

dr. Melita Zver Makovec, univ. dipl. psih.  
ZRC SAZU  
Novi trg 2  
1001 Ljubljana

Zavod za prestajanje kazni zapora Dob  
Slovenska vas 14  
8233 Mirna na Dolenjskem  
[melita.zver-makovec@zrc-sazu.si](mailto:melita.zver-makovec@zrc-sazu.si)  
+386 1 4706 447

Karmen Urška Modic, univ. dipl. psih.  
ZRC SAZU  
Novi trg 2  
1001 Ljubljana  
[karmen.modic@zrc-sazu.si](mailto:karmen.modic@zrc-sazu.si)  
+386 1 4706 450

## **Žrtve nasilja v družini: izkušnje, pričakovanja in mnenja glede možnih ovir pri obravnavi v okviru zdravstvene dejavnosti**

### **Povzetek**

V prispevku bodo predstavljeni preliminarni izsledki raziskave<sup>1</sup>, v okviru katere smo raziskovali, kakšno obravnavo s strani zdravstvenega osebja so pričakovale žrtve nasilja v družini oz. kakšne so bile njihove izkušnje z zdravstvenim osebjem, ko so iskale pomoč v zvezi z nasiljem. S pomočjo Centrov za socialno delo, varnih hiš in Zavoda Emma smo v raziskavo vključili 52 žrtev nasilja v družini, ki so izpolnile vprašalnik anonimno in prostovoljno. Preliminarni rezultati kažejo, da je 67 % udeleženk imelo stik z zdravstvenim osebjem v sklopu obravnave nasilja v družini oz. je poiskalo pomoč pri zdravstvenem osebju. Osebe, ki *niso bile v stiku* z zdravstvenim osebjem glede obravnave nasilja v družini, predvsem pričakujejo, da jim bo zdravstveno osebje prisluhnilo, da bo spoštovalo njihovo zasebnost ter da jih ne bo obsojalo. Osebe, ki so že *bile v stiku* z zdravstvenim osebjem zaradi obravnave nasilja v družini, so pretežno navajale, da jih zdravstveno osebje ni obsojalo, da je pazilo na način pogovora, ko so bili prisotni otroci, da je spoštovalo njihovo zasebnost in jim prisluhnilo. V manjši meri je zdravstveno osebje ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči, poskrbelo za trenutno varnost ter sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami. Preliminarni rezultati se skladajo s predhodnimi raziskavami in kažejo, da bi za boljšo prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini bilo za zdravstveno osebje priporočljivo pripraviti izobraževanja predvsem na področju nudenja ustreznih informacij o virih pomoči in sodelovanja z drugimi pristojnimi institucijami.

**Ključne besede:** žrtve, nasilje v družini, zdravstveno osebje, obravnava žrtev nasilja, ovire

---

<sup>1</sup> Raziskava je potekala v sklopu projekta *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti*, ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko.

## **Victims of domestic violence: experiences, expectations and opinions regarding possible obstacles in healthcare treatment**

### **Abstract**

The article will be presenting preliminary findings of a study concerning expectations of victims of domestic violence towards health care professionals (HCPs) and experiences of those victims of domestic violence, which turned to HCPs for help and guidance. 52 victims of domestic violence participated in the study voluntarily and anonymously. Participants have been invited to take part in the study with the support of social work centres, safe houses and Zavod Emma. Preliminary results of the study revealed that 67% of the victims sought help of HCPs. Victims, which haven't yet turned to HCPs for help, had the following expectations: HCPs should listen to them, respect their privacy and not judge them. Victims, which had already been treated by HCPs, had the following experiences: HCPs did not judge them, they were careful when talking to victims in the presence of children; they respected their privacy and listened to them. However, HCPs did not put much emphasis on providing adequate information regarding different forms of help, taking care of current safety of a victim and cooperation with other competent institutions. Preliminary results are in agreement with prior research findings, which recommend a need for training of HCPs to enable them to better recognize and treat victims of domestic violence, particularly in providing relevant information about sources of help and possible collaboration with other relevant institutions.

**Key words:** victims, domestic violence, health care professionals, treatment of victims of domestic violence, obstacles

## Uvod

Posledice nasilja v družini so vidne na posameznikovem bio-psiho-socialnem blagostanju in predstavljajo znatno zdravstveno obremenitev (Selič, 2010). Zaradi kratkoročnih in dolgoročnih posledic nasilja v družini tako na posamezno družino kot tudi na celotno družbo bi se v javnem zdravstvu nasilje v družini moralo obravnavati prednostno (WHA49.25., 1996). Posledice nasilja so lahko tako telesne kot tudi duševne, oboje pa negativno vpliva na splošno zdravstveno stanje žrtev nasilja. Žrtve se za pomoč pogosto obračajo na zdravstveni sistem, kar pomeni znatno večjo uporabo zdravstvenih storitev s strani žrtev in dodatne obremenitve za zdravstveni sistem (Coker, Smith, Bethea, King, in McKeown, 2000; Pico-Alfonso, Gardia-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburua in Martinez, 2006).

Nasilje v družini vključuje tudi nasilje med partnerjema. Ključna ugotovitev nacionalne raziskave o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010) je pokazala, da je vsaka druga ženska od dopolnjenega 15. leta starosti doživela eno od oblik nasilja. Podatki kažejo, da se nasilje lahko začne kadarkoli v življenju, pri nekaterih ženskah pa traja celo življenje. Povzročitelji nasilja so bili v 90,8 % moški. Prevalenca nasilja v družini je visoka, saj je imelo s telesnim nasiljem izkušnjo 23 %, z duševnim 49,9 %, s spolnim 6,5 % in z ekonomskim 7 % sodelujočih v raziskavi (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010). Kljub temu pa je prijav nasilja v družini s strani žrtev razmeroma malo. Raziskava v slovenski družinski medicini iz leta 2012 je pokazala, da 17,1 % bolnikov žrtev nasilja v partnerskih odnosih (duševnega, telesnega ali obeh oblik) (Selič, Švab, Kopčavar Guček, 2012).

