norway grants

REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

pond

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

ZDRAVSTVO – POMEMBEN ČLEN PRI PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI

Zbornik zaključne konference

Zbornik

ZDRAVSTVO – POMEMBEN ČLEN PRI PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI

Zbornik

ZDRAVSTVO – POMEMBEN ČLEN PRI PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI

Uredili: Sanja Cukut Krilić in
Duška Knežević Hočevar

pond
PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

norway grants

REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

Naslov: **Zdravstvo – pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini**
(zbornik zaključne konference)

Uredili: *Sanja Cukut Krilić in*
Duška Knežević Hočevar

Jezikovni pregled: *Lektorsko-prevajalska agencija LPI, Domžale*

Založnik in izdajatelj: *Zdravniška zbornica Slovenije*

Oblikovanje: *Andrej Bolarič*

Prelom: *Stanislav Oražem*

Tisk: *Tiskarna Povše*

Naklada: 2000 izvodov

Ljubljana, junij 2016

Vsi prispevki so recenzirani
Priročnik je v pdf različici dostopen na spletni strani *www.prepoznajnasilje.si*

– To delo je na voljo pod pogoji slovenske licence Creative Commons 2.5, ki ob priznavanju avtorstva dopušča nekomercialno uporabo, ne dovoljuje pa nobene predelave.

Zbornik je izdelek projekta 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.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

343.62:61

ZDRAVSTVO - pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini : zbornik / uredili Sanja Cukut Krilić in Duška Knežević Hočevar. - Ljubljana : Zdravniška zbornica Slovenije, 2016

ISBN 978-961-6185-18-9
1. Cukut Krilić, Sanja
284776448

Po projektu POND _SiZdrav – je čutiti premike?

20 epizod dvodnevnega izobraževanja POND je za nami. Nemara smo vsi, udeleženci in snovalci projekta, dosegli določeno zrelost, če že ne simbolično polnoletnost. Vsi, ki smo se ukvarjali s tem projektom, smo skozenj zoreli, ga preoblikovali, prilagajali, mu pomagali zoreti. Kot je nekdo slikovito pripomnil – na začetku je bil embrio, zdaj pa … Mladi mož? Maturant?

Zagotovo pa smo bogatejši za cel zaklad zgodb, ganljivih in pomenljivih, pridobili smo si nove izkušnje, znanja spretnosti, spoznali smo nove ljudi. Se ob neprizanesljivi odkritosti in neposrednosti skupaj z udeleženci nasmejali in bili ganjeni do solz. Stkali smo mreže varnosti, ki nam bodo pomagale pri vsakodnevnem delu. Namen ni bil dvig ekspertize posameznega polja, ampak interdisciplinarnost.

Neštetokrat smo se posvetovali med sabo, se sestajali, pridobivali strokovna mnenja kolegov na vrhovnem sodišču, policiji, ministrstvih, klinikah … Vedoželjnost naših udeležencev nas je polnila z energijo, nas motivirala in nas vodila k novim spoznanjem. S spoštovanjem in z začetno negotovostjo smo brali ter analizirali mnenje udeležencev, jih premlevali in upoštevali. Jih bili veseli, kadar so bila pozitivna, in ob njih rasli, kadar so narekovala spremembe.

Kaj smo se vsi skupaj naučili? Ogromno, tisočkrat hvala vsem udeležencem in aktivnim v projektu.

Da je od vseh dejavnikov, ki predstavljajo oviro na strani žrtev in povzročiteljev na eni ter vseh zdravstvenih delavcev na drugi strani, najbolj uničujoč občutek nemoči. In zavzeli stališče, da ga ne sprejemamo. Vsak od nas je zavezan in mora narediti vse, kar je v njegovi moči. Se povezati interdisciplinarno, doseči kritično maso in ob negativnem izidu ne obupati. Gremo v nov krog. Ne odnehamo.

In da smo zavezani svojim poklicem. Z vsem profesionalnim tveganjem, ki jih prinašajo. Da smo ponosni na svoje delo in na to, kar smo. Oboroženi z znanjem zdaj znamo.

Še najbolj pomembno: da zmoremo. Skupaj. Spoznali smo, kaj pomeni »interdisciplinarno«. Kako si v smislu Atlasovega kompleksa največkrat sami naložimo vse breme, namesto da bi ga delili – s patronažno sestro, s kolegi v stroki, s fizioterapevtom, s socialno delavko. »Prvič v življenju sem videl, kaj vse zmore in zna center za socialno delo!« je zapisal eden od udeležencev. Zdaj imamo listo telefonskih številk za posvet z eksperti, kadar smo res v stiski.

Na hodniku v službi me ustavi sodelavka, že 10 let znana, in mi pravi: »Dohtar›ca, tudi jaz sem žrtev nasilja.« Zgodi se mi na cesti. V trgovini. Nekdo me je zadnjič od zadaj, čakajočo v vrsti, potrepljal po rami in zamrmral: »Super je tole, kar delate. Nasilje je out.« V medijih opažam vse več prispevkov na to temo. Kolegica okulistka me je ustavila med izobraževanjem, med odmorom: »Joj, če bi to vedela prej … Zdaj vem, da je bilo to posledica nasilja.« In to je to, ZDAJ vemo! To je bil namen.

Pascale Franck je vodja Centra za družinsko pravico v Antwerpnu. Ljubši ji je naziv koordinatorica. 260 takih centrov je po svetu, model prihaja iz ZDA. Pod eno streho obravnavajo celo družino v primerih nasilja v družini. Seznam partnerjev, ki sodelujejo pri obravnavi potreb vsakega družinskega člana, je dolg: lokalne oblasti, policija, tožilstvo, center za pomoč ženskam, specialisti za oskrbo otrok, varne hiše, centri za socialno delo, zdravstvene službe, stanovanjski sklad, službe za migrante in prosilce za azil, zavodi za zaposlovanje, svetovalni center za mladostnike, center za mentalno zdravje … Doslej so obravnavali že več kot 400 družin, ena sama je odklonila obravnavo. Vsakič znova in skladno z individualnimi potrebami se analizirajo potrebe vsakega člana posebej, sestavi se tim, vzpostavi se pot obravnave. Projekt je financiran s strani belgijske vlade.

Je to za nas znanstvena fantastika? Ne, nov izziv. Nov cilj. Nov projekt?

Dr. Nena Kopčavar Guček

Pred projektom POND_SiZdrav in po njem

Na videz enostavno vprašanje, zakaj žrtve nasilja v družinah ne spregovorijo, razpira številne in večplastne problematike, ki zadevajo svojski odziv oseb z izkušnjo nasilja, njegovih povzročiteljev ter predstavnikov institucij, ki so vpleteni v prepoznavo in obravnavo nasilja v družinah. Kljub dokaj uveljavljenemu prepričanju, da problematika nasilja v družinah ni v domeni zdravstva, ampak policije, centrov za socialno delo, sodišč in nevladnih organizacij, ni tako. Zdravstveno osebje ima pri tem še posebej pomembno vlogo: osebam z izkušnjo nasilja v družinah lahko pomeni prvi stik s strokovno pomočjo, ki pa lahko izzveni v edini poskus iskanja pomoči. Ničelna toleranca do nasilja v družinah ni zgolj zakonsko zapovedano leporečje. Dotika se intimnih prepričanj slehernega med nami, ki se v življenju lahko znajdemo prav v vseh vlogah: nasilje v družinah doživljamo, ga povzročamo in razrešujemo. Ali smo lahko povsem netolerantni do nasilja v družinah, ne da bi imeli prepotrebno znanje o tako bolečem pojavu? Ali se lahko zdravstveno osebje samo spoprime z vsemi razsežnostmi nasilja v družinah?

Eden od motivov projekta s povednim naslovom Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav) je bil prav oblikovanje izobraževalnih pomagal, ki bi zdravstveno osebje razbremenila v stalnem spraševanju, ali se primerno odziva na stiske oseb z izkušnjo nasilja v družinah. V zadnjem desetletju sprejeta zakonodaja o preprečevanju nasilja v družinah sicer zagotavlja smernice ravnanja in je prav gotovo predpogoj primernega odziva tudi zdravstvenega osebja na nasilje v družinah, vendar nam osebni stik z žrtvijo praviloma sporoča, da so zakonske opredelitve oblik nasilja v družinah zgolj okvir za njihovo prepoznavo ter da praktična izkušnja v zdravstvu zahteva veščine in znanja, ki presegajo tovrstni okvir. Zakaj je nasilje v družinah tako zdravstveni kot družbeni problem, kako ga uspešno prepoznati in ukrepati, kakšne so pristojnosti zdravstvenega osebja in drugih podpornih služb ter kako naj bi potekalo njihovo sodelovanje v prizadevanju za oblikovanje predlagane pomoči udeležencem nasilnega odnosa, so izhodiščna vprašanja, ki zahtevajo premišljene odgovore strokovnjakov različnih disciplinarnih ozadij. Posledično je bil poglavitni cilj projekta POND_SiZdrav zasnovati multidisciplinarno izobraževalno platformo za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti v obliki dvodnevnih izobraževanj, izdelave spletne strani, priročnika, izobraževalnih gradiv, priročnih orodij, novičnikov, zloženk za uporabnike zdravstvenih storitev idr. Multidisciplinarno izobraževalno platformo je oblikovala skupina 53 strokovnjakinj in strokovnjakov petih projektnih partnerjev (Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma – Center za pomoč žrtvam nasilja, St. Olavs Hospital – Brøsetski center za raziskovanje in izobraževanje

na področju forenzične psihiatrije, Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti) ter zdravnic in zdravnikov različnih medicinskih specializacij.

Na podlagi odziva velike večine udeleženk in udeležencev izpeljanih dvajsetih dvodnevnih izobraževanj POND z veseljem ugotavljamo, da smo uresničili zastavljene cilje, saj so pridobili širše razumevanje nasilja v družinah v različnih okoljih in okoliščinah ter izboljšali svoje veščine komunikacije in kompetence za primerno prepoznavo ter ukrepanje ob sumu na nasilje v družinah. S tega vidika pričujoči zbornik zaokroža prizadevanja sodelavk in sodelavcev projekta POND_SiZdrav z njihovimi razmišljanji o perečih problematikah nasilja v družinah.

Prispevki prvega dela zbornika poudarjajo, da so med osebami z izkušnjo nasilja tudi take, ki so zaradi omejenega dostopa do sistemskih in ekonomskih rešitev ter posebnosti življenjskih okoliščin še posebej ranljive (npr. migrantke in migranti, Rominje in Romi, stari članice in člani družin ter podeželsko prebivalstvo). Ukvarjanje z njimi zahteva poznavanje posebnih kulturnih, ekonomskih, psiholoških in socialnih ozadij, da ne bi podlegli napačnim prepričanjem, da je nasilje v družinah del obravnavane kulture ali pa da je dejavnik tveganja za nasilno vedenje samodejno že tudi njegov vzrok.

Pregled domačih raziskav ponuja dragocene posamične uvide v problematiko nasilja v družinah v okviru zdravstvene dejavnosti tako z vidika žrtev kot tudi zdravstvenega osebja. Na tej podlagi smo v okviru projekta POND_SiZdrav oblikovali izhodiščni raziskavi o izkušnjah, ovirah in razumevanju nasilja v družinah pri žrtvah ter zdravstvenih delavkah in delavcih, ki jih razlagajo avtorice prispevkov drugega dela zbornika. Dopolnjujeta jih prispevka avtoric, ki naslavljata zlasti izkušnje zdravnikov in zdravnic družinske medicine, ki je poleg zdravstvene nege še najbolj sistematično raziskano okolje glede prepoznave ter obravnave nasilja v družinah z vidika zdravstvenega osebja. V prispevkih tega dela zbornika so poudarjene tudi točke ujemanja med rezultati opravljenih raziskav projekta POND_SiZdrav, ocenjenimi odzivi udeleženk in udeležencev izobraževanj ter predhodno opravljenimi raziskavami med zdravnicami in zdravniki družinske medicine. Prispevek norveškega partnerja pa je zgled uspešnega prepoznavanja in ukrepanja zdravstvenih služb v primeru nasilja v družinah prav na podlagi sodelovanja z drugimi podpornimi službami.

Avtorice in avtorja prispevkov tretjega dela zbornika presojajo dejavnike tveganja (duševne motnje, alkoholizem) za doživljanje ter izvajanje nasilja v družinah na področju psihiatrije in posebnosti obravnave otrok ter mladostnikov na področju ginekologije in zobozdravstva.

Kako nujno je sodelovanje zdravstva z drugimi podpornimi službami za obravnavo nasilja v družinah, sporočajo avtorice in avtor četrtega dela zbornika, ki topogledno govorijo o izkušnjah centra za socialno delo, nevladne organizacije in policije ter samih udeleženk in udeležencev izobraževanj. Slednji v svojih komentarjih odkrito priznavajo, da doživljajo strokovne in čustvene stiske pri aktivnem odkrivanju nasilja v družinah, kar bi lahko omilila vpeljava redne supervizije v zdravstvu.

Navsezadnje se zbornik dotakne tudi povzročiteljev nasilja v družinah z vidika spola in predstavi model obravnave za povzročitelje nasilja v obliki programa obvladovanja jeze, ki ga izvajajo na Norveškem.

Projekt POND_SiZdrav zapolnjuje vrzel, ki je vladala v slovenskem prostoru po sprejetju Zakona o preprečevanju nasilja v družini (2008) na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. Zdravstveno osebje se je pogosto izogibalo odgovornosti glede beleženja nasilja, prijavljanja sumov nasilja in sodelovanja v multidisciplinarnih timih. Del razlogov za zadržano odzivanje na pojave nasilja v družinah lahko pripišemo tudi slabi seznanjenosti zdravstvenega osebja s tovrstno problematiko in pomanjkanju ustreznih kompetenc. Nasilje v družinah je mogoče zaustaviti in tudi preprečiti najhujše izide. Je pa pri tem najmočnejše orožje prav znanje. Projekt POND_SiZdrav je zgled uspešne povezave raznolikih znanj, ki zgolj združena lahko zagotovijo celovit vpogled v problematiko in primerno opremijo zdravstveno osebje za dejavno odkrivanje ter ukrepanje ob sumu nasilja v družinah.

Duška Knežević Hočevar,
Sanja Cukut Krilić,
Lilijana Šprah

Kazalo vsebin

PO PROJEKTU POND_SiZdrav – JE ČUTITI PREMIKE? 5

PRED PROJEKTOM POND_SiZdrav IN PO NJEM 7

1. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK 12

NASILJE V DRUŽINI IN ZDRAVSTVENA DEJAVNOST: PREGLED RAZISKOVANJA V SLOVENIJI 13

KOMPLEKSNOST OBRAVNAVE NASILJA V DRUŽINI NAD STAREJŠIMI OSEBAMI 20

OBRAVNAVA NASILJA V DRUŽINAH V PODEŽELSKIH OKOLJIH V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI 27

»TOLIKO JE IZGUBLJENEGA S PREVODOM!« IZKUŠNJE ZDRAVSTVENIH IN STROKOVNIH DELAVCEV TER DELAVK Z OBRAVNAVO MIGRANTK, ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI 33

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA NASILJA V DRUŽINAH ROMOV: PRIMER ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI 38

»BILO JE DOVOLJ«: O POVZROČITELJICAH NASILJA 44

2. USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU 48

STALIŠČA, RAVNANJA IN OVIRE PRI PREPOZNAVI TER OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI: PRIMERJAVA MED ZDRAVNIKI IN OSEBJEM ZDRAVSTVENE NEGE 49

IZKUŠNJE ŽRTEV Z OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI V OKVIRU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI 57

ZAKAJ SE ŽRTVE GLEDE SVOJE IZKUŠNJE NASILJA V DRUŽINI NE ZAUPAJO ZDRAVSTVENEMU OSEBJU? 66

KAKO IZOBRAŽEVANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV VPLIVA NA POGOSTOST ZAZNAVANJA IN OBRAVNAVE ZDRAVSTVENIH POSLEDIC NASILJA V DRUŽINI? 73

IZOBRAŽEVANJA POND: ANALIZA ODZIVOV UDELEŽENCEV 82

SREČANJA Z IZPOVEDJO NASILJA V DRUŽINI V VSAKODNEVNI ZDRAVSTVENI PRAKSI 89

PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA NASILJA V ODNOSIH Z BLIŽNJIMI V ZDRAVSTVENEM SEKTORJU NA NORVEŠKEM 93

EVALVACIJA SPLETNEGA MESTA PREPOZNAVA IN OBRAVNAVA NASILJA V DRUŽINI V SKLOPU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI (POND) 101

3. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK 106

MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA PRI ŽRTVAH IN POVZROČITELJIH NASILJA 107

BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA IN NASILNO VEDENJE 113

ALKOHOL IN NASILJE V DRUŽINI 117

OBRAVNAVA MLADOSTNICE V GINEKOLOŠKI AMBULANTI 122

ZOBOZDRAVSTVO IN ZAŠČITA OTROK V KONTEKSTU NASILJA V DRUŽINI 125

4. ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA 132

MULTIDISCIPLINARNO SODELOVANJE PRI ZAŠČITI OTROK, ŽRTEV NASILJA 133

SOCIALNO ZAGOVORNIŠTVO IN SPREMSTVO V INSTITUCIJE V PRIMERIH NASILJA V DRUŽINI 139

VLOGA POLICIJE PRI OBRAVNAVANJU IN PREPREČEVANJU NASILJA V DRUŽINI 142

POVZETEK PRIČAKOVANJ IN IZKUŠENJ ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI PREPOZNAVI TER OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI – DELAVNICA MEDINSTITUCIONALNEGA SODELOVANJA 148

SUPERVIZIJA – ORODJE ZA PREPREČEVANJE IZGORELOSTI V ZDRAVSTVENEM VARSTVU 153

5. PRILOGA 158

COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP TREATMENT FOR MEN VOLUNTARILY SEEKING HELP FOR VIOLENCE TOWARDS THEIR INTIMATE PARTNERS: THE IMPACT OF TREATMENT COMPONENTS 4 – 7 YEARS AFTER THERAPY 159

1. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK

Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: pregled raziskovanja v Sloveniji

Kompleksnost obravnave nasilja v družini nad starejšimi osebami

Obravnava nasilja v družinah v podeželskih okoljih v okviru zdravstvene dejavnosti

»Toliko je izgubljenega s prevodom!« Izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini

Prepoznava in obravnava nasilja v družinah Romov: primer zdravstvene dejavnosti

»Bilo je dovolj«: o povzročiteljicah nasilja

Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: pregled raziskovanja v Sloveniji

Sanja Cukut Krilić[1]

Povzetek

Prispevek presoja rezultate raziskav v Sloveniji, ki so se bolj poglobljeno ukvarjale s prepoznavo in z obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. Z metodo sekundarne analize literature na tem področju smo v skladu s temeljnimi cilji projekta Prepoznava in obravnava nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti pregledali tako raziskave, ki obravnavajo zdravstvene posledice nasilja v družini za žrtve ter njihove izkušnje v okviru zdravstvene obravnave, kot tudi tiste, ki se ukvarjajo z izkušnjami in s pričakovanji zdravstvenih delavcev v zvezi z nasiljem v družini. Ugotovljeno je bilo, da se je raziskovanje na tem področju razmahnilo zlasti v zadnjem desetletju, kar bi lahko pripisali sprejetju Zakona o preprečevanju nasilja v družini, ki je uveljavil bolj sistemski pristop reševanja nasilja v družini, ter posledično tudi vedno večjemu javnemu zavedanju o pomenu zdravstva tako za prepoznavo kot tudi za obravnavo nasilja v družini.

Ključne besede: nasilje v družini, zdravstvo, raziskave, Slovenija.

Uvod

Zaradi številnih kratkoročnih in tudi dolgoročnih posledic, ki jih ima nasilje v družini tako na individualni kot tudi na družbeni ravni, gotovo ni naključje, da narašča potreba po ustreznejši obravnavi ter prepoznavi tega pojava. Zaradi kompleksnosti fenomena nasilja v družini je v njegovo prepoznavo in obravnavo vključeno veliko število strokovnih služb, med katerimi je pomemben člen tudi zdravstvo.

Pričujoči prispevek prikaže kratek pregled raziskovanja na področju obravnave nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. Pri tem je treba posebej poudariti, da namen besedila ni metaanaliza raziskav o omenjeni tematiki, temveč se osredotočamo na ključne poudarke raziskav.[2] V skladu z izobraževalno platformo projekta Pre-

[1] Dr. sociioloških znanosti, znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si.

[2] Zaradi specifičnosti tematike smo v manjši meri vključili raziskave, ki se ukvarjajo z nasiljem nad otroki. Prav tako smo zaradi prostorske omejenosti in drugačnih vsebinskih poudarkov izključili raziskave, ki se ukvarjajo s klinično prepoznavo ter z obravnavo žrtev nasilja v družini, z vzročnimi dejavniki nasilja in z osebnostnimi značilnostmi povzročiteljev nasilja v družini.

poznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti (POND_SiZdrav), katere del sta bili tudi kvantitativna raziskava o izkušnjah in pričakovanjih žrtev nasilja v družini v zvezi z njihovo zdravstveno obravnavo ter kvantitativna in kvalitativna raziskava o izkušnjah, ovirah in stališčih zdravstvenih delavcev na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini, smo se osredotočili zlasti na raziskave, ki obravnavajo omenjeni področji. V tem oziru je besedilo mogoče brati kot uvod v bolj specifične teme, ki se jih avtorji z različnih vidikov lotevajo v nadaljevanju zbornika.

Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost – osnovni zakonodajni okviri

Področje nasilja v družini se je v Sloveniji začelo sistemsko urejati zlasti s sprejemom Zakona o preprečevanju nasilja v družini leta 2008, ki centrom za socialno delo, policiji in zdravstvenemu sektorju med drugim nalaga primerno obravnavo žrtev nasilja ter medsektorsko sodelovanje. V skladu z zakonom so zdravstveni delavci v primeru suma nasilja v družini dolžni obvestiti pristojni center za socialno delo in/ali policijo oziroma državno tožilstvo, prav tako pa so zdravstvene organizacije dolžne izvesti potrebne postopke ter ukrepe za zaščito žrtve, ji zagotoviti ustrezno pomoč in spoštovanje njene integritete (Strokovne smernice, 2015). Leta 2011 je začel veljati Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki podrobneje obravnava postopke prepoznavanja nasilja v družini v okviru zdravstva, pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja ter določa postopke izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju nasilja v družini. Pravilnik posebej opredeljuje tudi obravnavo žrtev nasilja v okviru medinstitucionalnega sodelovanja in določa, da zdravstveni delavci sodelujejo v multidisciplinarnem timu za obravnavanje nasilja v družini pri pristojnem centru za socialno delo (Pravilnik o pravilih in postopkih, 2011). Leta 2015 so začele veljati Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki so namenjene zlasti zdravstvenim delavcem, ki prihajajo v stik z žrtvami nasilja v družini, da se opremijo z veščinami, znanjem in gotovostjo pri ugotavljanju ter prepoznavanju žrtev nasilja v družini (Strokovne smernice, 2015). Posledično je bil eden od glavnih ciljev projekta POND_SiZdrav izboljšati kompetence zdravstvenih delavcev na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini.

Projekt POND_SiZdrav ni prvi projekt, ki je v raziskovalnem oziru naslovil tematiko prepoznave in obravnave nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti tako z vidika žrtev kot tudi z vidika zdravstvenih delavcev. Kljub že nekaj desetletij trajajočemu raziskovalnemu in aktivističnemu angažmaju nevladnih organizacij, raziskovalnih ter visokošolskih institucij in drugih akterjev na tem področju vendarle ugotavljamo, da so bolj podrobne obravnave omenjene tematike nastale zlasti v zadnjem desetletju. Raziskovalke in strokovne delavke na področju nasilja v družini, ki so se pri svojem delu teoretično opirale zlasti na feministične študije in/ali študije spolov, so sicer že v devetdesetih letih 20. stoletja naslovile zdravstvene posledice nasilja v družini, a zdi se, da so bolj poglobljene raziskave o vlogi zdravstva pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini nastale zlasti po sprejemu ključnega zakonodajnega dokumenta, ki ureja to področje, in sicer Zakona o preprečevanju nasilja v družini leta 2008.

Nasilje v družini in zdravstvo – perspektiva žrtev nasilja

Gotovo ni pretirana ocena, da se z nasiljem v družini in njegovo prepoznavo ter obravnavo v okviru zdravstva zelo intenzivno ukvarja Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Sloveniji, ki je bila ustanovljena že leta 1999, začela pa je delovati leta 2000 (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi).

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi je leta 2007 v sodelovanju z nevladno organizacijo Društvom SOS telefon izvedla pilotni projekt, s katerim so želeli v ginekoloških ambulantah izvesti prvo sistematično ugotavljanje pogostosti in dinamike nasilja nad ženskami v družini. Na podlagi 623 anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnjevale pacientke iz Splošne bolnišnice Jesenice in UKC Ljubljana, je bilo ugotovljeno, da je 19,4 % anketirank pritrdilno odgovorilo na vprašanje, ali so tudi same kdaj doživljale nasilje v družini, kar 40 % pa jih je odgovorilo, da imajo izkušnjo z nasiljem v lastni družini. Avtorice so sklenile, da je rezultat v skladu z oceno nevladnih organizacij v Sloveniji iz leta 1999, da je vsaka peta ženska žrtev nasilja v partnerskih, sorodniških ali družinskih odnosih (Cvetežar in sod. 2009).

Raziskovalke s Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani so v nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih v Sloveniji na podlagi manjšega števila anketno zastavljenih vprašanj o zdravstvenem stanju žensk, ki so sodelovale v raziskavi (vzorec 752 žensk), ugotovile, da je približno četrtina (23 %) anketiranih žensk od petnajstega leta dalje doživela fizično nasilje (Leskošek in sod. 2010). Pokazalo se je tudi, da ima nasilje v družini posledice tako za njihovo telesno kot duševno zdravje. Raziskava je potrdila, da so ženske, ki doživljajo nasilje, manj zdrave od žensk v splošni populaciji, saj je kar 44,6 % žensk, ki so povedale, da so doživele nasilje, svoje zdravje označilo kot slabo ali zelo slabo, v primerjavi z le 6,9 % žensk, ki so povedale, da niso doživele nasilja v družini. Raziskava je opozorila tudi na pojav, da ženske težave na psihičnem področju, ki jih doživljajo zaradi izpostavljenosti stresu, strahu, grožnjam in poniževanju povzročitelja, somatizirajo tako, da se pozneje v življenju pri njih pojavijo različne oblike fizičnih obolenj, na primer glavoboli, povišan tlak, bolezni srca in ožilja itn. Prav tako so raziskovalke ugotovile, da žrtve nasilja pogosteje jemljejo zdravila za lajšanje psihičnih težav in uživajo alkohol (Leskošek in sod. 2010; Leskošek, 2013). Raziskava je pokazala tudi, da je med anketiranimi ženskami zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo sicer izrazilo 62,1 % žensk, vendar jih je hkrati 8,1 % odziv zdravstva označilo kot zelo neustrezen (Leskošek in sod. 2010; Leskošek, 2013). Raziskovalke so ugotovile, da je približno četrtina žensk, ki so doživele nasilje, zaradi poškodb obiskala zdravnika ali končala v bolnici, kjer jih je le polovica priznala, kaj je dejanski vzrok njihovih poškodb, kar kaže na kompleksnost dinamike nasilja (Leskošek in sod. 2010; Leskošek, 2013). Leskoškova (2013) posledično zaključuje, da bi morale zdravstvene politike vključevati vednost o vzrokih, dinamiki in posledicah nasilja, da bi opolnomočili ženske pri njegovem razkrivanju.

V okviru projekta POND_SiZdrav smo z namenom pridobiti tudi perspektivo žrtev nasilja v družini v zvezi z njihovo zdravstveno obravnavo, zasnovali vprašalnik, s katerim

smo preverjali potrebe, pričakovanja in izkušnje žrtev nasilja v družini pri njihovi zdravstveni obravnavi. Ugotovitve raziskave predstavljata soavtorska prispevka Karmen Urške Modic in Lilijane Šprah v nadaljevanju zbornika.[3]

Nasilje v družini – perspektive zdravstvenih delavcev

V okviru raziskovanja znotraj področja zdravstvene nege je bilo izvedenih nekaj manjših raziskav med zdravstvenimi delavci, ki so preverjale njihove izkušnje na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini. Že leta 1997 je Olga Šušteršič v Obzorniku zdravstvene nege poročala o rezultatu raziskave med patronažnimi medicinskimi sestrami v Zdravstvenem domu Ljubljana, ki je pokazala, da se je velika večina (85,7 %) patronažnih sester že srečala z nasiljem v družini. Nadalje je bilo ugotovljeno, da so se v več kot polovici primerov, ko je patronažna sestra izvedela za nasilje v družini, te pogovorile z žrtvijo in obvestile center za socialno delo, ki so ga videle kot najbolj pomembno strokovno službo na tem področju. V raziskavi med šestdesetimi patronažnimi medicinskimi sestrami na področju Ljubljane, Kamnika in Domžal sta Maleš in Hoyer (2000), ki sta ju zanimale njihove izkušnje s spolno zlorabljenimi otroki, ugotovili visok odstotek patronažnih sester, ki so se s tem pojavom že srečale. Pri kar četrtini anketirank sta zaznali odsotnost kakršnegakoli izobraževanja na tem področju. Že omenjeni pilotski projekt, ki je v ginekoloških ambulantah ugotavljal pogostost in dinamiko nasilja nad ženskami v družini, je vključeval tudi izobraževanje ter pripravo zdravstvenih delavcev in delavk za nudenje ustreznih informacij ter psihosocialne pomoči pacientkam, ki so žrtve nasilja (Cvetežar in sod. 2009).

Tudi strokovna javnost, zlasti na področju pediatrije in družinske medicine, se že dlje intenzivneje posveča temi nasilja v družini. Na katedrah za družinsko medicino na obeh medicinskih fakultetah (v Ljubljani in Mariboru) že več let izobražujejo študente in študentke o prepoznavanju ter obravnavi žrtev nasilja v družini, posamezna interna izobraževanja o tematiki so organizirana tudi na področju ginekologije, kjer se posebej posvečajo tematiki spolnega nasilja (na primer, leta 2014 je bil na podlagi strokovnega simpozija izdan zbornik Spolno nasilje) (Šimenc, 2015). Zbornik je posebno pozornost namenil kliničnim in zakonskim protokolom v primerih, ko pride do spolnega nasilja, ter ginekološki obravnavi mladostnic, mlajših od 15 let. Kar nekaj izobraževanj in strokovnih srečanj o področju nasilja v družini sta izvedli tudi Zbornica babiške in zdravstvene nege in Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki dobro sodeluje tudi z nevladnimi organizacijami s področja preprečevanja nasilja nad ženskami ter otroki (Šimenc, 2015).

Prav gotovo so se v okviru zdravniške dejavnosti najbolj poglobljeno z izkušnjami in ovirami zdravstvenih delavcev, ki jih ti zaznavajo pri prepoznavi ter obravnavi nasilja, ukvarjali na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljublja-

[3] Poročilo tako kvalitativnega kot tudi kvantitativnega dela raziskave (Cukut Krilić in sod. 2015) je dostopno na spletni strani projekta POND_SiZdrav (http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/izdelki/porocilo-o-raziskavi-2015.pdf?sfvrsn=2.).

ni.[4] Od leta 2006 naprej izvajajo zaporedne študije, ki ocenjujejo izpostavljenost nasilju v družini med pacienti v ambulantah družinske medicine v Sloveniji. Rezultati študij so dokaj konsistentni, saj med obiskovalci ambulant družinske medicine kažejo na približno 12- do 17-odstotno izpostavljenost nasilju v družini v zadnjem obravnavanem letu (Selič in sod. 2013; Selič in sod. 2015). V vseh študijah so raziskovalci ugotovili, da so zdravniki premalo osveščeni in poučeni o nasilju v družini ter o možnostih, da je bolnik žrtev nasilja v družini, da se ne zavedajo ogroženosti žrtev in da je zanje obravnava tega pojava travmatizirajoča (Selič in sod. 2008; povzeto tudi v Selič, 2010). Opozorili so tudi na statistično značilen razkorak med zdravnikovo oceno o možnosti, da je oseba žrtev nasilja in samooceno osebe o izkušnji nasilja (Selič in sod. 2008).

Leta 2013 so na Katedri za družinsko medicino izvedli raziskavo, ki je preverjala vpliv kratke izobraževalne intervencije za specializante družinske medicine na njihovo prepoznavanje nasilja v partnerskih odnosih. Ugotovljeno je bilo, da tisti specializanti, ki so se udeležili omenjenega izobraževanja, med svojimi pacienti niso prepoznavali več nasilja v partnerskih odnosih. Omenjeno dejstvo so raziskovalci pripisali zlasti pomanjkanju interaktivne komponente izobraževanja, ki bi po njihovem mnenju bolje pripomogla k spreminjanju njihovih stališč in veščin (Selič in sod. 2015).

Prvo kvalitativno raziskavo, ki je iskala ovire pri presejanju za nasilje v družini pri zdravnikih družinske medicine (v raziskavo je bilo vključenih deset zdravnikov družinske medicine) in možnosti njegovega dejavnega odkrivanja, so na Katedri za družinsko medicino izpeljali leta 2014. Kljub temu, da so vsi sodelujoči zdravniki imeli predhodne izkušnje z obravnavo nasilja v partnerskih odnosih in so se zavedali pomena dejavnega odkrivanja žrtev nasilja, so bili zaradi številnih zaznanih ovir manj naklonjeni presejanju za nasilje. Vendarle so kot spodbudo za presejanje bolnikov prepoznali izvedbo presejanja z možnostjo timske obravnave in zavedanje o pomembnosti presejanja (Kopčavar Guček in sod. 2016).

Kvalitativna raziskava v okviru projekta POND_SiZdrav leta 2015 je temeljila na tridesetih polstrukturiranih pogovorih s strokovnimi delavci na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini v okviru centrov za socialno delo, varnih hiš ter nevladnih organizacij in na pogovorih z zdravstvenimi delavci (zdravniki, patronažnimi medicinskimi sestrami in socialnimi delavkami v zdravstvu). Zdravniki in zdravnice ter patronažne sestre so v pogovorih priznali, da se zaradi pomanjkanja ustreznega znanja, izkušenj in komunikacijskih veščin v praksi prepogosto ne znajo primerno odzvati, kar vpliva na njihovo motivacijo ter samozavest za delovanje. Prepoznali so kompleksnost in javnozdravstveni pomen nasilja v družini ter izpostavili potrebo po sistematičnem izobraževanju na tem področju. Sogovornice in sogovorniki so večinsko ugotavljali, da obstaja globoka vrzel na področju senzibilizacije in izobrazbe zdravstvenega osebja o nasilju v družini, ter opozorili na potrebo po tovrstnem sistematičnem izobraževanju. Bolj kot

[4] Na katedri je nastala tudi prva doktorska disertacija, ki se ukvarja z obravnavo nasilja v družini v okviru zdravniške dejavnosti, in sicer disertacija dr. Nene Kopčavar Guček Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine (2015).

prijavljanje nasilja v družini so kot težavo izpostavili prepoznavo nasilja v družini, ki ima pogosto, zlasti ko gre za psihično in ekonomsko nasilje, nevidne znake ter posledice. Kot oviri za prijavo so izpostavili zlasti strah pred izgubo zaupanja pacientov in pacientk ter pomanjkanje medinstitucionalnega sodelovanja na področju nasilja v družini. S tem v zvezi so opozorili tudi na pomanjkanje znanja o pristojnostih sodelujočih strokovnih služb na tem področju (Šimenc, 2015).[5]

Zaključek

Opravljene raziskave v Sloveniji so kljub osredotočenosti na zgolj posamezne segmente zdravstvenih delavcev pokazale na izjemno pomembno vlogo zdravstvenih delavcev pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Morda bi kazalo študije, ki so jih v zadnjem desetletju opravili na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani o ovirah zdravnikov in zdravnic družinske medicine pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini, razširiti tudi na druge zdravniške specializacije, da bi na tej podlagi pridobili boljši vpogled v morebitne posebnosti obravnave nasilja v okviru posameznih zdravstvenih specializacij. Prav tako primanjkuje bolj poglobljenih študij o zdravstvenih posledicah nasilja v družini pri žrtvah in o njihovih izkušnjah v sistemu zdravstvene obravnave, zlasti takih, ki bi s kvalitativno zasnovanim pristopom prodrle v bogate opise ter razumevanja njihovih izkušenj.

Literatura

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta POND_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Cvetežar IŠ, Lešnik-Mugnaioni D, Ažman M. Odnos do nasilja nad ženskami v ginekoloških ambulantah. 2009. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Pridobljeno 6. 6. 2015 s spletne strani: http://zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/dejavnosti/dejavnost-v-letu-2009.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Pridobljeno 5. 5. 2015 s spletne strani: http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/delovna-skupina-za-nenasilje-v-zdravstveni-negi.

Kopčavar Guček N. Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2015.

Kopčavar Guček N, Petek D, Švab I, Selič P. Barriers to screening and possibilities for active detection of family medicine attendees exposed to intimate partner violence. Zdrav Var 2016; 55(1): 11–20.

Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih. Končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo, 2010.

Leskošek V. The health condition of female victims of violence. Zdrav var 2013; 52: 148–256.

Maleš A, Hoyer S. Spolna zloraba otrok. Obzor Zdr N 2000; 34: 39–42.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Pridobljeno 6. 5. 2015 s spletne strani: https://www.uradni-list.si/1/content?id=103778

Selič P. Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršek A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi.

[5] Rezultate kvantitativne raziskave o pričakovanjih in izkušnjah zdravstvenih delavcev pri prepoznavi ter obravnavi žrtev nasilja v družini v pričujočem zborniku predstavljata Urška Smrke in Saša Zorjan.

Ljubljana, Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta, 2010: 31–44.

Selič P, Kersnik J, Pesjak K, Kopčavar Guček N. Razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov. Pilotna študija o nasilju v družini I. Zdrav Var 2008; 47: 72–80.

Selic P, Svab I, Kopcavar Gucek N. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. BMC Public Health 2013; 13: 703.

Selic P, Svab I, Kopcavar Gucek N. A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. BMC Public Health 2014; 14: 223.

Selic P, Svab I, Kopcavar Gucek N. The Effect of a Short Educational Intimate Partner Violence-related Intervention on Real Case Identification in Slovenian Family Medicine Trainees. British Journal of Applied Science & Technology 2015; 6: 153–163.

Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2015.

Šimenc J. Priporočila za izobraževanje, izsledki kvalitativne raziskave. V: Cukut Krilić S, urednica. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta POND_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Šušteršič O. Patronažna medicinska sestra in nasilje nad ženskami v družini. Obzor Zdr N 1997; 31: 127–131.

Kompleksnost obravnave nasilja v družini nad starejšimi osebami

Sanja Cukut Krilić,[1] Mojca Vah Jevšnik[2]

Povzetek

Starejše osebe so pogosto žrtve različnih oblik nasilja v družini. Nasilje lahko doživljajo v medpartnerskem odnosu ali s strani otrok, vnukov ter ostalih članov družine. Poleg fizičnega, psihičnega, spolnega in ekonomskega nasilja so starejši pogosto tudi žrtve zanemarjanja, kar se kaže kot neprimerno prehranjevanje, opuščanje skrbi za osebno higieno, onemogočanje dostopa do medicinsko-tehničnih pripomočkov, opuščanje predpisane rabe zdravil ali njihovi prekomerni uporabi, neseznanjanje strokovnih služb o njihovih zdravstvenih težavah ter neupoštevanje priporočil glede zdravstvene oskrbe. Zaradi staranja prebivalstva in sočasnega obolevanja starejših je potreba po zdravstveni ter negovalni oskrbi velika. Posledično so starejši v pogostem in stalnem stiku s svojim osebnim zdravnikom ali zdravnico. Ti imajo pomembno vlogo pri odkrivanju nasilja in so skupaj z drugimi strokovnimi službami tudi pomemben člen pri iskanju ustreznih rešitev. Pričujoče besedilo vsebuje nekatere izsledke kvalitativne raziskave, v kateri so sodelovali socialne delavke, strokovne delavke v nevladnih organizacijah in zdravstveno osebje. Zanimale so nas njihove izkušnje pri prepoznavi in obravnavi nasilja nad starejšimi kot eni od najbolj ranljivih skupin prebivalstva.

Ključne besede: nasilje v družini, starejše osebe, zdravstvena dejavnost, Slovenija.

Uvod

Zaradi procesov staranja prebivalstva, vedno večje potrebe po zdravstvenih in drugih oblikah skrbi za starejše osebe na eni strani ter spreminjajočih družinskih struktur na drugi strani je nasilje nad starejšimi tako v javnih kot strokovnih razpravah vedno bolj poudarjen pojav (Abuse of the elderly, 2002). Tematika je zlasti v zadnjih dveh desetletjih pritegnila veliko pozornost tako proučevalcev nasilja v družini kot tudi oblikovalcev politik na tem področju in tako postala pomemben izziv za javno zdravstvo ter tudi za kazenskopravni sistem (Abuse of the elderly, 2002). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 2000 zmanjšanje zlorabe proti starejšim osebam opredelila kot eno od

[1] Dr. sociologije, znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si.

[2] Dr. socialnega dela, asistentka, Inštitut za slovensko izseljenstvo in migracije ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: mojca.vah@zrc-sazu.si.

svojih prednostnih dejavnosti. V Torontski deklaraciji (2002) je nasilje proti starejšim opredelila kot enkratno ali ponavljajoče se dejanje oziroma odsotnost primernega ravnanja v okviru vsakega odnosa, v katerem se pričakuje zaupanje in ki škoduje ali povzroči stisko starejše osebe (v Perel-Levin, 2008).

Ker starejše osebe zaradi večje pogostosti zdravstvenih težav in simptomov praviloma še bolj pogosto vstopajo v zdravstveni sistem, kot to velja za druge skupine prebivalstva, imajo zdravstveni delavci pri preprečevanju, prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini med to skupino prebivalstva izjemno pomembno vlogo (Brandl in Horan, 2003). Neposrednim in posrednim zdravstvenim posledicam nasilja, kot so na primer slaba kakovost življenja, psihološke težave, mnogovrstne zdravstvene težave in povečana smrtnost, se pridružijo še spremljajoče bolezni in stanja, ki so pri starejših osebah praviloma prisotni v večjem obsegu kot pri mlajšem prebivalstvu (Abuse of the elderly, 2002; Perel-Levin, 2008).

Tudi v Sloveniji se je zlasti v zadnjem desetletju kar nekaj tako raziskovalnih kot tudi bolj aplikativno usmerjenih projektov, iniciativ in dejavnosti različnih deležnikov ukvarjalo s tematiko nasilja nad starejšimi osebami, ki je vključena tudi v nekatere zakonodajne ter strateške dokumente.[3] Kljub tovrstnim prizadevanjem in vedno višji ravni javnega zavedanja o nasilju nad starejšimi osebami v Sloveniji ne razpolagamo z natančnejšimi podatki o obsegu tovrstnega nasilja. Pilotna študija nasilja nad starejšimi na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani je med 220 obiskovalci ambulante za zdravstveno varstvo odraslih pokazala 4,1 odstotka prevalence fizičnega nasilja nad starejšimi (Selič in sod. 2008), kar je v skladu s statistikami SZO, ki na osnovi manjšega števila populacijskih študij v posameznih državah kažejo na približno 4- do 6-odstotno prevalenco tovrstnega nasilja (Perel-Levin. 2008). V nacionalni javnomnenjski raziskavi so na ZRS Koper leta 2005 raziskovali odnos prebivalcev Slovenije do nasilja v družini. Eno od vprašanj se je nanašalo tudi na nasilje nad starejšimi osebami. 13,6 odstotka anketiranih je povedalo, da pozna vsaj eno družino, v kateri se izvaja nasilje nad starejšo osebo (Sedmak in sod. 2006).

Pričujoče besedilo vsebuje nekatere izsledke iz 30 polstrukturiranih ekspertnih intervjujev s socialnimi delavkami, strokovnimi delavkami v nevladnih organizacijah in z zdravstvenim osebjem (zdravniki in medicinske sestre), ki smo jih raziskovalke ZRC SAZU izvajale od aprila do junija 2016. V pogovorih smo med drugim spraševale tudi o posebnostih prepoznave in obravnave nasilja nad starejšimi kot eni od ranljivih skupin prebivalstva. V prispevku se osredotočava zlasti na dele pogovorov, ki so pomembni za obravnavo nasilja v okviru zdravstvene dejavnosti. Na podlagi izsledkov raziskav na tem področju in rezultatov kvalitativne raziskave v zaključku podava nekaj priporočil za obravnavo tovrstnega nasilja v okviru zdravstvene ter širše strokovne dejavnosti.

---

[3] Na primer v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini starejše osebe uživajo posebno varstvo pred nasiljem (REACT, 2011).

Specifične ovire in dejavniki prepoznave ter obravnave nasilja nad starejšimi osebami

Kljub temu, da so značilnosti, dinamika in ovire pri poročanju o nasilju v družini skupne vsem oblikam nasilja v družini, bi na podlagi do zdaj opravljenih raziskav vendarle lahko izpostavili nekaj specifik nasilja nad starejšimi osebami. Poleg fizičnega, psihičnega, spolnega in ekonomskega nasilja so starejše osebe pogosto žrtve zanemarjanja, ki se kaže na primer v neprimerni ter nezadostni prehrani, podhranjenosti, opuščanju skrbi za osebno higieno, neustrezni obleki, onemogočanju dostopa do očal, hojice, protez, slušnih aparatov in drugih pripomočkov, opuščanju predpisane rabe zdravil ali njihovi prekomerni uporabi, neporočanju strokovnim službam o zdravstvenih težavah ter neupoštevanju priporočil glede zdravstvene oskrbe (Brandl in Horan, 2002; 2003). Pri starejših osebah je strah pred prijavo nasilja pogosto povezan s fizično odvisnostjo od povzročitelja nasilja (družinskega člana, na primer partnerja in otroka) glede nudenja nege in pomoči, s finančno odvisnostjo od povzročitelja, skrbjo za zdravje, močnimi medgeneracijskimi vezmi in predstavami o sprejemljivosti nasilja (Brandl in Horan, 2003).

Četudi je stres zaradi negovanja ostarelega družinskega člana pomemben dejavnik, ki lahko pripomore k večji pojavnosti nasilja nad starejšimi osebami, Brandl in Horan (2003) na podlagi pregleda raziskav na tem področju skleneta, da stres ni primarni vzrok za nasilje nad starejšimi osebami. Raziskave so namreč pokazale, da nasilje nad starejšimi osebami vključuje zlasti niz povzročiteljevih ravnanj, s katerimi nadzoruje, prevladuje in/ali kaznuje žrtev nasilja. Tako ima razumevanje nasilja nad starejšimi osebami pomembne implikacije tudi za delovanje zdravstvenih in drugih strokovnih služb na področju prepoznave ter obravnave nasilja nad starejšimi, ki tovrstno nasilje pogosto obravnavajo zlasti kot posledico stresa zaradi negovanja družinskega člana in posledično žrtev dodatno izolirajo ter ogrozijo. Nekateri zdravstveni delavci verjamejo, da se zloraba dogaja zato, ker je za starejšo osebo težko skrbeti. Predvsem v primerih, ko vidijo žrtev kot nemočno in odvisno od povzročitelja, se lahko zgodi, da v njenem imenu sprejemajo odločitve, namesto da bi jo opolnomočili. Kot pri drugih žrtvah nasilja v družini se pogosto dogaja, da starejši osebi brez drugih oblik pomoči predpišejo pomirjevala in/ali antidepresive (Brandl in Horan, 2002; 2003). V tem oziru Perel-Levin (2008) opozarja na pomen vključitve starejših oseb v raziskovanje in zbiranje informacij o njihovih potrebah na področju zagotavljanja zdravja ter o možnih intervencijah na tem področju. Težava pa ni le prepoznava nasilja nad starejšimi osebami, temveč tudi neprilagojenost strokovnih služb potrebam starejših ljudi. Varne hiše niso nujno fizično prilagojene osebam, ki imajo težave z različnimi oviranostmi in pogosto nimajo na voljo specialistične strokovne obravnave, ki jo starejše ženske morda potrebujejo (Perel-Levin, 2008; McGarry in sod. 2011).

Rezultati kvalitativne raziskave – pogovori z zdravstvenimi in drugimi strokovnimi delavci

Sogovorniki v raziskavi ugotavljajo, da je pojavnost nasilja v družini nad starejšimi osebami v Sloveniji v porastu. Največ prijav pride preko policije v primeru posredovanja in

preko patronažne službe, ki obiskuje starejše na domu, prijav s strani starejših oseb samih pa je manj. Strokovne delavke predvidevajo, da so vzroki za to pogosto sramovanje, odvisnost od pomoči partnerja in/ali širše družine, pomanjkanje informacij in poguma za prijavo, prepričanje v brezizhodnost situacije, čustvena odvisnost od dolgoletnega partnerja in visoka strpnost do nasilja. Z besedami socialne delavke, ki je sodelovala v raziskavi:

»Ja, težje je ta sprememba za njih. V bistvu težko se sploh odločijo, da bodo prišle nekako. Če so one trideset let živele v nasilju, je v bistvu zelo težko. To je že v bistvu njihov slog in način življenja. In se nekako s tem poenotijo tudi stereotipi, ta vzgoja v bistvu, da ženska mora potrpeti, moški je glavni. To je zelo opazno pri teh starejših ženskah« (socialna delavka, POND).

Pri starejših osebah gre lahko za nasilje v medpartnerskem odnosu ali pa v odnosu otroka do staršev, vnuka do starih staršev ali širše družine (sorodstva) do starejšega sorodnika. Poleg fizičnega in psihičnega nasilja sta pogosti predvsem zanemarjanje, ki je v veliki meri pogojeno z obvezo za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe ostarelemu sorodniku, ter ekonomsko nasilje. V zvezi z zanemarjanjem sogovornice ugotavljajo naslednje:

»Prepričani smo, da je veliko nasilja nad starejšimi s strani otrok v teh situacijah, ko so v bistvu dolžni za njih poskrbeti. Zelo nas skrbi, ker imamo informacije, da jemljejo starejše iz domov, ker ne zmorejo plačila doma, ker so zavezanci. Kaj pa pomeni potem ta skrb, ali je ustrezna za te ljudi ali ne, je pa eno veliko vprašanje. Jaz mislim, da mora biti zanemarjanja ogromno, ker to so ljudje, ki delajo, ki so zaposleni, ti starejši so pa lahko tako prepuščeni cele dneve sami sebi« (socialna delavka, POND).

»Z ostarelimi je dosti nasilja. Recimo petnajst let nazaj je bila ena na teden dementna pacientka, zdaj imam vsak dan dva, tri, štiri primere […]. In so svojci agresivni do njih. In jih zaklepajo, ker jih v nič devajo, ker so nori in tako naprej. In tu je dosti nerazumevanja stvari. V porastu je [nasilje] predvsem zato, ker je zmeraj več starejših. [Svojci] so hudobni, ker ne razumejo niti bolezni kot take, ali pa potem jim vračajo na stara leta, ker so bili oni nasilni do njih [v otroštvu]« (zdravnik, spec. psihiater, POND).

»Ja, to se opaža tudi predvsem pri tem, da dajo svojci premalo hrane, premalo za piti, potem te posteljne podloge zelo redko menjavajo, tako da potem nastanejo preležanine« (patronažna medicinska sestra, POND).

Nujno je treba ločevati med namernim in nenamernim zanemarjanjem. Slednje je posledica preobremenjenosti, pomanjkanja finančnih sredstev za zaposlitev negovalke ali plačevanja bivanja v domu za stare in nepoznavanja osnov oskrbovanja starih z določenimi bolezenskimi stanji. V Sloveniji še vedno nimamo zakona o dolgotrajni oskrbi, prav tako nimamo zavarovanja za dolgotrajno nego in tudi tečaji za skrbstveno delo s starejšimi niso obvezni ter široko dostopni. Breme skrbi za starejše je tako lahko v celoti na sorodnikih, ki se pogosto težko spopadajo s situacijo.

Sogovorniki so opozorili tudi na porast ekonomskega nasilja nad starejšimi s strani otrok, vnukov ali širšega sorodstva, ki se kaže predvsem kot neupravičeno omejevanje razpolaganja z dohodki in kot odvzem finančnih sredstev. Starejši ekonomskega nasilja pogosto ne prepoznajo kot nasilje ali pa se sramujejo povzročitelja prijaviti ustreznim službam. Nekateri sicer težave zaupajo patronažnim medicinskim sestram, vendar redko z namenom, da bi te sprožile uradne postopke. Zato so pogosto v dilemi, kdaj ukrepati in kdaj ne:

»Zdaj lahko jaz recimo njih [povzročitelje] prijavim centru za socialno delo, ampak ker sem bila jaz edina v hiši, bodo rekli, draga gospa, lepo vas prosim, od ponedeljka naprej vas v moji hiši ne želimo več. Imajo vso pravico to narediti. Tako kot imam jaz pravico oziroma dolžnost njih prijaviti, lahko oni meni zdaj, pa do mojega stotega leta, zaprejo vrata in mi povejo, na naše ozemlje vstopiti ne smete« (patronažna medicinska sestra, POND).

Pogosto je tudi nasilje med starejšima partnerjema, ki je lahko dolgoletna praksa ali pa se pojavi z nastopom bolezni, na primer demence. V teh primerih je odločitev o možnih ukrepih izjemno kompleksna. Odstraniti žrtev nasilja iz hiše, v kateri si je ustvarila življenje, je po mnenju sogovornic problematično:

»Kako boš ti starejšo osebo dal v varno hišo, recimo? Tudi na nek način je sporno, se mi zdi tudi tako etično sporno, da bi bile neke take rešitve pri starejših« (socialna delavka, POND).

»Pri teh starejših ljudeh se pa pojavlja dostikrat ta težava. Kam pa naj gre? Kam pa naj za božjo voljo […], kako pa naj sedaj tam ženska pri osemdesetih začne na svoje živeti, če ne zmore, ni sposobna? Veste, tu se pa zdi, da bi bilo zelo fino, da bi se razvila neka taka podporna mreža v smislu patronažnih [služb], pomoč na domu. Zelo težko je take stare ljudi siliti, da pa sedaj zapustijo svoj dom in svobodo. Veste, tudi to, da ti celo svoje življenje, ne vem, petdeset let, doživljaš nasilje s strani partnerja, to si že tako poškodovan. To so že tako poškodovani ljudje od nasilja, da enostavno ne vidijo več poti, ne vidijo rešitev« (strokovna delavka v nevladni organizaciji, POND).

Strokovna delavka ima v mislih t. i. mobilne varne hiše, ki delujejo po načelu zagotavljanja pomoči na domu s strani skrbstvenih delavcev ali prostovoljcev in hkratnega izvajanja neformalnega nadzora nad dogajanjem v družini. Vsekakor gre za dobro alternativo namestitvi v varni hiši ali odhodu v dom za upokojence, ki si ga žrtve pogosto ne morejo finančno privoščiti in ki ga, kot so nam povedale strokovne delavke, mnogi še vedno dojemajo kot hiralnico.

V nekaterih primerih, predvsem v odsotnosti socialnih omrežij, je nastanitev v domu za upokojence vendarle dobra rešitev. Žrtev se tako lahko umakne iz nasilnega okolja in opolnomoči:

»Ja, mi v pravilu poskusimo najprej videti to njeno socialno mrežo, kaj in kako. Kako otroci na to odreagirajo, kako so pripravljeni, recimo, tej svoji mami pomagati. Pač, ugotovimo, da, pač nekako zaradi nekih čustvenih in ostalih povezav ali njihove lastne

situacije, to ni možno, potem poskusimo predvsem gospo ojačati, rehabilitirati, kolikor se da, delati na njenih strahovih in ji predlagati neke druge možnosti namestitve. To so lahko, veste, pri nas so v enih okoljih domovi upokojencev tabuji. Še vedno tako med ljudmi je tako, da so to hiralnice. Imamo pa nekaj izkušenj, kjer so se žrtve, starejše, odločile [za odhod v dom upokojencev]. Jaz vseeno tudi poznam nekaj, da so pravzaprav končno zaživele, brez strahu, končno so tudi lahko se udeleževale nekih aktivnosti, katerih se pač prej niso mogle« (socialna delavka, POND).

Zaključki

Zaradi naraščanja nasilja nad starejšimi osebami bo v prihodnje treba tej problematiki nameniti več pozornosti in se posvetiti nadaljnjemu razvijanju celovitih ter učinkovitih (tudi preventivnih) programov in strategij ukrepanja. Zanemarjanje je prav gotovo oblika nasilja, ki bo zaradi staranja prebivalstva in preobremenjenosti skrbnikov v prihodnosti v porastu. Potrebe po dolgotrajni oskrbi v Sloveniji trenutno presegajo razpoložljive kapacitete, ki jih zagotavljata javni mreži na področju zdravstvenega in socialnega varstva. Posledično so starejše osebe prepuščene zlasti negi in oskrbi doma, družinski člani, ki skrbijo zanje, pa nimajo primerne podpore in usposobljenosti za nego ter komunikacijo z njimi. Zaposlene ženske, ki največkrat opravljajo oskrbo starih ljudi doma, so preobremenjene (Križman Vezočnik in sod. 2008). Pogosto zato prihaja do zanemarjanja in drugih oblik nasilja nad oskrbovanci, na kar so v raziskavi opozorile predvsem patronažne medicinske sestre, ki imajo med obiski na domu vpogled v družinsko dinamiko.

