

NASILJE V DRUŽINI IN ZDRAVSTVENA DEJAVNOST: KVANTITATIVNA IN KVALITATIVNA RAZISKAVA – KONČNO POROČILO POND_SiZdrav

Avtorice: Sanja Cukut Krilić, Karmen Urška Modic, Urška Smrke, Jana Šimenc, Melita Zver
Makovec, Lilijana Šprah, Duška Knežević Hočevar, Mojca Vah Jevšnik
Urednica: Sanja Cukut Krilić

Ljubljana, ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015

KAZALO

UVOD	3
NASILJE V DRUŽINI IN ZDRAVSTVO – IZKUŠNJE IN PRIČAKOVANJA ŽRTEV	5
DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI	19
STALIŠČA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV O NASILJU V DRUŽINI	29
RAZISKAVA O PREPOZNAVNI IN OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU	32
VPRAŠALNIK ZA ŽRTVE NASILJA V DRUŽINI	32
VPRAŠALNIK ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE	53
PRIPOROČILA ZA IZOBRAŽEVANJE – IZSLEDKI KVALITATIVNE RAZISKAVE	84
ZAKLJUČEK	102

UVOD

Sanja Cukut Krilić

Ker ima nasilje v družini številne kratkoročne in tudi dolgoročne posledice tako na ravni posameznika/posameznice kot tudi na ravni celotne družbe, ni naključje, da narašča potreba po ustrežnejši obravnavi in prepoznavi tega pojava. Nasilje v družini je namreč kompleksen pojav, ki zahteva občutljiv pristop zdravstvenih, kot tudi drugih strokovnih delavcev, ki delujejo na področju njegove prepoznave in obravnave.

Področje nasilja v družini se je v Sloveniji pričelo sistemsko urejati zlasti s sprejemom *Zakona o preprečevanju nasilja v družini* leta 2008, ki centrom za socialno delo, policiji in zdravstvenemu sektorju nalaga ustrezno obravnavo žrtev nasilja in 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 in ukrepe za zaščito žrtve, ji nuditi ustrezno pomoč ter zagotoviti 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 obravnava postopke prepoznavanja nasilja v družini v okviru zdravstva, pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja in določa postopke izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju nasilja v družini.

Kljub temu se pomanjkanje sistemskih in zavezujočih ravnanj na področju prepoznave in obravnave nasilja v družini še vedno odraža v nezadostnem prijavljanju nasilja s strani zdravstvenih delavcev in v pomanjkljivem medsektorskem sodelovanju. 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 in prepoznavanju žrtev (Strokovne smernice ..., 2015). Posledično je eden od glavnih ciljev projekta *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav)*¹ izboljšati kompetence

¹ Odgovorni nosilec projekta POND Si_Zdrav je ZRC SAZU, partnerji so Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Ølavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014. Koordinator programa je Služba Vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko. Trajanje projekta: 12. 2. 2015 do 30. 4. 2016.

zdravstvenih delavcev na področju prepoznavne in obravnave nasilja v družini, da bi posledično omogočili učinkovitejšo obravnavo žrtev nasilja.

Prvi del poročila vsebuje kratek pregled domačih in tujih raziskav, ki so obravnavale tematiko nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti. V skladu z zasnovo raziskave smo se osredinili zlasti na raziskave, ki so obravnavale izkušnje in pričakovanja žrtev nasilja v družini glede njihove zdravstvene obravnave, na pregled raziskav o stališčih zdravstvenih delavcev o nasilju v družini in na opis dinamike nasilja v družini. Pregled stanja po posameznih področjih prepoznavne in obravnave nasilja v družini (nevladne organizacije, centri za socialno delo, policija, posamezne medicinske specializacije) je vsebovan v ločenih poročilih analize stanja, ki niso del tega poročila.

Pričujoče poročilo vsebuje izsledke tako kvantitativne kot tudi kvalitativne raziskave. S kvantitativno raziskavo smo z dvema vprašalnikoma preverjali potrebe, pričakovanja in izkušnje žrtev nasilja v družini pri njihovi zdravstveni obravnavi ter pričakovanja in izkušnje zdravstvenih delavcev glede prepoznavne in obravnave nasilja v družini. Kvalitativna raziskava temelji na tridesetih polstrukturiranih pogovorih s strokovnimi delavci na področju prepoznavne in obravnave nasilja v družini v okviru centrov za socialno delo, varnih hiš, nevladnih organizacij in azilnega doma. Pogovarjali smo se tudi z zdravstvenim osebjem (zdravniki različnih specializacij) in medicinskimi (patronažnimi) sestrami. V okviru pogovorov je bila posebna pozornost namenjena tudi prebivalstvenim skupinam, ki so zaradi svojega položaja še posebej ranljive: starejši, kmečko prebivalstvo, migranti, Romi in brezposelni. Tematiko prepoznavne in obravnave nasilja v družini med temi skupinami obravnava posebno poročilo.² V pričujočem poročilu se omejujemo na dele pogovorov, ki so obravnavali prepoznavo in obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstvene obravnave.

V zaključku poročila na osnovi ugotovitev tako pregleda raziskav o obravnavani tematiki kot tudi kvantitativne in kvalitativne raziskave podamo nekaj priporočil za bolj ustrezno prepoznavo in obravnavo nasilja v družini v okviru zdravstvenega sektorja, ki služijo predvsem kot izhodišče za oblikovanje izobraževalnih vsebin za zdravstvene delavce.

² Vah Jevšnik M, Cukut Krilić S, Knežević Hočevar D, Šimenc J. Nasilje v družini in ranljive skupine – končno poročilo POND_SiZdrav. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, 2015.

NASILJE V DRUŽINI IN ZDRAVSTVO – IZKUŠNJE IN PRIČAKOVANJA ŽRTEV

Karmen Urška Modic

Doživljanje nasilja v družini ima negativen vpliv na splošno telesno in duševno zdravstveno stanje ter povzroča pogostejše vstopanje v zdravstveni sistem in znatno večjo uporabo zdravstvenih storitev (Coker, Smith, Bethea, King, in McKeown, 2000; Pico-Alfonso, Gardia-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburua in Martinez, 2006). Temu dejstvu pritrjujejo tudi rezultati nekaterih raziskav, ki so bile opravljene v Sloveniji. Poročilo o nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih v Sloveniji navaja, da ima nasilje v družini posledice za telesno, še pogosteje pa nevidne posledice za duševno zdravje žensk.³ Ženske, ki doživljajo nasilje, so manj zdrave od žensk v splošni populaciji. 44,6 % žrtev nasilja v omenjeni raziskavi je svoje zdravje označilo kot slabo in zelo slabo, v primerjavi s 6,9 % iz splošne populacije. Večkrat doživljajo stres, tesnobo, prebavne motnje, izgubo teka, želodčne težave, glavobol, imajo stalno bolečino v predelu telesa, čutijo utrujenost, vrtoglavico, tresenje rok, motnje spanja, slabo koncentracijo, nespečnost, strah, depresivnost in pogosteje in resneje mislijo na samomor. Raziskava je pokazala, da ženske težave na psihičnem področju zaradi izpostavljenosti stresu, strahu, grožnjam, poniževanju in fizičnemu nasilju somatizirajo in le-te se pozneje kažejo v različnih oblikah fizičnih obolenj, glavobolov, povišanega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja in podobno. Kazalci slabega zdravja so se pokazali v pogostejšem jemanju zdravil za lajšanje psihičnih težav, močna korelacija pa se je pokazala tudi med doživljanjem nasilja in pogostostjo uživanja alkohola (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010). Raziskava je pokazala tudi, da je med anketiranimi ženskami največ tistih, ki so iskale pomoč, obvestilo policijo (36,2 %), sledijo CSD (31,3 %), zdravstveni dom in odvetnik. Odstotek zadovoljstva s temi institucijami je visok. S policijo je zadovoljnih 42,6 %, z zdravstvenim domom 62,1 %, s CSD 51 % in z odvetnikom 50 %. Vendar je malo manj kot petina žensk označila posredovanje policije tudi kot zelo neustrezno, 8,1 % je kot zelo neustrezen označila odziv zdravstvenega doma. Redkeje se odločajo za pomoč pri nevladnih organizacijah, kjer je iskalo pomoč 15,3 % anketirank (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010). Največ žensk ni nikogar obvestilo o nasilju, ker so problem uredile same (35,4 %). 31,9 % jih je bilo sram povedati, kaj se jim dogaja. Ostali razlogi za neporočanje so bili: menile so, da se

³ Ključna ugotovitev raziskave je bila, 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 traja celo življenje. Povzročitelji nasilja so bili v 90,8 % moški (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010).

bo povzročitelj spremenil; prepričanje, da gre za družinsko zadevo; niso verjele, da se bo nasilje ponovilo; nekatere so menile, da jim službe ne morejo pomagati; nekatere niso vedele, kam naj pokličejo; strah, da bo povzročitelj nasilja to izvedel. Nekatere ženske so se bale, da jih bodo krivili za nasilje, ali pa jim bodo odvzeli otroke, češ da so slabe mame (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010).

Od tistih, ki so poročale o nasilju, jih je četrtnina obiskala zdravnika ali šla v bolnišnico zaradi poškodb, ki so nastale zaradi nasilja. Med vsemi anketiranimi je bilo takih 6,6 % žensk. Od tistih, ki gredo k zdravniku, jih le malo več kot polovica pove, kako so poškodbe nastale. Večina jih o vzrokih nastanka poškodb spregovori šele po več obiskih (Leskošek, Urek in Zaviršek, 2010).

Leskoškova (2013) v svoji raziskavi o zdravju žensk, ki doživljajo nasilje, sklene, da ima nasilje močen učinek in dolgotrajen vpliv na zdravje. Poškodbe v nekaterih primerih vodijo v trajno invalidnost. Psihične in duševne težave se pojavljajo kot depresija, nočne more, strah, sram, jeza, občutek ogroženosti in nezaupanje. Težave spremlja nezaupanje v strokovno pomoč, kar negativno vpliva na njihovo zdravje. Na podlagi ugotovitev Leskoškova (2013) zaključuje, da bi morale zdravstvene politike vključevati vednost o vzrokih, dinamiki in o posledicah nasilja, da bi opolnomočili ženske pri razkrivanju nasilja.

Bolj specifično so se z nasiljem v družini v okviru zdravstvene obravnave ukvarjali zlasti v okviru Delovne skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi je izvedla pilotni projekt, ki vključuje raziskavo o zaznavanju nasilja v družini ginekoloških pacientk v UKC Ljubljana in Splošni bolnišnici Jesenice. Pridobljeni rezultati med drugim kažejo na dejstvo, da jih 40 % zaznava nasilje v ožji družini, 19,4 % pa ima lastno izkušnjo z nasiljem, kar potrjuje oceno slovenskih nevladnih organizacij iz leta 1999, da je vsaka peta ženska žrtev nasilja v partnerskih, sorodstvenih ali družinskih odnosih, in je v skladu z novejšimi podatki EU, da je vsaka četrta ali celo tretja ženska žrtev nasilja v družini in partnerskih odnosih (Cvetežar, Lešnik - Mugnaioni in Ažman, 2009).

Cvetežarjeva idr. (2009) poroča, da jih je raziskava naučila, da so pacientke pripravljene spregovoriti o svojih izkušnjah z nasiljem. Ob ustreznem vzdušju, empatiji, zavzetosti in poznavanju osnov svetovalnega zaupnega pogovora na strani zdravstvenih delavcev bi morda

žrtve nasilja lahko spregovorile o svojih bolečih izkušnjah, strahu in ogroženosti tudi na številnih rednih zdravniških pregledih. Včasih je povsem dovolj, da se jih o morebitnih izkušnjah z nasiljem zgolj povpraša.

Avtorji pilotne študije o nasilju v družini, izvedene na Katedri za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki je ugotavljala razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov, zaključujejo, da obstaja velika verjetnost, da bolnika, ki je žrtev telesnega ali duševnega nasilja, kot osebo z izkušnjo nasilja prepozna tudi zdravnik družinske medicine. Vendar so ugotovili tudi, da 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) je v svoji doktorski disertaciji o pogostosti zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulantni zdravniku družinske medicine preverjala povezavo med kratkim izobraževanjem o nasilju v partnerskih odnosih za specializante družinske medicine in njihovo kompetentnostjo za odkrivanje žrtev nasilja v partnerskih odnosih. Preverjanje ni potrdilo, da izobraževanje v obliki, v kateri je bilo izvedeno in zastavljeno, ustrezno opremilo specializante, da bi med bolniki učinkoviteje odkrivali žrtve nasilja v partnerskih odnosih. Razlog naj bi bil v pomanjkanju interaktivne učne metode (v obliki delavnice) za razvijanje veščin v medosebnih odnosih. Avtorica predvideva, da bi zdravstveno osebje pogosteje spraševalo o nasilju v partnerskih odnosih, če bi bila to zakonska obveza. V Sloveniji je obvezna prijava nasilja, ne pa tudi dejavno poizvedovanje o njem. Kopčavar Gučkova (2015) navaja tudi, da so zdravniki zadržani do presejanja kot dodatne obremenitve. Zavedajo se, da ne gre za običajno temo in bi tovrstni pogovor terjal dodaten čas. Izsledki kvalitativne raziskave jasno kažejo na veliko obremenitev družinskih zdravnikov pri njihovem vsakdanjem delu. V odgovorih so izpostavljali hiter tempo obravnav in pomanjkanje časa za obravnavo bolnikov ob hkratni veliki odgovornosti zanje. Za morebitno presejanje bi si želeli jasno definicijo nasilja (npr. duševno nasilje je pogostejše od telesnega in ima hude posledice, a je njegova opredelitev v različnih okoljih in kulturah problematična).⁴

⁴ Pomisleki glede presejanja kot učinkovitega in zanesljivega instrumenta za odkrivanje nasilja v družini se skladajo z ugotovitvami nekaterih tujih raziskav, da učinki sistematičnega presejanja niso podprti z dokazi. Nedavno objavljena metaanaliza več raziskav je pokazala, da s presejanjem sicer odkrijejo več žrtev nasilja, a je ta delež v primerjavi s pogostostjo nasilja še vedno majhen (O'Doherty, Taft, Hegarty, Ramsay, Davidson, in Feder, 2014, po Kopčavar Guček, 2015). Mnenje drugih raziskovalcev je, da je presejanje upravičeno, saj z njim odkrivamo dejavnik tveganja, odgovoren za celo vrsto duševnih in telesnih težav (Zink, Regan, Goldenbar, Pabst in Rinto, 2004, po Kopčavar Guček, 2015). Klinične smernice Svetovne zdravstvene organizacije ne priporočajo presejanja, zlasti ne v okoljih z nizkimi ali srednjimi dohodki (WHO, 2013). Presejanje za nasilje je opredeljeno kot zastavljanje standardiziranega vprašanja o nasilju vsem posameznikom/posameznicam brez simptomov v

Kopčavar Gučkova (2015) navaja, da je lahko pomanjkljivo znanje o nasilju v družini razlog za slabše prepoznavanje žrtev nasilja. Prav tako zdravniki izjemno varujejo svoj zaupni odnos z bolnikom in se bojijo, da bi z vprašanji o nasilju povzročili škodo njunemu odnosu. Obstaja torej mnogo dilem in ovir za presejanje. Poleg znanja in spretnosti za presejanje je potrebna tudi usposobljenost za profesionalno odzivanje v primeru razkritja nasilja. Čeprav intervjuvanci niso bili naklonjeni presejanju, je bilo omenjeno presejanje samo za najhujše oblike telesnega nasilja, kar pa zanemarija dejstvo, da bi s tem spregledali žrtve duševnega nasilja, ki je pogostejše od fizičnega.

V nadaljevanju bomo predstavili rezultate pretežno kvalitativnih raziskav (nekatere kombinirajo kvantitativno metodologijo), ki so bile opravljene tudi v drugih državah. Metaanalizi 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 zelo pomemben. Zaključki raziskav kažejo, da je zaznavanje primernega oz. neprimernega odzivanja zdravstvenega osebja na problematiko nasilja v družini odvisno od konteksta posvetovanja, torej od pripravljenosti žrtev, da poročajo o problematiki, in od narave odnosa med žrtvijo in zdravstvenim osebjem. Priporočila, oblikovana na podlagi izkušenj žensk z odzivanjem zdravstvenega osebja, se nanašajo na različno časovno perspektivo uporabnic, ki se nanaša na obdobje pred pogovorom o nasilju, ob samem poročanju žrtve 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 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, da bi jih zdravstveno osebje večkrat povprašalo glede nasilja v njihovi družini, ker jim to omogoča, da se razkrijejo kasneje, ko začutijo varnost in zaupanje v odnosu. Prav tako pričakujejo, da bo zdravstveno osebje pazilo na način pogovora, če bodo prisotni tudi otroci. Žrtve 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. Izpostavile so, da bi zdravstveno osebje moralo biti obveščeno o dodatnih virih pomoči in dostopnih uslugah, ki so žrtvam na razpolago, in jih tja tudi napotiti. Želijo si, da bi zdravstveno osebje sodelovalo z drugimi

postopku, ki se v različnih okoljih čim manj razlikuje (Kimberg, 2001). Raziskave kažejo, da so žrtve nasilja v družini pripravljene razkriti svojo izkušnjo nasilja svojemu zdravniku, če jih ta o tem povpraša. Žrtve pa so hkrati redko pripravljene pričeti pogovor o tej temi (Hegarty in Taft, 2001).

pristojnimi institucijami, ki se ukvarjajo s problematiko nasilja v družini (Feder, Hutson, Ramsay in Taket, 2006; Robinson, Spilsbury, 2008).

Žrtve si 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. Žrtve poročajo, da višji socialno-ekonomski status ne sme biti ovira, da bi zdravstveno osebje pomislilo na nasilje v takšnem okolju. 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. Poudarjajo, da bi moralo zdravstveno osebje razumeti, da se nasilje v družini dotika vseh članov družine in pušča posledice na celotnem družinskem sistemu. Izpostavljajo, da gre za kronificiran problem in ga je treba kot takega tudi obravnavati. Od zdravstvenega osebja ne pričakujejo, da bo rešilo njihove težave ob enkratnem obisku. Žrtve imajo vpogled v to, kako bi jim zdravstveno osebje lahko pomagalo ob različnih trenutkih konteksta nasilja v družini. Zavedajo se, da so bili trenutki, ko se niti same niso prepoznale kot žrtve nasilja v družini, kar pripisujejo stereotipnemu načinu razmišljanja. Na podlagi tega predlagajo, da bi moralo zdravstveno osebje povpraševati o točno določenih sestavinah nasilja in ne le pri tistih pacientih, ki se sami razkrijejo. Vse svoje paciente bi morali informirati o nasilju v družini, kajti le-ti so lahko v različnih »fazah« izkušnje nasilja v svoji družini. Žrtve pričakujejo, da bi zdravstveno osebje govorilo z njimi na samem, sočutno, z zanimanjem in odprto spregovorilo o svojih kliničnih opažanjih. Žrtve včasih poročajo, da so se prepoznale kot žrtve, vendar so kljub temu sklenile ostati v odnosu. Menijo, da bi moralo zdravstveno osebje opustiti pričakovanje, da bodo takoj zapustile povzročitelja, a jim jasno sporočiti, da si ne zaslužijo zlorabe. Mnogo žrtev, ki so zaradi izkušnje nasilja v družini obiskalo zdravstveno osebje zaradi akutnih fizičnih poškodb, poroča o čustveni travmi, ki so jo tam doživele (Nicolaidis, 2003).

Žrtve nasilja v družini o izkušnjah v okviru urgentne medicine glede obravnave posledic nasilja v večini raziskav navajajo, da jih je zdravstveno osebje kljub temu, da je njihovo situacijo jemalo resno in jim verjelo o izkušnji, le v manjši meri poučilo 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 kakršne koli čustvene ali praktične podpore ali pogovora o izkušnji (Leppakoski, Paavilainen in Astedt-Kurki, 2011).

Splošna prisotnost zdravstvenih storitev nudi vsem udeležencem izjemno dostopnost, kar tudi destigmatizira iskalce pomoči. Osebe, ki so žrtve nasilja v družini, se morda nikoli niso obrnile na policijo, krizni center ali kakšno društvo za pomoč, zagotovo pa kdaj obišejo zdravstveno osebje 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).

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).

V raziskavi, v kateri so ugotavljali nasilje v družini med nosečnicami z Vprašalnikom za preseganje nasilja v družini (McFarlane, 1993, po Stenson, Saarinen, Heimer in Sidenvall, 2001), so ob zadnjem testiranju ženske prosili, naj opišejo, kako so se počutile, ko so jih babice med ambulantnim pregledom spraševale o nasilju v družini. Primerjali so stališča žensk do spraševanja o nasilju v družini, tako tistih, ki so poročale o nasilju, kot tistih, ki niso. 80 % (od 879 žensk) vprašanih se je zdelo preseganje sprejemljivo, 12 % niti sprejemljivo niti nesprejemljivo, 5 % tako sprejemljivo kot nesprejemljivo in le 3 % se je zdelo nesprejemljivo.