Meta-analizi kvalitativnih študij pričakovanj in izkušenj žensk, ki so zaradi obravnave nasilja v družini imele stik z zdravstvenim osebjem, kažeta, da je primeren odziv zdravstvenega osebja na prisotnost nasilja v družini zelo pomemben (Feder, Hutson, Ramsay in Taket, 2006; Robinson in Spilsbury, 2008). Razkrivata, da je zaznavanje primerne oz. neprimerne odzivanja zdravstvenega osebja na problematiko nasilja v družini odvisno od konteksta posvetovanja: od pripravljenosti žrtev, da poročajo o problematiki, in od narave odnosa med žrtvijo in zdravstvenim osebjem. Priporočila, oblikovana na podlagi izkušenj žensk, ki so imele stik z zdravstvenim osebjem, se nanašajo na različno časovno perspektivo uporabnic. Ta zajema obdobje pred pogovorom o nasilju, ob samem poročanju o nasilju, obdobje takojšnjega odziva zdravstvenega osebja ob razkritju nasilja v družini in kasnejše spremljanje žrtve. Žrtve si predvsem želijo, da bi jih zdravstveno osebje neobsojajoče poslušalo, izražalo sočutje in podporo tako na verbalen kot tudi neverbalen način. Žrtve si želijo, da bi zdravstveno osebje spoštovalo njihovo avtonomijo oz. njihove odločitve glede ukrepanja ter razumelo njihovo perspektivo in kompleksnost situacije. Želijo si, da bi jih zdravstveno osebje tudi večkrat povprašalo o nasilju v njihovi družini. S tem bi bile opogumljene, da bi o težavah spregovorile kasneje, ko bi začutile varnost in zaupanje v odnosu z zdravstvenim osebjem. Prav tako pričakujejo, da bo zdravstveno osebje pazilo na način pogovora, če bodo prisotni tudi otroci. Pričakujejo, da bodo ob razkritju svoje izkušnje nasilja potrjene in opolnomočene ter si želijo kontinuirano podporo tudi, če ne bodo točno sledile njihovim napotkom glede ukrepanja. Žrtve so izpostavile pričakovanje, da bi zdravstveno osebje moralo biti informirano o dodatnih virih pomoči in dostopnih storitvah, ki so žrtvam na razpolago, in jih tja tudi napotiti. Želijo si, da bi zdravstveno osebje sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami, ki se tudi ukvarjajo s problematiko nasilja v družini (Feder, Hutson, Ramsay in Taket, 2006; Robinson in Spilsbury, 2008).

Žrtve v stiku z zdravstvenim osebjem zelo redko spontano poročajo o izkušnji nasilja v družini, prav tako je delež odkritih žrtev s strani zdravstvenega osebja izredno majhen (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson in Feder, 2002). Raziskave 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 pričeti pogovor o tem (Hegarty

in Taft, 2001). Bojijo se lahko tudi prihodnjega vmešavanja zdravstvenega osebja in socialnih služb, če bi poročale o nasilju. Zaradi pomanjkanja zaupnosti in kaotičnega okolja se pogosto ne odločijo, da bi zaupale oz. ne začutijo notranje pripravljenosti, da bi spregovorile o nasilju, ki se jim dogaja (Catallo, Jack, Ciliska in MacMillan, 2013). Oviro pri poročanju predstavlja tudi pomanjkanje časa zdravstvenega osebja ter strah pred maščevanjem povzročitelja in sram, da bi jih obsojali ali kakorkoli drugače razvrednotili (Larsen, Krohn, Puschel in Seifert, 2014; Reisenhofer in Seibold, 2012).

Ovire, ki preprečujejo uspešno prepoznavanje in obravnavanje nasilja v družini, so tudi na strani zdravstvenega osebja. Raziskave kažejo, da ovire predstavljajo pomanjkanje časa in preobremenjenost z delom, pomanjkljiva usposobljenost in poznavanje problematike, omejen dostop do drugih virov pomoči oz. služb, ki obravnavajo nasilje v družini. Oviro predstavlja tudi strah pred ogrožanjem odnosa med bolnikom in zdravnikom (McCall-Hosenfeld, Weisman, Perry, Hillemeier in Chuang, 2014; Yeung, Chowdhury, Malpass in Feder, 2012). V preteklosti je zdravstveno osebje pogosto »spregledalo« znake in simptome nasilja v družini pri svojih pacientih, ker so se bali odpreti »Pandorino skrinjico«. Niso se želeli ukvarjati s tako kompleksnim pojavom, kot je nasilje v družini, kajti s tem bi lahko povzročili poslabšanje situacije (npr. ekonomske) v kateri je oseba z izkušnjo nasilja (Taliaferro, 2003).

V pričujoči raziskavi nas je posebej zanimalo, kakšna so pričakovanja žrtev nasilja do zdravstvenega osebja in kakšne so izkušnje žrtev nasilja, ki so pomoč poiskale pri zdravstvenem osebju. Zato je bil namen raziskave proučiti, kakšno obravnavo s strani zdravstvenega osebja pričakujejo žrtve nasilja v družini oz. kakšne so bile njihove izkušnje z zdravstvenim osebjem, ko so iskale pomoč v zvezi z nasiljem. Proučili smo tudi, ali se pričakovanja žrtev nasilja razlikujejo od dejanskih izkušenj ter mnenje žrtev nasilja v družini o razlogih, zakaj zdravstveno osebje ne prepozna nasilja v družini in ga ustrezno obravnava.

## Metoda

### Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 52 udeležencev, od tega 46 žensk (88 %) in 4 moški (8 %), 2 udeleženci (4%) pa nista podala odgovora o svojem spolu. Povprečna starost udeležencev je 40 let, s starostnim razponom od 21 do 78 let. V tabeli 1 so navedeni osnovni demografski podatki in njihove izbrane, ki so najbolj pogoste in ki so bile pogloblitve za naš prispevek.

**Tabela 1:** Demografski podatki žrtev nasilja v družini, ki so izpolnjevale vprašalnik, s katerim smo ugotavljali izkušnje, pričakovanja in mnenja glede možnih ovir pri obravnavi v okviru zdravstvene dejavnosti (N = 52)

Demografske spremenljivke	Kategorije	Odstotek
Otroci	ima otroke	87 %
Država rojstva	rojena v Sloveniji	71 %
Narodna/etnična pripadnost	slovenska narodnost	74 %
	druge narodnosti (romunska, ruska, bosanska, srbska narodnost)	15 %
Okolje prebivališča	mestno	67 %
	primestno	23 %
	vaško	8 %
Dosežena izobrazba	osnovna šola	21 %
	srednje poklicno izobraževanje	29 %
	gimnazijsko, srednjetehtniško oz. drugo strokovno izobraževanje	23 %
	višješolski program oz. 1.bolonjsko st.	6 %
Trenutni status	zaposlena za nedoločen čas	19 %
	zaposlena za določen čas	8 %
	upokojena	12 %
	dijakinja/šudentka	6 %
	brezposelna	52 %

*Opombe.* Seštevek odgovorov ni v vseh primerih 100%, saj udeleženci na nekatera vprašanja niso odgovorili ali pa so podali katerega od drugih možnih odgovorov.

### Pripomočki

V namene raziskave smo pripravili vprašalnik, ki je bil sestavljen iz postavk, ki so opisovale osnovne sociodemografske značilnosti udeležencev ter postavk, s katerimi smo preverjali izkušnje, pričakovanja in ovire, ki jih imajo žrtve nasilja v družini, ko so obravnavane s strani zdravstvenega osebja.

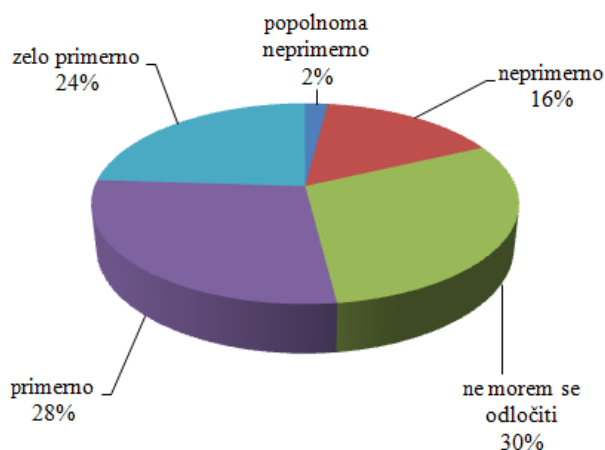
### Postopek

S pomočjo centrov za socialno delo smo pridobili 55,8 % udeležencev, 19,2 % udeležencev smo pridobili iz varnih hiš, 25 % pa smo pridobili s pomočjo Zavoda Emma. Udeleženci so bili zaproseni za sodelovanje in so izpolnili vprašalnik anonimno in prostovoljno. Podatke smo obdelali s pomočjo programa za statistične analize SPSS 22. ter Microsoft Excela. Uporabili smo deskriptivne statistike ter neparametrični Mann Whitneyev test za neodvisne vzorce za preverjanje razlik med pričakovanji žrtev nasilja v družini, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem in tistimi žrtvami, ki so že bile obravnavane s strani zdravstvenega osebja. Razlike so bile pomembne na kriterijski ravni 5 %.

## Rezultati

### 1. Primernost zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini

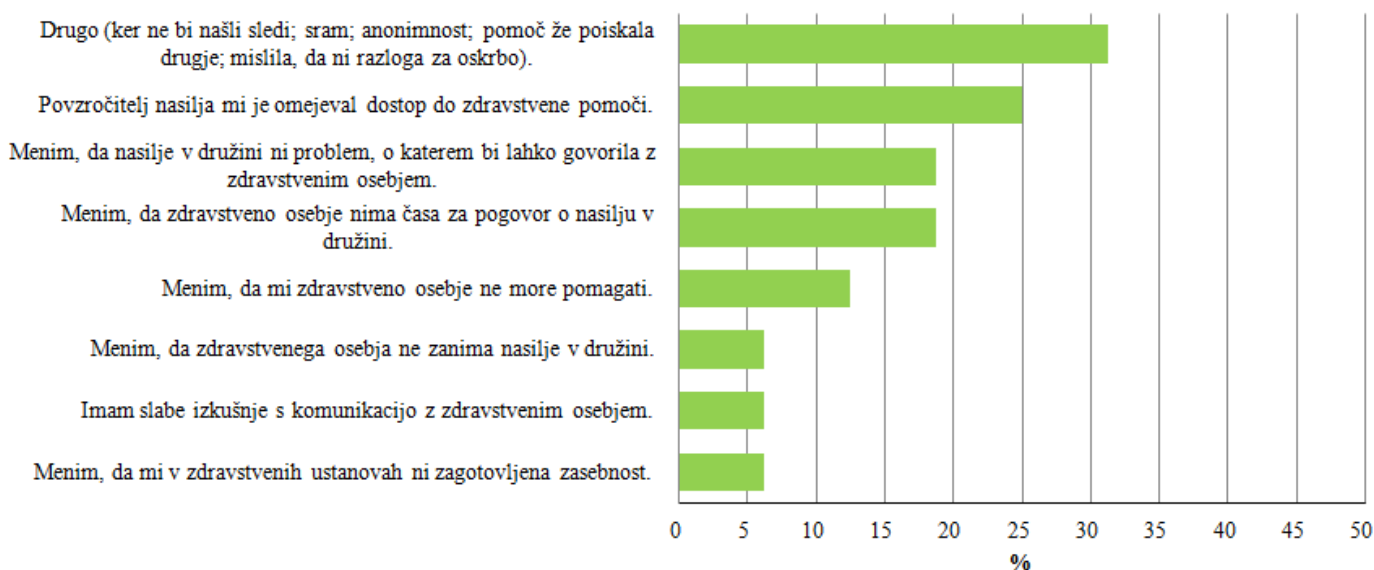
Največ udeležencev v raziskavi je menilo, da je zdravstveno osebje primerno za pogovor glede nasilja v družini, najmanj žrtvam nasilja v družini se je zdravstveno osebje zdelo popolnoma neprimerno za pogovor o nasilju, cca tretjina pa se ni mogla odločiti o primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini (slika 1).



**Slika 1:** Primernost zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini.

### 2. Razlogi zakaj žrtve nasilja v družini niso iskale pomoči pri zdravstvenem osebju

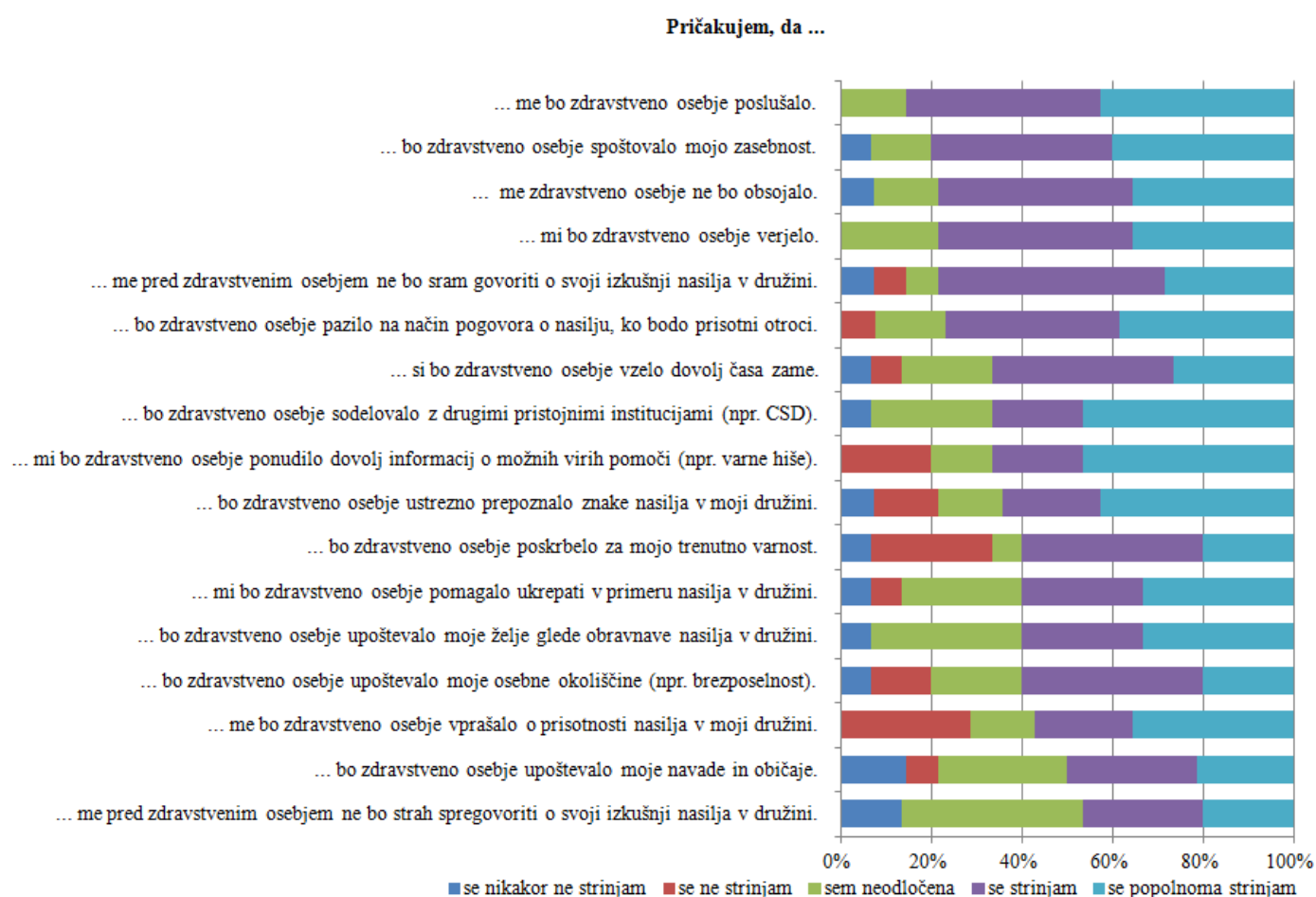
Kot najpogostejši vzrok, da niso iskale pomoči, so žrtve navedle: bojazen, da zdravstveni delavci ne bi našli fizičnih sledi nasilja, sram, strah pred izgubo anonimnosti, pomoč so že iskale drugje, ter mnenje, da ni razloga za oskrbo (slika 2). Velikokrat jim je povzročitelj nasilja tudi omejeval dostop do pomoči. Manj pogosto so žrtve kot vzrok navedle bojazen, da ne bo zagotovljena zasebnost.