Poleg patronažnih medicinskih sester so starejši zaradi številnih bolezni v pogostem, kontinuiranem in zaupnem stiku predvsem s svojim osebnim zdravnikom ali zdravnico. Ti imajo zato pomembno vlogo pri odkrivanju nasilja in so skupaj z drugimi strokovnimi službami pomemben člen pri iskanju ustreznih rešitev. Pomembno je, da je vsaka obravnava starejših prilagojena njihovim individualnim življenjskim situacijam ob upoštevanju dejavnikov, kot so socialno-ekonomski status, obstoj socialnih omrežij, zdravstveno stanje, prisotnost gibalnih, senzornih ali intelektualnih ovir, okolje prebivanja (ruralno ali urbano), etnična pripadnost in podobno. Intersekcionalni pristop pri obravnavi nasilja nad starejšimi, ki upošteva raznolikost statusov in položajev starejših oseb, je treba vpeljati tudi v prihodnje raziskave te kompleksne problematike.

Literatura

Abuse of the Elderly, 2002, WHO. Pridobljeno 20. 3. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap5.pdf.

Brandl B, Horan DL. Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers, 2002. Pridobljeno 15. 3. 2016 s spletne strani:http://www.ncall.us/sites/ncall.us/files/resources/DV%20Later%20Life%20Healthcare%20Overview.pdf .

Brandl B, Horan DL. Domestic abuse in later life: implications for healthcare providers. Wisconsin Coalition Against Domestic Violence 2003; 22 (2): 20–23.

Križman Vezočnik T, Mihevc Ponikvar B, Renar I. Izobraževanje za preprečevanje nasilja nad starejšimi. Socialno delo 2008; 47 (3/6): 337–340.

McGarry J, Simpson C, Hincliff-Smith K. The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. Health and Social Care in the Community 2011; 19: 3–14.

Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. WHO, 2008. Pridobljeno 14. 3. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf.

REACT Ukrepaj zoper nasilje v družini! Projekt za podporo sistemu preprečevanja nasilja v družini. Poročilo o izsledkih aktivnosti v okviru projekta. Ljubljana: Pravno-informacijski center nevladnih organizacij – PIC, 2011.

Selič P, Kopčavar Guček N, Kersnik J. Dejavno odkrivanje žrtev nasilja in njihove značilnosti. Revija za kriminalistiko in kriminologijo 2008; 59 (1): 39–54.

Sedmak M, Kralj A, Medarić Z, Simčič B. Nasilje v družinah v Sloveniji: rezultati raziskave. Koper: Znanstveno-raziskovalno središče, 2006. Pridobljeno 20. 4. 2015 s spletne strani: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/r_nasilje_v_druzinah_rezultati.pdf.

Obravnava nasilja v družinah v podeželskih okoljih v okviru zdravstvene dejavnosti

Duška Knežević Hočevar[1]

Povzetek

Prispevek presoja rezultate kvalitativne raziskave Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti, ki se nanašajo na razumevanje nasilja v družinah v podeželskih okoljih. Z metodo ekspertnih pogovorov z zdravstvenim in s strokovnim osebjem je raziskava ugotavljala, kakšne so njegove izkušnje pri delu z žrtvami ter povzročitelji nasilja v družinah, s kakšnimi ovirami in dilemami se spopri-jemajo pri delu z njimi ter kako razumejo problematiko nasilja v družinah v podeželskih okoljih. Analiza prepisanih pogovorov je pokazala, da izbrane sogovornice sporočajo problematiko »podeželskosti«, ki poleg strukturnih omejitev podeželskih okolij naslavlja problematiko prostora, kjer »vsak vsakega pozna«. To pogojuje poseben odziv na nasilje v družinah pri vseh njegovih udeležencih – tistih, ki ga doživljajo in izvajajo, ter tistih, ki ga skušajo prepoznati in razreševati. Kljub majhnemu številu praviloma nepovezanih socialnih in zdravstvenih podpornih sistemov se rešitev kaže v koordiniranem odzivu skupnosti oziroma udeležencev obravnave nasilja v družinah.

Ključne besede: nasilje v družinah, podeželska okolja, podeželskost, zdravstveno osebje, Slovenija.

Uvod

Čeprav je na prvi pogled govor o »še posebej ranljivih« skupinah oseb z izkušnjo nasilja v družinah odvečen, obsežna literatura vztrajno poudarja posebnosti njihovih okoliščin, da bi opozorila na neobičajne ovire njihovega odzivanja na nasilje oz. iskanja ter prejemanja pomoči. Med ranljive skupine nekateri (npr. Mechanic in Tanner, 2007) umeščajo tudi prebivalce kmečkih in podeželskih okolij, pri čemer poudarjajo prežemanje strukturnih ter kulturnih dejavnikov (pičlih socialnih in ekonomskih virov ter priložnosti skupaj z lokalnimi kulturami in odnosi med spoloma), ki na posebne načine pogojujejo pojavnost, prepoznavo in obravnavo nasilja v družinah v takih kontekstih. Gostota poznanstev v majhnih (zlasti izoliranih) skupnostih je na eni strani poudarjena oteževalna okoliščina, da žrtev spregovori o nasilju v družini, na drugi strani pa ovira pri prepozna-

[1] Dr. zgodovinske antropologije, višja znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: duska@zrc-sazu.si.

vi in obravnavi žrtve ter povzročitelja s strani (zdravstvenega) osebja, ki obravnava nasilje v družinah. S tega vidika ne preseneča še vedno tabuiziran govor o nasilju v družinah v podeželskih okoljih, kar je poudarila nedavno sprejeta resolucija Evropskega parlamenta o položaju žensk na podeželskih območjih (2008), slovenska resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini (2009) pa je prav zaradi slabe dostopnosti do ustreznih programov pomoči kot posebej ranljive prepoznala »prebivalce kmetijskih predelov« Slovenije.

V besedilu presojam izsledke kvalitativne raziskave Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti (POND 2015), ki se nanašajo na razumevanje nasilja v družinah v podeželskih okoljih. Kako razumejo nasilje v družinah, kakšne so njihove izkušnje pri delu z žrtvami in povzročitelji nasilja v družinah, s kakšnimi ovirami in dilemami se spoprijemajo pri delu z njimi, kako gledajo problematiko nasilja v družinah v podeželskih okolij, so izhodiščna vprašanja ekspertnih pogovorov z zdravstvenim (14) in s strokovnim osebjem (16) iz mestnih okolij (22) ter s takim, ki dela ali živi na podeželju (8).

Teoretični okvir analize prepisanih pogovorov predstavljajo nedavni poudarki raziskav o nasilju v družinah na podeželju, ki preusmerjajo izhodišče preučevanja od opazovanja nasilja v družinah skozi primerjavo mesto-podeželje, ki praviloma spregleda posebnosti tako mestnih kot podeželskih okolij, k perspektivi opazovanja pojava s pomočjo koncepta podeželskosti, ki naslavlja vprašanje posebnih in raznolikih kultur ter socialnih kontekstov podeželja in tako uspešneje pojasni svojske načine odzivov udeležencev (tudi zdravstvenega osebja) na nasilje v družinah v takih okoljih.

Poudarki preučevanja nasilja v družinah na podeželju

Ni naključje, da si prav načrtovalci in uvajalci posebnih podeželskih politik, storitev ter programov, torej tudi takih, ki se nanašajo na prepoznavo in obravnavo nasilja v družinah, prizadevajo za natančno opredelitev podeželja. Veda, ki naj bi rešila dilemo, kaj je podeželje in kaj ni podeželje, oz. do kod sega podeželje in do kod mesto, je geografija. A prav geografi priznavajo, da z empiričnim instrumentarijem in analitičnimi metodami ni mogoče spoznati vseh razsežnosti podeželja in da se tovrstne razprave vedno bolj selijo tudi v humanistične vede (Drozg in Pelc, 2008). Disciplinarna selitev tovrstnih razprav se kaže tudi v premeščanju poudarkov raziskovanja ruralnega nasilja v družinah.

Sprva se je večina (zlasti ameriških) raziskav o nasilju v družinah in medpartnerskih odnosih osredotočala na preiskovanje obsega, pogostosti, naraščanja ali upadanja pojava v abstraktnem mestnem ali podeželskem okolju, da bi se oblikovali primerne nacionalne strategije in programi njegovega obravnavanja ter reševanja – prilagojeni okolju. Avtorji tovrstnih raziskav so ugotavljali, da so določena okolja »omejena« zaradi strukturnih ovir in razpoložljivih virov, kamor so uvrstili podeželska okolja s praviloma nižjimi stopnjami izobraženih ljudi, z nižjimi dohodki, višjimi stopnjami nezaposlenosti, omejenimi socialnimi in zdravstvenimi storitvami, s pomanjkljivim javnim prevoznim sistemom, prostorsko osamitvijo, revščino ipd. (Eastman in sod. 2007; Logan in sod.

2003, 2009; Pruitt, 2008; Peek in sod. 2011). Posledično naj bi v takih okoljih osebe z izkušnjo nasilja imele omejene možnosti pri iskanju pomoči zaradi pomanjkanja (celo neobstoja) razpoložljivih bivalnih, zaposlitvenih in izobraževalnih možnosti, pravnih, zdravstvenih ter skrbstvenih storitev oz. zatočišč v obliki varnih hiš. Obenem so avtorji raziskav ugotavljali, da poročanje o nasilju v družinah in medpartnerskem odnosu ne odraža evidenc kaznivih dejanj v mestnih ter podeželskih okoljih.

Šele osredotočenost raziskovalcev na »kulture« teh okolij je razprla številne razsežnosti pri iskanju odgovorov na vprašanje, kaj pogojuje slabše poročanje oz. poseben odziv oseb z izkušnjo nasilja, povzročiteljev in predstavnikov institucij, ki so vpleteni v prepoznavo ter obravnavo nasilja v družinah, na podeželju v primerjavi z mestnim okoljem. Večina avtorjev je v svojih raziskavah o nasilju v družinah identificirala podobnosti »podeželskih kultur« v ideologijah samozadostnosti, zanašanja zgolj nase in samocenzure, v normi moškega – hranitelja družine – in ženske – skrbnice doma –, v prepričanju, da je zakon večen, v močni vrednoti kohezivnosti družine in lokalne skupnosti, v podpornih praksah moških kolegov (subkultura lova, pitja ipd.), v kulturah sramu, molka, opravljanja, skratka v socialnih prostorih, v katerih prevladuje »manj anonimnosti« oz. močan socialni nadzor ter »velika gostota poznanstev« (Ruback in Menard, 2001). Prav tako so poudarili težave osebja in podpornih služb, ki se ukvarjajo z nasiljem v družinah v podeželskih okoljih, tako z vidika težje dostopnosti do oseb z izkušnjo nasilja kot pomanjkanja razpoložljivih omrežij podpornega osebja, institucij, denarne podpore in vseh nevšečnosti, ki izhajajo iz močnih lokalnih poznanstev. Navsezadnje ni zanemarljivo dejstvo, da je večina ukrepov in programov za obravnavo udeleženk/udeležencev nasilja v družinah oblikovana za mestna okolja, ki na podeželju samodejno ne delujejo zaradi omenjenih ideologij in kultur.

Tako se raziskovalci (Boka, 2005; Carrington in sod. 2013; Owen in Carrington, 2014; Sandberg, 2013; Wendt in Hornosty, 2010; Wendt in sod. 2015; Wendt in Zannettino, 2015) vedno bolj strinjajo, da podeželskost ni zgolj posebna okoliščina ali merljiv kazalnik kraja bivanja, temveč večplasten koncept, ki vpleta posebne kulturne elemente in raznolike bivanjske konfiguracije, ki jih ne moremo vnaprej samodejno poenotiti za vse ruralne kontekste, saj vpletajo posebne zgodovinske ter družbene okoliščine. Prav novejši dragoceni uvidi v oboje, v raznolike strukturne ovire podeželskih okolij, ki prispevajo k ujetosti oseb z izkušnjo nasilja v nasilnem odnosu, kot tudi v raznolike kulture in ideologije spolov, ki osebe z izkušnjo nasilja nagovarjajo, da o njem ne spregovorijo, so prepotrebni drobci kontekstualiziranih sporočil za oblikovanje primernih strategij ter načrtov spoprijemanja z nasiljem v družinah v raznolikih podeželskih okoljih.

Rezultati raziskave POND o razumevanju in praksah nasilja v družinah na podeželju

Dolgoletno bivanje in delovanje v podeželskem okolju je pogosto opravičilo večine sogovornic s podeželja, ki so sodelovale v raziskavi POND, da ne zmorejo primerjati podeželskega z mestnim okoljem. So pa podeželsko okolje orisale kot okolje, kjer »vsi vse poznajo«. Povedano s primerom: »Je pa res, da na vasi, oziroma na podeželju, če se

nekaj zgodi, potem vsi vse vedo. Ravno zaradi tega sosedje nočejo prijavljati, pa domači skrivajo, nočejo povedati« (patronažna medicinska sestra, POND).

Opravljeni pogovori kažejo tudi opažene posledice »velike gostote poznanstev«. S tega vidika izstopa primer podeželske zdravnice družinske medicine, ki je vztrajala, da v svoji 19-letni delovni karieri ni naletela na primer nasilja v družini, čeprav je bila izbrana za sogovornico prav na podlagi dostopne evidence o nedavno obsojenih osebah zaradi nasilja v družini prav iz njenega kraja. O nezanesljivih evidencah je takole razmišljala regionalna koordinatorica za preprečevanje nasilja v družini (POND): »Najbolj problematična upravna enota je B.[2] Tam ni prijav in ni števila obravnav niti na policiji niti na centru, nikjer. Kakor da ga ne bi bilo, kar vemo, da ni res.«

Slabo prepoznavanje nasilja v družinah sogovornice pripisujejo tudi visoki strpnosti do tega pojava v podeželskih okoljih, ki jih doživljajo kot izrazito patriarhalna. Po mnenju večine naj bi prav patriarhalna okolja vzdrževala posebna pričakovanja do žensk na vasi, ki morajo biti pridne, potrpežljive, skrbne do otrok in ostarelih ter boljše od sosed. Vsakršno odstopanje od tovrstnih pričakovanj naj bi bil pogosto izgovor povzročiteljev, da so nasilni do svojih soprog, češ da ne izpolnjujejo pričakovanj skupnosti.

Sogovornice so prepričane, da so ženske med najpogostejšimi žrtvami nasilja v družinah v podeželskih okoljih, kar po njihovem mnenju otežuje prepoznavo moških z izkušnjo nasilja. Po mnenju ene od predstavnic nevladne organizacije (POND) se zaradi sramu in pričakovane patriarhalne podobe moškosti, moški na podeželju zelo redko odločijo spregovoriti o nasilju nad njimi.

Velika gostota poznanstev se med drugim kaže še v eni posebnosti, ki jo razpirajo pogovori. Običajno podeželski družinski zdravniki in patronažna služba obravnavajo večino članov ene družine, v primeru nasilja torej tako žrtev kot povzročitelja. Bolj kot za lastno varnost ob morebitni prijavi nasilja jih je strah, da jim bodo pacienti »zaprli vrata« v svoje domove ali pa da bodo izbrali drugo zdravstveno osebje.

Podeželska okolja zaradi strukturnih ovir in pomanjkanja podpornih služb osebam z izkušnjo nasilja ne omogočajo večvrstnih bivalnih ter zaposlitvenih priložnosti in socialnih storitev, kot so na primer varne hiše. Deli pogovorov o praksah sodelovanja v multidisciplinarnih timih so razkrili, da je delovanje nevladnih organizacij na podeželskih območjih v Sloveniji bolj izjema kot pravilo. Zlasti podeželske sogovornice so priznale, da v svoji delovni karieri sploh niso sodelovale z njimi, bodisi ker jih v njihovem okolju sploh ni, bodisi ker same ne vedo, kje delujejo. Ena od posledic so nerealna pričakovanja oseb z izkušnjo nasilja, da naj zdravstveno osebje v celoti reši njihove težave. Hkrati pa ima nerealna pričakovanja tudi podeželsko zdravstveno in strokovno osebje samo, ko od žrtev pričakuje, da zapustijo nasilno domače okolje in poiščejo nove priložnosti v mestnih okoljih.

Podeželsko zdravstveno osebje je prepričano, da njihov še vedno velik ugled na podeželju, hkrati pa slaba razpoložljivost drugih podpornih služb, vpliva na pričakovanja žrtev, da bo npr. zdravnica reševala tudi naloge, ki niso v njeni pristojnosti, oz. da bo »naredila red v družini«.

---

[2] Imena te enote ne navajam zaradi zaupnosti pogovora in nerazkritja podatkov.

Ena od podeželskih družinskih zdravnic je celo poudarila, da praviloma slab ekonomski položaj večine njenih pacientov pogojuje njihove zahteve, da naj zdravstveno osebje ne prijavi nasilnega dogodka policiji, ker ga ta obravnava kot prekršek: »To so revni ljudje, socialni problemi. V glavnem nočejo organov pregona, ker je to kaznivo dejanje in potem mora cela družina plačati« (zdravnica družinske medicine, POND). »Teater na vasi« ob nočnih intervencijah, ko se ob zvokih siren policijskih in reševalnih vozil na kraju dogodka zbere »vsa vas«, po mnenju sogovornice dodatno stigmatizira žrtev nasilja.

Navsezadnje velja omeniti tudi vpliv duhovščine na podeželju, ki po mnenju večine sogovornic podeželane naslavlja z dvojnim sporočilom: na eni strani, da morata zakonca vztrajati v dobrem in slabem, na drugi strani pa duhovniki obljubljajo, da se bodo sami pogovorili s povzročiteljem v družini, žrtvi pa svetujejo, naj potrpi in naj ga ne izziva.

Poleg stalnega izobraževanja, pridobivanja komunikacijskih spretnosti in veščin za delo z žrtvami ter s povzročitelji, posodabljanja že pridobljenega znanja o nasilju v družini, izrazitejšega sodelovanja v podeželskih okoljih med uslužbenci centrov za socialno delo, policijo, zdravstvenim osebjem, tožilci, učitelji in duhovščino so sogovornice poudarile, da je nujno javno ozaveščati ljudi v podeželskih ter kmečkih okoljih.

Zaključek

Predstavljeni rezultati kvalitativne raziskave o Prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti niso nastali v okviru poglobljene raziskave o nasilju v družinah v podeželskih okoljih. So pa razkrili določene vidike podeželskosti, ki kontekstualizirajo posplošene diskurze o nasilju v družinah. Tako so sogovornice podeželje opredelile kot prostor, kjer »vsi vse poznajo«. Dotaknile so se tudi problematike nezanesljivega poročanja o pogostosti nasilja v družinah v določenih podeželskih okoljih, ki podpira domnevo o visoki strpnosti do tega pojava in o njegovi slabi prepoznavi tudi s strani predstavnikov podpornih služb (zdravstvenega osebja, policije, socialnih delavcev), ki so vpeti v isto okolje in praviloma poznajo oba – tako žrtev kot povzročitelja nasilja v družinah. To pogojuje strah npr. zdravstvenega osebja, da bi jim sovaščanke in sovaščani »zaprli vstop« v družino ob morebitni prijavi nasilja, hkrati pa je bil govor tudi o dodatni stigmatizaciji žrtev, ko se ob prijavi nasilja na kraju dogodka »zbere vsa vas«. Velika gostota poznanstev naj bi bila dobrodošla le v primeru prijav iz bližnje okolice (sosedov), ko je žrtev nasilja stara ali telesno in duševno ovirana oseba ali pa otrok, ki o nasilju ne spregovori.

Da je podeželje izrazito patriarhalno okolje, so sogovornice utemeljevale z opisom posebno trdovratnih predstav o »super ženskah« na vasi. Spet druge so poudarile nerealna pričakovanja svojih oskrbovank, ki zaradi pomanjkanja mreže podpornih služb v podeželskih okoljih od zdravstvenega osebja pričakujejo, da bo samo rešilo njihove težave.

Majhno število in razpršeni ter nepovezani socialni in zdravstveni podporni sistemi prav gotovo predstavljajo velike ovire za osebo z izkušnjo nasilja pri iskanju pomoči ter pri prekinitvi odnosa s povzročiteljem nasilja. Vse kaže, da so prav koordiniran odziv skupnosti, odkrita izmenjava informacij na multidisciplinarnih sestankih, natančno opredeljene

in razdeljene pristojnosti med raznolikimi akterji obravnave nasilja v družinah obetavni začetki zmanjševanja ne le njegove slabe prepoznave v podeželskih okoljih, temveč tudi pogoste razdrobljenosti podpornih služb ter njihove poklicne osamljenosti.

Literatura

Boka, W. Domestic violence in farming communities: overcoming the unique problems posed by the rural setting. Drake Journal of Agricultural Law 2005; 9: 389–397. Pridobljeno 5. 3. 2015 s spletne strani: http://students.law.drake.edu/aglawjournal/docs/agVol09No3-Boka.pdf.

Carrington, K, McIntosh, A, Hogg, R in Scott, J. Rural masculinities and the internalisation of violence in agricultural communities. International Journal of Rural Criminology 2013; 2 (1): 3–24. Pridobljeno 3. 4. 2015 s spletne strani: http://kb.osu.edu/rest/bitstreams/303454/retrieve.

Drozg, V, Pelc, S. Konceptualne smeri v slovenski geografiji podeželja. Revija za geografijo 2008; 3–2: 87–100.

Eastman, B in Grant Bunch, S. Providing services to survivors of domestic violence: A comparison of rural and urban service provider perceptions. Journal of Interpersonal Violence 2007; 22 (4): 465–473.

Logan, T, Walker, R, Cole, J, Ratliff, S in Leukefeld, C. Qualitative differences among rural and urban intimate violence victimization experiences & consequences: A pilot study. Journal of Family Violence 2003; 18 (2): 83–92.

Logan, T, Walker, R, Hoyt, W, Faragher, T. The Kentucky Civil Protective Order Study: A Rural and Urban Multiple Perspective Study of Protective Order Violation Consequences, Responses, & Costs. NCJ 228350. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice, 2009.

Mechanic, D in Tanner, J. Vulnerable People, Groups, And Populations: Societal View. Health Affairs 2007; 26 (5): 1220–1230, doi: 10.1377/hlthaff.26.5.1220.

Owen, S in Carrington, K. Domestic violence service provision and the architecture of rural life: An Australian case study. Journal of Rural Studies 2014; 39: 229–238.

Peek-Asa C, Wallis, A, Harland, K, Beyer K, Dickey P in Saftlas A. Rural Disparity in Domestic Violence Prevalence and Access to Resources. Journal of Womens Health (Larchmt) 2011; Nov. 20 (11): 1743–1749. doi: 10.1089/jwh.2011.2891. Pridobljeno 2. 3. 2016 s spletne strani: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216064.

Pruitt, L. (2008), Place matters: Domestic violence and rural difference. Wisconsin Journal of Law, Gender, and Society 2008; 23 (2): 349–416.

Resolucija Evropskega parlamenta z dne 12. marca 2008 o položaju žensk na podeželskih območjih EU (2007/2117(INI)). Pridobljeno 1. 12. 2015 s spletne strani: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0094+0+DOC+XML+V0//SL.

Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009–2014. Ur. l. RS, 41/2009. Pridobljeno 12. 12. 2015 s spletne strani: https://www.uradni-list.si/1/content?id=92436.

Ruback, BR in Menard, KS. Rural-urban differences in sexual victimization and reporting: Analyses using UCR and crisis center data. Criminal Justice and Behavior 2001; 28 (2): 131–155.

Sandberg, L. Backward, dumb, and violent hillbillies? Rural geographies and intersectional studies on intimate partner violence. Affilia 2013; 28 (4): 350–365.

Wendt, S, in Hornosty, J. Understanding contexts of family violence in rural, farming communities: Implications for rural women's health. Rural Society 2010; 20 (1), 51–63.

Wendt, S, Chung, D, Elder, A, Bryant, L. Seeking help for domestic violence: Exploring rural women's coping experiences: State of knowledge paper. Landscapes: State of the Knowledge, 4. Alexandria, NSW: Australia's National Research Organisation for Women's Safety. Pridobljeno 1. 1. 2016 s spletne strani: http://anrows.org.au/sites/default/files/4_1%203%20LandscapesRuralWomen%2014%207%202015.pdf.

Wendt, S, Zannettino, L. Domestic Violence in Diverse Contexts: A Re-examination of Gender. New York: Routledge, 2015.

»Toliko je izgubljenega s prevodom!« Izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini

Mojca Vah Jevšnik[1]

Povzetek

Zdravstveni delavci in delavke se pri svojem delu srečujejo tudi z migrantkami, ki so žrtve nasilja v družini. Najpogostejši oviri pri njihovi obravnavi sta nepoznavanje ali slabo poznavanje jezika in pomanjkanje kulturnih kompetenc za etnično ter kulturno občutljivo obravnavo. V prispevku so predstavljeni nekateri izsledki kvalitativne raziskave, ki je bila izvedena v sklopu projekta Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND Si_Zdrav) ter v kateri so sodelovali zdravstveni in strokovni delavci ter delavke, ki se pri svojem delu srečujejo z nasiljem v družini. Zanimale so nas predvsem njihove izkušnje, priporočila in dobre ter slabe prakse pri obravnavi migrantk, žrtev nasilja v družini.

Ključne besede: nasilje v družini, migrantke, etnično-kompetentna obravnava, kulturne kompetence, zdravstvena dejavnost.

Uvod

Zdravstveni delavci in delavke se pri svojem delu srečujejo tudi z migrantkami, ki so žrtve nasilja v družini. Najpogostejši oviri pri njihovi obravnavi sta nepoznavanje ali slabo poznavanje jezika in pomanjkanje kulturnih kompetenc za etnično ter kulturno občutljivo komunikacijo in obravnavo. Kulturne kompetence v zdravstvu so opredeljene kot sposobnost učinkovitega nudenja zdravstvenih storitev, prilagojenega socialnim, kulturnim in jezikovnim potrebam pacientov (Betancourt in sod. 2002). Bolj konkretno gre za prepoznavanje in ozaveščanje o obstoju različnih kultur ter kulturnih praks, prepoznavanje lastne kulture, pridobivanje znanja o različnih kulturah, spoštovanje raznolikosti mnenj, zmožnost prilagoditve komunikacije za dosego učinkovite izmenjave informacij, etičnost, potrpežljivost in empatijo (Van Eyken in sod. v Vrečer, 2009: 10). Ne gre torej zgolj za politično korektnost in toleranco do različnosti, temveč

[1] Dr. socialnega dela, asistentka, Inštitut za slovensko izseljenstvo in migracije ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: mvah@zrc-sazu.si.

za predanost za razumevanje različnosti ter vseživljenjsko učenje z namenom obogatitve ponujenih storitev žrtvam nasilja v družini (Lockhart in Danis, 2010: 6). Odzive in ukrepanja zdravstvenega osebja je treba prilagoditi drugačnim normam, vrednotam, verovanjem ter prepričanjem, da se lahko vzpostavi spoštljiv odnos z žrtvami različnih narodnosti in veroizpovedi, brez predsodkov ter diskriminacije (Lockhart in Danis, 2010). Pri tem je seveda pomembno, da se nasilja ne etnizira kot nekaj normalnega ali lastnega specifičnim kulturam (Zaviršek, 2010) in da se dosledno upoštevajo obstoječa zakonska določila ter strokovne smernice.

Prispevek predstavi nekatere izsledke kvalitativne raziskave, ki je bila izvedena v sklopu projekta POND_SiZdrav in v kateri so sodelovali zdravstveni ter socialni delavci in delavke, ki se pri svojem delu srečujejo z žrtvami nasilja v družini. Opravljenih je bilo 30 polstrukturiranih ekspertnih intervjujev z zdravstvenim osebjem (zdravniki specialisti družinske medicine, pediatrije, psihiatrije, travmatologije, ginekologije in porodništva, medicinske in patronažne sestre, socialne delavke v kliničnih ustanovah), s socialnimi delavkami na centrih za socialno delo in v azilnem domu, s strokovnimi delavci iz nevladnih organizacij ter z eno raziskovalko o obravnavi migrantk žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti. Z intervjuji smo med drugim želeli zbrati dobre in slabe prakse, izkušnje ter priporočila za njihovo ustrezno obravnavo.

Vzpostavitev komunikacije in dileme v povezavi s kulturno pogojenimi življenjskimi stili

Največkrat izpostavljena izziva, s katerima se soočajo zdravstveni in socialni delavci ter delavke, sta vzpostavitev (primerne) komunikacije in ukrepanje v primeru obravnave migrantk iz raznolikih etničnih okolij s kulturno pogojenimi percepcijami razumevanja nasilja.[2] V prvem primeru gre predvsem za težave zaradi nepoznavanja ali slabega poznavanja jezika, kar ni ovira le pri podajanju in izmenjavi osnovnih informacij, ampak tudi pri vzpostavitvi empatičnega ter zaupnega odnosa. Z besedami socialne delavke, ki je sodelovala v raziskavi:

»V bistvu, koliko stvari je izgubljenih s prevodom. Gospa je govorila samo angleško, pa še to je njej tuj jezik. Torej, ona je govorila angleško in seveda jaz nekaj govorim angleško, v varni hiši so tudi govorili angleško, na timih smo tudi poskušali angleško govoriti. Ampak seveda to, kar jaz v slovenščini lahko povem na tak nežen način […], to jaz ne znam v angleščini povedati in ravno tako tudi ona. […] Tako da je bilo milijon besed izgubljenih v prevodu in napačno razumljenih, seveda« (socialna delavka, POND).

Prisotnost usposobljenih prevajalcev je zato zelo zaželena, včasih tudi nujna. Če prevajalci niso dostopni in zdravstveno osebje začne iskati informacije o dogodku s strani povzročitelja ter njegove družine, je žrtev sekundarno viktimizirana, zapis dogodka pa

[2] Izpostavljena je bila tudi ranljivost migrantk zaradi nepoznavanja zakonskih določil, pravic in sistema pomoči, odsotnosti socialnih mrež ter nizkega socialno-ekonomskega statusa, kar je v skladu z relevantno tujo literaturo (Wendt in Zannettino, 2015; Lockhart in Danis, 2010; Erez, 2000; Menjivar in Salcido, 2002).

je lahko povsem izkrivljen (Erez, 2000). Podobna situacija lahko nastane tudi v primeru, ko prevajalec ne odobrava žrtvine prijave in določene podrobnosti, ki so lahko izjemnega pomena, izpusti ali jih nekorektno prevede (ibid.). Pomanjkanje informacij ali posredovanje napačnih informacij poveča ranljivost migrantke, zato je treba razmisliti o prevodu informacij, o postopkih pri prijavi nasilja, možnih oblikah socialne in psihološke pomoči, možnostih nastanitve in podobno tudi v tuje jezike (Bhuyan in Smith-Carrier, 2012), informacijske materiale pa razstaviti na vidna mesta v zdravstvenih ustanovah. Zaradi jezikovne ovire, pa tudi zaradi nepoznavanja delovanja socialnega in varnostnega sistema v državi priselitve, protokolov in različnih možnosti, ki so na voljo, lahko namreč žrtve postanejo sumničave do sistema in s prijavo odlašajo ali jo naknadno umaknejo. Prisotnost prevajalcev je pogojena z razpoložljivimi finančnimi sredstvi, ki pa jih pogosto primanjkuje. Pediatrinja, ki je sodelovala pri raziskavi, ugotavlja, da pri delodajalcih pogosto ni posluha za zagotovitev prevajalcev:

»Ja, imamo tudi migrante, ko sem pridejo, dostikrat pridejo, tukaj je problem jezika. Se ne razumemo. Dostikrat pripeljejo s sabo prevajalce, tudi mlajše. Recimo mladoletne otroke, ki sploh, recimo ali so v sorodstvu ali pa sploh niso, ali pa kakšna soseda pride z mamico […]. Tako da to imamo kar problem, včasih tudi, bom rekla, pri diagnostiki in da mi slišimo, kaj je. Da pravilno informacijo dobimo. Ampak smo dobili odgovor, da mi nismo sodišče, da mi ne rabimo prevajalca. Da mi dešifriramo tiste podatke« (pediatrinja, POND).

Ponekod v tujini se je sicer že pojavila praksa prostovoljnega nudenja prevajalskih storitev v zdravstvenih ustanovah z namenom vzpostavljanja učinkovitejše komunikacije med zdravstvenim osebjem in žrtvijo nasilja v družini ter preprečevanja nesporazumov.

Druga najpogosteje izpostavljena dilema pri obravnavi migrantk, žrtev nasilja v družini, je vezana za pomen kulturno pogojenih razumevanj nasilja in se dotika vprašanja, ali je lahko nasilje v družini upravičevano ter opravičevano s kulturnimi vzorci in dojeto kot nekaj »normalnega« za določeno etnično skupnost. Poudariti je treba, da gre pri nasilju vedno za zlorabo moči močnejšega nad šibkejšim, ne glede na spol, starost, družbeno-ekonomski položaj, versko in etnično pripadnost, kraj bivanja ali katero koli drugo osebno okoliščino. Naloga strokovnih delavcev, tudi zdravstvenih, je, da zaščitijo šibkejšega. Treba je torej razbijati široko razširjena zmotna prepričanja o nasilju v družini in odpraviti miselnost, da je večja toleranca do nasilja v nekaterih kulturah nekaj normalnega in se v to ne posega.

Kulturne razlike je pomembno razumeti in spoštovati, poskušati je treba razumeti motive za odločitve žrtve ter oceniti učinke določenih ukrepov za njeno življenje v prihodnosti. Žrtvi pa je treba tudi pojasniti, kakšne so vrednote in norme v družbi, v katero se je priselila. Socialna delavka je opozorila na ta vidik na primeru migrantke, ki ima visoko strpnost do nasilja, ker je bila v to prepričanje socializirana:

»Pomeni, kjer je nasilje nekaj normalnega. Kjer je normalno, da naj bi ženska bila podrejena, kjer je normalno, da njena beseda nič ne velja, kjer je normalno, da mora za vse vprašati, in je prav, da je nadzirana in je pravzaprav nepomembna. Tako da v tem delu je naša vloga kot vloga strokovne delavke res tista, da ji damo dovolj prostora, da zmo-

re ta dva svetova razumeti. Svojega živi, s tem je prepredena, na ta način je vzgojena. Sedaj pa živi v enem drugem svetu, kjer pa veljajo čisto druge norme. In absolutno se ji zdijo v redu in zdrave, ampak vkomponirati jih v svoje razmišljanje, v svoje doživljanje, je pa zelo težko« (socialna delavka, POND).

Sodelujoči v raziskavi so izpostavili dejstvo, da se v času študija niso primerno usposabljali za delo v večkulturnem okolju s pripadniki različnih kultur in torej niso pridobili tovrstnega znanja ter kompetenc. Izpostavili so potrebo po izobraževanju o večkulturnosti in etnični občutljivosti že v času šolanja ter tudi pozneje v sklopu rednih strokovnih izobraževanj. Prav gotovo je takšno izobraževanje zaželeno in potrebno, kajti neobčutljivost na razlike prispeva k odtujevanju ter izključevanju migrantk, ustvarjanju občutka, da ne spadajo v družbo, in vzbujanju občutka manjvrednosti (Thompson v Humljan Urh, 2013). Pri tem je pomembno opozoriti še na pomen in nujnost individualne obravnave vsake migrantke, kajti posplošitve zgolj na podlagi njene pripadnosti določeni etnični/kulturni skupini niso primerne.

Zaključek

Zdravstveni delavci imajo pri prepoznavi pomembno vlogo, kajti pogosto je stik migrantke z njimi edina priložnost, da o nasilju spregovori in poišče pomoč. Zato morajo biti ustrezno usposobljeni in morajo pridobiti znanje ter veščine za ustrezno in učinkovito odzivanje. Pripadniki različnih etnij in kultur, ki bodo deležni kulturno kompetentne obravnave, bodo lažje zaupali svoje strahove ter stiske, bolje bodo sodelovali pri iskanju rešitev, manj bo tudi nesporazumov. Tudi pri odločitvi o nadaljnjih korakih se je pomembno vživeti v življenjsko situacijo, v kateri se je žrtev znašla, in spoštovati njeno morebitno odločitev, da nasilja (še) ne prijavi. Opolnomočenje žrtve do te mere, da je zmožna nasilje prijaviti in iz nasilne situacije oditi, je namreč pogosto dolgotrajen proces. Pomembno je, da so zdravstveni delavci do žrtve empatični, da ji sporočajo, da ni sama kriva za to, kar se ji dogaja, da so na voljo za nadaljnje pogovore in da zanje obstaja pomoč. Če so žrtve nasilja v družini otroci, pa je prijava ustreznim organom seveda nujna (Vah Jevšnik in sod. 2015).

Literatura

Betancourt J. R., Green A. R. in Carrillo J. E. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund, 2002.

Erez E. Immigration, Culture Conflict and Domestic Violence/Woman Battering. Crime Prevention and Community Safety: An International Journal 2000; 2 (1): 27–36.

Humljan Urh Š. Kulturno kompetentno socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2013.

Lockhart LL. in Danis FS. (ur). Domestic Violence: Intersectionality and Culturally Competent Practice. New York, NY: Columbia University Press, 2010.

Menjivar C. in Salcido O. Immigrant Women and Domestic Violence: Common Experiences in Different Countries. Gender & Society 2002; 16: 898–920.

Vah Jevšnik M., Cukut Krilić S., Knežević Hočevar D. in Šimenc J. Nasilje v družini in ranljive skupine. Končno poročilo o raziskavi POND Si_Zdrav. Pridobljeno 24. 4. 2016 s spletne strani: http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/izdelki/porocilo_ds4_mvj_final.pdf?sfvrsn=4.

Vrečer N. Medkulturne kompetence v izobraževanju odraslih. Ljubljana: Andragoški Center Republike Slovenije, 2009.

Wendt S., Zannettino L. Domestic Violence in Diverse Contexts. A re-examination of gender. Abingdon, New York: Routledge, 2015.

Zaviršek D. Etnizacija in patologizacija Romov in romskih skupnosti: socialno-antropološki in socialnodelavni teoretski koncepti. Socialno delo 2010; 49 (2/3): 85–97.

Prepoznava in obravnava nasilja v družinah Romov: primer zdravstvene dejavnosti

Sanja Cukut Krilić[1]

Povzetek

Romi so prav gotovo ena od socialno najbolj izključenih skupin prebivalstva, s čimer so povezane tudi neenakosti v njihovem dostopu do zdravstvene oskrbe in ovire, ki vplivajo tako na njihovo pomanjkljivo poročanje o nasilju v družini kot tudi na njegovo obravnavo s strani strokovnih služb na tem področju. V besedilu na podlagi polstrukturiranih ekspertnih pogovorov z zdravstvenimi in drugimi strokovnimi delavci, ki so bili izvedeni v okviru projekta POND_SiZdrav – Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti, predstavimo njihove izkušnje na področju obravnave nasilja v družinah Romov. V sklepnem delu predstavimo nekaj priporočil za bolj vključujočo in kulturno bolj občutljivo obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstva.

Ključne besede Romi, nasilje v družinah, zdravstvo, mediatorji, kulturne kompetence.

Uvod

Četudi se nasilje v družini dogaja med vsemi skupinami prebivalstva, so nekatere skupine prebivalstva še dodatno ranljive za njegovo doživljanje. Med njimi so predvsem zaradi omejenih socialnih mrež, nepoznavanja jezika, možnih kulturnih razlik in težav s pravnim statusom[2] prav gotovo tudi osebe z migrantskim ozadjem oziroma osebe, ki pripadajo etničnim manjšinam, med katerimi so tudi Romi. Tudi številni dokumenti mednarodnih organizacij, kot so Svetovna zdravstvena organizacija in Združeni narodi, izpostavljajo povezavo med neenakostmi v zdravju ter migracijo oziroma etničnostjo (WHO, 2014). Ker ima nasilje v družini številne tako neposredne kot tudi posredne posledice za zdravje žrtev in tudi njihovih družinskih članov, je vloga zdravstvenega sektorja pri njegovi prepoznavi ter obravnavi izjemno pomembna.

[1] Dr. socioloških znanosti, znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si.

[2] Več in bolj specifično o posebnostih prepoznave ter obravnave nasilja med migrantkami in migranti v prispevku Mojce Vah Jevšnik v pričujočem zborniku.

V okviru projekta Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti smo med aprilom in junijem 2015 raziskovalke projektne skupine ZRC SAZU izvedle 30 ekspertnih delno strukturiranih pogovorov z zdravstvenimi in drugimi strokovnimi delavci, med katerimi so bile zlasti strokovne delavke v nevladnih organizacijah in na centrih za socialno delo, ki se ukvarjajo s prepoznavo ter obravnavo nasilja v družini. V pričujočem besedilu na podlagi analize transkribiranega gradiva presojamo mnenja in izkušnje zdravstvenih ter drugih strokovnih delavcev na področju prepoznave in obravnave nasilja v družinah Romov.[3]

Predpostavljamo, da na prepoznavo in obravnavo tovrstnega nasilja vplivajo tako razumevanja strokovnih delavcev, ki Romom pripisujejo »kulturno različnost« v primerjavi z »večinskim« prebivalstvom, kot tudi raznoteri dejavniki socialne izključenosti Romov. Pri tem izhajamo iz neenakopravnega položaja Romov pri dostopu do storitev zdravstvenega varstva, ki so posledica tako njihove socialne, ekonomske in kulturne izključenosti kot tudi neprilagojenosti zdravstvenih služb dejanskim potrebam Romov.

Ali obstajajo specifike v obravnavi nasilja v družinah Romov?

Četudi je poročanje o nasilju v družini med vsemi prebivalstvenimi skupinami nižje od dejanskega obsega tovrstnega nasilja, Gabriela Wasileski in Susan L. Miller (2010: 1115) zaradi pomanjkanja zanesljivih statistik o žrtvah kaznivih dejanj ter odsotnosti raziskav o nasilju v družinah Romov ugotavljata, da je pojavnost nasilja v družinah Romov nemogoče oceniti. Rezultati redkih raziskav o nasilju v družinah Romov potrjujejo, da obstajajo kulturne in sistemske ovire, zaradi katerih žrtve nasilja v družinah Romov težje zapustijo povzročitelja nasilja. Gre zlasti za splošno sprejemljivost nasilja v družini (zlasti nasilja moškega proti ženski), potencialno stigmatizacijo žrtve nasilja znotraj skupnosti Romov, pomanjkanje zaupanja v delovanje strokovnih služb, neurejenost pravnih statusov, pomanjkanje ustrezne alternativne nastanitve in ekonomsko odvisnost od povzročitelja (European Women Lobby, 2012).[4]

Zdi se, da izjemno malo vemo tudi o samih značilnostih nasilja v družinah Romov. Nekateri raziskovalci na primeru Romov iz srednje in vzhodne Evrope govorijo celo o »kulturi molka«, saj naj bi bile teme nasilja v družini, posilstva, incesta in na splošno vse s spolnim vedenjem povezane teme med Romi tabu teme, na kar se navezujejo praviloma močni občutki sramu, ko je govor o teh tematikah. Prav tako naj bi med Romi obstajal tabu vmešavanja v odnose med zakoncema, ko se zgodi nasilje v družini (Romani Women from Central and Eastern Europe 2002; Cemlyn in sod. 2003; Empowering Women or Perpetuating Victimhood, 2006; Gouva, 2015). Večkratne diskriminacije (na primer na podlagi etnične pripadnosti, spola, ekonomskega statusa, statusa migranta ali migrantke, verskega prepričanja) prav tako povzročijo, da so Rominje in Romi še dodatno ranljivi za doživljanje nasilja.

---

[3] Med ranljivimi skupinami smo posebno pozornost namenili še migrantom/migrantkam, starejšim, kmečkemu prebivalstvu in brezposelnim osebam.

[4] Posebej ranljive v tem kontekstu so žrtve prisilnih porok, ki so lahko tudi mladoletne osebe.

Omenjeni dejavniki gotovo vplivajo tudi na izkušnje Romov in Rominj v okviru zdravstvene obravnave. Slabo zdravje med Romi je tesno povezano z družbenimi determinantami zdravja, med katerimi sta ključni informiranost o zdravstvenih storitvah in dostop do njih (ROMA Matrix, 2015). Poleg pravnih vidikov (neurejeni statusi bivanja in posledično nedostopnost do storitev zdravstvenega zavarovanja) je odnos Romov do zdravstvenih storitev povezan tudi s pomanjkanjem zaupanja v zdravstveni sistem in zdravstvene delavce ter s težavami pri komunikaciji z njimi. Posebej pomembne so jezikovne ovire in težave pri komunikaciji z zdravstvenim osebjem o občutljivih tematikah, na primer, ko gre za komunikacijo Rominj z moškimi zdravstvenimi delavci (WHO, 2014). Nekateri raziskovalci so med Romi zaznali tudi kulturno specifične predstave o zdravju, bolezni in zdravljenju, ki jih je prav tako treba upoštevati pri oblikovanju bolj kulturno občutljivega okolja v okviru zdravstvene ter drugih strokovnih obravnav (Roman in sod. 2013). Romi so zaradi svojih domnevnih kulturnih posebnosti v okviru zdravstvenih in drugih strokovnih služb pogosto neenakopravno obravnavani. Neredko se dogaja, da strokovni delavci zaradi domnevne prisotnosti t. i. romskih zakonov, ki naj bi veljali med Romi, ne želijo posegati v njihova življenja (Romani Women from Central and Eastern Europe, 2002).

Neenakosti v dostopu Romov do storitev zdravstvenega varstva so zlasti v zadnjem desetletju vedno bolj zaznana težava tudi na ravni Slovenije. Nacionalni program ukrepov za Rome Vlade Republike Slovenije za obdobje od 2010 do 2015 po posameznih področjih opredeli ukrepe za večjo vključenost Romov. Eno od področij je tudi zdravstveno varstvo Romov, kjer se težave nanašajo predvsem na odnose z zdravstvenim osebjem, komunikacijo in informiranost o rabi preventivnih zdravstvenih storitev (Urh, 2011: 363). Posledično je bilo v zadnjih letih opravljenih kar nekaj raziskav in bolj aplikativno usmerjenih projektov, ki naj bi zmanjšali neenakosti v zdravju med Romi ter »večinskim« prebivalstvom (na primer Belović in sod. 2009; Belović in sod. 2015).

Rezultati kvalitativne raziskave POND – o izkušnjah zdravstvenih in drugih strokovnih delavcev z Romi

Splošna percepcija strokovnih delavcev na področju prepoznave in obravnave nasilja v družinah Romov je, da je toleranca do nasilja med Romi višja, kot pa to velja za »večinsko« prebivalstvo. S tem v zvezi sogovornice in sogovorniki iz vseh institucionalnih okolij opažajo tudi praviloma bolj tradicionalno razdelitev vlog v družinah Romov, kjer ima ženska običajno podrejeno vlogo. Indikativna je izkušnja socialne delavke v zdravstvu:

»Najbolj je to bilo prisotno v romski populaciji, kjer so ženske še vedno v podrejeni situaciji, v podrejeni vlogi. […] Ker ženske se pa tam težko odprejo in po navadi tudi ne pridejo same, pride mož zraven ali pa kdo drug in tam je skoraj nemogoče se pogovarjati na ta način odkrito, skoraj nemogoče.«

Sogovornice in sogovorniki so poudarjali, da imata družina in skupnost med Romi praviloma izjemno velik pomen. V tem primeru so domnevno »močne družinske vezi« lahko dejavnik, ki zavira tako prepoznavo kot tudi obravnavo nasilja.

Sogovornice in sogovorniki so izpostavili tudi vprašanje, ali lahko določene oblike vedenja obravnavamo kot sprejemljive, ker so domnevno del kulturnega okolja, ki mu pripadajo posameznice in posamezniki. Posebej so poudarili vprašanje porok mladoletnih deklic in vprašanje spolnih odnosov z osebami, mlajšimi od 15 let. Ena od zdravstvenih delavk je omenila odmeven primer mladoletne Rominje, ki je zanosila pri štirinajstih letih, za katero so pozneje ugotovili, da je bila žrtev spolnega nasilja. Nekateri so opozorili tudi, da večina Rominj ne uporablja kontracepcije, saj naj bi bilo to med Romi nezaželeno ali celo nedovoljeno.

Večina sogovornic in sogovornikov je menila, da je nesprejemljivo, da nasilje v družini opravičujemo z argumentom, da gre za del kulture Romov oziroma za kulturne posebnosti določene skupine prebivalstva, pri čemer so prednjačile socialne delavke in strokovne delavke iz nevladnih organizacij. Pri tem so posebej poudarili nevarnost, da kulturne razlike postanejo opravičilo za določena dejanja in ravnanja.

Zlasti sogovornice iz nevladnih organizacij so opozorile, da se zaradi percepcije strokovnih delavcev, da bodo Romi težave reševali na svoj način in znotraj svoje skupnosti, pogosto dogaja, da se pristojne institucije, ko gre za Rome, ne želijo vpletati v primere nasilja v družini. Kljub domnevnim kulturnim specifikam Romov so opozorile tudi na težave s komunikacijo in pomen vzpostavitve zaupnega odnosa z žrtvijo nasilja. Pri tem so omenjale tudi težave z jezikom in s slabim poznavanjem zakonskih določil ter predpisov.

Sogovornice in sogovorniki vseh profilov so opozorili tudi na večkratno diskriminacijo žrtev nasilja, ki so lahko diskriminirane tako zaradi pripadnosti etnični skupini Romov kot tudi zaradi svoje ekonomske odvisnosti od povzročitelja nasilja, nerazvitih socialnih mrež, neizobraženosti oziroma nepismenosti. Posebej težavni za strokovno obravnavo so primeri tujk. Indikativna je izjava zdravnice družinske medicine, ki je opozorila na težavo nedostopnosti storitev zdravstvenega varstva za določene skupine prebivalstva: »Kdo vse pride, vidim, kdo vse ne pride, to je za razmisliti.«

Strokovne delavke so izpostavile tudi prakso neprimernega in dolgotrajnega predpisovanja antidepresivov žrtvam nasilja v družini zlasti s strani osebnih zdravnikov, kar pa ni specifično le za Rome, saj so sogovornice poudarile, da je tovrstna praksa dokaj razširjena tudi, ko gre za »večinsko prebivalstvo«.[5]

Kot eno izmed možnih rešitev za večjo uporabo storitev zdravstvenega in socialnega varstva med Romi so sogovornice izpostavile pomembno vlogo posameznih članov skupnosti Romov (žensk, če gre za programe, namenjene ženskam). Taka članica skupnosti, oziroma član, naj bi delovala kot nekakšen »vezni člen« med strokovnimi službami in drugimi Romi, vendar niso navedle konkretnih primerov tovrstnih praks iz zdravstvene dejavnosti. Težavo, kako se bolje »približati« Romom, je izpostavila ena izmed

[5] Darja Zaviršek (2010) tozadevno opozarja na visoko uporabo psihofarmakov med Rominjami, četudi so zaradi nezaupanja v strokovne oblike pomoči oziroma prepričanja o kulturni in etnični nedostopnosti psihosocialnih služb na tem področju praviloma njihove manj pogoste uporabnice.

socialnih delavk: »Mi bi dejansko z njihove strani rabili par ljudi, da bi jih motivirali in da bi bili tudi za zgled, ker mi [strokovni delavci, op. avt.] od zunaj prihajamo.«

Zaključek

Na podlagi ugotovitev terenskega dela raziskave bi lahko sklenili, da so sogovornice in sogovorniki prepoznali dva ključna sklopa dejavnikov, ki vplivajo na slabšo prepoznavo ter obravnavo nasilja v družinah Romov. Prvi se nanaša na njihovo domnevno kulturno različnost, ki naj bi se kazala zlasti v močni vpetosti v skupnost in večji toleranci do vseh vrst nasilja, kot pa to velja za »večinsko prebivalstvo«. Druga skupina dejavnikov zadeva splošno socialno izključenost Romov, katere kazalniki so na primer nižja stopnja izobraženosti, višja stopnja brezposelnosti in nepismenosti ter pogosto neurejeni pravni statusi, posebej pomemben je status tujca oziroma tujke.

Sogovornice in sogovorniki so se zavedali tudi pogosto neustreznega odziva strokovnih služb na nasilje v družinah Romov ter tozadevno poudarjali pomen Romom prilagojene strokovne obravnave in komunikacije. V pogovorih smo sicer zaznali prevladujoče prepričanje strokovnih delavk in delavcev, da je toleranca do nasilja med Romi višja kot med t. i. večinskim prebivalstvom, vendar so praviloma poudarili, da nasilje v družinah Romov strokovno obravnavajo enako kot pri ostalih skupinah prebivalstva. Kljub temu je iz njihovih odgovorov zaznati mnenje o etnični neobčutljivosti nekaterih strokovnih služb na področju prepoznave in obravnave tovrstnega nasilja.

Nekateri sogovorniki in sogovornice so izpostavili, da je treba Rome v večji meri vključiti v oblikovanje programov zanje. Tozadevno so kot primer dobre prakse omenili zlasti posredniško vlogo posameznih članov skupnosti Romov. Programi mediatorjev v zdravstvu so tako v zahodni kot tudi v vzhodni Evropi eden od najpogostejših programov, s katerimi naj bi odpravili neenakosti pri dostopu in uporabi zdravstvenih storitev med Romi (Roma Health Mediators, 2011). Vendarle pa tovrstni programi ne naslovijo v zadostni meri strukturnih neenakosti, ki odločilno vplivajo na zdravje Romov (Roma Health Mediators, 2011). Možno je tudi, da Rominje nimajo možnosti odločati o kontracepciji in/ali se spoprijeti z nasiljem v družini, zato je lahko ključnega pomena za uspešnost tovrstnih programov tudi, da z mediatorkami v zdravstvu vzporedno delajo tudi moški Romi (Roma Matrix, 2015). Ena od možnosti za večjo participacijo Romov v okviru zdravstvene dejavnosti je tudi oblikovanje mrež med zdravstvenim sektorjem in civilno družbo (na primer društvi migrantk, Rominj) (WHO, 2014). Potrebno je tudi izobraževanje zdravstvenih in drugih strokovnih delavcev na področju pridobivanja kulturnih kompetenc ter razvijanja večje kulturne in etnične občutljivosti, da bi bile tovrstne službe med Romi ter Rominjami gledane kot bolj dostopne. Omenjene rešitve prav gotovo nakazujejo na nekatere možnosti izboljšanega poročanja o nasilju v družini tako s strani žrtev kot tudi zdravstvenega osebja. Prav gotovo pa je ključno nasloviti strukturna vprašanja, kot so dostop do izobrazbe in storitev socialnega, pravnega ter zdravstvenega varstva in vprašanja reproduktivnega zdravja ter pravic Rominj, ki kažejo na mnogovrstne dimenzije njihove socialne izključenosti.

Literatura

Belović B, Zaletel Kragelj L, Farkaš Lainščak J. Z zdravjem povezan življenjski slog Romov (prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju). Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku, Nacionalni inštitut za javno zdravje OE Murska Sobota, 2015. Pridobljeno 24. 3. 2016 s spletne strani: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/zzv_zivljenski_slog_romov_slo_tisk_novo.pdf.

Belović B, Šemerl Šelb J, Krajnc Nikolić T, Papić J, Toth G, Petraš T et al. Ocena rabe zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk in otrok v Sloveniji – prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, 2009.

Cemlyn S, Greenfields M, Burnett S, Matthews Z, Whitwell C. Inequalities experienced by Gypsy and Traveller Communities: a review. Equality and Human Rights Commission, Research Report, 12, 2009, Pridobljeno 12. 3. 2015 s spletne strani: http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/documents/research/12inequalities_experienced_by_gypsy_and_traveller_communities_a_review.pdf.

Empowering Women or Perpetuating Victimhood: Minority Ethnic and Roma Women's Experiences of Domestic Violence Policy and Service Provision © IMECE Turkish Speaking Women's Group, London Training and Employment Network, Regional Social Welfare Resource Centre. Pridobljeno 16. 2. 2015 s spletne strani:http://www.lten.org.uk/documents/reports/publications/Final%20report%20Nov.pdf.

European Women›s Lobby Position Paper Tackling multiple discrimination of Romani and Traveller Women - a crucial factor for the successful implementation of the National Roma Integration Strategies, European Women Lobby, 2012. Pridobljeno 2. 4. 2016 s spletne strani: https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016800c0adb.

Gouva M, Mentis M, Kotrotsiou S, Paralikas TH, Kotrotsiou, E (2015). Shame and Anxiety Feelings of a Roma Population in Greece, J Immigrant Minoroty Health 2015; 17: 1765–1770.

Pavee Point, Traveller and Roma centre, Submission to the Joint Oireachtas Committee on Justice, Equality and Defence on the issue of domestic violence, Pavee Point Traveller and Roma centre, 2013. Pridobljeno 15. 3. 2015 s spletne strani: http://www.paveepoint.ie/wp-content/uploads/2013/10/12-July-Pavee-Point-Submission-to-the-Committee-on-domestic-violence-1.pdf.

Roma Health Mediators: Successes and Challenges, Open Society Foundations, 2011. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf.

Roma MATRIX: Good Practice Guide, Roma MATRIX, 2015. Pridobljeno 20. 3. 2016 s spletne strani: https://romamatrix.eu/roma-women-community-health-mediators-roma-matrix-good-practice-guide-7. Roman G, Gramma R, Enache A, Parvu A, Moisa SM, Dumitras, S, Ioan, B. The health mediators-qualified interpreters contributing to health care quality among Romanian Roma patients. Med Health Care and Philos 2013; 16: 843–856.

Romani Women from Central and Eastern Europe: A ‹Fourth World›, or experience of Multiple Discrimination, Refugee Women›s Resource Project, Asylum Aid, 2002. Pridobljeno 20. 3. 2015 s spletne strani: http://www.refworld.org/pdfid/478e3c9c1a.pdf.

Urh Š. Etničnost in spol: položaj Rominj v zasebnem in javnem prostoru. Socialno delo 2011; 50 (6): 357–368.

Wasileski G, Miller SL. The Elephants in the Room: Ethnicity and Violence Against Women in Post-Communist Slovakia Violence Against Women 2010; 16: 99–125.

WHO, 2014: Preventing and addressing intimate partner violence against migrant and ethnic minority women: the role of the health sector. Pridobljeno 23. 3. 2016 s spletne strani: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/270180/21256-WHO-Intimate-Partner-Violence_low_V7.pdf?ua=1.

Zaviršek D. Etnizacija in patologizacija Romov in romskih skupnosti. Socialno delo 2010; 49 (2/3): 85–97.

»Bilo je dovolj«: o povzročiteljicah nasilja

Melita Zver Makovec[1]

Povzetek

Povzročitelj nasilja je lahko kdorkoli, čeprav se večina raziskav osredotoča predvsem na moške povzročitelje nasilja. Obstaja malo raziskav, ki bi preučevale ženske povzročiteljice nasilja in moške kot žrtve nasilja. Nasilje žensk v intimno-partnerskih odnosih ni le samoobramba pred ponovnim nasiljem s strani partnerja. Ženske ga lahko povzročajo tudi enosmerno, ne da bi moški proti njim izvajali nasilje. Tako kot povzročitelji nasilja tudi povzročiteljice uporabljajo čustveno izsiljevanje, zanemarjanje in različne oblike fizičnega nasilja. Resnost posledic nasilja, ki jih utrpijo moški, se ne razlikuje bistveno od posledic nasilja, ki ga moški povzročajo.

Ključne besede: nasilje v družini, intimno-partnersko nasilje, povzročiteljice nasilja, moške žrtve nasilja.

Uvod

V skladu s prevladujočimi evidencami o ženskah kot žrtvah nasilja je bila pozornost raziskovanja povzročanja nasilja (v družini ali družbi na splošno) praviloma usmerjena na proučevanje moških povzročiteljev nasilja. Moški pa niso edini, ki povzročajo nasilje v družini, temveč je v zadnjem času v javnosti in v strokovnih krogih zaznan tudi fenomen žensk kot povzročiteljic nasilja, predvsem v intimno-partnerskih razmerjih, čeprav statistike na tem področju skoraj ne obstajajo. Manjše poročanje moških kot žrtev nasilja je namreč povezano tudi s socialno stigmo in sramom, ki ju občutijo moški kot žrtve nasilja (Barber, 2008). Prevladujoče družbene norme sporočajo, da so moški močnejši in dominantnejši spol v primerjavi z ženskami. Moški, ki so doživeli nasilje z resnejšimi fizičnimi posledicami, še redkeje kot ženske poročajo o nasilju oz. ga prijavijo ustreznim službam. Ta prispevek ponuja kratek pregled obstoječe literature o povzročiteljicah nasilja v družini. Pri tem skuša orisati osnovne značilnosti povzročiteljic nasilja in pojasniti ozadne mehanizme, ki vodijo do nasilja žensk proti njihovim partnerjem.

Kratek pregled raziskav o povzročiteljicah nasilja

Raziskav o nasilju žensk proti moškim v družini v Sloveniji ni. V okviru raziskave Analiza družinskega nasilja v Sloveniji – predlogi preventive in ukrepov so raziskovalke

[1] Dr. psihologije, asistentka z doktoratom, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: melita.zver-makovec@zrc-sazu.si.

(Sedmak in sod. 2006) sicer ugotovile, da 7,5 % ljudi pozna vsaj eno družino, v kateri se izvaja nasilje nad možem/partnerjem, predvsem psihično (5,5 %) in fizično nasilje (2,9 %), pa tudi ekonomsko (1,7 %) in spolno (0,2 %), drugih podatkov pa za Slovenijo nimamo.

Tudi v svetovnem merilu obstaja malo študij, ki bi preučevale povzročiteljice nasilja, še manj pa je sistematičnega proučevanja moških, ki so žrtev nasilja (Hines in sod. 2007). Swan in sodelavci (2008) so ob pregledu dveh študij, ki so proučevale psihološko in fizično nasilje žensk proti svojim partnerjem, zaključili, da ženske uporabljajo več zmernega fizičnega nasilja, kot so ga izvajali njihovi partnerji proti njim, ter približno enako močno fizično nasilje. Moški kot žrtve nasilja prav tako lahko izkusijo zlomljene ude, zabode, sledi ugrizov, globoke praske in raztrganine, neprimerne komentarje, strah in ustrahovanje ter emocionalno agresijo (Barber, 2008). Zaradi poškodb, ki jih utrpijo, običajno zavrnejo pregled s strani ženskega zdravstvenega osebja (Barber, 2008).

Zaradi socialne stigme in ker ne želijo biti prepoznani kot šibkejši spol, moški kot žrtve nasilja s težavo ali pa sploh ne poročajo o nasilju, ki so ga izkusili (Graham Kevan, 2007). Allen Collinson (2009) ugotavlja, da malo moških poroča policiji o doživetem nasilju tudi zaradi strahu, da jim ne bi verjeli, in zaradi pomanjkanja podpore, ki naj bi jo zagotavljala pristojna služba. Nemalo je primerov, ko povzročiteljice ustrahujejo svoje žrtve – moške, da bodo njih prijavile kot povzročitelje nasilja, če jih bodo skušali prijaviti policiji. Nasilje s strani žensk je bilo v večini primerov strokovnih obravnav prepoznano kot nasilje v samoobrambi (Etter in Birzer, 2007), kar verjetno vpliva na podcenjeno prevalenco povzročiteljic nasilja. Po drugi strani pa Holtzworth Munroe (2005) dokazuje, da zlorabljene ženske velikokrat uporabijo različna orodja in orožja, da izničijo razliko v fizični moči med njimi ter njihovimi partnerji. Ženske so tako videti kot primarni agresorji, čeprav je njihovo dejanje bolj posledica samoobrambe.

V raziskavi Rennerja in Whitney (2012) o medpartnerskem nasilju med odraslimi mladimi jih je približno 47 % izkusilo vsaj eno od oblik nasilja v partnerski zvezi, večina sodelujočih v raziskavi pa je izjavila, da je doživela obojestransko nasilje. V raziskavi Fang in Corso (2007) o povezavi med slabim ravnanjem z otroki, nasilništvom v mladosti in nasiljem pozneje v partnerski zvezi so raziskovalci pri moških, ki so bili v otroštvu žrtve spolnega nasilja, ugotovili povezavo s spolno zlorabo pozneje v partnerski zvezi in z obojestranskim nasiljem v partnerski zvezi, zanemarjanje v otroštvu pa naj bi bilo povezano z obojestranskim nasiljem v partnerski zvezi. Pri ženskah, ki so bile v otroštvu žrtve zanemarjanja, so raziskovalci ugotovili povezave z vsemi tremi smermi nasilja v partnerski zvezi (moški proti ženski, ženska proti moškemu, obojestransko), fizična zloraba v otroštvu pa je bila v raziskavi povezana z obojestranskim nasiljem v partnerski zvezi. Nasilništvo v mladosti je pri ženskah povečalo verjetnost za vse smeri nasilja pozneje v partnerski zvezi, medtem ko je verjetnost za vse smeri nasilja v partnerski zvezi pri moških povečalo nizko samospoštovanje. Nadalje je raziskava pokazala, da zgodovina poskusov samomora napove dvosmerno nasilje v partnerski zvezi za oba spola. Zakonski stan in življenje s partnerjem sta tako pri moških kot tudi pri ženskah v raziskavi napovedovala vse tri smeri nasilja v partnerski zvezi. Pri ženskah pa se je

pokazalo, da sta njihovi izkušnji fizičnega nasilja v otroštvu in zanemarjanja povezana z zagrešitvijo nasilja v partnerski zvezi (Fang in Corso, 2007).

Kot kažejo ugotovitve drugih raziskav, je eden najpomembnejših napovednikov, da bo posameznik ali posameznica žrtev nasilja v partnerski zvezi, poleg zanemarjanja v otroštvu tudi izpostavljenost nasilju v družini (Hotaling in Sugarman, 1986; Riggs, Caulfield in Street, 2000; v Renner, Whitney, 2012). Nekatere raziskave so pokazale, da so poleg izpostavljenosti nasilju v partnerski zvezi tudi nenasilni spori med staršema in družinski spori lahko povezani z nasiljem oseb obeh spolov pozneje v partnerskih zvezah mladostnikov (Magdol in sod. 1998; Tschann in sod. 2008). Kinsfogel in Grych (2004 v Renner in Whitney, 2006) sta na primer ugotovila, da je izpostavljenost sporom med staršema pri dečkih (ne pa pri deklicah) povezana s pogostejšo uporabo fizične in verbalne oblike agresije, uperjene pozneje proti intimnemu partnerju. Zlorabo alkohola in drog pa so nekatere raziskave povezale z zagrešitvijo nasilnega dejanja v partnerski zvezi tako pri moških kot tudi pri ženskah (Foshee in sod. 2001; O'Keefe, 1997).

Baker in Stith (2008, v Renner in Whitney, 2012) sta v svoji raziskavi ugotavljala dejavnike tveganja za zagrešitev fizičnega nasilja v partnerskih zvezah med študentkami in študenti. Ugotovila sta, da so ženske, ki so bile žrtve fizičnega in psihološkega nasilja partnerjev, pozneje pogosteje uporabljale fizično agresijo. Moški, ki so bili žrtve fizičnega nasilja partnerja, so se tudi sami pogosteje odzivali s fizično agresijo.

Babcock, Miller in Siard (2003) so oblikovali celo tipologijo povzročiteljic nasilja, ki upošteva doseg uporabe nasilja s strani povzročiteljice. Kot prvi tip so identificirali povzročiteljice, ki so nasilne le proti intimnemu partnerju. V drugi tip so uvrstili splošno nasilne ženske, ki uporabljajo nasilje tako v intimno-partnerski zvezi kot tudi zunaj nje. V primerjavi s povzročiteljicami, ki nasilje izvajajo le v intimno-partnerski zvezi, splošno nasilne ženske praviloma uporabljajo več oblik nasilja proti partnerju. Ohranjajoče nadzor nad partnerjem, uporabljajo več čustvenega nasilja in eksternalizirajo krivdo, ki jo pri tem občutijo. Nasilje je večkrat fizično in uporabljeno v različnih okoliščinah. Splošno nasilne ženske so v raziskavi poročale o več travmatičnih simptomih (nočne more, disociacije) v primerjavi z ženskami, ki povzročajo nasilje le v okviru svoje partnerske zveze. Prav tako pa so poročale o hujših oblikah doživetega nasilja v otroštvu ali pozneje v partnerskih odnosih v primerjavi s prvim tipom žensk, imajo več psiholoških težav in bolj pestro zgodovino kaznivih dejanj. Prav tako naj bi splošno nasilne ženske bile večkrat priča nasilju s strani njihove matere do očeta, kar nakazuje verjetnost poznejše večje sprejemljivosti uporabe sile proti intimnemu partnerju.

Zaključek

Če je bilo v preteklosti glavno izhodišče raziskav o medpartnerskem nasilju, da je nasilje povzročeno s strani žensk zlasti posledica samoobrambe pred nasiljem s strani moškega, predvsem v zadnjem desetletju narašča število raziskav, ki dokazujejo, da so ženske lahko do moških nasilne tudi v drugačnih okoliščinah. Večina tovrstnih raziskav je opozorila na težavno poročanje o nasilju s strani moških. Zaradi ponotranjene priča-

kovane podobe močnejšega spola moški doživljajo še večje občutke krivde in sramu, hkrati pa tudi nerazumevanje strokovnih služb. Čeprav je področje raziskovanja povzročiteljic nasilja sorazmerno slabo raziskano, bi bilo na podlagi dosedanjih raziskav smiselno razmišljati o vpeljavi programov za obravnavo povzročiteljic nasilja.

Literatura

Allen Collinson J. A marked man: Female-perpetrated intimate partner abuse. International Journal of Men Health 2009; 8 (1): 22–40.

Babcock JC, Miller SA, Siard C. Towards a Typology of Abusive Women: Differences Between Partner-only and Generally Violent Women in the Use of Violence. Psychology of Women Quarterly 2003; 27: 153–161.

Barber C. Domestic violence against men. Nursing Standard 2008; 22 (51): 35–39.

Etter GW, Birzer ML. Domestic violence abusers: A descriptive study of the characteristics of defenders in protection from abuse orders in Sedgwick County, Kansas. Journal of Family Violence 2007; 22 (3): 113–119.

Fang X, Corso PS. Child maltreatment, youth violence, and intimate partner violence: Developmental relationships. American Journal of Preventive Medicine 2007; 33 (4): 281–290.

Foshee VA, Linder F, MacDougall JE, Bangdiwala, S. Gender differences in the longitudinal predictor of adolescent dating violence. Preventive Medicine 2001; 32: 128–141.

Graham-Kevan, N. The re-emergence of male victims. International Journal of Men's Health 2007; 6 (1): 3–6.

Hines D, Brown J, Dunning E. Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. Journal of Family Violence 2007; 22 (2): 63–72.

Holtzworth Munroe A. Male versus female intimate partner violence: Putting controversial findings into context. Journal of Marriage & Family 2005; 67 (5): 1120–1125

Kinsfogel KM, Grych JH. Interparental conflict and adolescent dating relationships: Integrating cognitive, emotional, and peer influences. Journal of Family Psychology 2004; 18 (3): 505–515.

Magdol L, Moffitt TE, Capsi A., Silva PA. Developmental antecedents of partner abuse: A prospective–longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology 1998; 107 (3): 375–389.

O'Keefe M. Predictors of dating violence among high school students. Journal of Interpersonal Violence 1997; 12: 546–568.

Renner LM, Whitney SD. Risk factors for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among young adults. Child Abuse & Neglect 2012; 36: 40– 52.

Sedmak M, Kralj A, Medarič Z, Simčič B. Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, 2008.

Swan S, Gambone L, Caldwell J, Sullivan T, Snow D. A review of research on women's use of violence with male intimate partners. Violence & Victims 2008: 23 (3): 301–314.

Tschann JM, Pasch LA, Flores E, VanOss Marin B, Baisch EM, Wibbelsman CJ . Nonviolent aspects of interparental conflict and dating violence among adolescents. Journal of Family Issues 2008: 30 (3): 295–319.

2. USPEŠNO PREPOZNAVANJE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU

Stališča, ravnanja in ovire pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini: primerjava med zdravniki in osebjem zdravstvene nege

Izkušnje žrtev z obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

Zakaj se žrtve glede svoje izkušnje nasilja v družini ne zaupajo zdravstvenemu osebju?

Kako izobraževanje zdravstvenih delavcev vpliva na pogostost zaznavanja in obravnave zdravstvenih posledic nasilja v družini?

Izobraževanja POND: analiza odzivov udeležencev

Srečanja z izpovedjo nasilja v družini v vsakodnevni zdravstveni praksi

Prepoznava in obravnava nasilja v odnosih z bližnjimi v zdravstvenem sektorju na Norveškem

Evalvacija spletnega mesta prepoznava in obravnava nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti (POND)

Stališča, ravnanja in ovire pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini: primerjava med zdravniki in osebjem zdravstvene nege

Urška Smrke,[1] Saša Zorjan[2]

Povzetek

Zdravstveno osebje ima na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini pomembno vlogo, vendar pa žrtve nasilja v družini v zdravstvu pogosto ostanejo neprepoznane. Za bolj uspešno prepoznavo in obravnavo so potrebni tako sistemska urejenost področja kot tudi ustrezna stališča do nasilja v družini, znanja ter kompetence. V pričujoči raziskavi so nas zanimale razlike v stališčih do nasilja v družini, v izkušnjah in ravnanjih ob prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini in v zaznanih ovirah na tem področju med različnimi poklicnimi skupinami zdravstvenega osebja. V raziskavi je sodelovalo 288 zdravnikov in 102 zaposlenih na področju zdravstvene nege. Rezultati so pokazali, da se zdravniki v večji meri strinjajo s stališči, vezanimi na prispevek okolja in kulture k nasilju v družini ter da poročajo o bolj ustreznih ravnanjih ob prepoznavi nasilja v družini kot osebje zdravstvene nege. Na področju zaznanih ovir pa je osebje zdravstvene nege zaznavalo več strahu pred negativnimi posledicami in več kompetenčnih ter sistemskih primanjkljajev na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini kot zdravniki. Sklepamo lahko, da med različnimi poklicnimi skupinami zaposlenih v zdravstvu obstajajo nekatere razlike v zaznavanju in razumevanju nasilja v družini, prav tako pa v odzivanju ter zaznavanju ovir na tem področju, ki jih je smiselno upoštevati pri pripravi izobraževanj in drugih virih pomoči, namenjenih zdravstvenemu osebju na področju prepoznave ter obravnave nasilja v družini.

Ključne besede: nasilje v družini, stališča, ravnanja, ovire, zdravstveno osebje.

Uvod

Nasilje v družini je definirano kot vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo

[1] Mag. psihologije, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana; e-naslov: urska.smrke@zrc-sazu.si.

[2] Mag. psihologije (MSc Cognitive and Clinical Neuroscience), asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: sasa.zorjan@zrc-sazu.si.

osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja (ZPND, 2008). Čeprav se nasilje v družini pojavlja neodvisno od starosti, spola in drugih osebnih okoliščin žrtve, pa kar 90 % vseh primerov nasilja v družini predstavlja nasilje moških proti ženskam oziroma nasilje v partnerskih odnosih (Department of Health, 2005). V Sloveniji se prevalenca nasilja med partnerjema ocenjuje od 15 do 17 % (Kopčavar Guček in sod. 2011; Selič in sod. 2013; Selič in sod. 2008). Ocene prevalence nasilja v družini in partnerskem odnosu proti ženskam so še višje (49,3 % za psihično nasilje, 5,9 % za fizično nasilje, 7 % za premoženjsko nasilje, 6,1 % za omejevanje gibanja in stikov ter 1,5 % za spolno nasilje) (Leskošek in sod. 2010).

Izpostavljenost nasilju v družini vodi do pogostejše uporabe zdravstvenih storitev (Bergman in sod. 1992), kar zagotavlja zdravstvenemu osebju relativno veliko možnost dostopa do žrtev nasilja v družini in nudenja ustrezne podpore ter pomoči. Kljub temu pa zdravstveno osebje pogosto zamudi priložnost za pomoč žrtvam nasilja (Riggs in sod. 2000). Razlogi za to so različni in vključujejo tako težave pri prepoznavanju žrtev nasilja kot tudi neustrezen odziv ob že prepoznanem nasilju v družini. Raziskave kažejo, da zdravniki v povprečju prepoznajo le eno od 20 žrtev nasilja (Elliott in sod. 2002). Tudi v primerih, ko žrtve nasilja prepoznajo, pa se pogosto ne odzovejo ustrezno. Na to kažejo tudi rezultati raziskave, opravljene med družinskimi zdravniki v Sloveniji, kjer so avtorji ugotovili, da pri vsaki peti žrtvi nasilja zdravnik ni storil ničesar, čeprav ga je žrtev prosila za pomoč. Tudi v primerih, ko so reagirali, je bilo takih, ki so o sumu na nasilje v družini obvestili policijo ali center za socialno delo, le 15 % (Selič in sod. 2008). Preučevanje dejavnikov, ki zavirajo ali spodbujajo ustrezno odzivanje zdravstvenega osebja v primerih suma na nasilje v družini, je zato ključnega pomena.

Neprimerna prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini se povezuje tako z upoštevanjem moralno-etičnih norm kakor tudi s sistemsko urejenostjo področja (Kopčavar Guček, 2004) in se pripisuje predvsem pomanjkanju znanja ter kompetenc zdravstvenega osebja in neustreznim stališčem o nasilju v družini (Alotaby in sod. 2012; Cann in sod. 2011; Davis in Carlson, 1981; Rose in Saunders, 1986).

Namen pričujoče raziskave je bil preučiti stališča in izkušnje zdravstvenega osebja glede nasilja v družini v Sloveniji ter ugotoviti, s katerimi ovirami se zdravstveno osebje najpogosteje srečuje v svoji praksi. Natančneje smo se osredotočili na primerjavo stališč, izkušenj oziroma ravnanj in ovir pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini med zdravniki in osebjem zdravstvene nege ter preverili, ali se med omenjenima poklicnima skupinama pojavljajo razlike pri obravnavi nasilja v družini.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi projekta POND_SiZdrav (Cukut Krilić in sod. 2015) je sodelovalo 488 oseb, zaposlenih v zdravstvu. Za namene pričujoče raziskave so bili izbrani tisti udeleženci, ki so se pri svojem delu že srečali s primerom nasilja v družini in so bili v zdravstvu zaposleni bodisi kot zdravniki ali zobozdravniki (v nadaljevanju zdravniki) bodisi kot

osebje zdravstvene nege. Končni vzorec pričujoče raziskave tako vključuje 288 (64,3 % izvirnega vzorca) oseb, od tega 186 (64,6 %) zdravnikov in 102 (35,4 %) osebi osebja zdravstvene nege. V skupini zdravnikov je bilo 154 (82,8 %) žensk in 32 (17,2 %) moških, povprečna starost pa je bila 46,1 leta (*SD* = 10,9), v razponu od 27 do 69 let. V skupini osebja zdravstvene nege je bilo 89 (87,3 %) žensk in 13 (12,7 %) moških, povprečna starost pa je bila 38,6 leta (*SD* = 9,6), v razponu od 21 do 59 let.

Pripomočki

Uporabljen je bil anonimni spletni Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, razvit v okviru raziskave projekta POND_SiZdrav. V pričujočem prispevku so bili uporabljeni posamezni deli vprašalnika:

- **Stališča zdravstvenega osebja do nasilja v družini.** Vsebuje 11 postavk, organiziranih v tri podlestvice: stališča, vezana na okolje in kulturo (npr. *Nasilje v družini je del romske kulture,* α = 0,70), stališča do značilnosti družine in njenih članov (npr. *Povzročitelji nasilja so bili v otroštvu žrtve nasilja,* α = 0,66) ter stališča do socioekonomskega statusa v povezavi z nasiljem v družini (npr. *Nasilje v družini se pogosteje pojavlja v revnejših kot v premožnejših družinah,* α = 0,77). Udeleženci so na petstopenjski lestvici označevali strinjanje s posameznimi postavkami (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam).
- **Izkušnje in ravnanja ob srečevanju z žrtvami nasilja v družini na delovnem mestu.** Vsebuje 12 postavk, ki sestavljajo dve podlestvici: ravnanja, ki se nanašajo na prepoznavo nasilja v družini (npr. *Pri svojem delu prepoznam žrtve nasilja v družini,* α = 0,86), in ukrepanje ob prepoznavi nasilja v družini (npr. *Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo centru za socialno delo,* α = 0,73). Udeleženci so na petstopenjski lestvici označevali pogostost navedenih izkušenj ali ravnanj (1 – zelo redko oziroma nikoli, 5 – zelo pogosto oziroma vedno).
- **Ovire pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini.** Vsebuje 10 postavk, ki sestavljajo tri podlestvice: strah pred negativnimi posledicami (npr. *Strah pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja,* α = 0,78), kompetenčni in sistemski primanjkljaji (npr. *Pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč žrtvam,* α = 0,81) ter delovne obremenitve (npr. *Preobremenjenost z delom,* α = 0,96). Udeleženci so na petstopenjski lestvici označevali strinjanje s posameznimi postavkami (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam).

Postopek in statistične analize

Zbiranje podatkov je potekalo od aprila do junija 2015. Udeleženci so bili k sodelovanju povabljeni preko oglasov, objavljenih na različnih spletnih straneh, in preko različnih dopisnih seznamov.

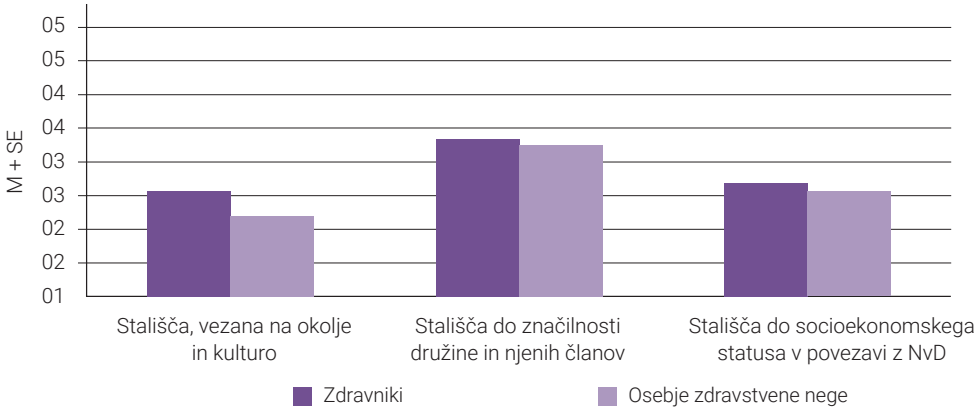
Razlike v povprečnih dosežkih poklicnih skupin smo preverjali s *t*-testom za neodvisne vzorce. Zaradi blagega odstopanja od normalnosti je bilo za statistično zaključevanje uporabljeno zankanje. Izbrana kriterijska raven vseh analiz je bila 5 %.

Rezultati

V pričujoči raziskavi smo želeli preveriti, ali med zdravniki in osebjem zdravstvene nege prihaja do razlik v stališčih do nasilja v družini, v izkušnjah ter ravnanjih ob srečevanju nasilja v družini in v ovirah, ki jih zdravstveno osebje zaznava ob prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini.

Stališča do nasilja v družini

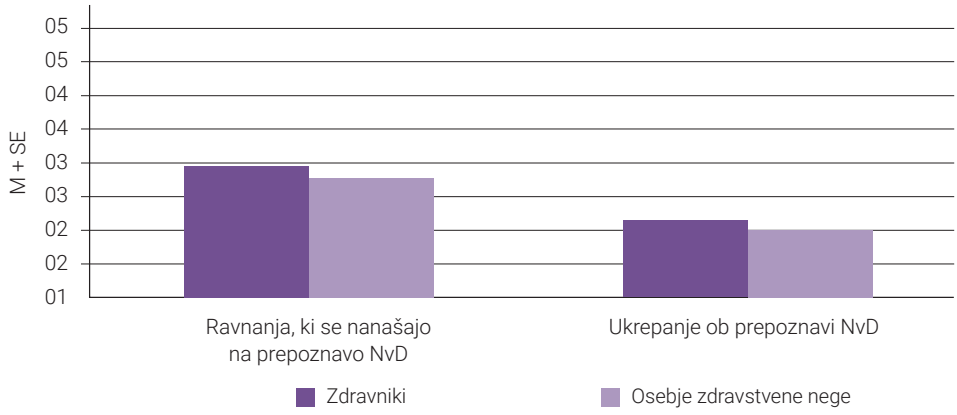
Zdravniki so se s stališči, vezanimi na okolje in kulturo, v povprečju statistično značilno bolj strinjali (M = 2,56, *SD* = 0,63) kot osebje zdravstvene nege (M = 2,18, *SD* = 0,73), *t* (276) = 4,512, *p* = 0,000, z razliko v povprečjih 0,38 (95 % IZ: 0,21, 0,54). Pri podlestvici stališč do značilnosti družine in njenih članov razlika med zdravniki (M = 3,35, *SD* = 0,51) in osebjem zdravstvene nege (M = 3,25, *SD* = 0,56) ni bila statistično značilna, *t* (277) = 1,484, *p* = 0,139, z razliko v povprečjih 0,10 (95 % IZ: -0,03, 0,23), prav tako razlika ni bila statistično značilna na podlestvici stališč do socioekonomskega statusa v povezavi z nasiljem v družini; razlika med zdravniki (M = 2,68, *SD* = 0,89) in osebjem zdravstvene nege (M = 2,56, *SD* = 0,94), *t* (282) = 1,046, *p* = 0,296, z razliko v povprečjih 0,12 (95 % IZ: -0,10, 0,34). Rezultati so prikazani na grafu (Graf 1).



Graf 1. Stališča do nasilja v družini pri zdravnikih in osebju zdravstvene nege.

Izkušnje in ravnanja ob srečevanju z žrtvami nasilja v družini na delovnem mestu

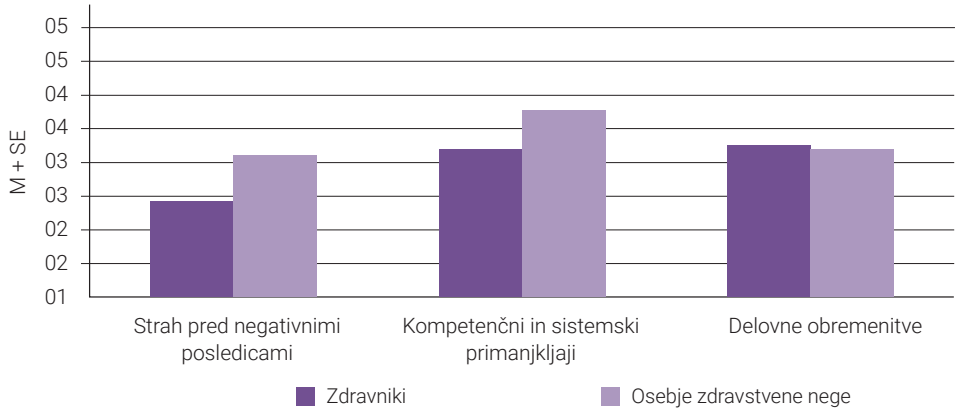
Zdravniki (M = 2,99, *SD* = 0,71) so na podlestvici ravnanj, ki se nanašajo na prepoznavo nasilja v družini, dosegali statistično značilno višje rezultate kot osebje zdravstvene nege (M = 2,80, *SD* = 0,75), *t* (271) = 2,074, *p* = 0,039, z razliko v povprečjih 0,19 (95 % IZ: 0,01, 0,37), medtem ko razlika v ukrepanju ob prepoznavi nasilja v družini med zdravniki (M = 2,17, SD = 0,84) in osebjem zdravstvene nege (M = 1,98, *SD* = 0,96) ni bila statistično značilna, *t* (265) = 1,680, *p* = 0,094, z razliko v povprečjih 0,19 (95 % IZ: -0,03, 0,41). Rezultati so prikazani v Grafu 2.



Graf 2. Ravnanja ob srečevanju žrtev NvD na delovnem mestu pri zdravnikih in osebju zdravstvene nege.

Ovire pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini

Osebje zdravstvene nege (M = 3,11, *SD* = 1,06) se je statistično značilno močneje strinjalo s postavkami podlestvice strahu pred negativnimi posledicami kot zdravniki (M = 2,42, *SD* = 0,81), *t* (152,098) = -5,444, *p* = 0,000, z razliko v povprečjih -0,68 (95 % IZ: -0,93, -0,44), prav tako je osebje zdravstvene nege (M = 3,77, *SD* = 1,04) dosegalo višje povprečne rezultate kot zdravniki (M = 3,18, *SD* = 0,94) na podlestvici kompetenčnih in sistemskih primanjkljajev, *t* (263) = -4,637, *p* = 0,000, z razliko v povprečjih -0,59 (95 % IZ: -0,83, -0,34). Na podlestvici delovnih obremenitev razlika med zdravniki (M = 3,23, *SD* = 1,30) in osebjem zdravstvene nege (M = 3,19, *SD* = 1,37) ni bila statistično značilna, *t* (271) = 0,249, *p* = 0,804, z razliko v povprečjih 0,04 (95 % IZ: -0,29, 0,37). Rezultati so prikazani na grafu (Graf 3).



Graf 3. Ovire pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini pri zdravnikih in osebju zdravstvene nege.

Razprava

V pričujoči raziskavi smo preverjali, ali se zdravniki in osebje zdravstvene nege razlikujejo v stališčih do nasilja v družini ter v izkušnjah in ravnanjih v primeru srečanja z primeri nasilja v družini v njihovi praksi. Dodatno smo preverjali še, ali se zdravniki in osebje zdravstvene nege razlikujejo v zaznanih ovirah pri obravnavi ter prepoznavi nasilja v družini.

Ob primerjanju različnih sklopov stališč med udeleženci smo ugotovili, da se zdravniki v povprečju bolj strinjajo s stališči, vezanimi na prispevek okolja in kulture k nasilju v družini (npr. *Nasilje v družini je del romske kulture*, *vsakodnevni pritiski širšega okolja povečujejo možnost za pojavljanje nasilja v družini*), v primerjavi z osebjem zdravstvene nege. Pri ostalih sklopih stališč, kot je na primer prispevek značilnosti družine in socioekonomskega statusa k nasilju v družini (npr. *Osebe z nizko stopnjo izobrazbe so pogosteje povzročitelji nasilja v družini*) med poklicnima skupinama ni bilo pomembnih razlik. Rezultati se delno skladajo z ugotovitvami drugih študij (Baraldi in sod. 2013), ki so ugotavljale, da je bil odstotek zdravnikov, ki so menili, da zunanji dejavniki (kot značilnosti okolja in kulture) prispevajo k večji verjetnosti za nasilje v družini, večji od odstotka osebja zdravstvene nege.

Rezultati so pokazali tudi, da so zdravniki poročali o bolj ustreznih ravnanjih v procesu prepoznave nasilja v družini v primerjavi z osebjem zdravstvene nege. Večkrat so namreč poročali, da na podlagi različnih znakov prepoznajo žrtve, da si vzamejo čas za pogovor in nudijo podporo žrtvam, kot osebje zdravstvene nege. Za ustrezno prepoznavo in obravnavo nasilja v družini je treba zadostiti nekaterim dejavnikom, kot je na primer ustrezen zasebni prostor za pogovor in vzpostavljeno zaupanje, kar so v nekaterih raziskavah izpostavile tudi žrtve NvD (npr. Caralis in Musialowski, 1997; Usta in sod. 2012). Zaradi narave dela med zdravniki in osebjem zdravstvene nege lahko prihaja do razlik v zmožnosti zadoščanja tem kriterijem, saj zdravniki pacienta običajno obravnavajo za zaprtimi vrati, medtem ko so tovrstni stiki med pacienti in osebjem zdravstvene nege verjetno bolj omejeni, kar lahko prispeva k pojasnjevanju razlike v ustreznosti ravnanj med prepoznavo žrtev med zdravniki ter osebjem zdravstvene nege. V samih ravnanjih in izkušnjah ob prepoznavi nasilja v družini pa se poklicni skupini nista razlikovali med seboj.

Analiza zaznanih ovir pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini je pokazala, da osebje zdravstvene nege zaznava več ovir na področju strahu pred negativnimi posledicami pri obravnavi nasilja v družini ter na področju kompetenčnih in sistemskih primanjkljajev v primerjavi z zdravniki. Na področju ovir, povezanih z delovnimi obremenitvami, pa med skupinama ni bilo pomembnih razlik.

Na podlagi predstavljenih rezultatov lahko sklenemo, da obstajajo razlike v zaznavi in razumevanju nasilja v družini med različnimi poklicnimi skupinami v zdravstvu. Na podlagi tega bi bilo smiselno pripraviti specifična izobraževanja za različne poklicne skupine, ki se osredotočajo na vidike, ki se izkazujejo kot še posebej problematični (npr.

osredotočanje na vlogo okolja in kulture pri nasilju v družini za zdravnike, razvijanje dodatnih kompetenc za zdravstveno osebje in podobno).

Pri interpretaciji predstavljenih rezultatov je treba upoštevati tudi nekatere pomanjkljivosti raziskave, ki omejujejo sklepanje jasnih zaključkov. Ena izmed pomanjkljivosti je nereprezentativnost vzorca, ki omejuje posploševanje na celotno populacijo zdravstvenih delavcev v Sloveniji. Dodatna omejitev je način zbiranja podatkov. Za raziskavo so udeleženci izpolnili spletni vprašalnik, kjer je možno tudi podajanje socialno zaželenih odgovorov, poleg tega pa je bil uporabljen vprašalnik, razvit v okviru širše raziskave projekta POND_SiZdrav in še ni bil preverjen na drugih vzorcih. Narava uporabljenih podatkov je korelacijska, kar prav tako omejuje zaključke o vzročni povezanosti med preučevanimi spremenljivkami. Za ugotavljanje vzročnosti bi bile priporočljive eksperimentalne študije ali longitudinalno spremljanje odzivov zdravstvenih delavcev na nasilje v družini.

Zaključki

Nasilje v družini je kompleksen pojav, pri katerem je zdravstveno osebje lahko v izjemno pomoč žrtvam pri iskanju izhoda iz krogov nasilja. Za tovrstno delovanje pa je pomembno, da so stališča zdravstvenega osebja do nasilja v družini ustrezna, da zmorejo in so vešči ustreznih odzivov ter ravnanj in da na tej poti zaznavajo čim manj ovir. Ker se različne skupine zaposlenih v zdravstvu na teh pomembnih področjih med seboj tudi razlikujejo, je za večjo učinkovitost smiselno izobraževanja in druge oblike usposabljanj ter podpore za zdravstvo oblikovati ob upoštevanju teh razlik.

Literatura

Alotaby IY, Alandari BA, Alshamali KA, Kamel M I, El-Shazly MK. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. Alexandria Journal of Medicine 2013; 49: 175–80.

Baraldi, ACP, de Almeida AM, Perdona G, Meloni Vieira E, dos Santos MA. Perception and attitudes of physicians and nurses about violence against women. Nursing Research and Practice 2013; 2013: 1–7.

Bergman B, Brismar B, Nordin C. Utilisation of medical care by abused women. British Medical Journal 1992; 305: 27–28.

Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. Public Health 2001; 115: 89–95.

Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. South Med J 1997; 90: 1075–80.

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta POND_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Davis LV, Carlson BE. Attitudes of service providers toward domestic violence. Social Work 1981; 17: 34–39.

Department of health. Departmental Report: The health and personal social services programmes. London, UK, 2005.

Elliott I, Nerney M, Jones T, Friedman PD. Barriers to screening for domestic violence. J Gen Intern Med. 2002; 17: 112–6.

Kopčavar Guček N, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005–2009). Croatian Medical Journal 2011; 52: 728–34.

Kopčavar Guček N. Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, 2014: 218-34.

Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih. Končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo, 2010.

Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for domestic violence: factors associated with perpetration and victimization. J Clin Psychol 2000; 56: 1289–316.

Rose K, Saunders DG. Nurses' and physicians' attitudes about women abuse: The effects of gender and professional role. Health Care for Women International 1986; 7: 427–38.

Selič P, Pesjak K, Kopčavar Guček N, Kersnik J. Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja v družini in iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine (Pilotna študija o nasilju v družini). Zdrav Vestn 2008; 77: 505–10.

Selič P, Švab I, Kopčavar Guček N. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. BMC public health 2013; 13 (703).

Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. Ann Fam Med 2012; 10: 213–21.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Uradni list Republike Slovenije, št. 16/2008.

Izkušnje žrtev z obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

Karmen Urška Modic,[1] Lilijana Šprah[2]

Povzetek

Relativno dobra dostopnost do zdravstvenih storitev ponuja žrtvam možnost, da morda tudi prvič spregovorijo o svoji izkušnji nasilja v družini (NvD). Neustrezna obravnava s strani zdravstvenega osebja pa lahko pomeni tudi zadnjo možnost, da se pomaga žrtvam NvD in prepreči najhujše izide. Namen anketne raziskave Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini (POND 2015) je bil proučiti, kakšne so bile izkušnje in zadovoljstvo oseb, ki so zaradi NvD poiskale pomoč pri zdravstvenem osebju, ter kakšno je njihovo mnenje o razlogih za pomanjkljivo obravnavo NvD v zdravstvu. V raziskavi je sodelovalo 76 oseb z izkušnjo NvD, ki so izpolnile vprašalnik o izkušnjah in zadovoljstvu glede obravnave NvD v zdravstvu ter razlogih za ovire pri tem. Največ žrtev se je glede svoje izkušnje NvD zaupalo osebnemu (družinskemu) zdravniku. Najpogosteje so doživele primerno in spoštljivo komunikacijo, vendar so pogrešale več konkretne pomoči in sodelovanja zdravstvenega osebja (ZO) z drugimi institucijami. Žrtve menijo, da zdravstvenemu osebju primanjkuje znanja in izkušenj za bolj uspešno prepoznavo ter obravnavo NvD, da se zdravstveno osebje pri preprečevanju NvD srečuje z občutki nemoči in da se premalo povezuje z drugimi pristojnimi institucijami. Glede na izsledke raziskave lahko zaključimo, da prav ozaveščanje in izobraževanje o dinamiki ter mehanizmih NvD in o pomenu sodelovanja v multidisciplinarnih timih zdravstveno osebje opolnomoči, da bo bolj učinkovito pri prepoznavanju ter preprečevanju NvD.

Ključne besede: žrtve, nasilje v družini, iskanje pomoči, zdravstvo, izkušnje, zadovoljstvo.

Uvod

Nasilje v družini vpliva na posameznikovo bio-psiho-socialno blaginjo in predstavlja veliko breme za njegovo zdravje (Selič, 2010). Poleg hudih telesnih posledic, ki jih lahko pušča fizično nasilje, je treba poudariti tudi težo psihosomatskih posledic, ki so vidne pri domala vseh oblikah nasilja. Posebej pogosti so depresija, nagnjenost k samomoru, posttravmatski stresni sindrom, zloraba drog in alkohola ter druge zdravstvene

[1] Univ. dipl. psihologinja, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: modickarmen@yahoo.com.

[2] Dr. medicinskih ved, višja znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si.

težave (npr. glavoboli in želodčne težave) (Rus Makovec, 2003). Zdravstveno osebje je v Sloveniji k aktivni vlogi pri preprečevanju NvD zavezano z več zakonskimi in podzakonskimi akti (Ministrstvo za zdravje, 2016). Analize študij izkušenj žensk, ki so zaradi obravnave NvD imele stik z zdravstvenim osebjem, kažejo, da je zelo pomembno, na kakšen način se ZO odzove na njihovo izpostavljenost NvD (Feder in sod. 2006; Robinson in Spilsbury, 2008). Žrtve NvD so pripravljene razkriti svojo izkušnjo nasilja svojemu zdravniku, če jih ta o tem povpraša, hkrati pa so redko pripravljene same začeti pogovor o nasilju (Hegarty in Taft, 2001). Svavarsdottir (2010) npr. poroča, da zdravstveno osebje lahko uporabi različne metode povpraševanja glede NvD. Učinkovita je uporaba intervjuja, samoocenjevalnega vprašalnika ali pa kombinacija obojega, odvisno od namena poizvedovanja in od tega, kako ter na kakšen način se bo pozneje žrtvi pomagalo.

Valpied in Hegarty (2015) ugotavljata, da je za učinkovito odzivanje ZO pomembno, da se na pacientkino izkušnjo NvD odziva s priznavanjem (žrtvi verjame in ji da vedeti, da ni kriva za zlorabo, ki se ji dogaja), potrjevanjem (žrtvi pove, da je nasilje nesprejemljivo in da vpliva na njeno zdravje ter prav tako na zdravje in varnost njenih otrok) in podporo (nudi oporo, ne glede na to, kako se bo žrtev glede ukrepanja odločila), pomaga pri izdelavi varnostnega načrta in jo napoti k ustreznim specialistom. Četudi žrtev v danem trenutku še ni pripravljena na spremembe, bo vedela, da lahko v prihodnje glede NvD poišče pomoč tudi pri zdravstvenem osebju. Model spremembe (Prochaska in sod. 2008) pomaga razumeti različne faze pripravljenosti žrtve za izhod iz zlorabe preko petih različnih ravni. Proces se začne s fazo »predrazmišljanja«, v kateri žrtev še ne prepoznava svoje vloge v nasilnem odnosu. Sledi faza poglobljenega razmišljanja, v kateri ugotavlja, da je deležna NvD, vendar še ni prepričana, ali lahko glede tega karkoli ukrene. V fazi priprave se žrtev odloči, da bo ukrepala in nekaj storila, da se stanje spremeni. Sledita fazi ukrepanja in vzdrževanja stanja. Valpied in Hegarty (2015) poudarjata, da je v vsaki od naštetih faz za žrtev pomembno, da ji ZO nudi empatičen odnos in jo opogumlja. Na začetku je pomembno, da žrtvi pomaga uvideti povezavo med njenim zdravstvenim stanjem in nasiljem, ki se ji dogaja, ter raziskati vire, ki so potrebni za spremembo. Pomembno je, da žrtvi predstavi pomen dokumentiranja poškodb, tako fizičnih kot psihološkega stanja. Taliaferro (2003) ugotavlja, da se zdravstveno osebje v preteklosti ni želelo ukvarjati s tako kompleksnim pojavom, kot je NvD, zato pogosto simptomov in znakov NvD raje ni osvetlilo.

Glede na to, da je neustrezna obravnava NvD povezana s številnimi zdravstvenimi težavami, posledice NvD pa predstavljajo nezanemarljivo obremenitev za vsak zdravstveni sistem (WHA49.25., 1996), je treba stremeti k čim bolj učinkoviti prepoznavi in obravnavi NvD v okviru zdravstvene dejavnosti. Pri tem se lahko pomembne usmeritve pri delu z žrtvami NvD oblikujejo tudi na osnovi povratnih informacij oseb, ki so poiskale pomoč pri ZO zaradi svoje izkušnje z NvD. V anketni raziskavi POND (2015) smo proučili izkušnje in zadovoljstvo oseb, ki so zaradi posledic NvD poiskale pomoč pri zdravstvenih delavcih. Hkrati nas je zanimalo, kakšno je njihovo mnenje o razlogih za pomanjkljivo prepoznavo in obravnavo oseb z izkušnjo NvD v zdravstvu.

Metoda

Udeleženci raziskave

V raziskavi je sodelovalo 76 udeležencev, od tega 69 žensk in 4 moški, 3 osebe pa niso podale odgovora o svojem spolu. Ker je bila večina udeležencev raziskave ženskega spola, je v nadaljevanju prispevka uporabljena ženska slovnična oblika. Povprečna starost udeleženk je bila 42 let, s starostnim razponom od 19 do 78 let.

Tabela 1: Demografski podatki oseb z izkušnjo NvD, ki so sodelovale v raziskavi

Demografske spremenljivke	Kategorije	Odstotek
Otroci	ima otroke	85 %
Država rojstva	rojena v Sloveniji	73 %
Narodna/etnična pripadnost	slovenska narodnost	72 %
	druge narodnosti (npr. romunska, ruska, bosanska, srbska narodnost)	28 %
Okolje prebivališča	mestno	57 %
	primestno	22 %
	vaško	21 %
Dosežena izobrazba	osnovna šola	15 %
	nižje poklicno izobraževanje (2 letno)	11 %
	srednje poklicno izobraževanje (3 letno)	22 %
	gimnazijsko, srednje tehniško oz. drugo strokovno izobraževanje	24 %
	višješolski strokovni program	12 %
Trenutni status	zaposlena za nedoločen čas	19 %
	zaposlena za določen čas	15 %
	upokojena	12 %
	dijakinja/študentka	5 %
	brezposelna	46 %

Opomba: Seštevek odgovorov po posameznih kategorijah ni v vseh primerih 100 %, saj udeleženke na nekatera vprašanja niso odgovorile ali pa so podale katerega od drugih možnih odgovorov.

Vprašalnik

V raziskavi je bil uporabljen anonimni samoocenjevalni vprašalnik, ki smo ga razvili v okviru raziskave projekta POND_SiZdrav (Cukut Krilić in sod. 2015). Z njim smo preverjali sociodemografske značilnosti udeleženk, katere zdravstvene službe in osebje so obravnavali udeleženke raziskave zaradi njihove izpostavljenosti NvD, kakšna je bila njihova izkušnja glede ustreznosti obravnave NvD s strani ZO ter kaj so po njihovem mnenju morebitni razlogi za slabo prepoznavo in neustrezno obravnavo NvD v zdravstvu.

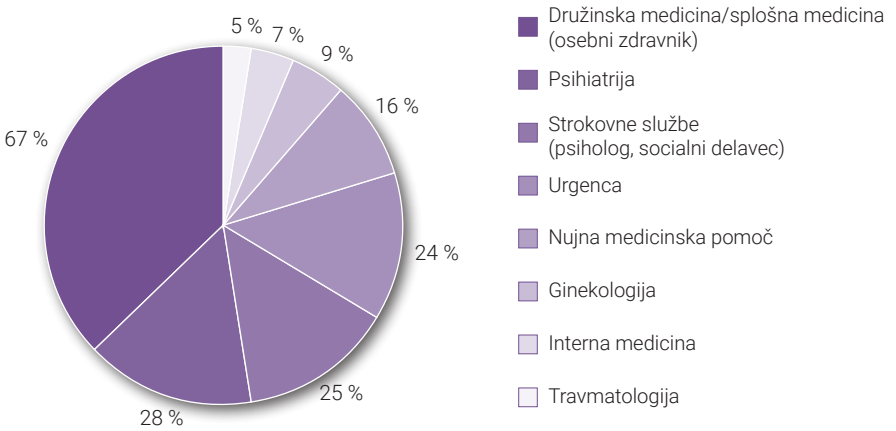
Postopek

Udeleženke smo k sodelovanju pri raziskavi povabili s pomočjo sodelavk centrov za socialno delo (Maribor, Ptuj, Lendava), varnih hiš (Celje, Ljutomer, Velenje), Zavoda EMMA in Društva za nenasilno komunikacijo. Udeleženke so bile zaprošene za sodelovanje in izpolnjevanje vprašalnika od druge polovice aprila 2015 do sredine marca 2016. Podatke smo obdelali s pomočjo programa Excel, v katerem smo uporabili deskriptivne statistike.

Rezultati

Zdravstvene službe in zdravstveno osebje, ki so udeleženke raziskave obravnavali zaradi izpostavljenosti NvD

Največ udeleženk raziskave je bilo v stiku z družinsko (splošno) medicino (67 %), 28 % s psihiatrijo, 25 % s strokovnimi službami, 24 % z urgenco in v padajočih % z ostalimi službami (Slika 1).



Slika 1. Zdravstvene službe, ki so udeleženke obravnavale zaradi izpostavljenosti NvD (navedle so lahko več zdravstvenih služb).

Glede svoje izkušnje z NvD se je največ udeleženk zaupalo osebnemu oziroma družinskemu zdravniku (74 %), 41 % udeleženk je bilo stiku z zdravnikom specialistom (npr. psihiater, ginekolog, kirurg), 16 % z medicinsko sestro, 8 % z administrativnim osebjem (npr. v ambulantah/bolnišnicah), 7 % z zobozdravnikom, 7 % z reševalcem, 1 % s patronažno sestro in 3 % z drugimi zdravstvenimi delavci.

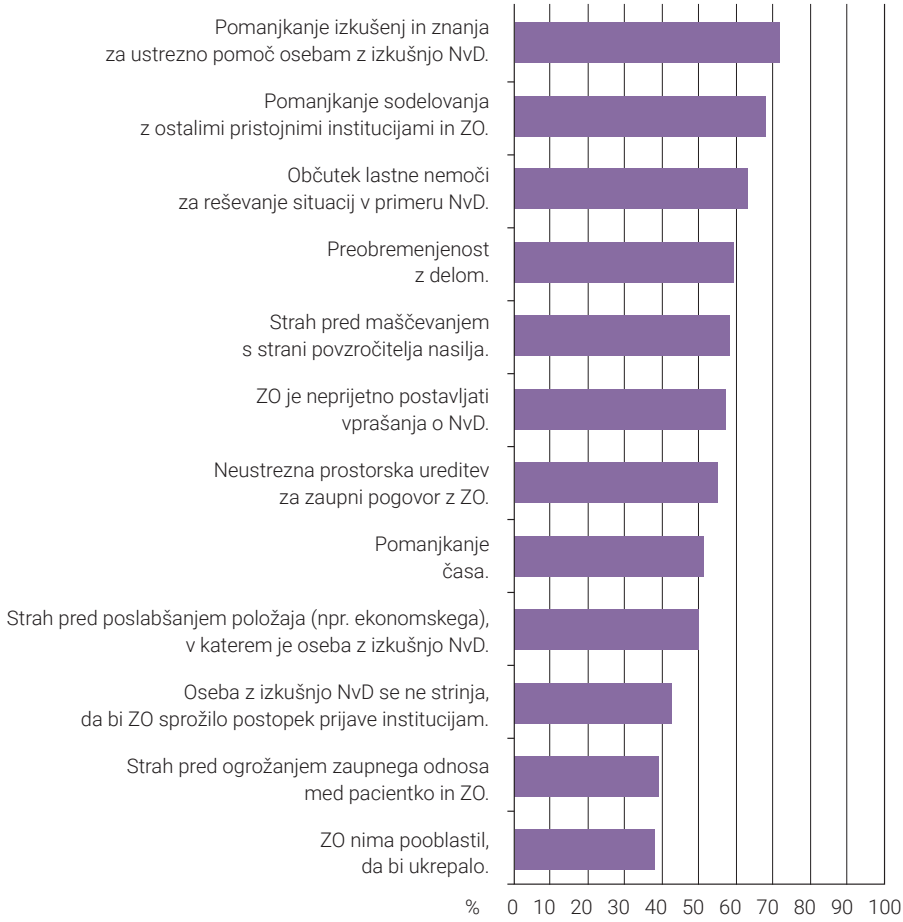
Izkušnje in zadovoljstvo udeleženk raziskave glede obravnave NvD s strani zdravstvenih služb

Kot najpogostejše izkušnje so udeleženke raziskave navajale, da jih ZO ni obsojalo, da jim je verjelo, da je spoštovalo njihovo zasebnost in jih poslušalo. V najmanjšem obsegu pa so doživele, da je ZO sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami (npr. CSD, policijo, tožilstvom), da je poskrbelo za njihovo trenutno varnost in da jim je ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varne hiše, zatočišča).

Udeleženke so svoje zadovoljstvo z obravnavo v zdravstvu ocenile tudi s pomočjo petstopenjske lestvice. 25 % udeleženk je bilo z obravnavo zdravstvenih težav, povezanih z NvD, zelo zadovoljnih, ravno toliko jih je bilo zadovoljnih (25 %) in srednje zadovoljnih (25 %), 16 % pa jih je bilo nezadovoljnih in 9 % zelo nezadovoljnih.

Mnenja udeleženk raziskave o razlogih za pomanjkljivo prepoznavo in obravnavo oseb z izkušnjo NvD v zdravstvu

Udeleženke raziskave, ki so ocenile pogostost razlogov s pomočjo petstopenjske lestvice (od zelo redko/nikoli do zelo pogosto/vedno), so kot najbolj pogoste razloge navedle: pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in ZO, občutki nemoči ZO za reševanje situacij v primeru NvD ter preobremenjenost z delom (Slika 2).



Slika 2. Mnenja udeleženk raziskave o najbolj pogostih razlogih za neustrezno prepoznavo in obravnavo oseb z izkušnjo NvD v zdravstvu (razlogi so razvrščeni glede na seštevek odgovorov, ki so bili ocenjeni s kategorijama zelo pogosto in pogosto na petstopenjski lestvici).

Razprava

Rezultati anketne raziskave POND kažejo, da so se udeleženke glede svoje izkušnje NvD v največji meri zaupale svojim osebnim (družinskim) zdravnikom. To ne preseneča, saj je za družinsko medicino značilna celostna obravnava posameznika, ki omogoča prepoznavanje simptomov NvD, podporo bolniku, možnost sodelovanja z drugimi službami in s tem preprečevanje hudih in/ali dolgoročnih posledic NvD (Kopčavar Guček, 2015). Za razliko od specialistov drugih strok svoje bolnike obiskuje družinski zdravnik tudi na njihovem domu, kar mu omogoča vpogled v družinsko psihodinamiko. Prosman in sod. (2015) so npr. ugotovili pomembno zmanjšanje NvD zaradi obiskovanja zdravnika na domu pacientk. Raziskovalci zaključujejo, da intervencija obiskovanja na domu pomembno prispeva k preprečevanju in zmanjševanju pojava NvD, čeprav jim ni uspelo dokazati njenih dolgoročnih učinkov. Osebni zdravnik svojega bolnika v t. i. kontinuiranem odnosu praviloma obravnava v daljšem časovnem obdobju, kar omogoča in olajšuje vzpostavitev varnega okolja ter zaupnosti, ki je eden temeljnih pogojev za uspešno prepoznavo in obravnavo žrtev NvD.