Raziskave kažejo, da žrtve v času nasilja v družini potrebujejo praktično pomoč, česar pa zdravstveni sistem ne nudi. Prav tako se žrtve pogosto ne zavedajo negativnih posledic nasilja na njihovo in otrokovo fizično in psihološko blagostanje. Ovire pri iskanju pomoči glede nasilja predstavljajo tudi pretekle negativne izkušnje z zdravstvenim osebjem ter strah pred povzročiteljem (Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014). Nekatere žrtve se bojijo 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. Zdravstveno osebje ni prepričano v učinkovitost svoje pomoči, saj mu primanjkuje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč. 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 državah, kjer obstaja zakonska zahteva po prijavi poškodb, ki so nastale zaradi nasilja v družini, policiji, je to naletelo na neodobravanje zdravstvenega osebja. To lahko pomaga nekaterim žrtvam, ne zagotovi pa jim zadovoljive varnosti, kar postavlja pod vprašaj učinkovitost takšne zakonodaje. Nekateri predlagajo, kot boljšo alternativo zakonodaji, presejalno ugotavljanje (angl. *routine screening*) nasilja v družini, ker opolnomoči žrtve in jim dopusti nadzor nad svojim življenjem ter jim hkrati ponudi informacije in podporo. Zdravniki poročajo, da mnogo pacientov ne želi, da bi poškodbe prijavili policiji, zaradi strahu pred maščevanjem povzročitelja. Zdravniki so se z bali za pacientovo varnost tudi po prijavi policiji. Policija je nato opravila razgovor s povzročiteljem proti volji pacienta, ga aretirala in potem morda izpustila, kar je povečalo možnost nasilja iz maščevanja. Bolj pogosto prijavljajo poškodbe zaradi nasilja v družini dežurni zdravniki kot pa družinski zdravniki, ker ne poznajo niti žrtve niti povzročitelja. Družinski zdravniki vidijo manj kritičnih poškodb in morda poznajo povzročitelja, ki je tudi njihov pacient, ter se bojijo maščevanja. Zdravniki se bojijo ogroziti pacientovo zaupanje in ne želijo kršiti pacientovih pravic. Hkrati se zavedajo, da tudi neporočanje ne obvaruje žrtev pred nasiljem v družini (Batchelor, 2003).

Raziskave kažejo, da si žrtve želijo, da bi bilo zdravstveno osebje poučeno in da bi imelo znanje o nasilju v družini. To vključuje poznavanje različnih vrst/oblik nasilja, poznavanje in prepoznavanje simptomov/znakov različnih vrst/oblik nasilja, poznavanje zakonodaje, ki se nanaša na nasilje v družini, poznavanje sistema pomoči in postopkov obravnave (CSD, policija, tožilstvo idr.) ter poučenost o varnih hišah in zatočiščih (Caralis in Musialowski,

1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Žrtve si glede vsebinskega dela obravnave želijo, da bi jim osebje verjelo, jim dalo odločno sporočilo, da se nihče nima pravice vesti nasilno, jim izražalo podporo ob razkrivanju nasilja v njihovi družini, jih neposredno spraševalo o nasilju v družini, jim omogočilo poročati o svoji izkušnji nasilja v pisni obliki, jim dalo občutek, da se stvari lahko spremenijo, jih podrobno spraševalo o dogajanju, ki je povezano z nasiljem v njihovi družini in jih povprašalo o vidnih znakih nasilja (npr. modrice). Žrtve si želijo, da zdravstveno osebje spoštuje njihovo zasebnost in upošteva navade in običaje v njihovi kulturi ter njihov socialno-ekonomski status (na primer brezposelnost). V primeru, da o nasilju ne bi spregovorile takoj, si želijo, da bi jih zdravstveno osebje večkrat povprašalo o tem, tudi ob naslednjih obiskih. Žrtve izražajo željo, da bi bilo zdravstveno osebje pozorno na njihove posredne namige o nasilju doma in da bi pazilo na način pogovora o nasilju ob prisotnosti otrok (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Žrtve si glede odnosa med obravnavo želijo, da jim zdravstveno osebje izraža podporo, spoštuje njihovo avtonomijo in je pripravljeno aktivno poslušati. Želijo si zaupnega pogovora. Zdravstveno osebje naj bi bilo sočutno, izražalo skrb in bilo neobsojajoče. Želijo posluh za svojo situacijo in ne posploševanja. Želijo biti spoštovane kot osebe in slišati zagotovilo, da nasilje v njihovi družini ni njihova krivda. Želijo se razkrivati v svojem tempu, da je zdravstveno osebje do njih empatično in jih ne pomiluje. Zdravstveno osebje bi si moralo vzeti dovolj časa pri spraševanju in žrtvi pokazati, da mu ni vseeno za njeno situacijo. Žrtvam se zdijo pomembne tudi neverbalne spodbude pri pogovoru, na primer, da bi zdravstveno osebje z mimiko obraza izkazalo resnično zanimanje. Žrtve pričakujejo, da bo zdravstveno osebje spoštovalo njihovo avtonomijo in jih ne bo sililo v ukrepanje, če same tega ne želijo. Žrtve si ne želijo, da bi jim zdravstveno osebje prigovarjalo, da naj zapustijo partnerja ali ga prijavijo, ampak da bi upoštevalo različne vidike in kompleksnost situacije, v kateri so se znašle. Žrtve pričakujejo, da se zdravstveno osebje zaveda, da ima njegov odnos in odziv ob tej problematiki na žrtve velik vpliv. Nekaterim žrtvam je pomemben tudi spol zdravstvenega delavca, drugim to ni pomembno. Enako velja za starost (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Žrtve menijo, da bi zdravstveno osebje moralo imeti dobro znanje o postopkih in možnostih pomoči in da bi jim priskrbelo dovolj informacij o možnih virih pomoči, na primer v obliki

zloženik, brošur. Pričakovanja žrtev so poučenost zdravstvenega osebja o zakonodaji, povezani z nasiljem v družini, poučenost o varnih hišah in zatočiščih ter poučenost o drugih socialnih virih, ki so na voljo (na primer centri za socialno delo). Žrtve si želijo, da bi jim zdravstveno osebje razložilo, kako nasilje vpliva na njihovo zdravje, in se z žrtvijo posvetovalo o nadaljnjih ukrepih. Žrtve si želijo, da bi zdravstveno osebje pri svetovanju upoštevalo njihov socialno-ekonomski status, kot je na primer brezposelnost ali stanovanjski problem, s katerim se srečujejo (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Žrtve pričakujejo, da bo zdravstveno osebje ukrepalo in se povežalo z drugimi institucijami, ko bo to potrebno, tudi večkrat, če bodo okoliščine to zahtevale. Zdravstveno osebje bi jim moralo nuditi fizično oskrbo, kot je oskrba poškodb, ki so nastale ob nasilju v družini. Pomembna jim je tudi psihološka opora in podpora zdravstvenega osebja. Želijo si tudi pomoč pri oblikovanju varnostnega načrta, pri iskanju varne hiše ali zatočišča in v nekaterih primerih predlagajo pogovor s povzročiteljem nasilja v družini. Žrtve pričakujejo, da zdravstveno osebje presodi in priskrbi potrebno napotnico za ustreznega specialista (npr. kliničnega psihologa, psihiatra) ter napiše poročilo o nasilju, ki bo lahko pomagalo pri kaznovanju povzročitelja. Nekatere žrtve si želijo, da bi jim zdravstveno osebje priskočilo na pomoč pri prijavi nasilja policiji in sodelovalo pri obravnavi (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Izkušnje žrtev ob razkritju ali poskušanju razkritja nasilja v njihovi družini zdravstvenemu osebju so raznolike. Nekatere so občutile olajšanje in se počutile opogumljene, dobile so občutek, da niso same. Druge žrtve poročajo, da so se počutile zavrnjene s strani zdravstvenega osebja, ko so skušale razkriti svojo izkušnjo nasilja v družini. Kljub jasnim znakom jih zdravstveno osebje ni vprašalo o nasilju v njihovi družini ali pa so imele občutek, da jih niso jemali resno, ko so o njem poročale (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Žrtve so izpostavile razloge za odlašanje ali odsotnost razkrivanja zdravstvenemu osebju. Pred zdravstvenim osebjem jih je bilo sram in strah razkriti svojo izkušnjo nasilja v družini. Oviro pri razkrivanju o nasilju v njihovi družini je predstavljal tudi strah pred povzročiteljem nasilja in njegovim vplivom na institucije ter strah pred posledicami za njihove otroke. Veliko žrtev nasilja v družini je izpostavilo tudi strah pred obsojanjem s strani družbe in samoobtoževanje oz. iskanje krivde pri sebi. Žrtve so odlašale z razkritjem nasilja v svoji družini tudi zaradi upanja, da se bo povzročitelj spremenil, in prepričanja, da nasilja ne bo

ponovil. Med žrtvami je razširjeno prepričanje, da je kontekst nasilja v družini zasebna oz. družinska zadeva, da gre za njihov problem, ki ga ne morejo izpostavljati zdravstvenemu osebju, kajti zdravstveno osebje jim pri tem ne more pomagati. Nekatere žrtve navdaja občutek, da je zdravstveno osebje nezainteresirano za socialno problematiko, ki je povezana z nasiljem v družini, in da s tem ne želi imeti opravka. Pomanjkanje diskretnosti v zdravstvenih ustanovah ovira žrtve pri razkrivanju. Predhodne slabe izkušnje pri poskusih pogovora z zdravstvenim osebjem o svoji izkušnji nasilja v družini ter slabe izkušnje pri predhodnih poskusih pogovora z drugimi uradnimi osebami predstavljajo zadržke pred pogovorom o lastni izkušnji nasilja (Caralis in Musialowski, 1997; Plichta, 2007; Prosman, Lo Fo Wong in Lagro-Janssen, 2014; Usta, Antoun, Ambuel in Khawaja, 2012).

Literatura

- Batchelor, S. (2003). Health and Environment: Better Treatment Sought for Domestic Violence Epidemic. *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*, 22, 16-17.
- Brown, J. B., Lent, B., Sas, G. (1993). Identifying and treating wife abuse. *J Fam Pract*, 36 (2), 185–91.
- Caralis, P.V., Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 90, 1075-1080.
- Catalo, 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.
- Colarossi, L., Breitbart, V. in Betancourt, G. (2010). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence: A Mixed-Methods Study of Providers In Family Planning Clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 236-243.
- 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.
- Cvetežar, I. Š., Lešnik-Mugnaioni, D. in Ažman, M. (2009). Odnos do nasilja nad ženskami v ginekoloških ambulantah. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. <http://zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/dejavnosti/dejavnost-v-letu-2009> (7. 7. 2015)

- 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.
- 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.
- Gilroy, H., McFarlane, J., Nava, A. in Maddoux, J. (2013). Preferred Communication Methods of Abused Women. *Public Health Nursing*, 30(5), 402-408.
- 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.
- Hegarty, K. in O'Doherty, L. (2011). Intimate partner violence. Identification and response in general practice. *Australina Family Physician*, 40(11), 852-856.
- Kimberg L. Adressing intimate partner violence in primary care practice. *Medscape General Medicine* 3 (1), 2001. Pridobljeno 15. 5. 2015 s spletne strani: http://www.medscape.com/viewarticle/408937_2.
- Kopčavar Guček, N. (2015). *Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulanti zdravnika družinske medicine* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Kramer, A. (2003). Opportunities for Health Care Systems To Address Intimate Partner Violence in Wisconsin. *Wisconsin Coalition Against Domestic Violence*, 22, 18-19.
- 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.
- Mork, T., Andersen, P. T. in Taket, A. (2014). Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Women's Health* <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/74> (2.6.2015)

- 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.
- O'Doherty, L., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L. in Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g2913>
- Pajak, C. R., Ahmad, F., Jenney, A., Fisher, P. in Chan, L. M. Y. (2014). Survivor's Costs of Saying No: Exploring the Experience of Accessing Services for Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(14), 2571-2591.
- 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.
- Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. *Trauma, violence, abuse*, 8, 226-239.
- 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.
- Sedmak, M., Kralj, A., Medarič, Z. in Simčič, B. (2006). *Nasilje v družini – pregled dobrih praks in priporočila*. 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.

Spangaro, J. M., Zwi, A. B., Poulos, R. G. in Man, W. Y. N. (2010). Who tells and what happens: disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, 18(6), 671-680.

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., in Sidenvall B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17(1), 2-10.

Šprah, L., Černič-Istenič, M. in Knežević-Hočevar, D. (2005). *Hetero- in avtoagresivnost v družini*. Ljubljana: ZRC SAZU, DMI.

Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. in Feder, G. (2013). *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review)*. The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.

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

Usta, J., Antoun, J., Ambuel, B., in Khawaja, M. (2012). Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Annals of Family Medicine*, 10, 213-221.

Vanderburg, S., Wright, L., Boston, S. in Zimmerman, G. (2010). Maternal Child Home Visiting Program Improves Nursing Practice for Screening of Woman Abuse. *Public Health Nursing*, 27(4), 347-352.

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 (3.6.2015)

World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO.

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)

DINAMIKA NASILJA V DRUŽINI

Melita Zver Makovec

Značilnosti in dejavniki nasilja

Kljub temu, da dom velja za varno zavetje, je prav dom najpogosteje prostor, kjer prihaja do nasilnih dejanj med člani družine (Roy, 1977), natančneje kuhinja in dnevna soba, saj člani družine v teh prostorih prebijejo največ časa skupaj. Do trenj najpogosteje pride v popoldanskem času ali zvečer, saj se takrat člani družine vračajo iz služb ali šol, nevarnost izbruha nasilja pa je znatno večja, če so se člani tekom dneva znašli v stresnih okoliščinah (Dompierre in Lavoie, 1994). Najpogosteje pride do izbruha nasilja takrat, ko družinski člani prebijejo več časa skupaj. Če je med partnerjema napetost, vezana na intimnost in spolnost, pride do trenj najpogosteje v spalnici. Zaradi strahu pred družbeno stigmatizacijo tako povzročitelja kot tudi žrtve pride do nasilnih dejanj najpogosteje takrat, ko ni prisotnih oseb, ki so zunaj družinskega kroga (Gelles, 1977; Frude, 1991).

Zaradi izredne raznolikosti in kompleksnosti dejavnikov, ki vplivajo na nasilno dejanje, teh ni mogoče natančno opredeliti. Ni torej mogoče z gotovostjo navesti, kakšne so tipične značilnosti povzročiteljev ali žrtev nasilnih dejanj, ter s tem zajeti vseh članov posamezne skupine. Med družinami, v katerih prihaja do različnih oblik nasilnih dejanj, in družinami, v katerih teh dejanj ni, je mogoče zaznati le določeno nagnjenost k enemu ali drugemu dejavniku tveganja, ni pa mogoče z gotovostjo navesti vzročno-posledičnih odnosov. Raziskovalci so si enotni v tem, da je za izbruh nasilja odgovoren preplet različnih dejavnikov, specifičnih za posamezno situacijo. Nosilec dejanja je sicer res posameznik, vendar je vpet v določen družbeno-kulturni kontekst, na obliko dejanja pa vplivajo številni dejavniki, od družbenih do individualnih (Bolko, 2006).

Rezultati raziskav kažejo na to, da nasilje ni vezano na specifično družbeno-ekonomsko skupino, pojavlja se v vseh starostnih, etničnih in religioznih skupinah v različnih geografskih območjih in v vseh segmentih družbe (Walker, 1993; Alpert, 1995; Van der Ent, Evers in Komduur, 2001). Kljub temu, da so raziskovalci (Gelles, 1993; Pan, Neidig in O'Leary, 1994; Cherlin, 1996) v izsledkih opazili korelacijo med pojavom nasilja in določenimi demografskimi spremenljivkami (starost, spol, narodna pripadnost, socialno-ekonomski status), je z njimi razmeroma težko napovedati pojav nasilja (Goldstein, 1987), saj ne

pojasnjujejo dovolj znatnih razlik med družinami, v katerih prihaja do nasilnih dejanj, in družinami, v katerih do tovrstnih dejanj ne prihaja (Craig, 1995). V večini modelov, ki pojasnjujejo pojav nasilja, so vključeni demografski, družbeno-kulturni in psihološki dejavniki (Craig, 1995). Medosebni dejavniki med drugim vključujejo stresorje znotraj družinskega kroga, finančne težave, spore med partnerjema in neenakomerno porazdelitev moči, makrospremenljivke pa vključujejo patriarhalno naravnost družbe, ki pogosto opravičuje nasilna dejanja. Pri posameznikovem dojetanju in doživljanju stresnih dejavnikov v intimnem odnosu je treba upoštevati tudi obliko stila navezanosti, negotov stil je na primer tesno povezan z napetostjo v partnerskem odnosu, pogosto pa je treba k temu prišteti še specifične atribucije in projekcije, ki opravičujejo zlorabo (Kesner in McKenry, 1998). V nepatološkem spektru skorajda ni čistih oblik navezanosti med partnerjema. Nastajajo tendence, ki pa jih je mogoče prepoznati. Varno navezanost med odraslimi osebami bi bilo z didaktičnim opisnim pristopom mogoče opisati tako (Rus Makovec, 2010): posameznik zase meni, da je vreden dobrega in skrbnega ravnanja, spoštuje svojega partnerja in od njega pričakuje, da se, tako kot on, odziva na potrebe navezanosti. Posamezniki z varno obliko navezanosti naj bi bili sposobni uravnavati negativna čustva, do katerih pride med odpravljanjem težav. Na podoben način bi bilo izogibajočo se obliko navezovanja mogoče opisati tako: celoten sistem navezovanja v partnerski zvezi je v skladu s čustvenimi pravili v tovrstnih zvezah zadržan, odnos pa za partnerja ni zelo pomembna tema. Intenziteta čustev je razmeroma nizka. Posameznik s tem načinom navezovanja kaže znake pretirane samozadostnosti z visokim občutkom samovrednosti in samoidealizacije. Tak posameznik lahko svojega partnerja doživlja kot nedostopnega ali celo kot sovražnega. Posamezniki, ki vstopajo v ambivalentno obliko navezave, iščejo partnerja s stalnimi potrebami, ki bi bil ves čas na voljo. Tak posameznik samega sebe nizko vrednoti, partnerja pa pretirano spoštuje oziroma ga idealizira. Praviloma je ta oseba tista, ki vzdržuje bližino z nepredvidljivim partnerjem ter je pretirano pozorna na morebitne znake napetosti in ločitve.

Nasilje med partnerjema

Čeprav so nosilci nasilja v partnerskem odnosu tako moški kot tudi ženske, ima nasilje moških bolj uničevalne posledice, ki jih je mogoče pripisati njihovi fizični premoči (povzeto po Rus Makovec, 2003). Podlago tovrstnega nasilja lahko poiščemo v nekoliko preživeti obliki patriarhalne družbene ureditve in dojetanju družine kot nedotakljive enote zasebne sfere. Nasilje v partnerski zvezi se manifestira v različnih oblikah (McCullum, Trepper, 2001;

v Rus Makovec, 2003): telesno nasilje (stopnjevanje od klofut do umora), spolno nasilje (posilstvo, uporaba groženj za prisilo v spolni akt), poškodba lastnine ali domačih živali (čeprav ta oblika nasilja ni uperjena neposredno proti partnerju, lahko posledice opazimo na čustveni ravni, saj vodi do čustvenega stresa in strahu za lastno varnost), psihološko nasilje (želja po nadzoru misli in dejanj drugega človeka) (Henderson, 2000; povzeto po Rus Makovec, 2003).

Čeprav je morda manj očitno, ima psihološko nasilje enake uničujoče posledice kot fizično nasilje. 81 % žensk, ki so bile v partnerskem odnosu žrtve fizičnega nasilja, je pozneje v življenju kazalo znake posttravmatske stresne motnje. Enake motnje so se pozneje v življenju pokazale pri 63 % žensk, ki so bile v partnerskem odnosu žrtve psihološkega nasilja (Kemp, Rawling, Green, 1991; povzeto po Rus Makovec, 2003). Psihološko nasilje prevzema različne oblike: poniževanje in zaničevanje, žaljenje, omejevanje dostopa do finančnih sredstev, omejevanje stika z družbo, prijatelji in sorodniki. Povzročitelj želi z vnašanjem psihološke travme dobiti nadzor nad žrtvijo in jo narediti voljno. Če bo povzročitelj uspešen, bo takšno vedenje uporabljal tudi v prihodnje. Za posameznike, ki so bili v družinskem krogu izpostavljeni različnim oblikam nasilja, obstaja velika verjetnost, da bodo tudi v prihodnjih partnerskih zvezah bodisi povzročitelji bodisi žrtve nasilja (Cappell in Heiner, 1990; Straus, Yodanis, 1996; povzeto po Rus Makovec, 2003).