**Slika 2:** Razlogi, zakaj žrtve nasilja v družini niso iskale pomoči pri zdravstvenem osebju.

### 3. Prepoznavna in obravnava nasilja s strani zdravstvenega osebja - pričakovanja žrtev, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem

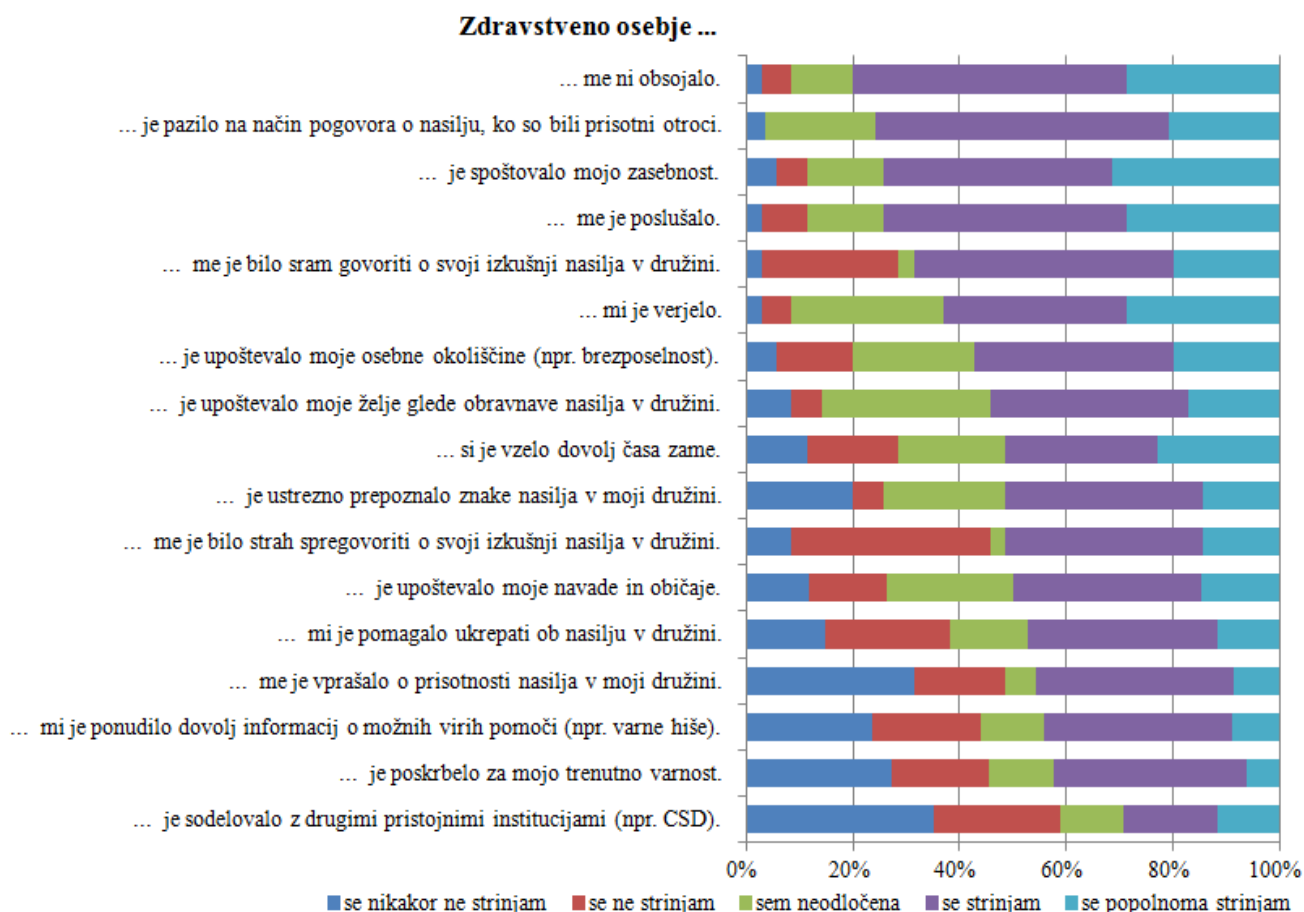
Iz Slike 3 je razvidno, da žrtve nasilja v družini, ki *niso bile v stiku* z zdravstvenim osebjem, v največji meri **pričakujejo**, da jih bo zdravstveno osebje poslušalo, spoštovalo njihovo zasebnost, da jih ne bo obsojalo, da jim bo verjelo, ter da ne bodo občutili sramu pred zdravstvenimi delavci, ko bodo spregovorili o svoji izkušnji nasilja v družini. Žrtvam nasilja v družini, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, pa je *manj pomemben* strah spregovoriti o svoji izkušnji nasilja v družini, prav tako jim je manj pomembno, ali bo zdravstveno osebje upoštevalo njihove navade in običaje in ali jih bo vprašalo o prisotnosti nasilja v njihovi družini.



**Slika 3:** Pričakovanja žrtev nasilja v družini, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, glede obravnave nasilja s strani zdravstvenega osebja.

#### 4. Prepoznavne in obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja – izkušnje žrtev nasilja

Pri žrtvah nasilja v družini, ki so bile v stiku z zdravstvenim osebjem, lahko opazimo, da so žrtve v največjem obsegu **doživele**, da jih zdravstveno osebje ni obsojalo, da je pazilo na način pogovora o nasilju, ko so bili prisotni otroci, spoštovalo njihovo zasebnost, jih je poslušalo (slika 4). V manjši meri je zdravstveno osebje ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varne hiše, zatočišča, centri za socialno delo, sodelovalo z drugimi pristojni inštitucijami (centri za socialno delo, policija, tožilstvo, krizni center, varna hiša).



**Slika 4:** Izkušnje prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini, ki so bile v stiku z zdravstvenim osebjem.

Podatke smo analizirali s pomočjo neparametričnega testa Mann Whitney. Statistično pomembne razlike v smeri večjih lahko opazimo pri naslednjih postavkah:

- prisotnost nasilja v družini ( $Z = -2,076$ ,  $p = 0,038$ ) - žrtve nasilja, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, so menile, da je bolj pomembno, da jih zdravstveno osebje povpraša o izkušnji nasilja v družini, kot tiste žrtve, ki so že imele izkušnje z zdravstvenimi delavci pri obravnavi nasilja.
- nudenje zadostnih informacij o možnih virih pomoči ( $Z = -2,584$ ,  $p = 0,010$ ) - žrtve nasilja, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, so menile, da jim zdravstveno osebje ponudi dovolj informacij o možnih virih pomoči s strani varnih hiš, zatočišč in centrov za socialno delo, kot tiste žrtve, ki so že imele izkušnje z zdravstvenimi delavci pri obravnavi nasilja.

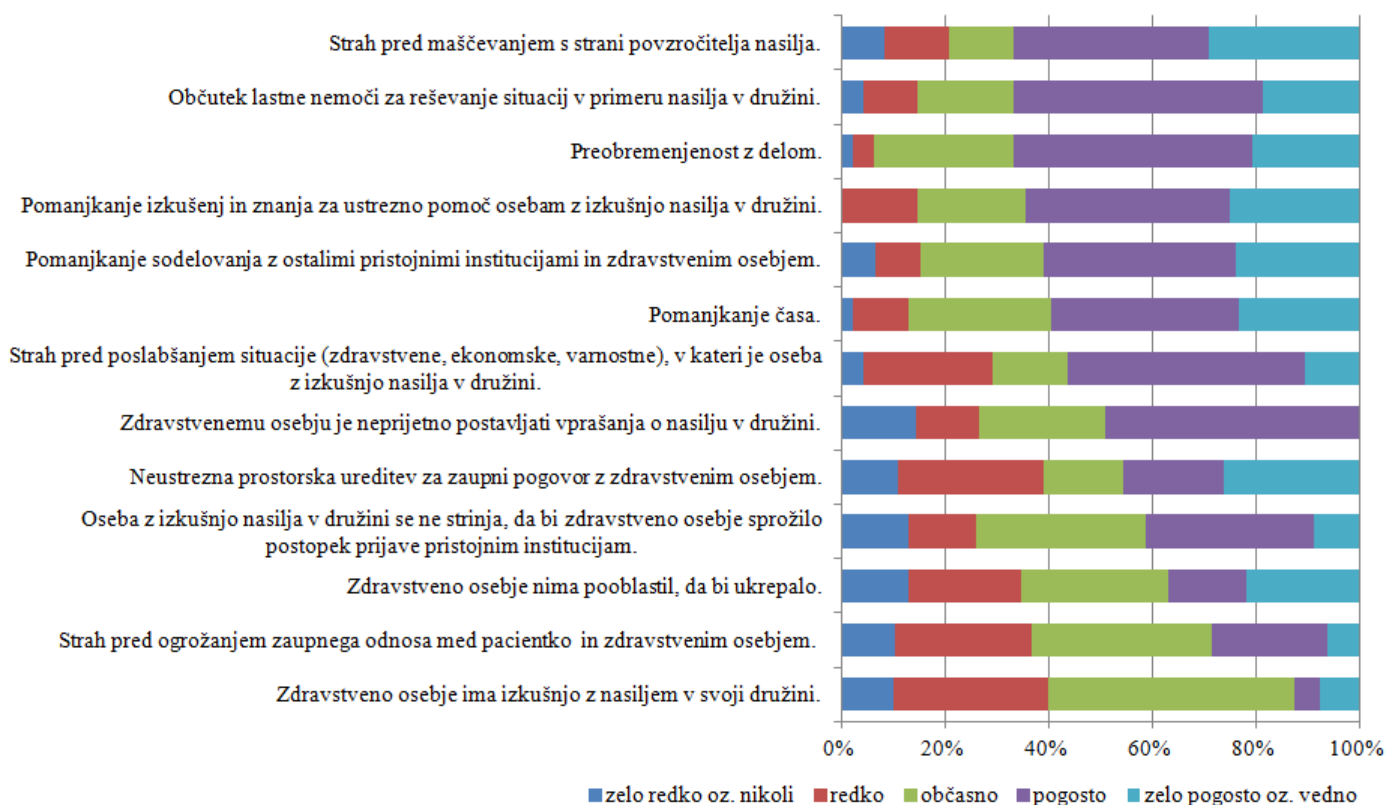


- sodelovanje z drugimi pristojnimi inštitucijami ( $Z = -3,196, p = 0,001$ ) - žrtve nasilja, ki še niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, so menile, da je bolj pomembno, da zdravstveno osebje sodeluje z drugimi inštitucijami kot so npr. CSD, policija, tožilstvo, krizni center, varna hiša, kot tiste žrtve, ki so že imele izkušnje z zdravstvenimi delavci pri obravnavi nasilja.

Pri ostalih postavkah ni prišlo do statistično pomembnih razlik med tistimi žrtvami, ki so že imele stik z zdravstvenim osebjem, in tistimi, ki stika še niso imele.

## 5. Zakaj zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno obravnava žrtev nasilja v družini - mnenja žrtev nasilja v družini o razlogih

Vzrok, zakaj zdravstveno osebje ne prepozna in posledično ne obravnava žrtev nasilja v družini, so žrtve nasilja pripisovale strahu pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja, občutku nemoči, preobremenjenosti z delom, pomanjkanju izkušenj in znanja za ustrezno pomoč ter pomanjkanju sodelovanja z drugimi pristojnimi inštitucijami (slika 5). V manjši meri so žrtve nasilja menile, da zdravstveno osebje ne odreagira ustrezno zato, ker imajo lastno izkušnjo nasilja v družini, zaradi strahu pred ogrožanjem delovnega odnosa in zaradi pomanjkanja pooblastil za ukrepanje.



**Slika 5:** Mnenja žrtev nasilja v družini o razlogih, zakaj zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno obravnava žrtev nasilja v družini.