Veliko udeleženk anketne raziskave POND se je o prisotnosti nasilja v njihovi družini pogovarjalo tudi s psihiatrom. Dernovškova (2015) navaja, da žrtve NvD ob stiku s psihiatričnimi službami najpogosteje ne spregovorijo o neznosnih odnosih doma in o nasilju. Žrtve pogosteje zanikajo okoliščine, saj se jih sramujejo. Pomoč pri psihiatru pa iščejo zaradi somatoformnih in disociativnih motenj, anksioznih motenj in ponavljajoče se oz. kronične depresije. Pogosto je pridružena odvisnost od protibolečinskih zdravil in anksiolitikov. Šele po vzpostavitvi zaupanja je mogoče pridobiti informacije o NvD. Tudi Lagdon in sod. (2014) potrjujejo predhodne ugotovitve glede škodljivega učinka NvD na psihološko zdravje posameznika, pri čemer izpostavijo psihično nasilje kot resno večdimenzionalno grožnjo za zdravje žrtve.

Udeleženke raziskave POND so se v veliko manjši meri zaupale glede NvD osebju urgentne medicine. Raziskava (Reisenhofer in Seibold, 2013), ki je razkrivala izkušnje žrtev NvD ob stiku z urgentno medicino, navaja, da so dobile strokovno ustrezno oskrbo fizičnih poškodb, vendar je zdravstveno osebje spregledalo njihovo željo po empatičnem odzivu in psihosocialni oskrbi. Žrtve so si želele empatičnega in spoštljivega odnosa. Poročale so, da so odšle z občutki krivde in sramu, kar je negativno vplivalo na občutke samospoštovanja, tako pa so še naprej varovale svojo »skrivnost« o zlorabi, ki se jim dogaja. Catallo in sod. (2013) ugotavljajo, da proces razkrivanja zahteva notranjo pripravljenost žrtve in občutek zaupanja do ZO. Okolje urgentne medicine ni idealno za razkrivanje NvD predvsem zaradi pomanjkanja zasebnosti.

Hkrati pa tako na strani pacientov kot zdravstvenih delavcev obstajajo številne ovire, ki zmanjšujejo uspešno prepoznavanje in obravnavanje žrtev NvD. Kot najbolj pogost razlog, za katerega udeleženke raziskave POND menijo, da predstavlja oviro, da ZO ne prepoznava in ustrezno ukrepa v primerih NvD, so navedle njihovo pomanjkanje izkušenj ter znanja o ustrezni pomoči. Tudi izsledki prečne raziskave med zdravniki družinske medicine v Sloveniji (Kopčavar Guček, 2015) kažejo, da so zdravniki premalo oza-

veščeni in poučeni o NvD oz. o možnosti, da je bolnik žrtev nasilja in/ali trpinčenja. Zdravniki imajo tudi več pomislekov pri obravnavi žrtev, ne prepoznajo prikritih znakov nasilja, se ne zavedajo ogroženosti družinskih članov in NvD aktivno ne odkrivajo. Udeleženke raziskave POND so navedle tudi pomanjkanje sodelovanja zdravstva z ostalimi pristojnimi institucijami. Avtorji (Yeung in sod. 2012) navajajo, da pomanjkanje časa, izkušenj in znanja za ustrezno pomoč, pomanjkanje poznavanja drugih družbenih virov pomoči ter dostop do učinkovitih intervencij po razkritju NvD predstavlja oviro za zdravstveno osebje, da bi učinkovito obravnavalo NvD. Tudi udeleženke raziskave POND gledajo kot pomembno oviro aktivne obravnave NvD pri zdravstvenem osebju njihovo preobremenjenost z delom in pomanjkanje časa ter njihove občutke nemoči pri reševanju situacije v primeru NvD. Tudi strah pred maščevanjem povzročitelja se je izkazal kot pomembna ovira, podobno kot pri primerljivih raziskavah (Prosman in sod. 2014). Kopčavar Gučkova (2015) navaja, da opravljene raziskave na Slovenskem kažejo, da se zdravniki zavedajo pomembnosti aktivnega odkrivanja NvD, izražajo željo po večjem znanju in kompetencah za odkrivanje NvD ter po jasnejših in bolj definiranih poteh interdisciplinarne obravnave NvD. Obenem pa ostaja pomislek, da bi s poizvedbo o NvD ogrozili zaupen odnos s svojim pacientom. Udeleženke raziskave POND menijo, da naj ne bi bil problem strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa. Tudi Kopčavar Gučkova (2015) navaja, da se odnos med osebnim izbranim zdravnikom in žrtvijo po razkritju NvD lahko učvrsti ter poglobi, žrtve pa že po samem razkritju občutijo olajšanje.

Kot najpogostejše izkušnje z ZO so udeleženke raziskave POND navedle, da jih ZO ni obsojalo, da jim je verjelo, je spoštovalo njihovo zasebnost in jih poslušalo. Primerljive raziskave (Catallo in sod. 2013; Pajak in sod. 2014) navajajo, da imajo nekatere žrtve pozitivne izkušnje pri iskanju pomoči glede NvD in poročajo o osebju, ki je bilo neobsojajoče, empatično ter je poslušalo njihovo zaskrbljenost glede NvD. Spet druge raziskave poročajo (Leppakoski in sod. 2011) o neprimernem vedenju ZO, ko so žrtve iskale pomoč. Nekatere žrtve ZO ni niti vprašalo, kako so nastale poškodbe, ki so jih oskrbeli, večina jih ni prejela nobene informacije o možnih virih pomoči ali napotitve k ustreznim institucijam, četudi so izrazile potrebo po takšni pomoči. Neprimerne odzive ZO so žrtve razložile kot njegovo prezaposlenost, da bi se ukvarjalo s takšnimi zadevami. Celo ko so bili vpleteni otroci, se ZO ni zavedalo svoje odgovornosti, da se poveže s socialno službo in otroke zaščiti. Tudi v raziskavi POND so žrtve v najmanjšem obsegu doživele, da je ZO sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami (npr. CSD, policijo, tožilstvom), da je poskrbelo za njihovo trenutno varnost in da jim je ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varnih hišah, zatočiščih). Keeling in Fisher (2015) v raziskavi izkušenj žensk z odzivanjem ZO ob razkrivanju izkušnje NvD pokažeta, da je primerna podpora ZO možna le v primeru, ko razume dinamiko odnosov, kjer je prisotno NvD.

Zaključek

Kljub določenim omejitvam predstavljene raziskave (npr. samoocenjevalni vprašalnik brez preverjenih merskih karakteristik, pristranski in sorazmerno majhen vzorec, možni socialno zaželeni odgovori) so dobljeni rezultati primerljivi z rezultati mednarodnih raziskav o dobrih praksah (Domestic Violence Project, 2004; Valpied in Hegarty, 2015).

Zdravstveni delavci lahko žrtvi NvD pomagajo iz začaranega kroga nasilja s tem, da jo poslušajo in ji verjamejo ter ob tem priznavajo njene občutke, ji sporočajo, da v situaciji ni sama. Pomembno je, da žrtvi povedo, da ni kriva za povzročiteljevo nasilje in da si nihče ne zasluži, da se proti njemu izvaja zloraba moči. Žrtve NvD pričakujejo, da je ZO ustrezno seznanjeno s problematiko NvD in usposobljeno nuditi podporo ter da se povezuje z drugimi pristojnimi institucijami. Za učinkovito odzivanje ZO na pojave NvD so izjemno pomembni poznavanje in razumevanje dinamike NvD ter odzivanje žrtve na nasilje, ki ga doživlja. Zato je ključno, da ZO usvoji veščine in se ustrezno usposobi za ravnanje v različnih fazah prepoznave ter obravnave nasilja pri osebah, kjer posumi, da so njihovi zdravstveni zapleti posledica izpostavljenosti NvD.

Literatura

Catallo C, Jack SM, Ciliska D, MacMillan HL. Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. Journal of Advanced Nursing 2013; 69 (6): 1366–76.

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: Kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta Pond_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut; 2015.

Dernovšek MZ. Psihiatrija. V: Šimenc J, (ur.). Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: Priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana, 2015: 122–26.

Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed To Intimate Partner Violence. Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. Arch Internal Medicine 2006; 166 (1): 22–37.

Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2001; 25 (5): 433–737.

Keeling J, Fisher C. Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence. Journal of Interpersonal Violence 2015; 30 (13): 2363–79.

Kopčavar Guček N. Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine. Doktorska disertacija. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 2015.

Kopčavar Guček N. Nasilje v družini kot zdravstveni problem. V: Šimenc J (ur.). Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: Priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana, 2015: 36-42.

Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. European Journal of Psychotraumatology 2014; 5. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163751/.

Leppakoski T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. International Emergency Nursing 2011; 19: 27–36.

Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/.

Pajak CR, Ahmad F, JenneyA, Fisher P, Chan LMY. Survivor's Costs of Saying No: Exploring the Experience of Accessing Services for Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence 2014; 29 (14): 2571–91.

Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. V: Glanz K, Rimer B, Viswanath K (ur.). Health Behaviour and Health Education Theory Research and Practice. San Francisco, USA, Wiley Imprint, 2008: 97–118.

Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2014; 28: 3–11.

Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Wouden JC, Largo-Janssen ALM. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. Family Practice 2015; 32 (3): 247–56.

Reisenhofer S, Seibold C. Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. Journal of Clinical Nursing 2013; 22: 2253–63.

Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. Health and Social Care in the Community 2008; 16 (1): 16–30.

Rus Makovec M. Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2003.

Selič P. Dejavno odkrivanje in pogostost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršek A, Selinšek L, (ur.). Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana, Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta, 2010: 31–44.

Svavarsdottir EK. Detecting intimate partner abuse within clinical settings: self-report or an interview. Scand J Caring Sciences 2010; 24: 224–32.

Taliaferro E. Addressing the Health Consequences of Domestic Violence. The Pandora Effect. Wisconsin Coalition Against Domestic Violence 2003; 22 (2): 1–4.

The Medical Advocacy Wheel. Domestic Violence Project, Kenosha, 2004. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani: http://www.ncdsv.org/publications_wheel.html.

Valpied J, Hegarty K. Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings. Review. Women's Health 2015; 11 (1): 51–63.

WHA49.25. Prevention of violence: a public health priority. Geneva, Forty-Ninth World Health Assembly, 20–25 May, 1996. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/ en/WHA4925_eng.pdf

Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. International Journal of Family Medicine 2012; 1–7.

Zakaj se žrtve glede svoje izkušnje nasilja v družini ne zaupajo zdravstvenemu osebju?

Karmen Urška Modic,[1] Lilijana Šprah[2]

Povzetek

V Sloveniji je zdravstveno osebje zavezano k aktivnemu preprečevanju nasilja v družini (NvD), žrtve nasilja pa imajo številne zadržke, zaradi katerih običajno ne poiščejo pomoči v zdravstvu. Namen anketne raziskave Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini (POND 2015) je bil proučiti, kakšne so ovire in pričakovanja žrtev, ki glede svoje izkušnje NvD ne poiščejo pomoči pri zdravstvenem osebju. V raziskavi je sodelovalo 43 oseb z izkušnjo NvD, ki so izpolnile vprašalnik o ovirah in pričakovanjih glede obravnave NvD v zdravstvu. Najpogostejše ovire, zaradi katerih žrtve niso iskale pomoči v zdravstvu, se kažejo v njihovih ocenah, da jim zdravstveno osebje ne more pomagati, da NvD ni problem, o katerem bi se lahko pogovorile z zdravstvenim osebjem, in da zdravstvenega osebja NvD ne zanima. Žrtve pričakujejo, da zdravstveno osebje vzpostavi empatično in zaupno komunikacijo z njimi, sodeluje z drugimi institucijami, zagotavlja ustrezne informacije ter pomoč pri preprečevanju NvD. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko zaključimo, da osebe z izkušnjo NvD menijo, da je zdravstveno osebje primeren sogovornik, čeprav zaradi različnih ovir doslej niso poiskale pomoči v zdravstvu.

Ključne besede: žrtve, nasilje v družini, iskanje pomoči, zdravstvo, ovire, pričakovanja.

Uvod

Kljub temu, da številne tuje raziskave kažejo, da žrtve NvD pogosteje vstopajo v zdravstvene sisteme v primerjavi z osebami, ki niso žrtve zlorab, saj koristijo več pregledov pri zdravnikih, deležne so več hospitalizacij in posvetovanj glede duševnega zdravja (Coker in sod. 2000; Pico-Alfonso in sod. 2006), poudarjajo tudi številne ovire, zaradi katerih osebe z izkušnjo NvD ne poiščejo pomoči v zdravstvu (Prosman in sod. 2014). Tudi domače raziskave potrjujejo, da osebe z izkušnjo NvD v večini primerov ne iščejo pomoči pri zdravniku (Selič in sod. 2008), v več kot polovici primerov o tem ne obvestijo nikogar, tiste, ki pa poiščejo pomoč, pa se največkrat obrnejo na policijo in center za

[1] Univ. dipl. psihologinja, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: modickarmen@yahoo.com.

[2] Dr. medicinskih ved, višja znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si.

socialno delo (CSD) ali pa težave uredijo same (Leskošek in sod. 2010). Pomoč in podporo iščejo predvsem v zasebnem okolju (pri prijateljih, družinskih članih) in le redko v institucijah (Sedmak in sod. 2006). Tuje raziskave pojasnjujejo, da se osebe z izkušnjo NvD bojijo vmešavanja zdravstvenega osebja (ZO) in socialnih služb v njihovo zasebno okolje, če bi spregovorile o NvD (Catallo in sod. 2013), pogosto se ne zavedajo vpliva NvD na njihovo zdravje ter na zdravje njihovih otrok ali pa jih je strah pred povzročiteljem (Prosman in sod. 2014). Prav razočaranje ob prvem stiku z ZO lahko predstavlja za žrtev odločilno oviro pri nadaljnjem iskanju pomoči (Kopčavar Guček, 2015). Ker žrtve največkrat ne prepoznajo zlorabljajoče narave nasilnega odnosa, potrebujejo pomoč pri njegovi prepoznavi (Tayler in sod. 2013). Pri načrtovanju strategije obravnave NvD v sklopu zdravstvene dejavnosti je torej nujno treba upoštevati kompleksno dinamiko NvD in ravnanje žrtev, njihova pričakovanja glede primerne obravnave zanje ter ovire, ki jim prečijo, da zaupajo zdravstvenemu osebju. Žrtve velikokrat razkrijejo svojo izkušnjo zlorabe šele po tem, ko zapustijo povzročitelja, pred tem pa pogosto obiskujejo splošnega zdravnika zaradi anksioznosti, depresije in drugih zdravstvenih stanj (Evans in Feder, 2015).

Namen anketne raziskave POND (2015) je bil na vzorcu oseb z izkušnjo NvD preučiti, kakšni so bili njihovi razlogi, da niso poiskale pomoči pri ZO, in kakšna so njihova pričakovanja ter stališča glede obravnave NvD s strani zdravstvenih služb.

Metoda

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 43 udeležencev, od tega 42 udeleženk, ena oseba pa ni navedla podatka o svojem spolu. Ker je bila večina udeležencev ženskega spola, je nadalje v prispevku uporabljena ženska slovnična oblika. Povprečna starost udeleženk je bila 37 let, s starostnim razponom od 21 do 67 let.

Vprašalnik

V raziskavi je bil uporabljen anonimni samoocenjevalni vprašalnik, ki smo ga razvili za namene raziskave projekta POND_SiZdrav (Cukut Krilić in sod. 2015). Z njim smo preverjali sociodemografske značilnosti, stike s pristojnimi institucijami zaradi izkušnje NvD, razloge oz. ovire, zaradi katerih udeleženke niso poiskale stika z ZO, in njihova pričakovanja oz. stališča, kako naj bi se ZO odzvalo glede NvD. (Tabela 1)

Postopek

Udeleženke smo povabili k sodelovanju v raziskavi s pomočjo centrov za socialno delo (Maribor, Ptuj, Lendava), varnih hiš (Celje, Ljutomer, Velenje), Zavoda EMMA in Društva za nenasilno komunikacijo, kamor so se zatekle po pomoč zaradi izpostavljenosti NvD. Udeleženke raziskave so bile zaprošene za sodelovanje in izpolnjevanje vprašalnika v obdobju od aprila 2015 do marca 2016. Podatke smo obdelali s pomočjo programa Excel. Uporabili smo deskriptivne statistike.

Tabela 1: Demografski podatki oseb z izkušnjo NvD, ki so izpolnile vprašalnik.

Demografske spremenljivke	Kategorije	Odstotek
Otroci	ima otroke	88 %
Država rojstva	rojena v Sloveniji	86 %
Narodna/etnična pripadnost	slovenska narodnost	88 %
	druge narodnosti (npr. romunska, ruska, bosanska, srbska narodnost)	12 %
Okolje prebivališča	mestno	65 %
	primestno	16 %
	vaško	19 %
Dosežena izobrazba	osnovna šola	16 %
	srednje poklicno izobraževanje	28 %
	gimnazijsko, srednje tehniško oz. drugo strokovno izobraževanje	23 %
	višješolski program oz. 1. bolonjsko st.	5 %
	univ. program, oz. 2. bolonjska st.	12 %
Trenutni status	zaposlena za nedoločen čas	26 %
	zaposlena za določen čas	17 %
	upokojena	5 %
	dijakinja/študentka	7 %
	brezposelna	43 %

Opomba: Seštevek odgovorov po posameznih kategorijah ni v vseh primerih 100 %, saj udeleženke na nekatera vprašanja niso odgovorile ali pa so podale katerega od drugih možnih odgovorov.

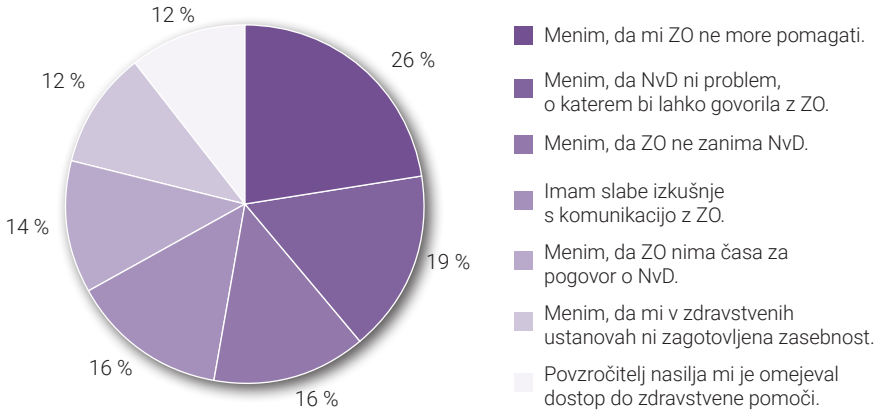
Rezultati

Institucije, kjer so udeleženke raziskave poiskale pomoč zaradi izpostavljenosti NvD

Največ udeleženk raziskave (77 %) je bilo v stiku s centrom za socialno delo, 67 % s policijo, 49 % z nevladno organizacijo in najmanj (42 %) s kriznim centrom ali z varno hišo. Zaradi svoje izkušnje NvD je 30 % udeleženk najprej poiskalo pomoč na centru za socialno delo, 26 % pri policiji, 23 % pri nevladni organizaciji in 5 % pri kriznem centru ali varni hiši.

Razlogi, zaradi katerih udeleženke raziskave NvD niso poiskale pomoči pri ZO

Kljub temu, da so udeleženk raziskave menile, da je ZO zelo primerno za pogovor o NvD (12 %) oziroma primerno (32 %) (v 17 % neprimerno in v 2 % popolnoma neprimerno za pogovor o NvD, 35 % udeleženke pa se glede vprašanja ni opredelilo), so navedle razloge, ki so jih ovirali, da glede svoje izkušnje NvD niso poiskale pomoči pri ZO (označile so lahko več odgovorov).



Slika 1. Ovire, zaradi katerih udeleženke raziskave glede svoje izkušnje NvD niso iskale pomoči pri ZO.

Pričakovanja udeleženk raziskave glede prepoznave in obravnave NvD

Najbolj pogosta pričakovanja in stališča glede obravnave NvD s strani zdravstvenih služb, ki so jih podale udeleženke raziskave, so bila: da jih ZO ne bi obsojalo, da bi jih poslušalo, da bi jim verjelo, da bi pazilo na način pogovora o NvD ob prisotnosti otrok, sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami (npr. CSD, policijo, tožilstvom), spoštovalo njihovo zasebnost, zagotovilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varnih hišah, zatočiščih, CSD), upoštevalo njihove želje glede obravnave NvD, pomagalo ukrepati v primeru NvD ter upoštevalo njihove osebne okoliščine (npr. brezposelnost, neurejene stanovanjske razmere, bolezen).

Razprava

Udeleženke raziskave glede svoje izkušnje NvD niso poiskale pomoči pri ZO kljub temu, da so v 44 % menile, da je ZO primerno/zelo primerno za pogovor glede NvD. Izsledki raziskav kažejo, da so žrtve nasilja v družini pripravljene razkriti svojo izkušnjo nasilja svojemu zdravniku, če jih ta o tem povpraša, hkrati pa so redko pripravljene same začeti pogovor o težavah (Hegarty in Taft, 2001). Relativno dobra razpoložljivost zdravstvenih storitev naj bi zagotavljala udeležencem kroga nasilja v družini dobro dostopnost do pomoči. Zdravstveno osebje je v edinstveni vlogi, da zajezi nasilje v družini in ponudi podporno mrežo, ki lahko zmanjša osamitev oseb z izkušnjo NvD oz. jim s tem poveča varnost (Kramer, 2003). Vendar lahko prav pomanjkljivo znanje o nasilju v družini pri ZO pogojuje slabše prepoznavanje žrtev nasilja (Kopčavar Gučkova, 2015), neukrepanje pa zdravniki opravičujejo z varovanjem svojega zaupnega odnosa z bolnikom ali pa s strahom, da bi z vprašanji o NvD ogrozili zaupni odnos.

Udeleženke naše raziskave so kot najbolj pogoste ovire, zaradi katerih niso poiskale pomoči pri ZO glede svoje izkušnje NvD, navajale, da jim ZO ne more pomagati, da NvD ni problem, o katerem bi lahko govorile z ZO, nekatere so imele v preteklosti slabe izku-

šnje s komunikacijo z ZO ali pa so menile, da ZO ne zanima NvD in da nima časa za pogovor o NvD. So se pa udeleženke v veliki meri obrnile na center za socialno delo, policijo in nevladne organizacije, o čemer poročajo tudi drugi avtorji (Leskošek in sod. 2010).

Raziskave kažejo, da v času NvD žrtve potrebujejo praktično pomoč, česar pa zdravstveni sistem ne nudi (Prosman in sod. 2014). Podobno kot v primerljivih študijah (Prosman in sod. 2014) tudi udeleženke naše raziskave izražajo pretekle negativne izkušnje z ZO in strah pred povzročiteljem. Raziskave nadalje kažejo, da se nekatere žrtve bojijo vmešavanja zdravstvenega osebja in socialnih služb v njihovo življenje, če bi spregovorile o nasilju, in da se prav zaradi pomanjkanja zaupanja v ZO pogosto ne odločijo spregovoriti o nasilju, ki se jim dogaja (Catallo in sod. 2013). Pri tem jih ovirajo tudi strah pred maščevanjem povzročitelja (Prosman in sod. 2014; Spangaro in sod. 2010), pomanjkanje časa zdravstvenega osebja in bojazen, da bi jih obsojali ali kakorkoli drugače razvrednotili (Larsen in sod. 2014; Reisenhofer in Seibold, 2012). Prosman in sod. (2014) kot ključne ovire, ki otežujejo iskanje pomoči osebam z izkušnjo NvD, prepoznavajo zanikanje nasilja in pomanjkanje zavedanja njegovih posledic ter negativne izkušnje s strokovnimi službami. Larsen in sod. (2014) so identificirali občutenje strahu in sramu pri osebah z izkušnjo NvD ter pomanjkanje lastnega časa pri iskanju pomoči v zvezi z NvD. McCall-Hosenfeld in sod. (2014) poudarjajo tradicionalne spolne vloge, nižje stopnje izobrazbe, ekonomsko odvisnost od povzročitelja in nizko samopodobo kot ovire, zaradi katerih oseba z izkušnjo NvD ne poišče pomoči. Nekateri avtorji (Spangaro in sod. 2010) opozarjajo, da je lahko molk žrtev, čeprav so bile nagovorjene s strani ZO, posledica tega, da zlorabe niso vzele dovolj resno ali pa niso zaupale zdravstvenemu osebju. Nicolaidis in sod. (2008) celo ugotavljajo, da nekatere žrtve s simptomi depresije ne spregovorijo o zgodovini NvD oz. pri tem oklevajo, ker se bojijo, da bi ZO menilo, da si simptomatiko le domišljajo.

V raziskavi smo glede pričakovanj ob prepoznavi in obravnavi NvD prišli do podobnih rezultatov kot primerljive študije, ki kažejo, da žrtve pričakujejo, da jim bo ZO verjelo in jim dalo odločno sporočilo, da se nihče nima pravice vesti nasilno, jim izražalo podporo ob razkrivanju nasilja v njihovi družini, ter dalo občutek, da se stvari lahko spremenijo (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007). Naše ugotovitve se skladajo tudi z drugimi avtorji, ki izpostavljajo pričakovanja žrtev, da bo zdravstveno osebje ukrepalo in se povezalo še z drugimi institucijami, ko bo to potrebno. Žrtve si želijo psihološke opore in pomoči pri oblikovanju varnostnega načrta oz. pri iskanju varne hiše ali zatočišča. Žrtve menijo, da bi ZO moralo dobro poznati postopke obravnave, da bi jim priskrbelo dovolj informacij o možnih virih pomoči v obliki zloženk, brošur (Feder in sod. 2006; Usta in sod. 2012; Zink in sod. 2004). Žrtve si prav tako želijo, da bi jim ZO razložilo, kako nasilje vpliva na njihovo zdravje, in se z njimi posvetovalo o nadaljnjih ukrepih ter da bi pri svetovanju upoštevalo njihov socio-ekonomski status, kot sta na primer brezposelnost ali stanovanjski problem, s katerim se srečujejo (Plichta, 2007; Prosman in sod. 2014; Robinson in Spilsbury, 2008).

Zaključek

Pri interpretaciji oz. posploševanju predstavljenih rezultatov je nujno treba upoštevati nekatere metodološke omejitve: pristranost vzorca oseb, ki je bil uporabljen v raziskavi, omejeno število udeleženk v raziskavi in nepreverjene metrične karakteristike samoocenjevalnega vprašalnika pred njegovo uporabo. Prav tako ne moremo izključiti socialno zaželenega odgovarjanja udeleženk. Kljub temu pa izsledki tu predstavljene raziskave potrjujejo rezultate primerljivih raziskav v zvezi z ovirami in s pričakovanji oseb z izkušnjo NvD v okviru zdravstvene dejavnosti. S tega vidika rezultati predstavljajo koristne usmeritve tudi za slovenske zdravstvene delavce v primerih, ko se srečajo s pacienti, pri katerih posumijo na izpostavljenost NvD.

Literatura

Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. Southern Medical Journal 1997; 90: 1075–80.

Catallo C, Jack SM, Ciliska D, MacMillan HL. Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. Journal of Advanced Nursing 2013; 69 (6): 1366–76.

Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences of Physical and Phychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med 2000; 9: 451–7.

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: Kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta Pond_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut; 2015.

Evans MA, Feder GS. Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. Health: Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy 2015.

Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed To Intimate Partner Violence. Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. Arch Internal Medicine 2006; 166 (1): 22–37.

Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001; 25 (5): 433–737.

Kopčavar Guček N. Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine. Doktorska disertacija. Ljubljana, Medicinska fakulteta, 2015.

Kopčavar Guček N. Nasilje v družini kot zdravstveni problem. V: Šimenc J, (ur.). Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: Priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana; 2015: 36–42.

Kramer A. Opportunities for Health Care Systems To Address Intimate Partner Violence in Wisconsin. Wisconsin Coalition Against Domestic Violence 2003; 22: 18–19.

Larsen MM, Krohn J, Puschel K, Seifert D. Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany. Health Care for Women International 2014; 35 (4): 359–79.

Leskošek V, Urek M, Zaviršek D. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih. Končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Ljubljana, Inštitut za kriminologijo, 2010.

McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Perry AN, Hillemeier MM, Chuang CH. »I Just Keep My Antennae Out«: How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Parnter Violence 2014; 29 (14): 2670–94.

Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 1. 4. 2016 s spletne strani: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/.

Nicolaidis C, Gregg J, Galian H, McFarland B, Curry MA, Gerrity M. »You Always End up Feeling Like You're Some Hypochondriac«: Intimate Partner Violence Survivors' Experiences Addressing Depression and Pain. J Gen Intern Med 2008; 23 (8): 1157–63.

Pico-Alfonso MA, Gardia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The Impact of Physical, Phychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide: Journal of Women's Health 2006; 15 (5): 599–611.

Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. Trauma, violence, abuse 2007; 8: 226–39.

Prosman G J, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2014; 28: 3–11.

Reisenhofer S, Seibold C. Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. Journal of Clinical Nursing 2012; 22: 2253–63.

Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. Health and Social Care in the Community 2008; 16 (1): 16–30.

Sedmak M, Kralj A, Medarič Z, Simčič B. Nasilje v družinah v Sloveniji. Rezultati raziskave. Koper, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, 2006.

Selič P, Kersnik J, Pesjak K, Kopčavar-Guček N. Razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov. Pilotna študija o nasilju v družini I. Zdrav Var 2008; 47: 72–80.

Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG, Man WYN. Who tells and what happens: disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. Health and Social Care in the Community 2010; 18 (6): 671–80.

Tayler J, Bradbury-Jones C, Kroll T, Duncan F. Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. Health and Social Care in the Community 2013; 21 (5): 489–99.

Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. Annals of Family Medicine 2012; 10: 213–21.

Zink T, Jacobson J, Regan S, Pabst S. Hidden Victims: The Healthcare Needs and Experiences of Older Women in Abusive Relationships. Journal of Women's Health 2004; 13 (8): 898–908.

Kako izobraževanje zdravstvenih delavcev vpliva na pogostost zaznavanja in obravnave zdravstvenih posledic nasilja v družini?

Nena Kopčavar Guček[1]

Povzetek

Nasilje v družini je zlasti v zadnjih dveh desetletjih postalo vedno večja prioriteta javnega zdravstva. Zdravstveni delavci se le redko zavedajo svoje vloge pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini. Prav izobraževanje o nasilju v družini je eno od orodij za njegovo uspešnejše odkrivanje in obravnavo. V letu 2014 je bila med zdravniki družinske medicine na Katedri za družinsko medicino opravljena kvalitativna raziskava o ovirah pri prepoznavanju žrtev nasilja, v obdobju od septembra 2015 do junija 2016 pa naj bi se o nasilju v družini v okviru interdisciplinarnega projekta POND_SiZdrav izobrazilo vsaj 1800 zdravstvenih delavcev. Namen prispevka je bil primerjati, ali je projekt POND_SiZdrav naslovil ovire, potrebe in pričakovanja, ki so jih v predhodni kvalitativni raziskavi izrazili zdravniki družinske medicine. V ta namen so bili primerjani rezultati kvalitativne raziskave med zdravniki družinske medicine o ovirah pri odkrivanju nasilja v družini iz julija 2014 z ocenami udeležencev izobraževalnega projekta POND_SiZdrav. Ne glede na to, da gre za primerjavo rezultatov dveh različnih in časovno ločenih raziskav, je bilo ugotovljeno dobro ujemanje med pričakovanji o vsebini izobraževanj ter anonimnimi ocenami udeležencev izobraževanj. Posamezne ocene so udeleženci izobraževanj po Likertovi lestvici ocenili s povprečnimi vrednostmi med 4,2 in 4,5, kar izraža precejšnje zadovoljstvo z vsebino projekta. Vpliv izobraževanja na pogostost zaznavanja primerov nasilja v družini bomo lahko objektivno ocenili v prihodnosti. Izobraževanje bi kazalo nadaljevati tudi v prihodnje, ne le zaradi zakonskih določil, ki določajo obveznost izobraževanja zdravstvenih delavcev na tem področju, temveč tudi zaradi stalne potrebe po osveščanju o tem pogostem in pomembnem javnozdravstvenem problemu.

Ključne besede: nasilje v partnerskih odnosih, izobraževanje, kvalitativna analiza.

[1] Dr. medicinskih znanosti in doktorica medicine, spec. družinske medicine, asistentka z doktoratom, Zdravstveni dom Ljubljana in Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta UL, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana, nena.kopcavar-gucek@zd-lj.si.

Uvod

Po nekaterih večjih raziskavah na tem področju pogostost izpostavljenosti nasilju narašča (Watts, 2002). Zaradi nasilja na globalni ravni vsako leto izgubi življenje več kot milijon ljudi, še veliko več je poškodovanih, posledice pa so tudi dolgoročne; nasilje je vodilni vzrok smrti v starostni skupini od 15 do 44 let (Dahlberg, 2002). Nasilje v družini se večinoma odvija v domačem okolju, najintimnejšem prostoru posameznika (Dahlberg 2002; Selič, 2012), zato ni vedno razvidno ali očitno (Krug, 2012). Nasilen odnos med partnerjema se zrcali tudi na medgeneracijski relaciji (starši–otroci in otroci–starši): lasten dom in družina sta nevarno okolje (Dahlberg, 2002; Selič, 2012; Krug, 2002), kjer posameznik lahko postane žrtev duševnega, telesnega ali spolnega nasilja (Dahlberg, 2002; Selič, 2012). Raziskave so nakazale na tendenco, da je izpostavljenost nasilju v domačem okolju v otroštvu povezana z dolgoročnimi, vseživljenjskimi posledicami, ki se v odrasli dobi lahko kažejo v obliki nasilništva ali viktimizacije (WHO, 2013; Coker, 2000; Coker, 2002). V Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO) so leta 2013 zbrali podatke 28 populacijskih raziskav in med preiskovankami našli od 10 do 69 % žrtev fizičnega nasilja v partnerskih odnosih (WHO, 2013). Vseživljenjska izpostavljenost nasilju v partnerskih odnosih pri ženskah naj bi bila okrog 50 % (Stinson, 2006). Presečne raziskave med obiskovalci ambulant na osnovni ravni zdravstvenega varstva kažejo prevalenco izpostavljenosti nasilju med 37 in 41 % (Hegarty, 2002; Bradley, 2002; Richardson, 2002). Aktivno odkrivanje nasilja pri obiskovalcih ambulant družinske medicine v Sloveniji je pokazalo delež izpostavljenih 17,1 % v letu 2012 (Selič, 2013) in 17,9 % v letu 2010 (Kopčavar Guček, 2015).

Čeprav so zdravstveni delavci, še posebej zdravniki, v enkratnem položaju za dejavno odkrivanje nasilja, se pri svojih bolnikih pogosto ne zavedajo možnosti izpostavljenosti nasilju (Cohen, 1997; Hegarty, 2001). O nasilju svoje bolnike le redko povprašajo in v povprečju naj bi odkrili le vsako 20. žrtev nasilja v družini (Hegarty, 2002; Bradley, 2002). Na strani zdravnikov pri odkrivanju žrtev nasilja obstajajo številne ovire: fenomen Pandorine skrinjice, časovne ovire, odklonilen odnos do fenomena nasilja v družini, bojazen, da bi ogrozili zaupen odnos z bolnikom, in »dvojna vloga« zdravnika ob hkratni skrbi za žrtev ter za povzročitelja (Lo Fo Wong, 2006).

Neizpolnjena pričakovanja izobraževalnih programov, protokolov za presejanje, smernic in obveznega stalnega strokovnega izobraževanja nakazujejo, da naslavljanje zdravstvenih strokovnjakov v zvezi z nasiljem v družini še vedno predstavlja izziv (Zachary, 2002; Ramsay, 2002) za laično ter tudi strokovno javnost.

Skladno z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini naj bi bilo v Sloveniji obvezno usposabljanje vseh strokovnih delavcev, ki se v okviru svojega dela srečujejo z žrtvami oziroma s povzročitelji nasilja (Zakon o preprečevanju nasilja v družini, 2008). V letu 2015 se je začel projekt POND_SiZdrav – Prepoznava in obravnava nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti, ki z izobraževalnimi vsebinami in izobraževanji naslavlja zlasti zdravstvene delavce ter v okviru katerega naj bi se od septembra 2015 do junija 2016 o nasilju v družini izobrazilo najmanj 1800 zdravstvenih delavcev.

Metoda

Namen

Namen prispevka je bil primerjati, ali je projekt POND_SiZdrav s svojo multidisciplinarno izobraževalno platformo naslovil ovire, potrebe in pričakovanja, izražene v kvalitativni raziskavi med zdravniki družinske medicine iz leta 2014.

Kvalitativna raziskava, izvedena julija 2014 na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (Kopčavar Guček, 2015) je s polstrukturiranimi intervjuji omogočila globlji vpogled v odnos zdravnikov družinske medicine do problematike presejanja za nasilje v družini in zaznanih ovir pri obravnavi žrtev nasilja v družini (Kopčavar Guček in sod. 2016).

Implementacija multidisciplinarne izobraževalne platforme projekta POND_SiZdrav, katere glavni namen je izboljšanje kompetenc zdravstvenih delavcev v Sloveniji, je prvi projektni odgovor na zahteve Zakona o preprečevanju nasilja v družini in na potrebe zdravstvenih delavcev po izobraževanju s tega področja (www.prepoznajnasilje.si). Vsi udeleženci so bili po končanem izobraževanju povabljeni k izpolnjevanju anonimnega evalvacijskega vprašalnika.

Kvalitativna raziskava o ovirah pri odkrivanju nasilja

Za preverjanje ovir za presejanje o nasilju v partnerskih odnosih je bila uporabljena kvalitativna metoda analize vsebine izvedenih intervjujev (Easterby-Smith in sod. 2006). V juliju 2014 smo se pogovarjali z desetimi zdravniki družinske medicine, ki so se razlikovali po spolu, starosti, letih izkušenj in okoljih, iz katerih so prihajali. Polstrukturiran intervju je bil usmerjen v iskanje ovir pri presejanju in možnosti dejavnega odkrivanja nasilja v ambulanti družinske medicine. Zvočni posnetki intervjujev so bili natančno prepisani, skladnost zapisov je bila preverjena. Tekst je bil analiziran z metodo analize vsebine glede na kodirno shemo s pomočjo dveh neodvisnih raziskovalcev (Mesec, 1998). Vsi intervjuji so bili opravljeni v prostorih, ki so zagotavljali zasebnost. Trajali so od 12 do 19 minut. Zaradi spoštovanja zasebnosti sodelujočih zdravnikov njihova imena v besedilu niso razkrita.

Postavljena so bila naslednja vprašanja:

- Kako pomemben zdravstveni problem se vam zdi nasilje v družini?
- Kakšne so vaše izkušnje z obravnavo nasilja v družini pri vaših bolnikih?
- Kaj mislite o presejanju kot metodi iskanja primerov nasilja v družini?
- Kakšne so ovire pri presejanju?
- Kako usposobljeni se čutite za odkrivanje nasilja v družini?

Analiza rezultatov izobraževanja

Udeleženci izobraževanj so bili po zaključku dvodnevnega izobraževanja (prvi dan so potekala interaktivna predavanja, drugi dan so bile izvedene štiri zaporedne delavnice,

kjer so udeleženci delali v skupinah) zaprošeni, da izpolnijo evalvacijski vprašalnik. Izpolnjevanje je bilo anonimno in prostovoljno. Vprašanja o vsebini in izvedbi predavanj ter delavnic so bila oblikovana s pomočjo Likertove lestvice. Vprašanja odprtega tipa o mnenjih in vtisih na koncu vsakega sklopa vprašanj so omogočala udeležencem podati tudi bolj podrobna mnenja. Oddane ankete so bile analizirane z uporabo frekvenčnih porazdelitev.

V času kumulativne analize je bilo število oddanih vprašalnikov 1233.

Rezultati

Rezultati kvalitativne raziskave med zdravniki

Na podlagi pričakovanih kategorij in začetnega kodiranja smo ovire za presejanje za nasilje uvrstili v tri glavne kategorije, in sicer v ovire na strani zdravstvenega sistema, povezane z organizacijo dela, v ovire, povezane z zdravniki, ter v ovire, ki izhajajo iz bolnikov. Intervjuvanci so v vsaki od kategorij navedli tudi spodbude za odkrivanje nasilja. Rezultati kvalitativne analize ovir za presejanje so prikazani v tabeli (Tabela 1).

Tabela 1. Ovire pri presejanju za nasilje (prirejeno po Kopčavar Guček, 2015)

	Ovire	**Spodbude**
Zdravstveni sistem/ organizacija dela	– pomanjkanje časa/kompleksnost – organizacija in financiranje	– zavedanje položaja/ vloge zdravnika družinske medicine
Zdravnik	– kulturološki vidik nasilja – negotovost/nemoč /strah – pomanjkljiva kompetentnost in usposobljenost – vpliv odkrivanja na odnos z bolnikom	– zavedanje pomembnosti odkrivanja – pozitivni vplivi razkritja nasilja
Bolnik	– avtonomija, negativne izkušnje – pasivnost, toleranca, stigma, strah	– potreba po zaupanju

Raziskava je odkrila 12 glavnih tem, ki so bile razvite s pomočjo rezultatov predhodne analize. Zdravniki so prepoznali več ovir na svoji strani v primerjavi z ovirami na strani bolnikov. Med ovirami na strani zdravnikov je bila navedena zlasti »pomanjkljiva kompetentnost in usposobljenost«. Raziskava je bila izvedena v času pred začetkom projekta POND_SiZdrav, ko so organizirana izobraževanja o nasilju v družini že tekla v okolju zdravstvene nege, pediatrije, družinske medicine (program specializacije), za druge službe pa ni bilo podatkov o izobraževanjih zdravstvenih delavcev.

Rezultati analize mnenj udeležencev

Udeleženci so ocenjevali pet področij, posebej za prvi dan (predavanja) in za drugi dan (delavnice), in sicer:

0 – splošni vtis,
1 – organizacija,
2 – vsebine,
3 – pridobljena znanja, uporabljene vsebine in metode,
4 – lastna vključenost.

Za namen tega prispevka je bilo analiziranih 1233 vprašalnikov. Zanimalo nas je zlasti ujemanje s potrebami udeležencev glede na ovire, izražene v kvalitativni analizi (Kopčavar Guček in sod. 2016). V nadaljevanju so prikazani predvsem rezultati tretjega področja vprašanj – pridobljena znanja, uporabljene vsebine in metode.

Udeleženci so bili zaprošeni, da pri posameznih vprašanjih obkrožijo najbolj ustrezno mnenje.

Ocenjevali so posamezne elemente izobraževanja z opisno lestvico ocen, od 1 do 5, in sicer:
1 – zelo nerazumljivo,
2 – nerazumljivo,
3 – sem neodločen/-a,
4 – razumljivo,
5 – zelo razumljivo.

Na podlagi posameznih ocen sta bila izračunana povprečna ocena za posamezni element (M) in standardni odklon (SD).

V tabeli (Tabela 2) so prikazani rezultati zbirne ocene, posebej za predavanja in posebej za delavnice.

Tabela 2. Zbirni rezultati povprečne ocene udeležencev (N = 1233) glede pridobljenih znanj, posebej za predavanja in posebej za delavnice (možne ocene od 1 do 5)

	Ocena za predavanja		
	1. Predavanja so pripomogla k mojemu širšemu razumevanju nasilja v družini.	2. Na predavanjih sem pridobil/-a nova znanja o nasilju v družini.	3. Predavanja so vodila k izboljšanju veščin in kompetenc glede nasilja v družini.
M	4,3	4,2	4,2
SD	0,7	0,8	0,8
	Ocena za delavnice		
	1. Delavnice so pripomogle k mojemu širšemu razumevanju nasilja v družini.	2. Na delavnicah sem pridobil/-a nova znanja o nasilju v družini.	3. Delavnice so služile k izboljšanju veščin in kompetenc glede nasilja v družini.
M	4,5	4,5	4,5
SD	0,6	1,2	0,6

M = povprečna ocena, SD = standardna deviacija

Povprečne ocene za delavnice in predavanja so bile od 4,2 do 4,5, ocene so bile nekoliko višje za delavnice (povprečje za delavnice 4,5) kot za predavanja (povprečje za predavanja 4,25).

Ujemanje ocene udeležencev z rezultati predhodne analize o ovirah pri odkrivanju nasilja v družini

Glede na vseh 12 tem, prepoznanih v predhodni kvantitativni raziskavi, je projekt POND_SiZdrav ustrezno naslovil predvsem element »pomanjkljiva usposobljenost in kompetentnost«.

Program multidisciplinarne izobraževalne platforme je vseboval tudi obravnavo nekaterih drugih tem iz predhodne kvalitativne raziskave: kulturoloških razlik, negotovosti/nemoči/strahu in zavedanja pomembnosti odkrivanja nasilja. Evalvacijski vprašalnik ni vseboval podrobnih vprašanj na to temo, zato iz odgovorov udeležencev ni bilo mogoče sklepati o drugih temah.

Razprava

Evalvacije kurikulov večinoma podpirajo predpostavko, da izobraževanje o nasilju v partnerskih odnosih zveča znanje, izboljša odnos in razvije veščine (Hamberger, 2007).

Ujemanje med predhodno izraženimi potrebami in željami zdravnikov družinske medicine po znanju ter kompetencah in med mnenji udeležencev projekta POND_SiZdrav zato ni presenetljivo.

Interaktivnost, aktivno sodelovanje udeležencev in možnost preverjanja svojih izkušenj v majhnih skupinah so omogočali tudi razreševanje osebnih dilem na področju nasilja v družini.

Slabost primerjave med dvema različnima raziskavama je v strukturi udeležencev: medtem ko so v predhodni kvalitativni raziskavi sodelovali izključno zdravniki družinske medicine, pa je delež zdravnikov različnih specializacij med zdravstvenimi delavci v projektu POND_SiZdrav znašal od 22 do 33 % na posameznem izobraževanju, ostali udeleženci so prihajali iz zdravstvene nege in z drugih področij v okviru zdravstva. V povprečju se je izobraževanja udeležilo 120 udeležencev, v analizo pa so bili vključeni udeleženci 11 ponovitev dvodnevnega izobraževanja.

Pred izvedbo samega projekta POND_SiZdrav je bilo izvedenih tudi 30 polstrukturiranih intervjujev z zdravstvenimi delavci. Najpogostejši predlogi sogovornikov in sogovornic za oblikovanje vsebin za izobraževanje so bili:

1. učenje komunikacijskih veščin,
2. jasna obrazložitev pristojnosti posameznih institucij,
3. zakonske obveznosti zdravstvenega osebja,
4. zakonske podlage za ukrepanje/prijavo,
5. primeri, scenariji kliničnih poti,

6. dinamika in ozadja nasilja v družini,
7. razjasniti nejasnosti in »sivine«.

Ujemanje izobraževalnih ciljev oz. zadovoljstva udeležencev z naštetimi temami bi verjetno bilo še boljše, saj je bila ta raziskava izvedena znotraj istega projekta.

Glede na to, da je pri zdravnikih njihovo dejavno poizvedovanje o morebitni izpostavljenosti nasilju v partnerskih odnosih eden izmed glavnih dejavnikov, povezanih s poročanjem bolnikov o izkušnji nasilja v partnerskih odnosih v praksi, bi morale biti tudi prihodnje edukacijske intervencije bolj usmerjene v razvijanje veščin. Rezultati evaluacije udeležencev pričujočih izobraževanj so pokazali nekoliko večje zadovoljstvo udeležencev z delavnicami kot s predavanji: udeleženci projekta POND_SiZdrav so, četudi statistično neznačilno, višje ocenili delavnice v primerjavi s predavanji. O podobni večji učinkovitosti delavnic v primerjavi s teoretičnim izobraževanjem poročajo tudi drugi raziskovalci. V eni od raziskav (Connor, 2012) niso našli nobene značilne razlike med študenti, ki so bili deležni teoretičnega izobraževanja o nasilju v partnerskih odnosih (v času študija na medicinski fakulteti ali pozneje), in tistimi brez njega. Druga raziskava je ugotovila, da so po delavnicah o nasilju v partnerskih odnosih pomanjkanje znanja, veščin in duševne ovire pri zdravnikih družinske medicine sčasoma izginili (Easteal, 1992), v drugi raziskavi pa je udeležba v fokusnih skupinah podvojila zavedanje glede nasilja v partnerskih odnosih (Lo Fo Wong, 2006).

Znanje o nasilju v družini ni edini dejavnik uspešnega odkrivanja nasilja v družini. Zdi se, da pripravljenost, samozavest, mehanizmi strokovne podpore in pritisk dela v ambulanti močno vplivajo na to, ali bodo zdravniki družinske medicine poizvedovali o nasilju. Ob tem niti spol zdravnika niti njegova dodatna izobrazba o tej temi v eni od raziskav nista imela bistvenega vpliva na poročanje o odkritih novih žrtvah nasilja (Lo Fo Wong, 2006).

Kljub temu rezultati raziskav praviloma dokazujejo, da je izobraževanje najmočnejša determinanta, ki je izboljšala zavedanje in prepoznavanje nasilja v družini. Zlasti naj bi se izboljšalo aktivno odkrivanje skritih oblik nasilja, npr. duševnih težav, povezanih z nasiljem, kroničnih bolečin, ponavljajočih se težav z rodili in sečili (Lo Fo Wong, 2006).

Objektivni učinek izobraževanja se bo izkazal z deležem prepoznanih in obravnavanih primerov nasilja v družini v zdravstvenem okolju v prihodnosti. Vendar pa se je v eni od raziskav izkazalo tudi, da se učinek izobraževanja o nasilju v družini s časom izgublja (Ramsay, 2002). Zato je upati, da bo mogoče izobraževanja o tem pomembnem, pogostem in preprečljivem javnozdravstvenem problemu v slovenskem prostoru nadaljevati tudi v prihodnje.

Zaključki

Ocena udeležencev izobraževanj v projektu POND_SiZdrav se glede pridobljenega znanja, kompetenc in veščin ujema s stališči zdravnikov družinske medicine v predhodno opravljeni kvalitativni raziskavi. Seveda pa pozitivna ocena vsebin izobraževanja še ne

pomeni večjega deleža odkritih primerov nasilja v klinični praksi, zato bi bilo smiselno nadaljevati z izobraževanji na to temo; ne le zaradi zakonskih obveznosti, ampak zaradi vzdrževanja ravni znanja, osveževanja veščin in kompetenc ter preizpraševanja stališč o nasilju v družini.

Literatura

Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ 2002; 324: 271.

Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. Acad Med 1997; 72 (1 Suppl): S19–25.

Coker AL, Smith PH, Bethea L, Kong MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Archives of Family Medicine 2000, 9 (5): 451–457.

Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002; 23: 260–8. doi: 10.1016/S0749-3797 (02)00514-7.

Connor PD, Nouer SS, Mackey SN, et al. Intimate partner violence education for medical students: toward a comprehensive curriculum revision. South Med J 2012; 105: 211–5.

Dahlberg LL, Krug EG.Violence-a global preventive problem. V: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., urednika. World report on violence and health., Geneva, World Health Organisation, 2002: 1–22.

Easteal PW, Easteal S. Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. Violence Vict 1992; 7 (3): 217–28.

Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organisation, 2013. ISBN 978 92 4 156462 5.

Hamberger LK. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. Trauma Violence Abuse 2007; 8: 214–25.

Hegarty KL, Bush R. Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. Aust N Z J Public Health 2002; 26 (5): 437–42.

Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Aust N Z J Public Health 2001; 25 (5): 433–7.

Kopčavar Guček N. Pogostnost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine. Doktorska naloga. Ljubljana, 10. 02. 2015.

Kopčavar Guček N, Petek D, Švab I, Selič P. Barriers to screening and possibilities for active detection of family medicine attendees exposed to intimate partner violence.SJPH 2016; 55: 11–20.

Krug EG, Dahlberg LL, Mecy JA, Zwi AB, Wilson A. The way forward: recommendations for action. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mecy JA, Zwi AB, Lozano R, urednika. World report on violence and health. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2002.

Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen ALM. Increased awareness of Intimate Partner Abuse after training. A randomized controlled trial. Br J Gen Pract 2006; (56): 249–57.

Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1998.

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002; 325: 314.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324: 274.

Selič P. Nasilje v družini. V: Švab I, Rotar Pavlič D, urednika. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012: 311–26.

Selic P, Svab I, Kopcavar Gucek N. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. BMC Public Health 2013, 13: 703.

Spletna stran projekta POND. Pridobljeno 3.5. 2016 s spletne strani http://www.prepoznajnasilje.si/prepoznavanje-nasilja

Stinson CK, Robinson R: Intimate partner violence: continuing education for registered nurses. J Contin Educ Nurs 2006, 37: 58–62.

Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet 2002; 359 (9313): 1232–7.

World report on violence and health. World Health Organisation, Geneva, 2002: 1–346. Pridobljeno 11. 2. 2013 s spletne strani: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf.

Zachary MJ, Schechter CB, Kaplan ML, Mulvihill MN. Provider evaluation of a multifaceted system of care to improve recognition and management of pregnant women experiencing domestic violence. Womens Health Issues 2002; 12 (1): 5–15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Uradni list 15. 2. 2008; (16): 1148–52.

Izobraževanja POND: analiza odzivov udeležencev

Urška Smrke,[1] Lilijana Šprah[2]

Povzetek

Izobraževalni programi s področja nasilja v družini so se v okviru zdravstvene dejavnosti izkazali kot učinkovita metoda povečevanja kompetenc zdravstvenega osebja, saj lahko prispevajo k ustreznejšemu in bolj učinkovitemu prepoznavanju ter odzivanju na nasilje v družini (NvD). V okviru projekta POND_SiZdrav so bila oblikovana izobraževanja za zdravstveno osebje kot del multidisciplinarne izobraževalne platforme POND, katere namen je bil predstaviti ustrezno obravnavo NvD in povečati tako kompetence prepoznavanja NvD kot tudi sodelovanje zdravstvenega osebja v multidisciplinarnih timih. V pričujočem prispevku je predstavljena analiza odzivov udeležencev izobraževanj POND z vidika obiska izobraževanj in njihovih mnenj o različnih vidikih izobraževanj. Izobraževanj se je udeležilo 1776 zaposlenih v zdravstvu, ki so najpogosteje prihajali iz osrednjeslovenske regije. Glede na strukturo udeležencev se je izobraževanj udeležilo 48,6 % osebja zdravstvene nege, 32,3 % zdravnikov in zobozdravnikov ter 19,1 % drugih poklicnih profilov. Udeleženci so ob koncu izobraževanj izpolnili evalvacijski vprašalnik, s katerim so ocenili zadovoljstvo z izobraževanji. Analiza odzivov je pokazala visoke ocene tako na področju organizacije, predstavljenih vsebin in uporabljenih metod ter lastne vključenosti kot tudi na področju pridobljenih znanj. Udeleženci izobraževanj so poročali, da so pridobili širše razumevanje o NvD in novo znanje ter izboljšali veščine in kompetence, potrebne za prepoznavo, za ustrezno odzivanje ter ukrepanje ob sumu na NvD.

Ključne besede: izobraževanja, zdravstveno osebje, nasilje v družini, mnenja udeležencev.

Uvod

Zdravstveno osebje ima pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini (NvD) posebno vlogo, saj osebe z izkušnjo NvD pogosto vstopajo v zdravstveni sistem na različnih ravneh, vendar pa tam pogosto ostanejo neprepoznane (Elliot in sod. 2002; Cann in sod. 2001). Številne ovire, zaradi katerih zdravstveno osebje slabo prepoznava okolišči-

[1] Mag. psihologije, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: urska.smrke@zrc-sazu.si.

[2] Dr. medicinskih ved, višja znanstvena sodelavka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si.

ne zdravstvenih zapletov, ki bi lahko bile povezane z izpostavljenostjo NvD, se povezujejo s pomanjkljivim osnovnim poznavanjem problematike NvD (Cann in sod. 2001; Husso in sod. 2012), kar pogosto prepoznavajo tudi sami zdravniki (Alotaby in sod. 2013). Tudi avtorji raziskave, ki je vključevala zdravnike v Sloveniji (Selič, 2010), navajajo, da je eden izmed možnih razlogov neustrezne obravnave NvD slaba seznanjenost z ustreznimi načini odzivanja v primerih suma na NvD.

Ker zdravstveni delavci predstavljajo pomemben člen v verigi prepoznavanja in obravnavanja NvD, jih je treba dodatno informirati, dvigniti njihovo raven ozaveščenosti in usposobljenosti na področju prepoznave ter obravnave NvD tudi s pomočjo ustreznih izobraževalnih programov (Kopčavar Guček 2004). Izobraževanja, usmerjena k povečevanju kompetenc zdravstvenega osebja na področju prepoznave in obravnave žrtev NvD, jih lahko opolnomočijo do te mere, da pri medicinski obravnavi pacientov prej posumijo na možnost izpostavljenosti NvD (Wong in sod. 2007). Izobraževanja lahko prispevajo k višji ravni ozaveščenosti zdravstvenih delavcev, k občutku boljše opremljenosti zdravnika za prepoznavo in obravnavo NvD, kar avtorji povezujejo s povečanim številom prepoznav nasilja med partnerjema ter večjim številom izpraševanj pacientk (Wong in sod. 2006; Wong in sod. 2007; Ammentorp in sod. 2007). Zdravstveno osebje mora biti za učinkovito odzivanje na pojave NvD tudi dobro seznanjeno z zakonskimi in drugimi določili, na podlagi katerih lahko ukrepa, z dinamiko in značilnostmi NvD (Selič, 2010), biti mora vešče dokumentiranja poškodb oziroma bolezni, znati se mora pogovoriti o NvD s pacienti ter nuditi primerno podporo žrtvam NvD (Cann in sod. 2001).

Pred vzpostavitvijo multidisciplinarne izobraževalne platforme POND je bilo v okviru raziskave POND (Cukut Krilić in sod. 2015) zdravstveno osebje naprošeno, da izrazi svoja pričakovanja glede vsebinskih in tehničnih vidikov izobraževanj s področja NvD. Kot najustreznejšo obliko izobraževanj so izbrali delavnice, sledila so predavanja in dostopanje do izobraževalnih vsebin preko različnih tiskovin. Glede vsebin pa so najpogosteje menili, da bi morala izobraževanja vsebovati primere dobrih kliničnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev NvD, določila o zaupnosti podatkov v primeru NvD, zdravstvene protokole obravnave žrtev ter načine komunikacije z žrtvijo NvD. Izsledki omenjene raziskave so bili upoštevani pri oblikovanju izobraževalne platforme projekta POND_SiZdrav, katere glavni namen je predstaviti ustrezno obravnavo NvD, povečati kompetence prepoznavanja NvD in izboljšati sodelovanje v multidisciplinarnih timih. Platforma je organizirana v obliki štirih tematskih sklopov, ki pokrivajo naslednja področja: a) nasilje v družini kot zdravstveni in družbeni problem, b) različni pristopi prepoznavanja žrtev nasilja v družini v zdravstvu, c) klinični znaki in poti obravnavanja žrtev nasilja v družini ter d) zakonske osnove in strategije sodelovanja. Izobraževalno platformo sestavlja več medsebojno povezanih in dopolnjujočih se orodij: spletna stran, priročnik, dvodnevna predavanja in delavnice, izobraževalne vsebine in priročna orodja s področja prepoznave ter obravnave nasilja v družini, ki dopolnjujejo priročnik in strokovno izobraževanje (e-vsebine, QR-kode, obrazci in protokoli za dokumentiranje ter obravnavo žrtve nasilja; Smrke in Šprah; 2016, Šprah, 2016).

V pričujočem prispevku so predstavljeni izsledki analize odzivov udeležencev izobraževanj POND, ki so se udeležili izobraževanj v obdobju med septembrom 2015 in aprilom 2016. Evalvacija odzivov udeležencev je bila opravljena z vidika strukture udeležencev izobraževanj, organizacije izobraževanj, podanih vsebin in uporabljenih metod, pridobljenih znanj ter vključenosti v izobraževanja.

Metoda

Izobraževanja POND so dvodnevna izobraževanja v obsegu 16 ur, izvedena v dveh modulih (modul 1 v obliki predavanj, modul 2 pa v obliki delavnic). Namenjena so zdravstvenemu osebju in tudi drugim zaposlenim v zdravstvu, izvajajo pa jih multidisciplinarni izobraževalni timi.

Udeleženci

17 serij izobraževanj POND se je od septembra 2015 do aprila 2016 udeležilo 1776 udeležencev (od tega 86,5 % žensk). Udeleženci so prihajali predvsem iz osrednjeslovenske (56,3 %), jugovzhodne (12,3 %) in goriške regije (8,6 %), v manjši meri pa tudi iz savinjske (5,0 %), podravske (4,7 %), gorenjske (4,4, %), spodnjeposavske (3,4 %), obalno-kraške (1,9 %), pomurske (1,1 %), koroške (1,0 %), zasavske (0,8 %) in notranjsko-kraške regije (0,1 %). Slaba polovica (48,6 %) udeležencev je bilo osebja zdravstvene nege, 32,3 % zdravnikov in zobozdravnikov ter 19,1 % drugih poklicnih profilov (bodisi zaposlenih v zdravstveni dejavnosti ali poklicih, ki se srečujejo z NvD). V skupini zdravnikov je bilo največ (19,9 %) zobozdravnikov, zdravnikov družinske medicine (16,2 %), ginekologije in porodništva (11,1 %), splošne medicine (11,1 %), pediatrije (8,2 %), psihiatrije (5,7 %), v manjši meri pa so se izobraževanj udeleževali tudi zdravniki šolske medicine (1,9 %), anesteziologije in reanimatologije (1,7 %), splošne kirurgije (1,7 %), interne medicine (1,6 %) ter medicine dela, prometa in športa (1,2 %), medtem ko so se zdravniki drugih specializacij izobraževanj udeleževali v manj kot 1 %.

Pripomočki

Informacije o strukturi udeležencev izobraževanj smo pridobili iz prijavnega sistema na izobraževanja POND in evidenc prisotnosti. Udeleženci izobraževanj so ob koncu izobraževanj izpolnili Vprašalnik za evalvacijo izobraževanj: modul 1 (predavanja) oziroma modul 2 (delavnice), kjer so podali svoje demografske podatke, splošen vtis o predavanjih oziroma posamezni delavnici, mnenja o organizaciji in vsebini predavanj ter delavnic in o pridobljenih znanjih ter lastni vključenosti. Svoje odgovore so podajali v obliki petstopenjske lestvice (1 – zelo slabo, 5 – zelo dobro), ki je bila prilagojena skladno s formulacijo postavke (npr. tudi v obliki 1 – zelo neustrezno, 5 – zelo ustrezno in 1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam). Udeleženci so imeli možnost podati tudi mnenje v obliki prostega besedilnega odgovora in sporočiti, ali bi izobraževanja priporočili drugim, ki prihajajo v stik s problematiko NvD v zdravstveni dejavnosti, ter zakaj bi jih priporočili drugim.

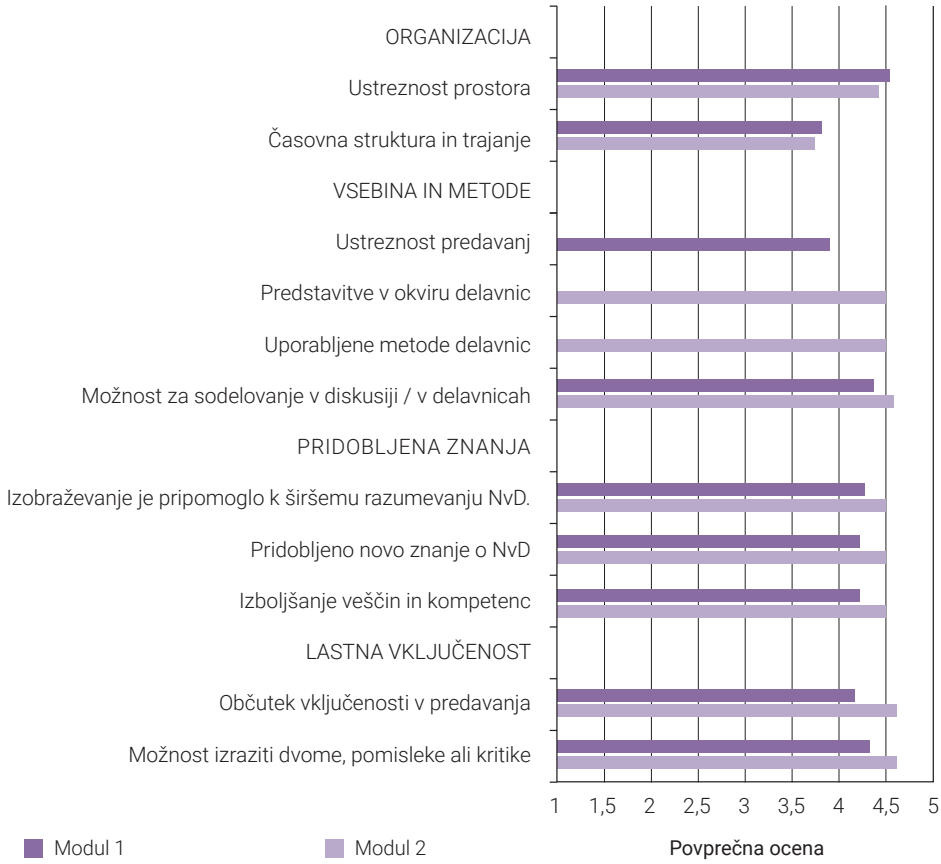
Evalvacijski vprašalnik modula 1 je izpolnilo 1235 (69,5 %) udeležencev, evalvacijski vprašalnik modula 2 pa 1433 (81,3 %) udeležencev.

Postopek

V pričujočem prispevku so vključeni podatki, zbrani v seriji prvih 17 izobraževanj POND, ki so se odvijala med 18. 9. 2015 in 8. 4. 2016. Podatki so bili analizirani z metodami deskriptivne statistike.

Rezultati

Udeleženci izobraževanj so na evalvacijskih vprašalnikih najprej podali splošen vtis o predavanjih. Modul 1 so ocenili s povprečno oceno 4,4 (*SD* = 0,6), modul 2 pa s povprečno oceno 4,5 (*SD* = 0,7). Graf 1 prikazuje povprečne ocene udeležencev za posamezne vidike izobraževanj za oba modula.



Graf 1. Povprečne ocene modula 1 (predavanja) in modula 2 (delavnice) po posameznih ocenjevanih področjih.

Poleg ocen posameznih vidikov izobraževanj so udeleženci podali tudi svoje mnenje, ali bi posamezni modul priporočili tudi drugim, ki prihajajo v stik s problematiko NvD v

zdravstveni dejavnosti, in zakaj bi ga priporočili. Za modul 1 (predavanja) je 99,2 % udeležencev poročalo, da bi ga priporočili, medtem ko jih je za modul 2 (delavnice) tako odgovorilo 99,5 %. Med razlogi, zakaj bi izobraževanja priporočili, so največkrat navajali, da so pridobili veliko uporabnih informacij in da se bodo tudi drugi zaposleni v zdravstvu naučili prepoznati nasilje, pristopati k žrtvam ter znali ukrepati. Pogosto so ugotavljali, da imajo s tega področja premalo znanja in prepoznavali izobraževanje kot pomoč pri izboljšanju svojih kompetenc ter veščin. Na drugi strani pa so se razlogi proti nanašali predvsem na dolg časovni obseg izobraževanj in ponavljanje nekaterih vsebin.

Razprava

Od septembra 2015 do aprila 2016 se je v projektu POND_SiZdrav odvilo 17 izobraževanj, ki se jih je udeležilo 1776 udeležencev. Izobraževanja so se v največji meri udeležili zdravstveni delavci z območja osrednjeslovenske regije, kjer so se tudi odvijala izobraževanja, sledila je jugovzhodna regija, medtem ko je bila zastopanost udeležencev iz drugih regij manjša (npr. 2 udeleženca iz notranjsko-kraške, 14 iz zasavske, 17 iz koroške, 19 iz pomurske regije). Med poklicnimi skupinami je bilo najpogosteje zastopano osebje zdravstvene nege (slaba polovica udeležencev izobraževanj), sledili so zobozdravniki (6,4 % udeležencev) in zdravniki družinske medicine (5,2 %). Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011) zdravstveno osebje obvezuje k izobraževanju s področja NvD v obsegu 5 ur vsakih 5 let. Izobraževanje POND s 16 urami obveznost zdravstvenih delavcev presega. Morda se je nekaterim udeležencem zdelo izobraževanje v takem obsegu preobsežno, kar je lahko tudi eden izmed razlogov za manjšo udeležbo zdravnikov in tudi drugih profilov zaposlenih v zdravstvu.

Tako izobraževanja kot tudi celotna izobraževalna platforma POND so bili oblikovani z namenom ponuditi vsebine, ki bi pripomogle k izboljšanju znanja in kompetenc zdravstvenih delavcev na področju prepoznave ter obravnave NvD, in na podlagi strokovnih smernic, analize stanja ter dobre prakse v tujini (Smrke in Šprah, 2016). Poseben poudarek je bil pri tem namenjen mnenjem udeležencev raziskave POND glede vsebin in oblik, ki so jih prepoznali kot ustrezne za vključitev v tovrstna izobraževanja (Cukut Krilić in sod. 2015). Udeleženci izobraževanj so bili z njimi v povprečju zadovoljni, na kar še posebej kaže visok odstotek (nad 99 %) tistih, ki bi izobraževanja priporočili drugim zaposlenim v zdravstvu.

Strokovna izobraževanja za zdravstveno osebje morajo ponuditi ustrezne informacije o NvD, njegovi prepoznavi in obravnavi z različnih vidikov ter morajo biti usmerjena v povečevanje kompetenc. Udeleženci so izobraževanja POND ocenili z visokimi povprečnimi ocenami tako na področju organizacije in vsebin kot tudi lastne vključenosti. Z vidika učinkov izobraževanja je najpomembnejše področje, ki so ga ocenjevali, področje pridobljenih znanj. Tudi tukaj so ocenjevali izobraževanje zelo visoko, saj so menili, da je izobraževanje dobro oz. zelo dobro pripomoglo k širšemu razumevanju NvD, da so pridobili novo znanje ter izboljšali veščine in kompetence na tem področju. Podobna

sporočila lahko razberemo tudi iz njihovih komentarjev na evalvacijskih vprašalnikih; menili so, da so izobraževanja pripomogla k izboljšanju znanja in kompetenc na področju prepoznave ter obravnave NvD. Vendar pa bi bila za bolj zanesljivo oceno prispevka izobraževanj k boljši prepoznavi in obravnavi žrtev NvD potrebna obširnejša raziskava v daljšem časovnem obdobju, v katerem bi se spremljala tudi povečanje števila prijav sumov na NvD ter udeležba v multidisciplinarnih timih.

Zaključek

Zdravstveno osebje se lahko v verigo akterjev na področju odkrivanja in preprečevanja NvD bolj učinkovito vključi le opremljeno z dovolj znanja in s komunikacijskimi veščinami, kar je predpogoj za ustrezno ter pravočasno ukrepanje. V tuji praksi so se kot izredno učinkovita oblika povečevanja ozaveščenosti in odkrivanja NvD izkazali različni izobraževalni programi. V Sloveniji pa je žal na voljo le omejen obseg tovrstnih izobraževanj, ki se ne izvajajo sistematično in tudi niso dostopna širšemu krogu zdravstvenih delavcev. To vrzel je lani začela zapolnjevati multidisciplinarna izobraževalna platforma POND s strokovnimi izobraževanji, usmerjenimi predvsem v povečevanje kompetenc prepoznavanja NvD zdravstvenih delavcev, v seznanjanje z ustrezno obravnavo NvD in v spodbujanje sodelovanja zdravstvenih delavcev v multidisciplinarnih timih. Izobraževanja so bila med udeleženci dobro sprejeta in ocenjena kot koristna v smislu pridobljenega širšega razumevanja področja ter znanja o NvD in izboljšanja veščin ter kompetenc prepoznave in obravnave NvD.

Literatura

Alotaby IY, Alandari BA, Alshamali KA, Kamel M I, El-Shazly MK. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. Alexandria Journal of Medicine 2013; 49: 175–80.

Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2007 Jun; 66 (3): 270–7.

Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. Public Health 2001; 115: 89–95.

Cukut Krilić S, Modic KU, Smrke U, Šimenc J, Zver Makovec M, Šprah L, Knežević Hočevar D, Vah Jevšnik M. Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvantitativna in kvalitativna raziskava – končno poročilo projekta POND_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

Elliott I, Nerney M, Jones T, Friedman PD. Barriers to screening for domestic violence. J Gen Intern Med 2002; 17: 112–6.

Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysaari M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. Health and Social Care in the Community, 2012; 20 (4): 347–55.

Kopčavar Guček N. Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: Veselič Š, Horvat D, Plaz M, urednice. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, 2014: 218–34.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 38/2011.

Selič P. dejavno odkrivanje in pogostnost nasilja v družini: podatki in osnova za sodelovanje med strokami. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 31–44.

Smrke U, Šprah L. Predstavitev prve multidisciplinarne izobraževalne platforme za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini, namenjene zdravstvenim delavcem. Predavanje na strokovnem srečanju Žrtve nasilja v družini potrebujejo sodelovanje vseh institucij in NVO, 11. 2. 2016. Pridobljeno 11. 4. 2016 s spletne strani: http://www.prepoznajnasilje.si/projekt/izdelki.

Šprah L. Vzpostavljena je prva multidisciplinarna izobraževalna platforma v podporo zdravstvenemu osebju pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Revija ISIS 2016; feb: 27–31.

Wong SLF, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM. »I am not frustrated anymore«: Family doctors› evaluation of a comprehensive training on partner abuse. Patient Education and Counseling 2007; 66 (2): 129–37.

Wong SLF, Wester F, Mol SSL, Lagro-Janssen TLM. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2006; 56 (525), 249–57.

Srečanja z izpovedjo nasilja v družini v vsakodnevni zdravstveni praksi

Danica Rotar Pavlič[1]

Povzetek

V prispevku avtorica razpravlja o razkoraku med teorijo in idealiziranimi situacijami, ki se v vsakodnevni praksi lahko odmikajo od načrtovanega učinkovitega reševanja nasilja v družini. Predvsem izpostavi težko ekonomsko stanje žrtev nasilja, ki marsikatero izmed njih kljub prizadevanjem njenega izbranega zdravnika vodi k vrnitvi v neustrezno domače okolje. Prizadevanja izbranih zdravnikov za kakovostno vodenje žrtev nasilja, ki vključujejo vse dorečene ustanove, a se kljub temu končajo s »statusom quo«, lahko marsikoga izmed njih razočarajo, otopijo ali zmanjšajo njihova nadaljnja prizadevanja. Avtorica poudarja, da izbrani zdravnik kljub morebitnim neuspehom ne sme nikoli prenehati z nasprotovanjem nasilju. K njegovemu dejavnemu odkrivanju in pomoči naj ga vodijo uspešno rešeni primeri. Izbrani zdravnik mora zaradi svoje poklicne drže in družbenega vpliva zagovarjati ničelno toleranco do nasilja.

Ključne besede: bolnica, nasilje v družini, izbrani zdravnik, vsakodnevna praksa.

Uvod

Izbrani zdravnik družinske medicine je glede na značilnosti svojega dela na edinstvenem mestu, na katerem lahko pravočasno in učinkovito odkriva nasilje v medsebojnih človeških odnosih, saj se mnoge žrtve, ki so utrpele posledice, najprej oglasijo prav pri svojem izbranem zdravniku (Ahmed in sod. 2007). V slovenski družinski medicini so med obiskovalci ambulant zabeležili 17-odstotno pojavnost nasilja (Selič in sod. 2013). Zdravstvene ustanove na primarni ravni so pogosto vstopna točka oseb, ki so utrpele nasilje, zato morajo izbrani zdravniki ne le znati prepoznati nasilje v družini, temveč poznati tudi postopke pri obravnavi žrtev in se na tem področju izobraževati (Kopčavar-Guček, 2014).

Izpoved o doživljanju nasilja v vsakodnevni praksi

V družinski medicini v ospredje stopa predvsem skrajno omejen čas, ki ga ima zdravnik na voljo za obravnavo posameznega bolnika. Čeprav lahko vsak pričakuje, da se mu bo občasno zgodil nepričakovani obisk nenaročenega bolnika, ki je doživel tragično izku-

[1] Primarij, dr. znanosti, dr. medicine, izredna profesorica, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univ. v Ljubljani, Poljanski nasip 58, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: danica.rotar@gmail.com.

šnjo (slaba novica glede bolezni, izguba bližnje osebe, izkušnja nasilja), je zdravnik vedno znova tudi sam presenečen. Vrsto predvidenih in rednih obravnav nenadoma prekine nekaj hudega; v primeru nasilja v družini je to običajno izpoved bolnice, ki je bila prav tisti dan med obiskom ambulante »nagovorjena«, da izpove svoje trpljenje in ga ne tišči več v sebi. Morda je pred tem že večkrat želela spregovoriti, vendar so jo okoliščine zadrževale. Tako se ne le bolnica, temveč tudi zdravnik znajde v primežu, ki od njega zahteva, da se prilagodi in pozabi tistih že večkrat omenjenih sedem minut (Živčec Kalan in sod. 2012), ki mu jih plačnik odreja za obravnavo enega bolnika. Vsak normalni človek se vpraša, ali je to sploh mogoče. Kljub zelo različnim pogledom, ki jih imajo ljudje o svojih zdravnikih, lahko zatrdim, da jih je večji del že usposobljenih, da prisluhnejo in dajo bolnici, ki je bila žrtev nasilja v družini, dovolj časa. Nemalokrat je tudi zdravnik presenečen, ko izve, da besedno ali telesno nasilje traja že več let ali celo desetletij. Morda ugotovi, da se je v preteklih zdravstvenih obravnavah že spraševal o vzrokih nikoli pojasnjenih telesnih težav, kot so bolečine v trebuhu, glavoboli, ponavljajoči se žgoči občutki v žlički, nepojasnjene bolečine v mišicah in kosteh ... Zdi se, da je izpoved nenadoma razjasnila prenekatera zdravstvena ozadja. Navkljub tej medicinski usmerjenosti pa je v času razkritja najprej potreben povsem človeški pristop. Včasih molk, ki prekine dolgo pripoved, pove več kot marsikatera beseda. Morda bi se tudi zdravnik rad umaknil pred težo izpovedi, vendar je neustrezno nebesedno izražanje lahko še dodaten vir napetosti. Zato je tako pomembno, da se prilagodi – pa čeprav se zaveda, da je tisti trenutek v čakalnici še nekaj bolnikov, ki bodo prav tako pred njim razkrili težave in mu obenem izrazili še svoje nestrinjanje ter razočaranje zaradi nekoliko daljšega čakanja na obravnavo. Zdravnik ima danes na voljo precej t. i. nemedicinskih pomočnikov, kamor bolnico mora usmeriti in tudi jo usmeri po pomoč. Čeprav ni namen tega prispevka podajati informacije, kako izvajati prijavno dolžnost, je vendarle smiselno na kratko omeniti, da ima družinska medicina vse postopke – kako vključiti center za socialno delo, kdaj se obrniti na policijo, kako je s sodelovanjem v multidisciplinarnih timih – v okviru modularnega izobraževanja specializacije. Zdravnik tako izpelje postopek v okviru danih možnosti in po temeljitem pogovoru z bolnico, ki jo že kmalu naroči na kontrolni pregled. Morda se odloči za predpis ustreznih zdravil, ki so del celovitega zdravljenja, verjetno pa ima tudi že iztočnice za pogovore ob kontrolah.

Nadaljevanje obravnave

Kontrolni pregledi so tudi za zdravnika lahko vir občutka poklicnega neuspeha. Ob razkritju bolečih izkušenj nasilja v družini je najbrž pričakoval, da bo delovanje vseh služb učinkovito in v pomoč bolnici ter njenim otrokom, ki so se znašli v vrtincu strahov. A neredko sledi spoznanje, da se je bolnica raje vrnila v domače okolje, kakor pa da bi se odločila za bivanje v varni hiši ali poiskala primerno nastanitev kje drugje. Pri tem običajno začne navajati ekonomske razloge, pojasnjevati zapletene okoliščine, govoriti o nepoplačanih večletnih kreditih in o tem, da tudi z dodatnim delom ne bi mogla preskrbeti niti sebe, kaj šele svojih otrok – v zdajšnjem stanovanju ali celo hiši pa ji je na voljo vse potrebno udobje, a skupaj z njim seveda tudi povzročitelj nasilja ... Kako se odzvati ob današnji gospodarski stiski, ko niti enkratne denarne pomoči Rdečega križa ali Ka-

ritasa nimajo želenega učinka? V takih trenutkih je tudi zdravnik pred težko nalogo. Kot je bilo že omenjeno, si lahko prikliče v spomin uspešno rešene primere, ko se je žrtvi s pomočjo številnih podpornikov uspelo izviti iz primeža neustreznih nasilnih odnosov. Zdravnik se morda čez leta sreča z že odraslimi otroki, ki so se po končanem šolanju zaposlili, ali z bolnico, ki v zaupljivem odnosu pove, da ji je v najtežjih trenutkih ob strani stal tudi izbrani zdravnik. Spregovorimo še o ne najbolj obetavnem poteku reševanja neustreznih medosebnih in nasilnih odnosov. Zdravnik se po zavrnitvi namestitve v varni hiši še vedno srečuje z bolnico in si prizadeva za redne kontrolne obiske v ambulanti, med katerimi preverja, ali je stanje ogrožajoče in ali je bolnica navkljub slabemu ekonomskemu stanju morda vendarle že motivirana za korenite spremembe. Včasih se v mesecih, ki sledijo razkritju nasilja v družini, nekatere bolnice znajdejo in jim uspe najti začasno rešitev. Ob tem je pomembno omeniti podporo, ki jim jo neredko nudijo sodelavke in sodelavci. Ti imajo v obdobju krize zelo pomembno vlogo. Spet druge bolnice pa postanejo nekako zadržane in zanikajo nove pritiske, čeprav jim zdravnik morda ne verjame povsem. Tako se v medicinski dokumentaciji nizajo dogodki in stvari se postopoma umirijo. Zdi se, da so razrešene. Čez nekaj časa, morda šele čez nekaj let, utegne zdravnik prejeti vabilo na razpravo, v katerem so naštete vse posledice, če se na sodišču ne pojavi kot vabljena priča. Dopis znova zbudi spomine na vse pretekle obravnave bolnice, čeprav je od njih morda že dolgo. Zaradi časovne odmaknjenosti je najbolj smiseln pregled njene zdravstvene kartoteke (kako bodo stvari tekle v prihodnje, ko bo na voljo elektronska dokumentacija, bomo še videli). Takrat se marsikateri zdravnik zave, kako pomembna je pravzaprav medicinska dokumentacija in kako narobe je, da mu poleg časa za obravnavo bolnice običajno primanjkuje tudi čas za dobro vodenje medicinske dokumentacije. Kaj pa, če se je bolnica medtem že preselila in v drugem kraju izbrala novega zdravnika, h kateremu je odšla tudi njena zdravstvena kartoteka? Naj bo tako ali drugače, zdravnik se hočeš nočeš mora odpraviti na sodišče. Čeprav je obravnava lahko razpisana med njegovim službenim časom ali zunaj njega, ve, da za porabljeni čas (razen morda potnih stroškov) ne bo prejel nobenega plačila. Ker ni vešč sodnih obravnav, tam zbranim s precejšnjim nelagodjem pojasnjuje, da je bolnico resnično pregledal in da z njo ni v prijateljskih stikih, ki bi ga navajali k domnevno pristranskim ugotovitvam pregleda ali k domnevno prirejenim zapiskom. Nekateri zdravniki pred oziroma med obravnavo tudi prvič vidijo povzročitelja nasilja ... Je mar čudno, če bi se nadvse radi izognili tovrstnim postopkom, navzkrižnemu spraševanju in »bližnjim srečanjem«?

Zaključek

Izbrani zdravnik na primarni ravni je v edinstvenem položaju, da v okviru svoje vsakodnevne prakse odkriva in vodi žrtve nasilja, ki obiskujejo njegovo ambulanto. Čeprav so izpovedi pogosto nepričakovane in korenito posežejo v dnevni ritem dela, so se zdravniki običajno sposobni prilagoditi takim razmeram, čeprav jih neutemeljene pripombe čakajočih v čakalnici utegnejo prizadeti. V preteklosti se marsikateri zdravnik ni znašel glede sodelovanja z drugimi službami in sodišči, v zadnjem času pa se je – tudi po zaslugi izobraževanja v okviru projekta POND_SiZdrav – s tem povezano nelagodje

zmanjšalo. Tako lahko ugotovimo, da so izbrani zdravniki večinoma ustrezno opremljeni za vodenje bolnice, ki je žrtev nasilja v družini (Kopčavar-Guček, 2015).

Literatura

Ahmed F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Levinson W. Violence involving intimate partners. Prevalence in canadian family practice.Canadian Family Physician 2007; 63: 460–468.

Kopčavar-Guček N. Pristojnost zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V: VeseličŠ (ur.), Horvat D (ur.), Plaz M (ur.). *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, 2014: 218–233.

Kopčavar Guček N. Družinska medicina. V: Šimenc J (ur.). *Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2015: 113–116.

Selič P, Švab I, Kopčavar Guček N. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. BMC public health 2013; 13: 703.

Živčec Kalan G, Petek Šter M, Kersnik JJ. Determinants of family physicians› workload = Elementi obremenitve zdravnikov družinske medicine z delom. Zdravniški vestnik 2012, 81 (6): 461–469.

Prepoznava in obravnava nasilja v odnosih z bližnjimi v zdravstvenem sektorju na Norveškem

Merete Berg Nesset, Stig Jarwson, Jim Aage Nøttestad, Roger Almvik[1]

Povzetek

Nasilje v odnosih z bližnjimi je na dnevnem redu norveškega parlamenta zlasti v zadnjih dveh desetletjih. V tem času so bili objavljeni vladni akcijski načrti, s katerimi naj bi povečali občutljivost zdravstvenih in socialnovarstvenih služb na področju nasilja v odnosih z bližnjimi. Vsaki osebi na Norveškem naj bi bil dodeljen osebni zdravnik. Kadar osebe, ki so izpostavljene nasilju, iščejo pomoč, so osebni zdravnik, urgentni zdravstveni centri ali centri za žrtve napadov velikokrat njihov prvi stik s strokovnimi službami. Te službe so odgovorne za oceno potreb po zdravstveni oskrbi in drugih oblikah pomoči.

Ključne besede: nasilje v družini, Norveška, zakonodaja, ocena tveganja.

Uvod

Nasilje v odnosih z bližnjimi je zelo razširjen družbeni problem, ki se od drugih oblik nasilja razlikuje po tem, da se dogaja v odnosih, kjer so vpleteni med seboj čustveno povezani, je skrito in se ponavlja. Nasilje je lahko fizično, psihično, ekonomsko in/ali čustveno, žrtve pa so v odvisnem odnosu do povzročitelja, zaradi česar še težje zapustijo nasilni odnos.

To se posebej nanaša na ranljive skupine, kot so nosečnice, osebe s funkcijskimi ali z intelektualnimi oviranostmi, starejše osebe, osebe s priseljenskim ali z begunskim ozadjem, narodne manjšine, homoseksualci, biseksualci in transspolne osebe, osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju ali težave z zlorabo psihoaktivnih snovi, ter zapornice.

Nasilje v odnosih z bližnjimi lahko opredelimo z različnimi povezanimi koncepti: nasilje v družini, družinsko nasilje, nasilje v intimnih partnerskih odnosih, napad na zakonskega partnerja/partnerico, zloraba intimnega partnerja/partnerice in nasilje v odnosih z bližnjimi. Posledično je izziv, da se opiše, saj so omenjeni koncepti različno razumljeni glede na nacionalne in kulturne kontekste. V tem prispevku je uporabljen izraz nasilje v odnosih z bližnjimi, ki vključuje nasilje do otrok, intimnih partnerjev (pri čemer so moški

[1] Zaposleni sodelavka in sodelavci na St. Olav's University Hospital, psihiatrični oddelek, Brøsetski oddelek za raziskave in izobraževanje v forenzični psihiatriji.

in ženske lahko tako povzročitelji ter tudi žrtve), nasilje do nekdanjih partnerjev/partneric in nasilje do drugih oseb v družini.

Nasilje razumemo kot »vsakršno dejanje, ki je usmerjeno proti drugi osebi, ki s povzročanjem poškodbe, bolečine, strahu ali žaljenja drugo osebo prisili k temu, da naredi nekaj proti svoji volji, ali pa se tej osebi s takimi dejanji prepreči, da stori to, kar bi želela« (Isadl, 2000). To vključuje fizično, psihično, prikrito, ekonomsko (materialno) in spolno nasilje.

Brøsetski center za raziskovanje in izobraževanje v forenzični psihiatriji

Norveška ima tri regionalne centre za raziskovanje in izobraževanje v forenzični psihiatriji ter psihologiji: Bergen (Helse Vest), Oslo (Helse Sør-Øst) in Trondheim (Helse Midt og Nord). Brøsetski center za raziskovanje in izobraževanje v forenzični psihiatriji je del Univerzitetne bolnišnice St. Olav v Trondheimu. Raziskovalni center je pristojen za raziskovanje in razvoj na področju forenzične psihiatrije. Njegova raziskovalna področja so ocena in obvladovanje tveganj, tveganja, povezana s hujšimi oblikami duševnih motenj, kazniva dejanja z elementi spolnosti in spolno nasilje ter nasilje v odnosih z bližnjimi. Center deluje v multidisciplinarnem okolju in ga sestavljajo zaposleni iz različnih disciplin s strokovnimi znanji na svojih področjih raziskovanja.

Kateri akterji s področja zdravstva so udeleženi pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v odnosih z bližnjimi na Norveškem

Občine morajo v skladu z Zakonom o zdravstvenih in skrbstvenih storitvah zagotoviti, da vsakdo, ki v njih prebiva ali se v njih nahaja, dobi ustrezno zdravstveno ter drugo oskrbo. Žrtvam nasilja in zlorab v odnosih z bližnjimi mora biti zagotovljena strokovna zdravstvena oskrba *(Meld. St. 15 Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve (2012–2013)* [Preprečevanje in boj proti nasilju v intimnih odnosih. Stvar življenja]). Po potrebi jih je treba napotiti k specialistom. Skrbstvene in zdravstvene storitve za žrtve nasilja ter zlorab so v pristojnosti občin in regionalnih zdravstvenih služb.

Norveško zdravstveno prakso pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v odnosih z bližnjimi opredeljujeta dva pomembna zakona: Zakon o zdravstvenem osebju *(Helsepersonelloven; LOV-1999-07-02-64)* in Zakon o pravicah pacienta (*Pasient- og brukerrettighetsloven; LOV-1999-07-02-63)* Ministrstva za zdravstvene in skrbstvene storitve. Delitev dela med občinsko ravnjo pomoči in specialističnimi zdravstvenimi storitvami, ki morda na občinski ravni niso na voljo, temelji na strokovni oceni kompleksnosti, pogostosti ter stopnje resnosti posameznega primera. Specialistične zdravstvene storitve obsegajo somatsko medicino, službe za duševno zdravje in interdisciplinarno specialistično obravnavo za zdravljenje odvisnosti (glej Zakon o specialističnih zdravstvenih storitvah, 2-1a), ne glede na to, ali je primer povezan z nasiljem, zlorabo ali drugimi razlogi za obravnavo.

Na Norveškem ima vsakdo ali bi vsaj moral imeti splošnega zdravnika. Ko žrtev nasilja poišče pomoč, so njen splošni zdravnik, zdravnik urgentne medicine ali centri za žrtve napadov in zlorab pogosto prvi stik s strokovnimi službami. Splošni zdravnik je nato odgovoren za oceno potreb po nadaljnji zdravstveni oskrbi in drugi pomoči. Če so potrebne specialistične obravnave, bo pacient napoten k ustreznemu izvajalcu zdravstvene oskrbe, če bo treba, tudi v okrožno psihiatrično bolnišnico ali k psihologom in psihiatrom zasebne prakse. Obravnava otrok, ki so doživljali nasilje in/ali spolno zlorabo, zahteva specialistično strokovno znanje ter jo zato morajo opraviti ustrezni specialisti. Dostop do strokovno usposobljenega specialističnega izvajalca zdravstvenih storitev je zlasti na podeželskih področjih Norveške lahko otežen, zato se pojavlja potreba po sodelovanju z občinskimi zdravstvenimi službami in po prenosu strokovnih znanj.

Klinike za javno zdravje (primerljive z zdravstvenimi domovi v Sloveniji) in šolska medicina so zadolženi za promocijo zdravja ter za zagotavljanje preventive nosečnicam, otrokom in mladostnikom do starosti 20 let ter njihovim staršem in skrbnikom. Vse občine na Norveškem so zakonsko zavezane zagotoviti omenjene storitve. Njihove storitve morajo biti medsebojno povezane in morajo skrbeti za fizično ter duševno zdravje otrok, mladostnikov in njihovih družin. Te storitve pokrivajo zdravstvene preglede, cepljenja, obiske na domu, informiranje o zdravju in svetovalne dejavnosti. Ne glede na resnost zdravstvenega problema naj iskanje pomoči v teh ustanovah ne bi bilo težavno, njihove storitve pa naj ne bi bile plačljive. Omenjene ustanove imajo stik z večino otrok in njihovih staršev na Norveškem. Pomagajo lahko pri odkrivanju primerov nasilja nad nosečnicami in otroki ter pomagajo ženskam, ki doživljajo nasilje, pri zagotavljanju njihove potrebne zdravstvene oskrbe.

V letu 2013 je vlada podelila občinam subvencije za vključitev psihologov v izvajanje občinskih zdravstvenih storitev. Namen je bil okrepiti preventivno in psihosocialno podporo prebivalcem. Psihologi bi lahko imeli pomembno vlogo pri prepoznavi nasilja v odnosih z bližnjimi in pri superviziji drugega strokovnega osebja, hkrati pa bi imeli pregled nad tem, katere podporne storitve so na voljo v njihovih občinah.

Storitve na domu, kot so obiski zdravstvenih delavcev na domu, bi lahko pomagale zlasti pri odkrivanju in zaščiti ranljivih skupin, kot so starejši ter osebe z oviranostmi, do katerih so lahko nasilni tisti, ki jim nudijo skrb. Ta ukrep je bil vključen v Reformo kompetenc 2015.

Osebe z izkušnjo nasilja imajo lahko težave pri zobozdravstveni oskrbi. To področje ureja bela knjiga Dostopnost, kompetenca in socialna enakost: zobozdravstvene storitve v prihodnosti *(St.meld nr.35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning — Framtidas tannhelsetjenester)*, ki določa, naj se ugotovi, kakšno je zdravje zob in ustne votline pri osebah, ki so doživele mučenje ali zlorabo. Posledično je bil ustanovljen tim zobozdravnikov in psihologov, ki naj bi pregledoval ter zdravil osebe, ki so bile žrtve mučenja ali zlorab in trpijo zaradi odontofobije (strahu pred zobozdravniki).

Centri za žrtve nasilja so opredeljeni kot »zdravstvena storitev, katere poseben namen je zagotoviti pomoč osebam, ki so doživele spolne zlorabe ali nasilje v odnosih z bližnjimi«

(*Veileder om overgrepsmottak 2007, IS1457,* Napotilo glede centrov za žrtve nasilja, ki ga je izdal Norveški direktorat za zdravje). Namen je zajeziti negativne kratkoročne in dolgoročne posledice nasilja. Ti centri so financirani večinoma s strani občin, čeprav je večina v urgentnih enotah ali bolnišnicah. Delo v takšnih centrih vključuje tako primarno kot specialistično zagotavljanje zdravstvenih storitev in tudi vključenost policije.

Prepoznava in obravnava nasilja v odnosih z bližnjimi

V mnogih primerih je treba oceniti stopnjo tveganja za nadaljnje nasilne incidente v odnosih, kjer se je že zgodilo nasilje. Orodje za oceno tveganja – Kratek seznam za oceno tveganja za nasilje med partnerjema *(»Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk« – B-SAFER)* – je kontrolni seznam, ki temelji na empiričnih podatkih in izkušnjah iz Kanade ter Švedske (Kropp in sod. 2010). Orodje B-SAFER bi moralo biti uporabljeno v vseh primerih nasilja v odnosih z bližnjimi. Lahko je v pomoč pri ocenjevanju stopnje tveganja za morebitno prihodnje nasilje in stopnje resnosti nasilja. V skrajnih primerih se lahko z njim oceni tudi potencialna življenjska ogroženost.

V številnih situacijah je pomembno oceniti tveganje za pojav nadaljnjih nasilnih dejanj v odnosih, v katerih se je nasilje že pojavilo. Na Norveškem zdravstveno osebje, strokovnjaki forenzične medicine in policija v ta namen uporabljajo orodje za oceno tveganja za napad med partnerjema (B-SAFER) v njegovi krajši različici (angl. *Spousal Assault Risk Assessment: Short Version (SARA:SV)*) (Nøttestad in Lynum, 2011). V nadaljevanju je na kratko predstavljeno, kako policija uporablja to orodje, za katero je norveški Nacionalni policijski direktorat pripravil lasten vodič.

Namen uporabe orodja SARA:SV je preprečiti pojav novih incidentov nasilja. Njegova uporaba pripomore k razvijanju in pojasnjevanju pristojnosti tako v primerih policijskega sodelovanja znotraj policijskega okoliša kot tudi v primerih sodelovanja z drugimi agencijami ter institucijami v družbi.

Orodje SARA:SV omogoča nadaljnji razvoj preventivnih ukrepov s strani policije na področju nasilja v odnosih z bližnjimi, kar bi moralo potekati hkrati s kazensko preiskavo primera.

Pomemben dejavnik pri tem je zaupanje javnosti v policijo. Da bi si policija lahko prislužila to zaupanje, je nujno, da je policijsko osebje ob srečanju z javnostjo opremljeno s potrebnim znanjem in razumevanjem ter da se tisti, ki se nanje obrnejo, ob njih lahko počutijo varno.

Pravna podlaga za uvajanje in uporabo orodja SARA:SV s strani norveške policije je na voljo v beli knjigi o preprečevanju in boju proti nasilju v odnosih z bližnjimi *(Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner)* ter v akcijskem načrtu vlade Življenje brez nasilja (norv. *Et liv uten vold*; 2014–2017). Uvajanje uporabe orodja SARA:SV od leta 2013 poteka v vseh policijskih okoliših na Norveškem.

SARA:SV je orodje za oceno tveganja z upoštevanjem 15 dejavnikov tveganja: 10 dejavnikov tveganja, povezanih s povzročiteljem, in pet dejavnikov, ki se nanašajo na ran-

ljivost žrtve. Prvih pet dejavnikov tveganja se nanaša na individualne značilnosti povzročitelja, kot so na primer vzorec nasilja in stališča, ki so podlaga nasilnemu vedenju. Naslednjih pet dejavnikov tveganja se nanaša na psihosocialne značilnosti, zadnjih pet pa na identifikacijo dejavnikov ali vedenj, ki kažejo na ranljivost žrtve in bi lahko prispevali k ohranjanju nasilja ter predstavljajo dodatno tveganje za žrtve.

Namen ocene tveganja je ugotoviti, ali so posamezni dejavniki tveganja prisotni v trenutni situaciji, to je v zadnjih štirih tednih, in/ali že prej v odnosu med partnerjema.

Nasilje v odnosih z bližnjimi med ranljivimi skupinami

Po razpravi o beli knjigi v norveškem parlamentu so bili pripravljeni akcijski načrti za različne ranljive skupine.

Akcijski načrt proti prisilnim porokam, spolnemu pohabljanju žensk in hudim omejevanjem svobode mladostnikom (2013–2017) zadeva ženske, ki so doživele prisilno poroko ter spolno pohabljanje.

Leta 2005 je Ministrstvo za otroke in enakost izdalo Nacionalno strategijo za boj proti nasilju in spolni zlorabi otrok (2005–2009). Leta 2007 je to ministrstvo objavilo tudi Akcijski načrt proti prisilnim porokam (2008–2011). Štiri ministrstva so oblikovala strategijo za spremljanje otrok, ki so doživeli nasilje in spolno zlorabo (Otroštvo je samo enkrat: Nacionalna strategija za boj proti nasilju in spolni zlorabi otrok in mladostnikov (2014–2017)).

Delo, povezano s strategijo, koordinira Ministrstvo za otroke, enakost in socialno vključenost, predlaganih je 42 ukrepov. Fizično in spolno nasilje nad otroki je obravnavano v glavnem poročilu Prepoznava in obravnava žrtev in povzročiteljev nasilja v odnosih z bližnjimi v zdravstvenem sektorju.

Starejše osebe in osebe z oviranostmi obravnava strategija *Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd. Om mennesker med utviklingshemming* [Svoboda in enakost: o osebah z intelektualnimi oviranostmi].

Nasilje med nosečnostjo ima lahko hude posledice za zdravje ženske in otroka. Raziskava, ki jo je opravil Norveški center za študije nasilja in travmatskega stresa (NKTV), je pokazala, da večina žensk pozitivno gleda na to, da bi jih babice spraševale o izpostavljenosti nasilju med nosečnostjo (Hjemdal in Engnes, 2009). Pripravljene so bile nacionalne smernice za skrb v nosečnosti in razkrivanje nasilja (Norveški direktorat za zdravje, 04/2014).

V kontekstu nasilja v odnosih z bližnjimi, ki zadeva lezbijke, homoseksualce, biseksualce in transspolne osebe, še niso bili pripravljeni nacionalni akcijski načrti.

Prav tako tovrstni načrti niso bili pripravljeni za osebe s težavami v duševnem zdravju ali tiste, ki imajo težave z odvisnostmi od psihoaktivnih snovi, ki jih skupaj z drugimi ranljivimi skupinami pokrivajo ukrepi v akcijskem načrtu *Et liv uten vold. Handlingsplan*

mot vold i nære relasjoner (2014–2017) [Življenje brez nasilja: akcijski načrt proti nasilju v družini]. Enako velja za pripadnike ljudstva Sami, narodne manjšine in zapornice. Bele knjige in akcijske načrte je treba obravnavati v medsebojni povezavi ter v povezavi z drugimi dokumenti, ki obravnavajo nasilje v odnosih z bližnjimi. Norveški direktorat za zdravje je za pripravo priročnika, ki bo obravnaval dejavnost zdravstvenih služb v zvezi z nasiljem v odnosih z bližnjimi, ustanovil delovno skupino (Smernice za delo zdravstvenih služb na področju nasilja v družini: nasilni povzročitelji kaznivih dejanj). Smernice bodo objavljene v letu 2016 in so namenjene vsem zaposlenim v zdravstveni dejavnosti, tako na primarni kot tudi na specialistični ravni, da bi povečali njihovo razumevanje nasilja v družini ter kompetence zdravstvenih delavcev za ukrepanje. Ponudile bodo priporočila, kako lahko zdravstveni delavci prepoznajo nasilje in ocenijo ter obvladujejo tveganja za nadaljevanje nasilja. Smernice bodo vključevale tudi pregled drugih podpornih služb na področju nasilja. Navsezadnje bo leta 2016 zaživel nacionalni spletni portal na temo nasilja v družini, posilstva in drugih vrst spolnih zlorab, ki ga bo urejal Norveški center za študije nasilja in travmatskega stresa (NKVTS), financiralo pa ga bo Ministrstvo za pravosodje (https://dinutvei.no/).

Drugi viri pomoči za žrtve nasilja in zlorab

Norveški krizni centri so sprva nudili pomoč le ženskam, ki so bile žrtve nasilja v odnosih z bližnjimi. Prvi krizni center je bil ustanovljen leta 1978, do danes jih je po celotni Norveški že 46. Storitve kriznih centrov so večinoma namenjene ženskam in njihovim otrokom, ki so bili žrtve ekonomskega, fizičnega in/ali spolnega nasilja s strani partnerja, sorojenca ali drugih družinskih članov. Storitve lahko koristijo tudi ženske, ki so v nevarnosti, da jih bodo prisilno poročili ali pa se jim je to že zgodilo. Od leta 2005 krizni centri nudijo tudi podporo in zatočišče ženskam, ki so žrtve trgovanja z ljudmi ali so bile izkoriščene za prostitucijo.

Januarja 2010 je začel veljati Zakon o storitvah občinskih kriznih centrov. S tem zakonom je bila odgovornost za tovrstne centre prenesena na občine. Od takrat lahko moški, ki doživljajo nasilje v intimnih odnosih, prav tako poiščejo pomoč v okviru teh centrov. Člena 1 in 2 določata namen zakona in vsebino oskrbe, ki jo morajo nuditi krizni centri:

Člen 1: Namen zakona

Namen zakona je zagotoviti celovito oskrbo v kriznih centrih za ženske, moške in otroke, ki so žrtve nasilja v odnosih z bližnjimi ali pa jim z nasiljem grozijo in ki potrebujejo svetovanje ali varno začasno namestitev.

Uporabnikom naj centri nudijo podporo, vodenje in pomoč pri stiku z drugimi pristojnimi službami:

a. krizni center ali enakovredno varno in začasno namestitev, ki je brezplačna, dostopna vse leto in 24 ur dnevno,
b. brezplačne dnevne storitve,
c. celoletno in 24-urno telefonsko linijo za pomoč, ki nudi nasvete in vodenje, in
d. spremljanje tudi po nastanitvi, glej člen 4.

Občine bi morale skrbeti za otroke z upoštevanjem njihovih posebnih potreb in zagotoviti, da so otrokove pravice, ki so določene v okviru drugih zakonov, spoštovane.«

Zakon zahteva, da občine žrtvam nasilja zagotovijo celovito nadaljnje spremljanje s koordinacijo storitev, ki jih nudijo krizni centri, in tistih, ki jih nudijo drugi izvajalci storitev pomoči za žrtve, vendar na tem področju ostajajo številni izzivi. Le nekaj občin je pripravilo občinske akcijske načrte, hkrati pa večina občin nima vzpostavljenih formalnih mrež med posameznimi izvajalci in določenih postopkov medsebojnega sodelovanja, nudenje storitev pa je večinoma slabo organizirano.

Podporni center za žrtve incesta in spolnega napada (SMISO) v Južnem Trøndelagu je zasebna fundacija, ki pridobiva javna sredstva s strani države in lokalnih ter zdravstvenih oblasti. SMISO skrbi tudi za razširjanje informacij in znanja o spolni zlorabi z opozarjanjem na družbene dejavnike, ki lahko pripomorejo k temu, da se spolna zloraba opravičuje.

SMISO zagotavlja posameznikom in posameznicam podporo za samopomoč pri predelavi travme ter pri nadaljnjih korakih. Center nudi nizkopražne programe, napotnica ni potrebna. Storitve so brezplačne, osebje in drugi uporabniki so zavezani k zaupnosti podatkov ter k molčečnosti. V državi je pet takšnih centrov, organizirani so regionalno in delujejo glede na smernice, ki jih vsakoletno predpiše Ministrstvo za otroke, enakost in socialno vključenost v obliki Okrožnice Q22.

Diseminacija

Leta 2004 je vlada ustanovila Norveški center za študije nasilja in travmatskega stresa *(Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies – NKVTS)*. Naloge centra vključujejo raziskovanje in razvoj, izobraževanje, vodenje in svetovanje. NKVTS raziskuje nasilje v odnosih z bližnjimi, njegove posledice, metode njegove obravnave in z njim povezane ukrepe ter posredovanja. Da bi povečala raven kompetenc na tem področju, je norveška vlada leta 2007 ustanovila pet regionalnih centrov za nasilje, travmatski stres in samomor *(Regional Resource Centres on Violence, Traumatic Stress and Suicide – RVTS)*. Namen centrov je ponuditi celovitejše storitve z dvigovanjem ravni kompetenc in z izboljšanim sodelovanjem med sektorji, agencijami ter različnimi ravnmi administrativnega aparata. Centri nudijo storitve za povečanje kompetenc, svetovanje in usmerjanje glede bistvenih storitev ter organizacij, ki delujejo na tem področju.

Literatura

Act relating to Healthcare Personnel (LOV-1999-07-02-64)

Act relating to Specialist Health Services (LOV-2014-06–20-40)

Barne- og likestillingsdepartementet. Action plan against forced marriage, female genital mutilation and severe restrictions on young people's freedom (2013–2016).

Barne- og likestillingsdepartementet (2007) handlingsplan mot tvangsekteskap (2008–2011).

Helsedirektoratet. Veileder om overgrepsmottak (2007), IS1457.

Barne- og likestillingsdepartementet. Meld. St. 45. Frihet og likeverd - Om mennesker med utviklingshemming (2012–2013).

Barne- og likestillingsdepartementet (2005) strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005–2009).

Childhood Comes but Once: National Strategy to Combat Violence and Sexual Abuse against Children and Youth (2014–2017). Ministry of Children, Equality and Social Inclusion.

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold (04/2014), IS-2181.

Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning — Framtidas tannhelsetjenester (2006–2007).

Hjemdal OK, Engnes K. Å spørre om vold ved svangerskapskontroll: rapport fra et

forsøksprosjekt i fire kommuner. Oslo: Norwegian Centre for Violence and Traumatic

Stress Studies, NKVTS; 2009.

Isdal, P. (2000). Meningen med Volden. Oslo: Kommuneforlaget.

Justis- og beredskapsdepartementet. Meld. St. 15. Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve (2012–2013).

Justis- og beredskapsdepartementet. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner: 'Et liv uten vold' (2014–2017).

Krisesenterlova [Act relating to Municipal Crisis Centre Services] (LOV-2009-06–19-44).

Kropp, P. R., Hart, S. D., Belfrage, H. Brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER). Version 2, 2010. Proactive Resolutions.

Patients' Rights Act (LOV-1999-07-02-63)

Nøttestad, J. A. & Lynum, C. Bedømming av risikoen for gjentatt partnervold (SARA: SV) Versjon 2. Brukermanual. (Norwegian version).

Evalvacija spletnega mesta prepoznava in obravnava nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti (POND)

Saša Zorjan,[1] Urška Smrke[2]

Povzetek

Spletno mesto Prepoznava in obravnava nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti (POND) predstavlja pomemben del multidisciplinarne izobraževalne platforme, ki je bila vzpostavljena za namene informiranja ter izboljšanja sodelovanja zdravstvenih delavcev na področju nasilja v družini. Pričujoči članek je namenjen predstavitvi vsebin spletnega mesta POND. Dodatno v članu predstavimo še rezultate evalvacije spletnega mesta ter glavne izsledke glede obiska spletnega mesta ter njegove uporabe, ki so bili pridobljeni z orodjem Google Analytics. Evalvacija spletnega mesta je pokazala, da uporabniki spletno mesto ocenjujejo kot uporabno, ter so z njim zelo zadovoljni. Posledično zaključujemo, da spletno mesto POND pomembno dopolnjuje ostale vsebine multidisciplinarne izobraževalne platforme, kar je prepoznano tudi s strani obiskovalcev spletne strani.

Ključne besede: spletno mesto POND, evalvacija, analiza obiskov spletnega mesta.

UVOD

V sklopu projekta Norveškega mehanizma Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav) je vzpostavljena multidisciplinarna izobraževalna platforma, ki je namenjena predvsem delavcem v zdravstvu. Namen izobraževalne platforme je zagotavljanje informacij in orodij za boljšo prepoznavo in obravnavo nasilja v družini ter izboljšanje sodelovanja zdravstvenega osebja z drugimi službami, ki so vključene v obravnavo nasilja v družini. Izobraževalna platforma nasilje v družini umešča nasilje v družini v bio-psiho-socialni model zdravja in bolezni ter naslavlja vlogo bioloških, psiholoških, socioloških in kulturnih dejavnikov v obravnavi nasilja v družini, ter interakcijo med njimi (Šprah, 2016). Izobraževalna platforma je sestavljena iz več medsebojno povezanih ter dopolnjujočih se orodij: spletne strani, priročnika za zdravstveno osebje, izobraževalnih vsebin in

[1] Mag. psihologije, MSc Cognitive and Clinical Neuroscience, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: sasa.zorjan@zrc-sazu.si.

[2] Mag. psihologije, asistentka, Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, Novi Trg 2, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: urska.smrke@zrc-sazu.si.

priročnih orodij ter dvodnevnih strokovnih izobraževanj. Pričujoč prispevek predstavlja vsebine spletnega mesta POND ter izsledke njegove evalvacije.

Predstavitev spletnega mesta POND

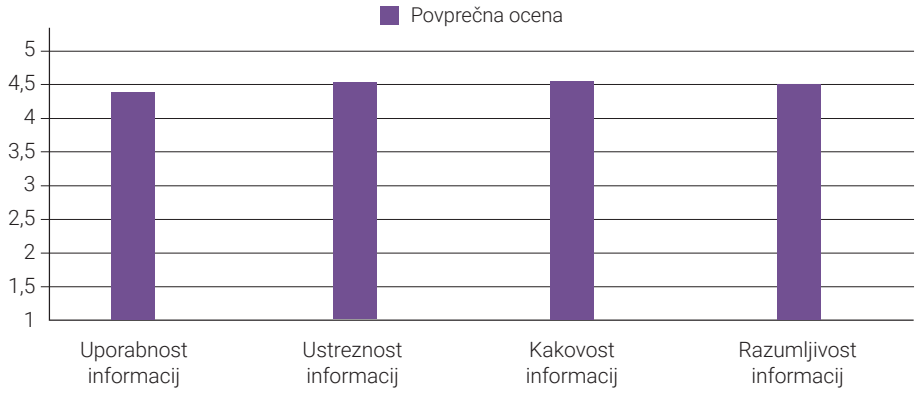
Spletno mesto www.prepoznajnasilje.si je bilo oblikovano maja 2015 ter vsebuje številne informacije in gradiva, ki se nanašajo na tematske sklope, kot so nasilje v družini kot zdravstveni in družbeni problem, uspešno prepoznavanje žrtev nasilja v zdravstvu, obravnavanje žrtev nasilja v družini: klinični znaki in poti ter zakonske osnove ter strategije sodelovanja. Spletno mesto vključuje tudi interne spletne strani, preko katerih lahko posamezniki, ki so vključeni v projekt, dostopajo do internih gradiv in projektnih dokumentov. Na spletni strani so na voljo informativne e-vsebine, ki dopolnjujejo vsebine izobraževanj in drugih gradiv. Obiskovalci spleta lahko dostopajo do zakonodaje, kontaktov ključnih služb in organizacij, dodatnih video gradiv, dokumentacije za prijavo suma na nasilje v družini, izdanih novičnikov projekta ter vseh publikacij, ki so bile izdane tekom projekta. Na spletni strani se dodatno nahaja tudi fotogradivo (različni dogodki v okviru projekta) ter rezultati projekta. Na spletni strani so na voljo predstavitev projekta, partnerjev, kontaktni obrazec, preko katerega lahko obiskovalci spletne strani kontaktirajo projektno skupino projekta v primeru vprašanj in komentarjev, obrazec za anonimno prijavo ter novinarsko središče z gradivi za novinarje. Spletno mesto www.prepoznajnasilje.si je tako v slovenski kot angleški različici.

Evalvacija spletnega mesta

Spletno mesto POND je pomemben sestavni del multidisciplinarne izobraževalne platforme, zato je bil osnovni cilj pri oblikovanju spletne strani izdelava prepoznavne, uporabniku uporabne in informativne spletne strani, ki dopolnjuje ostale projektne produkte, kot so priročnik, izobraževanja ter različni javni dogodki. Posledično je povratna informacija o tem, ali spletna stran zadovoljuje potrebe uporabnikov, ključnega pomena. V ta namen je bil v sklopu projektne skupine za evalvacijo oblikovan spletni vprašalnik s ciljem, da se oceni tudi spletna stran POND. Evalvacija spletnega mesta je potekala dvakrat tekom trajanja projekta, in sicer od 25. 9. do 11. 11. 2015 ter od 24. 3. 2016 do 12. 4. 2016. V pričujočem članku predstavljamo rezultate obeh evalvacij. Povabila za izpolnjevanje vprašalnikov smo posredovali preko različnih dopisnih seznamov. V obdobju zbiranja podatkov se je na spletnem mestu pojavljalo tudi *pop-up* okno s povabilom za izpolnjevanje vprašalnika. Povprečen čas izpolnjevanja v obeh časovnih blokih zbiranja podatkov je bil približno 5 minut. Vprašanja so bila tako odprtega kot zaprtega tipa, udeleženci pa so z različnimi ocenjevalnimi lestvicami (3-stopenjski in 5-stopenjski Likertovi lestvici) ocenili, v kakšni meri se s ponujeno trditvijo strinjajo.

Rezultati spletnega vprašalnika

Spletni vprašalnik je izpolnilo 187 udeležencev, od tega 25 moških in 160 žensk; dve osebi nista podali podatka o spolu. Povprečna starost tistih, ki so vprašalnik izpolnjevali je bila 43,80 let (SD = 11,57).



Graf 1. Povprečne ocene uporabnosti, ustreznosti, kakovosti in razumljivosti informacij.

Kot je razvidno iz grafa 1, so udeleženci uporabnost, ustreznost, kakovost in razumljivost informacij ocenili zelo visoko. Uporabniki torej zelo pozitivno ocenjujejo spletno stran. Na to nakazuje tudi podatek, da je povprečna ocena splošnega zadovoljstva s spletnim mestom 4,33 (na lestvici od 1 do 5). Obiskovalci spletnega mesta pozitivno ocenjujejo tudi njegovo grafično podobo. Povprečna ocena prijetnosti videza spletnega mesta je znašala 4,41 (na lestvici od 1 do 5). Prav tako 68,9 % uporabnikov internih spletnih strani te strani ocenjuje zelo pozitivno – povprečna splošna ocena internih spletnih strani je 4,58 (na lestvici od 1 do 5).

Podatki Google Analytics

S pomočjo orodja Google Analytics smo zbrali podatke o obiskovalcih spletnega mesta od 1. 5. 2015 do vključno 17. 4. 2016. V tem času smo na spletnem mestu zabeležili 18.832 obiskov strani. Od tega je bilo 54,80 % obiskov spletnega mesta s strani novih obiskovalcev ter 45,20 % obiskov s strani obiskovalcev, ki so spletno stran v preteklosti že obiskali.

Na spletnem mestu so si posamezniki v tem časovnem okviru ogledali skupaj 55.986 strani.[3] Povprečno število strani, ki so si jih obiskovalci ogledali znotraj spletnega mesta je 2,97. V povprečju je en obisk spletnega mesta trajal 3 minute in 38 sekund. Od vseh obiskovalcev spletnega mesta je bilo 42,37 % takih, ki so zapustili spletno mesto takoj po obisku zgolj naslovne strani.

Največji obisk spletnega mesta je zabeležen z 200 obiski 2. 9. 2015. Veliko število obiskov je najverjetneje povezano s povabili na uvodno konferenco projekta, ki so bila razposlana v sredini avgusta 2015, ter z objavo prvih novic o projektu avgusta 2015. Na isti dan je prav tako izšel tretji novičnik projekta POND_SiZdrav. Število obiskov spletnih strani se poveča ob različnih aktivnostih, ki so povezane s projektom. Tako, na primer, beležimo številčnejši obisk spletnega mesta ob dnevih, ko je izdan novičnik projekta, ko

[3] Pri tej statistiki se upoštevajo obiski vseh podstrani na spletnem mestu.

so objavljene aktivnosti, kot so konference ter predstavitve projekta, ter takoj po izvedenih izobraževanjih.

Zaključki

Podatki, ki smo jih pridobili preko vprašalnikov o spletnem mestu www.prepoznajnasilje.si ter s pomočjo orodja Google Analytics kažejo, da je spletna stran projekta prepoznavna ter, da so obiskovalci s spletnim mestom zelo zadovoljni. Evalvacija spletne strani POND je pokazala, da so njeni obiskovalci zadovoljni z informacijami ter preglednostjo spletne strani. Ob pregledu števila obiskov spletnega mesta in primerjave le-tega s pomembnimi aktivnostmi znotraj projekta smo zaključili, da največje poraste v obisku spletnega mesta opažamo ob izzidu novičnikov ter ob pomembnejših aktivnostih v okviru projekta (konference, izobraževanja in podobno). Med komentarji in predlogi za izboljšave so v veliki meri prevladovali pozitivni komentarji. Predlogi za izboljšave so se nanašali na jezik spletne strani (npr., da je uporabljen jezik prezahteven za laičnega uporabnika) ter dostop do informacij (npr., da je zaradi količine informacij preglednost včasih slabša).

Literatura

Šprah, L. 2016. Vzpostavljena je prva multidisciplinarna izobraževalna platforma v podporo zdravstvenemu osebju pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. ISIS; 25: 27-31.

3. NASILJE V DRUŽINI: DRUŽBENI IN ZDRAVSTVENI VIDIK

Mejna osebnostna motnja pri žrtvah in povzročiteljih nasilja

Bipolarna motnja razpoloženja in nasilno vedenje

Alkohol in nasilje v družini

Obravnava mladostnice v ginekološki ambulanti

Zobozdravstvo in zaščita otrok v kontekstu nasilja v družini

Mejna osebnostna motnja pri žrtvah in povzročiteljih nasilja

Mojca Zvezdana Dernovšek[1]

Povzetek

Mejna osebnostna motnja je med osebnostnimi motnjami najpogostejša. Zanjo so značilni nestabilni odnosi z najbližjimi. Med žrtvami in povzročitelji nasilja v družini lahko najdemo osebe z mejno osebnostno motnjo. Osebe z mejno osebnostno motnjo so pogosteje kot osebe brez te motnje bile v otroštvu žrtev nasilja v družini, zanemarjanja, posilstva, incesta in podobno. V življenju osebe z mejno osebnostno motnjo se lahko pojavijo hude čustvene stiske in avto- ter heteroagresivno vedenje, v sklopu katerega je pogosto nasilje v družini. Možnosti za povečano prepoznavanje nasilja v družini so natančna diagnostika mejne osebnostne motnje in pridruženih duševnih motenj tudi s pomočjo heteroanamnestičnih podatkov, kjer naj bo obvezno vprašanje glede nasilja v družini, nato zdravljenje pridružene duševne motnje, podpiranje k vključitvi v psihoterapijo ter edukacija najbližjih. V prizadevanju za preprečevanje nasilja v družini pri osebah z mejno osebnostno motnjo je nujno in obvezujoče stališče do ničelne tolerance do nasilja nasploh. Prispevek je namenjen strokovnjakom, ki delajo z žrtvami in povzročitelji nasilja v družini. Želi opozoriti na skupino oseb, ki imajo specifične potrebe, saj zahtevajo prilagojene pristope. Prispevek ni namenjen diagnosticiranju mejne osebnostne motnje. Bralca skuša motivirati, da poglobi znanja po posebnih potrebah določenih skupin prebivalstva.

Ključne besede: mejna osebnostna motnja, nasilno vedenje, nasilje v družini.

Definicija mejne osebnostne motnje

Mejna osebnostna motnja (MOM) je najbolj razširjena osebnostna motnja, a ocene glede prevalence se precej razlikujejo, pri čemer najvišje ocenjena prevalenca obsega celo med 5 in 6 odstotki populacije (Brüne, 2016). V ameriškem in evropskem prostoru ni enotne klasifikacije nobene od duševnih motenj, ki jih diagnosticiramo zgolj po simptomih ter znakih. Ameriška diagnostika sloni na trenutno peti izdaji DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) (APA, 2013), evropska in s tem slovenska pa na 10. reviziji ICD *(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)* (WHO, 1992).

[1] Dr. medicine, redna profesorica, specialistka psihiatrije, Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani in Inštitut Karakter, Ježa 90, SI-1231 Ljubljana Črnuče, e-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si.

DSM-V osebnostne motnje opredeljuje kot trajne vzorce doživljanja in vedenja, ki pomembno odstopajo od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja ter se odražajo vsaj na dveh od naslednjih področij: kogniciji, čustvovanju, osebnih odnosih in kontroli impulzov (Pack in sod. 2013). ICD-10 ob tem poudarja še globoko zakoreninjenost in dolgotrajnost teh vzorcev, ki se kažejo kot nespremenljivi odzivi na različne osebne in družbene razmere, ter njihov najpogostejši nastop v adolescenci in nadaljevanje v odrasli dobi (APA, 2013).

DSM-V mejno osebnostno motnjo uvršča v skupino motenj, za katero sta značilna dramatično in pretirano čustveno vedenje ter v katero so uvrščene še narcistična, antisocialna in historična osebnostna motnja. Začetki mejne osebnostne motnje po DSM-IV segajo v zgodnjo odraslo dobo, kjer se kažejo kot trajni vzorci nestabilnosti v osebnih odnosih, samopodobi in čustvovanju (APA, 2013). Motnje v tej skupini so klasificirane na podlagi naslednjih devetih meril, od katerih je za diagnozo potrebna prisotnost vsaj petih: a) izjemno prizadevanje izogniti se realni ali namišljeni zavrnitvi; b) vzorec nestabilnih in intenzivnih medsebojnih odnosov, za katere je značilno nihanje med skrajnim idealiziranjem in razvrednotenjem; c) motnje v identiteti; opazno in vztrajno nestabilna samopodoba ali občutje samega sebe; d) impulzivnost vsaj na dveh področjih, ki sta potencialno samouničevalni (zloraba drog, spolnost, zapravljanje, lahkomiselna vožnja z avtomobilom, uživanje pretirane količine hrane); e) ponavljajoče se samomorilno vedenje oziroma geste, grožnje ali samouničevalno vedenje; f) čustvena nestabilnost, ki je posledica izrazite reaktivnosti razpoloženja (huda epizodična disforija, razdražljivost, tesnobnost, ki traja več ur, lahko tudi dni); g) kronična občutja praznine; h) neustrezna zelo močno izražena jeza oziroma težave pri kontroliranju jeze (pogosto izražanje besa, stalne jeze, ponavljajoče se fizično nasilje); i) začasne, s stresom povezane paranoidne predstave (ideacije) ali resni disociativni simptomi.

Klasifikacija ICD-10 opredeljuje dve pojavni obliki MOM, in sicer impulzivni tip ter mejni tip čustveno neuravnovešene osebnostne motnje (WHO, 1992). Za diagnozo impulzivnega tipa morajo biti pri posamezniku izpolnjeni trije od naslednjih petih kriterijev: a) nagnjenje k prepirljivosti in sporom z drugimi, posebno če ti kritizirajo njegova impulzivna dejanja; b) nagnjenje k nepredvidljivim reakcijam brez ustreznega razmisleka o posledicah; c) nagnjenost k izbruhom besa ali nasilnosti z nesposobnostjo nadzorovanja posledičnega impulzivnega vedenja; č) težave pri vztrajanju v katerikoli aktivnosti, ki ne nudi takojšnje nagrade; d) nestabilno in muhasto razpoloženje. Za mejni tip čustveno neuravnovešene osebnostne motnje morajo biti izpolnjeni štirje od naslednjih petih kriterijev: a) motena ali negotova samopodoba, cilji in notranje preference, vključno s spolnimi; b) nagnjenje k intenzivnim in nestabilnim osebnim medosebnim odnosom, ki pogosto vodijo v čustvene krize; c) pretirani napori, da bi se izognili zapuščenosti in osamljenosti; č) ponavljajoče se samopoškodbe ali grožnje z njimi; d) kronična občutja praznine.

Oseba z izkušnjo nasilja ali povzročitelj ali oboje

Čeprav je eden od kriterijev za diagnozo MOM nasilno vedenje, Allen in Links (2012) v sistematičnem preglednem prispevku ne najdeta dokazov, da bi bila prav MOM pose-

bej povezana z večjim tveganjem za nasilno vedenje, razen če so pridružene še druge duševne motnje. Če pogledamo povzročitelje nasilnega vedenja, pa med njimi vedno najdemo MOM. Preseneča majhno število raziskav, ki bi se usmerile zgolj v preučevanje nasilja v družini pri osebah z MOM, raziskave so namreč usmerjene v preučevanje vsakršnega nasilnega vedenja. V eni od raziskav so neprimerno, neobvladano in pretirano jezo našli pri 7,8 odstotka populacije, najpogosteje pa je bila izražena pri mladih moških. Med duševnimi motnjami so ugotavljali: bipolarno motnjo razpoloženja, psihozo, odvisnost od psihoaktivnih snovi, psihotično motnjo, mejno osebnostno motnjo in shizotipsko osebnostno motnjo (Okuda in sod. 2015). Več ko je bilo izraženih psihopatoloških sindromov, večja je bila verjetnost nekontrolirane jeze (Okuda in sod. 2015). Osebe z MOM najpogosteje izkazujejo samopoškodovalno vedenje v smislu samomorilnih groženj, ideacij in poskusov ter drugih samopoškodb. Vprašamo se lahko, kdaj se bo njihova nekontrolirana jeza obrnila navzven in se izkazala kot heteroagresivno vedenje. To področje je bistveno manj raziskano in posamezni podatki kažejo, da je nasilnost usmerjena na bližnje (partnerje, otroke) pa tudi na neznance in je lahko tako izrazita, da povzroči smrt žrtve (Sansone in sod. 2012).

Osebe z MOM so v otroštvu pogosteje kot osebe brez te motnje žrtev nasilja v družini, zanemarjanja, posilstva, incesta in podobno. Kernberg je v operacionalizaciji MOM poudaril konstitucionalne dejavnike, omenil pa je tudi zgodnje neugodne izkušnje. Različne raziskave so iskale povezavo med temi dogodki in poznejšo MOM ter našle vrsto dejavnikov tveganja: zgodnje travmatične izkušnje v odnosu mati-otrok, patološko družinsko dinamiko v zgodnjem otroštvu in adolescenci, pogosto in ponavljajoče se telesno in duševno nasilje ter spolno zlorabo, saj je motnja povezana z visokim odstotkom telesne zlorabe (v 59 %), zanemarjanja (v 92 %) ali prolongirane separacije (v 29 %) (Kernberg in Yeomans, 2013). Otrok, opremljen z določenimi genetsko-biološkimi lastnostmi, ki slabijo njegove integrativne funkcije, bo slabše prestal travmatske izkušnje. Pri nastanku motnje gre tako za kompleksno prepletenost genetskih dejavnikov in vplivov okolja (Reichborn in sod. 2013). Pri bioloških vzročnih dejavnikih gre zlasti za prirojene značilnosti temperamenta, kot sta izjemna impulzivnost in čustvena nestabilnost, ki sta po mnenju številnih avtorjev dedna, podobne osebnostne značilnosti pa imajo lahko tudi bližnji sorodniki oseb z MOM (Bradley in sod. 2005). Pri osebah z MOM je pogosto najti znižano serotoninsko aktivnost, ki je povezana z iritabilnostjo, impulzivnostjo, depresivnostjo in s suicidnostjo. Vse več je dokazov, da gre za motnjo regulacije noradrenergičnega sistema v odgovoru na stres, kar povzroča povečano impulzivnost (Bradley in sod. 2005).

Desetletna opazovalna raziskava oseb z MOM, ki so bile žrtve nasilja v partnerskem odnosu, je pokazala, da so se epizode vseh štirih oblik nasilja v odnosu z bližnjim (čustveno, verbalno, spolno in telesno nasilje) zmanjšale za 90 %, hkrati pa so se pojavile nove epizode verbalnega in čustvenega nasilja (McGovan in sod. 2012).

Weinstein in sod. (2012) ugotavljajo, da so osebe z MOM v večji meri same poročale o svojem nasilnem vedenju do partnerja.

Nekaj malega je raziskav, kjer so preučevali starševske kompetence mater z MOM. Ugotovili so, da je za otroke najbolj pogubna čustvena nestabilnost pri materi, iz katere pa lahko izhaja tudi neustrezna vzgojna metoda, ki je pravzaprav nasilno vedenje (Zalewski in sod. 2015).

Dolgotrajno telesno kaznovanje otrok, ki se je končalo s smrtjo otroka, so preučevali na Finskem in ugotovili, da so povzročitelji imeli MOM, narcisistično osebnostno motnjo ali odvisnostno osebnostno motnjo, v 31 % je bila pridružena odvisnost od psihoaktivnih snovi, nihče pa ni imel psihotične motnje (Kaupi in sod. 2012).

Največje tveganje

V življenju osebe z mejno osebnostno motnjo se lahko pojavijo hude čustvene stiske in avto- ter heteroagresivno vedenje, v sklopu katerega je pogosto nasilje v družini. Najbolj so za osebe z MOM kritični trenutki, ko se partnerja razhajata, saj dejansko doživljajo največjo frustracijo – zapustitev (Barnickot in sod. 2011).

Možnosti za povečano prepoznavanje in preprečevanje nasilja v družini

Možnosti za povečano prepoznavanje nasilja v družini so natančna diagnostika MOM in pridruženih duševnih motenj tudi s pomočjo heteroanamnestičnih podatkov, kjer naj bo obvezno vprašanje glede nasilja v družini, nato zdravljenje pridružene duševne motnje, podpiranje k vključitvi v psihoterapijo ter edukacija najbližjih.

Iz kriterijev za diagnosticiranje je razvidno, da MOM pokriva vrsto simptomov, značilnih tako za motnje razpoloženja kot tudi psihotične motnje, iz česar izhaja samo poimenovanje motnje. Tovrstno diagnosticiranje je oteženo, ker MOM zelo pogosto sovpada z drugimi duševnimi motnjami (Paris, 2012). Mnenja o obravnavanju osebnostnih motenj so različna. Posamezniki z MOM v psihiatrično obravnavo pravzaprav ne prihajajo zaradi osebnostne motnje same, temveč zaradi druge duševne motnje (Hennessey in sod. 2000).

Pri zdravljenju osebnostnih motenj so v uporabi različne tehnike zdravljenja, ki so odvisne od vrste, težavnosti in/ali stiske, ki jo povzročajo posamezne oblike osebnostnih motenj. Osebe z MOM so za večino terapevtov ene izmed zahtevnejših, saj je z njimi težko vzpostaviti in vzdrževati terapevtsko delovno zvezo ter si s tem zagotoviti njihovo sodelovanje v obravnavi (Treloar, 2011).

Možnosti za preprečevanje nasilja v družini pri osebah z MOM sta jasno postavljena ničelna toleranca do kakršnegakoli nasilja, ne samo v družini, in zavedanje, da dopuščanje nasilnega vedenja pomeni, da so za svoje vedenje nagrajeni ter se bo zato nasilje zgolj še stopnjevalo. Pomembno je prepoznavanje neposredne nevarnosti za agresivne preboje in predvidevanje nevarnosti v prihodnosti v specifičnih okoliščinah.

Ocenjevanje in ukrepanje ob neposredni ogroženosti se v ničemer ne razlikuje od metod zagotovitve varnosti in/ali deeskalacije, ki veljajo pri katerikoli duševni motnji ter

katerikoli hudi čustveni stiski posameznika. Za osebe z MOM je morda dobro predvidevati, da so najbolj ranljive in nestabilne v času realne, pričakovane ali subjektivno doživete zapustitve s strani pomembne osebe.

Zaključek

Definicija MOM vključuje nestabilne odnose z najbližjimi in izpade jeze ter možnost fizičnega nasilja. Pri osebah z MOM so pogosto prisotne tudi druge duševne motnje, ki povečujejo tveganje za izbruhe nasilja. Nekatere od teh motenj je mogoče z zdravljenjem obvladati oziroma ozdraviti (npr. depresija), zato sta pomembni natančna diagnostika in ustrezna terapija. Pri tem ničelna toleranca za nasilno vedenje omogoči dodaten motivacijski element za spremembe in zdravljenje, s tem pa dolgoročno znižanje tveganja za ponovno nasilno vedenje.

Literatura

Allen A, Links PS. Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. Curr Psychiatry Rep 2012; 14: 62–9.

American Psychiatric Association (APA), 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Barnicot K, Katsakou C, Marougk S, Priebe, S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica 2011; 123: 327–338.

Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. J Nerv Ment Dis 2005; 193: 24–31.

Brüne M. Borderline Personality Disorder: Why ‚fast and furious'? Evol Med Public Health 2016; 16: 52–66.

Hennessey, M. in McReynolds, C. J. 2000. Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. Work, 17 (2): 97–103.

Kauppi AL, Vanamo T, Karkola K, Merikanto J. Fatal child abuse: a study of 13 cases of continuous abuse. Ment Illn 2012; 4: e2. doi: 10.4081/mi.2012.e2. eCollection 2012.

Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. Bulletin of the Menninger Clinic, 2013; 77, 1–22.

McGowan A, King H, Frankenburg FR, Fitzmaurice G, Zanarini MC. The course of adult experiences of abuse in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. J Pers Disord 2012; 26: 192–202.

Okuda M, Picazo J, Olfson M, Hasin DS, Liu SM, Bernardi S,Blanco C. Prevalence and correlates of anger in the community: results from a national survey. CNS Spectr 2015; 20: 130–9.

Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. Harvard review of psychiatry 2004; 12: 140–145.

Reichborn Kjennerud T, Ystrom E, Neale MC, Aggen SH, Mazzeo SE, Knudsen GP, Kendler KS. Structure of genetic and environmental risk factors for symptoms of DSM-IV borderline personality disorder. JAMA psychiatry 2013; 70: 1206–1214.

Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality and Externalized Aggression. Innovations in Clinical Neuroscience. 2012; 9: 23–26.

Tadić A, Elsässer A, Storm N, Baade U, Wagner S, Başşkaya Ö, Dahmen N. Association analysis between gene

variants of the tyrosine hydroxylase and the serotonin transporter in borderline personality disorder. World J Biol Psychiatr 2010; 11: 45–58.

Treloar AJC. Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. Psychiatric Services 2009: 60: 1128–1131.

Weinstein Y, Gleason ME, Oltmanns TF. Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle-age. J Abnorm Psychol. 2012; 121: 692–8.

World Health Organization (WHO), 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

Zalewski M, Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN. A Qualitative Assessment of the Parenting Challenges and Treatment Needs of Mothers with Borderline Personality Disorder. Journal of psychotherapy integration. 2015; 25 (2): 71–89.

Bipolarna motnja razpoloženja in nasilno vedenje

Rok Tavčar[1]

Povzetek

Bipolarna motnja razpoloženja spada med motnje razpoloženja. Zanjo so značilne menjave ali ponavljanja manične, hipomanične in/ali depresivne faze. Predvsem v manični fazi je povečana možnost impulzivnosti, zlasti ob morebitnih konfliktih, kar lahko vodi tudi v povečano možnost nasilnega vedenja. Prispevek obravnava epidemiološke in klasifikacijske vidike bipolarne motnje razpoloženja s posebnim ozirom na klinični sliki ter vedenju. Na kratko so predstavljene tudi posamezne možnosti zdravljenja.

Ključne besede: bipolarna motnja razpoloženja, nasilno vedenje, klinična slika.

Uvod

Bipolarna motnja razpoloženja (BMR) je huda, dolgotrajna in navadno ponavljajoča se duševna motnja, za katero je značilno pretirano nihanje med bolezensko potrtostjo (depresijo) in bolezensko veselostjo oziroma privzdignjenim razpoloženjem (manijo ali hipomanijo). Večinoma gre za menjavanje teh dveh faz, redkeje pa za ponavljanje samo maničnih in hipomaničnih faz (Tavčar, 2013). Seveda je pri vsakem človeku že normalno prisotno določeno manjše nihanje razpoloženja, na katerega vplivajo npr. veseli ali žalostni dogodki, vreme, odnosi s partnerjem, v službi itd. Kot rečeno, gre tu za povsem običajno spreminjanje razpoloženja, ki še ne pomeni duševne motnje in tudi ne vpliva na vsakodnevno funkcioniranje posameznika. Če se opisana nihanja razpoloženja toliko okrepijo, da osebo že začnejo v manjši meri ovirati pri vsakodnevnih opravilih, pa že lahko gre vsaj za ciklotimijo, ob huje okvarjenem funkcioniranju pa tudi za BMR. Pri osebah z BMR se torej razpoloženje giblje v mnogo širših mejah, tako da posamezne faze že ustrezajo depresiji ali maniji.

Ločimo več oblik oziroma tipov BMR (Akiskal, 2003). Če vzamemo samo najhujše oblike, je razširjenost BMR približno 1-odstotna, če pa prištejemo še nekatere posebne, manj tipične in lažje oblike BMR, pa pridemo že do 5-odstotne razširjenosti med splošno populacijo. To pa je že podobno razširjenosti npr. sladkorne bolezni (Wittchen, 2011).

[1] Dr. medicine, zdravnik specialist psihiater, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, SI-1260 Ljubljana-Polje, e-naslov: rok.tavcar@psih-klinika.si.

Klinična slika in etiologija

Znaki so v fazi depresije in manije različni. Pri depresiji gre za žalost, umikanje v samoto, opuščanje aktivnosti, nespečnost, slabo pozornost, upočasnjenost, črnogledost, občutke nevrednosti itd. Nasprotno so pri maniji v ospredju pretirana veselost, občutek povečane moči in samozavesti, ideje o večvrednosti, neučakanost, razdražljivost, pospešitev miselnega toka, izvajanje številnih zamisli in načrtov, povečano druženje z ljudmi (tudi nepremišljeno), pomanjkanje počitka. V manični fazi se oseba pogosto spušča v tvegane poslovne odločitve (nepremišljene investicije, zapravljanje denarja), kar je za okolico in zlasti družinske člane moteče ali že ogrožajoče ter si zato prizadevajo osebo na neki način omejiti pri nepremišljenih dejanjih, kar pa ta lahko razume kot vtikanje v njeno življenje. Posledično pogosto prihaja do prepirov med osebo z BMR in okolico, v skrajnih primerih tudi do nasilnega vedenja. Ob tem igra pomembno vlogo še impulzivnost, to je povečana stopnja odziva že na najmanjše dražljaje, npr. nasprotovanje pretiranim načrtom. Značilno za BMR je, da se pravilna diagnoza postavi šele sorazmerno pozno, nekje po petih ali več letih (Goodwin in Jamison, 2007). Razlogov za to je več. Najpogostejši je, da oseba z BMR išče pomoč pri zdravniku le v fazah depresije, ne pa, kadar se počuti (celo preveč) dobro, torej v fazi manije. V maniji oseba sama nima posebnih težav, ne išče ali celo izrecno ne želi pomoči. Navadno se nihanje razpoloženja z leti slabša, na začetku oseba z BMR misli, da gre le za normalno nihanje razpoloženja. Na koncu ne gre pozabiti še na strah pred stigmatizacijo zaradi duševne motnje, pa tudi uživanje psihoaktivnih snovi, zlasti alkohola ali prepovedanih drog, lahko zabriše sliko bipolarne motnje.

Na nastanek BMR vplivajo različni dejavniki, predvsem dednost, nekatere spremembe delovanja posameznih delov možganov, spremembe količine kemičnih prenašalcev informacije v možganih (nevrotransmiterjev) in še kaj. Motnja je pogostejša pri potomcih oseb z BMR, vendar ne zbolijo vsi. Po drugi strani se BMR lahko pokaže tudi pri nekom, ki nima nobenega sorodnika s to motnjo. Znano pa je, da povečan stres ali zloraba alkohola in prepovedanih drog lahko predstavljajo sprožilne dejavnike, ki razkrijejo nagnjenost k BMR, ista dejavnika pa tudi pozneje zelo vplivata na sam potek motnje.

Posledice BMR

Kako BMR vpliva na vsakdanje življenje?

To je seveda odvisno od izraženosti same motnje, zdravljenja in zunanjih vzrokov. Ob kombinaciji ugodnega poteka, ustreznega zdravljenja in primernega socialnega okolja je vpliv na vsakdanje dejavnosti človeka z BMR dokaj majhen, oseba pa ostane vsestransko aktivna. Dejansko so nekateri znani ljudje (npr. Ernest Hemingway, Vincent van Gogh) verjetno res imeli BMR, a so vseeno dosegli velik uspeh. V fazi blažje manije so bili gotovo zelo ustvarjalni, a so najbrž v določeni fazi bolezni tudi trpeli, saj njihova bolezen večinoma ni bila prepoznana in zdravljena.

Kako BMR vpliva na nasilno vedenje?

Nasilno vedenje je že na splošno dokaj pogosto v splošni populaciji (pretirano jezo so našli pri 7,8 % populacije), še pogostejše pa pri mladih moških. Med dejavniki, ki jezo in nasilnost še dodatno povečujejo, so našli tudi BMR, zlasti še v kombinaciji z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi in z nekaterimi osebnostnimi motnjami (Okuda in sod., 2015). V raziskavi se je potrdil trend, da več ko je bilo psihopatoloških simptomov, večja je bila verjetnost nekontrolirane jeze (Okuda in sod. 2015).

Poleg zgoraj opisane možnosti nasilnega vedenja in impulzivnosti v manični fazi je možnost nasilnega vedenja lahko povečana tudi v depresivni fazi. Takrat je sicer nasilnost navadno usmerjena bolj v osebo samo v smislu samomorilnosti, a obstaja možnost tako imenovanega razširjenega samomora, oziroma umora (bližnjih) in samomora. Oseba s hudo depresijo (s psihotičnimi simptomi) namreč morda ne vidi več nobene prihodnosti zase in za bližnje, zato se ji zdi, da je bolje, da skupaj umrejo ter se tako rešijo. Primeri razširjenega samomora bi bili npr. umor otrok in samomor starša ali umor ostarelega partnerja in samomor zakonca. Na srečo je razširjeni samomor sicer redek, a je vedno treba pomisliti tudi na to možnost.

Zdravljenje

Zdravljenje je večinoma dolgotrajno (več let). Usmerjeno je v manjšanje nihanja razpoloženja, da bi torej tudi pri osebah z BMR razpoloženje nihalo le v normalnih mejah. Pri tem se uporabljata dva glavna pristopa. Prvi so zdravila, drugi pa izogibanje dejavnostim, ki večajo nihanje razpoloženja (npr. uživanje psihoaktivnih snovi, menjavanje časovnih pasov). Od zdravil se v fazi depresije uporabljajo antidepresivi, pri maniji pa antipsihotiki (po starem imenovani nevroleptiki) in anksiolitiki. Ko se simptomi depresije ali manije stišajo, stopijo v ospredje stabilizatorji razpoloženja. Te je treba jemati tudi v času, ko nista izraženi ne depresija ne manija, kar imenujemo preprečevalno zdravljenje, katerega namen je preprečiti nastanek nove epizode. Dokazano je, da preprečevalno zdravljenje izboljša dolgoročni izid in prognozo. Vedeti pa je treba tudi, da so nekatera zdravila bolj učinkovita pri preprečevanju depresivnih faz, nekatera pa pri preprečevanju maničnih faz (Vieta in sod. 2011).

Zaključek

Poznavanje motenj razpoloženja in med njimi še posebej BMR je pomembno za uspešno oceno tveganja za nasilno vedenje ter za možnosti njegovega preprečevanja. Osebe z BMR same po sebi niso bolj nasilne od drugih, vendar to velja le za tiste, ki se redno zdravijo z ustreznimi zdravili in ki sodelujejo pri zdravljenju. Prav nesodelovanje pri zdravljenju je v medicini še vedno eden od glavnih razlogov za slabše zdravje in slabši izid zdravljenja ter večjo možnost zapletov, med katere lahko v širšem smislu uvrščamo tudi nasilno vedenje.

Literatura

Akiskal HS. Validating ‚hard' and ‚soft' phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? J Affect Disord 2003; 73: 1–5.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, Second Edition. New York: Oxford University Press, 2007.

Okuda M, Picazo J, Olfson M, Hasin DS, Liu SM, Bernardi S, Blanco C. Prevalence and correlates of anger in the community: results from a national survey. CNS Spectr 2015; 20: 130–9.

Tavčar R. Razpoloženjske motnje. V: Pregelj P (ur.), et al. Psihiatrija. 1. izd. Ljubljana, Psihiatrična klinika, 2013: 218–27.

Vieta E, Günther O, Locklear J, Ekman M, Miltenburger C, Chatterton ML, et al. Effectiveness of psychotropic medications in the maintenance phase of bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Neuropsychopharmacol 2011; 14: 1029–49.

Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–79.

Alkohol in nasilje v družini

Zdenka Čebašek-Travnik[1]

Povzetek

Alkohol je eden od pomembnih dejavnikov tveganja za nasilno vedenje. Velik delež nasilja v družini se tudi v Sloveniji zgodi pod vplivom alkohola, pri čemer je lahko alkoholiziran povzročitelj, žrtev ali oba. Pojav nasilja je ena od značilnosti odvisnih družin. Ob prepoznavanju nasilja v družini je pomembno prepoznati tudi težave, povezane z uživanjem alkohola, in opraviti diagnostiko ter zdravljenje v tej smeri. Dokazano je, da je s temi ukrepi mogoče vplivati na zmanjšanje nasilja v družini.

Ključne besede: nasilje, alkohol, odvisna družina, diagnostika, preventiva.

Uvod

Slovenija je država, za katero je značilna t. i. mokra kultura, v kateri je alkohol lahko dostopen, toleranca do uživanja alkohola pa je velika. Čeprav nimamo aktualnih podatkov o tem, koliko odraslih oseb pri nas je odvisnih od alkohola, pa raziskave kažejo, da abstinira manj kot 15 odstotkov prebivalstva. Ocenjujemo, da ima vsaj 175.000 odraslih hujše težave, povzročene z alkoholom. Ker večina teh ljudi živi v družinah, se bomo v nadaljevanju posvetili vprašanju, kako alkohol kot dejavnik tveganja lahko sproži nasilno vedenje in kako se to odraža v družinah.

Alkohol kot dejavnik tveganja za nasilno vedenje

Vzorce komunikacije v družinah, kjer so očetje alkoholiki, so že pred 30 leti raziskovali v Združenih državah Amerike, kjer so ugotovili, da sta uživanje alkohola in partnersko nasilje linearno povezani (Kantor in Straus, 1987). Druga raziskava je pokazala, da je bilo v enem letu pred začetkom zdravljenja odvisnosti polovica do dveh tretjin poročenih alkoholikov telesno nasilnih do svojih partnerk (Gondolf in Foster, 1991). V raziskavi o razlikah v komunikaciji med nasilnimi in nenasilnimi poročenimi moškimi so ugotovili, da so bolj nasilni mlajši moški in tisti, pri katerih je bil začetek z alkoholom povzročenih težav bolj zgoden. Izobrazba se ni pokazala kot pomemben dejavnik, prav tako ne odvisnost od alkohola (Murphy in O´Farrell, 1997). Zato je bolj poveden podatek, da je okrog 40 % nasilja v družini povzročenega pod vplivom alkohola (Leonard, 1993). Ko so raziskovali skupino 53 moških, vključenih v obravnavo zaradi nasilja v družini, so ugotovili, da jih je 63 % v času te obravnave izpolnjevalo kriterije za zlorabo

[1] Doc. dr., dr. med., spec. psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, SI-1260 Ljubljana, in Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Vrazov trg 2, SI-1104 Ljubljana, e-naslov: zdenka.cebasek@gmail.com.

ali odvisnost od alkohola. V tej skupini je bilo kar 92,5 % moških, ki so izpolnjevali kriterije za takšno diagnozo vsaj enkrat v življenju (lifetime diagnosis) (Brown in sod. 1999).

Z alkoholom povezane težave pri posamezniku

Čeprav se zdi, da je z alkoholom povezane težave pri posamezniku težko prepoznati, to praviloma ne drži. Že zelo preprosti testi, kot sta CAGE in AUDIT (NIH NIAAA, 2016), vsakemu zavzetemu opazovalcu dajejo trdno oporo, da postavi vsaj sum nanje. Testi so prevedeni v slovenščino in prosto dostopni na svetovnem spletu. Medicinska diagnoza pa naj bo potrjena v skladu z veljavnimi medicinskimi klasifikacijami (MKB-10, DSM-V) in v skladu s postavljenimi strokovnimi smernicami (Čebašek-Travnik in Rus Makovec, 2004). Diagnoze, ki jih uporabljamo v medicini, so v MKB-10 opisane z naslednjimi oznakami oziroma šiframi: F10.0, F10.1, F10.2, to so akutna zastrupitev, škodljiva raba alkohola, sindrom odvisnosti od alkohola. Na voljo imamo tudi dovolj kakovostne poljudne in strokovne literature, ki bo bralcu v pomoč pri razjasnitvi morebitnih dvomov (Rus Makovec, 2014). Posameznik, ki je odvisen od alkohola in čuti močno željo po njem, lahko na očitke s strani svojega bližnjega ali na omejevanje pitja reagira z nasiljem. Torej ni nujno, da gre vedno za učinek alkohola, temveč je možno nasilno vedenje tudi v obdobju abstinenčne krize.

Dejavniki tveganja za medosebno nasilje, povezano z alkoholom

Za pomoč pri razumevanju, kako se posamezni dejavniki povezujejo med seboj, se uporablja ekološki model, ki dejavnike deli v štiri skupine, to so: posamezniki, odnosi med posamezniki, skupnosti in družba. Pri posameznikih posebej osvetljuje tveganja pri žrtvah in pri povzročiteljih (WHO, 2006). Tako je treba razumeti, da alkohol lahko povečuje tveganje tudi v primeru, ko ga uživa žrtev. Med dejavniki, ki jih opazujemo v družbi, se omenjajo predvsem dostopnost in razširjenost alkohola ter prepričanja in stališča o uživanju alkohola (WHO, 2006). Ker Slovenija velja za družbo, kjer je alkohol lahko dostopen, prebivalstvo pa naklonjena pitju, je alkohol še posebej močan dejavnik tveganja za medosebno nasilje.

Kako alkohol lahko povečuje nasilje v družini

Avtorji predstavljajo različne hipoteze in teorije o tem, kako naj bi alkohol povečeval nasilje, še posebej v medosebnih odnosih oziroma v družinah. Posebej omenjamo hipotezo o disinhibicijskem učinku alkohola, ko naj bi alkohol oslabil tisti del možganskih funkcij, ki normalno zavirajo agresivno vedenje (Gustafson, 1994), več drugih je povzetih v Alcohol Alert (NIAAA, 1997).

Nekatere tovrstne raziskave temeljijo na statističnih podatkih, druge na poglobljenih psiholoških analizah osebnosti ali družinske dinamike, tretje na delovanju nevrotransmiterjev, četrte govorijo o povezavi med ekonomskimi dejavniki, kot sta revščina in brezposelnost, ki povečujeta stres, ta pa uživanje alkohola. Raziskava, s katero so preučevali razlike v učinkih alkohola na agresivni odziv pri moških in ženskah, je pokazala, da so moški bolj verjetno izrazili z alkoholom povezano agresivnost v direktni ter indi-

rektni obliki, medtem ko so ženske bolj verjetno izražale z alkoholom povezano nasilje v indirektni obliki (Giancola in Zeicner, 1994).

Prepoznavanje z alkoholom povezanih težav v družini

Številne žrtve nasilja v družini poročajo o tem, da je bil povzročitelj pod vplivom alkohola. Raziskave, ki so bile opravljene na to temo, na podlagi opisa zlorabljenih žensk ugotavljajo, da je 35–38 % povzročiteljev imelo pomembne z alkoholom povzročene težave, 22 % je bilo težkih pivcev (Leonard in Jacob, 1987). Tako z alkoholom povezane težave kot nasilje sta lahko v družini pomembni skrivnosti. Avtorici Kresran in Bepko (1993) menita, da je kompleksna narava skrivnosti v odvisni družini osrednja točka problema. Dobro varovana skrivnost (odvisnost) pomaga prikrivati njen pomen in posledice. Če problema (odvisnosti) ne imenujemo s pravim imenom, ga torej zanikamo in varujemo skrivnost. S tem pa dejansko preprečimo, da bi osebe lahko pridobile informacije, s pomočjo katerih bi lahko ukrepale. O tej skrivnosti (odvisnosti) se v družini ne govori, niti družinski člani med seboj ne. Zato se odvisnost pri posamezniku in družini razvija naprej, problem postaja vedno hujši, zanikanje pa je vedno močnejše. Najmočnejša oblika zanikanja je tišina, ko se o problemu sploh ne sme govoriti. Laži ustvarjajo skrivnosti, tišina jih vzdržuje, skrivnosti hranijo zanikanje – tako skupaj tvorijo vzdušje, ki družino stiska v krogu izkrivljene resničnosti.

Odvisne družine, torej družine z vsaj enim članom z odvisnostjo od psihoaktivne snovi, imajo nekatere skupne značilnosti, ki so neodvisne od vrste psihoaktivne snovi ali vloge oziroma položaja odvisnega člana znotraj družine. V literaturi najdemo različne opise odvisnih družin, v katerih avtorji pojasnjujejo njihovo nefunkcionalnost, pri čemer se opirajo na spoznanja izbrane psihoterapevtske smeri ali doktrine zdravljenja, dostikrat tudi na lastne terapevtske izkušnje (Čebašek-Travnik, 2015). Liepman (1994) je odvisne zelo sistematično preučeval in v ospredje postavil zamenjavo prednostnih nalog in spreminjanje vrednot. Spreminjanje vrednot se kaže tudi v tem, da se v družini udomači nepoštenost. Ta prehaja od majhnih prek velikih laži do skrivnosti. Z vedno močnejšim varovanjem skrivnosti se pojavi opuščanje odgovornosti, sprva le s strani odvisne osebe, kasneje tudi drugih družinskih članov. Odvisne družine so tudi bolj izpostavljene različnim nevarnostim, kot so nesreče in poškodbe (v prometu, pri delu, pri drugih dejavnostih), tipične bolezni (aids, hepatitis, spolno prenosljive bolezni), stiki z osebami, ki so vpletene v kriminalne dejavnosti (npr. preprodajalci drog, zvodniki). S tem pa se izpostavljajo tudi nasilju zunaj družine. Manj poznana pa je tako imenovana izkušnja prezgodnjih izgub. Prezgodnje izgube označujejo nenamenske ali nenačrtovane odhode iz družine. Ti so lahko začasni (zapor, bolnišnica, rejništvo, vzgojni dom) ali pa trajni (smrt odvisne osebe). Posebne vrste izgub so tudi dogodki, kot so ločitev, beg od doma, prezgodnja nosečnost, šola ali služba daleč od doma, vojaška služba, verski poklici in podobno. Seveda se podobni odhodi dogajajo tudi v drugih družinah, vendar je v odvisnih družinah motiv za odhode povezan predvsem z željo po zapustitvi težavnih domačih razmer. Odvisnost v družini je lahko tudi »nalezljiva«, saj so drugi družinski člani tudi sami potencialni kandidati za razvoj odvisniškega vedenja in odvisnosti. Partnerji si pogosto lajšajo tesnobo in napetosti v medosebnih odnosih z anksiolitiki, lahko

tudi z alkoholom, otroci pa poleg genske obremenjenosti prevzemajo odvisniški način vedenja. V odvisnih družinah je dostopnost do psihotropnih snovi lažja, hkrati pa so pravila glede uživanja teh manj jasna.

Vpliv alkoholne politike na zmanjševanje nasilja v družini

Čeprav na tem področju ni narejenih dosti raziskav, so v sporočilu Svetovne zdravstvene organizacije navedli nekatere ukrepe alkoholne politike, ki so v opazovanih populacijah privedle do zmanjšanja nasilja v družini (WHO, 2006 in WHO, 2016):

- zmanjšanje dostopnosti alkoholnih pijač (omejen čas prodaje),
- zviševanje cen alkoholnih pijač,
- zdravljenje odvisnih od alkohola,
- presejalni testi in kratke terapevtske intervencije.

Gre torej za specifične preventivne ukrepe na področju rabe alkohola, ki jih je treba uporabljati ob drugih ukrepih za zmanjševanje nasilja v družini.

Zaključek

Ko pri svojem delu prepoznamo žrtve nasilja v družini in z njimi ostajamo v bolj trajnem odnosu (na primer v družinski medicini, ginekologiji, psihiatriji, pediatriji), je smiselno ugotavljati tudi, ali gre tudi za problematiko odvisne družine. Ta podatek je pomemben tako za pomoč žrtvi kot tudi za usmerjanje povzročiteljev v programe strokovne pomoči, ki naj bodo v takšnih primerih kombinirani – ob obravnavi škodljive rabe ali odvisnosti od alkohola tudi obravnava nasilnega vedenja. Slednja je in bo izvedljiva le v pogojih stabilne abstinence od alkohola.

Literatura

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-5*®). 2015.

Brown TG, Werk A, Caplan T, Seraganian P. Violent substance abusers in domestic violence treatment. Violence Vict 1999, 14 (2): 179–90.

Čebašek-Travnik Z, Rus Makovec M, urednici. Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola. Učbenik in smernice za delo. Medicina odvisnosti 2004-1. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2004.

Čebašek-Travnik Z. Odvisnosti v družini in raba substanc ter duševno zdravje mladih. V: Mrgole A (uredniški odbor). Odgovori sodobnim odzivom odraščanja. Zbornik ob 25-letnici delovanja TOM telefona. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, 2015.

Giancola PR, Zeichner A. An Investigation of Gender Differences in Alcohol-Related Agression. J Stud Alcohol 1995; 56: 573–9.

Gondolf EW, Foster RA. Wife assault among VA alcohol rehabilitation patients. Hosp Commun Psychiat 1991; 42: 74–9.

Gusafson R. Alcohol and aggression. J Offender Rehabil 1994; 21 (3/4): 41–80.

Kantor GK, Straus MA. The »drunken bum« theory of wife beating. Social Probl 1987; 34: 213–30.

Krestan J, Bepko C. On lies, secrets and silence: the multiple levels of denial in addictive families. V: Imber Black E (ed). Secrets in families and family therapy. New York: Norton 1993; 141-59.

Leonard KE, Jacob T. Alcohol, alcoholism, and family violence. V: Bellack AS, Hersen M, Morrison RL & Van Hasselt VB, editors. Handbook of family violence. NY: Plenum Press, 1987: 383–406.

Leonard KE. Drinking patterns and intoxication in marital violence: Review, critique, and future directions for research. V: Martin SE, editor. Alcohol and Interpersonal Violence. Fostering interdisciplinary Perspectives. Rockville, Md: NIAAA Research Monograph No. 24 NIH Publication No. 93-3496, 1993: 253–80.

Liepman MR. The family in addiction. In: Miller NS ed. Principles of addiction medicine. Chevy Chase. ASAM Inc; 1994; Ch 1: 1–5.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih poblemov za statisične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja. SZO (WHO) Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008.

Murphy CM, O´Farrell TJ. Couple Communication Patterns of Maritally Aggressive and Nonaggressive Male Acoholics. J Stud Alcohol 1997; 58: 83–90.

NIH National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Screening tests. Pridobljeno 9. 4. 2016 s spletne strani: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh28-2/78-79.htm

NIH National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol, Violence and Aggression. Alcohol Alert 1997: 1–3.

Rus Makovec M, urednica. Zgodbe upanja. Primeri celostnega zdravljenja odvisnosti. Ljubljana: eBesede, 2014.

World Health Organization. Intimate Partner Violence and Alcohol Fact Sheet. Pridobljeno 9. 4. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf

World Health Organization. WHO Policy briefing. Interpersonal Violence and Alcohol. Pridobljeno 9. 4. 2016 s spletne strani: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf?ua=1

Obravnava mladostnice v ginekološki ambulanti

Špela Smrkolj,[1] Andreja Štolfa Gruntar,[2] Bojana Pinter[3]

Povzetek

Tudi mladostnice občasno obiščejo ginekološko ambulanto. Glede na to, da smo ginekologi zaupniki tudi mlajših mladostnic, ki prostovoljno vstopajo v spolne odnose in potrebujejo kontracepcijo ali (sicer redko) želijo prekiniti neželeno nosečnost, so se v zvezi z različnimi interpretacijami zakonodaje, tudi Zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, pojavljala številna vprašanja, ki jih v nadaljevanju skušamo pojasniti avtorice prispevka.

Ključne besede: mladostnica, ginekološki pregled.

Uvod

V zadnjih desetletjih ginekologi posvečamo ginekološkim problemom otrok in mladostnic veliko več pozornosti, kot je bila to praksa v preteklosti. Strokovno varovanje spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji se je sicer začelo leta 1975 na Inštitutu za načrtovanje družine v Ljubljani (Pinter in sod. 2005).

Adolescentno obdobje je opredeljeno kot obdobje med 10. in 19. letom starosti. Mladostnice v tem obdobju obiskujejo ginekološke ambulante najpogosteje zaradi kontracepcijskega svetovanja, motenj menstruacijskega ciklusa, okužb genitalnega trakta, nosečnosti, redkeje zaradi razvojnih anomalij rodil, tumorjev spolovil ali spolnega nasilja (Pinter in sod. 2005).

Večinoma se pri obravnavi mladostnic srečujemo z mladostnicami, starejšimi od 15 let, ki po veljavni zakonodaji načeloma imajo pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju. V zvezi z reprodukcijo imajo mladostnice, ki so mlajše od 15 let, pravico do

[1] Doc. dr., dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za ginekologijo, Ginekološka klinika Ljubljana, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: spsmrkolj@gmail.com.

[2] Dr. med., spec. ginekologije in porodništva, KO za ginekologijo, Ginekološka klinika Ljubljana, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: andreja.stolfa-gruntar@guest.arnes.si.

[3] Izr. prof., dr. med., spec. ginekologije in porodništva, mag. ekonom. in posl. ved, KO za reprodukcijo, Ginekološka klinika Ljubljana, UKC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: bojana.pinter@guest.arnes.si.

samostojnega odločanja ne glede na starost, kar v praksi pogosto povzroča dileme pri njihovi zdravstveni obravnavi.

Obravnava mladostnic, mlajših od 15 let, v ginekološki ambulanti

Zdravniki opozarjajo predvsem na dve problematični vprašanji, ki se na tem področju pojavljata v praksi. Prvo se nanaša na ravnanje v primerih, ko želi pacientka, ki je mlajša od 15 let, brez vednosti staršev pridobiti kontracepcijska sredstva. Drugo pa se navezuje na zahtevo takšne pacientke po umetni prekinitvi nosečnosti. Stališči ginekološke in sodnomedicinske stroke si namreč na tem mestu nasprotujeta (Žnidaršič Skubic, 2014).

Glede spolne dejavnosti je bila po Kazenskem zakoniku (KZ-1) do spremembe kazenske zakonodaje leta 2012 osebam, mlajšim od 15 let, spolna dejavnost prepovedana, tudi če bi šlo za prostovoljne odnose. Zdravnik, ki se je soočil z osebo, mlajšo od 15 let, ki je želela nasvet o varni spolnosti z drugo osebo, kontracepcijsko zaščito ali prekinitev nosečnosti, je bil po zakonodaji pomagač pri kaznivem dejanju spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let, in potencialno bi bil kaznovan, če ne bi podal kazenske ovadbe, da so se zgodila spolna dejanja v zvezi s to osebo. Ta pravna določila niso bila v skladu s splošno ustavno pravico do človekove avtonomije, vključujoč področje spolnega razvoja, in s pravico do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. Tako stanje ni bilo vzdržno niti za osebe, mlajše od 15 let, niti za zdravnike – s stališča temeljne dolžnosti zdravnika pomagati pacientu, kazenska ovadba pacienta in njegovih vrstnikov pacientu namreč ni v pomoč, saj je zaupanje v zdravnika v primeru ovadbe izgubljeno. Velika nevarnost je, da mladoletnik ne bi več iskal pomoči pri zdravniku, kar poveča njegovo zdravstveno ogroženost. Zato je bila leta 2012 sprejeta novela Kazenskega zakonika (KZ-1-UPB2), ki določa, da spolno dejanje z osebo, mlajšo od 15 let, ni protipravno, če je bilo storjeno z osebo primerljive starosti in če ustreza stopnji njene duševne ter telesne zrelosti (Pleterski Rigler, 2014).

V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP) je zdravnik tisti, ki oceni, ali je petnajstletnik sposoben samostojnega odločanja o sebi v primeru medicinskih posegov. Postavljena je domneva, da je tega načeloma sposoben, vendar pa lahko zdravnik to domnevo s svojo kompetentno oceno okoliščin v konkretnem primeru izpodbije navzgor (odloči, da šestnajstletnik v konkretnem primeru ni dovolj zrel za določeno odločitev) ali pa navzdol (odloči, da je štirinajstletnik dovolj zrel za določeno odločitev). Ta pravila ne veljajo za področje svobode odločanja o rojstvih otrok, saj je omenjena ustavna svoboščina, iz katere izhajata tudi pravici do preprečevanja zanositve in do umetne prekinitve nosečnosti, urejena v posebnem zakonu, tj. v Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Ta je za to področje odločilen in ima prednost pred splošnejšim, čeprav pozneje sprejetim ZPacP. ZZUUP je torej *lex specialis* in zato moramo pri odločanju o obeh odprtih vprašanjih upoštevati njegove določbe ter določbe na podlagi tega sprejetega podzakonskega akta. To pomeni, da lahko razsodna mladoletnica samostojno, brez sodelo-

vanja oz. privolitve staršev ali skrbnika, zahteva, da se ji dodeli ustrezna kontracepcija ali prekine nosečnost. Podobno urejajo tovrstno problematiko tudi države, kot so Nizozemska, Švedska, Avstrija, Danska in Italija (Žnidaršič Skubic, 2014).

Zakonodaja, ki zdravniku predpisuje dolžnost prijavljanja, spodkopava bistvo zdravnikove svetovalne in terapevtske vloge. V dilemi, ali naj pomaga pacientu ali naj izpolnjuje represivne naloge, mora zdravnik dati prednost pomoči pacientu. Zdravnik, ki pomaga mladoletnici s kontracepcijsko zaščito ali v skladu z medicinsko doktrino prekine nosečnost, ne sme biti na nobeni stopnji dejanja kazniv kot udeleženec pri kaznivem dejanju ali biti kakorkoli kazniv v zvezi z njima. Zakonodaja mora to načelo izraziti nedvoumno. Komisija RS za medicinsko etiko opozarja, da zdravnika, razen v posebnih okoliščinah (npr. ko gre za pacientove vitalne koristi ali odvrnitev hude nevarnosti za druge), ni mogoče vključiti v represivni sistem, ker to ogroža njegovo temeljno poslanstvo (Pleterski Rigler, 2014).

Zaključki

Nedorečenost in nasprotujoča si stališča različnih strokovnjakov begajo ginekologe ter še posebej mladoletnice. Zato je nujno potreben konsenz stroke in zakonodaje na tem področju. Porušen zaupni odnos med mlado pacientko in ginekologom ima lahko tudi dolgotrajne posledice (spolnost brez zaščite, nelegalne prekinitve nosečnosti, smrt zaradi sepse, prikrivana nosečnost in detomori).

Literatura

Kazenski zakonik (KZ-1). Ur. l. RS, št.- 55/2008, 66/2008, 39/2009.

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2). Ur. l. RS, št. 50/2012.

Pinter B, Grebenc M (eds). Reproduktivno zdravje mladih: zbornik. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2005. 82 str., graf. prikazi.

Pleterski Rigler D. Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o vlogi zdravnika, soočenega s spolno dejavnostjo pacientov, mlajših od 15 let. V: Pinter B (eds): Spolno nasilje. X. Spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras, Ljubljana, 28. november 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 68–9.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS, št. 15/2008.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Pridobljeno 18. 4. 2016 s spletne strani: http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214.

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Ur. l. SRS, št. 11/1977, 42/1986.

Žnidaršič Skubic V. Svoboda odločanja o rojstvih otrok pri mladoletnicah (prekinitev nosečnosti in kontracepcija). V: Pinter B (urednica): Spolno nasilje. X. Spominski sestanek prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras, Ljubljana, 28. november 2014. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2014: 66–7.

Zobozdravstvo in zaščita otrok v kontekstu nasilja v družini

Rok Kosem[1]

Povzetek

Odgovornost za zaščito otrok si delijo številne skupine strokovnjakov. Ker so poškodbe ali drugi znaki nasilja in zanemarjanja pogosto v področju, ki ga zajame zobozdravniški pregled, ima lahko zobozdravniški tim pomembno vlogo pri prepoznavi otrok, žrtev nasilja. Tako so v vsaj polovici primerov fizičnega nasilja nad otrokom prisotne poškodbe ust in obraza, najpogosteje kot poškodbe mehkih tkiv (obtolčenine, raztrganine ali opekline), lahko pa tudi kot zlomi obraznih kosti ali čeljustnic in poškodbe zobovja (zlomi in/ali omajanja in premiki zob). Znaki psihičnega nasilja in čustvene zlorabe so lahko pri zobozdravniški obravnavi opazni v spremenjenem čustvenem stanju in vedenju otroka ter njegovi interakciji s starši oziroma skrbniki. Tudi na spolno zlorabo otroka lahko zobozdravniški tim posumi pogosto le na podlagi čustvenih ali vedenjskih znakov, saj so vidni znaki poškodb ali infekcij, povezanih s spolno zlorabo otroka, v ustni votlini redkokdaj prisotni. Poleg drugih znakov zanemarjanja otroka lahko zobozdravniški tim prepozna predvsem zanemarjanje ustnega zdravja, ki je opredeljeno kot persistentno opuščanje zadovoljevanja otrokovih osnovnih potreb v zvezi z ustnim zdravjem (redna ustna higiena, redni vir fluorida, prehrana z omejeno količino in pogostostjo vnosa sladkorjev, dostop do redne zobozdravniške oskrbe). Pri žrtvi katerekoli vrste nasilja mora zobozdravniški tim seveda prvenstveno oskrbeti otrokove poškodbe ali/in druga stanja, ki potrebujejo zobozdravniško zdravljenje. Otroka, ki bi bil lahko žrtev nasilja, pa zobozdravniški tim ne obravnava sam. Kadar obstaja sum, da je otrok žrtev nasilja oziroma zlorabe, je treba obvestiti pristojne službe. K zahtevnima procesoma prepoznave in obravnave nasilja nad otrokom lahko pomembno prispeva tudi zobozdravniški tim.

Ključne besede: zaščita otrok, nasilje, zanemarjanje, ustno zdravje, zobozdravniški tim

Uvod

Zaščito otrok predstavljajo ukrepi, ki zmanjšujejo tveganje škode za otroke, kar vključuje varovanje otrok pred slabim ravnanjem, preprečevanje poslabšanja njihovega zdravja ali razvoja in zagotavljanje odraščanja v varnem ter skrbnem okolju. Zaščita otrok

[1] Dr. dentalne medicine, specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Stomatološka klinika, Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Hrvatski trg 6, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: rok.kosem@kclj.si.

pred komerkoli, ki bi jim povzročil škodo, je skupna odgovornost vseh članov družbe in si jo delijo številne skupine strokovnjakov. Člani zobozdravniškega tima lahko pri svojem delu opazijo znake nasilja nad otroki in njihovega zanemarjanja ali izvedo za podatke, ki jim s tem v zvezi povzročajo zaskrbljenost. Nekateri zobozdravniki sicer ne obravnavajo otrok, ker pa zdravijo odrasle, ki so starši, se morajo prav tako zavedati pomena zaščite otrok.

Zaščita otrok in zobozdravniški tim

Zobozdravniški tim sicer nima odgovornosti za postavitev diagnoze nasilja nad otrokom oziroma zlorabe otroka ali zanemarjanja otroka, mora pa ustrezno ravnati, kadar zazna okoliščine, ki bi bile lahko s tem povezane (Harris in sod. 2006). Raziskave, opravljene v Združenem kraljestvu, so pokazale, da se zobozdravniki niso čutili pripravljene za aktivno vlogo v postopkih zaščite otrok (Welbury in sod. 2003; Cairns in sod. 2005; Harris in sod. 2009b; Harris in sod. 2009c). Da bi lahko zobozdravniški timi učinkovito opravljali to vlogo skladno s svojimi strokovnimi odgovornostmi, so potrebni komunikacija, sodelovanje in vzajemna podpora znotraj samih timov, v korist otrok pa je treba vzpostaviti tudi multidisciplinarno sodelovanje z drugimi strokovnimi službami (Harris in sod. 2006).

Analiza udeležbe na prvih sedmih dvodnevnih izobraževanjih septembra 2015 vzpostavljene multidisciplinarne izobraževalne platforme v okviru projekta Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti je pokazala, da je bil med udeleženimi zdravniki in zobozdravniki glede na področje dela največji delež (20 %) zobozdravnikov (Šprah, 2016). To nakazuje, da se tudi slovenski zobozdravniki zavedajo svoje vloge pri obvladovanju nasilja v družini in potrebe po izobraževanju na tem področju.

Dolžnost poskrbeti, da so otroci zaščiteni pred zlorabo, zanemarjanjem in vsemi drugimi oblikami nasilja, izhaja tudi iz Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah, ki jo je leta 1989 sprejela Generalna skupščina Organizacije združenih narodov, Slovenija pa jo je prevzela leta 1992 z aktom o notifikaciji nasledstva (Uradni list RS, št. 35/1992). Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah določa, da morajo biti pri vseh dejavnostih v zvezi z otroki njihove koristi glavno vodilo, in poudarja pravico otrok z zmanjšanimi zmožnostmi do posebne skrbi. Ker so ti otroci bolj izpostavljeni tveganju za zlorabo in zanemarjanje, morajo biti pri njihovi obravnavi tudi zobozdravniški timi na to še posebej pozorni.

Prepoznava otrok žrtev nasilja

Zobozdravniški tim se pri opravljanju svoje dejavnosti lahko sreča z otroki, ki so žrtve katerekoli vrste nasilja (fizičnega, spolnega, psihičnega) oziroma zlorabe in/ali zanemarjanja. Ker so poškodbe ali drugi znaki nasilja in zanemarjanja pogosto v področju, ki ga zajame zobozdravniški pregled, ima lahko zobozdravnik pomembno vlogo pri prepoznavi otrok, žrtev nasilja.

Fizično nasilje in zloraba

Številna vedenja, kot so na primer udarci z roko ali predmetom, brcanje, porivanje, stresanje, pa tudi nasilno hranjenje, uporaba vrelih ali jedkih tekočin ter vročih predmetov, pa tudi vedenja, ki so uporabljena za ponarejanje znakov bolezni, lahko povzročijo poškodbo v področju ustne votline, obraza in glave. Te poškodbe pa so lahko tudi posledica izpostavljanja otroka povečanemu tveganju za nezgode.

Poškodbe ust in obraza so prisotne v vsaj polovici primerov fizičnega nasilja oziroma zlorabe otroka (Harris in sod. 2006). Posledice fizičnega nasilja so lahko poškodbe mehkih tkiv: obtolčenine, raztrganine ali opekline, zlomi obraznih kosti ali čeljustnic in poškodbe zobovja: zlomi in/ali omajanja ter premiki zob (AAPD, 2015).

Poškodbe zobovja so sicer pri otrocih in mladostnikih zelo pogoste: po izsledkih večine raziskav je prevalenca poškodb mlečnega zobovja dokaj stabilna, in to približno 30 %, prevalenca poškodb stalnega zobovja pa je med otroki in mladostniki približno 20 % (Andersson, 2013). Ocena je, da je prevalenca fizičnega nasilja nad otroki v različnih državah od 0,1 % do 10 %, glede na izsledke maloštevilnih raziskav pa so pri njih poškodbe zobovja prisotne le redko (Welbury, 2007), zato je med vsemi poškodbami zobovja delež tistih, ki so povezane z zlorabo otrok, majhen. Zavedati pa se je treba, da se številne poškodbe zobovja zgodijo znotraj družinskega okolja. V analizi okoliščin, v katerih so se poškodovali otroci in mladostniki, ki so bili zaradi poškodbe zobovja obravnavani na Centru za otroško in preventivno zobozdravstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana med letoma 2009 in 2014, je bilo ugotovljeno, da se je kar 78 % poškodb mlečnega zobovja in 33 % poškodb stalnega zobovja zgodilo doma, na kraju nezgode pa so bili ob poškodovancu najpogosteje starši, in to v 61 % (Polanšek in Kosem, 2015).

Zlomi kosti obraznega skeleta so sicer pri otrocih redki in večina tistih, ki so povezani s fizičnim nasiljem, se zgodi pri majhnih otrocih, starih do tri leta (Harris in sod. 2006).

Pri poškodbah mehkih tkiv glave in vratu so nekateri znaki bolj značilni za nasilno ravnanje kot za nezgodni dogodek. Med takšne znake poškodb sodijo podplutbe s prepoznavnim vzorcem, kot so sledi prstov roke, na primer na licih (pri klofutanju ali grabljenju), parne ovalne ali okrogle podplutbe (pri ščipanju ali pri vlečenju za uhelj), nenavadno oblikovane podplutbe z ostrimi robovi, ki lahko odražajo obliko predmeta, s katerim so bile povzročene, in podplutbe na predelih, ki so manj izpostavljeni poškodbam pri nezgodah. Pri nezgodah se namreč najpogosteje poškodujejo mehka tkiva na mestih kostnih prominenc, na primer na nosu ali bradi, redko pa v področju »trikotnika varnosti« (uho, stranski del obraza in vratu, vrh ramen). Podplutbe ali drugi znaki poškodbe na vratu so lahko tudi posledica dušenja ali davljenja z rokami, vrvjo ali ovratnikom. Sum, da gre za posledico fizičnega nasilja, je utemeljen pri podplutbah na glavi otroka, ki ni samostojno gibljiv, pa tudi pri podplutbah, ki so videti različne starosti, pri čemer se je treba sicer zavedati, da ocenjevanje časa nastanka podplutbe glede na njeno barvo ni zanesljivo. Tudi obojestranske periorbitalne podplutbe, ki so jim lahko pridružene očesne poškodbe, so možna posledica fizičnega nasilja, saj nezgode pri otrocih

redkokdaj povzročijo takšne poškodbe. Odrgnine in raztrganine pri nezgodah običajno niso omejene na obraz, kot posledica fizičnega nasilja nad otrokom pa so v takšnih primerih najpogosteje povzročene s prstani ali z nohti. Pri opeklinah, ki nastanejo s pritiskom vročega predmeta na kožo obraza, običajno ne nastanejo mehurji, njihova oblika pa pogosto odraža obliko tega predmeta. Cigaretni ogorek praviloma povzroči okroglasto opeklino z dobro omejenim robom. Na posledice človeškega ugriza je mogoče sklepati po obliki in velikosti poškodbe mehkih tkiv, je pa videz odvisen od številnih dejavnikov (predrtja kože z zobmi, debeline tkiva, obdobja od ugriza idr.). Med poškodbami mehkih tkiv ustne votline je s stališča možne povezave s fizično zlorabo pomembna podplutba s pretrganjem frenuluma zgornje ustnice, in to predvsem pri zelo majhnih otrocih, saj je vzrok zanjo lahko udarec po ustih ali nasilno hranjenje po steklenički. Kasneje do takšne poškodbe namreč pogosto pride tudi pri padcih, ko se otrok uči hoditi, pri starejših otrocih pa ob raznih nezgodah. Nasilno hranjenje majhnih otrok je lahko povezano tudi s penetrantnimi poškodbami neba, ustnega preddvora ali ustnega dna, ki so povzročene s pripomočkom za hranjenje, in z opeklinami, ki so povzročene z vročimi ali jedkimi tekočinami (Harris in sod. 2006). Kadar želi pri ponarejanju znakov bolezni (sindromu Munchausen by proxy) povzročitelj izzvati izkašljevanje krvi, lahko pride do resnih poškodb ustne votline in žrela (AAPD, 2015).

Pomembno je poudariti, da nobeden od posameznih znakov poškodb ni patognomoničen za fizično nasilje nad otrokom, torej sam po sebi ne dokazuje zlorabe, saj je lahko tudi posledica drugih vzrokov (Harris in sod. 2006).

Psihično nasilje in čustvena zloraba

Čustvena zloraba pogosto spremlja druge oblike nasilja nad otrokom. Znaki psihičnega nasilja in čustvene zlorabe so lahko pri zobozdravniški obravnavi opazni v spremenjenem čustvenem stanju in vedenju otroka ter njegovi interakciji s starši oziroma skrbniki. Ti lahko otroka ignorirajo ali v stikih z njim uporabljajo nasilne ali druge neprimerne izraze, otroku grozijo ali pa imajo njegovi razvojni stopnji neskladna pričakovanja glede zmožnosti sodelovanja pri zobozdravniški obravnavi. Zobozdravniški tim lahko pri čustveno zlorabljanem otroku opazi razvojni zaostanek na telesnem, intelektualnem in socialnem področju. Tak otrok je lahko v stiski, kadar starši niso prisotni, lahko pa je vznemirjen, nesodelujoč in nezbran ali pa zadržan, oprezen ter tesnoben (Harris in sod. 2006).

Spolno nasilje in zloraba

V ustni votlini so redkokdaj prisotni vidni znaki poškodb ali infekcij, povezanih s spolnim nasiljem oziroma zlorabo otroka. Nepojasnjene poškodbe ali petehije na nebu, predvsem na meji med trdim in mehkim nebom, so lahko posledica oralnega spolnega odnosa (AAPD, 2015). Rdečina, razjede in mehurčki na ustni sluznici so lahko znaki gonoreje ali drugih spolno prenosljivih bolezni. V odsotnostih takšnih znakov bi zobozdravniški tim lahko posumil na spolno zlorabo otroka le na podlagi čustvenih ali vedenjskih znakov (Harris in sod. 2006).

Zanemarjanje

Neprimerna oblačila, pomanjkljiva telesna nega, pogostnost nezgod in zaostanek v telesnem, čustvenem ter intelektualnem razvoju otroka lahko kot znake nezadovoljevanja njegovih osnovnih potreb s strani staršev ali skrbnikov in njihovega neupoštevanja strokovnih priporočil prepozna tudi zobozdravniški tim, hkrati s temi znaki ali posebej pa lahko prepozna zanemarjanje ustnega zdravja *(dental neglect)* (Harris in sod. 2006). To je opredeljeno kot persistentno opuščanje zadovoljevanja otrokovih osnovnih potreb v zvezi z ustnim zdravjem (redna ustna higiena, redni vir fluorida, prehrana z omejeno količino in pogostnostjo vnosa sladkorjev, dostop do redne zobozdravniške oskrbe, ki omogoča preventivne ukrepe in zgodnjo razpoznavo ter zdravljenje bolezni v ustni votlini), kar lahko privede do resnih okvar otrokovega ustnega in splošnega zdravja ali razvoja (Harris in sod. 2009a).

Čeprav je karies preprečljiva bolezen, je njegova prevalenca pri otrocih in mladostnikih velika. Tako je bila po izsledkih epidemiološke raziskave, opravljene v Sloveniji v šolskem letu 2003/04, le približno četrtina 5-letnikov in petina 6-letnikov brez zdravljenih ali nezdravljenih dentinskih karioznih sprememb v mlečnem zobovju (»brez kariesa«), v stalnem zobovju pa so bili odgovarjajoči deleži pri 12-letnikih 26 %, pri 15-letnikih 14 % in pri 18-letnikih 8 % (Kosem, 2010). Same prisotnosti kariesa tako še ni mogoče šteti za zanemarjanje ustnega zdravja, celo če je bolezen pri otroku zelo izražena, saj je treba pri tem upoštevati tudi raven seznanjenosti staršev ali skrbnikov z vzroki kariesa ter možnostmi njegovega preprečevanja, vpliv bolezni na otrokovo zdravstveno stanje in dostopnost do zobozdravniške oskrbe, seveda pa tudi prisotnost morebitnih drugih znakov zlorabe otroka (Harris in sod. 2009a). Kot zanemarjanje ustnega zdravja bi lahko opredelili neodzivnost staršev ali skrbnikov na otrokove težave z ustnim zdravjem, s katerimi so bili ustrezno seznanjeni in za katere je bila omogočena možnost primerne oskrbe, kar se kaže na primer z nerednim obiskovanjem zobozdravnika, s ponavljajočimi se izostanki od dogovorjenih obiskov in z nezmožnostjo, da bi bilo načrtovano zdravljenje dokončano.

Obravnava otrok, žrtev nasilja

Stomatološka klinična preiskava otroka s poškodbo oziroma z možnimi znaki zlorabe ali zanemarjanja se začne, kot je tudi sicer običajno, z natančno anamnezo. Pomembno je pridobiti podatke o poškodbi oziroma vzroku obiska, in to tako od staršev ali skrbnikov kot tudi od otroka, pa tudi podatke iz stomatološke, medicinske ter socialne anamneze. Otroka, ki sam razkrije zlorabo, je treba resno obravnavati. Na možnost zlorabe otroka nakazujejo tudi iskanje pomoči z nepojasnjeno zakasnitvijo, spreminjanje navedb o poškodbi ali bolezni, neujemanje anamnestičnih podatkov in klinične slike, nepojasnjene poškodbe ter posebnosti v vedenju otroka in njegovi interakciji s starši ali skrbniki. Pri temeljitem zobozdravniškem pregledu pa je treba biti pozoren na poškodbe zobovja, ust in obraza ter njihove značilnosti in tudi na otrokovo splošno zdravstveno stanje. Anamnezo in izsledke pregleda je treba natančno dokumentirati (Harris in sod. 2006).

Žrtev katerekoli vrste nasilja je seveda treba obravnavati v skladu s sprejeto strokovno doktrino. Prva dolžnost zobozdravniškega tima je oskrbeti otrokove poškodbe in druga stanja, ki potrebujejo zobozdravniško zdravljenje. Zaradi suma zlorabe ne sme noben otrok ostati neoskrbljen. Predvsem pa se je treba zavedati, da otroka, ki bi bil lahko žrtev nasilja, zobozdravniški tim ne obravnava sam. Pomemben je posvet z ustreznim strokovnjakom: s kolegom, izkušenim zobozdravnikom, z medicinsko sestro, s pediatrom, socialnim delavcem. Kadar obstaja sum, da je otrok žrtev nasilja oziroma zlorabe, je treba obvestiti pristojne službe (Harris in sod. 2006).

Pri prepoznanem zanemarjanju ustnega zdravja otroka brez drugih znakov zanemarjanja ali nasilja je priporočeno tristopenjsko ukrepanje: preventivna obravnava s strani zobozdravniškega tima (ozaveščanje staršev ali skrbnikov, pojasnjevanje potrebnih sprememb in podpora pri tem, vodenje natančne klinične in administrativne dokumentacije, vzdrževanje stika s starši ali skrbniki, spremljanje napredka obravnave), multidisciplinarna preventivna obravnava (stiki z drugimi strokovnjaki: patronažno službo, zdravniki, socialnimi delavci, in to v soglasju s starši ali skrbniki, skupni načrt aktivnosti, redno vrednotenje rezultatov obravnave), prijava pristojnim službam (Harris in sod. 2009a).

V Sloveniji obravnavo žrtev nasilja s strani zdravstvenih strokovnjakov opredeljujeta Zakon o preprečevanju nasilja v družini (Uradni list RS, št. 16/2008) in Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/2011). Natančna priporočila, kako v okviru zdravstvene dejavnosti, torej tudi dejavnosti zobozdravniškega tima, obravnavati otroke, žrtve nasilja in zlorab, vključujejo smernice, ki so jih pripravili na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije (Zupančič in sod. 2015), opisana pa so tudi v priročniku v sklopu multidisciplinarne izobraževalne platforme v okviru projekta Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti (Kopčavar Guček, 2015; Meglič, 2015). Posebej so izpostavljeni napotki za dokumentiranje obravnave in postopki pri obveščanju pristojnih institucij ter pri prijavi nasilja ali zlorabe otroka, opredeljeni pa so tudi vidiki zaupnosti. Etične in ustavne določbe, ki se nanašajo na zaupnost podatkov, niso namenjene omejevanju ali preprečitvi izmenjave podatkov med posameznimi strokovnimi delavci, ki so odgovorni za zagotavljanje otrokove varnosti (Zupančič in sod. 2015).

Zaključek

Zavedati se je treba, da neprepoznana zloraba ali neustrezna obravnava prepoznane zlorabe otroka izpostavlja novim zlorabam in ima dolgoročne negativne posledice za njegovo zdravje (Zupančič in sod. 2015). K zahtevnima procesoma prepoznave in obravnave nasilja nad otrokom lahko pomembno prispeva tudi zobozdravniški tim.

Literatura

Akt o notifikaciji nasledstva glede konvencij organizacije združenih narodov in konvencij, sprejetih v mednarodni agenciji za atomsko energijo. Uradni list Republike Slovenije, št. 35/1992.

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatr Dent 2015; 37 (Reference Manual): 172–5.

Andersson L. Epidemiology of traumatic dental injuries. J Endod 2013; 39: S2–S5.

Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. Br Dent J 2005; 199: 517–20.

Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. Int J Paediatr Dent 2009a May 14. [Epub ahead of print]

Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. Br Dent J 2009b; 206: 409–14.

Harris JC, Elcock C, Sidebotham PD, Welbury RR. Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect. Br Dent J 2009c; 206: 456–70.

Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J, et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Sheffield: Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors, 2006.

Kopčavar Guček N. Postopki ob razkritju žrtev nasilja v družini. In: Šimenc J, urednica. Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2015: 83–8.

Kosem R. Priporočila za uporabo fluoridov pri otrocih in mladostnikih – stanje v Sloveniji. V: Kosem R, urednik. Sodobna uporaba fluoridov v otroškem in preventivnem zobozdravstvu. Zbornik 9. slovenski pedontološki dnevi. Ljubljana: Sekcija pedontologov Slovenskega zdravniškega društva, 2010: 30.

Meglič A. Pediatrija. V: Šimenc J, urednica. Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2015: 94–100.

Polanšek V, Kosem R. Environment of traumatic dental injuries in children and adolescents treated at the University Medical Centre Ljubljana, Slovenia. Int J Paediatr Dent 2015; 25 (Suppl1): 158.

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije, št. 38/2011.

Šprah L. Vzpostavljena je prva multidisciplinarna izobraževalna platforma v podporo zdravstvenemu osebju pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. ISIS, februar 2016: 27–31.

Welbury RR. Child physical abuse. V: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, uredniki. Textbook an color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2007: 207–16.

Welbury RR, Macaskill SG, Murphy JM, Evans DJ, Weightman KE, Jackson MC, et al. General dental practitioners› perception of their role within child protection: a qualitative study. Eur J Paediatr Dent 2003; 2: 89–95.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Uradni list Republike Slovenije, št. 16/2008.

Zupančič A, Ponikvar Mihevc B, Cvetežar IŠ, Rus Makovec M, uredniki. Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015.

4. ZAKONSKE OSNOVE IN STRATEGIJE SODELOVANJA

Multidisciplinarno sodelovanje pri zaščiti otrok, žrtev nasilja

Socialno zagovorništvo in spremstvo v institucije v primerih nasilja v družini

Vloga policije pri obravnavanju in preprečevanju nasilja v družini

Povzetek pričakovanj in izkušenj zdravstvenih delavcev pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini – delavnica medinstitucionalnega sodelovanja

Supervizija – orodje za preprečevanje izgorelosti v zdravstvenem varstvu

Multidisciplinarno sodelovanje pri zaščiti otrok, žrtev nasilja

Ružica Petrovič[1]

Povzetek

Zakonodaja v Sloveniji na področju nasilja v družini izhaja iz listin Združenih narodov (ZN) in različnih evropskih konvencij, katerih država podpisnica je Slovenija. Zaradi svoje šibkosti otroci v zakonodaji uživajo posebno zaščito. V postopkih zaščite otrok imajo centri za socialno delo posebno nalogo in precej široka pooblastila. Ko ugotovijo, da družina ni več varno okolje za zdrav psihofizični razvoj otroka, lahko uporabijo ukrep izločitve otroka iz matične družine. V primeru neposredne ogroženosti življenja otroka center za socialno delo lahko ukrep odvzema izreče takoj, sicer pa so centri zavezani, da pred izrekom ukrepa uporabijo vse razpoložljive metode socialnega dela, s katerimi družino skušajo motivirati za spremembe v njeni organizaciji in kakovosti življenja. Vsekakor je za kakovostno reševanje nasilja v družini in posledično nad otrokom izjemnega pomena medinstitucionalno ter multidisciplinarno sodelovanje vseh strokovnjakov, ki so z družinskimi člani v stiku. Izmenjava informacij in kakovostno timsko načrtovanje pomoči otroku, ki je preživel ali preživlja nasilje, dolgoročno zagotavlja zmanjšanje posledic preživelega nasilja.

Ključne besede: otrok, nasilje v družini, multidisciplinarno sodelovanje, zaščita.

Uvod

Republika Slovenija se je zavezala k spoštovanju Splošne deklaracije človekovih pravic, Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (Ur. l. RS, št. 33/94) ter Konvencije Sveta Evrope o zaščiti otrok pred spolnim izkoriščanjem in spolno zlorabo (Lazarote, 25. 10. 2007, v Sloveniji v veljavi z dnem 1. 1. 2014). Za področje zaščite otrok je najpomembnejša Konvencija ZN o otrokovih pravicah, katere 19. člen se glasi:

»Države pogodbenice bodo z vsemi ustreznimi zakonodajnimi, upravnimi, družbenimi in vzgojnimi ukrepi varovale otroka pred vsemi oblikami telesnega ali duševnega nasilja, poškodb ali zlorab, zanemarjanja ali malomarnega ravnanja, trpinčenja ali izkoriščanja, žrtev spolne zlorabe, medtem ko je pod skrbništvom staršev, zakonitih skrbnikov ali katerekoli druge osebe, ki skrbi zanj.«

[1] Univ. dipl. socialna delavka, Center za socialno delo Maribor, Zagrebška cesta 72, SI-2000 Maribor; e-naslov: ruzica.petrovic@gov.si

Navedeni člen konvencije posredno opredeljuje vlogo centra za socialno delo (CSD) kot javnega zavoda, katerega ustanoviteljica je država. Bolj natančno vlogo CSD določa Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/2007 – UPB 1), ki določa izvrševanje javnih pooblastil, opravljanje nalog po zakonu in izvajanje storitev.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (ZZZDR, Ur. l. RS, št. 16/08) v členu 5.a opredeljuje otrokovo korist in določa, da morajo starši, druge osebe, državni organi ter nosilci javnih pooblastil v vseh dejavnostih in postopkih v zvezi z otrokom skrbeti za njegovo korist. Po zakonu starši delajo v otrokovo korist, če zadovoljujejo njegove materialne, čustvene in psihosocialne potrebe z ravnanjem, ki ga okolje sprejema ter odobrava in ki kaže na njihovo skrb ter odgovornost do otroka, ob upoštevanju njegove osebnosti in želja. V 6. členu ZZZDR določa, da država daje varstvo mladoletnim otrokom vselej, kadar je ogrožen njihov zdrav razvoj in kadar to zahtevajo druge koristi.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, Ur. l. RS, št. 16/08) v 4. členu določa, da posebno varstvo pred nasiljem uživa mladoletni družinski član oziroma da je otrok žrtev nasilja tudi, če je prisoten pri izvajanju nasilja nad drugim družinskim članom ali živi v okolju, kjer se nasilje izvaja. V 5. členu zakon izrecno navaja, da imajo v obravnavi primera otrokove pravice prednost pred pravicami in koristmi drugih udeležencev postopka.

Storitve in ukrepi centrov za socialno delo, namenjeni zaščiti pravic ter koristi otrok

120. člen ZZZDR (zaščita pravic in koristi otrok) določa, da CSD »sme odvzeti staršem otroka in ga dati v vzgojo in varstvo drugi osebi ali zavodu, če so starši zanemarili otrokovo vzgojo in varstvo ali če je to iz drugih pomembnih razlogov v otrokovo korist, da s tem odvzemom ne prenehajo druge dolžnosti in pravice staršev do otroka in da CSD spremlja izvajanje ukrepa iz prvega odstavka tega člena«. Ukrep izločitve otroka iz družine se uporablja le v primerih, kadar smo že izčrpali vse strokovne metode dela z družino, oziroma ko starša ne pokažeta pripravljenosti za sodelovanje. V primerih, ko je neposredno ogroženo otrokovo življenje ali zdravje ali obstaja sum, da bosta resno ogrožena, je treba izvesti tovrsten nujen ukrep za zaščito otroka. Ob izločitvi otroka iz matične družine je naloga CSD vzpostaviti redne in varne stike med otrokom in staršema ter skupaj z družino načrtovati pogoje za čimprejšnjo vrnitev otroka v matično družino. Velikokrat vrnitev v matično družino zaradi slabega zdravstvenega stanja staršev (pogoste težave z duševnim zdravjem, težke kronične bolezni) ali drugih okoliščin (slab socialni status, odvisnosti) ni mogoča.

V postopkih zaščite žrtev ne smemo prezreti možnosti otrokovega zagovornika, urejanje otrokovih pravic z uporabo instituta skrbnika za posebne primere in tudi drugih nalog, ki jih je CSD po uradni dolžnosti dolžan opraviti (prijava suma kaznivega dejanja, podaja predloga za prepoved ali ureditev stikov s staršema na sodišču). Predlagani ukrepi morajo biti strokovno argumentirani in podkrepljeni z dejstvi ter mnenji različnih strokovnjakov. Ostale udeležence v postopku smo dolžni seznaniti z njihovimi pravicami in jim ponuditi različne oblike pomoči, bodisi v javnem, nevladnem ali zasebnem sektorju.

CSD Maribor je največji od 62 CSD-jev v Sloveniji. Pristojen je za približno 150.000 prebivalcev. Glede na velikost centra in ekonomsko situacijo v mestu Maribor (visoka stopnja brezposelnosti, visoko število izrečenih ukrepov prepovedi približevanja v primerih nasilja v družini) je visoko tudi število primerov otrok, ki potrebujejo posebno zaščito.

V statistični analizi primerov iz prakse je zajetih 35 otrok, ki so bili v obdobju od 01. 01. 2013 do 30. 03. 2016 nameščeni v rejništvo ali zavod. Vsi otroci so v svoji matični družini doživeli eno ali več oblik nasilja.

Tabela 1: Organizacija družine

Zakonska ali zunajzakonska zveza	Enostarševska družina	Starš ne živi z otrokom	Eden od staršev umrl, ali ni znan
11 (22 staršev)	15	9	5

Tabela 2: Težave staršev

	Živeli z otroki v času namestitve	Niso živeli z otroki v času namestitve
Težave v duševnem zdravju	7	
Odvisnost od nedovoljenih drog	9	3
Alkoholizem	4	1
Druge kronične bolezni	4	1
Odsotnost (zaporna kazen)	5	2
Odklanjanje otroka	8	2

Kot je razvidno iz tabele (Tabela 1), je 22 staršev v času ukrepa živelo v zakonski ali zunajzakonski zvezi (11 družin), 15 jih je živelo samih (enostarševske družine), devet staršev ni živelo z otrokom nikoli ali pa je družinska skupnost v preteklosti razpadla. Iz druge tabele (Tabela 2) je razvidno, da ima večina staršev več navedenih težav, kot so npr. kombinacija alkoholizma in odvisnosti od nedovoljenih drog, težave v duševnem zdravju ter alkoholizem ipd.

Starša lahko podata soglasje za namestitev otroka v drugo okolje. Za to se odločata, ko otroku iz zdravstvenih, finančnih ali kakšnih drugih razlogov ne zmoreta zagotoviti osnovnih pogojev za zdrav psihofizični razvoj. V analiziranih primerih je bilo 16 otrok nameščenih v rejništvo ali zavod s soglasjem staršev, 19 otrok je bilo staršem odvzetih z odločbo.

V petih družinah sta bila po dva otroka, v dveh družinah trije in v devetnajstih družinah en otrok. CSD praviloma brate in sestre namešča skupaj, razen v primerih, ko otrok potrebuje posebno varstvo (otroci s posebnimi potrebami) ali pa ga je zaradi specifičnih potreb nujno treba namestiti v vzgojni zavod. Vsekakor so sorojenci v takšnem primeru v rednih stikih, posebej v času praznikov in počitnic, ko so lahko vsi v rejniški družini, pri starših, sorodnikih ali pa na skupnem letovanju.

Tabela 3: Starost in spol otrok

	spol				Skupaj	
STAROST (v letih)	**Ž**	**%**	**M**	**%**	**štev.**	**%**
0–1	6	17,1	4	11,4	10	28,5
1–3	3	8,6	2	5,7	5	14,3
4–6	3	8,6	3	8,6	6	17,2
7–10	3	8,6	2	5,7	5	14,3
11–14	4	11,4	3	8,6	7	20
15–18	2	5,7	0	0	2	5,7
SKUPAJ	**21**	**60**	**14**	**40**	**35**	**100**

Pri večini otrok opažamo več oblik nasilja. Vsekakor izstopa zanemarjanje, ki se je pri otrocih, starih do enega leta, pojavilo že v nosečnosti. Opažamo, da je prav v tej skupini največ otrok, ki potrebujejo zaščito. Večina njihovih staršev je odvisnih od alkohola in nedovoljenih drog. Matere, ki so tudi v nosečnosti jemale nedovoljene substance, so se praviloma izogibale zdravniškim pregledom in se v specializiranih ambulantah oglašale v visoki nosečnosti; ali so pa šle kar v porodnišnico, brez predhodno opravljenih pregledov. Vsekakor bi bil zanimiv podatek, koliko otrok se je rodilo z abstinenčnim ali pa alkoholnim sindromom.

Tabela 4: Izstopajoče oblike nasilja

fizično nasilje	11
psihično nasilje	16
zanemarjanje	26
spolno nasilje	2

Tabela 5: Prijava suma nasilja

PRIJAVITELJI	**štev.**	**%**
sorodniki	1	2,9
anonimna prijava	1	2,9
vrtec	1	2,9
šola	4	11,4
zdravstvo	5	14,3
policija	13	37
po uradni dolžnosti	10	28,6
SKUPAJ	**35**	**100**

Opomba: zdravstvo – tri prijave patronažne službe, ena prijava pediatrinje, ena prijava porodnega oddelka

Iz podatkov o prijavi suma nasilja izhaja, da je prijavo najbolj pogosto (devetnajstkrat) podala policija, desetkrat je bila prijava opravljena po uradni dolžnosti, petkrat je prišla iz zdravstva in štirikrat iz šole. Iz analize enega od primerov, kjer je prijavo suma nasilja CSD-ju podala pediatrinja, izhaja, da je z zdravstvenimi delavci (pediater, psihiater, patronažna služba, porodnišnica, socialna služba zdravstvenega doma ali pa UKC) bila v stiku devetnajstkrat. Šestkrat je vzpostavila stik z vrtcem, enkrat z nevladno organizacijo, stalno je bila v stiku s policijo. V drugem primeru, ko je bil ukrep sprožen po uradni dolžnosti, je bila socialna delavka v stiku z različnimi zdravstvenimi službami dvajsetkrat. Te so jo zelo ažurno obveščale o zdravju otroka in tudi o vključenosti staršev v njegovo nego.

Strokovna ravnanja so načrtovana v internem strokovnem timu, ukrepi in tudi načrt pomoči družini so dorečeni v multidisciplinarnem timu (MDT). V primeru nesodelovanja katere izmed institucij CSD v skladu z zakonodajo to zaprosi za pisno poročilo o obravnavi. Strokovni delavci CSD-jev v pisni poizvedbi institucijam postavijo konkretna vprašanja, na katera pričakujejo konkretne odgovore. Ker je sodelovanje vseh institucij zelo pomembno za izdelavo načrta pomoči družini ali posamezniku v obravnavi, se strokovni delavci z nesodelujočim strokovnjakom v MDT morajo dogovarjati individualno, kar podaljšuje efektivni čas pomoči in bistveno vpliva na kakovost iskanja rešitev.

Zaključek

Nasilje v družini je družbeni in zdravstveni problem, ki ga je treba reševati multidisciplinarno ter medinstitucionalno. Veljavna zakonodaja nalaga vsem, posebej strokovnim delavcem v policiji, socialnemu varstvu, zdravstvu ter vzgoji in izobraževanju, da vsak sum nasilja na ustrezen način prijavijo institucijam, ki so navedene v zakonu.

Cilj dela z otrokom, ki je preživel nasilje, je preprečiti nadaljevanje zlorabe, zmanjšati storjeno škodo, zagotoviti okrevanje in omogočiti ustrezen nadaljnji psihosocialni razvoj otroka.

CSD-ji najpogosteje sodelujejo s policijo, in to ne samo v MDT, ampak tudi v interventnem in poslovnem času. Usklajeno delovanje CSD in policije je ključnega pomena pri obravnavi otrok, ki so žrtve nasilja v družini. Predstavniki CSD in policije se najmanj enkrat na leto srečujemo na nacionalnem nivoju ter najmanj enkrat na leto na lokalnih (regijskih) nivojih. Namen srečanj je izmenjava izkušenj z analizo dobre in manj dobre prakse. Del srečanj je praviloma namenjen skupnemu izobraževanju. Tovrstno sodelovanje z zdravstvom bi v prihodnosti zagotovo prispevalo k izboljšanju kakovosti sodelovanja med zdravstvenimi delavci in CSD-ji.

»Tim je skupina ljudi, ki uspešno sodeluje, ki skupaj rešuje naloge. Uspešno, pomeni kvalitetno opravljeno delo v predvidenem času in z gospodarno rabo razpoložljivih virov. V timu obstajata dinamična interakcija med posameznimi člani in aktivno prilagajanje skupnemu cilju – dosežku« (Lipičnik in Možina, 1993).

Literatura

Konvencija OZN o otrokovih pravicah, Ur. l. RS, št. 35/1992.

Lipičnik, B. in Možina S. Psihologija v podjetjih. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1993.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini, Ur. l. RS, št. 16/08.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, Ur. l. RS, št. 69/2004 – UPB 1.

Socialno zagovorništvo in spremstvo v institucije v primerih nasilja v družini

Natalija Gregorič, Dževada Popaja[1]

Povzetek

Prispevek predstavlja osnovne značilnosti socialnega zagovorništva na področju pomoči žrtvam nasilja v družini v nevladnih organizacijah. Zaradi slabega poznavanja dinamike nasilja med nekaterimi strokovnimi delavci in zaradi nezadostnega medinstitucionalnega sodelovanja žrtve nasilja v družini v okviru strokovnih služb nemalokrat doživljajo pomanjkanje podpore ter razumevanja. V tem oziru je treba izpostaviti pomembno vlogo socialnih zagovornikov kot oseb, ki zastopajo interese in želje žrtev nasilja v družini ter zmanjšujejo njihovo neenakopravnost v dostopu do različnih strokovnih služb na tem področju.

Ključne besede: nasilje v družini, žrtve, socialno zagovorništvo, nevladne organizacije.

Socialno zagovorništvo

Nevladne organizacije, ki delujejo na področju preprečevanja nasilja v družini, imajo v svojih programih tudi projekte, ki uporabnicam in uporabnikom nudijo socialno zagovorništvo ter spremstvo v različne institucije.

Socialno zagovorništvo se je v Sloveniji začelo neformalno izvajati sredi 80. let prejšnjega stoletja, prve strokovne temelje pa so postavili na takratni Visoki šoli za socialno delo leta 1992 v okviru študija duševnega zdravja v skupnosti. Od takrat so se na področju zagovorništva zgodili velike spremembe in razvoj, saj so strokovnjaki ter strokovnjakinje projekt vseskozi razvijali in sledili potrebam uporabnic ter uporabnikov. Glede na uspešnost razvoja stroke se je izvajanje socialnega zagovorništva preneslo tudi na druge uporabnike in uporabnice socialnovarstvenih storitev, med njimi tudi na področje pomoči žrtvam nasilja.

Socialno zagovorništvo temelji na:

- zagotavljanju enakopravnosti med institucijo in posameznikom/posameznico,
- zastopanju interesov in želja, kar pomeni sledenje »glasu ljudi«,
- nadomeščanju primanjkljajev moči in vpliva tistih posameznikov/posameznic, katerih moč je šibka ali neenakovredno zastopana v primerjavi z drugimi člani družbe,

[1] Zavod EMMA, center za pomoč žrtvam nasilja, p. p. 221, SI-1000 Ljubljana, e-naslov: zavod.emma@siol.net.

- strokovni drži in etični naravnanosti, ki upošteva perspektivo možnosti s prizadevanjem za krepitev družbenega položaja, osebne moči ter vpliva posameznika; strokovna drža mora temeljiti na zavzemanju za zaščito temeljnih pravic in dostojanstva ljudi,
- tradiciji borbe za družbeno emancipacijo obrobnih družbenih skupin (delavcev, žensk, žrtev nasilja, etničnih in rasnih manjšin).

Programi socialnega zagovorništva za žrtve nasilja v nevladnih organizacijah

Programi socialnega zagovorništva za žrtve nasilja so namenjeni tako odraslim kot mladoletnim žrtvam nasilja. Zaradi nerazumevanja ali slabega poznavanja problematike nasilja strokovnjakov in strokovnjakinj v različnih organizacijah ter zaradi slabega medinstitucionalnega povezovanja in sodelovanja se njihove stiske pogosto še povečujejo. Izkušnje nevladnih organizacij kažejo, da nepoznavanje dinamike nasilja pogosto pripelje do minimaliziranja in omalovaževanja izkušenj žrtev nasilja. Žrtve nasilja se v mnogih postopkih srečajo tudi s povzročiteljem, kar jim predstavlja dodatno stisko. Naloga socialnega zagovornika/zagovornice v primerih nasilja je, da uporabnice in uporabnike spodbuja, da;

- v čim večji meri same oz. sami poskrbijo za lastno varnost,
- zagovarjajo svoje pravice in zbirajo informacije, kar pripomore k večjemu občutku moči ter obvladovanju situacije.

Uporabnice in uporabniki, ki tega še ne zmorejo, dobijo pri zagovornikih ali zagovornicah pomoč, ki je v skladu z njihovimi željami ter interesi. Zagovornik ali zagovornica v pogovoru z uporabnico ali uporabnikom spozna njene ali njegove želje, možnosti in tudi ovire, ki onemogočajo, da uresniči svoje cilje. Skupaj z uporabnico/uporabnikom se načrtuje, katere zastavljene naloge ali cilje uporabnica ali uporabnik lahko izvede sam/-a. Socialno zagovorništvo torej deluje na principu temeljnega preusmerjanja moči, s čimer pomaga osebam, ki so bile žrtve nasilja, da pridobijo moč in vpliv na vsakodnevno življenje.

Zagovornica ali zagovornik v okviru socialnega zagovorništva v primerih nasilja v družini opravlja naslednje naloge:

- prijavlja nasilje na center za socialno delo ali policijsko upravo,
- podaja potrebne informacije uporabnicam in uporabnikom o postopkih, zakonodaji ter delovanju različnih služb,
- podaja pisne ali ustne pobude na centre za socialno delo za organizacijo multidisciplinarnega ali multiinstitucionalnega tima,
- vzpostavlja sodelovanje s centri za socialno delo, policijo, odvetniki, šolami, vrtci, varnimi hišami, materinskimi domovi, kriznimi centri in drugimi organizacijami,
- pomaga pri organiziranju umika žrtve nasilja in njenih otrok iz nasilnega okolja, ko povzročiteljevo nasilje povzroča tako močno izolacijo žrtve, da ne more sama poskrbeti za umik,

- z ostalimi organizacijami, ki obravnavajo primer, naredi dogovor, da postopke izvajajo na način, ki uporabnici ali uporabniku olajša sodelovanje v postopku,
- prisotnost ob uporabnici ali uporabniku pri stikih z drugimi organizacijami, pri ustnih obravnavah in kriznih timih,
- pomoč pri pridobivanju pravnih informacij in organiziranju pravnega zagovorništva,
- pomoč pri pisanju pritožb na zapisnike, v katerih so izpuščena ali nekorektno zapisana stališča oziroma besede uporabnice ali uporabnika.

Spremstvo v institucije za žrtve nasilja

Program spremstva se je razvil iz potrebe po preprečevanju sekundarne viktimizacije žrtev nasilja, povečevanju njihove varnosti, nudenju podpore in pri tem tudi moči za lažjo ter hitrejšo uresničitev zastavljenih ciljev. Spremstvo za žrtve nasilja pri postopkih na različnih institucijah nevladne organizacije nudijo tako na policijsko postajo, tožilstvo, sodišče, center za socialno delo kot tudi v šole in vrtce, če je to potrebno.

Velikokrat se namreč zgodi, da osebam z izkušnjo nasilja povzročitelj še vedno grozi, zato se ga bojijo in ne zmorejo spregovoriti o nasilju. Če spregovorijo, jih povzročitelj še vedno preglasi in se spet znajdejo v situaciji neenakomerne porazdelitve moči, ki je bila značilna za obdobje, ko sta še živela skupaj ter je žrtev doživljala nasilje.

Žrtve nasilja ob prisotnosti svetovalke tako:

- pridobijo občutek varnosti,
- dobijo podporo, da lažje spregovorijo in ubesedijo svoje želje ter potrebe in s tem pridobijo moč za uresničevanje zastavljenih ciljev,
- dobijo podporo, da lažje vzdržijo notranje in zunanje pritiske,
- imajo možnost, da se po zaključenem postopku pogovorijo, kako se počutijo, kako so doživele celoten postopek,
- takoj po pogovoru naredijo načrt, kako bodo vztrajale na poti iz nasilja (naslednje aktivnosti za doseganje ciljev).

Literatura

Krepitev moči v teoriji in praksi priročnik, 2007. Pridobljeno 10. 4. 2016 s spletne strani: Module%20slo%20034%20(1).pdf

Lamovec T. Zagovorništvo kot oblika svetovanja, Socialno delo 1994; 33: 107–114.

Popaja D, Gregorič N. Priročnik za delo z žrtvami nasilja, 2013. Interno gradivo Zavoda EMMA.

Programi pomoči, socialno zagovorništvo za osebe z izkušnjo nasilja, spremstvo žrtev nasilja na institucije. Pridobljeno 9. 4. 2016 s spletne strani www.zavod-emma.si

Urek M. Uvod v zagovorništvo, 2012. Pridobljeno 10. 4. 2016 s spletne strani: Uvod%20v%20zagovorni%C5%A1tvo%202012%20(1).pdf

Vloga policije pri obravnavanju in preprečevanju nasilja v družini

Adil Huselja[1]

Povzetek

Republika Slovenija je v zadnjih desetih letih bistveno napredovala na področju odkrivanja in preprečevanja nasilja v družini. Od sprejetja Zakona o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) in podzakonskih aktov, ki pristojnim institucijam določajo tako odgovornost kot pooblastila, se je delo pri odkrivanju, obravnavanju ter preprečevanju tovrstnega nasilja okrepilo. To velja tudi za medinstitucionalno sodelovanje med pristojnimi državnimi institucijami in nevladnimi organizacijami, kar je osnovni pogoj za celovit pristop ter učinkovito obravnavo nasilja v družini. Pri tem ima policija ključno vlogo, za kar potrebuje ustrezen zakonodajni okvir, ki omogoča strokovno in učinkovito delo uslužbencev policije, ki se vsakodnevno srečujejo s tovrstno problematiko. Število obravnavanih primerov kaznivih dejanj in prekrškov nasilja v družini je v zadnjih letih v upadu, kar pa ne pomeni, da se stanje izboljšuje. Statistični podatki o številu obravnavanih primerov nasilja v družini potrjujejo, da bo treba na tem področju še bolj strniti vrste in dodatno pozornost usmeriti na (družbene) dejavnike, ki ustvarjajo pogoje za nasilje v družini, ter vpeljati bolj celovito obravnavo povzročiteljev nasilja. To zahteva dodatne sistemske ukrepe, ki presegajo institucionalne okvirje policije, da bi dodatno osvetlili to problematiko in pripomogli k večjemu ozaveščanju tako strokovne kot laične javnosti s ciljem prepoznavanja, odkrivanja ter učinkovite medinstitucionalne obravnave nasilja v družini in družbi nasploh.

Ključne besede: nasilje, družina, žrtev, policija.

Uvod

»Človekove (temeljne) pravice in svoboščine so glede na dosedanjo stopnjo razvoja človeške družbe neločljivo povezane z demokracijo in pravno državo« (Cerar, 2002: 17), zato so zagotovo ena izmed najpomembnejših vrednot in (pravna) država mora s svojimi mehanizmi zagotavljati, da se družbena neskladja ter konflikti, ki se pojavljajo v različnih in številnih oblikah, odpravljajo ter zmanjšujejo. Vsak človek začenja življenje kot otrok v družini in »dejavnost v družini je zanj v tem obdobju dominantna« (Nastran Ule, 1993: 159). Prav zato je družina pomembna, ne glede na njeno obliko, velikost in umeščenost v prostoru, kajti »varna družba se vedno začne z ‹varno› družino« (Van der

[1] Univ. dipl. sociolog, Sindikat policistov Slovenije, Opekarniška 15 B, SI-3000 Celje, e-naslov: adilhus65@yahoo.com.

Ent in sod. 2001: 6). Družino je težko zajeti glede na dimenzije časa in prostora, saj je zelo variabilna ter odraža socio-kulturne pogoje, v kateri je (Vodopivec Glonar, 1987). »Pojava diverzificiranja družinskih vzorcev in vedno manjši odstotek tradicionalnih in jedrnih družin pa ne moremo pripisati (le) internim spremembam v družinah, temveč v prvi vrsti spremembam moderne družbe v celoti« (Nastran Ule, 1993: 177).

Bolj kot varnost je v javnih razpravah v ospredju nasilje in ker mediji poročajo o nasilju na senzacionalističen način, je svet videti poln nasilja (Petrovec, 2003). Konflikti z nasiljem ogrožajo preživetje naše družbe in okolja, v ljudeh pa vzbujajo močan strah ter povzročajo veliko trpljenja (Parkinson, 2011). Prav vsa nasilna dejanja so škodljiva za skupnost, kar velja zlasti za nasilje v družini, ki velja za kompleksen družbeni pojav (Frangež, 2010), ki je razširjen v vseh starostnih, socialnih, izobrazbenih in poklicnih slojih ter ogroža najbolj ranljive skupine ljudi. »Problematika nasilja v družini je zelo kompleksna prav zaradi dejstva, da se dogaja v družini, ki je najbolj občutljiva celica družbe, in zaradi specifičnosti odnosov med storilci in žrtvami, ki so družinski člani. Nasilje v družini je pojav, ki ni samo socialnoekonomski, temveč tudi zdravstveni, vzgojni in, širše gledano, moralni in etični« (Mušič, 2010: 45-46).

Nameni pričujočega prispevka so pregled objavljenih (strokovnih) prispevkov v Sloveniji na področju nasilja v družini v obdobju med letom 2008 in letom 2015, predstavitev ter ocenitev zakonodajnega okvirja, ki določa pristojnosti in pooblastila uslužbencev policije na tem področju v primerjavi z nekaterimi drugimi evropskimi policijami, ter s kvantitativno in deskriptivno metodo obdelava ter predstavitev glavnih statističnih podatkov o kaznivih dejanjih (v nadaljevanju KD) in prekrških nasilja v družini v Sloveniji v obdobju med letom 2008 in letom 2014.[2]

Nasilje v družini na raziskovalnem področju

Pred sprejetjem Zakona o preprečevanju nasilja v družini (v nadaljevanju ZPND) »so bile v Sloveniji opravljene zgolj osamljene raziskave določenih tipov nasilja oziroma geografsko, časovno, vsebinsko ali disciplinarno omejene raziskave« (Filipčič, 2008: 11). Od leta 2008 pa je nasilje v družini deležno več pozornosti tako v javnih kot tudi v znanstvenih razpravah. Prvi razlog je načrtna promocija institucionalnih ukrepov in ničelne tolerance do nasilja v družini. Drugi razlog je odmevnost brutalnih oblik in tragičnih posledic nasilja v družini, saj v poročilih poslušamo novice o umorih, posilstvih, dojenčkih, odvrženih v smetnjake, otrocih, ki so s kladivom ubili starše kar iz prihodnosti – obljube ustvarja prihodnost – grožnjo (Galimberti, 2010) in pri ljudeh ustvarja občutek, da je nasilja (v družini) iz leta v leto več.

V bazi Cobiss (Kooperativni online bibliografski sistem in servis, http://cobiss.izum.si) je bilo v obdobju med letom 2008 in letom 2015 identificiranih 317 bibliografskih enot s področja nasilja v družini, ki so vsebovale besedni zvezi »nasilje« in »družina«. Največ bibliografskih enot je nastalo na fakultetah, pri čemer izstopata Fakulteta za socialno delo z 28-% deležem in Fakulteta za varnostne vede z 21-% deležem. Sledijo jima viso-

[2] Statistični podatki o delu policije v letu 2015 do oddaje tega prispevka še niso bili obdelani in objavljeni.

košolske izobraževalne institucije s področja pedagogike – 9 %, prava – 9 %, medicine in zdravstva – 8 % ter filozofije – 6 %. Med publikacijami je bilo 36 % visokošolskih diplom, sledijo strokovni članki z 22 %, drugi članki v revijah in časopisih s 13 %, 9 % je bilo monografskih publikacij, 4 % magistrskih nalog, enak je tudi delež izdanih zbornikov. Glavni predmet prispevkov je bila predstavitev problematike nasilja v družini – 42 %, 10 % prispevkov je obravnavalo tematiko otrok in mladostnikov kot žrtev, 9 % področje dela centrov za socialno delo, 7 % policijsko dejavnost, 4 % medvrstniško nasilje, delo in problematiko v izobraževalnih ustanovah, delo nevladnih organizacij, zakonodajni ovir ter starejše osebe kot žrtve nasilja. Manjši delež publikacij je bil usmerjen na medinstitucionalno sodelovanje pristojnih institucij, zdravstveno dejavnost, sociološki pogled na problematiko, sodstvo in druga področja, med katerimi sta tudi obravnava ter strokovno delo s povzročiteljem nasilja.

S pomočjo repozitorijev je bil opravljen tudi primerjalni pregled publikacij, objavljenih na štirih univerzah v Sloveniji, ki je pokazal, da največ, kar 68 %, prispevkov predstavljajo visokošolske diplome, magistrske naloge 13 %, strokovni članki in prispevki 10 % ter izvirni znanstveni članki 6 % prispevkov. Največ publikacij je bilo izdanih na fakultetah, pri čemer izstopata Fakulteta za varnostne vede s 30-% ter Fakulteta za socialno delo s 27-% deležem. Sledijo jima visokošolsko izobraževalne institucije s področja prava – 13 %, pedagogike – 9 %, medicine in zdravstva – 6 % in družbenih ved – 5 %. Glede na navedeno ne moremo z gotovostjo zatrditi, da je ob vidnih in opaznih premikih na področju (med)institucionalnega delovanja to bilo storjeno tudi na raziskovalnem področju. Zato »obseg nasilja v družini temelji na ocenah predvsem tujih raziskav, ki kažejo, da je vsaka peta ženska vsaj enkrat deležna nasilja s strani svojega partnerja. Podobne so tudi ocene o nasilju staršev nad otroki« (Filipčič, 2008: 9).

Zakonodajni okvir pri preprečevanju in obravnavanju nasilja v družini

Nasilje v družini ne predstavlja zgolj problema znotraj družine, »nasilje v družini je etični problem cele družbe« (Van der Ent in sod. 2001: 6), zato morajo pristojne institucije delovati usklajeno in učinkovito. Zakonodajni vidik obravnave nasilja je pomemben, »saj prav zakonodaja določa trdne okvire za delovanje in ukrepanje na področju nasilja« (Filipčič, 2008: 12) ter določa pristojnosti, obveznosti in odgovornost posameznih institucij za delo na tem področju.

Pristojnosti policije in pooblastila policistov na področju odkrivanja ter preprečevanja nasilja v družini so ustrezna, trenutno pa potekajo medresorske aktivnosti, in sicer s ciljem nadgradnje zakonskih določb in sistemskih ukrepov, da bi lahko bilo delovanje pristojnih institucij še bolj strokovno ter učinkovito. Zakonodajni okvir za delovanje uslužbencev policije tvorijo:

- ZPND (Uradni list RS, št. 16/08): preprečevanje in odkrivanje nasilja v družini, zaščita in varovanje žrtve ter sodelovanje in nudenje pomoči pristojnim institucijam;

- Kazenski zakonik (KZ-1 – UPB 2), (Uradni list RS, št. 50/12): z uveljavitvijo KZ-1 v letu 2008 je nasilje v družini v Sloveniji postalo samostojno kaznivo dejanje (KD);
- Zakon o kazenskem postopku (ZKP –UPB 8), (Uradni list RS, št. 32/12): obravnavanje KD, zbiranje obvestil, zavarovanje sledov in dokazov, odkrivanje in obravnavanje storilcev KD v okviru predkazenskega postopka;
- Zakon o varstvu javnega reda in miru (ZJRM-1), (Uradni list RS, št. 70/06): prekršek nasilja v družini je določen v 4. odstavku 6. člena in je od sprejetja zakona samostojen prekršek;
- Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol), (Uradni list RS, št. 15/13 in 23/15), ki ureja naloge in pooblastila policije, ključnega pomena pa je 60. člen z določbami prepovedi približevanja določeni osebi, kraju ali območju, v 61. členu pa so določeni pogoji za njegovo podaljšanje;
- Pravilnik o prepovedi približevanja določeni osebi, kraju ali območju (Uradni list RS, št. 49/14): določa postopek in način izvedbe ukrepa prepovedi približevanja, ki ga policisti od leta 2004 izrekajo povzročiteljem nasilja in se je v dosedanji praksi dokazal kot eden izmed učinkovitih ukrepov za zaščito žrtev nasilja;
- Pravilnik o sodelovanju policije z drugimi organi in organizacijami pri odkrivanju in preprečevanju nasilja v družini (Ur. list RS, št. 25/10).

Zakonodajni okvir za delovanje policije v Sloveniji je dokaj podoben zakonskim določbam zahodnoevropskih držav, nenazadnje je del zakonodaje Slovenija povzela iz Avstrije, kjer že od leta 1997 poznajo ukrep prepovedi približevanja. V Nemčiji so ravno tako pripravili zakonske reforme tako na zvezni kot deželni ravni, ki omogočajo učinkovito ukrepanje zoper povzročitelja nasilja v družini, prav tako pa so določeni drugi ukrepi za zaščito žrtve in tudi delo s povzročiteljem nasilja. Na Švedskem so bili ključni zakoni sprejeti v devetdesetih letih prejšnjega stoletja s ciljem nudenje sistemske zaščite žrtev in strožjega kaznovanja povzročiteljev nasilja (Filipčič, 2008).

Uslužbenci policije naloge izvajajo v podporni komponenti, ki je usmerjena v skrb za zaščito žrtve nasilja, in temeljni komponenti, ki je usmerjena v obravnavo povzročitelja nasilja. »Za učinkovito delo policije na področju nasilja v družini je temeljnega pomena ›strokoven odnos in sposobnost prepoznavanja nasilnih situacij oziroma odnosov‹« (Mušič, 2010: 45).

Nasilje v družini v Republiki Sloveniji

Policisti so v obdobju od leta 2008, ko je bil sprejet ZPND, do konca leta 2014 obravnavali 620.330 KD, od tega 49.125 KD z indikatorjem družinskega nasilja po izbranih KD, kar pomeni, da je posamezno KD bilo povezano z nasiljem v družini, po 191. členu KZ-1 pa je bilo obravnavanih 11.754 KD.

Tabela 1: Število obravnavanih KD, število obravnavanih KD z indikatorjem družinskega nasilja, število obravnavanih KD in prekrškov nasilja v družini v obdobju 2008–2014 v Republiki Sloveniji

Število	Leto							SKUPAJ
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Vsa obravnavana KD	81.917	87.465	89.489	88.722	91.430	93.833	87.474	**620.330**
KD z indikatorjem nasilja v družini	5.017	8.349	7.615	7.205	7.571	6.647	6.721	**49.125**
Delež od vseh KD(%)	6,12	9,54	8,50	8,12	8,28	7,08	7,68	**7,91**
KD nasilja v družini	120[3]	2.478	2.344	1.917	1.702	1.592	1.601	**11.754**
prekrški nasilja v družini	5.064	4.000	3.857	3.735	3.502	3.346	3.014	**26.518**
KD in prekrški nasilja v družini – SKUPAJ	**5.184**	**6.478**	**6.201**	**5.652**	**5.204**	**4.938**	**4.615**	**38.272**

Iz tabele je razvidno, da se število KD in prekrškov nasilja v družini iz leta v leto bolj ali manj zmanjšuje, toda kljub zmanjševanju števila obravnavanih KD ter prekrškov ne bi smeli biti preveč optimistični in zadovoljni. Navedene številke obravnavanih primerov so še vedno visoke, sploh če pomislimo, da so za številkami obrazi žensk in otrok, ki so najpogostejše žrtve nasilja v družinskem okolju. Drugi razlog za zaskrbljenost pa je, da so policisti obravnavali kar precej KD z indikatorji nasilja v družini, med katerimi so tudi tista z elementi nasilja in z najhujšimi posledicami, in sicer: lahka telesna poškodba – 2.621, huda telesna poškodba – 221, posebno huda telesna poškodba – 11, uboj – 57, umor – 39, posilstvo – 161, spolno nasilje – 77, spolni napad na osebo, mlajšo od petnajst let – 386 in nasilništvo – 1.720.

Zaključek

Čeprav je v Sloveniji v zadnjih letih storjen opazen in pomemben napredek pri prepoznavanju, ukrepanju ter preprečevanju nasilja v družini, bo treba z delom še intenzivno nadaljevati. Značilnosti nasilja še vedno premalo poznamo, da bi ga lahko učinkovito odkrivali, obravnavali in preprečevali najbolj tragične posledice. Ob tem je treba tudi upoštevati, da policijska oziroma kazenskopravna intervencija ni zadostna, kar od leta 2008 potrjujejo tudi primeri ubojev in umorov žrtev nasilja. Represivno ukrepanje zoper povzročitelje nasilja ne zadošča in zato bi bilo treba več pozornosti usmeriti v delo s povzročitelji nasilja. Pregled strokovnih in znanstvenih prispevkov je pokazal, da posamezni segmenti znotraj problematike nasilja niso dovolj raziskani, mednje sodijo tudi povzročitelji nasilja in družbene ter druge okoliščine, ki vplivajo na odklonskost v družbi in odklonskost posameznikov.

[3] Nizko število KD je posledica začetka veljavnosti KZ-1 s 1. novembrom 2008.

V praksi se zaradi varčevalnih ukrepov v državni upravi vedno bolj kaže tudi težava pomanjkanje kadra v pristojnih institucijah, kar še posebej velja za policijo in kadrovsko podhranjene policijske postaje, kjer primanjkuje policistov za opravljanje policijskih nalog s ciljem zagotavljanja varnosti v skupnosti ter varovanja življenja ljudi. Pozornost raziskovanja in ukrepov je posledično treba usmeriti tudi v izvajalce pooblastil in ukrepov ter zagotavljanje osnovnih pogojev za strokovno delo na področju nasilja v družini.

Literatura

Cerar M. Človeške pravice v luči ustavne demokracije. V: Maver J, Kečanovič B, Mekinc J, Ternovšek M. (uredniki). Posvet »Varovanje človekovih pravic in svoboščin v postopkih represivnih organov«. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije, 2002: 17–26.

Frangež D. Spolna zloraba otroka kot oblika nasilja v družini. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini:kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 95–113.

Galimberti U. Grozljivi gost: nihilizem in mladi. Ljubljana: Modrijan.

Mušič T. Kratek prikaz stanja in aktivnosti policije pri preprečevanju in preiskovanju kaznivih dejanj na področju nasilja v družini. V: Dvoršak A, Selinšek L, urednika. Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede in Pravna fakulteta, 2010: 45–70.

Nastran Ule M. Psihologija vsakdanjega življenja. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1993.

Parkinson L. Družinska mediacija. Ljubljana: Inštitut za mediacijo Concordia, 2011.

Petrovec D. Mediji in nasilje: obseg in vpliv nasilja v medijih v Sloveniji. Ljubljana: Mirovni inštitut, 2003.

Policija. Letna poročila za leto 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009 in 2008. Pridobljeno 11. 1. 2016 s spletne strani: http://www.policija.si/index.php/statistika.

Van der Ent DW, Evers TD, Komduur K. Nasilje nad ženskami – odgovornost policije. Ljubljana: Ženska svetovalnica, 2001.

Vodopivec Glonar M. Vpliv družine na nastanek vedenjskih težav. Vedenjske motnje mladostnikov v sodobnem času. Ljubljana: ČGP Delo, 1987: 64–77.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)/uvodna pojasnila. Ljubljana: GV založba, 2008.

Povzetek pričakovanj in izkušenj zdravstvenih delavcev pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini – delavnica medinstitucionalnega sodelovanja

Frančiška Premzel[1], Violeta Košenina[2]

Povzetek

Predstavnice centrov za socialno delo (CSD), ki se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z nasiljem v družini, smo se v projekt vključile z namenom širjenja zavedanja o nujnosti medsebojnega sodelovanja strokovnih delavcev CSD in zdravstvenih delavcev pri obravnavi nasilja v družini. V okviru modula 2 z naslovom »Medinstitucionalne pristojnosti in naloge: Kako izboljšati sodelovanje zdravstvenega osebja s centri za socialno delo« smo skupaj z zdravnicami sodelovale kot izvajalke izobraževalnih delavnic v sklopu dvodnevnih izobraževanj zdravstvenih delavcev o nasilju v družini. V prispevku navajamo najpogostejše teme in vsebine, ki so jih udeleženci izobraževanj izpostavljali na omenjenih delavnicah.

Ključne besede: medinstitucionalno sodelovanje, nasilje v družini, ukrepanje, pomoč žrtvi, zaščita, komunikacija, izobraževanje.

Uvod

Sodelovanje CSD in zdravstvene dejavnosti je opredeljeno v Zakonu o preprečevanju nasilja v družini in v Pravilniku o pravilih in postopkih pri obravnavi nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Naša delavnica je bila zamišljena zlasti kot obdelava praktičnih primerov. Zaradi številčnosti udeležencev smo jih sprva razdelile v tri skupine. V zadnjem delu delavnice smo s poročanjem predstavili obravnavane primere iz posameznih skupin in odgovorili na vprašanja ter dileme, ki so se pojavile.

[1] Univ. dipl. socialna delavka, Center za socialno delo Maribor, Zagrebška cesta 72, SI-2000 Maribor, e-naslov: franciska.premzel@gov.si.

[2] Univ. dipl. socialna delavka, Center za socialno delo Maribor, Zagrebška cesta 72, SI-2000 Maribor, e-naslov: gpcsd.marib@gov.si.

Na podlagi obravnavanih primerov so z multidisciplinarno obravnavo v skupinah nastajala razmišljanja in predlogi na področju prepoznave ter obravnave nasilja v družini v zdravstveni dejavnosti. Udeleženci so:[3]

- Izražali kritično nestrinjanje z zdaj veljavno ureditvijo – zagotovljeno brezplačno, tudi večletno ali ponavljajoče se zdravljenje odvisnosti od alkoholizma in prepovedanih drog, medtem ko za žrtve nasilja take oblike pomoči – skupinske ali individualne terapije – v sistemu zdravstva ni.
- Predlagali, da se terapija za žrtve nasilja, tako individualna kot skupinska, nujno zagotovi v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Predlagali, da bi strokovnjaki iz prakse še naprej izvajali obnovitvene praktične delavnice z vsebinami iz izobraževalnih modulov delavnic vsaj enkrat letno in v njihovih delovnih sredinah (UKC, zdravstveni domovi, ambulante).
- Predlagali, da bi o prihodnjih izobraževanjih s področja nasilja v družini za delavce iz socialnega varstva obvestili tudi udeležence izvedenih izobraževanj projekta POND_SiZdrav.
- Predlagali, da se vsebine o prepoznavanju nasilja v družini vključijo že v sistem osnovnošolskega izobraževanja, da se že otroke opremi za učinkovito prepoznavanje in odzivanje na nasilje v družini.
- Predlagali obvezno poučevanje o preventivi, prepoznavanju in obravnavanju nasilja v rednih učnih programih za poklice zdravstvene dejavnosti (ozaveščanje o nasilju, pa tudi za vse ostale srednje šole) ter obvezno umestitev v študijske programe v obliki razširjenih vsebin s poudarkom na sistematični prepoznavi in obravnavi nasilja.
- Prepoznali potrebo po medsebojnem povezovanju znotraj zdravstvenega sistema, pri čemer so navajali, da so določene službe premalo pogosto povabljene k sodelovanju. Kot primer je bilo izpostavljeno, da zdravniki, ki opravijo prvi pregled pri žrtvi nasilja, zaposlene z Inštituta za forenzično medicino premalo vključujejo v obravnavo. Ugotavljali so, da je za potek sodnega postopka zelo pomemben natančen opis poškodbe.
- Razmišljali o možnostih priprave protokolov za učinkovitejše povezovanje ob izdajanju napotnic med specialisti po tem, ko žrtev zaključi hospitalizacijo. Pri načrtovanju pomoči smo ugotavljali, da žrtev pogosto ne zmore realizirati napotkov v odpustnem pismu, kadar gre za primere naročanja na potrebne specialistične preglede (npr. otrok ali odrasla žrtev nasilja zaključi bolnišnično zdravljenje, zaradi posledic nasilja pa je osebno in čustveno zelo obremenjena ter dobi napotnico za nadaljnjo pedopsihiatrično, psihiatrično ali psihološko ambulanto, pri čemer je prepuščena iskanju psihiatra, psihologa in dolgi čakalni dobi).
- Predlagali izboljšanje informacijskega sistema, še posebej po obravnavi žrtev nasilja v urgentnih ali dežurnih ambulantah, saj dosedanje izkušnje kažejo, da osebni zdravnik ali pediater ne dobi izvida avtomatsko, če ga žrtev ne dostavi sama.

[3] V prispevku je zajet povzetek delavnic do vključno aprila 2016.

- Opozorili na natančnejše sledenje vstopov v informacijski sistem, da ne bi prihajalo do zlorab.
- Predlagali bolj intenzivno sodelovanje zdravstva s CSD pri obravnavi oseb, ki jim je CSD imenoval skrbnika za posebni primer (npr. sprejem osebe, ki je higiensko zanemarjena, dehidrirana, je skrbnik ne obiskuje na oddelku, se ne zanima za njeno zdravstveno stanje, odklanja poseg, zaradi česar se pacientu lahko zdravstveno stanje poslabša). CSD-ji se po njihovem mnenju prepočasi ali sploh ne odzivajo na podane informacije s strani zdravstvenega osebja. Ker je zanemarjanje ena od oblik nasilja, ga je treba prijaviti. Če obstaja dvom o potrebnem ravnanju CSD, ga je mogoče preveriti z regijsko koordinatorico za obravnavo nasilja ali na policiji.
- Pri obravnavi pripravljenih primerov in navajanju situacij, v katerih bi potrebovali takojšnjo pomoč ter vključitev strokovnega delavca CSD, izpostavili poznavanje načinov in možnosti, ki za to obstajajo. V primeru potrebe po vključitvi strokovnega delavca CSD v poslovnem času je treba poklicati na krajevno pristojni CSD in predstaviti situacijo. V času izven poslovnega časa CSD je v okviru socialnega dela urejena regijska interventna služba, ki bo v primeru nasilja, s katerim se ob svojem delu srečajo, obveščena preko klica na policijo, ki jo o nasilju tudi sicer obveščajo, in se bo vključila v pomoč ter zaščito žrtve.
- Se pri podajanju dosedanjih izkušenj spraševali, kaj so dolžni napraviti, ko nimajo podpore pri svojih nadrejenih, kadar želijo prijaviti sum nasilja v družini. Ubesedili smo zahtevo in sporočilo zakona o potrebni prijavi, ki jo posredujejo na CSD ali policijo ter svojemu nadrejenemu.
- Izražali nezadovoljstvo ob sodelovanju s CSD in policijo v primerih, ko pri realizaciji načrta pomoči žrtvi nasilja obravnava poteka počasneje, kot pričakujejo udeleženi.
- Iskali rešitve pri obravnavi pacientov ob nastalih jezikovnih preprekah, kako do prevajalca, ki bo v dani situaciji lahko vstopil in s tem pomagal zdravniku ter pacientu.
- Razmišljali o stiskah in dilemah prijavitelja suma nasilja, kadar žrtev ne uvidi potrebe po pomoči in se ne strinja s prijavo nasilja drugim službam, o potrebnem dokumentiranju zaznanega nasilja, hrambi ter obveščanju znotraj zdravstvenega sistema in drugih institucij.
- Govorili o pomenu obveščanja in sodelovanja v primerih zaznanih psihosomatskih težav kot možnih posledicah psihičnega in fizičnega nasilja ter o načinih ravnanja v primeru, kadar gre za odrasle žrtve in mladoletne otroke.
- Razjasnjevali dileme o dolžnosti ravnanja pri lažjih poškodbah, zlasti kadar se te ponavljajo in žrtve prihajajo samo po nujno zdravniško pomoč, osebnega zdravnika pa s temi težavami ne seznanijo. Prepoznavali smo pomembnost prenosa informacije za nadaljnjo pomoč žrtvi v sistemu pomoči.
- Izpostavili vprašanje o obravnavi v primerih prenehanja partnerske skupnosti in potek postopka pri CSD ter na sodišču.
- Govorili o nalogah zaščite mladoletnih otrok zaradi nasilja v družini, kjer CSD ukrepa na način namestitve otrok v rejništvo, z oddajo v posvojitev ali ustrezne zavode.

- Predstavili razliko v obrazložitvi konflikta in nasilja v družini, zaradi prepogostega enačenja in nerazumevanja navedenih izrazov.
- V predstavljenih primerih obdelali vsebino pomoči tako žrtvi kot povzročitelju nasilja, ki ju izvajamo na CSD.
- Izražali stisko zaradi doživljanja nasilja s strani pacientov in ob tem minimaliziranja njihovih klicev na pomoč v smeri zaščite. Večkrat so spregovorili o doživljanju mobinga na delovnem mestu in o strahu zaradi izgube zaposlitve, ki jih ovira pri prijavljanju tega pojava, zaradi česar so predlagali izdelavo protokola obravnave in ravnanja v takšnih primerih. Udeleženci so navajali, da nasilja pacientov do zdravstvenega osebja praviloma ne prijavljajo in ostajajo sami, brez zaščite, ukrepov ter podpore nadrejenih, zaradi česar so po njihovi oceni ob lastno dostojanstvo. Nekateri udeleženci so spregovorili o primerih dobre prakse v takšnih situacijah, zlasti o samozaščitnem ravnanju in podpori pri nadrejenih. Predvsem pa smo vedno prihajali do zaključka, da je nasilje treba prijaviti in s tem prevzeti odgovornost za začetek postopka, ki ga zaključi policija.

Zaključek

Ob konkretnih primerih zaznanega nasilja, o katerih so slušatelji spregovorili na delavnici, smo v skupini uporabili tudi metodo igre vlog. S tovrstno timsko-multidisciplinarno obravnavo smo predstavljen primer obdelali od prve podane informacije, do načina sporočanja te in nadaljnjega sodelovanja pri načrtovanju pomoči žrtvi nasilja. Ugotavljali smo, da tovrstna praksa povezovanja vsem udeleženim prinaša razbremenitve in učinkovitejšo pomoč žrtvam nasilja.

Nekateri udeleženci so v delavnicah ali med odmori z nami zmogli spregovoriti o lastni izkušnji nasilja v družini ali izkušnjah svojih znancev, prijateljev ter sodelavcev in podelili doživljanje obravnave v sistemu pomoči, za kar jim na tem mestu izrekamo vse pohvale.

Udeleženi zdravstveni delavci, ki so že bili dovolj senzibilni za prepoznavo in obravnavo nasilja v družini, so svojo vlogo opredeljevali kot samoumevno dolžnost pogovora z žrtvijo ter kot podporo žrtvi, da zaupa v službe pomoči. Pomembna se jim zdi možnost prenosa znanja in izkušenj ter medsebojnega zaupanja do ostalih sodelavcev. Prepoznali so pomembnost uvedbe supervizije za zdravstveno osebje (po zgledu socialnega varstva) z namenom razreševanja stisk in dilem, povezanih z obravnavo žrtev nasilja. Sporočali so, da v delovnih okoljih potrebujejo osebo, ki bo skrbela za informiranje in seznanjanje zaposlenih z veljavno zakonodajo s področja prepoznave ter obravnave nasilja v družini.

Pri delu v manjših skupinah na praktičnih primerih je bila posebej opazna zavzetost mlajšega zdravstvenega kadra z manj delovne prakse, a z izkazovanjem velike mere učljivosti, vedoželjnosti, motiviranosti ter odprtosti za nova znanja s področja medosebnih odnosov, komunikacije in dinamike nasilja.

Nekateri udeleženci so kljub dolgoletni delovni praksi navajali malo ali nič izkušenj s področja obravnave nasilja. Kot razloge za lastno nedejavnost – distanco – so izpostavljali preobremenjenost na delovnem mestu, nepodprtost s strani sistema – delovnega okolja –, nadrejenih, neustrezna ali nezadostna znanja s področja medosebnih odnosov – dinamike nasilja –, preveliko tveganje za osebno izpostavljenost po prijavi nasilja in strah pred maščevanjem povzročitelja nasilja v kasnejših obravnavah pred sodiščem, ko so udeleženi kot priče.

Supervizija – orodje za preprečevanje izgorelosti v zdravstvenem varstvu

Karin Kohont Brodschneider[1]

Povzetek

V slovenski širši in strokovni javnosti zlasti v zadnjem desetletju nasilje v družini vse bolj prepoznavamo kot resen družbeni problem. Strokovni delavci se pri opravljanju dela na navedenem področju soočamo s stiskami ljudi in z drugimi težavami, ki imajo posledice za naše telesno ter duševno zdravje, vplivajo na pojav s stresom pogojenih bolezni in na zasebne odnose zaposlenih. S pomočjo redne strokovne supervizije lahko sproti razrešujemo tovrstne strokovne in čustvene dileme ter prispevamo k uspešnejšemu delu.

Ključne besede: supervizija, stres, razvoj supervizije, supervizijski dogovor, cilji, modeli in vrste.

Uvod

Pobuda za pisanje članka izhaja iz podanih vsebin udeležencev Projekta POND_SiZdrav, Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini okviru zdravstvene dejavnosti, kjer Center za socialno delo Maribor sodeluje kot projektni partner. V projektu sem sodelovala v vlogi moderatorke delavnic na področju medinstitucionalnega sodelovanja z zdravstvenimi delavci in s strokovnimi delavci iz socialnega varstva pri prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini.

Med delavnicami so v plenarnem delu zdravstveni delavci izpostavljali svoje izkušnje in stiske ob neposrednem delu z ljudmi, posamezniki ter s skupinami, interpretirali problematiko nasilja iz lastnega aspekta, identificirali sistemske pomanjkljivosti, ob katerih doživljajo stres in izgorelost ter izpostavljali svoje neznanje ali nezmožnost za ravnanje. Prav tako so izražali željo po sistemski ureditvi pomoči, ki bi prispevala k ohranjanju določene stopnje distance do uporabnikov in težav, s katerimi se soočajo, ter izpostavili željo po ohranjanju lastnega duševnega zdravja.

Vzporedno z razvojem poklicev za osebno pomoč ljudem v stiski se je v svetu oblikovala tudi posebna metoda, katere cilja sta prav razbremenitev strokovnjakov in razvijanje možnosti za njihovo konstruktivno preživljanje stresnih situacij ter ohranjanje možnosti za učenje: supervizija (Miloševič Arnold, 1999). Supervizija je pri nas formalno našla svoje mesto pred nekaj leti in jo razumemo predvsem kot nujni pogoj za kakovo-

[1] Univ. dipl. socialna delavka, Center za socialno delo Maribor, Zagrebška cesta 72, SI-2000 Maribor, e-naslov: karin.kohont@gov.si.

stno strokovno delo v profesijah, katerih cilj je pomoč sočloveku in kjer je odnos do uporabnika bistvena sestavina delovnega procesa (Erzar in sod. 1999).

Izhajajoč iz prakse lastnega dela v socialnovarstveni organizaciji, trdim, da je supervizija zame ključnega pomena. Na Centru za socialno delo Maribor nam je že vrsto let omogočena z mesečnimi srečanji. Socialna zbornica Slovenije izvaja supervizijo strokovnega dela kot javno pooblastilo od leta 1995, v skladu s četrto točko 59. člena statuta Socialne zbornice Slovenije in od leta 2003 v skladu s Pravilnikom načrtovanju, spremljanju in izvajanju strokovnega dela na področju socialnega varstva (Uradni list RS, št. 117/03).

Žal supervizije doslej še nismo sistematično uvedli v zdravstveno prakso niti na tista področja, kjer zdravstveni delavci najbolj izgorevajo. Posledično večina zdravstvenih delavcev še vedno dela brez supervizije.

Opredelitev supervizije

Supervizija je proces specifičnega učenja in razvoja, pa tudi metoda podpore pri profesionalnem reflektiranju, ki strokovnjakom omogoča, da usvojijo nove profesionalne ter osebne uvide kot lastno izkušnjo. Strokovnjakom pomaga, da praktične izkušnje integrirajo s svojimi teoretičnimi znanji in pridejo do svojih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečujejo pri delu, da uspešneje obvladujejo stres ter gradijo svojo profesionalno identiteto. Supervizija podpira profesionalno in osebno učenje ter razvoj strokovnjaka (Žorga, 2003).

Dekleva (1995) supervizijo opredeli kot poseben proces učenja, katerega namen je spodbujati refleksijo in samorefleksijo delavca ter dvigovati njegove strokovne pristojnosti na višjo kakovostno raven, praviloma v poklicih, ki vključujejo čustveno intenzivno in metodično zahtevno delo z ljudmi.

Namen supervizije je torej predvsem omogočiti strokovnemu delavcu učni proces, mu pomagati na poti do njegovih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečuje pri delu, mu pomagati pri sprejemanju odločitev (Saltiel, 2016) in mu omogočiti učinkovitejše soočanje s stresom. Pomaga mu integrirati praktične izkušnje in teoretično znanje, prenašati teorijo v prakso ter se učiti avtonomno opravljati poklic. Pomembna vidika supervizije sta tudi iskanje lastne poklicne identitete in ozaveščanje možnih ter dejanskih vlog, ki jih strokovni delavec prevzema, in odgovornosti ter dolžnosti, ki jih prinaša določeno delo (Kobolt in Žorga, 1999).

Kratek pregled v zgodovino

Supervizija se je najprej razvila v ZDA, od tam pa se je po drugi svetovni vojni razširila tudi v Evropo.

Supervizija se v svetu razvija zlasti na tistih področjih, kjer so strokovni delavci v tesnih odnosih z ljudmi in kjer je človeško-strokovni stik tisti, ki medialno posreduje strokovna znanja z namenom podpore, pomoči, intervencij ter terapije različnih težav in stanj. Na

najbolj plodna tla je naletela na Nizozemskem, kjer se je uveljavila na področjih, pri katerih je cilj pomoč človeku v stiski (socialno varstvo, psihologija, psihiatrija, defektologija, socialna pedagogika, nega bolnika …). Nameni njene uporabe so profesionalna in osebnostna integracija ter napredujoče profesionalne kompetence strokovnih delavcev. Kot metoda, ki omogoča refleksijo, prispeva k preprečevanju tako imenovanega sindroma »pregorevanja«, tako značilnega za delavce na tem strokovnem polju (Erzar in sod. 1999).

Supervizijski dogovor in cilji supervizije

Ko se odločamo za supervizijo, o tem sklepamo supervizijski dogovor, ki obsega prvine področja ali teme, s katerimi bi se na superviziji ukvarjali, kraj supervizije, čas sestajanja (v delovnem času ali izven), pogostost sestajanja, trajanje posameznega supervizijskega srečanja, število supervizijskih srečanj, način komunikacije med člani supervizijske skupine in supervizorjem (zunaj srečanj skupine), obveznosti supervizorja ter supervizancev pri pisanju reflekcijskih poročil, zaključne evalvacije in podobno (Kobolt in Žorga, 1999).

Učinkovitost supervizije predstavlja kontinuiran proces, ki poteka redno, skozi daljše časovno obdobje. V njem se razvije varen in zaupljiv odnos, ki omogoča učenje ter strokovno rast vsem vključenim.

Supervizijsko poteka učenje kot specifičen proces (z reflektiranjem lastne izkušnje pri delu). Strokovnjakom daje podporo za obvladovanje stresa v profesionalnem kontekstu, pomeni spodbudo za nadaljnji osebni razvoj strokovnjaka in integrira teorijo v prakso. Z njeno pomočjo se utrjuje profesionalna etika, prispeva k profesionalni identiteti strokovnjakov, izgrajevanju in širjenju strokovnega jezika. Ob njeni podpori strokovnjak razvija kompetence in se usposobi za avtonomno opravljanje profesionalnih vlog, zagotavlja kakovostne storitve, s sodelovanjem v njej strokovnjak pridobiva moč, da lažje zdrži pri svojem delu. Strokovnjaku pomeni vzpostavitev profesionalnih mrež, v katerih se prepletata formalni in neformalni del.

Modeli in vrste supervizije

Modeli supervizije:

- **Konsultativna supervizija:** V odnosu do drugih vrst supervizije je značilnost konsultativne supervizije ta, da je časovno omejena na eno ali več srečanj in ne poteka kot proces. Gre za posredovanje strokovnega mnenja o konkretnem primeru, situaciji in tudi za podporo strokovnjaku, da bo vztrajal pri začrtani poti. Od drugih vrst konsultacij pa se supervizijska loči tudi po tem, da supervizor strokovnjaku reflektira njegovo delovanje, ga opozarja na posledice njegovega ravnanja in ga usmerja k samostojnemu ter aktivnemu iskanju različnih opcij in rešitev v konkretnem primeru. Svojega strokovnega mnenja mu torej ne daje vnaprej. Supervizant je sam popolnoma odgovoren za svoje delo in njegove posledice.

- **Organizacijska supervizija:** Je supervizija za vodstvene delavce, katere cilj je zagotoviti kakovost dela, dobro organiziranost institucije in kakovostno izvajanje storitev. Poudarek je na organizaciji in vsebini dela, manj na tem, kako strokovnjak delo doživlja ter kaj ga pri tem obremenjuje. Namenjena je predvsem sami organizaciji in njeni učinkovitosti.
- **Razvojno-integrativna supervizija:** Tu gre za profesionalno in osebno rast strokovnjakov ter za njihov razvoj. Usmerjena je v izkustveno učenje in v povečevanje kompetentnosti supervizantov. Pri tem modelu gre za proces specifičnega učenja in razvoja, pa tudi za metodo podpore pri reflektiranju profesionalnih izkušenj. To strokovnjakom omogoča nove profesionalne in osebne uvide kot lastno izkušnjo. Pomaga jim tudi, da svoje praktične izkušnje integrirajo s teoretičnimi znanji in tako pridejo do svojih lastnih rešitev problemov, ki jih imajo v praksi. Supervizija prispeva tudi k obvladovanju stresa, ki so mu strokovnjaki pri delu z ljudmi nenehno izpostavljeni. Poudarek je na krepitvi profesionalne identitete in profesionalne etike strokovnjakov.
- **Timska supervizija:** Cilja te vrste supervizije sta razvoj odnosov med člani strokovnega tima in njihovo uspešno sodelovanje v strokovni skupini, da bi tako uporabnikom omogočili čim bolj kakovostne storitve.

Vrste supervizije:

- **Individualna supervizija:** Gre za supervizijo s posameznikom, kar pomeni, da supervizor sistematično dela z enim samim strokovnjakom. Prednost te vrste supervizije je, da se lahko supervizor posamezniku bolj poglobljeno posveča, saj je ves predvideni čas supervizije namenjen le eni osebi. Njena pomanjkljivost je, da ni možnosti učenja in primerjave izkušenj z drugimi supervizanti.
- **Skupinska supervizija:** Je najbolj pogosta, saj je ekonomična in zelo ustrezna, saj daje možnost za aktivno učenje ter izmenjavo izkušenj med več strokovnjaki (lahko so z različnih področij in tudi različnih strok). Pri tem gre za majhne skupine, ki štejejo od štiri do dvanajst supervizantov.
- **Timska supervizija:** Zajema delo supervizorja s člani ene delovne skupine. Njegova vloga je, da zagotovi dobro komunikacijo v timu in pomaga pri odpravljanju motenj, ki sodelovanje ovirajo.
- **Intervizija:** Pomeni sodelovanje strokovnjakov ali prostovoljcev, ki delajo na istem področju ter imajo primerljivo izobrazbo in delovne izkušnje. Omogoča jim izmenjavo delovnih izkušenj, spodbuja odprto komunikacijo in oblikovanje dobrih kolegialnih odnosov.
- **Diadna supervizija:** Poznamo tudi diadno supervizijo, ki poteka v paru. Gre za intervizijo dveh kolegov, ki se srečujeta redno in sproti predelujeta težave, na katere naletita pri delu ter drug drugemu pomagata pri iskanju rešitev zanje.

Predlogi za udejanjanje supervizije

Strokovne delavce, ki delujejo v poklicih pomoči ali v poklicih psihosocialne pomoči, bi bilo treba usmerjati k usposabljanju. Poznavanje vrednosti supervizije lahko pripomore k izboljšanju dela zdravstvenih delavcev in postane integralni del njihovega delovnega

procesa ter razvoja, obenem pa tudi pomemben del humanizacije zdravstva, o čemer so pripovedovali tudi udeleženci projekta POND_SiZdrav. S pomočjo supervizije bi lahko izpopolnili svoje poklicne vloge in dosegli večjo kakovost dela. Prvi pogoj za učinkovito delo niso samo profesionalno znanje in spretnosti, temveč tudi zmožnost udejanjanja znanja ter nadzorovanja in obvladovanja čustev. Občutek nekoristnosti in nezmožnost obrambe v skrajni obliki vodi v sindrom izgorevanja.

Ključno je, da na temelju strokovnosti supervizorjev supervizija postopoma postane pomemben podporni člen v sistemu zdravstva. Zdravstveni delavci delujejo za človeka. Z uporabo supervizije bo supervizija delovala za človeka, ki deluje za človeka.

Literatura:

Dekleva B. Uvajanje supervizije kot razvojno podporne dejavnosti na področju obravnavanja problemov v zvezi z odklonskostjo mladih. V: Dekleva B, urednik. Supervizija v izven družinski vzgoji. Ljubljana, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, 1995.

Kobolt A. Supervizija skozi prizmo razvoja. V: Kobolt A, Žorga S, urednika. Supervizija: proces razvoja in učenja v poklicu. Ljubljana, Pedagoška fakulteta, 1999.

Miloševič Arnold V. Supervizija – metoda za profesionalce. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 1994.

Miloševič Arnold V, Vodeb-Bonač M, Erzar-Metelko D, Možina M. Supervizija znanje za ravnanje. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, 1999.

Pravilnik o načrtovanju, spremljanju in izvajanju supervizije strokovnega dela na področju socialnega varstva. Uradni list RS, št. 117/03.

Saltiel D. Supervision: A contested space for learning and decision making. Qualitative Social Work 2016. DOI: 10.1177/1473325016633445

Skoberbe M. Supervizija v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege 2001; 35: 241–5.

Socialna zbornica Slovenije. Pridobljeno dne 14. 04. 2016 s spletne strani: http://www.szslo.si/3Dejavnosti/35Supervizija/35Smain.asp.

Supervizija v SD, teze predavanj, prosojnice (2006). Avtor neznan. Pridobljeno 05. 04. 2016 s spletne strani: http://www.fsd.si/mma/Supervizija%20v%20SD%20.../2008061709410865/

Šilak M. Stališča negovalnega tima o potrebah supervizije v kliničnem okolju. Diplomsko delo. Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.

Žorga S. Supervizijski proces. V: Kobolt A, Žorga S, urednika. Supervizija: proces razvoja in učenja v poklicu. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, 1999.

5. PRILOGA

Cognitive-Behavioral Group Treatment for Men Voluntarily Seeking Help for Violence towards Their Intimate Partners: The Impact of Treatment Components 4 - 7 Years after Therapy

Povzet po Open Journal of Nursing,05,836-842. doi: 10.4236/ojn.2015.59088

Cognitive-Behavioral Group Treatment for Men Voluntarily Seeking Help for Violence towards Their Intimate Partners: The Impact of Treatment Components 4 – 7 Years after Therapy

Stig Jarwson, Merete Berg Nesset, Tom Palmstierna, Jim Aage Nottestad, Erik Søndenaa[1]

Abstract

Background: Even though domestic violence is a major problem, only a few studies have examined the long term sustainability of treatment for men who voluntarily seek help to stop their violent behavior towards intimate partners. Women are exposed to a much greater degree of serious violence and sexual abuse compared to men. Objective: The aim of this study was to identify which elements of the treatment program batterers found most useful four to seven years after program completion. Design: The participants consisted of a sample of men who had gone through anger management therapy four to seven years previously. Data on violence were collected through self- report before and four to seven years after treatment, using a modified version of the Conflict Tactics Scales. Results: The decrease in physical violence was statistically significant: $t (36) = 8.43$, $p < 0.001$ with a large effect size (eta squared = 0.66). Psychological violence also decreased significantly: $t (36) = 9.21$, $p < 0.001$ with a large effect size (eta squared = 0.7). The results indicate that the most important anger management techniques were extensively applied in former patients of the anger management treatment program. In total, about two out of three patients still used the techniques after ending treatment four to seven years earlier.

Keywords: Intimate Domestic Violence, Cognitive Behavioral Treatment, Cognitive Techniques

[1] St. Olavs Hospital, Forensic Department Brøset, Norwegian University of Science and Technology, Norway, e-mail: stig.jarwson@stolav.no.
Copyright © 2015 by authors and Scientific Research Publishing Inc. This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY). http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Received 3 July 2015; accepted 25 September 2015; published 28 September 2015.

1. Introduction

Research on the effectiveness of treatment programs for partner-violent men has yielded mixed findings. In their evaluation of meta-analyses and experimental designs, Gondolf and Jones (2001) found little or no treatment effect. The studies included three, well-established batterer programs using a gender-based, cognitive-behavioral approach (n = 640). Completing a batterer program reduced the men's likelihood of re-assaulting by a percentage ranging from 44% to 64%, depending on the specifications used. Completing a 3-month program appeared to be as effective as completing a 5.5- or 9-month program [1] . In a recent Cochrane report [2] , it was stated that in spite of many studies on the treatment of domestically violent men, the evidence of controlled studies is insufficient to draw conclusions on the effects. He also noted that most studies focused on the treatment of court- ordered clients and that many studies lacked a description of the actual content of the therapy.

A meta-analysis of 50 studies with a total of 1640 clients was conducted to determine whether cognitive therapy was an effective treatment of aggression and hostile power dominance [3] .

Patient groups studied included abusive parents and abusive spouses, school children, clinical adolescents, juvenile delinquents, inmates, and college students. Effect sizes were calculated from self-reports of anger, dependent measures of anger and aggression, and behavioral ratings of aggression, and they were averaged across variables to produce one effect size per study. The effect sizes for the 50 studies ranged from −0.32 to 1.57 (SD 0.43) with all effect sizes but one being positive in value. The grand mean weighted effect size was 0.70 ($p < 0.001$), which means that the average patient who received CBT fared better than 76% of the patients who did not receive CBT. This corresponds to a treatment success rate of 67% for CBT compared with 33% for patients who received control treatments.

A study of the Brøset Model [4] showed that a 15-week manual, group-based CBT program significantly and substantially reduced self-reported violent behavior. After the initial assessment but before group therapy sessions, 26 men were randomly selected for immediate treatment or put on a waiting list.

In the treatment group, all kinds of self-reported partner-related violence were significantly reduced, while those on the waiting list did not reduce their partner-related violence. The results indicate that the group treatment had an effect in itself beyond the wishes and intentions of the men to reduce their partner violence.

Aim

The aim of this study was to identify which elements of the treatment program batterers found most useful four to seven years after program completion.

2. Methods

2.1. Subjects

Over a period of four years, 269 men completed the Cognitive behavioral group-treatment "Brøsetmodellen" (see below). A randomized sample of 85 men were selected and asked by mail to respond to a questionnaire as part of a follow-up study, concerning their current use of violence and use of the techniques from their treatment sessions. Ten of the eighty-five men were not traceable. Of the remaining seventy-five, four were unwilling to participate. From this sample (n = 71) 37 (52.1%) participated and 34 (47.9%) did not. A demographic comparison between the responders and the non-responders did not confirm any differences in age, education, income or violence before treatment.

The mean age of the responders was 41.8 (27 to 63). Most of them (67.6%) had the equivalent of a college education of 12 to 13 years , 27% had an academic education, 5.4% had no education after primary school (10 years), 91.9% lived in a spousal partnership, and 78.3% were fathers with one to three children (Mean = 1.9). At the follow-up, 62.9% lived in the same relationship as before treatment.

2.2. Treatment Description (Brøsetmodellen)

The treatment was based on the principles of Aaron Beck's cognitive therapy [5] , with a treatment manual constructed by the first author (Jarwson) and colleagues [6] [7] In the first session, anger was described in terms of emotional, psychological, cognitive, and behavioral components.

The first aspect concerned the client-therapist relationship where the therapists reassures the clients that they were meeting with respect, warmth, and as "equal human beings". The second aspect of the individual sessions concerned the mutual assessment of the violence problem, creating a shared picture of the problem. Here the CTS assessments were part of the sessions. A third aspect of these individual sessions was reflections on the client's readiness to change, with emphasis on the client's acknowledgement of personal responsibility for his own behavior. If the client and his partner wished, a fourth session with them together reflecting on these themes was offered.

The cognitive group treatment approach combines a variety of techniques such as identifying core beliefs and assumptions that lead to misinterpretation of potentially violent situations. Also important is awareness of situational triggers leading to anger arousal. This may be followed by the patient learning to reframe the anger- arousing situation by rehearsing self-instructions. Self-instructions means that the person, when identifying negative thoughts in a situation, tells himself: "Stop! I am overreacting. This is my core belief and vulnerability talking" or "I can handle it. It is not his/her intention to hurt me." By identifying situational triggers and negative thoughts and feel-

ings, the person may learn to react in a manner appropriate to the situation and avoid using violence.

The group therapy consisted of two equal parts (Table 1).

All sessions are guided by a manual, delivered by qualified therapists to a group of six to eight clients. Each session is of approximately 2 hours in duration.

Table 1. Preparatory and treatment phase of Brøsetmodellen.

Phase	Session focus
Individual therapy 3 – 4 hours	Recognizing motivation/readiness for change. In the individual sessions, the client learns the rationale of the method and the tools used in the group session. Measures schemas.
	Group therapy
Session 1. psycho-educative	Overview of the group and group rules Each participant's goal, expectations of the group What makes people angry into context with other emotions
Session 2 psycho-educative	Anger is an emotion and aggression is a behavior Event > distressed > "wronged" > anger > mobilized to attack Learn to gain control over anger through anger circle Reactions to triggers, thoughts, feelings, arousal, and behavior
Session 3 psycho-educative	The vulnerable self-image and self-esteem. Awareness of the vulnerability of negative thoughts, how the body reacts. Alternative coping strategies, time-out, yellow cards. Alternative thinking errors (Mindfulness shift focus)
Session 4 psycho-educative	Anger and violence in the family perspective, compassion, respect and cooperation in relationships Children perspective
Session 5 psycho-educative	Understanding automatic thoughts and learning about core beliefs and underlying beliefs Identifying the meaning of the event and our perceptions.
Session 6 – 12 Group therapy	Each client describes how the week has passed with regard to his violent behavior. Each client has to analyze his violent episode through the cognitive tools. Event > negative thoughts > interpretation > feeling > arousal > action. Using Socratic questions, the therapists encourage the clients to come up with constructive alternatives of behavior. The rest of the group participates by helping the client to define an acceptable alternative behavior.
Session 13 – 14 Group therapy	Understand their own core beliefs in order to recognize them, question them, and acquire techniques for challenging them. Cognitive distortions forming core beliefs and ways of addressing them are identified by using rehearsal and homework
Session 15 Group therapy	Group members evaluate each other and identify areas where they need to be cautious in the future.

2.3. Measures

Data on violence were collected before and four to seven years after treatment using a modified version of the Conflict Tactic Scale, CTS [8] . The CTS has been the principal method of measuring physical aggression among community samples of married couples or individuals dating. The CTS consists of a list of actions that a family member might use when in conflict with another family member, a friend or a stranger. The original CTS is intended to measure three constructs: Reasoning, Verbal Aggression, and Physical Aggression or Violence. In this study, the "reasoning" items from the CTS were dropped, and a section on material and sexual violence was added.

Clients who participated in the follow-up study answered the same CTS schema, and they registered the anger and violence throughout the previous year.

In this study, domestic violence is defined as the use of physical, psychological, or material violence by one adult towards a member of the household to cause harm, injury, or fear. Physical violence items involve throwing something, pushing, grabbing, shoving, slapping, spanking, kicking, biting, punching, hitting, or trying to hit with an object, beating, choking, threatening with weapons like a knife or a gun, and using weapons like a knife or a gun.

Psychological violence involves interrogating a partner when she has been out, calling her obscene names, or frightening her with threatening body language in intense jealousy. "Verbal Aggression" also means shouting at her, using verbal and symbolic means of hurting, such as insults or threats. Material violence was defined as behaviors such as pounding the wall or table as well as destroying property.

The violent acts were registered on a response scale with the options one, two, three times or more during the year.

The follow up questionnaire also focused on the target content of the intervention and asked ten questions concerning the use of crucial cognitive techniques in "the Brøset model" of anger management treatment [9] . The items were scored on a five-point ordinal rating scale reporting the frequency of utilization: 1 ("never"), 2 ("once"), 3 ("two to five times"), 4 ("six to ten times") and 5 ("more than ten times"). In the further analysis, categories 2 and 3 were combined into the new category "sometimes", and categories 4 and 5 were combined into the new category "frequently".

2.4. Ethics

The study was approved by the Regional Committee for Research Ethics (REK) and the Norwegian Data Inspectorate (NSD).

3. Results

The overall results showed that there was a decrease in physical and psychological violence at the follow up, four to seven years after treatment.

Physical violence and psychological violence were described in 70.3% and in 89.2% of the responders (N = 37) before treatment. Most participant (83.8%) reported a termination of physical violence at the follow-up, 10.8% were still physically violent and 5.4% were more physically violent four to seven years after treatment completion. A majority of the participants (59.4%) reported a termination of their use of psychological violence at follow-up, 32.4% were still psychologically violent, and 8.1% reported more psychologically violent behavior (see Figure 1).

The decrease in physical violence was statistically significant: $t(36) = 8.43$, $p < 0.001$ with a large effect size (eta squared = 0.66). Psychological violence also decreased significantly: $t(36) = 9.21$, $p < 0.001$ with a large effect size (eta squared = 0.7).

The results indicated that the most important anger management techniques were extensively applied in patients of the previous anger management treatment program. In total, about two out of three patients still used the techniques after ending treatment four to seven years earlier. The anger management circle was less used compared to the "time-out" techniques, recognizing body signals and anger management openness (Q9), but all techniques significantly approached in the patients repertoire (see Table 2).

A Friedman's Two-Way analysis of Variance by Ranks was conducted to evaluate the differences in frequency of using anger management techniques. A statistically significant difference between reports of "never

Figure 1. Self-reported violence before and at follow-up treatment.

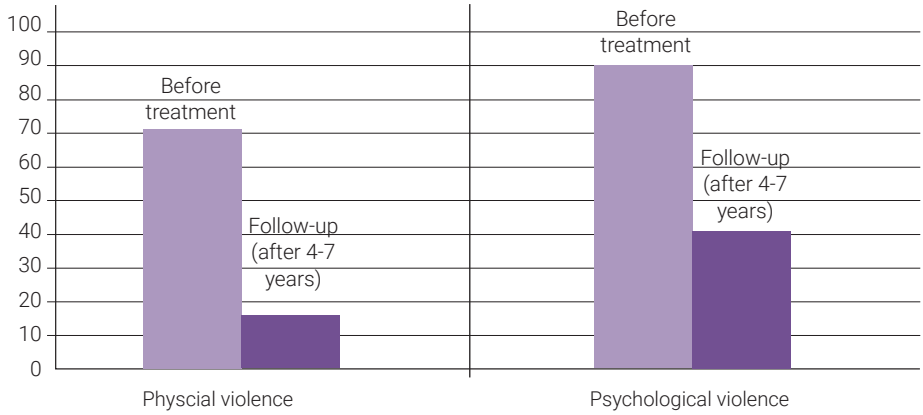


Table 2. The frequency of using anger management techniques in all the patients (n = 37) and in patients with a self-re- ported positive treatment outcome.

Anger management technique	Frequently used in all patients (n = 37)	Frequently used in non-physical violent patients (n = 31)	Frequently used in non-psychological violent patients (n = 22)
Q1: circle of anger	15	13	10
Q2: "time-out" techniques	26	23	13
Q3: Recognizing body signals	25	23	14
Q4: Recognizing negative thoughts	23	21	15
Q5: Stop, making thought controlled	24	20	16
Q6: Evaluating missing interpretation	23	21	13
Q7: Evaluating the situation based on life-rules (expectations)	21	20	12
Q8: Take the responsibility of acting calm when humiliated	21	19	13
Q9: Discussing your anger problem	26	23	16
Q10: Focusing the self-confidence of acting without violence	26	22	15
Q11: Self-confidence avoiding violence	19	18	12
Mean number of techniques used	6.7 (sd = 3.4)	7.2 (sd = 3.3)	6.8 (sd = 3.8)

use" (Median = 14.1), "sometimes use" (Median = 19.8) and reports of "frequently use" [Median = 66.2, $p < 0.001$] arose.

4. Discussion

The results of the study of 37 former patients showed that a 15-week group-based anger management CBT program significantly reduced self-reported violent behavior. Further analysis showed that a number of anger management techniques that were emphasized in the program were substantially applied four to seven years after the treatment. Most participants reported applying several anger management techniques on a frequent basis. This result may be associated with the general decrease in self-reported spousal violence compared to the frequency of violent actions before the program. Timeout, recognizing body signals and negative thoughts, and discussing one's anger problem seemed most prominent among the tools they used. A balance of implicit and explicit techniques was emphasized in the group treatment, and the report was promising since in more than two out of three participants four to seven years after treatment, the former clients still frequently used these techniques. The relatively less frequent use of the "anger management circle" may indicate that an integrated comprehension of anger management belongs to an advanced level, but it is not necessarily useful to all patients. Few or no long-term follow-up studies exist on the effects of this type of treatment [2] .

Additionally, few or no studies exist that investigate what motivates abusive men to stay in treatment. This fact makes interesting that all the men who started in the group sessions in our study also completed the program. The high completion rate among our subjects may seem out of the ordinary in view of other studies finding that non-court ordered men attend fewer sessions than court-ordered [10] [11] .

These findings indicate that the treatment as a whole, including the initial individual sessions, was effective by itself, and also that it had effects over a long time span after treatment. Since 1960, Cognitive Therapy (CT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and programs with elements of CBT, such as the Duluth Model (Domestic Abuse Intervention Project DAIP, 1981), have frequently been used as treatment for men who abuse their female partners. The Duluth Model reflects the underlying feminist philosophy that violence is used by men to exert "power and control" over the behavior of their female partners. In recent years, the Duluth Model has been criticized for its lack of scientific research and for being impeded by the feminist ideological structure inherent in the patriarchal view of "power and control" [12] . Dutton and Corvo stated that men in treatment groups were more often characterized by powerlessness than by power and that the concept of power was misused by feminists.

The "Brøset Model" has a conventional Cognitive Therapy for anger as conceptualized by Beck [5] [13] , working with automatic thoughts, logical errors, cognitive distortions, and core beliefs [14] . In the CBT group, self-disclosure is necessary for the group to gain access to covert cognitive processes that represent potential treatment targets. Feedback from the group, as well as the therapists, plays a role in helping to shift patients' distorted cognition and to reinforce more realistic appraisals.

Another important aspect is a therapeutic relationship built on warmth, empathy, and Socratic dialogue. This is in contrast to the moralistic attitude in CBT programs that has components from the Duluth Model [2] . The previous report [4] showed that a 15-week manual, group-based CBT program significantly and substantially reduced self-reported violent behavior at the end of treatment.

This follow up study on the Brøset Model four to seven years after treatment has some limitations, based on the small sample size and the lack of a control group.

Despite the methodological limitations of the response rate bias that self-reports represent, and the social desirability bias, the findings reported are interesting and important in their own right. Even four to seven years after treatment, when these men felt angry, many used the techniques they had learned to calm themselves down and consequently avoided violent situations. The skill-based training that was emphasized in the anger management program described above seemed to be an important and feasible element of the treatment many years after. This may indicate that being aware of bodily signs and negative thoughts when one is angry and—maybe most importantly—learning alternative ways to handle these situations, are potential moderating factors in the treatment of domestic perpetrators. The results in this study indicate that de-

spite experiencing anger arousal, men can avoid acting out the anger if they receive the right tools to handle the angry feelings.

Controlled studies involving partner interviews and the separate techniques' impact may provide information on effective components of the improved treatment model.

Cite this paper

Stig Jarwson, Merete Berg Nesset, Tom Palmstierna, Jim Aage Nottestad, Erik Søndenaa (2015) Cognitive-Behavioral Group Treatment for Men Voluntarily Seeking Help for Violence towards Their Intimate Partners: The Impact of Treatment Components 4 - 7 Years after Therapy. **Open Journal of Nursing,05**,836-842. doi: 10.4236/ojn.2015.59088

References

1. Gondolf, E.W. and Jones, A.S. (2001) The Program Effect of Batterer Programs in Three Cities. Violence and Victims, 16, 693–704.
2. Smedslund, G., et al. (2007) Cognitive Behavioral Therapy for Men Who Physically Abuse Their Female Partner. The Cochrane Library, JohnWiley & Sons, Ltd., Hoboken.
3. Beck, R. and Fernandez, E. (1998) Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Anger: A Meta-Analysis. Cognitive Therapy and Research, 22, 63–74.
4. Palmstierna, T., et al. (2012) Cognitive-Behavior Group Therapy for Men Voluntary Seeking Help for Intimate Partner Violence. Nordic Journal of Psychiatry, 66, 360–365.
5. Beck, A.T. (1999) Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility, and Violence. Harper Collins Publishers, New York.
6. Haugan, G. and Jarwson, S. (2005) Kognitiv terapi ved vold og aggresjon [Cognitive Therapy of Violence and Aggression]. Tidsskrift for kognitiv terapi, 6, 1–10.
7. Jarwson, S. and Haugan, G. (2008) Violence and Anger: A Treatment Manual in Anger. In: Berge, T. and Rep&aringl, A., Eds., H&aringndbok i kognitiv terapi, Gyldendal Norsk forlag, Oslo, 349–378.
8. Straus, M.A. (1979) Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. Journal of Marriage and the Family, 41, 75–88.
9. Jarwson, S. (2010) Effekten av manualisert kognitiv gruppeterapi for menn som frivillig s&oslashker hjelp mot vold i n&aeligre relasjoner: Effekten av kognitiv gruppeterapi etter deltakelse i Sinnemestring Br&oslashsetmodellen 4-7 &aringr etter avsluttet terapi.
10. Daly, J.E., Power, T.G. and Gondolf, E.W. (2001) Predictors of Batterer Program Attendance. Journal of Interpersonal Violence, 16, 971–991.
11. Gerlock, A.A. (2001) A Profile of Who Completes and Who Drops Out of Domestic Violence Rehabilitation. Issues in Mental Health Nursing, 22, 379–400.
12. Dutton, D.G. and Corvo, K. (2006) Transforming a Flawed Policy: A Call to Revive Psychology and Science in Domestic Violence Research and Practice. Aggression and Violent Behavior, 11, 457–483.
13. Beck, A.T. (1979) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International Universities Press, New York.
14. Young, J.E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E. (2003) Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press, New York

»Bolj kot kdajkoli poprej se tudi v javnem zdravstvu soočamo s prepoznavo in z obravnavo nasilja v družinah ter ga uvrščamo visoko na prioritetni lestvici vrednot zdravstvene obravnave. Pri tem v ospredje zagotovo vstopa družinski zdravnik na primarni ravni, ki je v edinstvenem položaju, da odkriva in tudi kontinuirano spremlja žrtve nasilja v družini. Njegova vstopnica v doživljajski svet pacienta je seveda dragocena in verjamem, da jo marsikateri zdravnik, kljub časovnim omejitvam, izkoristi v največjo korist za pacienta ali pacientko. V obravnavo pa pogosto vstopajo tudi posamezni specialisti; pediatri, psihiatri, ginekologi, travmatologi, internisti, urologi, radiologi, stomatologi idr., tudi ti pričajo o primerih, kjer se srečujejo s sumi nasilja v družini in morajo po svojih pristojnostih ukrepati. Izbranim zdravnikom lahko položim na srce le eno – so varuhi tako fizičnega kot psihičnega zdravja svojih pacientov in ne smejo nikoli, ampak res nikoli podcenjevati marsikdaj prikritih znakov ter oblik nasilja v družinah. Ničelna toleranca do nasilja mora obveljati kot vodilo odnosa med zdravnikom in pacientom.«

Prim. Andrej Možina, dr. med.,
predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

ISBN 978-961-6185-18-9

Več izobraževalnih vsebin najdete na spletni strani projekta:

www.prepoznajnasilje.si

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

ZAVOD MMA

Center za socialno delo Maribor

ZNANSTVENO RAZISKOVALNI CENTER SLOVENSKE AKADEMIJE ZNANOSTI IN UMETNOSTI

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM