنا أفكر. حسنًا، كيف لي أن أخبر أحدا أن الأمر ليس بيدي، بل أنني لا أرغب في ممارسة الجنس. فأنا مجبرة عليه.“ (المستفيدة الأولى من خدمات الصحة الجنسية، ٤٣ سنة، تدخل بعد ١٤ شهرًا).

”كنت هناك لعمل اختبار مسحة من الرحم... وعندما حاولوا إدخال الآلة شعرت بالأم شديدة. كان وضعًا غير مريح بالمرّة. وقلت لها لا أدري إن كان السبب هو تعرضي لمشكلات كثيرة في زواجي... كانت تسألني عن نوع المشكلات. فقلت لها. حسنًا، زوجي عنيف جدًا وعدواني للغاية، وهو ما دفعني لمغادرة غرفة النوم... وحتى إن رفضت وحاولت مصارعتة، كان هذا يزيد المشكلة فداحة في حقيقة الأمر. لأنه هجم عليّ فعليًا وأنا في سريري.“ (المستفيدة الثانية من خدمات الصحة الجنسية، ٤٨ سنة، تدخل بعد شهرين).

لا تشير النتائج إلى أن التدخل ساعد على تحديد النساء في مراحل مبكرة من العلاقة العدوانية، بما يمنع تصاعد حدة العنف. ولكن

ذلك سلاحًا للاعتداء عليك أكثر. لأنه يعرف أن مهما [فعل] بك، فإنك [لن تستطيع] عمل أي شيء حياله." (المستفيدة الرابعة من خدمات رعاية الأمومة، ٢٨ سنة، تدخل بعد ٩ أشهر).

كان من بين ٣٤ امرأة جرى مقابلتهن، ٢٢ امرأة تعشن مع شريكهن المعتدي، وقت إحالتهم إلى خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، وذلك مقارنة بثلاث نساء فقط من جرى مقابلتهن بعد التدخل. واستمر الاعتداء على بعض النساء بعد انفصالهن؛ بمطاردتهن، وتهديدهن، والتحرش بهن، والاعتداء الجسدي عليهن، بل وفي حالتين، تم اغتصابهن، وعانت بعض النساء من التهديدات اللفظية، والاعتداءات الجسدية، حينما أخذن أطفالهن لزيارة شريكهن السابق، وتم الإبلاغ عن مشكلات أخرى بعد الانفصال؛ تضمنت الاكتئاب، والعزلة، والمشاعر المترسبة تجاه المعتدي عليهن، ومصاعب عملية - مثل السكن في أماكن غير ملائمة أو ذات نوعية متدنية في مناطق غير لائقة، ونقص ما يلزم لرعاية الأطفال من مال أو دعم، والبطالة.

"بالحرف الواحد، أنام ومعني سكين، أو أي شيء للدفاع عن نفسي لأنني لا أعرف ما سيحدث لي. في الساعات المبكرة من الصباح، الثانية أو الثالثة، أسمع الطرقة على الباب ويكون هو الطارق، ولأنني لا أفتح الباب، يقول "أه، أعرف أن معك رجلًا يا عاهرة، افتحي الباب"، ويركل الباب، ويطلق النوافذ حتى يوقظ ابني والمولود الجديد." (المستفيدة رقم ٣ من خدمات رعاية الأمومة، ٣٣ سنة، تدخل بعد ٥ أشهر)

"هذا المكان [المأوى] يخنقني، وأحيانًا يفوق احتمالي أي شيء وكل شيء... لا أزال أفكر [فيه] وينتابني الرعب عندما أفكر أنني أود رؤيته عندما أنتقل لسكن خاص بي...أعتقد أنها الوحيدة، فإنني أشعر حقًا بالوحدة." (المستفيدة

الشرطة ويضعوه في الحبس... كان يرعيني ألا أحكم في عواقب مثل ذلك النوع من القرارات... لم أشعر أن أحدًا يطلق الأحكام عليّ في أثناء المقابلة، وكانت جلسة الاستشارة متوازنة جدًا على ذلك النحو، فلم أشعر بأني مدفوعة في اتجاه ما." (العضوة الأولى من أعضاء العاملين بالمستشفى، من حصلن على خدمة الدفاع عنها، ٥٢ سنة، تدخل بعد ٨ أشهر)

"أعتقد أن بفضل [مشروع الدفاع عن ضحايا العنف]، على سبيل المثال، أعني العمل الذي يؤديه بتقديم الدعم للنساء من خلال العملية، أعتقد أن هذا مهم جدًا، وخلال عملية اختمار الفكرة، يأتي التفكير في خطوة المغادرة." (المستفيدة الثالثة من خدمات الصحة الجنسية، ٣٣ سنة، تدخل بعد ١٤ شهرًا).

كانت القرارات تتوقف على درجة الالتزام والارتباط العاطفي، والجهود التي تضعها النساء للحفاظ على العلاقة، ونوعية الخيارات البديلة ومدى توفرها مثل: المأوى، أو مكان للإقامة المؤقتة، والعيش على دخل منخفض، فمن بين ٣٤ امرأة من شاركن في مقابلة نوعية، لم تتوفر الإعانة الاجتماعية لعدد ١٢ امرأة (٣٥٪)؛ وذلك نظرًا لوضعهن في شؤون الهجرة، واعتمادهن الكامل على الشريك المعتدي لتأمين السكن والدعم المالي لهن، ورغم فهمهن المتزايد للوضع، فإن معظمهن اخترن البقاء في العلاقة بدلاً من محاولة الاعتماد على أنفسهن وتوفير ما يلزم لأطفالهن بصورة غير قانونية في المملكة المتحدة، أو بدلاً من عودتهن لبلدهن الأصلي، حيث قد يواجهن أخطارًا إضافية.

"...حقيقةً، الأمر صعب جدًا أن تكون في هذا البلد بدون وضع قانوني، وأن تتعرض للضرب من شخص ما، أو الاعتداء... إنه يستعمل

الاعتداء أمام أفراد أُسَرٍ أُخرى. أو نقل هذه الوقائع إلى بعض الأُسَرِ الأخرى.

وكان يُستخدم في سجلات المرضى نظامٌ كودي سري للإشارة إلى قيام أحد المهنيين الصحيين بالاستقصاء عن حالات عنف منزلي. وإجابة المريضة. وإذا ما تمت مناقشة إحالتها إلى خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وتم توفير نموذج سري لتوثيق حالات الاعتداء. لضمان التوثيق المُفَصَّل عن حالات العنف. ومع ذلك، فإن من بين العشرين حالة من حالات العنف المنزلي التي سُجِّلت في سجلات المرضى التي فحصناها. كانت امرأة واحدة - فقط - لديها نموذج سري لتوثيق الاعتداءات. إذ شعر المهنيون الصحيون أن التوثيق يستهلك الوقت. ولا يمكنهم تذكر أين يجدون النموذج. أو يكونوا قد وثَّقوه في مكان آخر. أو ببساطة نسوا استعماله.

"لقد نسيت بالفعل وجود كود للعنف المنزلي. ولذلك لم أكن شخصيًا حريصًا عليه... بقدر حرصي على متابعة كود العدوى التناسلية البولية." (الصحة الجنسية، الطبيب الأول)

"...أظن أن الناس تكشف عن حالات العنف. وخيلها إلى [مشروع الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي]. ثم تغلق الملف." (القابلة رقم ١ والمدربة المشاركة في العنف المنزلي)

من ناحية أخرى. أفادت بعض القابلات أن عمليات التوثيق السري لحالات العنف المنزلي كانت سهلة التطبيق.

"لم نصادف أي مشكلات في حفظ الملفات في أدراج قسم الولادة. لأننا نستعملها أيضا في قضايا. مثل حماية الطفل." (القابلة رقم ٤)

الخامسة من خدمات رعاية الأمومة. ٣٥ سنة. تدخل بعد ١٣ شهرا).

وقد تؤدي المصاعب التي تواجهها النساء. في معاناتهن في حتمل التغييرات بعد الانفصال. إلى زيادة مخاطر عودتهن إلى المعتدي عليهن؛ لذا فمن الضروري مواصلة تقديم الدعم لهن. كما يجب أن تدعم ندابير التدخل النساء اللاتي لا يرغبن في ترك شريكهن. بما في ذلك استراتيجيات لمساعدتهن على التعرف على معنى تقدير الذات. وعلى تقليل الشعور بالعزلة. بالإضافة إلى تقييم مستمر للمخاطر والتخطيط لسلامتهن.

• **الفرضية الخامسة: لن يحدث أي ضرر من الاستقصاء الروتيني عن حالات العنف. ومن تقديم خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي.**

في مجال يُقدر حساسية العنف المنزلي وخطورته المحتملة. لا بد من التأكد من سلامة الافتراض. بأن أي نموذج من نماذج التدخل القائمة على برامج لن ينتج عنه أي ضرر. وقد حددنا عدة مصادر محتملة للضرر خلال التقييم. بما في ذلك توصيم المهنيين الصحيين للنساء وتنميطهن. وانتهاك السرية. وعدم اتخاذ أي إجراء بناءً على ما وصلهم من معلومات. وعدم التوثيق الكافي. أو توفير نسخ من الوثائق للنساء في الوقت الملائم كي يطالبن تعويضات مدنية. ذكرت امرأة كانت تتلقى علاجًا ضد الاكتئاب. ودعمًا من خدمات الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. أن إجراءات خروجها مع ولدها من قسم الولادة تمت على عنوان شريكها المعتدي. رغم أن الملاحظات في ملفها تفيد بوضوح أنها في انتظار مكان إقامة عاجل. ويجب ألا يتم إخراجها بدون موافقة طبيبها. وتضمنت انتهاكات السرية التي ذكرتها بعض النساء اللاتي شاركن في المقابلات. مناقشة المهنيين الصحيين وقائع

هذه أمثلة لاحتمال وقوع الضرر. وكانت أخطر الحالات للضرر الفعلي التي رصدناها خلال فترة التقييم. اعتداء تعرضت له امرأة من شريكها السابق. بعد أن اكتشف توثيق حادثة اعتداء سابقة في سجلات الولادة الخاصة بها. كانت خائفة للغاية من مواصلة اللجوء إلى مشروع الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وكان على إحدى القابلات الموثوق بهنّ البدء في إجراءات رفع شكوى نيابةً عنها: ما أدى إلى قيام تحقيق طبي عن المخاطر التي تتعرض لها.

#### مناقشة:

تشير نتائجنا إلى أن الخدمات المعنية بصحة الأمومة والصحة الجنسية، على السواء، يمكن أن توفر نقاط تدخّل مواتية للنساء اللاتي يتعرضن للعنف المنزلي. ويبدو أن بعض النساء قد استفدن من إحالتهم إلى خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. حيث هجرت غالبية الحالات شريكهن العدوانية. ومع ذلك، لم يؤد هجر بعضهن إلى الحد من الاعتداء بالضرورة. وهو ما يشير إلى أن التدخلات بعد الانفصال ضرورية للحفاظ على سلامة وعافية المرأة وأطفالها. ومن الضروري إجراء دراسات طويلة لاكتساب مزيد من المعرفة حول العوامل التي تسرع من سبل وصول المرأة إلى بر الأمان أو تعرقلها. وفي أثناء المراحل المبكرة من أي علاقة عدوانية، تسعى بعض النساء إلى الحفاظ على مظهر العلاقة الطبيعية. وذلك بعزل أنفسهن والتعامل مع الاعتداء أو التغلب عليه.<sup>١٧</sup> لذلك، قد يحقق المهنيون الصحيون نجاحاً أكبر في الكشف عن حالات الاعتداء الخطرة عبر الاستقصاء الرّوتيني.

وكانت نتائج البرنامج التدريبي واعدة. حيث أثبتت وجود أشكال تحسن في مستوى معرفة المهنيين الصحيين ومستوى العيادات الطبية، على الأقل في الأجل القصير. ولكن رغم

كان استخدام نظام توثيق منفصل مهمًا بصورة خاصة لخدمات رعاية الأمومة. حيث تحتفظ النساء بسجلاتهم أثناء فترة الحمل. ثم تتعرض للإهمال بعد الولادة. ورغم ذلك، كشفت مراجعة سجلات الأمهات أن من بين ملاحظات الأمهات التسعة، التي أخذت كودًا إيجابيًا يشير إلى وقوع حالات عنف منزلي، تضمنت ثلاث حالات بعض الملاحظات الخطية حول إحالة النساء إلى مشروع خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي. وتضمنت حالتان وصفًا مختصرًا لشكل الاعتداء المرتكب ضدهن.

"لا أتذكر أي شيء جرى توثيقه. أعتقد أن [الطبيب] قد يكون وضعها آنذاك مع الملاحظات الطبية ... أظن في [مذكرة الولادة المحمولة] لأنني تلقيت لكمة في بطني. وأتذكر أنه رسم شكلاً وأرسلني أيضا لعمل مسح للتأكد من أن كل شيء على ما يرام." (المستفيدة رقم ٣ من خدمات رعاية الأمومة، ٣٣ سنة، تدخل بعد ٥ أشهر).

وقد يكون لنوعية التوثيق أثر على تمكين المرأة المتمدّد على غيرها من الحصول على تعويضات مدنية وقانونية. في التعليق التالي، تقارن السيدة بين الوثائق التي وفرتها القابلة وتلك التي وفرها الطبيب:

"أتعامل الآن مع طبيب. خدمة عيادته جيدة جدا، ولكن عندما أحتاج للملاحظات لغرض الأوامر القضائية المانعة، أرى في كل سطر كلمة "ادّعت بهذا" و"ادّعت بذلك". ولكنني وجدت أن تقرير القابلة كان مفيداً حقاً... فقد تمكنت من تقديم وقائع أخرى إلى القاضي. وكانت الأدلة كافية للقاضي في الجلسة الأولية حيث وقعت هذه الحادثة." (المستفيدة رقم ٦ من خدمات رعاية الأمومة، ٤٠ سنة، تدخل بعد أقل من شهر).

متكررة، إلا أن احتمالات خطرها قائمة. ويعني تدني نوعية التوثيق، أو عدم التوثيق، أن المهنيين الصحيين أقل قدرة على تلبية احتياجات المرضى الطبية، أو تقييم المخاطر، أو التأكد من الطبيعة المستمرة للاعتداء، أو الإحالة للحصول على الدعم اللائح، أو توفير الأدلة لأغراض قانونية وأخرى مدنية. ومثل هذا النوع من التدخلات القائمة على برامج معقده، وصعبه، ولا يحكمها إطار واضح، لذا من الضروري القيام بالمراجعة المستمرة، والتكيف، والتحسين - وفي هذه الحالة، فيما يتعلق بتغطية أفضل للاستقصاء الروتيني، وتوثيق أفضل، واحترام أكبر للسرية، وإذا أمكن معالجة هذه المجالات بنجاح، فهناك ما يثبت أن هذا النموذج للتدخل يمكنه الكشف عن حالات العنف المنزلي ودعم النساء اللاتي يتعرضن له.

#### كلمة شكر:

نود إزاء الشكر إلى مؤسسة "جايز" و"سان توماس" وهيئة خدمات الصحة الوطنية Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust، والعاملين في مشروع رفاهة المرأة "موزايك" MOZAIC Women's Wellbeing Project، ومشروع ١٧٠ للمجتمع المحلي Community Project 170، وكل المستفيدات من خدمات صحة الأمومة والصحة الجنسية والمهنيين الصحيين العاملين بها، ممن شاركوا في الدراسة. مؤل الصندوق الخيري "جايز" و"سان توماس" هذه الدراسة (منحة رقم G040204).

الزيادة الهائلة في تغطية خدمات رعاية الأمومة، ففي نهاية التقييم، تبين أن التدريب لم يصل إلى مستوى تعميم الاستقصاء عن حالات العنف المنزلي في أي من الخدمتين؛ وهو ما حُصت إليه بعض التقارير في عدة دراسات في الولايات المتحدة.<sup>١٩،١٨</sup> تشير نتائج الاستبانات والمقابلات أن أساليب التدريب يجب أن تشجع التعلّم القائم على التجارب، والتطبيق العملي للمهارات، فضلاً على جلسات للتغذية الراجعة. إضافةً إلى ذلك، يجب أن يكون التدريب مُصمماً بما يلائم الخدمة الخاصة التي تقدمها العيادة وفئة المرضى. ومن الضروري القيام بتدريبات متباعدة، ومواصلة الإشراف على العيادات، وإقامة شراكات مع الوكالات المتخصصة في العنف المنزلي، واتباع عمليات إحالة واضحة، وذلك لتعزيز التغييرات المستدامة في ممارسات المهنيين الصحيين.

اتساقاً مع ما ورد في دراسات أخرى، يبدو أن هذا التدخل كان أقل نجاحاً في تحسين عملية توثيق وقائع العنف المنزلي.<sup>٢٠،١٨</sup> إذ يتطلب التصدي للعنف المنزلي درجة عالية من الحساسية والمهارة من جانب المهنيين الصحيين، والعاملين في خدمة الدفاع عن ضحايا العنف المنزلي، لو كانوا يريدون التدخل بطريقة تفيد النساء وأطفالهن، وبما لا يتسبب في أي ضرر. ونحن بحاجة إلى بيانات أقوى عن فوائد هذه التدخلات والأضرار المحتملة.<sup>٢١</sup> وعلى حد معرفتنا، هذه هي الدراسة الأولى التي تحاول تحديد مصادر الضرر المحتملة عند تنفيذ البرامج على نحو مفضّل. وكانت الحوادث غير

## المراجع

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organisation, 2002. At: <www.who.int/violence\_injury\_prevention/violence/world\_report/en/?>. Accessed 3 September 2010.
2. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368:1260-69.
3. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
4. Taket A, Wathen CN, MacMillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? *PLoS Medicine Public Library of Science* 2004;1:7-10.
5. Ramsay J, Carter YH, Davidson LL, 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; 8 July.
6. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109:9-16.
7. Davies J, Lyon E, Monti-Catania D. Safety Planning with Battered Women. *Complex Lives, Difficult Choices*. Thousand Oaks California: Sage Publications; 1998.
8. Connell JP, Kubisch AC. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospects and problems. In: Fullbright-Anderson A, Kubisch AC, Connell JP, editors. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington DC: Aspen Institute; 1998.
9. Chen HT. *Practical Program Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.
10. Birkmayer JD, Weiss CH. Theory-based evaluation in practice. What do we learn? *Evaluation Review* 2000;24: 407-31.
11. Bacchus L, Aston G, Torres Vitolas C, et al. A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust. London: Kings College London, 2007. At: <www.kcl.ac.uk/schools/nursing/research/themes/women/projects/maternal/domesticviolence.html>. Accessed 28 June 2010.
12. Dixon BR, Bourma GD, Atkinson GBJ. *A Handbook of Social Science Research. A comprehensive and practical guide for students*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
13. Murray SF, Buller AM, Bewley S, et al. Metrics for monitoring local inequalities in access to maternity care: developing a basket of markers from routinely available data. *Quality and Safety in Healthcare*. Online. doi:10.1136/qshc.2008.032136.
14. Torres-Vitolas C, Bacchus LJ, Aston G. A comparison of the training needs of maternity and sexual health professionals in a London teaching hospital with regards to routine enquiry for domestic abuse. *Public Health* 2010;124: 472-78.
15. Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse* 2004;5:47-64.
16. Wingwood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;19:270-75.
17. Cavanagh K. Understanding women's responses to domestic violence. *Qualitative SocialWork* 2003;2:229-49.
18. Harwell TS, Casten RJ, Armstrong KA, et al. Results of a domestic violence training program offered to staff of urban community health centers. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15:235-42.
19. Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, et al. Identification and management of domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;19:253-63.
20. Gadomski AM, Wolff D, Tripp M, et al. Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs and behaviours regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine* 2001; 76:1045-52.
21. Feder G, Ramsey J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different healthcare settings meet criteria for a screening programme? *Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria*. *Health Technology Assessment* 2009;13:1-36.