Statistična analiza ni pokazala pomembnih razlik med tistimi žrtvami, ki so že imele stik z zdravstvenim osebjem, in tistimi, ki stika še niso imele, glede razlogov, zakaj zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno obravnava žrtve nasilja v družini.

## Razprava

V sodobni družbi ima veliko težo idealizirana slika srečne družine. Ta teža je celo tako velika, da si številni zatiskajo oči, če pride v tej idealizirani sliki do razpok, saj se bojijo stigmatizacije, ki bi jo vsilila družba. Čeprav velja družinski krog za varen prostor, prihaja največji odstotek storilcev nasilnega dejanja prav iz družine in ožjega kroga znancev. Poškodbe, ki jih ženske utrpijo od storilcev iz družinskega kroga, so znatno večje od morebitnih napadov s strani neznancev (Crowell in Burgess, 1996). Zato žrtve nasilja v družini tudi pogosto poiščejo zdravniško pomoč, vendar pri tem ne izpostavljajo problematike nasilja v družini. Tabuizacija fenomena nasilja v družini je namreč zelo velika.

Zdravstveno osebje je zavezano k preprečevanju nasilja v družini (Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND; Ur. list RS št. 16/2008), Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Ur. list RS št. 38/2011)). Zato je pomembno, da poznamo pričakovanja in ovire žrtev nasilja glede obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja.

Predstavljena raziskava je bila zasnovana z namenom, da proučimo kakšno obravnavo s strani zdravstvenega osebja pričakujejo žrtve nasilja v družini oz. kakšne so bile njihove izkušnje z zdravstvenim osebjem, ko so iskale pomoč v zvezi z nasiljem v družini. V raziskavi smo proučili tudi razlike med pričakovanji žrtev, ki niso bile obravnavane s strani zdravstvenega osebja in izkušnjami žrtev nasilja, ko so bile v stiku z zdravstvenim osebjem. Nadalje nas je zanimalo tudi mnenje žrtev nasilja v družini o razlogih, zakaj zdravstveno osebje ne prepozna nasilja v družini in ga tudi ustrezno obravnava.

Udeleženci predstavljene raziskave so bili žrtve nasilja v družini (N = 52), od tega je bila večina žrtev nasilja ženskega spola. 67 % udeležencev je glede svoje izkušnje z nasiljem v družini tudi poiskalo pomoč pri zdravstvenem osebjem. V raziskavo je bil vključen širok starostni razpon žrtev nasilja v družini (21 let – 78 let), različnih narodnosti. Večina jih je izhajala iz mestnega okolja in so imele dokončano srednješolsko izobrazbo (51,9 %). Dobra polovica žrtev nasilja v družini v naši raziskavi je bila brezposelna. Sociodemografske značilnosti udeležencev so podobne kot iz raziskav o telesnih oblikah nasilnega vedenja nad ženskami in otroki. Slednje razkrivajo, da pojav nasilja ni omejen na posamezen socialno-ekonomski razred, čeprav veliko raziskav navaja tudi podatke, da so bili nasilnim dejanjem večkrat bolj izpostavljeni tisti, ki so živeli v ekonomsko šibkejših pogojih (Krug idr., 2002). Raziskava Zver Makovčeve (2014) je prav tako pokazala, da so tisti, ki so imeli izkušnjo nasilja, revščino videli kot pomembnejši vzrok za pojav nasilja od tistih, ki izkušnje niso imeli, obratno pa se je izkazalo glede nižje izobrazbe. Nicolaidis (2003) po drugi strani ugotavlja (upoštevajoč drugačen sociokulturni kontekst), da si žrtve želijo, da bi zdravstveno osebje razumelo, da je nasilje v družini »univerzalen pojav« oz. da se vsakdo lahko znajde v vlogi žrtve nasilja v družini in zato naj bi se zdravstveno osebje o tem pogovarjalo z vsakim pacientom. Avtor navaja, da žrtve izpostavljajo, da višji socio-ekonomski status ne bi smel biti ovira, da zdravstveno osebje ne bi pomislilo, da se v takšnem okolju nasilje ne dogaja. Žrtve poudarjajo, da bi zdravstveno osebje moralo razumeti, da nasilje v družini ne pušča le fizičnih oz. vidnih znakov in posledic ampak gre tudi za globlje in dolgotrajnejše posledice. Žrtve si želijo, da bi zdravstveno osebje razumelo, da gre pri nasilju v družini za izkazovanje moči in kontrole nad žrtvijo in da obstajajo tudi drugi načini izkazovanja prevlade kot so socialna osamitev, psihološko in ekonomsko omejevanje in grožnje z nasiljem.

52 % žrtev nasilja v naši raziskavi je menilo, da je zdravstveno osebje primerno oz. celo zelo primerno za pogovor glede nasilja v družini, 18 % žrtvam nasilja v družini neprimerno oz. popolnoma neprimerno, 30 % pa se ni moglo odločiti o primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini. Kljub zaznani primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini pa se lahko vprašamo, ali so žrtve tudi

dejansko pripravljene razkriti svojo izkušnjo. Raziskave 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 pričeti pogovor o tem (Hegarty in Taft, 2001). Relativno dobra razpoložljivost zdravstvenih storitev ponuja udeležencem kroga nasilja v družini dobro dostopnost, kar destigmatizira tudi iskalce pomoči. Osebe, ki so žrtve nasilja v družini morda nikoli niso kontaktirale policije, kriznega centra ali kakšnega društva za pomoč, zagotovo pa kdaj obiščejo zdravstveno službo zaradi kakršnih koli težav. Zdravstveno osebje je tako v edinstveni vlogi, da zajezi nasilje v družini in ponudi podporno mrežo, ki bo zmanjšala izolacijo in povečala varnost (Kramer, 2003). Pilotna študija o nasilju v družini, ki je ugotavljala razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov zaključuje, da obstaja velika verjetnost, da bolnika, ki je žrtev telesnega ali duševnega nasilja, kot osebo z izkušnjo nasilja prepozna tudi zdravnik družinske medicine, vendar bolniki, izpostavljeni nasilju v družini, v večini primerov ne iščejo pomoči pri zdravniku. Študija zaključuje, da je iz rezultatov razvidno, da zdravniki potrebujejo dodatna znanja in usmeritve s tega področja (Selič, Kersnik, Pesjak in Kopčavar-Guček, 2008). Kopčavar Gučkova (2015) prav tako navaja, da je lahko pomanjkljivo znanje o nasilju v družini razlog za slabše prepoznavanje žrtev nasilja. Poleg tega zdravniki izjemno varujejo svoj zaupni odnos z bolnikom in se bojijo, da bi z vprašanji o nasilju povzročili škodo njunemu odnosu. Poročilo o nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih v Sloveniji (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010) navaja, da več kot polovica žensk o nasilju ni obvestila nikogar. Med tistimi, ki so iskale pomoč, jih je največ obvestilo policijo, potem CSD, sledijo še zdravstveni dom in odvetnik. Največ žensk ni nikogar obvestilo o nasilju, ker so problem uredile same. Raziskava nasilja v družinah v Sloveniji poroča, da čeprav so žrtve nasilja v družini v največji meri ženske in da kljub temu, da izpostavljajo nasilje v družini kot problem, ki bi mu bilo potrebno nameniti več javne pozornosti ter menijo, da prevečkrat ostaja prikrito za štirimi stenami doma, pa ženske v primeru nasilja iščejo pomoč in podporo predvsem v zasebni sferi (pri prijateljih, družinskih članih) in se le redko obračajo na institucionalno raven (Sedmak, Kralj, Medarič, in Simčič, 2006). Rezultati raziskave o hetero- in avtoagresivnosti v družini v Sloveniji (Šprah, Černič-Istenci in Kneževič-Hočevar, 2005) potrjujejo domnevo, da povzročitelje nasilnih dejanj v družini ščitijo tako žrtve kakor tudi ostali družinski člani. Žrtev le v 5-6 % sama prijavi nasilje.

Večina mladih žensk vključenih v raziskavo Zeitler, Paine, Breitbart, Rickert, Olson, Stevens idr. (2006) je izjavila, da so najpomembnejše lastnosti osebe, ki izvaja presejalni test oz. sprašuje o nasilju, zaupanje, zaupnost, podpora in skrb. Podobne izsledke lahko zasledimo tudi v naši raziskavi, kjer žrtve nasilja v družini, ki niso bile v stiku z zdravstvenim osebjem, v *največji meri pričakujejo*, da jih bo zdravstveno osebje poslušalo, spoštovalo njihovo zasebnost, da jih ne bo obsojalo, da jim bo verjelo ter da ne bodo občutile sramu pred zdravstvenimi delavci, ko bodo spregovorile o svoji izkušnji nasilja v družini. Leskošek, Urek in Zaviršek (2010) ugotavljajo, da je velik razlog za neporočanje žensk o nasilju tudi sram pred razkritjem kaj se jim dogaja.

Pri žrtvah nasilja v družini, zajetih v našo raziskavo, ki so bile v stiku z zdravstvenim osebjem, so njihove izkušnje z zdravstvenim osebjem pokazale, da so žrtve v največjem obsegu **doživele**, da jih zdravstveno osebje ni obsojalo, da je pazilo na način pogovora o nasilju, ko so bili prisotni otroci, spoštovalo njihovo zasebnost, jih je poslušalo. V manjši meri je zdravstveno osebje ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varne hiše, zatočišča, centri za socialno delo) ter sodelovalo z drugimi pristojni inštitucijami (centri za socialno delo, policija, tožilstvo, krizni center, varna hiša). Izsledki raziskave so v skladu z predhodnimi raziskavami, zajetimi v metanalizah Feder, Hutson, Ramsay in Taket, (2006), Robinson in Spilsbury (2008) ter Leppakoski, Paavilainen in Astedt-Kurki (2011), ki so pokazale, da so žrtve pričakovale, da bi jim zdravstveno osebje podalo več informacij o dodatnih virih pomoči ter več sodelovanja

z drugimi pristojnimi inštitucijami. Žrtve nasilja v družini o izkušnjah v okviru urgentne medicine glede obravnave posledic nasilja navajajo, da jih je zdravstveno osebje kljub temu, da je njihovo situacijo jemalo resno in jim verjelo o izkušnji, le v manjši meri informiralo o možnih virih pomoči (npr. pravna pomoč in zatočišča), poskrbelo za njihovo trenutno varnost, povprašalo o varnosti otrok in jim pomagalo narediti varnostni načrt. Kljub temu, da so nekatere žrtve prosile za pomoč zaradi ogrožanja varnosti, jim zdravstveno osebje v pretežni meri pri tem ni pomagalo. Nekatere celo poročajo, da jih nihče od zdravstvenega osebja sploh ni vprašal o nasilju v družini, niti nudi kakršnokoli čustveno ali praktično podporo ali pogovor o izkušnji (Leppakoski, Paavilainen in Astedt-Kurki, 2011).

Proučili smo tudi, zakaj žrtve niso iskale pomoči pri zdravstvenem osebju. Kot pogost vzrok so žrtve navedle: bojazen, da zdravstveni delavci ne bi našli sledi nasilja, sram, strah pred izgubo anonimnosti, da so pomoč že poiskale drugje, prepričanje, da ni bilo razloga za oskrbo. Velikokrat je povzročitelj nasilja tudi omejeval dostop do pomoči žrtvam. Raziskave so pokazale, da obstajata najmanj dve podvrsti posameznikov, nasilnih v partnerskih zvezah, ki lahko pri žrtvah izzovejo različne odzive. Dominanten posameznik, ki nadzoruje svojo žrtev, je pri zlorabi preračunljiv. Lahko bi rekli, da je ta vrsta storilca antisocialna (Tsang, Stanford, 2007) in/ali proaktivna (Chase, O'Leary in Heyman, 2001). Ti posamezniki so pogosto vpleteni v kriminalna dejanja. So tudi bolj večji manipulacije čustev svojih partneric tudi v laboratorijskem okolju (Gottman, Jacobson, Rushe, Shortt, Taillade idr., 1995). Ta karizmatičen storilec lahko žrtve pripravi do tega, da mu odpustijo in sočustvujejo z njim. Na ta način lahko povzročitelj nasilja omejuje dostop do pomoči oz. prepriča žrtev, da v manjšem številu prijavi izkušnjo nasilja v družini. Nasilje v partnerski zvezi ima tudi prepoznavne značilnosti, ki so pomembne za odpuščanje in posledično manjšo pogostost prijav nasilja v družini s strani žrtev. Nasilni partnerji pogosto racionalizirajo svoje vedenje (Cavanagh, Dobash, Dobash in Lewis, 2001), odpuščanje pa lahko te racionalizacije še bolj spodbudi. Odpuščanje lahko tudi okrepi nesorazmerno porazdelitev moči v nasilnih partnerskih zvezah, lahko pa ga razumemo tudi kot toleranco do zlorabe (Lamb, 2002). Po mnenju nekaterih avtorjev ima lahko odpuščanje učinek samozdravljenja za preživele nasilja v partnerski zvezi (Taylor, 2004). To lahko pripišemo dinamiki medosebnih odnosov in tudi manjšemu zaupanju v strokovno delo zdravstvenega osebja.

Izsledki naše raziskave so v skladu z nekaterimi predhodnimi raziskavami (McCall-Hosenfeld, Weisman, Perry, Hillemeier in Chuang, 2014; Yeung, Chowdhury, Malpass in Feder, 2012), saj kažejo, da žrtve nasilja vzrok za neprepoznavanje znakov nasilja v družini in posledično neobravnavanje tovrstnih žrtev s strani zdravstvenega osebja vidijo v strahu pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja, občutku lastne nemoči, preobremenjenosti z delom, pomanjkanju izkušenj in znanja za ustrezno pomoč žrtvam nasilja ter pomanjkanju sodelovanja z drugimi pristojnimi inštitucijami.

Preliminarni rezultati predstavljene raziskave so pokazali na slabšo informiranost zdravstvenega osebja o možnih drugih virih pomoči žrtvam nasilja v družini ter slabo sodelovanje z drugimi pristojnimi inštitucijami pri obravnavi nasilja v družini, kot so podobno ugotovile že predhodne raziskave (Leppakoski, Paavilainen in Astedt-Kurki, 2011). Zato bi bilo priporočljivo pripraviti izobraževanja za zdravstveno osebje predvsem na področju nudenja ustreznih informacij o virih pomoči in sodelovanja z drugimi pristojnimi institucijami.

## Omejitve raziskave

V prispevku so prikazani preliminarni rezultati raziskave, ki je še v teku, zato je numerus udeležencev dokaj nizek, kar predstavlja omejitev raziskave. Numerus udeležencev je posledično vplival tudi na to, da odvisne spremenljivke v veliki večini niso bile distribuirane normalno, zato ni bilo mogoče aplicirati multivariatnih metod, s katerimi bi lahko z večjo močjo interpretirali razlike in podobnosti med skupinami sodelujočih.

## Zaključek

Raziskava o izkušnjah in pričakovanjih žrtev nasilja v družini ter njihovih mnenjih glede možnih ovir pri obravnavi v okviru zdravstvene dejavnosti posreduje informacije o izkušnjah žrtev nasilja pri obravnavi. Raziskava je bila motivirana predvsem na podlagi podatkov, da zdravstveno osebje prepozna le eno od 20 žrtev nasilja v družini, ki poišče medicinsko pomoč. Zdravstvene delavce obvezujejo k sodelovanju pri preprečevanju nasilja v družini različni zakonski in podzakonski predpisi, zato je pomembno, da poznamo kakšna pričakovanja in izkušnje imajo žrtve nasilja v družini, ko so oz. bodo imele stik z zdravstvenim osebjem glede svoje izkušnje z nasiljem v družini. Predstavljena raziskava je pokazala, da so žrtve nasilja v času obravnave pogrešale predvsem več informacij o drugih možnih virih pomoči in več sodelovanja zdravstvenih služb z drugimi pristojnimi inštitucijami. Pridobljene informacije nakazujejo tudi smer izobraževanj s pomočjo katerih bi se lahko zdravstveno osebje ustrezno usposobilo in usmerilo k učinkovitejšemu odzivanju na problematiko nasilja v družini. Obstaja malo podatkov o tem, kakšne so izkušnje in pričakovanja žrtev nasilja v družini v Sloveniji pri obravnavi nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. Izsledki raziskave podajajo koristno dopolnjujejo informacije o trenutnem stanju obravnave žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvenega sistema v Sloveniji. Ta bo lahko tudi na osnovi izsledkov naše raziskave nadgradil intervencije glede prepoznavne in obravnave problematike nasilja v družini.

## Zahvala

Raziskava je potekala v sklopu projekta *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti*, ki je sofinanciran v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko. Na tem mestu se zahvaljujemo vsem sodelujočim inštitucijam, ki so nam pomagali pri pridobivanju udeležencev: Centrom za socialno delo, Zavodu Emma, varnim hišam.

## Literatura

- Azam Ali P., Naylor P.B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the biological and psychological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 373–82.
- Chase, K. A., O’Leary, K. D. in Heyman, R. E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 567–572.
- Caralis PV, Musialowski R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal* 1997; 90, 1075-1080.
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D. in MacMillan, H. L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1366-1376.
- Cavanagh, K., Dobash, R. E., Dobash, R. P. in Lewis, R. (2001). »Remedial work«: Men’s strategic responses to their violence against intimate female partners. *Sociology*, 35, 695–714.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M.R. in McKeown, R. E. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Arch Fam Med*, 9, 451-457.
- Crowell, N. A. in Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington: American Psychological Association.
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A. R. (2006). Women Exposed To Intimate Partner Violence. Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Internal Medicine*, 166(1), 22-37.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J., La Taillade, J. J., idr. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotional aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227–248
- Hegarty, K. L. in Taft, A. J. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 433–737.
- Kramer, A. (2003). Opportunities for Health Care Systems To Address Intimate Partner Violence in Wisconsin. *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*, 22, 18-19.
- Kopčavar Guček, N. (2015). *Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulantni zdravniški družinski medicine* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi A. B. in Lozano R. (2002). *World report on violence and health-summary*. Geneva: World Health Organisation.
- Lamb, S. (2002). Women, abuse, and forgiveness: A special case. V J. G. Murphy in S. Lamb (ur.), *Before forgiving: Cautionary views of forgiveness in psychotherapy* (str. 155–171). London: Oxford University Press.

Larsen, M. M., Krohn, J., Puschel, K. in Seifert, D. (2014). Experiences of Health and Health Care Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Qualitative Findings From Germany. *Health Care for Women International*, 35, 359-379.

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

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

McCall-Hosenfeld, J. S., Weisman, C. S., Perry, A. N. In Hillemeier, M. M in Chuang, C. H. (2014). »I Just Keep My Antennae Out«: How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(14), 2670-2694.

Nicolaidis, C. (2003). The Voices of Survivors Documentary. Using Patient Narrative to Educate Physicians about Domestic Violence. *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*, 22, 5-7.

Pico-Alfonso, M. A., Gardia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, 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*, 15(5), 599-611.

Prosman, G. J., Lo Fo Wong, S. H in Lagro-Janssen, A. L. M. (2014). Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 3-11.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L in Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117773/> (3.6.2015)

Reisenhofer, S. in Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2253-2263.

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

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

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

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

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

Taliaferro, E. (2003). Addressing the Health Consequences of Domestic Violence. The Pandora Effect. *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*, 22(2), 1-4.

Taylor, J. Y. (2004). From surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 18, 35–48.

Tsang, J., Stanford M. S. (2007). Forgiveness for intimate partner violence: The influence of victim and offender variables. *Personality and Individual Differences* 42, 653–664.

Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A. in Feder, G. S. (2012). Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *International Journal of Family Medicine*, 1-7.

WHA49.25. (1996). Prevention of violence: a public health priority. Geneva: Forty-Ninth World Health Assembly, 20-25 May.

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf) (3.6.2015)

Uradni list RS, št. 16/08: Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). <http://www.uradni-list.si/1/content?id=84974> (2.6.2015)

Zeitler, M.S., Paine, A. D., Breitbart, V., Rickert, Olson, V. I., Stevens, idr. (2006). Attitudes About Intimate Partner Violence Screening Among an Ethnically Diverse Sample of Young Women. *Journal of Adolescent Health* 39.

Zver Makovec, M. (2014). *Socialne zaznave, reprezentacije in evalvacije zvrsti in dinamike nasilja v mikro- in makrosocialnih odnosih* : doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta