

Urška Smrke, mag. psih.
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut
Novi trg 2
1000 Ljubljana
urska.smrke@zrc-sazu.si
01 470 64 45, 031 262 861

dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut
Novi trg 2
1000 Ljubljana
lilijana.sprah@zrc-sazu.si
01 470 64 39

VLOGA IZOBRAŽEVANJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PREPOZNAVI IN OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Povzetek

Kljub zakonski urejenosti in nedavno sprejetim smernicam na področju prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini v zdravstvu, se v Sloveniji še vedno soočamo s pomanjkljivimi postopki na tem področju s strani zdravstvenega osebja. K učinkovitejši prepoznavi in obravnavi lahko pripomore osveščanje in izobraževanje, vendar pa tovrstnih izobraževanj še vedno ni dovolj, še posebej takšnih, ki bi bila ciljno usmerjena v povečevanje kompetenc zdravstvenega osebja. Namen raziskave je bil preveriti razlike med zdravstvenimi delavci, ki so se udeležili izobraževanj o nasilju v družini in tistimi, ki se jih še niso udeležili glede razumevanja vloge zdravstva pri obravnavi nasilja in njihovih ravnanj v primerih srečevanja z nasiljem v družini. V raziskavo je bilo vključenih 365 zdravstvenih delavcev (61,1 % zdravnikov, 38,9 % medicinskih sester), ki so izpolnili spletni vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Udeleženci izobraževanj (21,1 %) so poročali, da so se z nasiljem v družini v zdravstveni dejavnosti srečevali pogosteje, kot tisti, ki se izobraževanj še niso udeležili (78,9 %), hkrati so v večji meri prepoznavali potrebnost smernic za prepoznavo in obravnavo nasilja, nujnost sledenja le-tem pri delu in potrebo po izobraževanjih. Zdravstveno osebje, ki se je udeležilo izobraževanj, se je tudi ustrezneje odzvalo v primerih nasilja v družini, saj so si pogosteje vzeli čas za pogovor z žrtvami, jim nudili podporo ter obvestili Center za socialno delo o prisotnosti nasilja v družini njihovih pacientov.

Ključne besede: izobraževanje, nasilje v družini, zdravstveno osebje, žrtve

THE ROLE OF TRAINING COURSES IN RECOGNIZING AND TREATING DOMESTIC VIOLENCE IN HEALTH CARE SETTINGS

Abstract

Despite legislation and recently adopted guidelines for recognizing and treating victims of domestic violence in health care settings, we are still facing inadequate procedures in this respect in Slovenia. Raising awareness and training courses for health professionals might facilitate recognition and treatment of domestic violence in health care. However, there is a lack of available trainings, especially courses focused in enhancing competencies of health personnel. The aim of the present study was to examine differences in understanding the role of health professionals in treating domestic violence and their practices when encountering with cases of domestic violence between health professionals, who have attended training courses on domestic violence and those who have not. 365 health professionals (61,1 % doctors, 38,9 % nurses) completed a web questionnaire on recognizing and treating domestic violence. Participants with training experience (21,1 %) have reported facing domestic violence in health care more often in compare to those who have not yet attended training courses (78,9 %). They also recognized to a greater extent the need for guidelines, their implementation and education in domestic violence, as well they responded more adequately in cases of domestic violence. Namely they spend more time for discussions with victims and for their support, besides they informed the Centre for Social Work about the presence of violence in families of their patients.

Keywords: training courses, domestic violence, health personnel, victims

Uvod

Resolucija Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 1996 (World Health Organisation, 1996) opredeljuje nasilje kot vodilni svetovni javno-zdravstveni problem. Še posebej pereč je pojav nasilja v družini, saj je kot najpogostejša oblika nasilja nad ženskami, otroki in starejšimi prepoznano nasilje s strani njihovih intimnih partnerjev, staršev ali drugih bližnjih oseb (Selič, 2007), medtem ko značilnosti družinskega življenja, kot sta zasebnost in zaprtost, pogosto preprečujejo, da bi že ožje okolje bilo seznanjeno z nasiljem v posameznih primerih (Selič, 2010).

Nasilje prinaša številne posledice za posameznika, tako telesne kot duševne, ki skupaj z negativnim vplivom na splošno slabše zdravje vodijo v pogostejše vstopanje žrtev nasilja v družini v zdravstveni sistem v primerjavi z osebami, ki te izkušnje nimajo (Selič, 2010). Ker zdravstvene ustanove na ravni osnovnega zdravstvenega varstva predstavljajo vstopno točko posameznika v zdravstveni sistem, so primerom nasilja v družini pri svojem delu najpogosteje izpostavljeni družinski oziroma splošni zdravniki, poleg njih pa tudi pediatri, ginekologi ter psihiatri. Predstavljajo namreč prvi in običajno najdosegnejši stik posameznika z zdravstvom (Kopčavar Guček, 2004). Zdravstveno osebje ima zato pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini pomembno aktivno vlogo, ki jo posebej poudarja tudi deklaracija o nasilju v družini Svetovnega zdravniškega združenja (World Medical Association, 1996) in ga k njej obvezujejo tudi nekateri pravni akti. *Zakon o preprečevanju nasilja v družini* (ZPDN; Ur. list RS št. 16/2008) v 5. in 6. členu opredeljuje dolžnost ravnanja oziroma ukrepanja in izvajanja potrebnih postopkov v primeru prepoznanega nasilja v družini ter dolžnost prijave. Vlogo zdravstva natančneje opredeljujejo obvezujoča določila *Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ur. list RS št. 38/2011), in sicer na treh področjih: prepoznavanje žrtev nasilja v družini, pravila in postopki pri obravnavi ter izobraževanje s področja nasilja v družini, h kateremu je zdravstveno osebje obvezano k izobraževanju o nasilju v družini v obsegu najmanj 5 ur s ponovitvijo vsakih 5 let. Pomoč in usmeritev pri ustreznem ravnanju in izpolnjevanju obvez pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini zdravstvenemu osebju nudijo nedavno sprejete *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ministrstvo za zdravje, 2015). Vendar pa kljub zakonski urejenosti večina primerov nasilja v družini ostane v zdravstvu neprepoznanih (Selič, 2010). V raziskavi, opravljeni v ambulantah družinske medicine v Sloveniji, poročajo, da prevalenca nasilja v družini v obdobju 2005-2008 znaša 17,9 % (Kopčavar Guček, Švab in Selič, 2011; Kopčavar Guček, 2015) medtem ko naj bi zdravniki, po sicer tujih podatkih, prepoznali le 1 od 20 žrtev nasilja v družini (Elliott idr., 2007) ali manj kot en primer nasilja v družini na mesec (Cann idr., 2001).

K maloštevilnim prepoznanim primerom nasilja v družini pripomorejo različne ovire, s katerimi se sooča zdravstveno osebje, kot so na primer sistemske ovire in tiste, ki izhajajo iz značilnosti dela zdravstvenega osebja. Te ovire vključujejo obremenjujočo zdravstveno administracijo ter omejitve pri delu v smislu časa, ki ga zdravstveni delavec lahko nameni posameznemu pacientu, v kombinaciji z velikimi delovnimi obremenitvami (Alotaby idr., 2013). Obravnava nasilja v družini zahteva poleg sistemske urejenosti tudi visoko profesionalnost in upoštevanje moralno-etičnih norm, kjer pomembno vlogo igrajo stališča posameznika do pojava nasilja v družini

(Kopčavar Guček, 2004) in stališča do vloge zdravstva pri obravnavi le-tega. Zdravstveno osebje namreč nasilje v družini pogosto prepoznava kot del socialnega dela in ne kot del zdravstvenega varstva, in pogosto meni, da prepoznavanje in obravnavanje nasilja v družini ne spada med njihove glavne delovne naloge (Husso idr., 2012). Poleg tega je številnim zdravstvenim delavcem neprijetno govoriti o možnosti nasilja v družini s svojimi pacienti (Cann idr., 2001) in se ob sumu na nasilje v družini pogosto počutijo, da se podajajo na neznano območje, na katerem ne vedo, kako ravnati. Kljub temu nekateri zdravstveni delavci prevzemajo aktivno vlogo pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini, na primer s spraševanjem svojih pacientov o prisotnosti nasilja v njihovih družinah in tako pri svojem delu prepoznajo nekatere žrtve nasilja v družini (Williston in Lafreniere, 2013) in jih nadaljnje obravnavajo, pri čemer pa so njihovi odzivi in ravnanja pogosto nejasni in neprimerni (Cann idr., 2001). Pogosto se namreč zdravstveni delavci osredotočajo le na odpravljanje in sanacijo poškodb in drugih posledic nasilja v družini, medtem ko se nasilju kot vzroku za simptome in poškodbe pogosto izognejo (Husso idr., 2012).

Številne ovire pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja, zaradi katerih je prepoznavanje primerov nasilja v družini v zdravstvu slabo, se povezujejo s pomanjkanjem osnovnega znanja o nasilju v družini (Cann idr., 2001). Tudi zdravstveno osebje, še posebej zdravniki, prepoznavajo, da je pomanjkanje znanja in spretnosti glavna ovira pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini (Alotaby idr., 2013; Kopčavar Guček, 2004) in pogosto poročajo, da so z znanjem in izkušnjami o posledicah in učinkih nasilja v družini premalo opremljeni, kar vodi do občutkov nezadostnosti in frustracije ob soočanju s primeri nasilja v družini (Husso idr., 2012). Tudi v raziskavi, v katero so bili vključeni slovenski zdravniki, poročajo, da so zdravniki premalo ozaveščeni in poučeni o nasilju v družini ter kot enega od možnih razlogov za slabo prepoznavanje navajajo ravno nevednost glede ustreznih načinov odzivanja na primere nasilja v družini (Selič, 2010).

Zdravstveno osebje lahko le ob primerni informiranosti, ozaveščenosti in usposobljenosti uspešno prepoznava in obravnava žrtve nasilja v družini, za kar so nujni ustrezni izobraževalni programi (Kopčavar Guček, 2004), namenjeni povečanju kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini. Tovrstna izobraževanja so se namreč v praksi izkazala kot učinkovita oblika strokovnega izpopolnjevanja, ki izboljšajo ozaveščenost in znanje s področja nasilja v družini, koristijo pri soočanju z različnimi ovirami, s katerimi se sooča zdravstveno osebje (na primer stališča do nasilja, občutki nemoči) in pri odkrivanju nasilja v družini (Wong, 2006). Wong s sodelavci (2006, 2007) na primer poroča, da se je po eno in pol dnevnom usmerjenem izobraževanju s področja nasilja v družini pri zdravnikih družinske medicine izboljšala ozaveščenost in do 4,5 krat povečalo število identifikacij partnerskega nasilja pri ženskih pacientkah, medtem ko je izpraševanje pacientk, ki so kazale nejasne znake nasilja v družini, povečalo do 6 krat (Wong, 2006). Izobraževanja namreč pripomorejo k izboljšanju kriterijev, pri katerih zdravniki pomislijo na možnost nasilja v družini pri obravnavani osebi, poleg tega pa so zdravniki poročali, da se po treningu počutijo bolj opremljene za prepoznavanje in obravnavanje nasilja v družini pri svojem delu, da so v okviru izobraževanja dobili odgovore na vprašanja, ki so se pri njih pojavljala glede nasilja v družini, bolj realna je postala tudi njihova predstava o prevalenci nasilja v družini (Wong, 2007).

Kljub pomembnosti izobraževanj s področja nasilja v družini pri prepoznavi in obravnavi le tega, je v Sloveniji zdravstvenemu osebju na voljo le majhen obseg ustreznih usmerjenih izobraževanj. Nekatera od njih potekajo v programu dodiplomskega izobraževanja v 6. letniku na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, poleg tega pa so se v preteklosti izvajala tudi nekatera posamezna izobraževanja, na primer v programih stalnih strokovnih srečanj kot del rednega izobraževanja vseh zdravnikov (Kopčavar Guček, 2004). Večina obstoječih izobraževanj se torej ne izvaja sistematično in tudi niso dostopna širšemu krogu zdravstvenih delavcev, čeprav morajo vsi, ki se pri svojem delu lahko srečajo z nasiljem v družini, za ustrezno odzivanje dobro poznati zakonska in druga določila, na podlagi katerih lahko ukrepajo, poznati dinamiko in značilnosti pojava nasilja v družini (Selič, 2010), ter znati nasloviti področje nasilja v družini v odnosu s pacienti, s čimer se šele lahko začne učinkovita implementacija smernic, pravilnikov in zakonov. Najmanj, kar bi zdravstveno osebje moralo, je imeti zadostno znanje in razumevanje nasilja v družini za prepoznavo žrtev nasilja pri svojem delu, dokumentirati poškodbe oziroma bolezni, povezane z nasiljem in biti večji nuditi primeren nasvet in podporo žrtvam nasilja v družini (Cann idr., 2001).

Zapolnjevanje omenjene vrzeli s področja usmerjenih izobraževanj za zdravstveno osebje je temeljni cilj projekta Norveškega mehanizma *Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav; 2015-2016)*; projektna spletna stran: <http://www.prepoznajnasilje.si>, ki bo zdravstvenemu osebju ponudil široko izobraževalno platformo o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini.

Namen raziskave

Kljub zakonski urejenosti področja prepoznavne in obravnave nasilja v družini je število prepoznanih žrtev nasilja v družini v zdravstvu majhno, pogosto neustrezni so tudi načini odzivanja v že prepoznanih primerih nasilja v družini, pri čemer lahko k izboljšanju stanja glede na rezultate predhodnih raziskav pripomorejo usmerjena izobraževanja zdravstvenega osebja. Namen pričujoče raziskave, izvedene v okviru projekta POND_SiZdrav, je bil na slovenskem vzorcu zdravstvenega osebja preveriti:

- Kolikšen delež udeležencev raziskave se je izobraževanj glede nasilja v družini že udeležilo in zakaj, ter kakšni so razlogi tistih, ki se tovrstnih izobraževanj še niso udeležili?
- Kakšna so stališča zdravstvenega osebja glede vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini in ali se v teh stališčih tisti, ki so se izobraževanj že udeležili, razlikujejo od tistih, ki se jih še niso?
- Kako pogosto se je zdravstveno osebje pri svojem delu srečevalo z nasiljem v družini?
- Kakšne so bile izkušnje in ravnanja tistih, ki so se z nasiljem v družini pri svojem delu že srečali, in ali se pri tem udeleženci izobraževanj razlikujejo od tistih, ki se izobraževanj še niso udeležili?

Metoda

Udeleženci

V raziskavo je bilo vključenih 365 zdravnikov in osebja zdravstvene nege, od tega 86,3 % žensk in 13,7 % moških. Povprečna starost udeležencev je bila 42,7 let ($SD = 10,8$) v razponu od 23 do 67 let. V vzorcu raziskave je bilo 42,2 % zdravnikov specialistov, 34,0 % diplomiranih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov, 10,1 % zdravnikov specializantov, 7,4 % zobozdravnikov, 3,6 % srednjih medicinskih sester, srednjih zdravstvenikov oziroma zdravstvenih tehnikov, 1,4 % zdravnikov pripravnikov, sekundarijev oziroma sobnih zdravnikov, 1,1 % babic, diplomiranih babic oziroma diplomiranih babičarjev ter 0,3 % bolničarjev.

Udeleženci so bili za namene analize razdeljeni na dve skupini glede na to, ali so se izobraževanj s področja nasilja v družini v preteklosti že udeležili (v nadaljevanju Skupina 1; $N = 21,1$ % udeležencev raziskave) ali še ne (v nadaljevanju Skupina 2; $N = 288$, 78,9 % udeležencev raziskave).

Pripomočki

V raziskavi je bil uporabljen anonimni spletni Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, razvit v okviru raziskave projekta POND_SiZdrav. Na posamezne kvantitativne postavke vprašalnika so udeleženci odgovarjali s podajanjem odgovora na petstopenjski lestvici strinjanja (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam) oziroma pogostosti (1 – zelo redko oziroma nikoli, 5 – zelo pogosto oziroma vedno).

Postopek

Zbiranje podatkov je potekalo od 12. 4. 2015 do 28. 5. 2015. Udeleženci so bili k sodelovanju povabljeni preko oglasov, objavljenih na spletni strani projekta POND_SiZdrav in spletnih straneh partnerjev projekta, ter preko dopisnih seznamov. Na bazi podatkov je bila opravljena analiza manjkajočih vrednosti, ki ni pokazala odstopanj od popolnoma naključnega manjkanja podatkov (Littlov MCAR test pri vprašanju o vlogi zdravstva: $\chi^2 = 61,051$, $df = 52$, $p = 0,183$; Littlov MCAR test pri vprašanju o izkušnjah in ravnanjih: $\chi^2 = 181,547$, $df = 166$, $p = 0,194$). Manjkajoče vrednosti so bile nadomeščene s pomočjo Expectation-Maximization (EM) algoritma v programu SPSS 22.0. Za preverjanje razlik med skupinama 1 in 2 je bil uporabljen t -test za neodvisne vzorce. Zaradi odstopanja od normalnosti je bilo za statistično zaključevanje uporabljeno zankanje (*angl.* bootstrap). Izbrana kriterijska raven vseh analiz je bila 5 %.

Rezultati

V pričujočo raziskavo so bila vključena nekatera demografska vprašanja in vprašanja o stališčih zdravstvenega osebja glede zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini, pogostosti srečevanja nasilja v družini pri delu, izkušnjah in ravnanjih ob srečevanju nasilja v družini ter o udeleževanju oziroma neudeleževanju izobraževanj s tega področja in s tem povezanimi razlogi.

Vloga zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

Glede vloge zdravstva so se udeleženci raziskave najbolj strinjali, da naj zdravstveno osebje žrtvam nasilja posreduje informacije o različnih oblikah pomoči in postopkih obveščanja ($M = 4,47$, $SD = 0,63$), naj sodeluje z drugimi organi pri obravnavi žrtev ($M = 4,28$, $SD = 0,73$), ter naj žrtvam nudi psihološko podporo in svetovanje ($M = 4,25$, $SD = 0,73$). V veliki meri so prepoznavali potrebo po izobraževanjih ($M = 4,39$, $SD = 0,66$) in smernicah ($M = 4,34$, $SD = 0,68$) na področju prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini.

Nekatere statistično značilne razlike v stališčih glede vloge zdravstva se kažejo med udeleženci, ki so se izobraževanj že udeležili, in med tistimi, ki se jih še niso (tabela 1). Udeleženci izobraževanj so se v primerjavi s tistimi, ki se izobraževanj še niso udeležili, v večji meri strinjali, da so v zdravstvu potrebne smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini, da naj pri svojem delu zdravstveno osebje sledi strokovnim smernicam za obravnavo nasilja v družini ter da so v zdravstvu potrebna izobraževanja o nasilju v družini.

Tabela 1: Stališča do vloge zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini glede na udeleževanje izobraževanj

	Skupina 1		Skupina 2		<i>t</i>	<i>p</i>	95 % IZ*	<i>r</i> **
	M	SD	M	SD				
Zdravstveno osebje naj žrtvam nasilja v družini posreduje informacije o različnih oblikah pomoči in o postopkih obveščanja o nasilju v družini.	4,56	0,57	4,45	0,65	1,329	0,185	-0,05, 0,27	
V zdravstvu potrebujemo izobraževanja o nasilju v družini.	4,53	0,57	4,36	0,67	2,037	0,042	0,01, 0,34	0,11
V zdravstvu potrebujemo smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini.	4,49	0,62	4,30	0,70	2,132	0,034	0,01, 0,36	0,11
Zdravstveno osebje naj sodeluje z drugimi organi pri obravnavi žrtev nasilja v družini.	4,38	0,67	4,25	0,75	1,365	0,173	-0,06, 0,31	
Zdravstveno osebje naj pri svojem delu sledi strokovnim smernicam za obravnavo nasilja v družini.	4,43	0,52	4,17	0,77	2,887	0,004	0,09, 0,45	0,15
Zdravstveno osebje naj žrtvam nasilja v družini nudi psihološko podporo in svetovanje.	4,36	0,62	4,21	0,76	1,514	0,131	-0,04, 0,33	
Ukrepanje v primeru prepoznave nasilja v družini je moralna odgovornost zdravstvenega osebja.	4,33	0,75	4,20	0,82	1,270	0,205	-0,07, 0,33	

Nasilje v družini je pomemben zdravstveni problem.	4,24	0,86	4,13	0,82	1,016	0,310	-0,10, 0,32
Zdravstveno osebje naj bo bolj vključeno v prepoznavo in obravnavo nasilja v družini.	4,19	0,65	4,05	0,70	1,615	0,107	-0,03, 0,32
Ukrepanje v primeru prepoznave nasilja v družini je zakonska obveznost zdravstvenega osebja.	3,97	1,00	3,84	1,00	1,030	0,304	-0,12, 0,38
Zdravstveno osebje naj poizveduje o izpostavljenosti nasilju v družini, ko obstaja sum, da je obravnavana oseba žrtev nasilja v družini.	3,68	1,09	3,68	1,00	0,036	0,971	-0,25, 0,26

Opomba. Skupina 1 = osebe, ki so se izobraževanj s področja nasilja v družini že udeležile, Skupina 2 = osebe, ki se izobraževanj s področja nasilja v družini še niso udeležile, M = srednja vrednost, SD = standardni odklon, t = testna statistika, p = statistična pomembnost.

*95 % interval zaupanja razlike v povprečnih vrednostih posameznih skupin.

**mere učinka so navedene le pri statistično značilnih razlikah med skupinama 1 in 2.

Srečevanje zdravstvenega osebja z nasiljem v družini pri opravljanju svojega dela

74,1 % udeležencev raziskave se je pri svojem delu že srečalo s primerom nasilja v družini. V skupini udeležencev, ki so se že udeležili izobraževanj, se je s primerom nasilja v družini že srečalo 80,5 % oseb, medtem ko se je v skupini udeležencev, ki se izobraževanj še niso udeležili, s primerom nasilja v družini srečalo 71,2 % oseb. V obeh skupinah glede na udeleževanje izobraževanj se je največ udeležencev s primeri nasilja v družini srečevalo občasno oziroma redko (tabela 2).

Tabela 2: Srečevanje z nasiljem v družini pri delu glede na udeleževanje izobraževanj

	Skupina 1		Skupina 2	
	N	%	N	%
Ali ste se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini?				
Da	62	80,5	205	71,2
Ne	15	19,5	83	28,8
Kako pogosto se pri svojem delu srečujete s primeri nasilja v družini?				
Zelo redko oz. nikoli	0	0,0	16	5,6
Redko	20	26,0	79	27,4
Občasno	36	46,8	95	33,0
Pogosto	4	5,2	12	4,2
Zelo pogosto oz. vedno	2	2,6	2	0,7

Opomba. Skupina 1 = osebe, ki so se izobraževanj s področja nasilja v družini že udeležile, Skupina 2 = osebe, ki se izobraževanj s področja nasilja v družini še niso udeležile.

Izkušnje in ravnanja zdravstvenega osebja ob srečevanju z nasiljem v družini

Udeleženci raziskave, ki so se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini, so poročali o svojih izkušnjah in ravnanjih ob srečevanju z nasiljem v družini. Najpogosteje so poročali, da se ob prepoznavi žrtve nasilja v družini odzovejo ($M = 4,06$, $SD = 1,01$), da nudijo podporo in pogovor pacientu – žrtvi nasilja ($M = 3,67$, $SD = 1,09$), da iz kliničnih znakov prepoznajo, da je oseba žrtev nasilja ($M = 3,13$, $SD = 1,01$), ter da iz vedenja osebe razberejo, da je žrtev nasilja v družini ($M = 3,04$, $SD = 0,91$).

Skupini udeležencev (skupini 1 in 2) sta se glede svojih izkušenj in ravnanj ob srečevanju nasilja v družini pri delu statistično značilno razlikovali pri skoraj polovici postavk (tabela 3). Udeleženci izobraževanj so si pogosteje kot tisti, ki se izobraževanj še niso udeležili, vzeli čas za spraševanje pacientov o nasilju v njihovi družini, pacientom pogosteje postavljali neposredna vprašanja o nasilju v njihovi družini ter pogosteje nudili pogovor in podporo pacientu ob sumu na nasilje v njegovi družini. Poleg tega so udeleženci izobraževanj v primerjavi s tistimi, ki se izobraževanj še niso udeležili, v večji meri poročali, da imajo pri svojem delu na razpolago informativni material o nasilju v družini za žrtve, da pri svojem delu uporabljajo predpisan protokol za ravnanje z žrtvami nasilja v družini ter da ob prepoznavi nasilja v družini podajo prijavo centru za socialno delo.

Tabela 3: Izkušnje in ravnanja zdravstvenega osebja ob srečevanju z nasiljem v družini

	Skupina 1		Skupina 2		<i>t</i>	<i>p</i>	95 % IZ*	<i>r</i> **
	M	SD	M	SD				
Ob prepoznavi žrtve nasilja v družini se odzovem.	4,20	1,07	4,01	1,06	1,228	0,221	-0,11, 0,49	
Pri svojem delu nudim pogovor in podporo pacientu/bolniku/uporabniku ob sumu na nasilje v njegovi družini.	3,94	0,90	3,59	1,13	2,486	0,014	0,07, 0,62	0,22
Iz kliničnih znakov (npr. poškodbe) prepoznam, da je pacient/bolnik/uporabnik žrtev nasilja v družini.	3,38	0,93	3,94	0,90	2,112	0,036	0,02, 0,60	
Če pacient/bolnik/uporabnik zanika nasilje, ne vem, kako naj ravnam.	3,06	1,20	3,16	1,35	-0,513	0,608	-0,47, 0,28	
Iz vedenja pacienta/bolnika/uporabnika razberem, da je žrtev nasilja v družini.	3,17	0,99	3,00	0,89	1,258	0,210	-0,09, 0,43	
Pri svojem delu prepoznam žrtve nasilja v družini.	3,12	0,87	2,95	0,85	1,422	0,156	-0,07, 0,42	
Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo centru za socialno delo.	3,32	1,40	2,68	1,53	2,935	0,004	0,21, 1,07	0,18
Pacient/bolnik/uporabnik mi zaupa, da je žrtev nasilja v družini.	2,97	0,92	2,72	0,96	1,833	0,068	-0,02, 0,52	
Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo na policijo.	2,96	1,45	2,68	1,59	1,316	0,191	-0,14, 0,71	
Pri svojem delu si vzamem čas, da paciente/bolnike/uporabnike sprašujem o nasilju v njihovi družini.	2,87	1,14	2,39	1,00	3,217	0,001	0,19, 0,78	0,19
Pri svojem delu postavljam neposredna vprašanja o nasilju v družini pacienta/bolnika/uporabnika.	2,72	1,17	2,30	1,03	2,716	0,007	0,12, 0,72	0,16
Pri svojem delu uporabljam predpisan protokol za ravnanje z žrtvami nasilja v družini.	2,78	1,44	1,83	1,19	4,720	0,000	0,55, 1,35	0,45
Pri svojem delu imam na razpolago informativni material o nasilju v	2,39	1,18	1,69	0,99	4,267	0,000	0,38, 1,03	0,41

družini, ki ga lahko posredujem
žrtvam nasilja v družini.

Ob prepoznavi nasilja v družini
podam prijavo na tožilstvo. 1,47 1,03 1,33 0,77 0,962 0,339 -0,15, 0,42

Opomba. Skupina 1 = osebe, ki so se izobraževanj s področja nasilja v družini že udeležile, Skupina 2 = osebe, ki se izobraževanj s področja nasilja v družini še niso udeležile, *M* = srednja vrednost, *SD* = standardni odklon, *t* = testna statistika, *p* = statistična pomembnost.

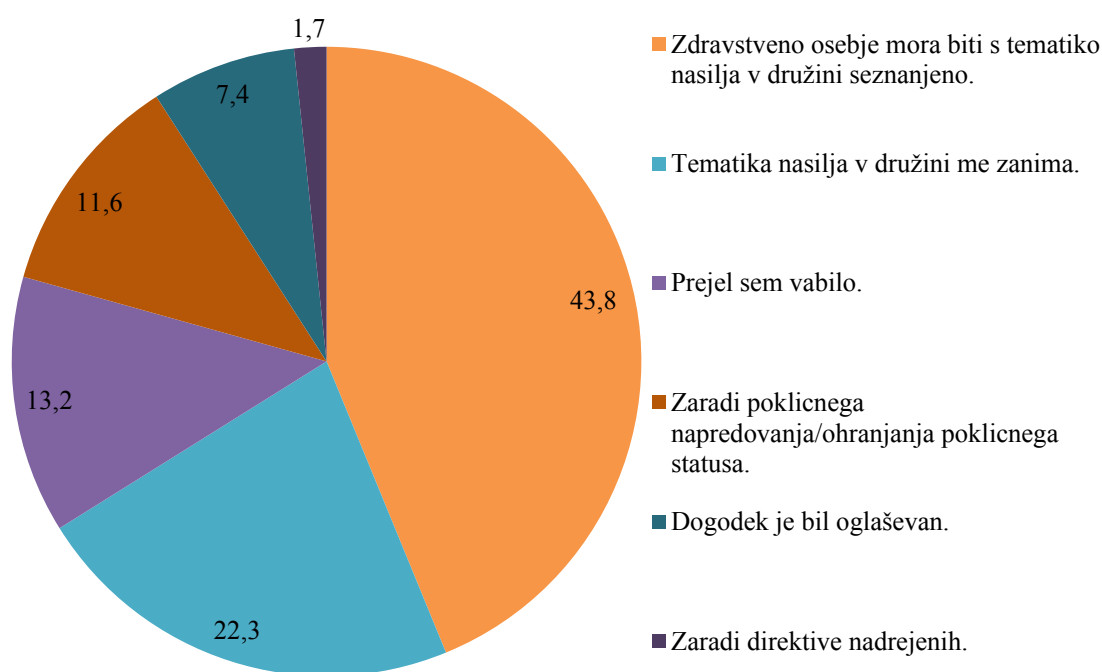
*95 % interval zaupanja razlike v povprečnih vrednostih posameznih skupin.

**mere učinka so navedene le pri statistično značilnih razlikah med skupinama 1 in 2.

Razlogi za udeležbo oziroma neudeležbo izobraževanj

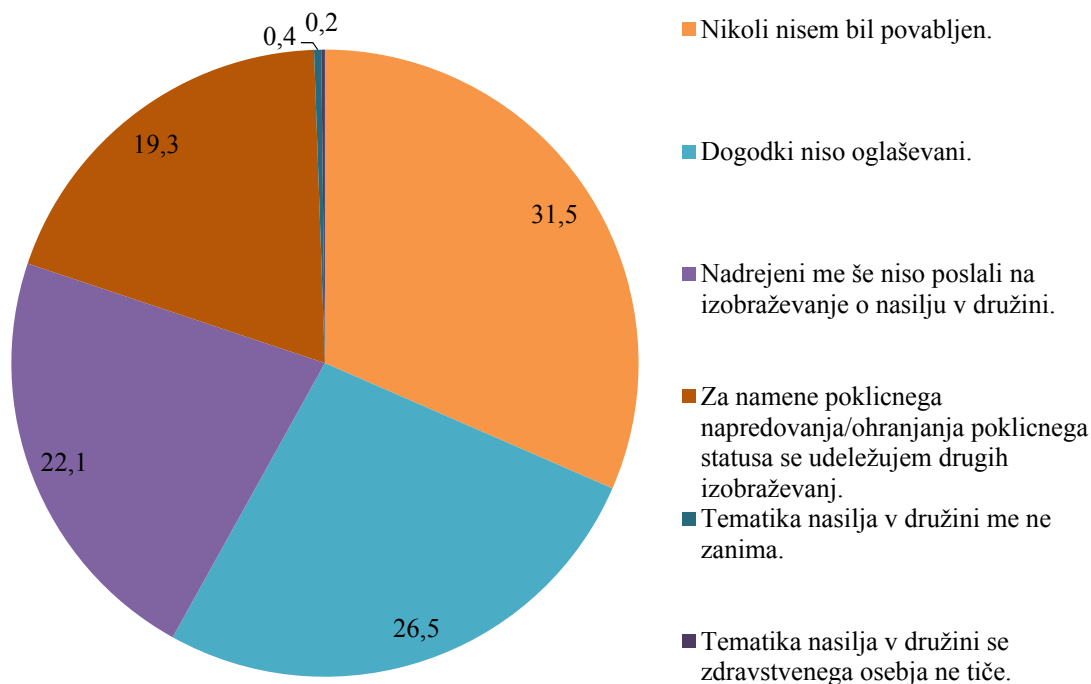
V raziskavi smo preverjali tudi, zakaj so se udeleženci izobraževanj o nasilju v družini le-teh udeležili oziroma kakšni so bili razlogi za neudeležbo pri tistih, ki se tovrstnih izobraževanj še niso udeležili.

Tisti udeleženci, ki so se izobraževanj že udeležili, so kot razloge za udeležbo najpogosteje navajali, da mora biti zdravstveno osebje s tematiko nasilja v družini seznanjeno ter da jih omenjena tematika zanima (slika 1).



Slika 1: Razlogi za udeleževanje izobraževanj (v %)

Udeleženci raziskave, ki se izobraževanj s področja nasilja v družini še niso udeležili, so kot razloge za neudeležbo najpogosteje navajali, da na tovrstna izobraževanja še nikoli niso bili povabljeni ter da dogodki niso bili oglaševani (slika 2).



Slika 2: Razlogi za ne-udeleževanje izobraževanj

Razprava

Nasilje v družini je pomemben in kompleksen javno-zdravstveni problem, ki ga je mogoče uspešno obravnavati le z medinstitucionalnim in interdisciplinarnim sodelovanjem (Kopčavar Guček, 2004), pri katerem ima zaradi učinkov na zdravje posameznika in zdravstveni sistem ter verjetnosti srečevanja primerov nasilja v družini zdravstveno osebje pomembno vlogo. V slovenskem prostoru je to področje urejeno z *Zakonom o preprečevanju nasilja v družini* (ZPDN; Ur. list RS št. 16/2008) in *Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ur. list RS št. 38/2011), dalje pa ga urejajo *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ministrstvo za zdravje, 2015). Ker je tako zdravstvenemu osebju pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini pripisana aktivna vloga, smo v pričujoči raziskavi najprej preverjali, kakšna so stališča udeležencev raziskave glede vloge zdravstva na tem področju, kako pogosto se z nasiljem v družini srečujejo pri svojem delu ter kakšna so izkušnje in ravnanja v primerih prepoznanega nasilja v družini pri tistih udeležencih, ki so se z nasiljem v družini pri svojem delu že srečali. Ker so predhodne raziskave (glej na primer Wong idr., 2006, 2007) nakazale na pomembno vlogo izobraževanj s področja nasilja v družini pri njegovem prepoznavanju in ukrepanju, smo preverjali tudi, ali se zdravstveni delavci, ki so se izobraževanj že udeležili, v svojih stališčih do vloge zdravstva, izkušnjah in ravnanjih ob prepoznavi in obravnavi nasilja v družini razlikujejo od tistih, ki se izobraževanj še niso udeležili.

Vloga zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

Udeleženci raziskave so vlogo zdravstva oziroma zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini najpogosteje videli na področju informiranja o različnih oblikah pomoči in postopkih obveščanja, nudenju psihološke podpore in svetovanja žrtvam nasilja v družini ter sodelovanja z drugimi organi pri obravnavi. Tovrstni pogled na vlogo zdravstva je v primerjavi s tisto, ki jo zdravstvenemu osebju predpisujejo zakonski akti in strokovna priporočila, pasiven. Na to še najbolj kažejo nizke stopnje strinjanja pri postavkah, ki so opredeljevale bolj aktivno vlogo zdravstva, kot je na primer aktivno poizvedovanje o izpostavljenosti nasilja v družini in večja vključenost v prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družinah. Še posebej zanimivo je, da so zdravstveni delavci v majhni meri menili, da je ukrepanje v primeru prepoznave nasilja v družini njihova zakonska obveznost. So pa na drugi strani v večjem obsegu prepoznavali potrebo po strokovnih smernicah in izobraževanjih s področja nasilja v družini. Tisti udeleženci, ki so se izobraževanj s področja nasilja v družini v preteklosti že udeležili so v primerjavi s tistimi, ki se izobraževanj še niso udeležili, v večji meri izrazili potrebo po dodatni urejenosti področja prepoznave in obravnave nasilja v družini v zdravstvu ter pomembnosti izobraževanj s tega področja.

Srečevanje zdravstvenega osebja z nasiljem v družini pri opravljanju svojega dela

Zaradi dokaj visoke prevalence nasilja v družini v ambulantah družinskih zdravnikov in nizkih deležih prepoznanih žrtev nasilja v družini v okviru zdravstva (Kopčavar Guček, 2015) smo tudi proučili, ali so se udeleženci raziskave že srečali s primeri nasilja v družini in kako pogosto. Slabe tri četrtine udeležencev je poročalo, da so se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini, od katerih se je večji delež z njim srečal redko oziroma občasno. Udeleženci izobraževanj so poročali, da so se z nasiljem v družini srečali nekoliko pogosteje kot tisti, ki se izobraževanj še niso udeležili. Čeprav so izobraževanja tista, ki naj bi poleg k bolj ustreznim ravnanjem pri obravnavi nasilja v družini pripomogla tudi k bolj učinkoviti prepoznavi žrtev nasilja v družini (Wong idr., 2006, 2007), se lahko s prepoznavo žrtev nasilja povezuje veliko število dejavnikov, ki bi lahko pripomogli k dokaj majhni razliki v pogostosti srečevanja z nasiljem v družini. Nekateri lahko izhajajo že iz pristranega vzorca, saj so se izpolnjevanja vprašalnika lahko udeležili pretežno tisti zdravstveni delavci, ki jih tematika bolj zanima ali jo prepoznavajo kot pomembno, na kar sklepamo tudi glede na veliko število izčrpnih komentarjev ob koncu vprašalnika. To bi lahko pomenilo, da je bil ta del udeležencev raziskave že sicer bolj dovzeten za problematiko nasilja v družini.

Izkušnje in ravnanja zdravstvenega osebja ob srečevanju z nasiljem v družini

Udeleženci, ki so se z nasiljem v družini pri delu že srečali, so poročali, da iz kliničnih znakov in vedenja pogosto prepoznajo, da je oseba žrtev nasilja in da so se v prepoznanih primerih nasilja v družini pri delu odzvali ter žrtvi nudili podporo in pogovor. Udeleženci izobraževanj so se v primerjavi s tistimi, ki se izobraževanj še niso udeležili, pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini pogosteje bolj ustrezno odzivali. Pogosteje so imeli do pacientov, pri katerih obstaja sum na nasilje v družini, ustrežnejši odnos (na primer vzeli so si več časa za spraševanje pacientov o nasilju v njihovi družini in pri tem pogosteje postavljali neposredna vprašanja, pogosteje so nudili pogovor in podporo žrtvi nasilja v družini). Udeleženci izobraževanj so v večji meri kot tisti, ki se izobraževanj še niso udeležili, poročali, da imajo na voljo informativni

material o nasilju v družini za žrtve, da pri svojem delu pogosteje uporabljajo predpisan protokol in pogosteje podajo prijavo Centru za socialno delo ob prepoznavi nasilja v družini. Omenjeni izsledki raziskave so skladni z drugimi študijami, ki navajajo, da so izobraževanja nujna za ustrezno prakso, h kateri je zdravstveno osebje zavezano, in prakso zdravstvenega osebja še posebej izboljšajo na odnosni ravni do pacientov, pri katerih obstaja sum na nasilje v družini ali pa so kot žrtve nasilja v družini že prepoznani. Namreč, raziskovalci poročajo da udeleženci izobraževanj pri pacientih bolj pogosto sprašujejo po prisotnosti nasilja ter imajo na razpolago tudi več orodij za pomoč žrtvam nasilja (Wong idr., 2007). Kljub temu, da so udeleženci, tako tisti, ki so se izobraževanj že udeležili, kot tisti, ki se jih še niso, pogosto poročali o ustreznih izkušnjah in ravnanjih ob srečevanju z nasiljem v družini, so za ustrezno obravnavo potrebna določena usposabljanja. Najpomembnejši učinki ustreznih usposabljanj se lahko odražajo predvsem v spremembah znanja o nasilju v družini in stališč do problematike, ter spremembah vedenj ob prepoznavi nasilja (Plichta, 2007), kar se je v manjši meri pokazalo tudi na vzorcu te raziskave.

Udeleževanje izobraževanj s področja nasilja v družini

80% udeležencev raziskave je poročalo, da se izobraževanj še niso udeležili, čeprav *Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti* (Ur. list RS 38/2011) zdravstveno osebje obvezuje k izobraževanju (najmanj 5 ur izobraževanj v petih letih). Kot glavne razloge za to, da se izobraževanj še niso udeležili, so navajali razloge, ki kažejo na pomanjkanje informacij o izobraževanjih ali pomanjkanje samih izobraževanj, ter da nadrejeni udeležencev raziskave na izobraževanja ne pošiljajo in da se udeležujejo izobraževanj z drugih področij. Na drugi strani pa so udeleženci izobraževanj kot razloge za udeležbo najpogosteje navajali, da mora zdravstveno osebje biti s tematiko nasilja v družini seznanjeno in da jih ta tematika zanima. V raziskavi se je tako posredno pokazalo tudi pomanjkanje sistemske ureditve izobraževanj s področja nasilja v družini, in da je udeležba na izobraževanjih povezana predvsem z lastno motiviranostjo zdravstvenih delavcev.

Omejitve raziskave

V pričujoči raziskavi smo se srečali z nekaterimi omejitvami. Vzorec je bil dokaj majhen, predvsem pa zdravstveni delavci glede na delovna mesta niso bili ustrezno zastopani. Zaradi samoporočevalnega vprašalnika, uporabljenega v raziskavi, obstaja možnost podajanja socialno zaželenih odgovorov, poleg tega pa zaradi velikega števila komentarjev ob koncu vprašalnika sklepamo, da so se izpolnjevanja vprašalnika udeležili v večji tisti zdravstveni delavci, ki so že bolj seznanjeni s problematiko nasilja v družini in so zanj bolj dovzetni. Zato so izsledki raziskave lahko pristrani in ne morejo biti posplošeni na vse zdravstvene delavce v Sloveniji.

Zaključek

Pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini ima zdravstvo pomembno vlogo, čeprav jim pogosto primanjkuje ustreznih znanj s tega področja in so zato potrebna usmerjena usposabljanja, ki bi povečala kompetence zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Izsledki pričujoče raziskave namreč nakazujejo, da so se udeleženci izobraževanj od tistih, ki se izobraževanj še niso udeležili, razlikovali v nekaterih pomembnih stališčih do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini ter izkušnjah in

ravnanjih v primerih srečevanja z nasiljem v družini pri svojem delu. To prepoznajo tudi udeleženci pričujoče raziskave, saj kot je ena izmed njih zapisala v komentarju ob koncu vprašalnika: » /.../ še vedno velja, da je dober zdravnik zaupna in pomembna oseba v življenju neke osebe. /.../ ima nekako bianco vstopnico v življenje pacienta in njegove družine. Tako je lahko (pri prepoznavi žrtev nasilja) bolj uspešen... drži pa, da nam manjka ustrezna izobrazba v tej smeri in se vsak pač znajde tako in toliko, kot mu je dano že po naravi, ali pa se uspe nekako dodatno izobraziti«.

V okviru projekta POND_SiZdrav (spletna stran projekta: <http://www.prepoznajnasilje.si/>) bo pripravljena celovita izobraževalna platforma za izboljšanje znanja in kompetenc zdravstvenega osebja na področju obravnave nasilja v družini. Od septembra 2015 naprej bodo zdravstvenemu osebju na voljo dvodnevna brezplačna in akreditirana izobraževanja, namenjena pridobivanju osnovnih veščin prepoznavne in ustreznega odzivanja na pojave nasilja v družini, izobraževalne vsebine pa bodo dostopne tudi v obliki priročnika, e-izobraževalnih vsebin ter drugih priročnih orodij, razvitih v podporo zdravstvenemu osebju v primerih srečevanja z nasiljem v družini.

Raziskava je bila izvedena v sklopu projekta »Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce« (POND_SiZdrav), ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

Literatura

- Alotaby, I. Y., Alandari, B. A., Alshamali, K. A., Kamel, M. I. in El-Shazly, M. K. (2013). *Alexandria Journal of Medicine*, 49, 175-180.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H. in Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115, 89-95.
- Elliot, I., Nerney, M., Jones, T. in Friedman P. D. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*, 17, 112-116.
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. in Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community*, 20(4), 347-355.
- Kopčavar Guček, N. (2004). Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V Š. Veselič, D. Horvat in M. Plaz (Ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. letnici delovanja Društva SOS telefon* (str. 220-235). Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja.
- Kopčavar Guček, N. (2015). Pogostnost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Kopčavar Guček, N., Švab, I., Selič, P. (2011). The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005 – 2009). *Croatian Medical Journal*, 52, 728-34.
- Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 226-239.
- Selič, P. (2010). Dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V A. Dvoršek in L. Selinšek (Ur.). *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi* (str. 31-44). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede: Pravna fakulteta.
- Selič, P. Nasilje in zlorabe v družini – ali so zdravniki družinske medicine poklicani, da ukrepajo? V: Petek, Davorina (ur.), Kopčavar Guček (ur.). *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: [nevrologija, ginekologija, okulistika, interna, psihiatrija, delavnice]: zbornik predavanj: 33. srečanje delovnih skupin, Ljubljana, 25.-26. 7. 2007, (Družinska medicina, Supplement, 2007, 5, 2)*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, 2007, str. 124-129.
- WHA49.25. Prevention of violence: a public health priority. Forty-Ninth World Health Assembly Geneva, 20-25 maj 1996, vol. 3 (3. izdaja ed), 1.11
- Williston, C. J. in Lafreniere, K. D. (2013). »Holy cow, does that ever open up a can of worms«: Health care providers' experiences in inquiring about intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 34, 814-831.

- Wong, S. L. F., Wester, F., Mol, S. S. L. in Lagro-Janssen, T. L. M. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 56(525), 249-257.
- Wong, S. L. F., Wester, F., Mol, S. S. L. in Lagro-Janssen, T. L. M. (2007). »I am not frustrated anymore«: Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. *Patient Education and Counseling*, doi:10.1014/j.pec.2006.12.013
- World Medical Association (1996). *Declaration on family violence*. Adopted by the 48th General Assembly, South Africa: October, 1996.