



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Ofbeldi í nánum samböndum

Mat og viðbrögð

Klínískar leiðbeiningar

Ofbeldi í nánnum samböndum

Mat og viðbrögð

Höfundur:

Páll Biering

Ritnefnd:

Auður Elísabet Jóhannsdóttir

Ástþóra Kristinsdóttir

Brynja Örlygsdóttir

Eyrún Jónsdóttir

Gyða Baldursdóttir

Hrund Sch. Thorsteinsson

Hrönn Steingrímsdóttir

Ingibjörg K. Eiríksdóttir

Jóna Dóra Kristinsdóttir

Katrín Guðjónsdóttir

Kolbrún Þórðardóttir

Sylvía Ingibergsdóttir

Valgerður Lía Sigurðardóttir

„Klínískar leiðbeiningar eru leiðbeiningar, ekki fyriræli, um verklag, unnar á kerfisbundinn hátt, til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu og almenningi við ákvarðanatöku við tilteknar aðstæður. Þær taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma“ [1]. Klínískar leiðbeiningar eru þannig leið til að flýta fyrir nýtingu rannsóknarniðurstaðna í starfi og styðja við gagnreynda starfshætti.

Klínískar leiðbeiningar eru ýmist unnar af einstaka faghópum eða þverfaglegum vinnuhópum. Mikilvægt er að fulltrúar faghópa sem munu nýta einstaka klínískar leiðbeiningar í starfi komi að gerð þeirra, en komið hefur í ljós að með þeim hætti er líklegra að um þær ríki sátt og þær séu notaðar.

Ofbeldi í nánnum samböndum – Mat og viðbrögð:

Klínískar leiðbeiningar

Umbrot: Landspítali

Útgefandi: Landspítali

Prentun: Landspítali

ISBN: 978-9935-9133-0-2

Aðdragandi verksins

Í febrúar 2007 gaf hjúkrunardeild Háskóla Íslands út ritið „Klínískar leiðbeiningar fyrir hjúkrunarfræðinga: Um framkvæmd kembileitar, mat og fyrstu viðbrögð við heimilisofbeldi gegn konum“ eftir þær dr. Erlu Kolbrúnu Svavarsdóttur, prófessor og dr. Brynju Örlygsdóttur, lektor [2]. Útgáfa og kynning leiðbeininganna vakti verðskuldaða athygli meðal hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra og vorið 2007 var skipaður vinnuhópur fulltrúa frá LSH, HÍ og Miðstöð mæðraverndar til að halda verki Erlu Kolbrúnar og Brynju áfram og semja *klínískar leiðbeiningar um mat og viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum* samkvæmt þeim reglum sem gilda um gerð klínískra leiðbeininga á LSH. Skipan hópsins var sem hér segir.

- Dr. Páll Biering, dósent við hjúkrunarfræðideild HÍ og forstöðumaður fræðasviðs geðhjúkrunar á LSH, formaður nefndarinnar
- Dr. Brynja Örlygsdóttir lektor við hjúkrunarfræðideild HÍ
- Kolbrún Þórðardóttir, hjúkrunarfræðingur á geðsviði LSH
- Jóna Dóra Kristinsdóttir, ljósmóðir á Mæðravernd LSH og yfirljósmóðir Miðstöðvar mæðraverndar
- Eyrún Jónsdóttir, verkefnisstjóri Neyðarmóttöku vegna nauðgunar og Áfallamiðstöðvar á slysa- og bráðasviði LSH
- Ingibjörg K. Eiríksdóttir, hjúkrunarfræðingur á slysa- og bráðasviði LSH

Síðar bættust eftirfarandi í vinnuhópinn:

- Hrönn Steingrímsdóttir, hjúkrunarfræðingur á slysa og bráðasviði LSH
- Sýlvía Ingibergsdóttir, MS, klínískur sérfræðingur í geðhjúkrun á geðsviði LSH
- Katrín Guðjónsdóttir, deildarstjóri dag- og göngudeildar áfengismedferðar á geðsviði LSH
- Ástþóra Kristinsdóttir, MS, ljósmóðir og hjúkrunarstjóri Heilsugæslunnar Hvamms í Kópavogi
- Valgerður Lísá Sigurðardóttir, MS, ljósmóðir og klínískur lektor á göngudeild mæðraverndar og fósturgreiningar LSH
- Auður Elísabet Jóhannsdóttir, hjúkrunarfræðingur á kvenlækningadeild LSH
- Hrund Sch. Thorsteinsson, deildarstjóri Mennta- og starfsþróunardeildar LSH
- Gyða Baldursdóttir, starfþróunarstóri hjúkrunar á LSH

Leiðbeiningar Erlu Kolbrúnar og Brynju eru byggðar á riti sem samtök hjúkrunarfræðinga í Ontario gáfu út til að leiðbeina hjúkrunarfræðingum við greiningu og fyrstu viðbrögð við ofbeldi gegn konum [3]. Auk þessara tveggja rita var, við gerð þessara leiðbeininga, stuðst við klínískar leiðbeiningar frá heilbrigðisráðuneyti Nýja Sjálands [4] og frá Bandaríska forvarnarsjóðnum gegn fjölskylduofbeldi (*The Family Violence Prevention Fund*) [5]. Auk þess var stuðst við vinnureglur og leiðbeiningar frá eftirfarandi aðilum: breska heilbrigðisráðuneytinu (*Department of Health*) [6], *Ohio Domestic Violence Network* [7], *Task Force on the Health Effects of Woman Abuse* *Middlesex-London Health Unit* [8], *Hammersmith and Fulham Primary Care Trust* [9] og *The Family Violence Prevention Fund* [10]. Einnig var stuðst við bók Ingólfs Gíslasonar, *Ofbeldi í nánum samböndum* [11] og heimildir sem fundnar voru í gagnagrunninum Medline.

Æskilegt er að þeir sem nota eftirfarandi leiðbeiningar hafi sótt námskeið um notkun þeirra, hafi þeir ekki hlotið þjálfun í samskiptum við þá sem hafa orðið fyrir ofbeldi.

Efnisyfirlit

AÐDRAGANDI VERKSINS	5
INNGANGUR.....	7
MARKMIÐ OG SKILGREINING	9
ÖFLUN OG STIGUN HEIMILDA.....	9
ÁHÆTTUÞÆTTIR OG AFLEIÐINGAR OFBELDIS Í NÁNUM SAMBÖNDUM	10
KLÍNÍSKUR ÁVINNINGUR OG ÁRANGURSRÍK FRAMKVÆMD	11
VINNUFERLI	12
VINNUFERLI I.....	12
1. Undirbúningur skimunarviðtals	13
2. Skimunarviðtalið	15
3. Lok skimunar og ákvarðanir um næstu skref.....	16
VINNUFERLI II	17
VINNUFERLI III	18
1. Fyrstu viðbrögð við greiningu ofbeldis í nánu sambandi	18
2. Heilbrigðismat og skráning upplýsinga	19
3. Varnir og stuðningur vegna heimilisofbeldis (Abuse Protection Support)	20
4. Tilvísanir og eftirfylgd	22
Virðing og eftirfylgni	223
FYLGISKJÖL.....	24
FYLGISKJAL A MEÐFERÐAR- OG ÞJÓNUSTUÚRRÆÐI FYRIR ÞOLENDUR OFBELDIS Í NÁNUM SAMBÖNDUM	24
FYLGISKJAL B ÁHÆTTUÞÆTTIR OG VÍSBENDINGAR UM OFBELDI Í NÁNUM SAMSKIPTUM	26
FYLGISKJAL C UPPLÝSINGAR UM ÚTBREIÐSLU OG ALVARLEIKA OFBELDIS Í NÁNUM SAMBÖNDUM	28
FYLGISKJAL D MAT Á SÁL RÆNNI LÍÐAN OG GEDHEILSU.....	30
Skimun áfallastreitueinkenna.....	30
Skimun streitu- og kvíðaeinkenna - DASS - spurningalisti um líðan	31
FYLGISKJAL E WAST MÆLITÆKIÐ	33
FYLGISKJAL F STYRKUR VÍSBENDINGA OG SANNANA (EVIDENCE GRADING)	34
FYLGISKJAL G LÖG UM RÉTTINDI OG SKYLDUR STARFSMANNA RÍKISINS.....	35
FYLGISKJAL H STAÐA ÞEKINGAR Á KERFISBUNDINNI GREININGU Á OFBELDI Í NÁNUM SAMBÖNDUM.....	36
Klínískur ávinningur	36
Innleiðing og framkvæmd kerfisbundinnar greiningar	37
FYLGISKJAL I - VINNUFERLIN.....	39
HEIMILDASKRÁ.....	40

Inngangur

Samkvæmt Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (WHO) er ofbeldi vaxandi vandamál um heim allan. WHO hefur beint þeirri áskorun til allra aðildalanda sinna að aukinni athygli verði beint að þolendum ofbeldis og þeim alvarlegu afleiðingum sem það hefur bæði til lengri og skemmri tíma [12, 13]. Ofbeldi er oft dulið vandamál, einkum svokallað fjölskylduofbeldi, þar á meðal ofbeldi í nánnum samböndum. Tölur um tíðni þess eru breytilegar enda háðar rannsóknaraðferðum, skráningu upplýsinga og þeim skilgreiningum sem stofnanir og heilbrigðisyfirvöld styðjast við. Rannsóknir sem gerðar voru í 48 þjóðlöndum benda til að á heimsvísu séu 10–69% kvenna beittar ofbeldi í nánu sambandi einhvern tímann á ævinni [12]. Ofbeldið virðist tengjast menningu. Þannig kom fram í fjölþjóðlegri rannsókn Alþjóðlegu heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) að 15,4% japanskra kvenna sem bjuggu í borgum höfðu einhvern tímann á lífsleiðinni verið beittar ofbeldi í nánnum samböndum samanborið við 69% kvenna sem bjuggu í sveitum Perú [13]. Ofbeldi í nánnum samböndum er líka sérstaklega alvarlegt meðal fátækra og stríðsþjáðra þjóða. Þannig höfðu 3%, eða færri kvenna í Bandaríkjunum, Ástralíu og Kanada verið beittar ofbeldi í nánu sambandi síðustu 12 mánuðina samanborið við 27% í Nicaragua og 37% í Palestínu. Í löndum þar sem menning er svipuð og á Íslandi eru u. þ. b. 20% kvenna beittar ofbeldi í nánu sambandi einhvern tímann á lífsleiðinni: 18% í Noregi, og 21% í Hollandi og Sviss [12]. Konur sem leita til heilbrigðisþjónustunnar eru líklegri en aðrar til að hafa nýlega orðið slíku ofbeldi. Í Bandaríkjunum er talið að 5–15% kvenna sem leita til heilbrigðisstofnana hafi nýlega verið beittar ofbeldi í nánu sambandi [14] og í Bretlandi að 13–35% kvenna sem fá heilbrigðisþjónustu hafi einhvern tímann á ævinni verið beittar slíku ofbeldi [15]. Þetta hlutfall er enn hærra meðal kvenna sem leita sér geðheilbrigðisþjónustu. Þannig eru vísbendingar um að allt að 60% þeirra hafi á lífsleiðinni orðið fyrir ofbeldi í nánnum samböndum [16]. Reynsla af slíku ofbeldi er ekki síður algeng meðal þeirra sem koma á slysa- og bráðamóttökur. Í Bandaríkjunum er það talin ástæða 2–4% heimsókna kvenna á slysa- og bráðamóttökur og þar að auki hafa 10–12% kvenna sem leita á slysa- og bráðamóttökur nýlega orðið fyrir ofbeldi í nánu sambandi. Barnshafandi konur eru ekki síður en aðrar beittar ofbeldi. Niðurstöður rannsókna á tíðni ofbeldis í nánnum samböndum meðal barnshafandi kvenna eru mjög misvísandi, eða allt frá 3,6% upp í 20% [17]. Þessar ólíku tíðnitölur eru til vitnis um þær ólíku skilgreiningar og aðferðir sem notaðar eru við þessar faraldursrannsóknir.

Almennt er talið að karlar verði mun síður en konur fyrir ofbeldi í nánnum samböndum, en fáar rannsóknir hafa verið gerðar á því sviði. Samantekt á bandarískum rannsóknum bendir til að karlar séu meira en fimm sinnum ólíklegri en konur til að vera þolendur slíks ofbeldis (3,6% á móti 21,5%) [18]. Aftur á móti benda breskar rannsóknir til að þar í landi séu 15% karla þolendur ofbeldis í nánu sambandi samanborið við 23% kvenna [19]. Hér er mikilvægt að hafa í huga að í fæstum faraldursfræðilegum rannsóknum er spurt út í aðstæðurnar þar sem ofbeldið á sér stað og þær gefa því ekki rétta mynd af mismunandi reynslu kynjanna. Rannsóknir sem skoða orsakir ofbeldis í nánnum samböndum benda þess til að konur sem beiti því séu oft sjálfar þolendur ofbeldis í sambandinu og að ofbeldið sé viðbrögð við því ofbeldi sem þær eru beittar [20]. Eins og konur eru karlar sem leita til heilbrigðisþjónustunnar líklegri en aðrir til að vera þolendur ofbeldis í nánnum samböndum. Þannig eru vísbendingar um að allt að þriðjungur karla sem njóta geðheilbrigðisþjónustu hafi einhvern tímann á lífsleiðinni mátt þola ofbeldi í nánu sambandi [16].

Þrjár faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á ofbeldi í nánnum samböndum hér á landi [21, 22, 23] og eru niðurstöður þeirra í samræmi við þær alþjóðlegu rannsóknir sem fjallað er um hér að framan. Sú fyrsta var gerð 1996 af dóms- og kirkjumálaráðuneytinu og náði til 2220 Íslendinga á aldrinum 18–65 ára. Kynjaskipting þátttakenda var nærri því jöfn (47,8% karlar og 52,2% konur) [21]. Fram kom að 13,8% íslenskra kvenna og 7,1% íslenskra karla höfðu einhvern tímenn á lífsleiðinni verið beitt ofbeldi af maka. Þar af hafði 7,1% kvenna og 1,2% karla orðið fyrir grófu ofbeldi [21]. Haustið 2008 gerði Rannsóknarstofnun í barna- og fjölskylduvernd könnun fyrir félagsmálaráðuneytið meðal 3000 kvenna. Niðurstöður þessarar könnunar sýndu að 22% íslenskra kvenna hafa einhvern tímenn á lífsleiðinni mátt þola ofbeldi í nánnum samböndum og að 1,6% bjuggu við slíkt ofbeldi þegar könnunin var gerð. Tæp 6% töldu sig hafa verið í lífshættu við síðasta ofbeldisverkið [22]. Samkvæmt niðurstöðum Erlu Kolbrúnar Svavarsdóttur og Brynju Örlygsdóttur er þessi tíðni enn hærri meðal kvenna sem leita til heilbrigðisstofnana, en 33,3% þeirra kvenna sem leituðu til slysa- og bráðamóttöku LSH hafa verið beittar ofbeldi í nánnum samböndum og 21,9% þeirra sem komu á Miðstöð mæðraverndar. Á undangengnum 12 mánuðum höfðu 19,1% kvennanna sem leituðu á slysa- og bráðamóttöku verið beittar líkamlegu ofbeldi, en 7,5% þeirra sem komu á Miðstöð mæðraverndar [23]. Þar að auki hafði um fimm tungur þessara kvenna einhvern tímenn á lífsleiðinni verið beittar kynferðislegu ofbeldi af fjölskyldumeðlimi. Út frá þessari könnun og öðrum gögnum, þar á meðal tilkynningum um heimilisofbeldi til lögreglu, ályktar Ingólfur V. Gíslason að 0,5% til 2,0% íslenskra kvenna séu á hverju ári beittar ofbeldi í nánnum samböndum [11].

Það má því telja víst að ofbeldi í nánnum samböndum sé algengt hér á landi og hafi margvísleg áhrif á líf og heilsu þolenda ekki síst kvenna. Því er mikilvægt að allar konur sem leita þjónustu heilbrigðisstofnana séu spurðar um reynslu af ofbeldi svo unnt sé að greina vandann og vísa þolendum ofbeldis í nánnum samböndum á möguleg úrræði. Karlar eru einnig beittir ofbeldi í nánnum samböndum, en mun sjaldnar. Þessar klínísku leiðbeiningar má nota fyrir bæði konur og karla.

Ofbeldi í nánnum samböndum hefur alvarleg og langvinn áhrif á heilsu þolandans. Langvinn líkamleg einkenni eins og verkir og einkenni frá meltingar- og kynfærum [3, 24, 25, 26] eru algeng meðal þolenda. Ofbeldið eykur einnig líkur á sálrænum erfiðleikum, svo sem kvíða, þunglyndi, litlu sjálfstrausti, sektarkennd og sjálfsvígum [3, 12, 24, 25]. Einkenni ofbeldis í nánnum samböndum eru sjaldnast augljós og því er mikilvægt að ljósmæður og hjúkrunarfræðingar spyrji skjólstæðinga sína um hugsanlega reynslu þeirra af ofbeldi hvort sem grunur er um að þeir séu þolendur þess eða ekki. Þetta er sérstaklega mikilvægt þegar konur eiga í hlut því konur sem eru þolendur ofbeldis í nánnum samböndum leita oftast eftir þjónustu heilbrigðiskerfisins en aðrar konur [12, 27, 28].

Þeir sem nota þessar leiðbeiningar verða að virða það ef skjólstæðingar kjósa að svara ekki spurningum um ofbeldi. Jafnvel þótt skjólstæðingur ákveði að skýra ekki frá ofbeldi, gefa beinar spurningar um það skýr skilaboð um að vandinn sé tekinn alvarlega og að vilji sé til aðstoðar. Þessi nálgun eykur því líkur á að skjólstæðingurinn skýri frá ofbeldinu einhvern tímenn síðar [3, 11].

Markmið og skilgreining

Þessum leiðbeiningum er ætlað að vera hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum til leiðsagnar við greiningu og fyrstu viðbrögð við ofbeldi í nánnum samböndum. Markmið þeirra er að auðvelda þolendum ofbeldisins að greina frá ofbeldinu svo hægt sé að meta afleiðingar þess á geðheilsu þeirra og vísa þeim á viðeigandi úrræði eða meðferð. Jafnframt að finna úrræði fyrir þolendur sem miða að því að auka öryggi þeirra og barna þeirra.

Hugtakið ofbeldi í nánnum samböndum vísar hér til þess ofbeldis sem á ensku er kallað *intimate partner violence* og er skilgreiningunni sem hér er sett fram ætlað að greina milli þess og annars konar ofbeldis sem átt getur sér stað inni á heimilum. Í samræmi við tilgang leiðbeininganna felur skilgreiningin einnig í sér tilvísanir í afleiðingar ofbeldisins. Hér er því gengið út frá eftirfarandi skilgreiningu:

Ofbeldi sem einstaklingur verður fyrir, eða hefur orðið fyrir, af völdum sambýlisaðila eða þess sem hann er í nánu sambandi við. Ofbeldið getur verið líkamlegt, andlegt og/eða kynferðislegt og felur í sér valdbeitingu eða hótun um valdbeitingu. Það dregur úr þrótti þolandans með því að auka á félagslega einangrun og takmarka persónufrelsi hans og aðgengi að stuðningsúrræðum. Ofbeldið veldur oft, en þó ekki alltaf, líkamlegum áverkum. [7, 9].

Öflun og stígun heimilda

Eins og að framan greinir eru þessar klínísku leiðbeiningar byggðar á leiðbeiningum og starfsreglum sem þróaðar hafa verið á viðurkenndum stofnunum erlendis. Auk þess var aflað heimilda í gagnasafninu Medline með leitarorðunum: *Intimate partner violence, mass screening, domestic violence, og spouse abuse.*

Skimun eftir ofbeldi í nánnum samböndum er heildstæð og flókin aðgerð sem aðeins er hægt að skoða og rannsaka í heild sinni. Ekki er unnt að brjóta skimunina niður í afmarkaðar aðgerðir sem hægt væri að gera árangursrannsóknir á. Þess vegna verður fjallað um heimildir fyrir árangri skimunar í heild sinni í kaflanum, *Heimildir fyrir klínískum ávinningi og árangursríkri framkvæmd*, hér fyrir aftan. Stígun heimildanna fylgir flokkunarkerfi SIGN og eru þær flokkaðar frá A-D eftir styrk þeirra vísindarannsókna sem að baki liggja. Nánari upplýsingar um SIGN kerfið er að finna í fylgiskjali F. Ítarlega umfjöllun um stöðu gagnreyndrar þekkingar á kerfisbundinni greiningu eða skimun á ofbeldi í nánnum samböndum er að finna í fylgiskjali H.

Áhættuþættir og afleiðingar ofbeldis í nánnum samböndum

Fjölmargir þættir auka líkur á að konur verði fyrir ofbeldi í nánnum samböndum, svo sem ungur aldur, litlar tekjur, þungun, geðræn vandamál, kynferðislegt ofbeldi í æsku og áfengis- og vímuefnaneysla fórnarlamb og/eða geranda. Samspil þessara þátta er flókið og erfitt að skera úr um vægi hvers og eins [29]. Afleiðingar ofbeldis í nánnum samböndum eru af ýmsum toga og einkenni margvísleg og oft óljós.

Afleiðingar ofbeldis í nánnum samböndum á heilsu kvenna eru t.d. langvinnur sársauki, meltingartruflanir, áverkar á brjóstakassa og kvið, óregluleg hægðalosun, sjúkdómar í og á kynfærum, minni kynlífslöngun, ófrjósemi, sjálfsmeiðandi hegðun, áfengis- og vímuefnanotkun, skömm og sektarkennd, þunglyndi og kvíði, og lítið sjálfstraust [3, 24, 25]. Áverkar á höfði, hnakka og á andliti eru sterkar vísbendingar um að kona sé beitt ofbeldi í nánnum samböndum [30]. Áverkar annars staðar á líkamanum eru einnig algengari í þessum hóp, en í samanburðarhópum [30, 31]. Auk þessara bráðu, alvarlegu, líkamlegu einkenna eru áhrif ofbeldis á andlega heilsu og félagslega velferð kvenna langvinn [26, 32]. Engar rannsóknir fundust á afleiðingum ofbeldis í nánnum samböndum á heilsu karla.

Fjölmargar rannsóknir benda til þess að kvíði, þunglyndi og áfallastreituröskun sé algeng meðal kvenna sem beittar hafa verið ofbeldi í nánnum samböndum [29]. Langvinn líkamleg einkenni eru einnig algengari meðal fórnarlamba ofbeldis en annarra kvenna, svo sem langvinnir verkir og einkenni frá meltingar- og kynfærum [24, 25, 26]. Líkum hefur verið leitt að því að þessi líkamlegu einkenni séu afleiðingar af áfallastreituröskun [33] og þá sérstaklega langvinnur sársauki [34]. Rannsóknir benda einnig til að ofbeldi í nánnum samböndum á meðgöngu geti valdið fyrirburafæðingum og lægri fæðingarþyngd [35]. Jafnvel þótt konur slíti sambandi við ofbeldismanninn eru afleiðingarnar oftast viðvarandi og vara stundum alla ævi [32, 36].

Auknum heilsufarsvandmálum fylgir aukin notkun heilbrigðisþjónustu. Þetta á sérstaklega við um geðheilbrigðisþjónustu og slysa- og bráðaþjónustu [27, 28] og rannsókn hefur sýnt að allt að þriðjungur þeirra sem leita til slysa- og bráðaþjónustu eru þolendur ofbeldis í nánnum samböndum [27]. Þessu fylgir að vonum mikill kostnaður fyrir samfélagið. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar til að reyna að meta þennan kostnað, en rannsókn sem gerð var í Bandaríkjunum [28] sýndi að kostnaður heilbrigðisþjónustu við konur sem búa við ofbeldi í nánnum samböndum var 42% hærri en við konur sem ekki búa við slíkt ofbeldi. Þó að konan komi sér út úr hinu ofbeldisfulla sambandi helst heilbrigðiskostnaðurinn hár mörg ár á eftir. Þannig var kostnaður við heilbrigðisþjónustu kvenna er höfðu losnað úr ofbeldisfullu sambandi fyrir fimm árum eða meira 19% hærri en við konur sem enga reynslu höfðu af slíku ofbeldi [28].

Rannsóknir benda til þess að því alvarlegra sem ofbeldi í nánnum samböndum er, og því lengur sem það varir, þeim mun alvarlegri séu áhrif þess á heilsu og velferð kvenna [18, 35]. Rannsóknir sýna að ofbeldið dregur almennt úr sálfélagslegri velferð þolendanna [37, 38] og vísbendingar eru um að konur sem beittar hafa verið ofbeldi í nánnum samböndum hafi lægri laun, eigi erfiðara með að halda starfi, séu fjölmennari meðal atvinnulausra og líklegri til að fá félagslega aðstoð, en konur sem ekki eru þolendur ofbeldis [18, 39]. Engar rannsóknir fundust á félagslegum afleiðingum ofbeldis í nánnum samböndum á karla.

Klínískur ávinningur og árangursrík framkvæmd

Kerfisbundinni greiningu, eða skimun, á ofbeldi í nánnum samböndum er ætlað að vera fyrsta skrefið í meðferðarferli og árangur hennar verður því best skilgreindur út frá því hvort hún auki líkur á því að þolendur ofbeldis njóti árangursríkra meðferðarúrreða. Frumskilyrði til að ná þeim árangri er að skimunin auki líkur þess að þolendur ofbeldis í nánnum samböndum greini heilbrigðisstarfsfólki frá reynslu sinni þannig að hægt sé að vísa þeim á viðeigandi úrræði. Ný fræðileg úttekt [39] (einkunn rannsóknar 2++) sýnir að kerfisbundin greining eykur til muna líkur þess að þolendur segi heilbrigðisstarfsfólki frá reynslu sinni af ofbeldi. Niðurstaðan er studd tveim öðrum eldri fræðilegum úttektum [40, 41] (einkunn rannsóknar 2+). Vísbendingar eru einnig um að kerfisbundin greining verði til þess að margir þolendur segi í fyrsta skipti frá ofbeldinu [42]. Rannsóknir hafa jafnframt sýnt að þegar skráðum tilfellum á ofbeldi í nánnum samböndum fjölgar, aukast líkur á að þolendurnir njóti þeirra úrræða sem í boði eru [40, 41, 43, 44]. Þar sem tilgangur skimunar er að þolendur ofbeldis fái viðeigandi úrræði benda framangreindar rannsóknir sterklega til þess að skimunin skili tilætluðum árangri.

Töluverðrar gagnreyndrar þekkingar hefur verið aflað á síðustu árum, sem stofnanir geta byggt á við innleiðingu skimunar á ofbeldi gagnvart konum. Nýleg meta-analýsa [45] (einkunn rannsóknar 1-) leiddi í ljós að ónóg þjálfun heilbrigðisstarfsfólks og aðstæður í vinnuumhverfi eru helstu hindranir fyrir árangursríkri framkvæmd skimunar eftir þolendum ofbeldis. Meta-analýsan sneri nær eingöngu að rannsóknum á læknum, en fáar rannsóknir hafa verið gerðar af reynslu annarra heilbrigðisstétta af greiningu á ofbeldi í nánnum samböndum og þeim hindrunum sem verða á vegi þeirra. Aðeins fundust fjórar slíkar rannsóknir [46-49] og tvær fræðilegar samantektir [50, 51, (einkunn rannsóknar 2+)]. Þessar rannsóknir leiddu í ljós að tímaskortur er helsta hindrunin í framkvæmd greiningar og að heilbrigðisstarfsfólk þurfi aukna fræðslu og þjálfun til að framkvæma greiningu á árangursríkan hátt. Persónuleg reynsla heilbrigðisstarfsmanna, viðhorf þeirra og tilfinningar gagnvart ofbeldi í nánnum samböndum geta verið alvarleg hindrun við greininguna [47-49]. Aðrar hindranir eru aðstöðuleysi til að tala við sjúklinga í einrúmi [48, 50, 51] og tungumála- og menningarmunur [47, 48].

Síðastliðin ár hafa birst nokkrar fræðilegar úttektir á rannsóknum af reynslu kvenna af kerfisbundinni greiningu á ofbeldi í nánnum samböndum [42, 51, 52, 53]. Þessar úttektir sýna að mikilvægt er að greiningin fari fram í einrúmi og að þolandinn treysti heilbrigðisstarfsmanninum í hvívetna [51, 52 (einkunn rannsóknar 2+)]. Þolendum þykir einnig mikilvægt að beðið sé um samþykki fyrir upplýsingaöfluninni [51]. Ótti við fordæmingu heilbrigðisstarfsfólks [53 (einkunn rannsóknar 2++)] og við hefnd gerandans [42 (einkunn rannsóknar 2+)] dregur úr vilja þolenda til að segja frá ofbeldinu.

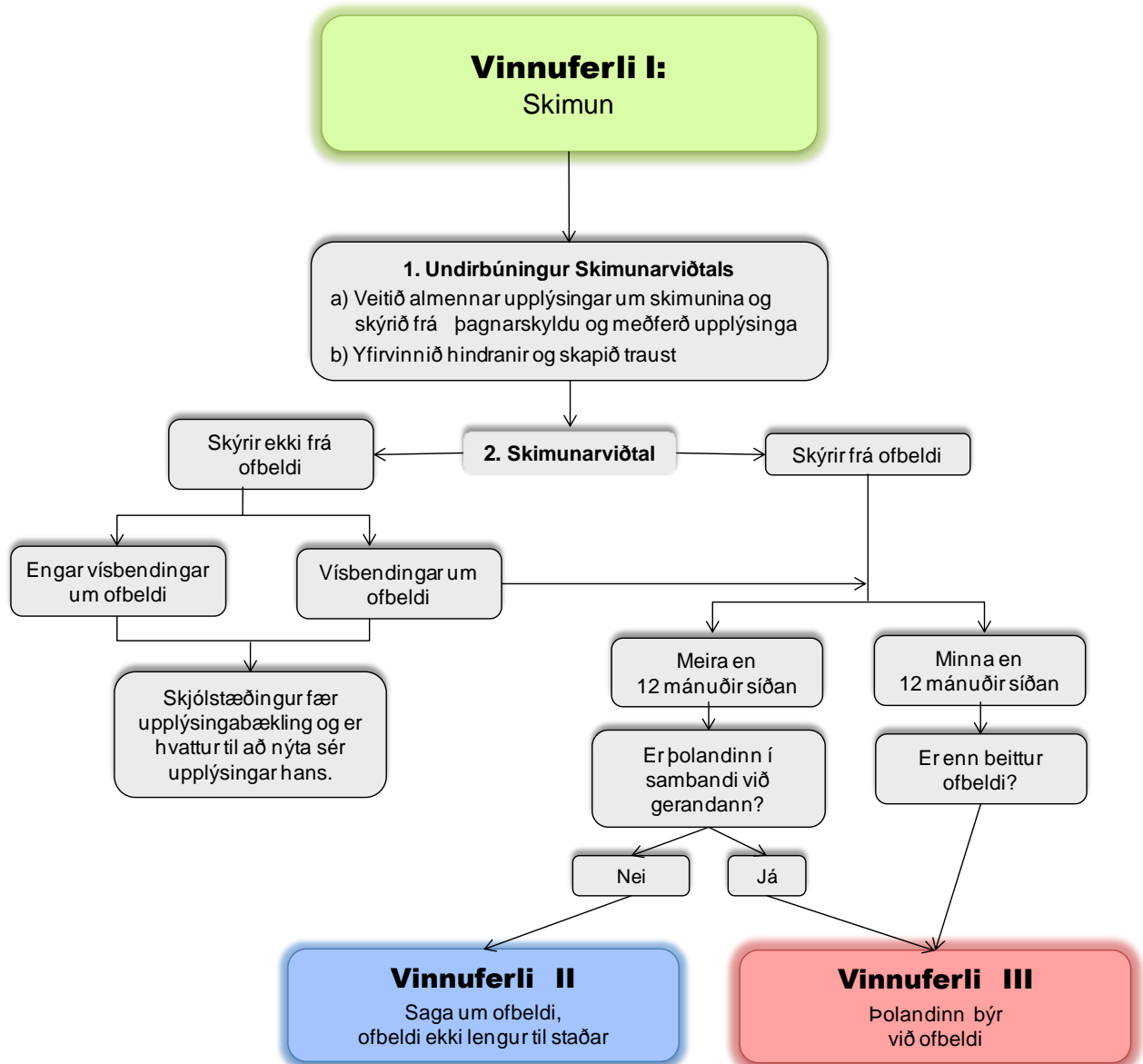
Vinnuferli

Til að einfalda framsetningu er leiðbeiningunum skipt í þrjú vinnuferli. Á eftir skipuriti hvers vinnuferlis fylgja leiðbeiningar um framkvæmd einstakra verkþátta þess.

Fyrsta ferlið er skimunarviðtal sem tekið er við hverja konu, 15 ára og eldri, við komu á þær heilbrigðisstofnanir eða sjúkradeildir sem hafa tekið leiðbeiningarnar í notkun. Hver deild og stofnun setur vinnureglur um hvaða vísbendingum skuli fylgt þegar ákveðið er hvort leiðbeiningarnar skuli notaðar við móttöku karlkyns skjólstæðinga.

Ef skjólstæðingurinn hefur verið beittur ofbeldi en býr ekki við það í dag skal fylgja vinnuferli II. Ef skjólstæðingurinn er enn þólandi er fylgt ferli III.

Sjá heildaryfirlit yfir öll þrjú vinnuferlin í fylgiskjali aftast.



1. Undirbúningur skimunarviðtals

a) Veitið almennar upplýsingar um skimunina og skýrið frá þagnarskyldu og meðferð upplýsinga

Takið viðtal við þolandann í einrúmi, án þess að maki eða annar fjölskyldumeðlimur sé viðstaddur. Þó mega börn yngri en tveggja ára vera viðstödd [3, 6, 8, 9].

Ef þörf er á túlki, notið þá viðurkenndan túlk, en ekki vin eða fjölskyldumeðlim [3, 6, 8, 9, 10].

Útskýrið að skimunarviðtalið sé fastur liður í heilbrigðismati allra sem koma á heilbrigðisstofnunina [3, 10].

Ef skjólstæðingurinn er í andlegu uppnámi eða alvarlega líkamlega veikur skal skimunarviðtalinu slegið á frest [3, 10].

Áður en skimunarviðtalið hefst skal útskýra fyrir skjólstæðingnum hvers vegna það er tekið. Þótt skjólstæðingur, sem beittur hefur verið ofbeldi, ákveði að skýra ekki frá því gefur viðtalið engu að síður skýr skilaboð um vilja heilbrigðisstarfsmannsins til að ræða þessi viðkvæmu mál. Þar sem um er að ræða mjög viðkvæmt mál er mikilvægt að ná trausti skjólstæðingsins áður en viðtalið hefst. **Hér eru dæmi um hvernig hægt er að opna umræðuna um ofbeldi í nánnum samböndum** [3, 4, 5, 6, 8, 9, 10]:

Athugið að í þessum dæmum er gengið út frá því að skjólstæðingurinn sé kona.

- Vegna þess hve algengt er að fólk sé beitt ofbeldi, þá spyr ég alla skjólstæðinga mína hvort þeir hafi einhvern tímann upplifað ofbeldi af hálfu sambýlismanns/-konu, maka eða unnusta/unnustu.
- Ég veit ekki hvort það á við um þig, en margir sjúklingar sem ég hitti hafa verið beittir ofbeldi í nánnum sambandi. Sumir þeirra eru of óttaslegnir, eða finnst óþægilegt að segja frá slíkri reynslu að fyrra bragði, svo ég spyr alla út í þetta.
- Margar konur sem koma til mín hafa orðið fyrir ofbeldi af hálfu þess sem þær eru í sambandi við. Sumar þeirra eru hræddar og finnst óþægilegt að minnst á þetta að fyrra ofbeldis.
- Rannsóknir benda til þess að margar konur, og einnig karlar, verði fyrir ofbeldi í nánnum samböndum og að það hafi alvarlegar afleiðingar fyrir heilsufar þeirra. Þess vegna spyrjum við alla eftirfarandi spurninga.

Gerið skjólstæðingnum grein fyrir þagnarskyldu heilbrigðisstarfsfólks og hvaða takmörkunum hún er háð [3, 6, 8, 9, 10]. Ef við á, lesið eftirfarandi yfirlýsingu um þagnarskyldu í upphafi viðtalsins.

Kafli um þagnarskyldu

Upplýsingar sem koma fram um þig og fjölskyldu þína eru trúnaðarmál. Til að geta aðstoðað þig þurfum við stundum að gefa upplýsingar til annarra meðferðaraðila innan stofnunarinnar. Samkvæmt lögum er stundum skylda okkar að rjúfa trúnað. Á það við þegar grunur leikur á að þú eða annar þér tengdur sé í hættu. Þetta á einnig við um tilkynningarskyldu til barnaverndarnefndar. Í slíkum tilvikum er málið rætt við þig áður ef kostur er. Upplýsingar úr greiningarviðtali eru stundum notaðar í rannsóknatilgangi, en þá aðeins eftir samþykkt siðanefndar og undir fullri nafnleynd.

b) Yfirvinnid hindranir og skapið traust

Trúnaður milli hjúkrunarfræðinga/ljósmæðra og þeirra sem þolað hafa ofbeldi er grundvallarforsenda þess að þolandi geti sagt frá því ofbeldi sem hann hefur orðið fyrir. Mikilvægt er að þeir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem taka skimunarviðtalið:

- taki tillit til mismunandi aldurs, menningar, tungumála, kynþátta og kynhneigðar [10].
- taki skýrt fram að ofbeldi sé aldrei þolandanum að kenna, heldur alltaf á ábyrgð geranda [10].
- hafi í huga þær ýmsu hindranir sem geta valdið því að erfitt getur reynst fyrir skjólstæðing að greina frá reynslu sinni af ofbeldi [3, 6, 9, 11]. Þær eru meðal annars:
 - *Skömm og sjálfsásökun* yfir því að vera í sambandi við ofbeldisfullan einstakling.
 - *Börn á heimili*. Skjólstæðingur gæti óttast um öryggi barna sinna og/eða afskipti barnaverndaryfirvalda af börnum sínum, jafnvel að þau verði tekin frá honum.
 - *Menningar- og trúarleg viðhorf*. Skjólstæðingi gæti fundist hann ógna heiðri fjölskyldunnar eða svíkja trúnað við hana ef hann greinir frá heimilisofbeldi.
 - Ótti við áframhaldandi ofbeldi/hefnd ef gerandi ofbeldisins kemst að því að þolandinn hafi sagt frá ofbeldinu.
 - Hótanir gerandans um enn verra ofbeldi ef þolandinn segir frá.
 - Ótti um að vera vísað úr landi, ef þolandinn er innflytjandi.
 - Áhyggjur af því að gerandinn verði handtekinn.
 - Von um að gerandinn muni breytast og það að segja frá ofbeldinu gæti tafið þær breytingar.
 - *Stimplun (stigmatization)*. Skjólstæðingur gæti óttast fordæmingu heilbrigðisstarfsfólks. T.d. að vera ásakaður um „aumingjaskap“ fyrir að koma sér ekki út úr aðstæðunum, eða fyrir að kalla sjálfur yfir sig ofbeldið.
 - Þolandinn hefur ekki vitneskju um möguleg úræði og hjálp sem gæti staðið honum til boða.
 - Sumir þolendur líta svo á að þeir búi ekki við ofbeldi og jafnvel að ofbeldið sé eðlilegt ástand.
 - Suma þolendur skortir orð til að lýsa reynslu sinni.

2. Skimunarviðtalið

Við skimun fyrir ofbeldi í nánú sambandi skal spyrja skjólstæðinginn beint um hugsanlega reynslu hans af slíku ofbeldi. Hér á eftir fara hugmyndir að spurningum sem byggja á fjölmörgum heimildum [3, 5, 7, 9, 10, 11]. Hverjum hjúkrunarfræðingi og ljósmóður er þó ráðlagt að laga þessar spurningar að persónulegum stíl sínum. Það sem skiptir höfuð máli er að þolendum ofbeldis sé kleift að segja frá því:

1. Ertu núna eða hefur þú einhvern tímann verið í nánú sambandi þar sem þú varst beitt(ur) líkamlegum eða andlegum þvingunum?
2. Ertu núna eða hefur þú einhvern tímann verið í nánú sambandi þar sem þú varst einhvern tímann meidd(ur) líkamlega eða þér hótað ofbeldi?
3. Ertu núna eða hefur þú einhvern tímann verið í nánú sambandi þar sem þú varst slegin(n), sparkað í þig, reynt að kyrkja þig eða þér veittir aðrir líkamlegir áverkar?
4. Eftir að þú varðst fullorðin(n) - hefur einhver sem þú varst í nánú sambandi við beitt þig líkamlegu eða andlegu ofbeldi?
5. Hefur maki þinn eða fyrrverandi maki einhvern tímann beitt þig kynferðislegu ofbeldi eða þvingunum?

Eftirfarandi spurningar eiga bara við ef viðkomandi er í nánú sambandi þegar viðtalið er tekið:

6. Ertu einhvern tímann hrædd(ur) við maka þinn eða þann sem þú ert í nánú sambandi við?
7. Finnst þér að maki þinn reyni að ráða yfir þér og einangra þig frá fjölskyldu og vinum?
8. Hefur maki þinn eða fyrrverandi maki einhvern tímann lagt hendur á börn þín eða hótað þeim ofbeldi?
9. Þegar þú og maki þinn rífast endar rifrildið þá einhvern tímann með því að hann/hún leggur á þig hendur?

Það skiptir þolendum ofbeldis í nánú samböndum miklu máli að þeir finni að heilbrigðisstarfsmaðurinn trúir því sem þeir segja um ofbeldið. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður [3, 9, 10, 11]:

- hafi það í huga að óttinn við það að vera ekki trúað kemur í veg fyrir að margir þolendur segi frá ofbeldinu sem þeir búa við. Gerandinn kann að hafa talið þolandanum trú um að enginn trúir því sem hann hefur að segja um ofbeldið.
- hjálpi þolandanum að skilja að flestir reyna að loka á minningar sem mjög sársaukafullt er að vinna úr. Ef þolandinn segir frá ofbeldi sem átti sér stað fyrir löngu síðan kann hann að vera óklár á því hvernig það gerðist nákvæmlega og hvar.

Ef skjólstæðingur greinir frá því að hann sé þolandi ofbeldis er mikilvægt að sá sem tekur viðtalið:

- sýni það með orðum og gerðum að hann trúir því sem þolandinn segir um ofbeldið [3, 11].
- láti í ljós áhyggjur af öryggi þolandans [10].
- forðist að gera lítið úr, afneita eða taka því létt sem þolandi ofbeldis segir [3].
- láti í ljós við skjólstæðinginn að hann hafi sýnt styrk og þolgæði við það að ganga í gegnum þá lífsreynslu sem ofbeldi er [3].
- forðist óhóflega gagnrýni og fordæmingu á gerandann [3, 9].
- forðist að gagnrýna þolanda sem kys að vera í sambandi við maka sem beitir hann ofbeldi.
- telji kjark í þolandann og auðveldi honum að trúa sinni eigin upplifun á ofbeldinu [3].
- taki tillit til mismunandi persónulegra þátta svo sem aldurs, þjóðernis, kynhneigðar [3, 10].
- útskýri fyrir þolandanum að ofbeldið sé aldrei þolandanum að kenna [3, 9, 10].
- hafi hugfast að óttinn við að vera ekki trúað getur komið í veg fyrir að þolandi segi frá ofbeldinu [3].

3. Lok skimunar og ákvarðanir um næstu skref

Niðurstöður skimunarinnar geta verið á fjóra vegu og kallað á ferns konar viðbrögð:

- 1) Skjólstæðingurinn skýrir ekki frá reynslu af ofbeldi og hjúkrunarfræðingur/ljós móðir hefur engan grun um slíka reynslu. Honum er þá þökkuð samvinnan og boðinn bæklingur um ofbeldi í nánum samböndum. Vera kann að skjólstæðingurinn hafi orðið fyrir ofbeldi þó að hjúkrunarfræðingur/ljós móðir hafi engan grun um slíkt. Bæklingurinn getur þá verið honum til leiðbeiningar ef hann vill leita sér hjálpar síðar [3, 8, 9, 10].
- 2) Skjólstæðingurinn skýrir ekki frá reynslu af ofbeldi en hjúkrunarfræðingur/ljós móðir hefur eigi að síður grun um slíka reynslu. Þá er brýnt að segja frá grunsemdunum og á hverju þær eru byggðar, þ.e.a.s. ef um er að ræða merki um áverka eða hvað það er í viðbrögðum, fari eða orðum skjólstæðingsins sem vekur gruninn [3, 8, 9, 10, 11]. Í fylgiskjali B er gagnlegur listi yfir áhættuþætti og vísbendingar um ofbeldi í nánum samböndum.

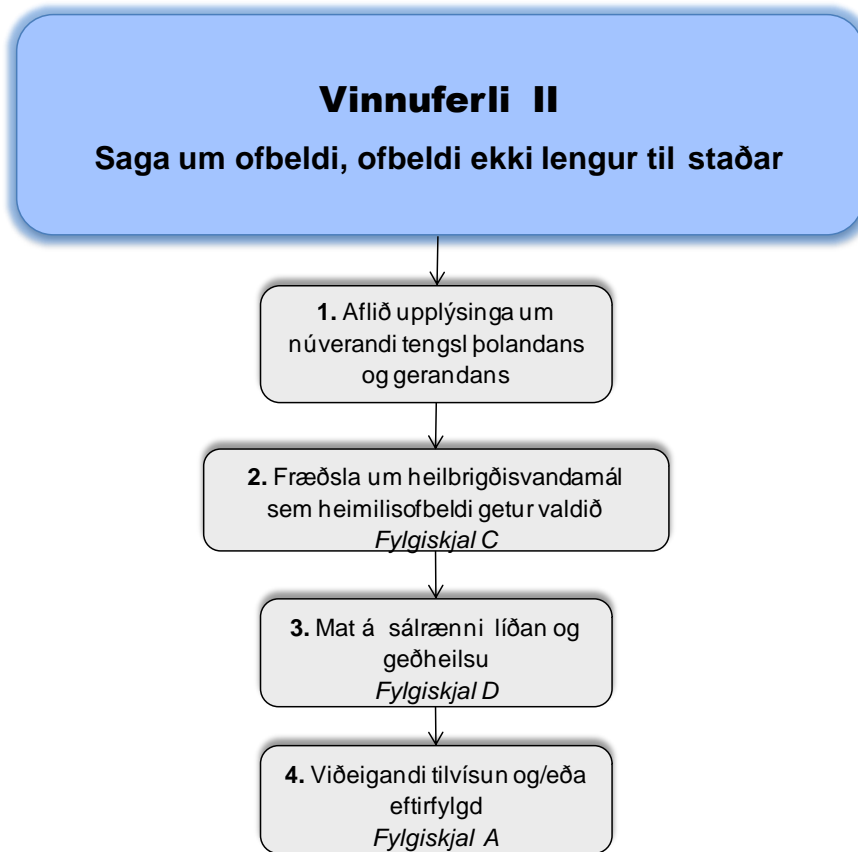
Hér er **dæmi um orðalag spurninga** sem mætti spyrja í slíku tilfelli:

„Þótt þú hafir sagt mér að þú hafir enga reynslu af ofbeldi sýndist mér þú verða ... (lýstu því tilfinningalega viðbragði sem þú varðst áskynja, t.d. óörugg, hikandi, o.s.frv.) þegar ég spurði þig út í ofbeldið. Er það eitthvað fleira sem þú vilt segja mér og gæti skýrt af hverju þér þykir óþægilegt að ræða þessi mál?“ [9].

„Þótt þú hafir sagt mér að þú hafir enga reynslu af ofbeldi hef ég samt áhyggjur af þér vegna þess að ... og vil að þú vitir að þú getur alltaf leitað hingað aftur ef þú vilt ræða málin frekar“ [11].

Skjólstæðingnum er þökkuð samvinnan og honum afhentur bæklingur (sbr. lið 1 að framan) eða spjald með vefslóðum og símanúmerum þar sem hægt er að leita upplýsinga og aðstoðar [8]. Skýrðu líka skjólstæðingnum skilmerkilega frá því að hann geti leitað til þín aftur [10].

- 3) Skjólstæðingurinn hefur verið beittur ofbeldi en býr ekki lengur við það. Þá er fylgt **vinnuferli II**.
- 4) Skjólstæðingurinn býr við ofbeldi í nánu samband, ofbeldi af hendi fyrrverandi maka eða kærasta/kærustu sem hann býr ekki með. Þá er fylgt **vinnuferli III**.



1. Núverandi tengsl þolandans við gerandann

Hefur þolandinn enn samband við gerandann? Óttast þolandinn gerandann? Ef svo er hjálpið þá skjólstæðingnum að finna leiðir til að komast hjá samskiptum við gerandann og/eða komast yfir óttann [9, 10].

2. Fræðsla um heilbrigðisvandamál

Ef fram kemur í viðtalinu að skjólstæðingurinn er þolandi ofbeldis en býr ekki lengur við það og er ekki lengur í tengslum við gerandann þá skal veita honum fræðslu um útbreiðslu og alvarleika ofbeldis í nánnum samböndum, og um þau heilbrigðisvandamál sem slíkt ofbeldi getur valdið [10]. Við þá fræðslu skal stuðst við upplýsingar í fylgiskjali C.

3. Mat á sálrænni líðan og geðheilsu

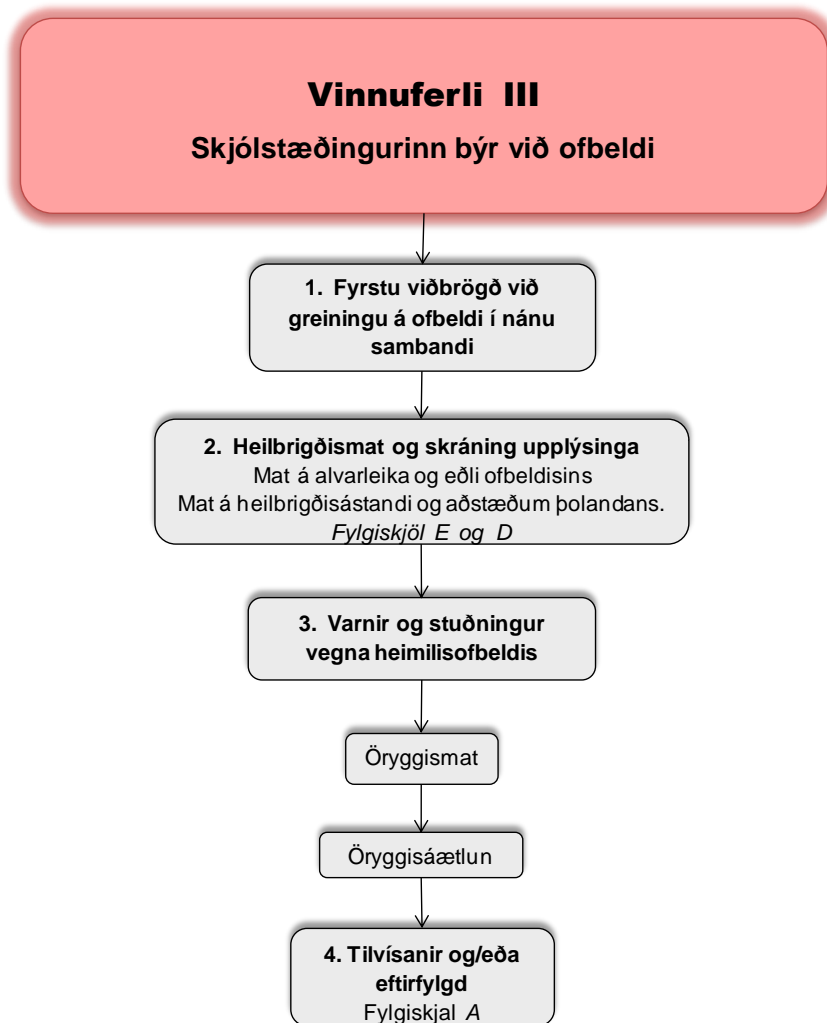
Spyrjið þolandann hvort hann þekki einhver af þeim einkennum sem komið var inn á í fræðslunni,

Leggið fyrir þolandann, með samþykki hans, greiningarviðtal til að meta sálræna líðan og geðheilsu, sjá fylgiskjal D.

Skýrið þolandanum frá niðurstöðu greiningarviðtals en það ætti að liggja fyrir strax að því loknu. Tilgangur þessa greiningarviðtals er að hjálpa þolandanum að átta sig betur á geðheilsu sinni og hvetja hann til að bæta hana.

4. Tilvísun eða eftirfylgd

Ef þolandinn greinist með einkennum áfallastreituröskunar eða streitu- og/eða kvíðaeinkennum skulu honum kynnt hugsanleg úrræði sem koma fram í fylgiskjali A. Farið yfir listann með þolandanum og aðstoðið hann við að velja þau úrræði sem gætu hentað honum.



1. Fyrstu viðbrögð við greiningu ofbeldis í nánu sambandi

Ef skimunarviðtalið leiðir í ljós að skjólstæðingurinn býr við ofbeldi í nánu sambandi ættu fyrstu viðbrögð heilbrigðisstarfsmannsins að vera þessi:

- Hughreystið þolandann og segið honum að ofbeldi í nánnum samskiptum sé ekki óalgengt og fullvissið hann um að ofbeldið sé ekki hans sök [10, 11].
- Metið líðan þolandans og veitið tilfinningalegan stuðning [9]. Gerið þolandanum ljóst að hann muni ekki verða neyddur til að gera neitt, heldur verði honum aðeins veitt ráð sem hann ákveði sjálfur hvort hann fer eftir [9].
- Fræðið þolandann um ofbeldi og afleiðingar þess fyrir heilsufar hans [9, 10].
- Veitið honum upplýsingar um útbreiðslu og alvarleika ofbeldis í nánnum samböndum, og um þau heilbrigðisvandamál sem slíkt ofbeldi getur valdið [10]. Við þá fræðslu skal stuðst við upplýsingar í fylgiskjali C.
- Vísið til fræðsluefnisins til að benda þolandanum á að hann er ekki einn með vandamál sín. Leggið um leið áherslu á að margir þolendur leiti sér aðstoðar með góðum árangri [9].
- Ítrekið trúnað við þolandann og að hlutverk ykkar sé fyrst og fremst að gæta að öryggi þolandans og fjölskyldu hans [9, 10].
- Beitið þolandann EKKI þrýstingi til að fá hann til að gera eitthvað sem honum þykir óþægilegt. Aðeins hann veit hversu langt gerandinn getur gengið til að refsa honum eða leita hann uppi [11].

2. Heilbrigðismat og skráning upplýsinga

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður:

- skýri fyrir þolandanum að hann/hún skrái þær upplýsingar sem hann veitir honum/henni svo hann/hún eigi auðveldara með að finna viðeigandi og hjálpleg úrræði og að upplýsingarnar geti nýst tilvísunaraðilum ef þolandinn leyfir að þeim sé veittur aðgangur að upplýsingunum [3, 10].
- skrái hvers konar ofbeldi skjólstæðingurinn má þola [3, 10].
- noti stöðluð mælitæki til að hægt sé að meta alvarleika (fylgiskjal E).
- meti andlega líðan þolandans [10] – ef þolandinn er í nógu góðu jafnvægi notið þá matstækin í fylgiskjali D.
- meti hvaða áhyggjur eru þolandanum efstar í huga og hvaða aðstoð þolandanum þykir brýnast að fá [3, 10].
- greini og skrái bráðar heilbrigðisþarfir þolandans. Ef um kynferðislegt ofbeldi er að ræða á að vísa á neyðarmóttöku vegna kynferðislegt ofbeldis [3, 10].
- skrái upplýsingar um fyrsta ofbeldisverkið, það versta og það nýjasta sem framið hefur verið gegn þolandanum [3, 10].
- geri greinarmun á gerendum ef fleiri en einn hafa beitt þolandann ofbeldi. Skrá skal hvaða meiðslum hver gerandi olli og hvaða heilsufarslegar afleiðingar hver árás hafði á þolandann [3].
- skrái hversu oft og lengi þolandinn hefur mátt þola ofbeldi og einnig breytingar á tíðni ofbeldisins og alvarleika [3, 10].
- noti óbreytt orð þolandans (innan tilvitnunarkerkja) eins oft og mögulegt er [3, 9, 10].
- noti teikningar og/eða ljósmyndir þegar mögulegt er til að skrá líkamleg meiðsl og upplýsið þolandann um mikilvægi þess [3, 9, 10]. Fá þarf samþykki þolandans fyrir myndatöku.

Skráning

Hjúkrunargreining

- **Röskun á fjölskyldulífi vegna heimilisofbeldis: (tilgreinið: líkamlegt, kynferðislegt, og/eða andlegt ofbeldi)** (Dysfunctional family processes: Domestic Violence (Specify: physical-, sexual-, and/or emotional violence)
Dæmi um NANDA hjúkrunargreiningar sem geta verið viðeigandi hér: Svefntruflun; Svefnleysi; Magnleysi; Skert athafnaþrek; Vanmáttarkennd; Vonleysi; Lítil sjálfsvirðing vegna aðstæðna; Ótti; Kvíði; Vefjaskaði – sár; Langvarandi verkir; Áfall eftir nauðgun; Þögn viðbrögð; Blönduð viðbrögð.

NIC hjúkrunarmeðferðir

- Andlegur stuðningur (5270 Emotional Support)
- Efling stuðningskerfis (5440 Support System Enhancement)
- Ráðgjöf (5240 Counseling)
- Stuðningur við fjölskyldu (7140 Family Support)
- Styrking í hlutverki (5370 Role Enhancement)
- Tilvísun (8100 Referral)
- Virk hlustun (4920 Active Listening)

3. Varnir og stuðningur vegna heimilisofbeldis (Abuse Protection Support)

Forgangsaðili er að tryggja að þolandinn, og börn hans ef við á, séu örugg.

Fyrsta skref til þess er að framkvæma öryggismat og gera öryggisáætlun [3, 4, 10, 54 (einkunn rannsóknar 1-)].

Til athugunar

Hvar er gerandinn á þessu augnabliki? Ef gerandinn er nú innan veggja heilbrigðisstofnunarinnar þar sem þú vinnur, er konan (þolandinn) þá hrædd um að gerandinn sé henni, börnum hennar eða heilbrigðisstarfsmönnum hættulegur?

Er nauðsynlegt að leita hjálpar hjá lögreglunni eða öryggisvörðum?

Er gerandinn tortrygginn vegna viðtalsins sem þú átt við konuna?

Hefur gerandinn reynt að taka þátt í viðtalinu með þolandanum?

Öryggismat

Spyrjið þolandann hvort hann og/eða börnin hans séu í bráðri hættu. Fáðið upplýsingar um það hvar gerandinn er þessa stundina. Fylgdi hann þolandanum í viðtalið? Bíður gerandinn heima og er þolandinn hræddur við að fara aftur heim? Ef um bráða hættu reynist vera bjóðist þá til að hringja á lögreglu og finnið öruggt skjól fyrir þolandann [4, 8, 9].

Hafið eftirfarandi spurningar í huga við mat á öryggi þolandans [3, 4, 6, 8, 9, 10,11]:

- **Bráð hætta sem þolandinn er í**

- Hversu mikil samskipti hefur þú við gerandann?
- Hefur gerandinn verið dæmdur í nálgunarbann við þig?
- Hefur verið lögð fram kæra á hendur geranda?
- Hversu hrædd(ur) ert þú við það að hlýða ekki kröfum gerandans?
- Beitir hann börn þín/ykkar ofbeldi eða hótar að beita þau ofbeldi?
- Er þolandinn í sjálfsvígshættu?

- **Eðli nýlegra samskipta við sambýlisaðila eða þann sem þolandinn er í nánú sambandi við**

- Stafar ógn af gerandanum?
- Hótar gerandinn þér lífláti. Ef svo er, telur þú að honum sé alvara og að hann sé fær um að gera alvöru úr hótuninni?
- Er gerandinn örvæntingarfullur eða stöðugt afbrýðisamur? (Hefur hann t.d. sagt „Ég get ekki lifað án þín“ eða „Þú verður með mér eða engum“).
- Hefur gerandinn stjórn á, eða reynir að hafa stjórn á, daglegum athöfnum þínum og á því hverja þú umgengst, t.d. hvaða vini og kunningja þú getur hitt og hvenær þú mátt hafa samband við fjölskyldu þína? Stjórnar hann því hversu miklum peningum þú mátt eyða og hvenær þú getur notað bílinn?
- Reynir gerandinn að einangra þig frá vinum og fjölskyldu?
- Fylgir gerandinn þér eftir eða njósar um þig? Sendir hann hótunarskilaboð til þín? Skemmir hann eigur þínar? Hringir hann í þig, heimsækir þig, eða hefur upp á þér þó að þú hafir beðið hann um að láta þig í friði?

- **Eðli ofbeldisins**

- Hefur tíðni og alvarleiki ofbeldisins aukist síðastliðið ár?
- Hefur gerandinn notað vopn gegn þér eða hótað því?
- Á gerandinn vopn eða hótar að verða sér úti um vopn?
- Hefur gerandinn reynt að kyrkja þig?

- **Ástand gerandans**

- Er gerandinn oft undir áhrifum áfengis og annarra vímuefna og er hann ofbeldisfullri undir áhrifum?
- Notar hann örvandi vímuefni?
- Hefur hann gert tilraunir til eða hótað að fremja sjálfsvíg?
- Er hann atvinnulaus?
- Beitir hann ofbeldi utan heimilis?
- Hefur hann einhvern tímann orðið öðrum að bana eða valdið varanlegum skaða með ofbeldi sínu (hér með talin gæludýr)?

- **Aðstæður þolandans**

- Ef um konu er að ræða; er hún barnshafandi?
- Hefur þú í hyggju að enda sambandið?
- Hefur þú nýlega bundið endi á sambandið?
- Hefur þú í hyggju að stofna til nýs sambands?
- Hittir þú gerandann reglulega vegna sameiginlegs forræðis yfir barni/börnum?
- Er þú að byrja í nýrri vinnu eða hefja nám?
- Er fyrirjáanlegt að þú hittir geranda í dómskerfinu (vegna líkamsmeiðingar, skilnaðar eða forræðisdeilu yfir barni/börnum)?

- **Stuðningur**

- Ert þú einangruð (vegna tungumálaerfiðleika, erfiðleika við að komast á milli staða eða vegna líkamlegrar fötlunar)?
- Vita aðrir um ofbeldið? Sýna þeir stuðning?

Öryggisáætlun [3, 4, 8, 10]

Hafið eftirfarandi atriði til hliðsjónar við gerð öryggisáætlunar:

- Kortleggið öryggisnet þolandans og hugsanlegan stuðning frá vinum og fjölskyldu
 - Hvetjið þolanda til að segja einhverjum sem hann treystir frá ofbeldinu og öryggisáætluninni. Hann skyldi þó aðeins trúá einum til tveimur fyrir öryggisáætluninni.
 - Hefur þolandinn einhvern öruggan stað að forða sér til, t.d. hjá vinum eða ættingjum?
- Upplýsið þolandann um þau lögfræðilegu úrræði sem standa honum til boða
 - Það er ekki lagaleg skylda heilbrigðisstarfsfólks að kæra eða láta lögreglu vita af ofbeldi í nánnum samböndum. Polandinn verður sjálfur að taka ákvörðun um að stíga slíkt skref. Hafa verður í huga að hann er dómbærastur á þá hættu sem hann kann að setja sjálfan sig og börn sín í með því að hafa samband við lögreglu.
 - Hvetjið þolandann til að útbúa lista með símanúmerum til að nota í neyðartilvikum og að kenna börnum sínum að nota 112 neyðarnúmerið.

- Hvetjið þolandann til að upplýsa börnin um neyðaráætlunina ef þau hafa þroska til. Bendið honum á að segja börnunum ekki frá áætluninni í smáatriðum fyrr en kemur að framkvæmd hennar því það veldur þeim óþarfa álagi að þurfa að þegja yfir leyndarmálum.
- Hvetjið þolandann til að gefa börnum, vinum og fjölskyldu upp „lykilorð“ sem þýðir að hann vilji að hringt sé á lögreglu.
- Hvetjið þolandann til að pakka í ferðatösku nauðsynlegum fötum fyrir sig (og börnin). Muna eftir uppáhaldsleikfangi barnsins/barnanna. Geyma ferðatöskuna hjá einhverjum sem þolandinn treystir.
- Hvetjið þolandann til að safna saman nauðsynlegum gögnum/skilríkjum og geyma á öruggum stað (t.d. vegabréfi, ökuskírteini, atvinnuleyfi, dvalarleyfi, greiðslukorti, afsláttarkorti frá TR, númer á bankareikningum o.s.frv.).

Til umhugsunar

Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður verða að hafa í huga að hin nákvæmasta öryggisáætlun getur ekki tryggt öryggi þolandans. Þolandinn er sá eini sem með nokkurri vissu getur sagt fyrir um þá hættu sem bíður hans. Þar af leiðir að besta öryggisáætlunin er sú sem þolandinn gerir sjálfur – áætlun sem byggir á raunhæfu mati þolandans á aðstæðum sínum og sem hann er tilbúinn að fara eftir [3, A, C]

4. Tilvísanir og eftirfylgd

Í fylgiskjali A er listi yfir úrræði fyrir þolandur ofbeldis í nánnum samböndum

- Kynnið ykkur vel þau úrræði sem í boði eru í samfélaginu og hjálpið þolandanum að velja þá þjónustu sem hann þarfnast þegar hann er tilbúinn til að þiggja hana [10].
- Hvetjið þolandann til að leita sér langtímameðferðar með því að bjóða upp á viðeigandi tilvísun og eftirfylgd. Í fylgiskjali A er listi yfir langtíma úrræði og hér fyrir aftan eru talin upp samfélagsleg úrræði sem hægt er að leita til strax.
- Ráðleggið **ALDREI** hjónaráðgjöf (fyrir bæði þolanda og geranda) [3, 9].
- Ef þolandinn afþakkar allar tilvísanir og eftirfylgd skal bjóða honum upplýsingabækling um ofbeldi í nánnum samböndum. Ef hann treystir sér ekki til að taka við bæklingi, gefðu honum þá símanúmer þitt og bjóddu honum að leita til þin síðar [9, 10].
- Bendið þolandanum á ýmsar hagnýtar upplýsingar á netinu, eins og kvennaathvarf.is, stigamot.is og umhuga.is
- Veitið upplýsingar og afhendið upplýsingabækling með samþykki þolandans um meðferðarúrræði fyrir gerandann „Meðferð fyrir karla sem beita ofbeldi“ á vegum samtakanna „Karlar til ábyrgðar“.

Virðing og viðurkenning

Polendur ofbeldis eru sérfræðingar í sínum málum og þurfa stuðning til sjálfshjálpar.

Hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum ber að **virða** þær ákvarðanir sem þeir taka og **viðurkenna** það að polendur verða að vinna úr lífsreynslu sinni á sínum eigin forsendum og hraða [3, 4, 6, 8, 11]. Mikilvægt er að þú:

- virðir persónulega reisu og sjálfræði skjólstæðingsins og ákvarðanir hans.
- hafir hugfast að skjólstæðingurinn þarf að vinna úr ofbeldinu á eigin forsendum og á sínum hraða.
- hafir hugfast að sá sem er þolandi ofbeldis er sérfræðingur í eigin aðstæðum.
- bendir þolandanum á þann styrk og þolgæði sem hann hefur sýnt.
- forðist að segja þolandanum fyrir verkum. Segðu frekar frá þeim úrræðum sem standa honum til boða. Hann verður sjálfur að velja þær leiðir sem henta honum best til að ná þeim markmiðum sem hann telur mikilvægust.
- upplýsir þolandann um mögulegan stuðning og eftirfylgd fyrir börn sem hafa orðið vitni að ofbeldinu.
- bjóðir þolandanum upp á tilvísun til sérfræðinga og eftirfylgd.
- dæmir ekki mótbárur þolandans og tregðu til að fylgja ráðleggingum.
- áréttir að þú virðir rétt hans til að velja og hafna og að þú munir halda áfram að styðja hann og veita honum faglega þjónustu.
- hjálpir þolandanum að skilja að hann getur ekki stjórnað gerðum annarra – að hann geti aðeins stjórnað eigin gerðum.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal A

Meðferðar- og þjónustuúrræði fyrir þolendur ofbeldis í nánnum samböndum

- Neyðarlínan (lögreglan / sjúkrabíll) sími 112
- Bráðamóttaka í Fossvogi sími 543-2000
- Áfallamiðstöð, Bráðamóttaka í Fossvogi sími 543-2085 & 543-2000
<http://www.lsh.is/pages/16766>
- Neyðarmóttaka vegna nauðgunar sími 543-2085, 543-2000
<http://landspitali.is/pages/16768>
- Stígamót Sími 562-6868
<http://www.stigamot.is/>
- Sólstafir Vestfjarða sími 846-7487
<http://solstafir.is/>
- Aflið á Akureyri sími 461-5959 & 857-5959
<http://aflidak.is/>
- Kvennaathvarfið sími 561-1205
<http://www.kvennaathvarf.is/>
- Kvennaráðgjöfin sími 552-1500
<http://www.kvennaradgjofin.is/>
- Drekaslóð sími 551 5511 & 860 3358
<http://drekaslod.is/>
- SASA – Sexual Abuse Survivors Anonymous
www.sasa.is
- Hjálparsími rauða krossins (1717) sími 1717

Neyðarlínan Lögregla og sjúkrabíll – sími 112

Lögreglan er til taks allan sólarhringinn. Hægt er t.d. að leita til hennar til að fá aðstoð við flóttu undan ofbeldi og vegna nálgunarbanns.

Bráðamóttaka í Fossvogi – sími 543-2000

Bráðamóttakan er opin allan sólarhringinn. Þar veita hjúkrunarfræðingar og aðrar heilbrigðisstéttir þeim þjónustu, sem hafa orðið fyrir ofbeldi.

Neyðarmóttaka vegna nauðgunar, sími 543-2085, 543-2000 - <http://landspitali.is/pages/16768>

Opið er allan sólarhringinn fyrir þá sem leita beint til Bráðamóttöku og þarfnast stuðnings vegna nýlegs kynferðisofbeldis. Best er að hringja áður og athuga með þjónustu. Kallað er út teymi fagfólks til að sinna nýlegu ofbeldi sem fellur undir skilgreiningu móttökunnar. Teknar eru niður beiðnir um. aðstoð vegna eldra ofbeldis.

Áfallamiðstöð slysa og bráðadeildar, sími 543-2085/2000 - <http://www.lsh.is/pages/16766>

Opið er allan sólarhringinn fyrir þá sem leita beint til bráðadeildar vegna ofbeldis í nánnum samböndum og þarfnast stuðnings. Gerð er beiðni um frekari aðstoð og viðtala hjá starfsfólki Áfallamiðstöðvarinnar og er haft samband við þolendur eins fljótt og auðið er.

Stígamót, sími 562-6868 - <http://www.stigamot.is/> -

Stígamót eru opin alla virka daga frá 9:00 til 19:00. Starfskonur Stígamóta veita konum sem beittar hafa verið kynferðislegu ofbeldi persónulega ráðgjöf í formi viðtala og sjálfshjálparhópa

Sólstafir Vestfjarða, sími 846-7487 - <http://solstafir.is/>

Systursamtök Stígamóta á Vestfjörðum sem veita samskonar aðstoð og veitt er í Stígamótum.

Aflið á Akureyri, sími 461-5959 og 857-5959 - <http://aflidak.is/>

Samtök gegn kynferðis- og heimilisofbeldi, sem veita þolendum ofbeldis stuðning með símavakt, einstaklingsviðtölum, hópstarfi og fræðslu.

Kvennaathvarfið, sími 561-1205 - <http://www.kvennaathvarf.is/> -

Kvennaathvarfið er opið allan sólarhringinn. Þar er veitt símaráðgjöf og ókeypis viðtöl, bæði einstaklings- og hópviðtöl. Þar er einnig neyðarathvarf og sjálfshjálparhópar.

Kvennaráðgjöfin, sími 552-1500 - <http://www.kvennaradgjofin.is/>

Kvennaráðgjöfin, Túngötu 14 Reykjavík, er opin þriðjudaga frá 20:00 til 22:00 og fimmtudaga frá 14:00 til 16:00. Þar er veitt ókeypis félags- og lögfræðiráðgjöf.

Drekaflóð, sími 551 5511 - 860 3358 - <http://drekaslod.is/>

Fræðslu- og þjónustumiðstöð fyrir þolendur alls kyns ofbeldis og aðstandendur þeirra. Miðstöðin er fyrir bæði konur og karla. Drekaflóð veitir þolendum alls kyns ofbeldis og aðstandendum þeirra aðstoð í formi viðtala, námsekiða og hópstarfs.

SASA – Sexual Abuse Survivors Anonymous - www.sasa.is

SASA er félagskapur karla og kvenna sem hefur þá sameiginlegu reynslu að hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni. SASA eru 12-spora samtök.

Hjálparsími Rauða krossins - 1717

Rauði kross Íslands starfrækir hjálparsíma allan sólarhringinn. Þar tekur þjálfað starfsfólk á móti símtölum og aðstoðar eins og unnt er. Þetta er gjaldfrjálst símanúmer og birtist hvergi á símareikningnum þannig að hægt er að halda því leyndu að hringt hafi verið í númerið.

Heilsugæslustöðvar í umdæmi þolenda - <http://www.landlaeknir.is/pages/392>

Opið er á dagvinnutíma og oft hægt að fá aðstoð heilsugæslulækna, hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra samdægurs. Á sumum heilsugæslustöðvum er sálfræðingsþjónusta.

Félagsþjónustan

Hægt er að leita til félagsþjónustunnar ef þolandinn þarf tímabundna fjárhagsaðstoð til að komast út úr aðstæðum sínum. Einnig er hægt að fá beinan sálrænan stuðning hjá sumum þjónustumiðstöðvum og/eða fjárhagslega aðstoð til að sækja sér slíkan stuðning annars staðar.

Sjálfstætt starfandi sérfræðingar

Upplýsingar um sjálfstætt starfandi sérfræðinga sem sérhæfa sig í að hjálpa þolendum ofbeldis er að finna á heimasíðu drekaflóðar - <http://drekaslod.is/>

Fylgiskjal B

Áhættuþættir og vísbendingar um ofbeldi í nánnum samskiptum

Áhættuhópar

Ofbeldi í nánnum samböndum getur átt sér stað í öllum samfélagshópum og bæði meðal kvenna og karla. Konur eru þó í meiri hættu en karlar að verða fyrir slíku ofbeldi og sumir hópar kvenna eru í meiri áhættu en aðrir. Þessir hópar eru [7, 11] :

- Konur sem eiga undir högg að sækja efnahags- og félagslega
- Konur af erlendum uppruna
- Konur sem stríða við líkamlega og geðræna vanheilsu
- Konur í áfengis- og vímuefnavanda
- Fatlaðar konur, líkamlega eða andlega

Ákveðin tímabil í lífi kvenna geta einnig aukið hættuna á að þær verði fyrir ofbeldi. Hættan er meiri þegar [11]:

- Kona hefur ákveðið að yfirgefa maka sinn
- Kona er barnshafandi

Vísbendingar um ofbeldi

Ýmis líkamleg og sálræn einkenni eru algengari meðal fórnarlamba ofbeldis en annarra.

Líkamleg einkenni [4, 7, 8, 9, 11]

- Sár og marblettir og aðrir líkamlegir áverkar á höfði, andliti, hálsi, brjósti, kvið og kynfærum
- Líkamlegir áverkar á mörgum stöðum
- Griplaga marblettir
- Áverkar á höndum og handleggjum sem gætu verið varnarsár
- Brunasár, stungusár, bitsár
- Brotnar og lausar tennur
- Áverkar og sár á mismunandi stigum bata
- Beinbrot og brákanir
- Afrifið hár
- Endurteknir kynsjúkdómar
- Móðurlífsvandamál
- Krónískir verkir og sársauki, s.s. frá höfði, hálsi, baki, bringu og bol
- Þreyta
- Svimi og yfirlið
- Einkenni frá meltingarvegi
- Vannæring
- Ofneysla áfengis og/eða annarra vímuefna

Einkenni tengd meðgöngu [4, 7, 8, 9, 11, 34]

- Sár og blæðingar frá móðurlífi á meðgöngu
- Skaði á meðgöngu
- Fósturlát
- Fyrirburafæðing
- Undirmálsbörn
- Andvanafæðing

Sálræn einkenni [4, 7, 8, 9, 11]

- Einkenni áfallastreitu
- Óttatilfinning
- Kvíði og áhyggjur
- Framtaksleysi
- Grátköst
- Minnisleysi
- Svefnleysi
- Þunglyndi
- Átraskanir
- Lélegt sjálfsálit
- Sjálfsskaði
- Sjálfsvígstilraunir

Einkenni sem koma fram í samskiptum við heilbrigðisþjónustu [4, 7, 8, 9, 11]

- Löng saga um líkamlega áverka og tíðar heimsóknir á slysa- og bráðadeildir
- Skjólstæðingurinn nýtir ekki pantaðan tíma
- Saga um annars konar ofbeldi á heimili, svo sem ofbeldi gegn börnum
- Langur tími líður frá því að skjólstæðingur verður fyrir áverka þangað til hann leitar sér hjálpar
- Áverkar eru ekki í samræmi við lýsingar á orsökum þeirra
- Skjólstæðingurinn gerir lítið úr alvarleika áverka
- Skjólstæðingurinn kemur vegna óljósra kvartana eða einkenna
- Skjólstæðingur er flóttalegur – forðast augnsamband
- Skjólstæðingur er reiður og fer í „varnarstöðu“
- Maki kemur alltaf með í viðtöl

Fylgiskjal C

Upplýsingar um útbreiðslu og alvarleika ofbeldis í nánum samböndum

Algengi ofbeldis í nánum samböndum

1% til 2% íslenskra kvenna eru á hverjum tíma beittar ofbeldi í nánu sambandi.

15% til 20% íslenskra kvenna hafa einhvern tímann á ævinni veið beittar ofbeldi í nánu sambandi. A. m. k. helmingur þessara kvenna hefur verið beittur grófu ofbeldi.

Rannsókn dóms- og kirkjumálaráðuneytis frá 1996 bendir til að 7% íslenskra karla hafi verið beittir ofbeldi af maka og 1,2% hafi sætt grófu ofbeldi.

Þrjár rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi til að kanna útbreiðslu ofbeldis í nánum samböndum meðal almennings.

Dóms- og kirkjumálaráðuneytið 1996 [21]

13,8% kvenna og 7,1% íslenskra karla höfðu einhvern tímann verið beitt ofbeldi af maka.

7,1% kvenna og 1,2% karla höfðu einhvern tímann verði beitt grófu ofbeldi

Rannsóknarstofnum í barna- og fjölskylduvernd [22]

22% kvenna höfðu einhvern tímann verið beitt ofbeldi af maka.

5,7% kvenna höfðu einhvern tímann verði beitt grófu ofbeldi.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir gerðu árið 2007 könnun meðal kvenna sem sækja sér heilbrigðisþjónustu [23]. Þriðjungur (33,3%) kvenna sem leituðu til slysa- og bráðamóttöku LSH höfðu einhvern tímann verið beittar ofbeldi í nánu sambandi og 19,1% höfðu verið beittar ofbeldi á undangengnum 12 mánuðum. Rúmur fimmtungur (21,9%) kvenna sem komu á Miðstöð mæðraverndar hafði einhvern tímann verið beittur ofbeldi í nánu sambandi og 7,5% höfðu verið beittar ofbeldi á undangengnum 12 mánuðum.

Hlutfall kvenna sem beittar höfðu verið ofbeldi

		ofbeldi	gróft ofbeldi
Könnun dóms- og kirkjumálaráðuneytisins 1996	Einhvern tímann	13,8%	7,1%
	Síðustu 12 mánuði		
Könnun félagsmálaráðuneytisins 1996	Einhvern tímann	22,0%	5,7%
	Síðustu 12 mánuði	1,6%	
Rannsókn á slysa og bráðamóttöku LSH 2007	Einhvern tímann	33,3%	
	Síðustu 12 mánuði	19,1%	
Rannsókn á Miðstöð mæðraverndar 2007	Einhvern tímann	21,9%	
	Síðustu 12 mánuði	7,5%	

Byggt á þessum rannsóknum og öðrum gögnum, þar á meðal tilkynningum um heimilisofbeldi til lögreglu, ályktar Ingólfur V. Gíslason að 0,5% til 2,0% íslenskra kvenna séu á hverjum tíma beittar ofbeldi í nánu sambandi [11].

Afleiðingar ofbeldis í nánum samböndum

Heilsufarslegar afleiðingar ofbeldis í nánum samböndum eru af ýmsum toga og einkenni margvísleg og oft óljós. Því alvarlegra sem ofbeldið er og því lengur sem það varir, þeim mun alvarlegri eru áhrif þess á heilsu og félagslega velferð kvenna.

Líkamleg einkenni:

- Langvinnir verkir t.d. frá meltingar- og kynfærum
- Meltingartruflanir
- Ófrjósemi

Geðræn og sálræn einkenni

- Áfallastreituröskun
- Sjálfsmeiðandi hegðun
- Áfengis- og vímuefnanotkun
- Skömm og sektarkennd
- Lítið sjálfstraust
- Þunglyndi og kvíði

Félagsleg einkenni

- Félagsleg einangrun
- Lægri tekjur
- Erfiðleikar með að halda starfi

Fylgiskjal D

Mat á sálrænni líðan og geðheilsu

Skimun áfallastreitueinkenna

©Prins et al., 2004

Hefur ofbeldið sem þú upplifir/upplifðir í nánú sambandi valdið þér slíku uppnámi að þú hefur á **síðastliðnum mánuði**:

1. fengið martraðir um það eða hugsað um það þegar þú vildir það ekki?

_____ Já

_____ Nei

2. reynt mikið að hugsa ekki um það eða lagt þig fram við að forðast aðstæður sem minntu þig á það?

_____ Já

_____ Nei

3. verið stöðugt á varðbergi, árvökul/ll eða brugðið auðveldlega?

_____ Já

_____ Nei

4. fundið fyrir dofa eða verið úr tilfinningatengslum við aðra, athafnir eða umhverfi þitt?

_____ Já

_____ Nei

Skimun streitu- og kvíðaeinkenna

DASS – spurningalisti um líðan

Depression Anxiety Stress Scales [55]

Lestu hverja fullyrðingu og dragðu hring um tölu 0, 1, 2 eða 3 sem segir til um það hve vel hver fullyrðing átti við í þínu tilviki síðustu vikuna. Það eru engin rétt eða röng svör.

Eyddu ekki of miklum tíma í að velta fyrir þér hverri fullyrðingu.

Stigagjöf:

0 = Átti alls ekki við mig

1 = Átti við mig að einhverju leyti eða stundum

2 = Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar

3 = Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann

1	Ég komst í uppnám yfir hreinum smámunum.	0	1	2	3
2	Ég fann fyrir munnþurrki.	0	1	2	3
3	Ég virtist alls ekki geta fundið fyrir neinum góðum tilfinningum.	0	1	2	3
4	Ég átti í erfiðleikum með að anda (t.d. allt of hröð öndun, mæði án líkamlegrar áreynslu).	0	1	2	3
5	Ég gat ekki byrjað á neinu.	0	1	2	3
6	Ég hafði tilhneigingu til að bregðast of harkalega við aðstæðum.	0	1	2	3
7	Mér fannst ég vera óstyrk(ur) (t.d. að fætturnir væru að gefa sig).	0	1	2	3
8	Mér fannst erfitt að slappa af.	0	1	2	3
9	Ég lenti í aðstæðum sem gerðu mig svo kvíðna/kvíðinn að mér létti stórum þegar þeim lauk.	0	1	2	3
10	Mér fannst ég ekki geta hlakkað til neins.	0	1	2	3
11	Ég komst auðveldlega í uppnám.	0	1	2	3
12	Mér fannst ég eyða mikilli andlegri orku.	0	1	2	3
13	Ég var hrygg/hryggur og þunglynd(ur).	0	1	2	3
14	Ég varð ópolinmóð(ur) ef eitthvað lét á sér standa (t.d. lyftur, umferðarljós, ég látin(n) bíða).	0	1	2	3
15	Mér fannst það ætlaði að líða yfir mig.	0	1	2	3
16	Mér fannst ég hafa misst áhuga á næstum öllu.	0	1	2	3
17	Mér fannst ég ekki vera mikils virði sem manneskja.	0	1	2	3
18	Mér fannst ég frekar hörundsár.	0	1	2	3
19	Ég svitnaði töluvert (t.d. sviti í lófum) þótt það væri ekki heitt og ég hafi ekki reynt mikið á mig.	0	1	2	3
20	Ég fann fyrir ótta án nokkurrar skynsamlegrar ástæðu.	0	1	2	3
21	Mér fannst lífið varla þess virði að lifa því.	0	1	2	3
22	Mér fannst erfitt að ná mér niður.	0	1	2	3
23	Ég átti erfitt með að kyngja.	0	1	2	3
24	Ég virtist ekki geta haft neina ánægju af því sem ég var að gera.	0	1	2	3
25	Ég varð var við hjartsláttinn í mér þó ég hefði ekki reynt á mig (t.d. hraðari hjartsláttur, hjartað sleppti úr slagi).	0	1	2	3
26	Ég var dapur/döpur og niðurdregin(n).	0	1	2	3

Mundu stigagjöfina:

0 = Átti alls ekki við mig

1 = Átti við mig að einhverju leyti eða stundum

2 = Átti töluvert vel við mig eða drjúgan hluta vikunnar

3 = Átti mjög vel við mig eða mest allan tímann

27	Mér fannst ég vera mjög pirruð/pirraður.	0	1	2	3
28	Mér fannst ég nánast gripin(n) skelfingu.	0	1	2	3
29	Mér fannst erfitt að róa mig eftir að eitthvað kom mér í uppnám.	0	1	2	3
30	Ég var hrædd(ur) um að „klikka á“ smávægilegu verki sem ég var ekki kunnug(ur).	0	1	2	3
31	Ég gat ekki fengið brennandi áhuga á neinu.	0	1	2	3
32	Ég átti erfitt með að umbera truflanir á því sem ég var að gera.	0	1	2	3
33	Ég var spennt(ur) á taugum.	0	1	2	3
34	Mér fannst ég nánast einskis virði.	0	1	2	3
35	Ég þoldi ekki þegar eitthvað kom í veg fyrir að ég héldi áfram við það sem ég var að gera.	0	1	2	3
36	Ég var óttaslegin(n).	0	1	2	3
37	Ég sá ekkert í framtíðinni sem gaf mér von.	0	1	2	3
38	Mér fannst lífið vera tilgangslaust.	0	1	2	3
39	Ég var ergileg(ur).	0	1	2	3
40	Ég hafði áhyggjur af aðstæðum þar sem ég fengi hræðslukast (paník) og gerði mig að fífl.	0	1	2	3
41	Ég fann fyrir skjálfta (t.d. í höndum).	0	1	2	3
42	Mér fannst erfitt að hleypa í mig krafti til að gera hluti.	0	1	2	3

Skorun

Hvert atriði gefur 0-3 stig.

Heildarstig fyrir hvern þátt (þunglyndi, kvíða og streitu) eru á bilinu 0–42 stig.

Þunglyndi 14 spurningar númer: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38 og 42.

Kvíði 14 spurningar númer: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40 og 41.

Streita 14 spurningar númer: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35 og 39.

Viðmið

	Þunglyndi	Kvíði	Streita
Eðlilegt	0–9	0–7	0–14
Vægt	10–13	8–9	15–18
Miðlungt	14–20	10–14	19–25
Alvarlegt	21–27	15–19	26–33
Mjög alvarlegt	28–42	20–42	34–42

Fylgiskjal E

WAST mælitækið

Woman Abuse Screening Tool

©Brown, Lent, Schmidt, & Sas, 2000 [56]

1. Hvernig myndir þú almennt lýsa samskiptum þínum og maka þíns? Þau einkennist af:

Mikilli spennu Einhverri spennu Engri spennu

2. Leysið þið, þú og maki þinn, úr ágreiningi með:

Miklum erfiðleikum Einhverjum erfiðleikum Engum erfiðleikum

3. Veldur ágreiningur því einhvern tímann að þú verðir leið eða að þér líði illa með sjálfri þér?

Oft Stundum Aldrei

4. Leiðir ágreiningur einhvern tímann til þess að þú sért lamin, það sé sparkað í þig eða að þér sé hrint?

Oft Stundum Aldrei

5. Ert þú einhvern tímann hrædd við það sem sambýlismaður/maki þinn segir eða gerir?

Oft Stundum Aldrei

6. Hefur sambýlismaður/maki þinn einhvern tímann beitt þig líkamlegu ofbeldi?

Oft Stundum Aldrei

7. Hefur sambýlismaður/maki þinn einhvern tímann beitt þig andlegu ofbeldi?

Oft Stundum Aldrei

8. Hefur sambýlismaður/maki þinn einhvern tímann beitt þig kynferðislegu ofbeldi?

Oft Stundum Aldrei

Fylgiskjal F

Styrkur vísbendinga og sannana (Evidence grading)

Vísbendingar voru stigaðar samkvæmt NICE / SIGN kerfinu (sjá landlaeknir.is)
Í því fá rannsóknir eftirfarandi einkunnir:

- 1++ Hágæða meta-analýsur, kerfisbundin yfirlit slembirannsókna eða slembirannsóknir með mjög lágri skekkjuhættu
- 1+ Vel gerðar meta-analýsur, kerfisbundin yfirlit slembirannsókna eða slembirannsóknir með lágri skekkjuhættu
- 1- Meta-analýsur, kerfisbundin yfirlit slembirannsókna eða slembirannsóknir með mikilli skekkjuhættu
- 2++ Hágæða kerfisbundin yfirlit sjúkratilfella-viðmiðunar rannsókna (case-control studies) eða ferilrannsókna (cohort studies) eða hágæða tilfella-viðmiðunar rannsóknir (case-control studies) eða ferilrannsóknir (cohort studies) með mjög litla hættu á (confounding) skekkju (bias) eða tilviljun (chance) og mikil líkindi á orsakatengingu (high probability that the relationship is casual)
- 2+ Vel gerðar sjúkratilfella-viðmiðunarrannsóknir eða ferilrannsóknir með litla hættu á röskun, skekkju eða tilviljun og hæfileg líkindi á orsakatengingu
- 2- Sjúkratilfella-viðmiðunarrannsóknir eða fylgnirannsóknir með mikilli hættu á röskun, skekkju eða tilviljun og töluverða hættu á að orskatengsl séu til staðar
- 3 Sjúkratilfellskýrslur (case reports, case studies) og aðrar rannsóknir sem eru "non-analytic"
- 4 Sérfræðiálit

Síðan er lagt mat á styrk vísbendinga:

- A** A.m.k. ein meta-analýsa, kerfisbundið yfirlit eða slembirannsókn með flokkunina 1++ sem unnt er að yfirfæra beint á markhópinn eða kerfisbundið yfirlit slembirannsókna eða safn sannana sem aðallega er sett saman úr rannsóknnum sem flokkast 1+ sem er unnt að yfirfæra beint á markhópinn og sýnir samkvæmar niðurstöður
- B** Safn sannana, sem inniheldur rannsóknir sem flokkast 2++ , er unnt að yfirfæra beint á markhópinn og sýnir samkvæmar niðurstöður eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknnum sem flokkast 1++ eða 1+
- C** Safn sannana sem inniheldur rannsóknir sem flokkast 2+, er unnt að yfirfæra beint á markhópinn og sýnir samkvæmar niðurstöður eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknnum sem flokkast 2++
- D** Sannanir úr flokki 3 eða 4 eða framreiknaðar/áætlaðar sannanir frá rannsóknnum sem flokkast 2+

Tekið af vef Landlæknisembættisins: landlaeknir.is

Fylgiskjal G

Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins

Ákvæði 18. gr. laga nr. 70/1996 (Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins) um þagnarskyldu heilbrigðisstarfsmanna

„Hverjum starfsmanni er skylt að gæta þagmælsku um atriði er hann fær vitneskju um í starfi sínu og leynt skulu fara samkvæmt lögum, fyrirmælum yfirmanna eða eðli málsins. Þagnarskyldan helst þótt látið sé af starfi.“

Ákvæði 17. gr. laga nr. 80/2002 (Barnaverndarlög) um tilkynningarskyldu þeirra sem afskipti hafa af börnum

„Hverjum þeim sem stöðu sinnar og starfa vegna hefur afskipti af málefnum barna og verður í starfi sínu var við að barn búi við óviðunandi uppeldisskilyrði, verður fyrir áreitni eða ofbeldi eða að barn stofni heilsu sinni og þroska í alvarlega hættu er skylt að gera barnaverndarnefnd viðvart.

Sérstaklega er leikskólastjórum, leikskólakennurum, dagmæðrum, skólastjórum, kennurum, prestum, læknum, tannlæknum, **ljósmæðrum, hjúkrunarfræðingum, sálfræðingum, félagsráðgjöfum, þroskaþjálfum** og þeim sem hafa með höndum félagslega þjónustu eða ráðgjöf skylt að fylgjast með hegðun, uppeldi og aðbúnaði barna eftir því sem við verður komið og gera barnaverndarnefnd viðvart ef ætla má að aðstæður barns séu með þeim hætti sem lýst er í 1. mgr. **Tilkynningarskylda samkvæmt þessari grein gengur frammar ákvæðum laga eða siðareglna um þagnarskyldu viðkomandi starfsstétta.**“

Fylgiskjal H

Staða þekkingar á kerfisbundinni greiningu á ofbeldi í nánnum samböndum

Klínískur ávinningur

Skiptar skoðanir eru á því hvort ráðleggja eigi heilbrigðisstofnunum að greina á kerfisbundinn hátt, eða skima fyrir ofbeldi í nánnum samböndum. Orsakir þessa eru fyrst og fremst skortur á rannsóknum sem sýna klínískan ávinning slíkrar skimunar. Þannig ályktaði Kanadíska aðgerðaráðið um forvarnir í heilbrigðisþjónustu (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*) árið 2003 að hvorki væru nægar heimildir til að mæla með eða á móti kerfisbundinni skimun eftir ofbeldi í nánnum samböndum [57]. Aðgerðaráð forvarna í Bandaríkjunum sendi frá sér samhljóma ályktun árið 2004 [28]. Í þessum ályktunum er jafnframt tekið fram að ekki séu heldur neinar vísbendingar um að skimun geti haft óæskilegar afleiðingar. Eftir að þessar ályktanir voru gefnar út hafa aðeins örfáar rannsóknir verið gerðar til að kanna hvort kerfisbundin greining og tilvísanir dragi úr ofbeldi í nánnum samböndum.

Þrátt fyrir þennan skort á gagnreyndri þekkingu mæla sérfræðingar og stefnumótandi aðilar með því að framkvæma skimun. Hér má nefna ýmis læknasamtök, s.s. Bandarísku læknasamtökin [58] og Samtök bandarískra heimilislækna [59]. Rannsóknarnefnd bandaríska forvarnarsjóðsins gegn fjölskylduofbeldi (*The Family Violence Prevention Fund's Research Committee*) mælir einnig með skimun og gagnrýnir jafnframt ályktanir kanadísku og bandarísku aðgerðaráðanna, meðal annars á þeim forsendum að það sé sjaldnast siðferðilega réttlæt看legt að gera tilraunarannsóknir með slembiúrtaki til að sýna fram á árangur aðstoðar við fórnarlömb ofbeldis. Jafnframt er gagnrýnt að ekki hafi verið tekið tillit til fjölmargra rannsókna sem sýna að konur sem orðið hafa fyrir ofbeldi í nánnum samböndum telja eindregið að skimun sé æskileg og gagnleg [60]. Þetta síðara sjónarmið er stutt af fræðilegri úttekt á viðhorfum þolenda ofbeldis í nánnum samböndum [53] (einkunn rannsóknar 2++) og af úttekt á viðhorfum kvenna bæði þeim sem hafa og hafa ekki reynslu af ofbeldi í nánnum samböndum (einkunn rannsóknar 2+) [51]. Þar að auki eru vísbendingar um að kerfisbundin greining verði til þess að margar konur segi öðrum í fyrsta skipti frá ofbeldinu [42]. Það hlýtur að hafa tilgang í sjálfu sér að gefa þolendum ofbeldis tækifæri til að trúá öðrum fyrir reynslu sinni hvort heldur þolendurnir nýta sér síðan þau úrræði sem þeim er vísað á. Að trúá öðrum fyrir reynslu sinni getur verið fyrsta skref þolandans til að rjúfa einangrun sína. Þar að auki, eru vísbendingar um að kerfisbundin greining hafi áhrif á viðhorf þolenda til ofbeldisins í þá veru að auka líkur þess að þeir leiti sér hjálpar [61]

Framangreind gagnrýni er byggð á því að rannsóknir hafi hvorki sýnt fram á að kerfisbundin greining eða skimun dragi til langframa úr því að þolendur séu beittir ofbeldi né að hún bæti til lengdar sálræna líðan og félagslega velferð [62, 15] (einkunn rannsókna 2++). Aftur á móti, hefur verið bent á að kerfisbundin greining er þess eðlis að hún getur sjaldnast ein og sér bætt aðstæður þolenda ofbeldis heldur er tilgangur hennar að hjálpa þeim að leita úrræða sem eru líkleg til að bæta aðstæður þeirra og líðan. Greiningunni er ætlað að vera fyrsta skrefið í meðferðarferli og árangur hennar verður því best skilgreindur út frá því hvort hún auki líkur þess að þolendur ofbeldis njóti árangursríkra meðferðarúrræða. Fyrsta skilyrði til að ná þeim árangri er að skimun auki líkur þess að þolendur ofbeldis í nánnum samböndum greini heilbrigðisstarfsfólki frá reynslu sinni. Rannsóknir sýna að skimun eykur líkur þess að konur segi heilbrigðisstarfsfólki frá reynslu sinni af ofbeldi. Þannig leiðir ný fræðileg úttekt [39] í ljós að kerfisbundin skimun eykur til muna skráð tilfelli ofbeldis í nánnum samböndum á heilbrigðis- og sjúkrastofnunum. Þetta er í samræmi við niðurstöður eldri fræðilegra úttekta frá 2002 [40] (einkunn rannsóknar 2++) og frá 2003 [41]

(einkunn rannsóknar 2++). Þessar niðurstöður eru einnig studdar öðrum nýlegum rannsóknum sem framantaldar úttektir náðu ekki til [41, 42].

Jafnvel einföld aðgerð eins og að setja inn eina spurningu um ofbeldi í nánnum samböndum á upplýsingablöð hjúkrunar hefur haft í för með sér að greind tilfelli urðu tvöfalt fleiri. [63]. Rannsóknir hafa jafnframt sýnt að þegar fjöldi greindra tilfella á ofbeldi í nánnum samböndum eykst vegna skimunar, aukast líkur þess að þolendur þess njóti þeirra úrræða sem í boði eru [40, 43, 44, 64]. Þar sem tilgangur skimunar er að þolendur ofbeldis fái viðeigandi úrræði benda framangreindar rannsóknir sterkt til að skimun skili tilætluðum árangri. Enn vantar þó rannsóknir sem sýna fram á meðferðarárangur þeirra úrræða sem konur njóta í framhaldi af slíkri skimun [62].

Þrátt fyrir að rannsóknir hafi ekki enn sýnt fram á árangur af þeirri meðferð sem konur njóta í kjölfar skimunar hafa fjölmargar rannsóknir sýnt að ýmis meðferðarúrræði draga úr líkum þess að konur verði fyrir endurteknu ofbeldi í nánnum sambandi og að þau bæti andlega líðan og félagslega velferð þeirra. Á grundvelli nýlegrar meta-analýsu [54] (einkunn rannsóknar 1-) á meðferðarannsóknum draga Klevens og Sadowski eftirfarandi ályktanir um gagnsemi mismunandi meðferðarinngripa, þar sem árangur var mældur í betri líðan og/eða fækkun ofbeldistilfella. Inngríp sem talin eru líkleg til að bera árangur eru: aðstoð stuðningsmanns (*advocacy*); starfsráðgjöf samhliða gagnrýnni meðvitundarvakningu (*critical consciousness awareness*); hugræn atferlisráðgjöf samanborið við enga ráðgjöf; hugræn áfallameðferð samanborðið við enga meðferð; sjálfshjálparhópar og gerð öryggisáætla. Óvissa ríkir um árangur eftirfarandi inngrípaðferða: Athvörf; almenn ráðgjöf borið saman við enga ráðgjöf; og mismunandi aðferðir við ráðgjöf þegar þær eru bornar saman við hver aðra. Klevens og Sadowski telja að ráðgjöf og stuðningur hjúkrunarfræðings beri engan árangur, en byggja það álit á niðurstöðum tveggja rannsókna. Sú niðurstaða Klevens og Sandowski að aðstoð stuðnings- eða tilsjónarmanns sé árangursrík er studd af fræðilegri úttekt Wathens og MacMillans frá 2003 (einkunn rannsóknar 2++) [65]. Wathen og MacMillan fundu vísbendingar um að fræðsla beri engan árangur, hvort heldur henni er beint að fórnarlömbum ofbeldis í nánnum samböndum eða félagslegu umhverfi þeirra, en öfugt við Klevens og Sandowski fundu þær vísbendingar um langtíma árangur af dvöl á athvörfum.

Innleiðing og framkvæmd kerfisbundinnar greiningar

Klínískar leiðbeiningar um greiningu og fyrstu viðbrögð við ofbeldi í nánnum samböndum fela ekki í sér vel aðgreindar klínískar ráðleggingar þar sem hver ráðlegging beinist að afmarkaðri hjúkrunar- eða ljósmóðuraðgerð eða meðferð. Þess í stað er skimunin heildstæð og flókin aðgerð og árangur hennar ræðst af samvinnu heilbrigðisstarfsfólks og skjólstaðings. Það er því ljóst að framkvæmd þessara klínísku leiðbeininga er ekki eingöngu í höndum einstakra hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, heldur ekki síður á ábyrgð þeirra heilbrigðisstofnana þar sem þeim verður beitt. Töluverðrar gagnreyndrar þekkingar hefur verið aflað á síðustu árum sem stofnanir geta byggt á við innleiðingu og framkvæmd skimunar á ofbeldi gagnvart konum.

Ný fræðileg úttekt [39] (einkunn rannsóknar 2++) leiðir í ljós að til að kerfisbundin greining á ofbeldi í nánnum sambandi beri tilætlaðan árangur þurfi fjögur eftirfarandi skilyrði að vera uppfyllt: (1) Stuðningur stofnana. Í þessu felst áhugi og stuðningur yfirmanna þar sem skimun átti sér stað, en jafnframt almennur samfélagslegur áhugi og stuðningur samstarfsstofnana. (2) Skýrar klínískar leiðbeiningar eða vinnulagsreglur eru einnig ein af forsendum þess að ofbeldi í nánnum samböndum sé greint og þolendum vísað á viðeigandi úrræði. (3) Þjálfun í upphafi innleiðingar klínískra leiðbeininga leggur grunninn að árangursríkri greiningu og tilvísunum. Jafnframt er mikilvægt að

þjálfuninni sé haldið við með símenntun. (4) Til að kerfisbundin greining á ofbeldi í nánnum samböndum beri tilætlaðan árangur þarf að vera hægt að vísa þolendum strax á viðeigandi úrræði. Ákjósanlegast er að úrræðin séu innan veggja þeirrar stofnunar þar sem skimunin fer fram eða í stofnanalegu nærumhverfi hennar.

Í samræmi við lið fjögur hér að framan sýndi meta-analýsa [45] (einkunn rannsóknar 1-) að ónóg þjálfun heilbrigðisstarfsfólks og aðstæður í vinnuumhverfi væru helstu hindranir fyrir árangursríkri framkvæmd skimunar eftir þolendum ofbeldis. Höfundar rannsóknarinnar mæla með að lækna og hjúkrunarfræðingar fái strax á námsárum þjálfun í framkvæmd skimunar og að hugað sé að sérkennum á hverjum vinnustað þegar komið er upp aðstöðu til skimunar. Meta-analýsan sneri nær eingöngu að rannsóknum hjá læknum, en fáar rannsóknir hafa verið gerðar af reynslu annarra heilbrigðistétta af innleiðingu skimunar og þeim hindrunum sem verða á vegi þeirra. Við lesefnisleit fundust aðeins fjórar slíkar rannsóknir [46-49] og tvær fræðilegar úttektir [50, 51] (einkunn rannsókna 2+). Niðurstöður þessara rannsókna eru samhljóma framangreindri meta-analýsu. Þannig sýndu þær að tímaskortur var talinn helsta hindrunin í framkvæmd skimunar [46-50] og fjórar að heilbrigðisstarfsfólk þyrfti aukna fræðslu og þjálfun til að framkvæma skimun á árangursríkan hátt [47, 48, 50, 51].

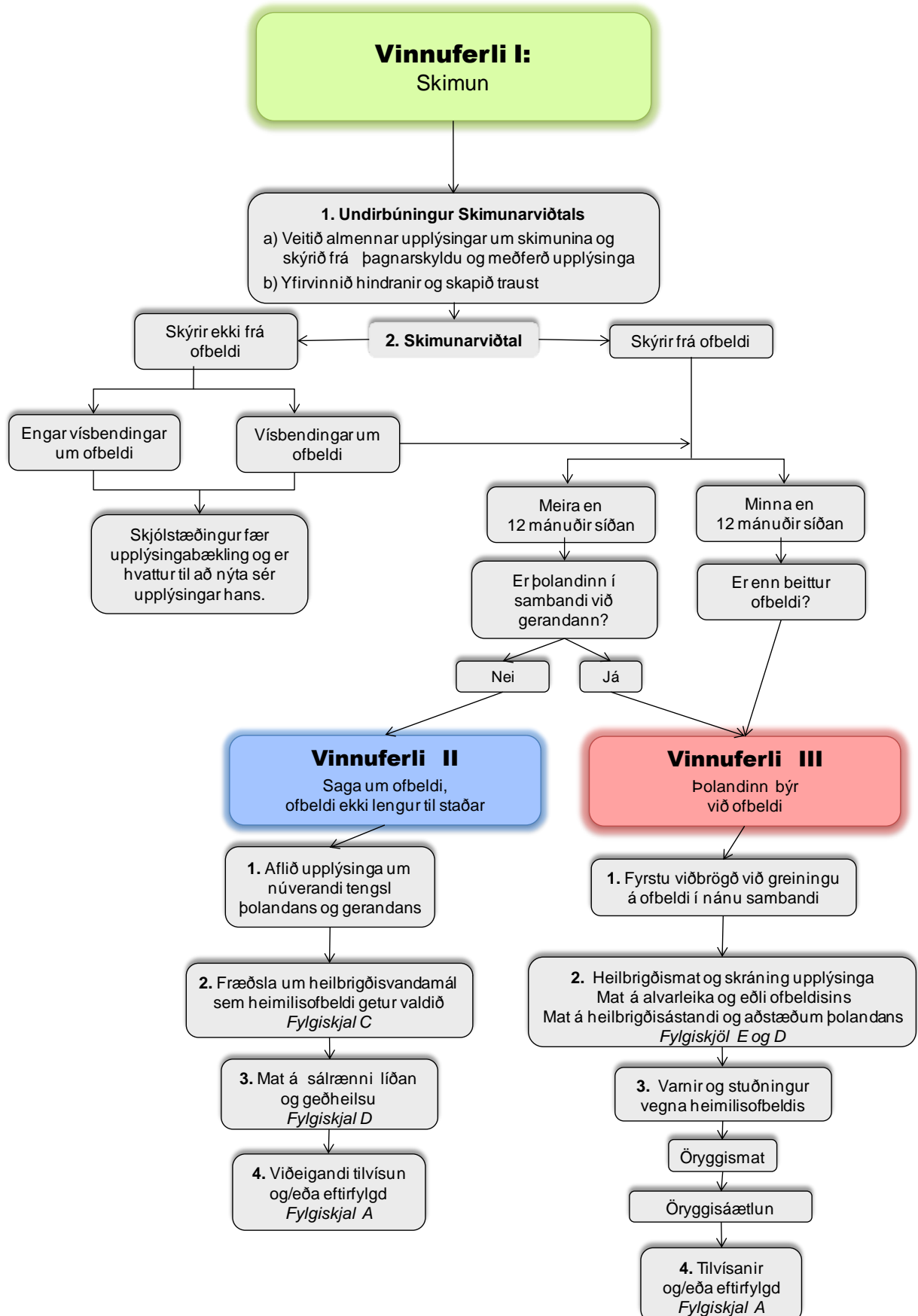
Mikilvægt er að hafa í huga að í þessum rannsóknum kom fram margvísleg þörf fyrir fræðslu- og þjálfun. Fyrir utan beina þjálfun í að framfylgja klínískum leiðbeiningum þurfa hjúkrunarfræðingar aukna fræðslu um ofbeldi í nánnum samböndum, um afleiðingar þess og hugsanleg úrræði. Jafnframt hafa þeir þörf fyrir persónulega styrkingu og handleiðslu, en þrjár af rannsóknunum sýndu að persónuleg reynsla heilbrigðisstarfsmanna og viðhorf þeirra og tilfinningar gagnvart ofbeldi í nánnum samböndum gat verið alvarleg hindrun við skimunina [47-49]. Aðrar hindranir sem komu fram í þessum rannsóknum var aðstöðuleysi til að tala við sjúklinga í einrúmi [47, 49, 50] og tungumála- og menningarmunur [47,48]. Vaxandi menningarfjölbreytni síðustu ára hér á landi gerir það að verkum að þegar þessum klínísku leiðbeiningum er beitt verður að taka sérstakt tillit til þeirra kvenna sem ekki tala íslensku eða eru aldar upp við menningu ólíkri okkar.

Þegar ályktanir eru dregnar af ofantöldum fimm rannsóknum verður að hafa í huga að fjórar þeirra voru gerðar á bráðadeildum og því er ekki víst að unnt sé að yfirfæra niðurstöður þeirra á allar móttöku- og sjúkradeildir. Þetta á sérstaklega við um hindranirnar eins og tíma og aðstöðuleysi.

Síðastliðin ár hafa birst nokkrar fræðilegar úttektir á rannsóknum á reynslu kvenna af kerfisbundinni greiningu á ofbeldi í nánnum samböndum [42, 51-53]. Þessar úttektir sína að mikilvægt er að greiningin fari fram í einrúmi og að þolandinn treysti heilbrigðisstarfsmanninum í hvívetna [51, 52] (einkunn rannsókna 2+). Viðmót heilbrigðisstarfsmannsins er ein mikilvægasta forsendan fyrir því að þolandur greini frá reynslu sinni. Hann verður að vera fordómalaus og forðast að dæma, hvort heldur þolandann eða gerandann [(42 (einkunn rannsóknar 2+), 51, 53 (einkunn rannsóknar 2++)] Þolendum þykir einnig mikilvægt að beðið sé um samþykki fyrir upplýsingaöfluninni [51]. Ótti við fordæmingu heilbrigðisstarfsfólk [53] og við hefnd gerandans [42] dregur úr vilja þolenda til að segja frá ofbeldinu.

Fylgiskjal I

Vinnuferlin



Heimildaskrá

1. Landlæknisembættið (2005). *Klínískar leiðbeiningar Reykjavík*: Landlæknisembættið. Einnig aðgengilegt á Veraldarvefnum: <http://landlaeknir.is>.
2. Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir. (2008). *Leiðbeiningar í Klíník fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður um framkvæmd kembileitar, mat og fyrstu viðbrögð við heimilisofbeldi*. Höfundar, Hjúkrunarfræðideild, Háskóla Íslands (2. Útgáfa), i-21.
3. Nursing Best Practice Guidelines Program (2005). *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*. Toronto, Ontario: RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario.
4. New Zealand Ministry of Health (2002). *Family Violence Intervention Guidelines Child and Partner Abuse*. New Zealand: New Zealand Ministry of Health.
5. Family Violence Prevention Fund (1999). *Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening*. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund. Aðgengilegt á: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/guidelines.pdf>.
6. Department of Health (2000). *Domestic violence: A resource manual for health care professionals*. London: DH Publications. Aðgengilegt á: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003249.
7. The Ohio Domestic Violence Network and the National Health Care Standards Campaign Committee (2003). *The Ohio domestic violence protocol for health care providers: Standards of care*. Ohio: The Ohio Domestic Violence Network.
8. Task Force on the Health Effects of Woman Abuse Middlesex-London Health Unit (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author. Aðgengilegt á: <http://www.healthunit.com/articlesPDF/10819.pdf>.
9. Standing Together Against Domestic Violence (2007). *Intimate Partner Violence Routine Enquiry Protocol*. London: Hammersmith and Fulham Primary Care Trust.
10. The Family Violence Prevention Fund (2004). *National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings*. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund.
11. Ingólfur V. Gíslason (2008). *Ofbeldi í nánum samböndum: Orsakir, afleiðingar, úrræði*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálráðuneytið.
12. WHO (2002). *World report on violence and health*. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi A. B. og Lozano R. (ritstj.). Genf: World Health Organization. Aðgengilegt á Veraldarvefnum: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
13. WHO (2011). *WHO multi country study of women's health and domestic violence against women*. Geneva: WHO. Aðgengilegt á Veraldarvefnum: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/
14. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2009). *Evaluating domestic violence programs. Washington, DC: US Department of Health and Human services*. Aðgengilegt á Veraldarvefnum: <http://archive.ahrq.gov/research/domesticviol/>
15. der, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., et al. (2009). 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 Technol Assess*, 13, (16).
16. Chang , J. C., et al. (2011). Partner violence screening in mental health. *General Hospital psychiatry*, 33, 58-65.
17. O'Reilly, R. (2007). Domestic violence against women in their childbearing years: A review of the literature. *Contemporary Nurse*, 25, 13-21.
18. Catalano, S. (2007). *Intimate partner violence in the United States*. Washington, DC: United States Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
19. British Medical Association (2007). *Domestic abuse: A report from the BMA Board of Science*. London: British Medical Association.
20. Bair-Merritt, M. H., Crowne, S. S., Thompson, E. S., Trent, M. og Campbell, J. (2010). Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. *Trauma, Violence and Abuse*, 11, 178-189.

21. Dóms- og kirkjumálaráðuneytið (1997). *Skýrsla dómsmálaráðherra um orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gagnvart konum og börnum*. Reykjavík: Dóms- og kirkjumálaráðuneytið.
22. Jóhanna Rósa Arnardóttir (2000). *Kynning á fyrstu niðurstöðum rannsóknar á ofbeldi gegn konum. Heimasíða félagsmálaráðuneytisins*: <http://www.felagsmalaraduneyti.is/frettir/frettatilkynningar/nr/4329>
23. Svavarsdóttir, E. K. og Örlygsdóttir, B. (2008). Effect Of Abuse By A Close Family Member on Health. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 311–318.
24. Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. og Krause, E. A. (2006). Intimate partner violence. PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 955-968.
25. Campbell, R. (2002) Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
26. Svavarsdóttir, E. K. og Örlygsdóttir, B. (2009). Identifying Abuse Among Women: Use Of Clinical Guidelines By Nurses And Midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 779–788.
27. Daugherty, J. D. og Houry, D. E. (2008). Intimate partner violence screening in the emergency department. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54, 301-305.
28. Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Frederick P. Rivara, F. P. og Thompson, R. S. (2009). Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. *Health Services Research* 44, 1052-1067.
29. U.S. Preventive Services Task Force (2004). Screening for. Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* 140, 382-386
30. Wu, V., Huff, H. og Bhandari, M. (2010). Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in woman presenting to the emergency department: A systematic review and meta-analyses. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11, 71-82.
31. Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S. og Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324, 274-277
32. Loxton, D. Schofield, M. og Hussain, R. (2006). Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1092-1107.
33. Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., og Angott, B. M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53, 538-546.
34. Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Varcoe, C., Lent, B. og Campbell, J. (2009). Abuse-Related Injury and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder as Mechanisms of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence. *Pain Medicine*, 10, 739-747.
35. Sharps, P. W., Laughon, K. og Giangrande (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 105-116.
36. Ástþóra Kristinsdóttir (2010). „Stöðug, stöðug streita“: *Reynsla kvenna sem hafa búið við heimilisofbeldi á meðgöngu*. Háskólinn á Akureyri, meistararitgerð.
37. Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J. C., Carrell, D., Dimer, J. A. og Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 458-466.
38. Bonomi, A. E., Anderson, M., Rivara, F. P. og Thompson, R. S. (2006). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health*, 16, 987-997.
39. O'Campo, P., Krist, M., Tsamis, C., Chambers, C. og Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science and Medicine*, 72, 855-866
40. Ramsay, J., Richardson, C., J., Carter, Y. H., Davidson, L. L. og Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? *British Medical Journal*, 325, 214.
41. Wathen, C. N. og MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA*, 289, 589-600.
42. Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G. og Man, W. Y. N. (2010). Who tells what happens: disclosure and health services responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, 18, 671-680.
43. McNulty, A., Andrews, P. og Bonner, M. (2006). Can screening for domestic violence be introduced successfully in a sexual health clinic? *Sexual Health*, 3, 179-182.

44. Muelleman, R. L. og Feighny, K. M. (1999). Effects of an emergency department–based advocacy program for battered women on community resource utilization. *Annals of Emergency Medicine*, 33, 62-66.
45. Stayton, C. D. og Duncan, M. M. (2005). Mutable influences on intimate partner abuse screening in health care settings: a synthesis of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 6, 271-285.
46. Ortiz, J.J. og Ford, L. R. (2005). Existence of staff barriers to partner violence screening and screening practices in military prenatal settings. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 63-69.
47. Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., Rovi, S. (2007). Nurses and barriers to screening for intimate. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 32, 238-243.
48. Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B. og Sherck, J. P. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 37-45.
49. Spangaro, J., Poulos, R. G. og Zwi, A. B. (2011). Pandora Doesn't live here anymore: Normalization of screening for intimate partner violence in Australian antenatal mental health, and substance abuse services. *Violence and Victims*, 26, 130- 144.
50. Buck, L. og Collins, S. (2007). Why don't midwives ask about domestic abuse? *British Journal of Midwifery*, 15, 753-758.
51. Todahl, J. og Walters, E. (2011). Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Material and Family Therapy*, 37, 355-369.
52. O'Reilly, R. O., Beale, B. og Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: A systematic review. *Trauma, Violence and Abuse*, 11, 190-201.
53. Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J. og Taket, A. R. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Archives of International Medicine*, 166, 22-37.
54. Klevens, J. og Sadowski, L. (2007). Intimate partner violence towards women (updater). *The British Medical Journal Clinical Evidence*. Web publication date: 15 August 2007 (based on December 2006 search).
55. Lovibond, S. H. og Lovibond, P. F. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
56. Brown, J. B. Lent, B., Schmidt, G. og Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST -short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, 49, 896-903.
57. Wathen, N. C. og MacMillan, H. L. ásamt Canadian Task Force on Preventive Health Care (2003). Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 169, 582-584.
58. American Medical Association (2008). *Policy Statement on Family and Intimate Partner Violence H-515.965*. Aðgengilegt á veraldarvefnum á: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/15248.html>.
59. American Academy of Family Physicians (2008). *Family Violence and Abuse*. Aðgengilegt á veraldarvefnum á: <http://www.aafp.org/x16506.xml>.
60. The Family Violence Prevention Fund's Research Committee (2008). *Review of the US Preventive Service Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*. The Family Violence Prevention Fund.
61. Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G. og Man, W. Y. N. (2010). Six months after routine screening for intimate partner violence: Attitude change, useful and adverse effects. *Women and Health*, 50, 125-143.
62. Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y. og Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 387-396.
63. Olsen, L., Anctil, C., Fullerton, L., Brillman, J., Arbuckle, J. og Sklar, D (1996). Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine* 27, 741–746.
64. Wright, B.L., Gutmanis, I. Ralyea, S., og Dietrich, P (2003). Patterns of Screening for Woman Abuse: Healthy Babies, Healthy Children Program. *Public Health & Epidemiology Report Ontario* 14 (4): 60-66. Aðgengilegt á: www.gov.on.ca/health.
65. Wathen, N. C. og MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women: Scientific review. *JAMA*, 5, 589-600.

ISBN 978-9935-9133-1-9



9 789935 913319 >

Netútgáfa