Prve znake nagnjenosti k oblikam nasilja v partnerski zvezi je mogoče opaziti zelo zgodaj v partnerski zvezi – že med dvorjenjem. Poleg grozljivih telesnih posledic fizičnega nasilja je treba poudariti tudi težo psihosomatskih posledic, med katerimi so lahko depresija, nagnjenost k samomoru, posttravmatski stresni sindrom, zloraba drog in alkohola ter zdravstvene težave – glavoboli in želodčne težave (Allen, 2001; povzeto po Rus Makovec, 2003). Rezultati več raziskav so pokazali povezavo med nasiljem v partnerski zvezi in akutnimi ter kroničnimi oblikami bolezenskih stanj, na primer poškodbe, hudi glavoboli, bolečinski sindromi (zlasti bolečina v vratu in hrbtu), bolečina v trebuhu, artritis, bolezn srca in ožilja, krči v črevesju, čiri na želodcu in druge težave prebavnega trakta (Campbell, Glass, Sharps, Laughon, in Bloom, 2007; Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo, 2002; Coker, Smith, Bethea, King, in McKeown, 2000; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, Garcia-Moreno, Team, 2008; Kiss, Schraiber, Heise, Zimmerman, Gouveia, Watts, 2012). Med vplive nasilja na bolezenska stanja spolnih organov in rodil sodijo povečana nevarnost spolno prenosljivih vnetij, vaginalno krvavenje, vaginalna vnetja, bolečine v medenici, boleče uriniranje, vnetje urinarnega trakta, boleč spolni akt, splay, neželena nosečnost, nizka teža novorojencev, predčasen porod in smrt novorojencev (Campbell idr., 2002). Posledice nasilja v partnerski

zvezi se najpogosteje odražajo na duševnem zdravju, med njimi pa so depresija, anksioznost, posttravmatska stresna motnja in izguba spomina (Campbell idr., 2002; Ellsberg idr., 2008). Nasilje v partnerski zvezi vodi tudi do izgube apetita ter zlorabe drog in alkohola (Kiss idr., 2012). Pri ženskah, ki so žrtve partnerskega nasilja, obstaja tudi večja verjetnost nasilne smrti zaradi umora ali samomora (Campbell idr., 2002; Kiss idr., 2012).

Drug pomemben dejavnik nasilja v družinskem krogu je alkohol. Alkoholiziranost družinskega člana znatno poveča verjetnost zlorabe drugega družinskega člana (Spatz Widom in Hiller-Sturmhofel, 2001; povzeto po Rus Makovec, 2003). Čeprav so ženske po izsledkih najnovejših raziskav pogosteje nosilke nasilja, je to nasilje posledica samozaščite, jeze in maščevanja, medtem ko je osnovni motiv moškega nasilja vzpostaviti prevlado in nadzor nad partnerko (Rus Makovec, 2003). Po izsledkih raziskave so bile ženske, ki so bile v partnerskem odnosu žrtve nasilja, desetkrat pogosteje tudi same povzročiteljice nasilnega dejanja kot vrstnice, ki niso bile žrtve nasilja, moški storilci pa so bili tudi sami devetnajstkrat pogosteje žrtve nasilja (povzeto po Rus Makovec, 2003).

Dinamiko nasilja moramo razumeti v okviru čustvene in ekonomske povezanosti žrtve s povzročiteljem nasilja (Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, 2015). V primerjavi z nasilnim dejanjem, ki ga zagreši neznana oseba, se nasilje v družini dogaja med znanimi osebami. Neznana oseba običajno stori enkratno nasilno dejanje, v primeru nasilja v družini pa gre praviloma za ponavljajočo se prakso nasilja med poznanimi člani družine.

Povzročitelj poseže po nasilju pri izražanju jeze, ob občutku frustracije ali izgubi nadzora, ali pa uporabi nasilje kot instrument za doseg nadzora nad žrtvijo, njeno ustrahovanje ali podrejanje.

Dinamika nasilja je ciklični proces, ki ni jasno razviden in na prvi pogled ni popolnoma razumljiv. Dinamiko nasilja razumemo v okviru čustvene in ekonomske povezanosti žrtve s povzročiteljem nasilja. Krog nasilja je ponavljanje naslednjih faz: obdobje, ko napetost narašča, nasilni incident, obdobje, ko je napetost majhna, v odnosih pa prevladujejo ljubeznivost, opravičila in zagotavljanje, da se nasilje ne bo več zgodilo. Žrtve nasilja živijo v primežu odkritih ali prikritih groženj, ki po njihovi presoji ogrožajo njihovo življenje in življenje njihovih otrok. Povzročitelj nasilnega dejanja se poslužuje različnih razlag in opravičil svojega dejanja, ki žrtev vedno znova prepričajo, da vztraja v odnosu. Že najmanjše izboljšanje v odnosu žrtev prepriča v vztrajanje v odnosu.

Nasilje je proces, v katerem povzročitelj nasilja počasi, vendar vztrajno omejuje družabno življenje žrtve in uničuje njeno samospoštovanje. Žrtev nasilja pogosto v imenu ljubezni v

vsem ugodi nasilnemu partnerju in si tako krči svoj življenjski prostor. Omejuje stike z drugimi ljudmi ter čas zase in za uresničevanje svojih želja in ciljev. Njena socialna mreža je vse manjša.

KROG NASILJA

OBDOBJE NARAŠČANJE NASILJA V ODNOSU

Prihaja do različnih oblik zlorab, najprej psihičnih, nato fizičnih.

Žrtev čedalje bolj občuti napetost v odnosu.

Žrtev skuša nadzirati nasilje in se mu izogniti.

Žrtev ima občutek, da hodi po robu.

Žrtev ne more nadzirati obnašanja povzročitelja.

NAJDALJŠA FAZA!

Minimiziranje nasilja ali zanikanje dogodka.
Zanikanje je gorivo za nadaljevanje kroga nasilja!

ZANIKANJE

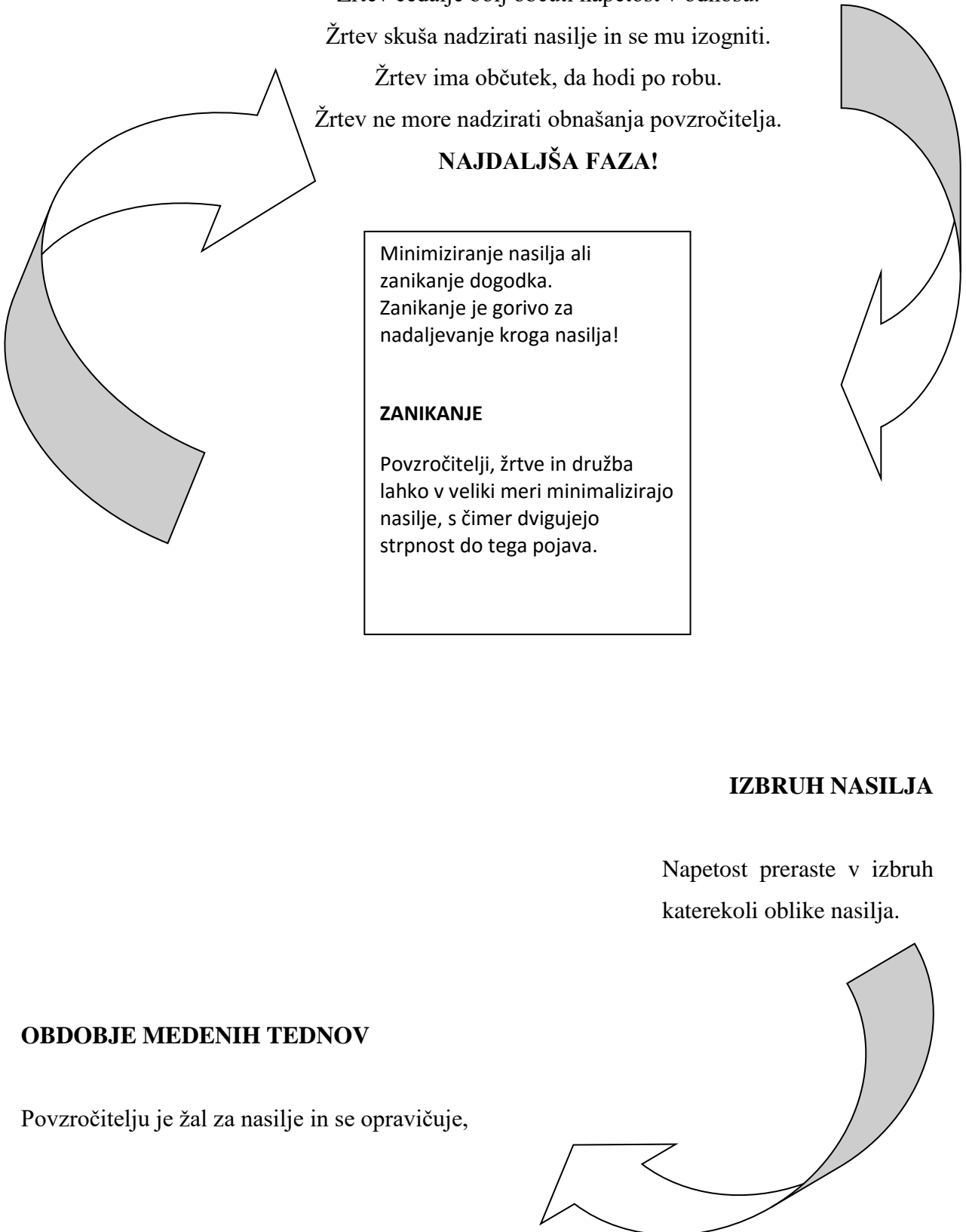
Povzročitelji, žrtve in družba lahko v veliki meri minimalizirajo nasilje, s čimer dvigujejo strpnost do tega pojava.

IZBRUH NASILJA

Napetost preraste v izbruh katerekoli oblike nasilja.

OBDOBJE MEDENIH TEDNOV

Povzročitelju je žal za nasilje in se opravičuje,



obljublja, da se nasilje ne bo nikoli več ponovilo.

Povzročitelj nasilja v tem obdobju ne povzroča fizičnega nasilja.

Skuša se ponovno prikupiti žrtvi z darili in pozornostmi.

Žrtev se počuti bolje in verjame, da jo ima

povzročitelj rad kljub prejšnjemu izbruhu nasilja.

TO OBDOBJE SČASOMA IZGINE!

Daljši kot je odnos med povzročiteljem in žrtvijo nasilja, krajša so obdobja med posameznimi stopnjami. Do nasilja prihaja vse pogosteje. Oblike in posledice nasilja pa so vse hujše. V skrajnem primeru se nasilje konča z umorom.

Diagram. Krog nasilja (povzeto po Domestic violence solution)

Povzetek

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 povzročiteljev nasilnega dejanja prav iz družine in ožjega kroga znancev. Poškodbe, ki jih posamezniki utrpijo od storilcev iz družinskega kroga, so znatno večje od morebitnih napadov s strani neznancev (Crowell in Burgess, 1996).

Na žalost so stereotipni vzorci še vedno globoko ukoreninjeni in onemogočajo objektivno obravnavo problematike nasilnih dejanj v družinskem krogu (Van der Ent, Evers in Komduur, 2001; Kobal Grum in Leskovšek, 2003). Posledično še vedno vse prepogosto prihaja do tega, da je povzročitelj nasilnega dejanja zaščiten, medtem ko je za nasilno dejanje okrivljena prav žrtev dejanja, v veliki večini primerov torej ženska. Zmotna so tudi ukoreninjena prepričanja brez empirično dokazane osnove, da prihaja do nasilnih dejanj le v ekonomsko šibkejših družinah, da je povzročitelj izjemoma izgubil razsodnost in storil nasilno dejanje, da lahko žrtev kadar koli preprosto zapusti nasilno okolje in da nasilnim dejanjem večinoma botruje zloraba alkohola. Posledica teh je zgolj stigmatizacija nasilja znotraj družinskega kroga in še težja pot iz kroga zlorab.

Viri

Allen J.G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. Chichester – New York: John Wiley and Sons, Ltd.

Alpert, E. J. (1995). Violence in Intimate Relationship and the Practicing Internist: New »Disease« or New Agenda? *Diagnosis and treatment*, 123(10), 774–781.

Bolko, I. (2006). *Agresivnost kot osebnostna dimenzija v odnosu do stopnje nasilja v družini*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Campbell, J., Glass, N., Sharps, P., Laughon, K. in Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 246–269.

10

Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. idr. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157–1163.

Cappell, C. in Heiner, R. B. (1990). The intergenerational transmission of family aggression. *Journal of Family Violence*, 5: 135–152 v M. Rus Makovec (2003), *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba

Cherlin, A. J. (1996). *Public and private families*. New York: McGraw–Hill, Inc.

Coker, A., Smith, P., Bethea, L., King, M. in McKeown, R. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451–457.

Craig, R. J. (2005). *Personality–guided forensic psychology*. *Personality–guided psychology*. Washington: American Psychological Association.

Crowell, N. A. in Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington: American Psychological Association.

Dompiere, J. in Lavoie, F. (1994). Subjective work stress and family violence. V G. P. Keita (ur.), *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C., Garcia–MorenoTeam, C. idr. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi–country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 5(371), 1165–1172.

- Frude, N. (1991). *Understanding family problems. A psychological approach*. Chichester: John Wiley & sons.
- Gelles, R. J. in Loseke, D. R. (1993). *Current controversies on family violence*. Newbury Park: Sage Publications.
- Gelles, R.J. (1977). No place to go: the social dynamics of marital violence. V M. Roy (ur.), *Battered Women. A psychosociological study of domestic violence*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Gelles, R. J. (1993). Alcohol and Other Drugs Are Associated With Violence – They Are Not Its Cause. V R. J. Gelles in D. R. Loseke (ur.), *Current controversies on family violence*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Goldstein, A. P. (1987). *Aggressive behavior. Assessment and Intervention*. New York: Pergamon Press.
- Henderson, H. (2000). Domestic violence and child abuse. Sourcebook. Detroit: Omnigraphics v M. Rus Makovec (2003), *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba
- Kemp, A., Rawlings, E. I. in Green, B. L. (1991). Post-traumatic stress disorder in battered women: a shelter sample. *Journal of traumatic stress*, 4: 137–148 v M. Rus Makovec (2003), *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba
- Kesner, E. J. in McKenry, C. P. (1998). The Role of Childhood Attachment Factors in Predicting Male Violence Toward Female Intimates. *Journal of Family Violence*, 13(4), 417–432.
- Kiss, L., Schraiber, L. B., Heise, L., Zimmerman, C., Gouveia, N. in Watts, C. (2012). Gender-based violence and socioeconomic inequalities: Does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? *Social Science & Medicine* 74, 1172–1179.
- McCollum, E. E. in Trepper, T. S. (2001). Family solutions for substance abuse. Binghamton, NY: Haworth Press v M. Rus Makovec (2003), *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba
- Muršič M. (O)krog nasilja v družini. Ljubljana, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani, 2012
- Pan, H. S., Neidig, P. H. in O'Leary, K.D. (1994). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 975.

Predanič, J. Policija mora v družino vstopiti skozi vrtljiva vrata. Intervju z Nežo Miklič. Delo, 11. 8. 2015

Roy, M. (1977). A current survey of 150 cases. V M. Roy (ur.), *Battered Women. A psychosociological study of domestic violence*. New York: Van Nostrand Reinhold Company

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

Rus Makovec, M. (2010). Terapevtske intervence pri partnerski problematiki. V Žmitek, A. (ur.), *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

Shipway L. Domestic violence: A handbook for health professionals. New York: Routledge, 2004

Spatz Widom, C. in Hiller–Sturmhofel, S. (2001). Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol research & help*, 25(1) 52–57.

Straus, A. in Yodanis, C. L. (1996). Corporal punishment in adolescence and physical assaults on spouses in later life: What accounts for the link? *Journal of marriage and the family*, 58: 825–841 v M. Rus Makovec (2003), *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba

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

The cycle of violence, Domestic violence solution. Pridobljeno 6. 8. 2015 s spletne strani: <http://www.dvsolutions.org/info/cycle.aspx>

Van der Ent, D. W., Evers, T. D. in Komduur, K. (2001). *Nasilje nad ženskami – odgovornost policije*. Ljubljana: Društvo Ženska svetovalnica.

Walker, L. E. A. (1993). The Battered Women Syndrome is a Psychological Consequence of Abuse. V R. J. Gelles in D. R. Loseke (ur.), *Current controversies on family violence*. Newbury Park: SAGE Publications.

STALIŠČA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV O NASILJU V DRUŽINI

Melita Zver Makovec

Stališča vodijo vedenje. Na ravni posameznika stališča tako vplivajo na njegovo zaznavanje, mišljenje in vedenje. Na medosebni ravni so informacije o stališčih drugih oseb ključne, saj preko poznavanja slednjih lahko vplivamo tudi na posameznikove zaznave in si na ta način olajšamo svoje delovanje in bivanje v svetu. Na medskupinski ravni pa stališča do lastne skupine in drugih skupin predstavljajo osnovo za sodelovanje med skupinami ali, nasprotno, konflikte (povzeto po Bohner, 2002).

Izsledki različnih študij o odnosu zdravstvenih delavcev do samega pojava nasilja v družini so pokazali, da zdravstveno osebje velikokrat išče različne izgovore, s katerimi bi opravičilo svoje neudejstvovanje pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Na sam pojav nasilja v družini se tako velikokrat ne odzovejo ustrezno zaradi različnih dejavnikov. Veliko študij je pokazalo, da predhodna viktimizacija samega zdravstvenega osebja (DelaHunta in Tulsy, 1996) vpliva na neustrezno prepoznavo nasilja v družini. Parson idr. (1995; v Shipway, 2000) v svoji raziskavi navajajo naslednje razloge, da zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno ne posreduje v primeru nasilja v družini: pomanjkanje časa, strah pred tem, da bi s svojim vprašanjem pacienta prizadeli, občutki neustreznosti in frustracije zaradi pomanjkljivega znanja na tem področju, pomanjkanje kontrole nad dogajanjem in občutki nemoči, identifikacija z žrtvijo in/ali njenim socialno-ekonomskim statusom. Drugi sklop razlogov, zakaj zdravstveno osebje ne odreagira ustrezno ob pojavu nasilja v družini, lahko uvrstimo v sklop stereotipnih prepričanj in stališč, vezanih na dinamiko odnosa med žrtvijo in povzročiteljem nasilja (Shipway, 2000; Alotaby idr., 2013). Same žrtve namreč zelo težko spontano poročajo o svoji izkušnji nasilja v družini. Alotaby s sodelavci (2013) je v svoji raziskavi povzel ovire za ustrezno prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini s strani zdravnikov in medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene oskrbe. Ovire, vezane na kulturne/kulturološke dejavnike pri žrtvah nasilja (kmečke in tradicionalne družine, vera, nižja izobrazba, strah pred odzivom partnerja, občutek sprejetosti, strah pred neustreznostjo, za dobrobit otrok) vplivajo na to, da žrtve v veliki meri ne poročajo spontano svoji izkušnji nasilja. Zdravstveno osebje pa se srečuje tudi z različnimi sistemskimi ovirami in ovirami, ki izhajajo iz narave dela zdravstvenega osebja. Pomanjkanje časa je zaradi trenutne organizacije zdravstvenih služb in kadrovske podhranjenosti eden izmed temeljnih razlogov, ki vplivajo na

slabšo prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini (Kopčavar Guček, 2015, Alotaby idr., 2013). Zdravniki se zavedajo pomembnosti teme, vendar zaradi sistemskih ovir, tj. premajhnega števila zdravnikov, kjer ima zdravnik le nekaj minut časa, da prepozna in ustrezno obravnava žrtve nasilja v družini, zdravnikom naloga presejanja predstavlja dodatno obremenitev (Kopčavar Guček, 2015). Prav tako ne zadostuje enkratno vprašanje o pojavu nasilja, ampak je treba presejanje ponavljati, saj se osebna situacija pacientov spreminja (Kopčavar Guček, 2015). Obravnava nasilja v družini zahteva tudi upoštevanje moralno-etičnih standardov ob visoki profesionalnosti (Kopčavar Guček, 2004). Raziskava Kopčavar Gučkove (2015) je pokazala, da se v sklopu profesionalizma zdravniki družinske medicine zavedajo pomanjkanja znanja in spretnosti pri obravnavi pojava nasilja in bi si kot prvo želeli jasno definicijo nasilja. Zdravstveni delavci se velikokrat osredinjajo le na odpravljanje in zdravljenje poškodb in drugih posledic nasilja v družini, medtem ko se nasilju kot vzroku za simptome in poškodbe pogosto izogonejo (Husso idr., 2012).

Fizično nasilje, katerega posledice so objektivno razvidne, zdravstveni delavci lažje oz. ustrežneje prepoznajo, meje med psihološkim nasiljem in določenimi vedenji pa se zdravstvenim delavcem zdijo manj jasno določene. Psihično nasilje je tisto nasilje, ki se pogosteje pojavlja v intimnih odnosih in ima hude posledice, vendar je sama opredelitev psihičnega nasilja problematična, prav tako pa je meja med psihološkim nasiljem in fizičnim nasiljem difuzna. Raziskava Zver Makovčeve (2014) je kot eno izmed najbolj pogosto prepoznanih oblik nasilja, ki so jo prepoznali udeleženci v raziskavi, ugotovila glasno vpitje iz bližine (psihološka posledica je strah in hkrati možna fizična okvara sluha). Posamezne vrste nasilja so med seboj prepletene in povezane, zato so žrtve fizičnega nasilja v intimnih odnosih z veliko verjetnostjo izpostavljene tudi psihičnemu in spolnemu nasilju. Presejanje, ki zajema le hudo fizično poškodbo, omogoča prepoznavo zelo ogrožene žrtve, obenem pa spregleda in celo zanemari celostno obravnavo žrtve, ki je doživela le psihično nasilje. Psihično nasilje je predhodnica fizičnega nasilja in je bolj pogosto prisotno v intimnih odnosih kot fizično nasilje (Kopčavar Guček, 2015). Različne raziskave so ugotovile, da je pomanjkljivo znanje o nasilju v intimnih odnosih eden izmed razlogov za neprepoznavanje žrtev nasilja.

Zdravstvenim delavcem je zelo pomemben zaupen odnos s pacientom ter spoštovanje zasebnosti (Kopčavar Guček, 2015). Bojijo, da bi s svojimi vprašanji o nasilju lahko ogrozili ta zaupni odnos, imajo občutek poseganja v zasebnost pacientov ter se bojijo, da bi povzročili škodo.

Viri:

Alotaby, I. Y., Alkandari, B. A., Alshamali, K. A., Kamel M. I., El-Shazly, M. K. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medicine* 2013, 49: 175–180

Kopčavar Guček, N. Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulantni zdravniški družinski medicini. Neobjavljena doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2015

Shipway L. *Domestic violence: A handbook for health professionals*. New York: Routledge, 2004

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

RAZISKAVA O PREPOZNAVNI IN OBRAVNAVI NASILJA V DRUŽINI V ZDRAVSTVU

Urška Smrke

VPRAŠALNIK ZA ŽRTVE NASILJA V DRUŽINI METODA

V raziskavi je sodelovalo 80 oseb z izkušnjo nasilja v družini. Podroben opis vzorca se nahaja v poglavju Rezultati.

Pripomočki

V raziskavi je bil uporabljen anonimni samoocenjevalni vprašalnik, razvit v okviru raziskave projekta POND_SiZdrav. Vprašalnik je vseboval naslednje sklope vprašanj:

- demografski podatki,
- stiki s pristojnimi institucijami zaradi izkušnje nasilja v družini ter
- primernost zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini in razlogi za neprepoznavanje in neustrezno obravnavo nasilja v družini v zdravstvu.

Udeleženke, ki glede izkušnje nasilja v družini niso bile v stiku z zdravstvom, so odgovarjale tudi na vprašanja o razlogih, zaradi katerih niso bile v stiku z zdravstvom, in o svojih pričakovanjih v primeru obravnave v zdravstvu glede izkušnje nasilja v družini. Udeleženke, ki so bile zaradi izkušnje nasilja v družini v stiku z zdravstvom, so poročale o svojih izkušnjah s prepoznavo in obravnavo nasilja v družini v zdravstvu ter o svojem zadovoljstvu z le-tem.

Vprašanja so bila zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori. Na posamezna kvantitativna vprašanja so udeleženci odgovarjali s podajanjem odgovora na petstopenjski lestvici strinjanja (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam) oziroma pogostosti (1 – zelo redko oziroma nikoli, 5 – zelo pogosto oziroma vedno).

Postopek

Zbiranje podatkov je potekalo od druge polovice aprila do konca junija 2015. Do udeleženk smo dostopali preko Centra za socialno delo (Maribor in Ptuj), varnih hiš (Celje, Ljutomer in Velenje), Zavoda Emma in Društva za nenasilno komunikacijo.

REZULTATI

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 80 oseb z izkušnjo nasilja v družini, od tega 72 žensk (90,0 %) in 4 moški (5,0 %), medtem ko 4 osebe (5,0 %) podatka o spolu niso podale. Povprečna starost udeležencev je bila 39,9 leta ($SD = 13,2$) v razponu od 13 do 78 let. 24 udeleženk (30,0 %) je bilo samskih – razvezanih, 20 (25,0 %) samskih – nikoli poročenih, 14 (17,5 %) poročenih, 9 (11,3 %) jih je živel z zunajzakonskim partnerjem, 7 (8,8 %) jih je imelo stalnega partnerja, s katerim niso živele, 1 udeleženka (1,3 %) je bila samska – ovdovela. 66 udeleženk (83,5 %) je imelo otroke, medtem ko jih 13 (82,5 %) ni imelo. Tiste, ki so imele otroke, so v povprečju imele 2,1 otroka ($SD = 1,1$) v razponu od 1 do 5 otrok.

V nadaljevanju so predstavljene preostale značilnosti udeleženk v vzorcu.

Največ udeleženk raziskave se je rodilo v Sloveniji, medtem ko jih je najmanj kot državo rojstva navedlo Albanijo, Hrvaško, Jugoslavijo, Makedonijo in Rusijo. Največ udeleženk je bilo Slovenk, najmanj Rusinj. Števila in odstotki udeleženk raziskave glede na državo rojstva so prikazani v tabeli 1 in v tabeli 2 glede na narodno oziroma etnično pripadnost.

Tabela 1. Udeleženke glede na državo rojstva

	N	%
Slovenija	58	72,5
Bosna	11	13,8
Romunija	3	3,8
Albanija	1	1,3
Hrvaška	1	1,3
Jugoslavija	1	1,3
Makedonija	1	1,3
Rusija	1	1,3

Tabela 2. Udeleženke glede na narodno oziroma etnično pripadnost

	N	%
Slovenka	57	75
Bosanka	5	6,6
Rominja	2	2,6
Romunka	2	2,6

Srbkinja	2	2,6
Rusinja	1	1,3
Neopredeljena	2	2,6
ne želim odgovoriti	5	6,6

52 udeleženk (65,0 %) je v času raziskave prebivalo v mestnem okolju, 16 (20,0 %) v primestnem okolju in 10 (12,5 %) v vaškem okolju. Največ udeleženk je prebivalo v Podravski regiji, medtem ko se iz Obalno-kraške regije raziskave ni udeležila nobena oseba.

Tabela 3 prikazuje števila in odstotke udeleženk glede na regijo bivanja.

Tabela 3. Udeleženke glede na regijo bivanja

	N	%
Podravska	32	40
Osrednjeslovenska	16	20
Savinjska	7	8,8
Jugovzhodna	5	6,3
Pomurska	4	5
Gorenjska	4	5
Koroška	3	3,8
Zasavska	3	3,8
Spodnjeposavska	3	3,8
Primorsko-notranjska	1	1,3
Goriška	1	1,3
Obalno-kraška	0	0

V vzorcu so bile v največji meri zastopane osebe z doseženo IV. in V. stopnjo izobrazbe. Tabela 4 prikazuje števila in odstotke udeleženk raziskave glede na doseženo stopnjo izobrazbe.

Tabela 4. Udeleženke glede na doseženo stopnjo izobrazbe

	N	%
I.: nedokončana osnovna šola	3	3,8
II.: osnovna šola	13	16,3
III.: nižje poklicno izobraževanje (2-letno)	8	10,0
IV.: srednje poklicno izobraževanje (3-letno)	19	23,8

V.: gimnazijsko, srednje poklicno – tehniško izobraževanje, srednjetehtniško oz. drugo strokovno izobraževanje	18	22,5
VI/1.: višješolski program, višješolski strokovni program	8	10,0
VI/2.: specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni programi, visokošolski strokovni in univerzitetni programi (1. bolonjska stopnja)	3	3,8
VII.: specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program, magisterij stroke (2. bolonjska stopnja)	5	6,3
VIII/1.: specializacija po univerzitetnem programu, magisterij znanosti	1	1,3
VIII/2.: doktorat znanosti, doktorat znanosti (3. bolonjska stopnja)	0	0,0
ne želim odgovoriti	1	1,3

Največ udeleženk v času raziskave ni bilo zaposlenih, najmanj je bilo samozaposlenih – podjetnic. Tabela 5 prikazuje števila in odstotke udeleženk v vzorcu glede na trenutni status.

Tabela 5. Udeleženske glede na trenutni status

	N	%
nisem zaposlena	39	48,8
zaposlena za nedoločen čas	13	16,3
upokojenka	9	11,3
zaposlena za določen čas	8	10,0
dijakinja/študentka	6	7,5
drugo	2	2,5
samozaposlena/podjetnica	1	1,3

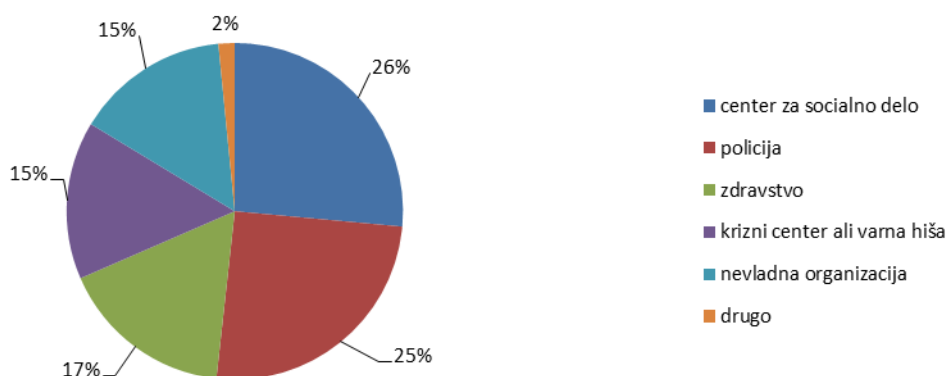
V nadaljevanju so predstavljeni odgovori udeleženk raziskave na posamezna vprašanja. V kolikor ni navedeno drugače, prikazani odstotki pri posameznih odgovorih predstavljajo deleže udeležencev glede na število oseb, ki so odgovorile na posamezno vprašanje.

Stiki s pristojnimi institucijami zaradi izkušnje nasilja v družini

Udeleženske raziskave so poročale, s katerimi institucijami so bile v stiku zaradi svoje izkušnje nasilja v družini. Največ udeleženk je bilo v stiku s centrom za socialno delo, najmanj pa z zdravstvom. Tabela 6 prikazuje frekvence in odstotke udeleženk, ki so bile zaradi svoje izkušnje nasilja v družini v stiku s posamezno institucijo. Odstotki stikov s posamezno institucijo so prikazani tudi v grafu 1, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 6. Institucije, s katerimi so bile udeleženske v stiku glede svoje izkušnje nasilja v družini

	f	% odgovorov glede na število udeleženk
center za socialno delo	68	85,0
policija	65	81,3
nevladna organizacija	38	47,5
krizni center ali varna hiša	39	48,8
zdravstvo	43	53,8
drugo	4	5,0

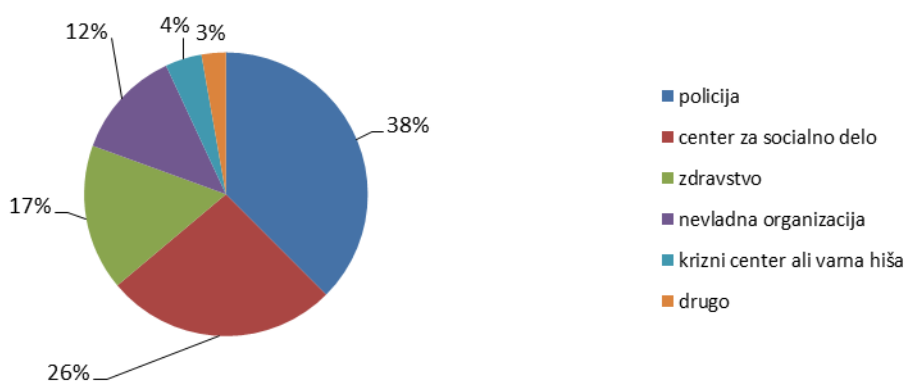


Graf 1. Institucije, s katerimi so bile udeleženske v stiku glede svoje izkušnje nasilja v družini. Zaradi svoje izkušnje nasilja v družini je največ udeleženk najprej prišlo v stik s policijo, najmanj pa jih je kot prvi stik navedlo krizni center oziroma varno hišo. Tabela 7 v frekvencah in odstotkih prikazuje, za koliko udeleženk raziskave je posamezna institucija predstavljala prvi stik zaradi njene izkušnje nasilja v družini. Podatki so predstavljeni tudi v grafu 2, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 7. Institucije, ki so za udeleženske predstavljale prvi stik zaradi izkušnje nasilja v družini

	f	% glede na število udeleženk
policija	27	33,8
center za socialno delo	19	23,8
zdravstvo	12	15,0
nevladna organizacija	9	11,3

krizni center ali varna hiša	3	3,8
drugo	2	2,5



Graf 2. Institucije, ki so za udeleženke predstavljale prvi stik zaradi izkušnje nasilja v družini

Udeleženke raziskave so poročale tudi, ali so bile oziroma niso bile zaradi svoje izkušnje nasilja v družini v stiku z zdravstvenim osebjem. 53 (66,3 %) udeleženk je bilo v stiku z zdravstvom, medtem ko jih 25 (31,3 %) ni bilo v stiku z zdravstvom zaradi svoje izkušnje nasilja v družini. Udeleženke raziskave, ki niso bile v stiku z zdravstvom, so poročale o razlogih in pričakovanjih do obravnave v zdravstvu glede izkušnje nasilja v družini. Tiste, ki so z zdravstvom bile v stiku, so odgovarjale na vprašanja o izkušnjah s prepoznavo in obravnavo nasilja v družini v zdravstvu ter o svojem zadovoljstvu z le-tem.

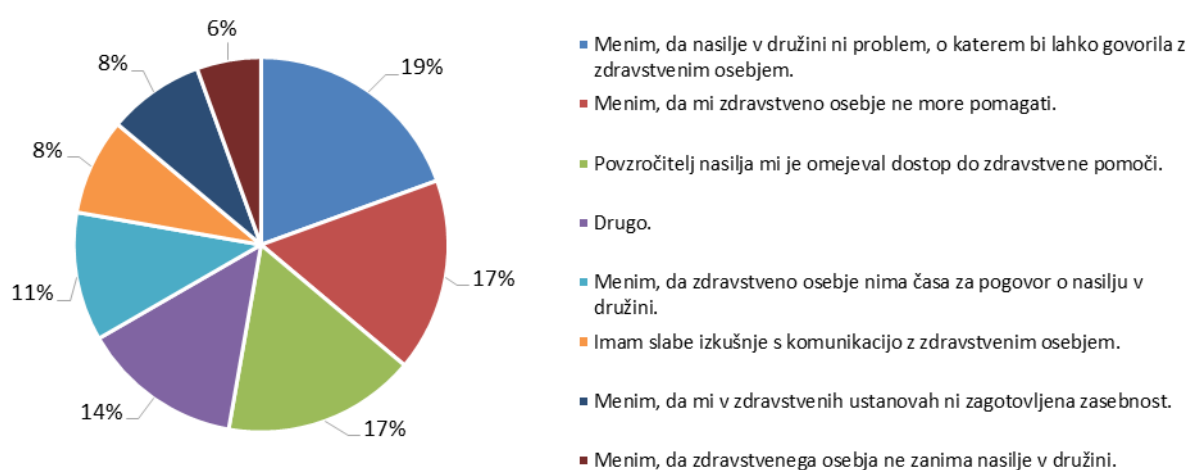
Udeleženke, ki z zdravstvom glede izkušnje nasilja v družini niso bile v stiku: razlogi in pričakovanja

Udeleženke, ki z zdravstvom niso bile v stiku glede svoje izkušnje nasilja v družini, so podale razloge za to. V največji meri so navajale mnenje, da nasilje v družini ni problem, o katerem bi lahko govorile z zdravstvenim osebjem. Najredkeje so navajale, da menijo, da zdravstvenega osebja nasilje v družini ne zanima. Petina udeleženk je podala tudi dodatne razloge, da z zdravstvom niso bile v stiku zaradi svoje izkušnje nasilja v družini, med katerimi so bili naslednji: občutek sramu pred zdravstvenim osebjem, ker ne bi našli nobenih sledi, da so prej poiskale pomoč drugje, da niso imele dovolj poguma.

Tabela 8 prikazuje frekvence in odstotke udeleženk glede na razloge, zaradi katerih niso bile v stiku z zdravstvom glede svoje izkušnje nasilja v družini. Odstotki razlogov so prikazani tudi v grafu 3, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 8. Razlogi, zaradi katerih udeleženke niso bile v stiku z zdravstvom glede svoje izkušnje nasilja v družini

	f	% glede na število udeleženk
Menim, da nasilje v družini ni problem, o katerem bi lahko govorila z zdravstvenim osebjem.	7	28,0
Menim, da mi zdravstveno osebje ne more pomagati.	6	24,0
Povzročitelj nasilja mi je omejeval dostop do zdravstvene pomoči.	6	24,0
Menim, da zdravstveno osebje nima časa za pogovor o nasilju v družini.	4	16,0
Imam slabe izkušnje s komunikacijo z zdravstvenim osebjem.	3	12,0
Menim, da mi v zdravstvenih ustanovah ni zagotovljena zasebnost.	3	12,0
Menim, da zdravstvenega osebja ne zanima nasilje v družini.	2	8,0
Drugo.	5	20,0



Graf 3. Razlogi, zaradi katerih udeležinke niso bile v stiku z zdravstvom glede svoje izkušnje nasilja v družini

Udeleženke, ki glede svoje izkušnje nasilja v družini niso bile v stiku z zdravstvom, so poročale tudi o pričakovanih glede prepoznavne in obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja. V največji meri so pričakovale, da jih bo zdravstveno osebje poslušalo, da jim bo verjelo ter spoštovalo njihovo zasebnost. V najmanjši meri so pričakovale, da bo zdravstveno osebje poskrbelo za njihovo trenutno varnost, da jih pred zdravstvenim osebjem ne bo strah spregovoriti o svoji izkušnji nasilja v družini ter da bo zdravstveno osebje upoštevalo njihove navade in običaje.

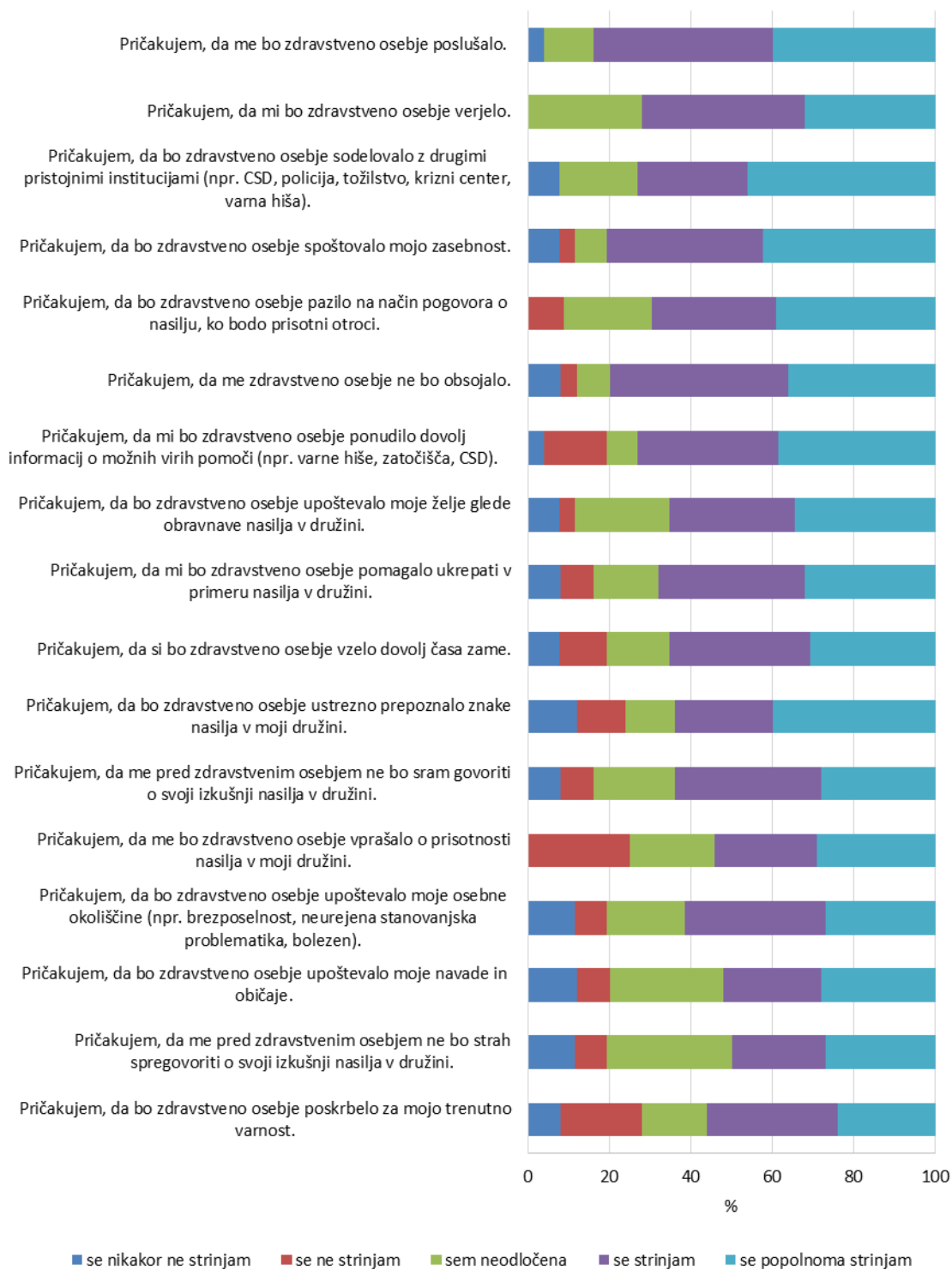
V tabeli 9 so prikazani odstotki udeleženk po stopnjah strinjanja s posamezno trditvijo ter povprečne vrednosti s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti od tiste, s katero so se udeleženke v povprečju najbolj strinjale, do tiste, s katero so se najmanj strinjale. Odgovori udeleženk so prikazani tudi v grafu 4.

Tabela 9. Pričakovanja udeleženk raziskave glede prepoznavne in obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja

	%					M	S D
	se nikakor ne strinjam	se ne strinja m	sem neodloče na	se strinja m	se popolnom a strinjam		
Pričakujem, da me bo zdravstveno osebje poslušalo.	4,0	0,0	12,0	44,0	40,0	4,2	0,9
Pričakujem, da mi bo zdravstveno osebje verjelo.	0,0	0,0	28,0	40,0	32,0	4,0	0,8
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami (npr. CSD, policija, tožilstvo, krizni center, varna hiša).	7,7	0,0	19,2	26,9	46,2	4,0	1,2
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje spoštovalo mojo zasebnost.	7,7	3,8	7,7	38,5	42,3	4,0	1,2

Pričakujem, da bo zdravstveno osebje pazilo na način pogovora o nasilju, ko bodo prisotni otroci.	0,0	8,7	21,7	30,4	39,1	4,0	1,0
Pričakujem, da me zdravstveno osebje ne bo obsojalo.	8,0	4,0	8,0	44,0	36,0	4,0	1,2
Pričakujem, da mi bo zdravstveno osebje ponudilo dovolj informacij o možnih virih pomoči (npr. varne hiše, zatočišča, CSD).	3,8	15,4	7,7	34,6	38,5	3,9	1,2
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje upoštevalo moje želje glede obravnave nasilja v družini.	7,7	3,8	23,1	30,8	34,6	3,8	1,2
Pričakujem, da mi bo zdravstveno osebje pomagalo ukrepati v primeru nasilja v družini.	8,0	8,0	16,0	36,0	32,0	3,8	1,2
Pričakujem, da si bo zdravstveno osebje vzelo dovolj časa zame.	7,7	11,5	15,4	34,6	30,8	3,7	1,3
Pričakujem, da me pred zdravstvenim osebjem ne bo sram govoriti o svoji izkušnji nasilja v družini.	8,0	8,0	20,0	36,0	28,0	3,7	1,2

Pričakujem, da bo zdravstveno osebje ustrezno prepoznalo znake nasilja v moji družini.	12,0	12,0	12,0	24,0	40,0	3,7	1,4
Pričakujem, da me bo zdravstveno osebje vprašalo o prisotnosti nasilja v moji družini.	0,0	25,0	20,8	25,0	29,2	3,6	1,2
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje upoštevalo moje osebne okoliščine (npr. brezposelnost, neurejena stanovanjska problematika, bolezen).	11,5	7,7	19,2	34,6	26,9	3,6	1,3
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje upoštevalo moje navade in običaje.	12,0	8,0	28,0	24,0	28,0	3,5	1,3
Pričakujem, da me pred zdravstvenim osebjem ne bo strah spregovoriti o svoji izkušnji nasilja v družini.	11,5	7,7	30,8	23,1	26,9	3,5	1,3
Pričakujem, da bo zdravstveno osebje poskrbelo za mojo trenutno varnost.	8,0	20,0	16,0	32,0	24,0	3,4	1,3



Graf 4. Pričakovanja udeleženk raziskave glede prepoznave in obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja

Udeleženke, ki so bile zaradi izkušnje nasilja v družini v stiku z zdravstvom: izkušnje in zadovoljstvo s prepoznavo in obravnavo

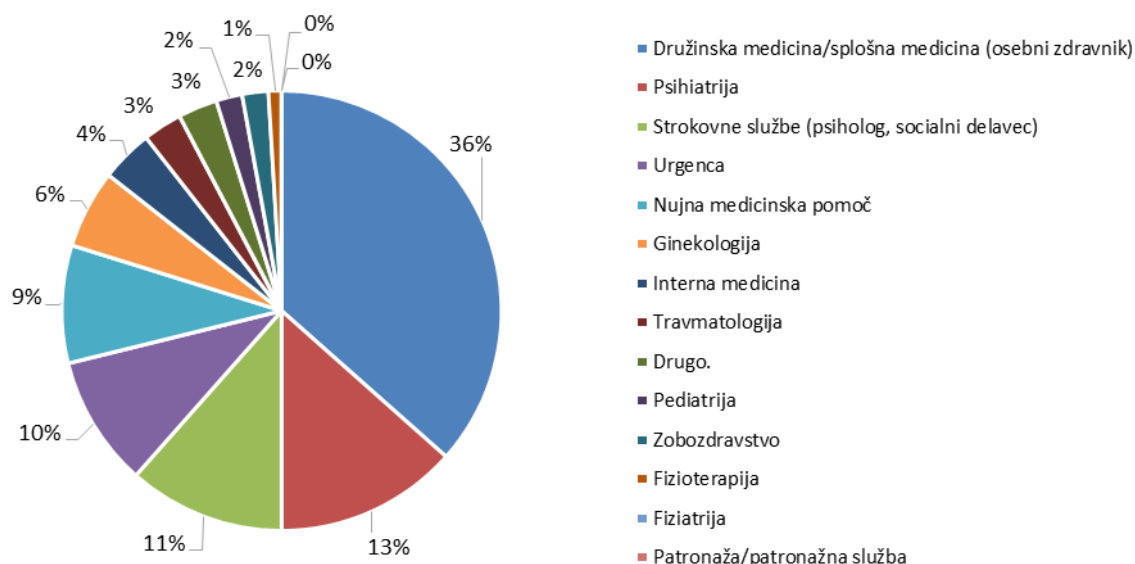
Udeleženke raziskave, ki so bile zaradi svoje izkušnje nasilja v družini v stiku z zdravstvom, so poročale, da so bile v največji meri v stiku z družinsko oziroma splošno medicino (osebni

zdravnik), najmanj pa s fizioterapijo, medtem ko zaradi svoje izkušnje nasilja v družini nobena od udeleženk raziskave ni bila v stiku s fiziatrijo ali s patronažno službo. V kategoriji »drugo« so nekatere podale tudi svoje odgovore, in sicer so navajale, da so bile v stiku tudi s psihologom in nevrologom.

Frekvence in odstotki udeleženk, ki so bile v stiku s posamezno zdravstveno službo zaradi svoje izkušnje nasilja v družini, so prikazani v tabeli 10. Odgovori so prikazani tudi v grafu 5, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 10. Zdravstvene službe, s katerimi so bile udeleženke raziskave v stiku zaradi svoje izkušnje nasilja v družini

	f	% odgovorov glede na število udeleženk
Družinska medicina/splošna medicina (osebni zdravnik)	38	71,7
Psihiatrija	14	26,4
Strokovne službe (psiholog, socialni delavec)	12	22,6
Urgenca	10	18,9
Nujna medicinska pomoč	9	17,0
Ginekologija	6	11,3
Interna medicina	4	7,5
Travmatologija	3	5,7
Drugo	3	5,7
Pedriatrija	2	3,8
Zobozdravstvo	2	3,8
Fizioterapija	1	1,9
Fiziatrija	0	0,0
Patronaža/patronažna služba	0	0,0



Graf 5. Zdravstvene službe, s katerimi so bile udeleženske raziskave v stiku zaradi svoje izkušnje nasilja v družini

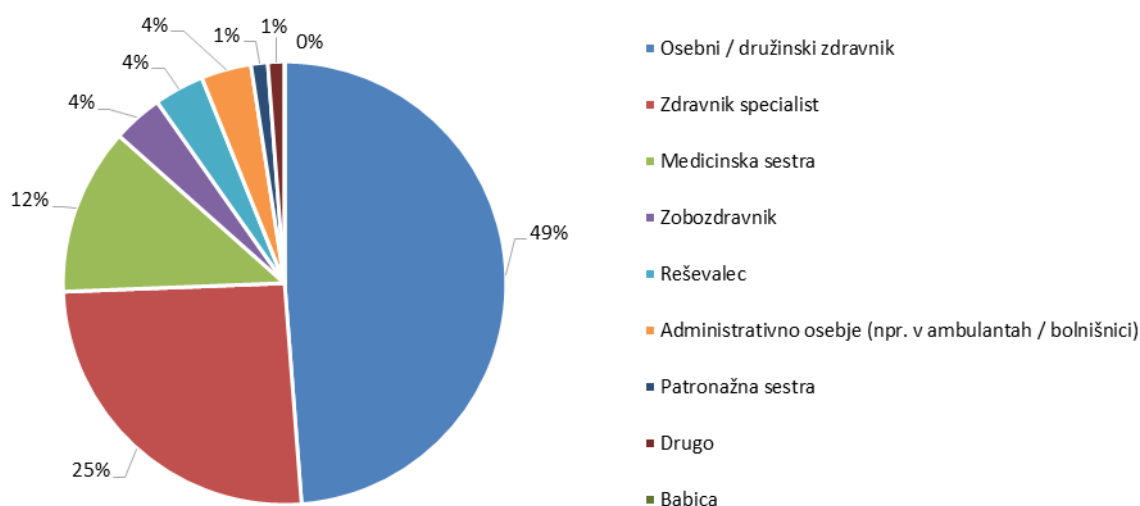
Udeleženske so poročale tudi, s kom od zdravstvenega osebja so se pogovarjale o svoji izkušnji nasilja v družini. V največji meri so se pogovarjale z osebnim oziroma družinskim zdravnikom, najmanj pa s patronažnimi sestrami, medtem ko se z babicami o svoji izkušnji nasilja v družini ni pogovarjala nobena od udeleženk raziskave. Od tistih, ki so se pogovarjale z zdravniki specialisti, se jih je 12 (57,1 %) pogovarjalo s psihiatrom, 4 (19,0 %) z ginekologom in po 1 (4,8 %) s kirurgi, nevrologi, radiologi.

Frekvence in odstotki udeleženk glede na zdravstveno osebje, s katerim so se pogovarjale o svoji izkušnji nasilja v družini, so prikazane v tabeli 11. Odgovori so prikazani tudi v grafu 6, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 11. Zdravstveno osebje, s katerim so se pogovarjale udeleženske raziskave o svoji izkušnji nasilja v družini

	f	% odgovorov glede na število udeleženk
Osebni/družinski zdravnik	40	75,5
Zdravnik specialist	21	39,6
Medicinska sestra	10	18,9
Zobozdravnik	3	5,7
Reševalec	3	5,7

Administrativno osebje (npr. v ambulantah/bolnišnici)	3	5,7
Patronažna sestra	1	1,9
Drugo	1	1,9
Babica	0	0,0

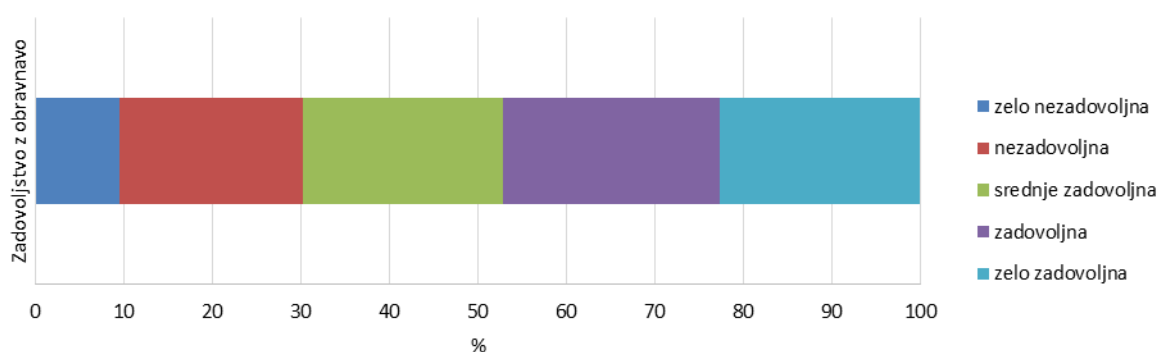


Graf 6. Zdravstveno osebje, s katerim so se pogovarjale udeleženske raziskave o svoji izkušnji nasilja v družini

Udeleženske raziskave, ki so bile v stiku z zdravstvenim osebjem glede svoje izkušnje nasilja v družini, so svoje zadovoljstvo z obravnavo v zdravstvu ocenile s povprečno oceno 3,3 ($SD = 1,3$) na petstopenjski lestvici (1 – zelo nezadovoljna, 5 – zelo zadovoljna), kar pomeni, da so bile v povprečju z obravnavo v zdravstvu srednje zadovoljne. V tabeli 12 so predstavljene frekvence in odstotki po posameznih odgovorih, prikazuje jih tudi graf 7 v obliki odstotkov glede na število odgovorov.

Tabela 12. Zadovoljstvo z obravnavo v zdravstvu

	f	% odgovorov glede na število udeleženk
zelo nezadovoljna	5	9,4
nezadovoljna	11	20,8
srednje zadovoljna	12	22,6
zadovoljna	13	24,5
zelo zadovoljna	12	22,6



Graf 7. Zadovoljstvo z obravnavo v zdravstvu

Udeleženke, ki so bile zaradi svoje izkušnje nasilja v družini obravnavane v zdravstvu, so poročale o svojih izkušnjah glede prepoznave in obravnave nasilja v družini s strani zdravstvenega osebja. Kot najpogostejše izkušnje so navajale, da jih zdravstveno osebje ni obsojalo, da jih je poslušalo ter da je spoštovalo njihovo zasebnost. Kot najredkejše izkušnje so poročale, da je zdravstveno osebje sodelovalo z drugimi pristojnimi institucijami, da je poskrbelo za njihovo trenutno varnost ter da jih je vprašalo o prisotnosti nasilja v njihovi družini.

V tabeli 13 so prikazani odgovori udeleženk glede izkušenj v zdravstvu, in sicer v obliki odstotkov po stopnjah strinjanja s posamezno trditvijo ter povprečnih vrednosti s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti, od tistih, s katerimi so se udeleženke v povprečju najbolj strinjale, do tistih, s katerimi so se najmanj strinjale. Odgovori so prikazani tudi v grafu 8.

Tabela 13. Izkušnje udeleženk glede prepoznave in obravnave nasilja v družini v zdravstvu

%

	se nikakor ne strinjam	se ne strinjam	sem neodločena	se strinjam	se popolnoma strinjam	M	SD
Zdravstveno osebje me ni obsojalo.	2,0	9,8	13,7	49,0	25,5	3,9	1,0
Zdravstveno osebje je spoštovalo mojo zasebnost.	7,4	13,0	13,0	40,7	25,9	3,6	1,2
Zdravstveno osebje me je poslušalo.	5,6	13,0	16,7	40,7	24,1	3,6	1,1
Zdravstveno osebje mi je verjelo.	5,7	9,4	26,4	35,8	22,6	3,6	1,1
Zdravstvenemu osebju me je bilo sram govoriti o svoji izkušnji nasilja v družini.	5,8	21,2	3,8	46,2	23,1	3,6	1,2
Zdravstveno osebje je pazilo na način pogovora o nasilju, ko so bili prisotni otroci.	6,8	4,5	31,8	40,9	15,9	3,5	1,0
Zdravstveno osebje je upoštevalo moje osebne okoliščine (npr. brezposelnost, neurejena stanovanjska problematika, bolezen).	9,4	17,0	24,5	30,2	18,9	3,3	1,2
Zdravstveno osebje je upoštevalo moje želje glede obravnave nasilja v družini.	9,6	9,6	34,6	34,6	11,5	3,3	1,1
Zdravstvenemu osebju me je bilo	9,6	32,7	1,9	44,2	11,5	3,2	1,3

strah spregovoriti o svoji izkušnji
nasilja v družini.

Zdravstveno osebje je ustrezno
prepoznalo znake nasilja v moji
družini. 17,3 11,5 23,1 36,5 11,5 3,1 1,5

Zdravstveno osebje je upoštevalo
moje navade in običaje. 11,8 21,6 23,5 31,4 11,8 3,1 1,3

Zdravstveno osebje si je vzelo
dovolj časa zame. 13,0 27,8 16,7 24,1 18,5 3,1 1,4

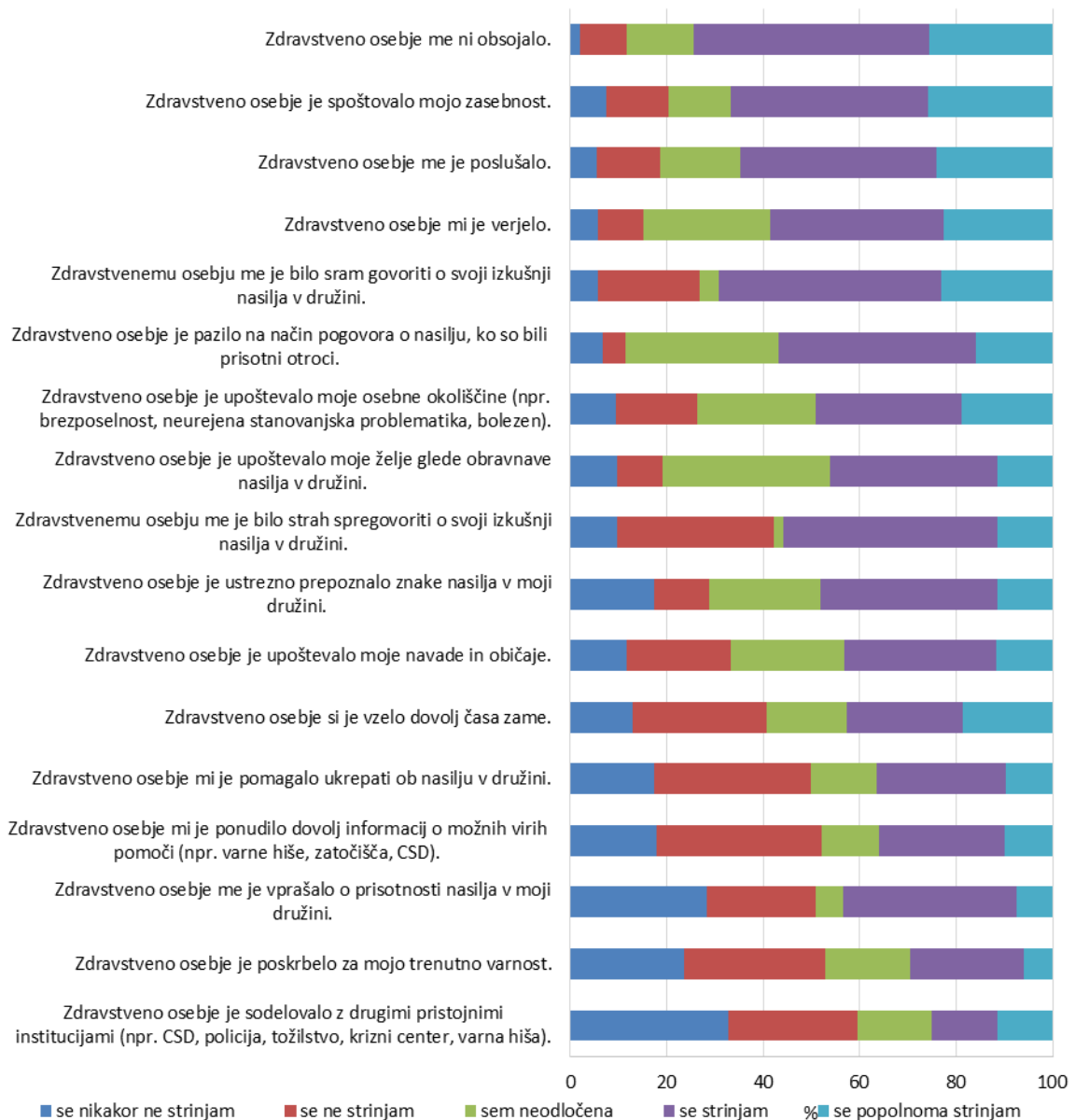
Zdravstveno osebje mi je pomagalo
ukrepati ob nasilju v družini. 17,3 32,7 13,5 26,9 9,6 2,8 1,5

Zdravstveno osebje mi je ponudilo
dovolj informacij o možnih virih
pomoči (npr. varne hiše, zatočišča,
CSD). 18,0 34,0 12,0 26,0 10,0 2,8 1,6

Zdravstveno osebje me je vprašalo o
prisotnosti nasilja v moji družini. 28,3 22,6 5,7 35,8 7,5 2,7 2,2

Zdravstveno osebje je poskrbelo za
mojo trenutno varnost. 23,5 29,4 17,6 23,5 5,9 2,6 1,8

Zdravstveno osebje je sodelovalo z
drugimi pristojnimi institucijami
(npr. CSD, policija, tožilstvo, krizni
center, varna hiša). 32,7 26,9 15,4 13,5 11,5 2,4 2,4



Graf 8. Izkušnje udeleženk glede prepoznave in obravnave nasilja v družini v zdravstvu

Primernost zdravstvenega osebja za pogovor glede nasilja v družini in razlogi za neustrezno prepoznavo in obravnavo nasilja v družini v zdravstvu

Udeleženke raziskave so na ravni celotnega vzorca podale svoje mnenje o primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede prisotnosti nasilja v družini in mnenje o razlogih, zaradi katerih zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno obravnava osebe z izkušnjo nasilja v družini.

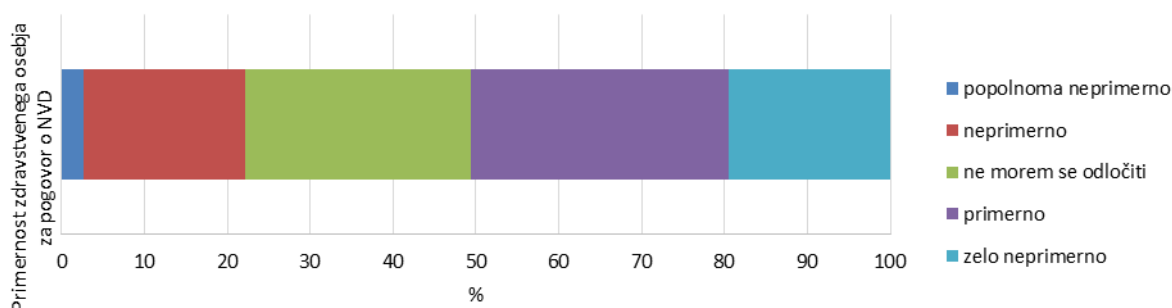
Udeleženke raziskave so primernost zdravstvenega osebja za pogovor glede prisotnosti nasilja v družini ocenjevale s povprečno oceno 3,5 ($SD = 1,1$) na petstopenjski lestvici (1 –

popolnoma neprimerno, 5 – popolnoma primerno), kar pomeni, da je povprečna ocena med stopnjama »ne morem se odločiti« in »primerno«.

V tabeli 14 so predstavljene frekvence in odstotki po posameznih odgovorih, prikazuje jih tudi graf 9 v obliki odstotkov glede na število odgovorov.

Tabela 14. Ocene primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede prisotnosti nasilja v družini

	f	% odgovorov glede na število udeleženk
popolnoma neprimerno	2	2,6
neprimerno	15	19,5
ne morem se odločiti	21	27,3
primerno	24	31,2
zelo neprimerno	15	19,5



Graf 9. Ocene primernosti zdravstvenega osebja za pogovor glede prisotnosti nasilja v družini. Udeleženske so ocenjevale tudi, kako pogosti so po njihovem mnenju razlogi, da zdravstveno osebje ne prepozna in ustrezno obravnava osebe z izkušnjo nasilja v družini. Kot najpogostejše razloge so prepoznavale pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč osebam z izkušnjo nasilja v družini, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem ter preobremenjenost z delom. V najmanjši meri so kot razloge za neprepoznavanje in neustrezno obravnavo prepoznavale naslednje razloge: izkušnja z nasiljem v svoji družini pri zdravstvenem osebju, strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa med pacientko in zdravstvenim osebjem ter da zdravstveno osebje nima pooblastil, da bi ukrepalo.

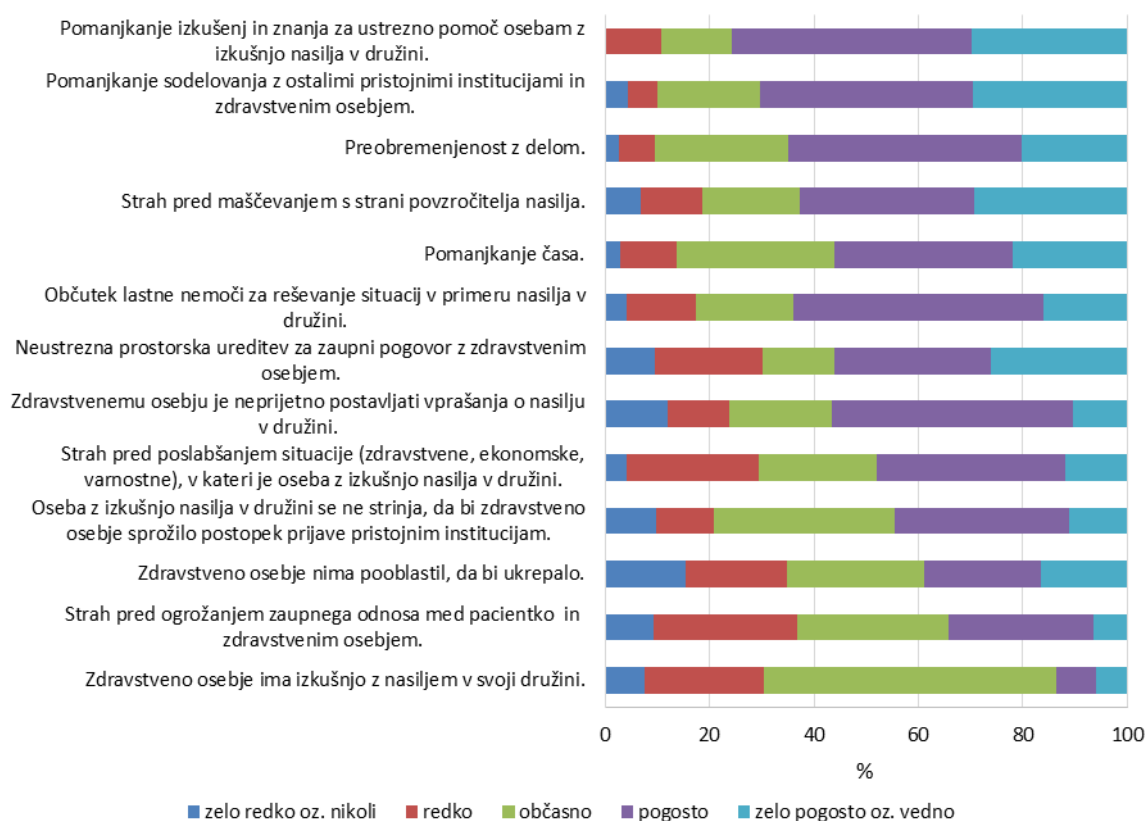
Tabela 15 prikazuje pogostost prepoznavanja posameznih razlogov za neprepoznavanje in neustrezno obravnavo oseb z izkušnjo nasilja v družini. Prikazani so odstotki odgovorov in

povprečne vrednosti s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti, od tistih, s katerimi so se udeleženke najpogosteje strinjale oziroma tistih, ki so jih najpogosteje prepoznavale, do tistih, ki so jih prepoznavale najredkeje. Odgovori so prikazani tudi v grafu 10.

Tabela 15. Razlogi za neprepoznavanje in neustrezno obravnavo oseb z izkušnjo nasilja v družini v zdravstvu po mnenju udeleženk

	%					M	SD
	zelo redko oz. nikoli	redko	občasno	pogosto	zelo pogosto oz. vedno		
Pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoč osebam z izkušnjo nasilja v družini.	0,0	10,8	13,5	45,9	29,7	3,9	1,0
Pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem.	4,2	5,6	19,7	40,8	29,6	3,9	1,0
Preobremenjenost z delom.	2,7	6,8	25,7	44,6	20,3	3,7	0,9
Strah pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja.	6,7	12,0	18,7	33,3	29,3	3,7	1,2
Pomanjkanje časa.	2,7	11,0	30,1	34,2	21,9	3,6	1,0
Občutek lastne nemoči za reševanje situacij v primeru nasilja v družini.	4,0	13,3	18,7	48,0	16,0	3,6	1,0
Neustrezna prostorska ureditev za zaupni pogovor z zdravstvenim osebjem.	9,6	20,5	13,7	30,1	26,0	3,4	1,4
Zdravstvenemu osebju je neprijetno postavljati vprašanja o nasilju v družini.	11,8	11,8	19,7	46,1	10,5	3,3	1,3
Strah pred poslabšanjem situacije (zdravstvene, ekonomske, varnostne), v kateri je oseba z izkušnjo nasilja v družini.	4,0	25,3	22,7	36,0	12,0	3,3	1,1

Oseba z izkušnjo nasilja v družini se ne strinja, da bi zdravstveno osebje sprožilo postopek prijave pristojnim institucijam.	9,7	11,1	34,7	33,3	11,1	3,3	1,2
Zdravstveno osebje nima pooblastil, da bi ukrepalo.	15,3	19,4	26,4	22,2	16,7	3,1	1,6
Strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa med pacientko in zdravstvenim osebjem.	9,2	27,6	28,9	27,6	6,6	2,9	1,2
Zdravstveno osebje ima izkušnjo z nasiljem v svoji družini.	7,6	22,7	56,1	7,6	6,1	2,8	0,9



Graf 10. Razlogi za neprepoznavanje in neustrezno obravnavo oseb z izkušnjo nasilja v družini v zdravstvu po mnenju udeleženk

VPRAŠALNIK ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE

METODA

Udeleženci

V raziskavo je bilo vključenih 448 oseb, zaposlenih v zdravstvu. Podroben opis vzorca se nahaja v poglavju Rezultati.

Pripomočki

V raziskavi je bil uporabljen anonimni spletni samoocenjevalni Vprašalnik o prepoznavi in obravnavi nasilja v družini za zdravstveno osebje, razvit v okviru raziskave projekta POND_SiZdrav. Vprašalnik je vseboval naslednje sklope vprašanj:

- demografski podatki in značilnosti dela udeleženca,
- stališča do nasilja v družini,
- stališča do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini,
- srečevanje z nasiljem v družini pri delu,
- izkušnje in ravnanja ob srečevanju z nasiljem v družini pri delu,
- ovire pri odzivanju v primerih nasilja v družini pri delu,
- mnenja o izobraževanjih o nasilju v družini v zdravstvu.

Vprašanja so bila zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori. Na posamezna kvantitativna vprašanja so udeleženci odgovarjali s podajanjem odgovora na petstopenjski lestvici strinjanja (1 – se nikakor ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam) oziroma pogostosti (1 – zelo redko oziroma nikoli, 5 – zelo pogosto oziroma vedno).

Postopek

Zbiranje podatkov je potekalo od 16. 4. 2015 do 18. 6. 2015 preko spletnega vprašalnika. Udeleženci so bili k sodelovanju povabljeni preko oglasov, objavljenih na projektni spletni strani in spletnih straneh partnerjev projekta POND_SiZdrav ter različnih dopisnih seznamov.

REZULTATI

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 448 oseb, zaposlenih v zdravstvu, od tega 86,2 % žensk in 13,8 % moških. Povprečna starost udeležencev je bila 42,7 leta ($SD = 11,0$), v razponu od 21 do 72 let. 58,0 % udeležencev je bilo poročenih, 22,0 % je imelo partnerja in je živelo z njim, 6,5 % je imelo partnerja, vendar z njim ni živelo, 7,4 % udeležencev je bilo samskih in 6,0 % razvezanih. 76,1 % udeležencev je imelo otroke, medtem ko jih 23,2 % ni imelo.

V nadaljevanju so predstavljene preostale značilnosti udeležencev v vzorcu.

Tabela 1 prikazuje števila in odstotke udeležencev glede na stopnjo izobrazbe. Največ udeležencev je imelo doseženo VII. stopnjo izobrazbe, najmanj pa V. stopnjo izobrazbe.

Tabela 1. Udeleženci glede na doseženo stopnjo izobrazbe

	N	%
V.: Gimnazijsko, srednje poklicno-tehniško izobraževanje, srednjetehtniško oz. drugo strokovno izobraževanje	23	5,1
VI.: Višješolski program, višješolski strokovni program	44	9,8
VI/2.: Specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni programi, visokošolski strokovni in univerzitetni programi (1. bolonjska stopnja)	80	17,9
VII.: Specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program, magisterij stroke (2. bolonjska stopnja)	146	32,6
VIII/1.: Specializacija po univerzitetnem programu, magisterij znanosti	128	28,6
VIII/2.: Doktorat znanosti, doktorat znanosti (3. bolonjska stopnja)	26	5,8

Največ udeležencev je bilo zaposlenih v mestnem okolju, najmanj pa v vaškem. V vzorcu so bili najbolj zastopani udeleženci, zaposleni v Osrednjeslovenski regiji, medtem ko je najmanj udeležencev bilo zaposlenih v Obalno-kraški regiji. Števila in odstotki udeležencev glede na okolje zaposlitve so prikazani v tabeli 2 in v tabeli 3 glede na regijo, v kateri so zaposleni.

Tabela 2. Udeleženci glede na okolje zaposlitve

	N	%
mestno	329	73,4
primestno	65	14,5
vaško	54	12,1

Tabela 3. Udeleženci glede na regijo, v kateri so zaposleni

	N	%
Osrednjeslovenska	153	34,2
Podravska	130	29,0
Savinjska	27	6,0
Gorenjska	26	5,8

Jugovzhodna Slovenija	26	5,8
Goriška	19	4,2
Pomurska	19	4,2
Koroška	12	2,7
Primorsko-notranjska	12	2,7
Spodnjeposavska	9	2,0
Zasavska	9	2,0
Obalno-kraška	6	1,3

Tabela 4 prikazuje števila in odstotke udeležencev glede na njihovo delovno mesto. V vzorcu so bili najbolj zastopani zdravniki specialisti, nato diplomirane medicinske sestre oziroma zdravstveniki.

Tabela 4. Udeleženci glede na delovno mesto

	N	%
zdravnik specialist	166	37,1
diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	131	29,2
zdravnik specializant	41	9,2
zobozdravnik	27	6,0
srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik/zdravstveni tehnik	18	4,0
socialni delavec	15	3,3
univerzitetni diplomirani psiholog; specialist klinične psihologije	10	2,2
zdravnik (pripravnik, sekundarij, sobni zdravnik)	6	1,3
babica, diplomirana babica/diplomirani babičar	6	1,3
administracija	5	1,1
fizioterapevt	3	0,7
splošni zdravnik brez specializacije	2	0,4
psihoterapevt	2	0,4
bolničar	1	0,2
magister zdravstvene nege	1	0,2
drugo	13	2,9

Na trenutnem delovnem mestu so udeleženci delo opravljali v povprečju 13,4 leta ($SD = 11,2$) v razponu od 0 do 44 let. Tabela 5 prikazuje števila in odstotke udeležencev glede na področje dela. Največ udeležencev je prihajalo s področja družinske oziroma splošne medicine, najmanj pa iz dermatologije, razvojnih ambulant, geriatrije in klinične psihologije.

Tabela 5. Udeleženci glede na področje dela

	N	%
družinska/splošna medicina	152	33,9
psihiatrija	30	6,7
pediatrija	29	6,5
zobozdravstvo	29	6,5
interna medicina	26	5,8
ginekologija	21	4,7
travmatologija	20	4,5
zdravstvena nega	19	4,2
urgenca	11	2,5
kirurgija	8	1,8
javno zdravje	7	1,6
radiologija	6	1,3
socialno varstvo	6	1,3
psihoterapija	5	1,1
patronaža	4	0,9
oftalmologija	4	0,9
nevrologija	4	0,9
fizioterapija	3	0,7
pedopsihiatrija	3	0,7
porodništvo	3	0,7
fiziatrija	2	0,4
nujna medicinska pomoč	2	0,4
onkologija	2	0,4
ORL	2	0,4
mentalno zdravje	2	0,4
ortopedija	2	0,4
dermatologija	1	0,2

razvojna ambulanta	1	0,2
geriatrija	1	0,2
klinična psihologija	1	0,2
drugo	40	8,9

Tabela 6 prikazuje števila in odstotke udeležencev raziskave glede na zdravstveno raven, na kateri opravljajo svoje delo. V vzorcu so bili najbolj zastopani tisti udeleženci, ki so svoje delo opravljali na primarni zdravstveni ravni, najmanj zastopani pa tisti, ki so svoje delo opravljali v socialnovarstvenih zavodih.

Tabela 6. Udeleženci glede na zdravstveno raven, na kateri opravljajo svoje delo

	N	%
primarna zdravstvena raven (ambulante)	240	53,6
sekundarna zdravstvena raven (specialistične ambulante, splošne bolnišnice)	66	14,7
terciarna zdravstvena raven (klinike)	125	27,9
socialnovarstveni zavod	11	2,5
drugo	24	5,4

V nadaljevanju so predstavljeni odgovori udeležencev raziskave na posamezna vprašanja. V kolikor ni navedeno drugače, prikazani odstotki pri posameznih odgovorih predstavljajo deleže udeležencev glede na število oseb, ki so odgovorile na posamezno vprašanje.

Stališča do nasilja v družini in vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

Udeleženci raziskave so na vprašanje o pogostosti pojavljanja nasilja v družini v Sloveniji odgovarjali s povprečno oceno 3,8 ($SD = 0,7$) na petstopenjski lestvici (1 – zelo redko oz. nikoli; 5 – zelo pogosto), kar pomeni, da so v povprečju menili, da se v Sloveniji nasilje v družini pogosto pojavlja. V tabeli 7 so predstavljene frekvence in odstotki po posameznih odgovorih.

Tabela 7. Pogostost pojavljanja nasilja v družini v Sloveniji po mnenju udeležencev raziskave

	f	%
zelo redko oz. nikoli	2	0,4
redko	9	2,0
občasno	120	26,8

pogosto	239	53,3
zelo pogosto	70	15,6
ne vem	8	1,8

Udeleženci so se v največji meri strinjali, da so osebe, ki zlorablajo alkohol, pogosteje povzročitelji nasilja v družini, da bi žrtve partnerskega nasilja morale zapustiti svojega partnerja ne glede na okoliščine in da je nerazumevanje med člani družine povezano s pogostejšim pojavljanjem nasilja v družini. V najmanjši meri so se strinjali, da žrtve izzivajo nasilno vedenje in so zato odgovorne za posledice svojega vedenja, da je nasilje v družini običajen pojav in da je zasebna stvar. V tabeli 8 so prikazani odgovori udeležencev glede posameznih stališč do nasilja. Tabela prikazuje odstotke udeležencev po stopnjah strinjanja s posamezno trditvijo ter povprečne vrednosti s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti od tiste, s katero so se udeleženci v povprečju najbolj strinjali, do tiste, s katero so se najmanj strinjali. Odgovori udeležencev glede strinjanja s posameznimi stališči do nasilja so prikazani tudi v grafu 1.

Tabela 8. Strinjanje s posameznimi stališči do nasilja

	%					<i>M</i>	<i>SD</i>
	se nikakor ne strinjam	se ne strinjam	sem neodločen	se strinjam	se popolnoma strinjam		
Osebe, ki zlorablajo alkohol, so pogosteje povzročitelji nasilja v družini.	1,8	3,2	5,5	52,9	36,6	4,2	0,8
Žrtve partnerskega nasilja bi morale zapustiti svojega partnerja ne glede na okoliščine.	1,4	4,8	13,2	41,5	39,2	4,1	0,9
Nerazumevanje med člani družine je povezano s pogostejšim pojavljanjem nasilja v družini.	1,8	7,5	13,6	62,6	14,5	3,8	0,8
Vsakodnevni pritiski širšega okolja povečujejo možnost za pojavljanje nasilja v družini.	4,3	11,1	20,0	50,8	13,8	3,6	1,0
Povzročitelji nasilja so bili v otroštvu žrtve nasilja.	2,0	10,9	31,7	50,7	4,8	3,5	0,8
Nagnjenost k nasilnemu vedenju je posledica duševne bolezni/motnje.	7,7	31,4	29,8	27,8	3,2	2,9	1,0
Osebe z nizko stopnjo	9,5	32,0	33,1	23,1	2,3	2,8	1,0

izobrazbe so pogosteje
povzročitelji nasilja v družini.

Nasilje je pogostejše v
družinah, kjer vsaj ena oseba
potrebuje posebno nego. 8,6 28,4 42,5 18,9 1,6 2,8 0,9

Mediji s poročanjem o nasilju
in prikazovanjem nasilnih
vsebin spodbujajo nasilno
vedenje v družini. 15,0 27,7 28,2 24,8 4,3 2,8 1,1

Nasilje v družini se pogosteje
pojavlja v revnejših kot v
premožnejših družinah. 15,0 36,3 31,3 15,4 2,0 2,5 1,0

Nasilje v družini je pogostejše
v migrantskih skupnostih kot
med večinskim prebivalstvom. 15,9 36,8 39,3 7,3 0,7 2,4 0,9

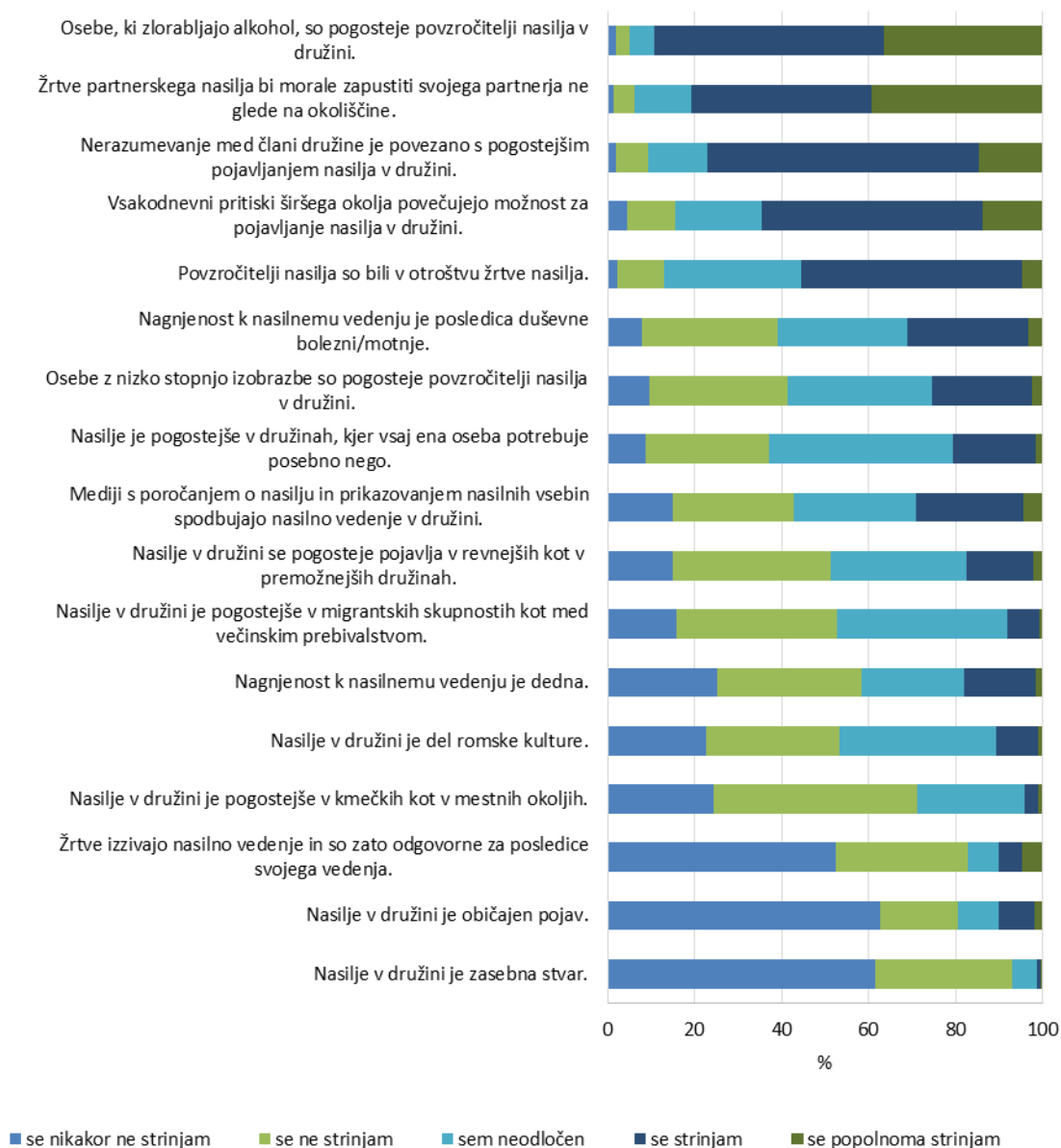
Nagnjenost k nasilnemu
vedenju je dedna. 25,2 33,3 23,6 16,3 1,6 2,4 1,1

Nasilje v družini je del romske
kulture. 22,6 30,8 35,8 9,8 0,9 2,4 1,0

Nasilje v družini je pogostejše
v kmečkih kot v mestnih
okoljih. 24,3 46,9 24,7 3,2 0,9 2,1 0,8

Žrtve izzivajo nasilno vedenje
in so zato odgovorne za
posledice svojega vedenja. 52,5 30,5 7,0 5,2 4,8 1,8 1,1

Nasilje v družini je običajen pojav.	62,8	17,8	9,5	8,1	1,8	1,7	1,1
Nasilje v družini je zasebna stvar.	61,6	31,5	5,6	0,9	0,4	1,5	0,7



Graf 1. Strinjanje s posameznimi stališči do nasilja

Večina udeležencev se je strinjala, da je nasilje v družini nesprejemljivo v vseh okoliščinah, medtem ko so se le redki strinjali, da je nasilje v družini sprejemljivo. V tabeli 9 so prikazane frekvence in odstotki udeležencev, ki so se strinjali s posamezno trditvijo glede sprejemljivosti nasilja v družini.

Tabela 9. Sprejemljivost nasilja v družini

Nasilje v družini je....	f	%
nesprejemljivo v vseh okoliščinah in ga je treba v vsakem primeru zakonsko obravnavati.	333	74,7
nesprejemljivo v vseh okoliščinah, vendar ga ni treba v vsakem primeru zakonsko obravnavati.	110	24,7
sprejemljivo le v nekaterih okoliščinah.	2	0,4
sprejemljivo v vseh okoliščinah.	1	0,2

Udeleženci raziskave so se glede vloge zdravstva v največji meri strinjali, da naj zdravstveno osebje žrtvam nasilja v družini posreduje informacije o različnih oblikah pomoči in o postopkih obveščanja o nasilju v družini ter da v zdravstvu potrebujejo izobraževanja o nasilju v družini in smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini. Najmanj so se strinjali, da je ukrepanje v primeru prepoznave nasilja v družini zakonska obveznost zdravstvenega osebja in da naj zdravstveno osebje poizveduje o izpostavljenosti nasilju v družini, ko obstaja sum, da je obravnavana oseba žrtev nasilja v družini.

V tabeli 10 so prikazani odgovori udeležencev glede posameznih stališč do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Tabela prikazuje odstotke udeležencev po stopnjah strinjanja s posamezno trditvijo ter povprečno vrednost odgovorov s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti, od tiste, s katero so se udeleženci v povprečju najbolj strinjali, do tiste, s katero so se najmanj strinjali. Odgovori udeležencev glede stališč do vloge zdravstva so prikazani tudi v grafu 2.

Tabela 10. Strinjanje s posameznimi stališči do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

	%					M	SD
	se nikakor ne strinjam	se ne strinja m	sem neodločen	se strinja m	se popolnoma strinjam		
Zdravstveno osebje naj žrtvam nasilja v družini posreduje informacije o različnih oblikah pomoči in o postopkih obveščanja	0,5	0,5	3,2	41,7	54,2	4,5	0,6

o nasilju v družini.

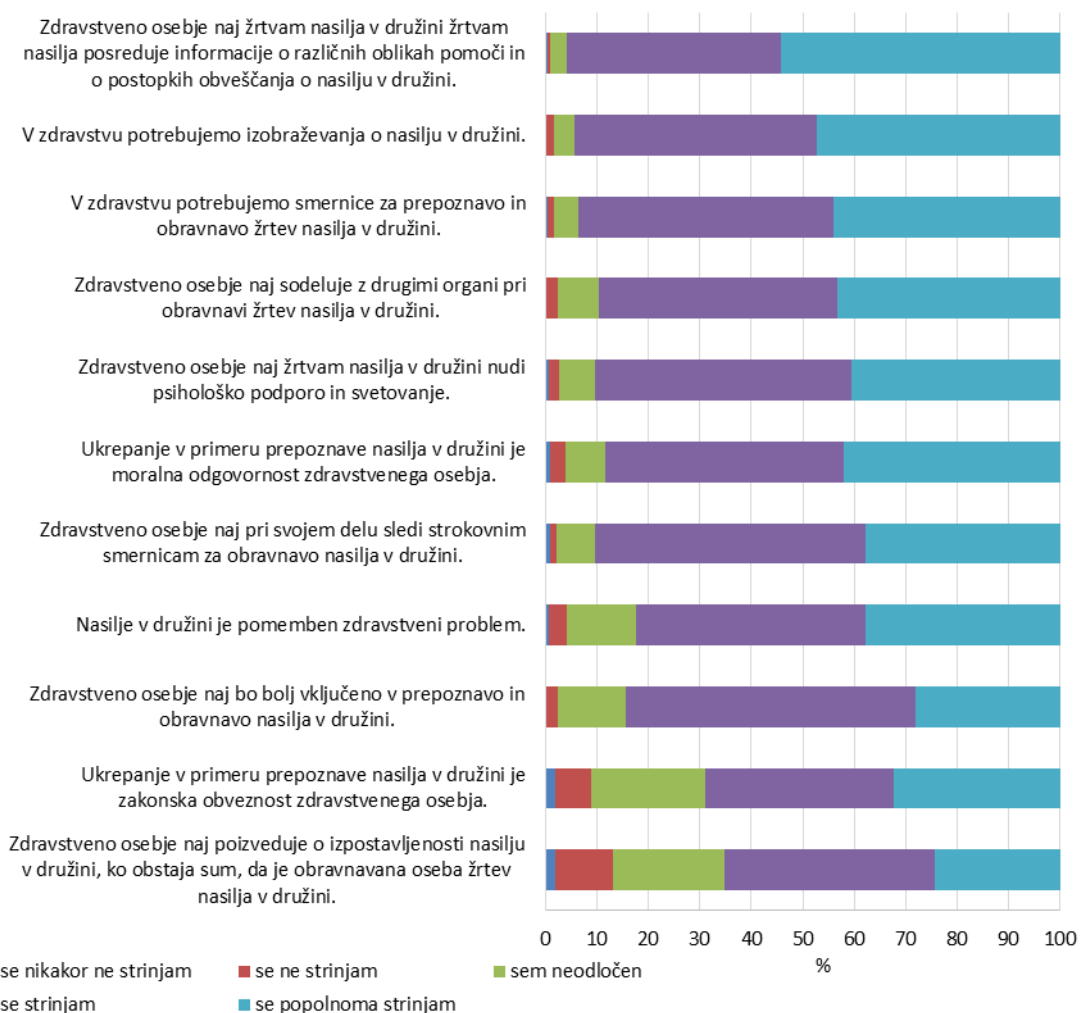
V zdravstvu potrebujemo izobraževanja o nasilju v družini.	0,2	1,3	4,0	47,2	47,2	4,4	0,7
V zdravstvu potrebujemo smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini.	0,5	1,1	4,7	49,5	44,1	4,4	0,7
Zdravstveno osebje naj sodeluje z drugimi organi pri obravnavi žrtev nasilja v družini.	0,2	2,3	7,9	46,3	43,3	4,3	0,7
Zdravstveno osebje naj žrtvam nasilja v družini nudi psihološko podporo in svetovanje.	0,7	2,0	7,0	49,7	40,6	4,3	0,7
Ukrepanje v primeru prepoznave nasilja v družini je moralna odgovornost zdravstvenega osebja.	0,9	2,9	7,7	46,4	42,1	4,3	0,8
Zdravstveno osebje naj pri svojem delu sledi strokovnim smernicam za obravnavo nasilja v družini.	0,9	1,1	7,7	52,4	37,9	4,3	0,7
Nasilje v družini je pomemben zdravstveni problem.	0,7	3,4	13,5	44,6	37,8	4,2	0,8
Zdravstveno osebje naj bo bolj vključeno v prepoznavo in obravnavo nasilja v družini.	0,0	2,5	13,2	56,2	28,2	4,1	0,7

Ukrepanje v primeru prepoznavе
nasilja v družini je zakonska
obveznost zdravstvenega osebja.

1,8 7,0 22,2 36,7 32,4 3,9 1,0

Zdravstveno osebje naj
poizveduje o izpostavljenosti
nasilju v družini, ko obstaja sum,
da je obravnavana oseba žrtev
nasilja v družini.

1,8 11,3 21,6 41,0 24,3 3,7 1,0



Graf 2. Strinjanje s posameznimi stališči do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

Srečevanje z nasiljem v družini pri delu

Z nasiljem v družini se je pri svojem delu že srečalo 329 udeležencev (73,8 %), medtem ko se 117 (26,2 %) udeležencev pri delu še ni srečalo z nasiljem v družini. O pogostosti srečevanja z nasiljem v družini so udeleženci odgovarjali s povprečno oceno 2,6 ($SD = 0,8$) na petstopenjski lestvici (1 – zelo redko oz. nikoli; 5 – zelo pogosto), kar pomeni, da so se z nasiljem v družini pri delu srečevali redko oziroma občasno. V tabeli 11 so predstavljene frekvence in odstotki po posameznih odgovorih.

Tabela 11. Pogostost srečevanja z nasiljem v družini pri delu

	f	%
zelo redko oz. nikoli	22	6,8
redko	120	37,3
občasno	150	46,6
pogosto	30	9,3
zelo pogosto oz. vedno	6	1,9

Izkušnje in ravnanja ob srečevanju z nasiljem v družini pri delu

Udeleženci, ki so se z nasiljem v družini že srečali pri svojem delu, so poročali o svojih izkušnjah in ravnanjih ob srečevanju z nasiljem v družini.

Udeleženci so najpogosteje poročali, da se ob prepoznavi žrtve nasilja v družini odzovejo, da pri svojem delu nudijo pogovor in podporo pacientu ob sumu na nasilje v njegovi družini ter da iz vedenja pacienta razberejo, da je žrtev nasilja v družini. Najredkeje so poročali, da pri svojem delu uporabljajo predpisan protokol za ravnanje z žrtvami nasilja v družini, da imajo pri svojem delu na razpolago informativni material o nasilju v družini, ki ga lahko posredujejo žrtvam nasilja v družini, ter da ob prepoznavi nasilja v družini podajo prijavo na tožilstvo.

V tabeli 12 so prikazani odgovori udeležencev glede posameznih izkušenj in ravnanj ob prepoznavi in obravnavi nasilja v družini pri svojem delu. Tabela prikazuje odstotke posameznih odgovorov na posamezno postavko ter povprečno vrednost odgovorov s standardnimi odkloni. Trditve oziroma izkušnje in ravnanja so prikazana po vrsti, od tistih, o katerih so udeleženci najpogosteje poročali, do tistih, o katerih so udeleženci najredkeje poročali. Odgovori udeležencev glede izkušenj in ravnanj so prikazani tudi v grafu 3.

Tabela 12. Pogostost posameznih izkušenj in ravnanj zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

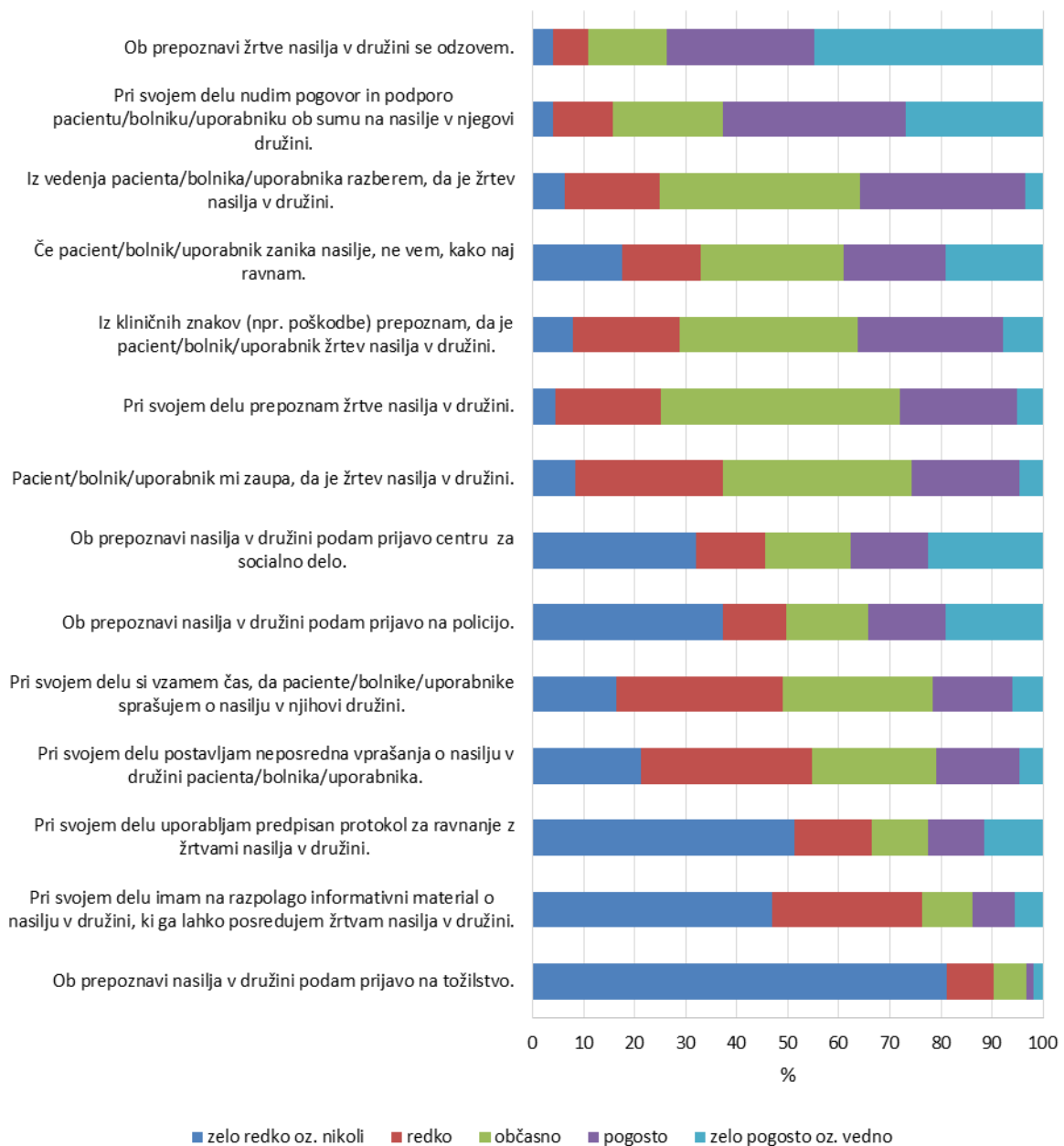
	%					M	S D
	zelo redko oz. nikoli	redk o	občas o	pog to	zelo pogost oz. vedno		
Ob prepoznavi žrtve nasilja v družini se odzovem.	4,1	6,9	15,3	29,1	44,7	4,0	1, 1
Pri svojem delu nudim pogovor in podporo pacientu/bolniku/uporabniku ob sumu na nasilje v njegovi družini.	4,1	11,6	21,6	35,7	27,0	3,7	1, 1
Iz vedenja pacienta/bolnika/uporabnika razberem, da je žrtev nasilja v družini.	6,2	18,7	39,3	32,4	3,4	3,1	0, 9

Če pacient/bolnik/uporabnik zanika nasilje, ne vem, kako naj ravnam.	17,5	15,6	27,9	20,0	19,0	3,1	1,3
Iz kliničnih znakov (npr. poškodbe) prepoznam, da je pacient/bolnik/uporabnik žrtev nasilja v družini.	7,8	20,9	35,0	28,4	7,8	3,1	1,1
Pri svojem delu prepoznam žrtve nasilja v družini.	4,4	20,9	46,7	23,1	5,0	3,0	0,9
Pacient/bolnik/uporabnik mi zaupa, da je žrtev nasilja v družini.	8,5	28,8	37,0	21,0	4,7	2,8	1,0
Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo centru za socialno delo.	32,0	13,6	16,8	15,2	22,5	2,8	1,6
Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo na policijo.	37,3	12,3	16,1	15,2	19,0	2,7	1,6
Pri svojem delu si vzamem čas, da paciente/bolnike/uporabnike sprašujem o nasilju v njihovi družini.	16,4	32,5	29,4	15,8	5,9	2,6	1,1
Pri svojem delu postavljam neposredna vprašanja o nasilju v družini pacienta/bolnika/uporabnika.	21,2	33,6	24,3	16,2	4,7	2,5	1,1
Pri svojem delu uporabljam predpisan protokol za ravnanje z žrtvami nasilja v družini.	51,3	15,2	11,1	11,1	11,4	2,2	1,4
Pri svojem delu imam na razpolago	46,9	29,4	10,0	8,1	5,6	2,0	1,

informativni material o nasilju v družini, ki ga lahko posredujem žrtvam nasilja v družini.

2

Ob prepoznavi nasilja v družini podam prijavo na tožilstvo. 81,1 9,3 6,4 1,3 1,9 1,3 0,8



Graf 3. Pogostost posameznih izkušenj in ravnanj zdravstvenega osebja pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

Ovire, ki zdravstveno osebje odvrtaajo od odzivanja v primerih prepoznaneega nasilja v druini

Udeleenci, ki so se pri svojem delu e sreali z nasiljem v druini, so poroali o ovirah, ki jih odvrtaajo od odzivanja v primerih prepoznaneega nasilja v druini.

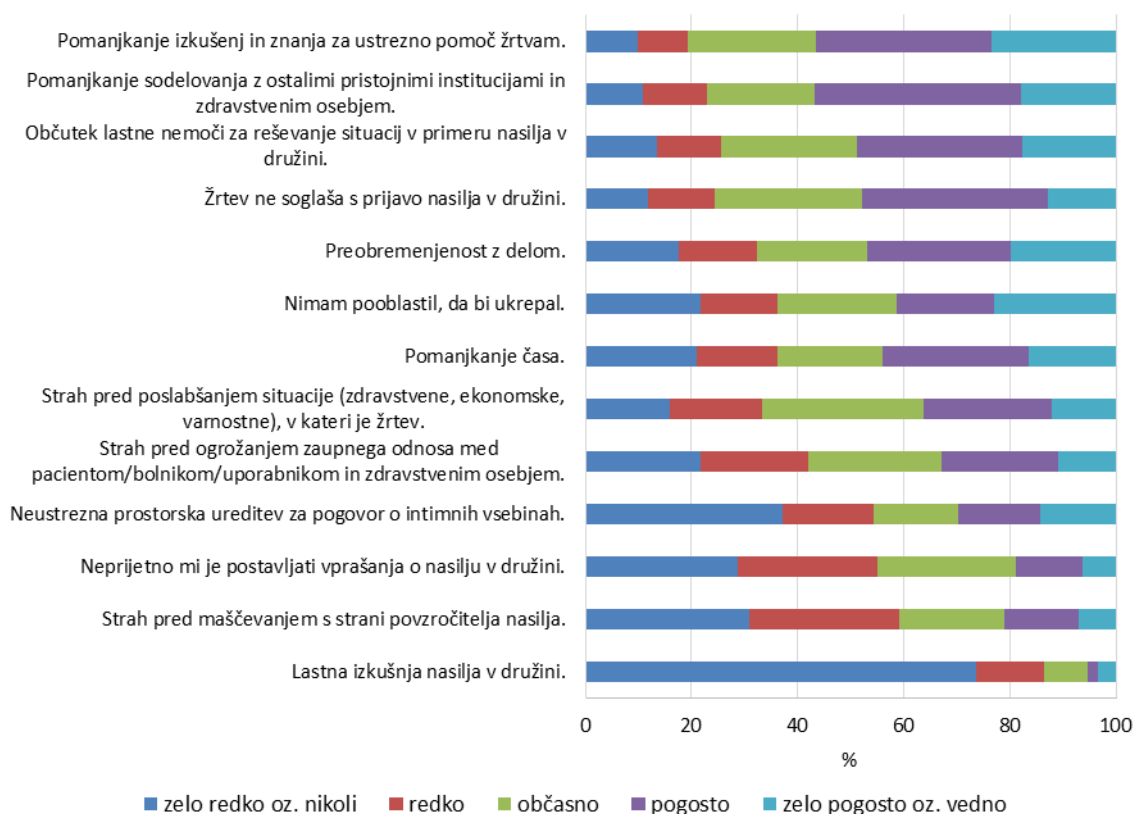
Udeleenci so kot najpogostejse ovire prepoznali pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoa zrtvam, pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem ter obutek lastne nemoai za reevanje situacij v primeru nasilja v druini. Najredkeje so kot oviro pri odzivanju v primerih prepoznaneega nasilja v druini prepoznali, da jim je neprijetno postavljati vpraanja o nasilju v druini, strah pred maševanjem s strani povzroaitelja nasilja ter lastno izkušnjo nasilja v druini.

V tabeli 13 so prikazani odgovori udeleencev glede posameznih ovir, ki jih odvrtaajo od odzivanja v primerih prepoznaneega nasilja v druini. Tabela prikazuje odstotke odgovorov na posamezno postavko ter povpreano vrednost odgovorov s standardnimi odkloni. Trditve so prikazane po vrsti od tiste, o kateri so udeleenci najpogosteje poroali, do tiste, o kateri so poroali najredkeje. Odgovori udeleencev glede ovir pri prepoznavi nasilja v druini v zdravstvu so prikazani tudi v grafu 4.

Tabela 13. Ovire pri prepoznavi nasilja v druini v zdravstvu

	%					M	SD
	zelo redko oz. nikoli	redko	občasno	pogosto	zelo pogosto oz. vedno		
Pomanjkanje izkušenj in znanja za ustrezno pomoa zrtvam.	9,8	9,5	24,1	33,2	23,4	3,5	1,2
Pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami in zdravstvenim osebjem.	10,8	12,1	20,4	38,9	17,8	3,4	1,2
Obutek lastne nemoai za reevanje situacij v primeru nasilja v druini.	13,6	12,0	25,6	31,0	17,7	3,3	1,3

Žrtev ne soglaša s prijavo nasilja v družini.	11,9	12,5	27,9	34,9	12,8	3,2	1,2
Preobremenjenost z delom.	17,6	14,7	20,8	27,2	19,8	3,2	1,4
Nimam pooblastil, da bi ukrepal.	21,7	14,4	22,7	18,2	23,0	3,1	1,5
Pomanjkanje časa.	20,9	15,3	19,7	27,5	16,6	3,0	1,4
Strah pred poslabšanjem situacije (zdravstvene, ekonomske, varnostne), v kateri je žrtev.	15,9	17,5	30,5	24,1	12,1	3,0	1,2
Strah pred ogrožanjem zaupnega odnosa med pacientom/bolnikom/uporabnikom in zdravstvenim osebjem.	21,7	20,4	25,2	22,0	10,8	2,8	1,3
Neustrezna prostorska ureditev za pogovor o intimnih vsebinah.	37,1	17,1	15,9	15,6	14,3	2,5	1,5
Neprijetno mi je postavljati vprašanja o nasilju v družini.	28,7	26,4	26,1	12,4	6,4	2,4	1,2
Strah pred maščevanjem s strani povzročitelja nasilja.	30,8	28,3	20,0	14,0	7,0	2,4	1,2
Lastna izkušnja nasilja v družini.	73,7	12,7	8,3	1,9	3,5	1,5	1,0



Graf 4. Ovire pri prepoznavi nasilja v družini v zdravstvu

Izobraževanja s področja nasilja v družini in zdravstveno osebje

Izobraževanja s področja nasilja v družini so se v preteklosti že udeležili 104 (23,4 %) udeleženci raziskave, medtem ko se izobraževanj še ni udeležilo 340 (76,8 %) udeležencev raziskave.

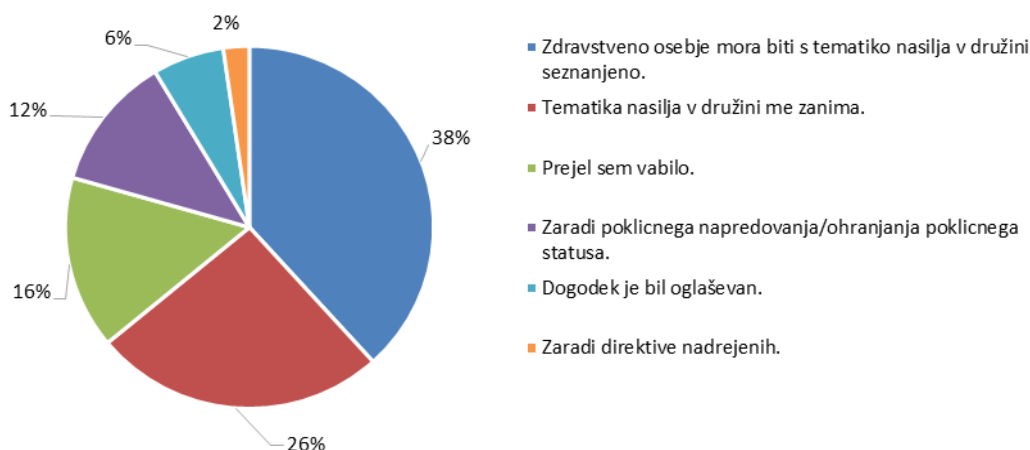
Tisti, ki so se izobraževanj že udeležili, so kot razloge za udeležbo najpogosteje navajali, da mora biti zdravstveno osebje seznanjeno s tematiko nasilja v družini in da jih tematika nasilja v družini zanima. Najredkeje so se izobraževanj udeležili zaradi navodila nadrejenih.

Frekvence in odstotki udeležencev, ki so se strinjali s posameznimi razlogi za udeležbo na izobraževanjih, so prikazani v tabeli 14. Odstotki zastopanosti posameznih razlogov so prikazani tudi v grafu 5, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 14. Razlogi za udeležbo na izobraževanjih

	f	% odgovorov glede na število udeležencev
Zdravstveno osebje mora biti seznanjeno s tematiko nasilja v družini.	67	64,4

Tematika nasilja v družini me zanima.	45	43,7
Prejel sem vabilo.	27	26,0
Zaradi poklicnega napredovanja/ohranjanja poklicnega statusa.	21	20,2
Dogodek je bil oglaševan.	11	10,6
Zaradi direktive nadrejenih.	4	3,8



Graf 5. Razlogi za udeležbo na izobraževanjih

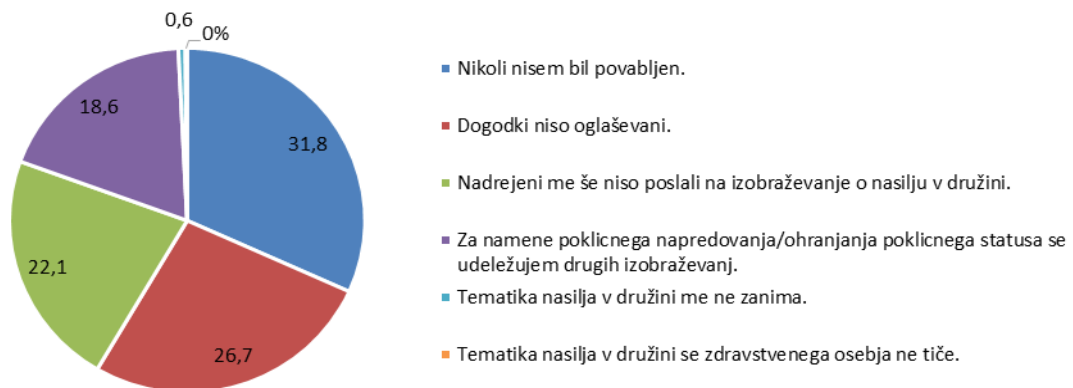
Udeleženci raziskave, ki se izobraževanj še niso udeležili, so med razlogi za neudeleževanje najpogosteje poročali, da nikoli niso bili povabljeni, da dogodki niso bili oglaševani, da jih nadrejeni še niso poslali na izobraževanje o nasilju v družini ter da se za namene poklicnega napredovanja oziroma ohranjanja poklicnega statusa udeležujejo drugih izobraževanj. V najmanjši meri so kot razlog za neudeležbo na izobraževanjih poročali, da tematika nasilja v družini zdravstvenega osebja ne zadeva.

Frekvence in odstotki udeležencev, ki so se strinjali s posameznimi razlogi za udeležbo na izobraževanjih, so prikazani v tabeli 15. Odstotki zastopanosti posameznih razlogov so prikazani tudi v grafu 6, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 15. Razlogi za neudeležbo na izobraževanjih

	f	% odgovorov glede na število udeležencev
Nikoli nisem bil povabljen.	201	59,1
Dogodki niso oglaševani.	169	49,7
Nadrejeni me še niso poslali na izobraževanje o nasilju v družini.	140	41,2

Za namene poklicnega napredovanja/ohranjanja poklicnega statusa se udeležujem drugih izobraževanj.	118	34,7
Tematika nasilja v družini me ne zanima.	4	1,2
Tematika nasilja v družini se zdravstvenega osebja ne tiče.	1	0,3



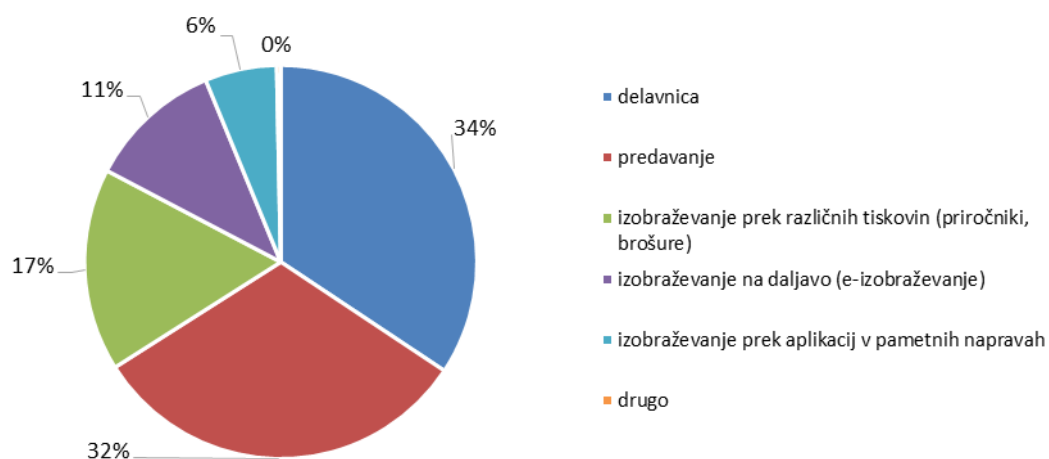
Graf 6. Razlogi za neudeležbo na izobraževanjih

Udeleženci raziskave so poročali tudi o svojih željah glede izobraževanj s področja prepoznave in obravnave nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti.

Udeleženci so poročali, da bi jim najbolj ustrezala izobraževanja v obliki delavnic in predavanj, najmanj pa bi jim ustrezalo izobraževanje prek aplikacij v pametnih napravah. Frekvence in odstotki udeležencev, ki so posamezno obliko izobraževanj označili kot ustrezno, so prikazani v tabeli 16. Odstotki ustreznosti posameznih oblik izobraževanj so tudi v grafu 7, ki prikazuje odstotke glede na število odgovorov.

Tabela 16. Oblike izobraževanj glede na ustreznost za zdravstveno osebje

	f	% odgovorov glede na število udeležencev
Delavnica	313	69,9
Predavanje	289	64,5
Izobraževanje prek različnih tiskovin (priročniki, brošure)	152	33,9
Izobraževanje na daljavo (e-izobraževanje)	101	22,5
Izobraževanje prek aplikacij v pametnih napravah	54	12,1
Drugo	3	0,7



Graf 7. Oblike izobraževanj glede na ustreznost za zdravstveno osebje

Udeleženci raziskave so najpogosteje menili, da bi morale izobraževanje vsebovati primere dobrih kliničnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini, načine komunikacije z žrtvijo ter zaupnost podatkov in zdravstvene protokole obravnave žrtev. V najmanjši meri so menili, da bi morale izobraževanje vsebovati medicinske vidike posledic nasilja v družini, ki se nanašajo le na njihovo delovno področje oziroma specializacijo.

Frekvence in odstotki udeležencev, ki so za posamezno temo menili, da bi jo izobraževanje moralo pokriti, so prikazani v tabeli 17. Odstotki glede na število odgovorov za posamezno temo izobraževanj so prikazani v grafu 8.

Tabela 17. Teme, ki bi jih po mnenju zdravstvenega osebja moralo pokriti izobraževanje o nasilju v družini

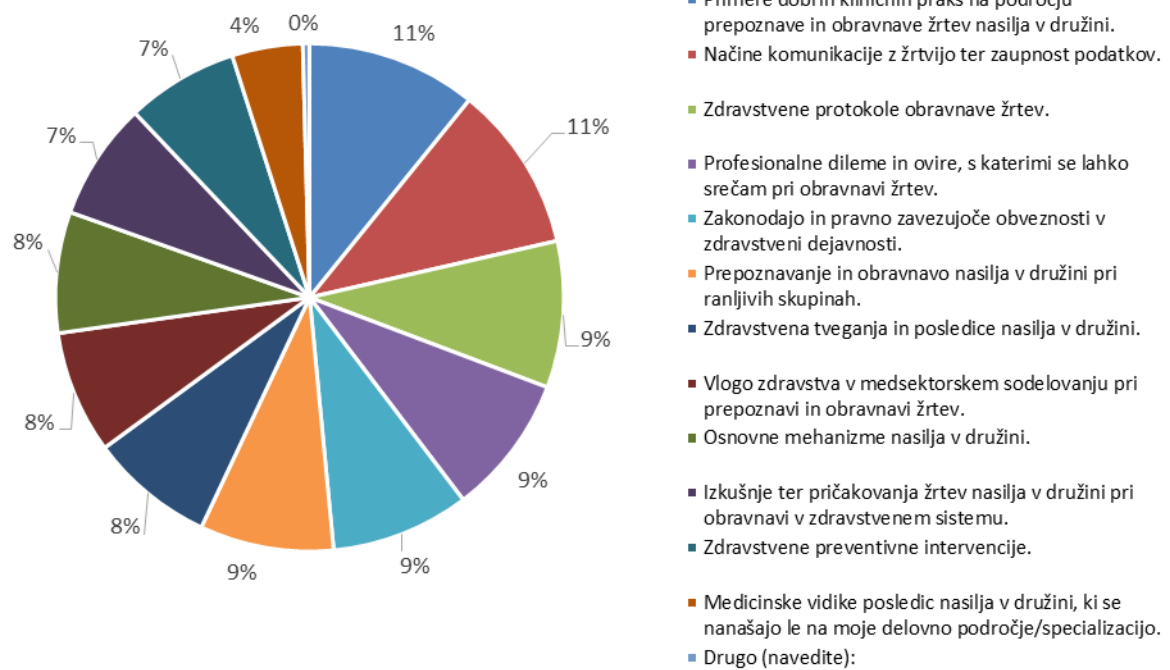
	f	% odgovorov glede na število udeležencev
Primere dobrih kliničnih praks na področju prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini.	358	79,9
Načine komunikacije z žrtvijo ter zaupnost podatkov.	351	78,3
Zdravstvene protokole obravnave žrtev.	309	69,0
Profesionalne dileme in ovire, s katerimi se lahko srečam pri obravnavi žrtev.	295	65,8
Zakonodajo in pravno zavezujoče obveznosti v zdravstveni dejavnosti.	292	65,2
Prepoznavanje in obravnavo nasilja v družini pri ranljivih skupinah.	282	62,9
Zdravstvena tveganja in posledice nasilja v družini.	262	58,5
Vlogo zdravstva v medsektorskem sodelovanju pri prepoznavi in obravnavi žrtev.	259	57,8
Osnovne mehanizme nasilja v družini.	255	56,9
Izkušnje ter pričakovanja žrtev nasilja v družini pri obravnavi v zdravstvenem sistemu.	248	55,4
Zdravstvene preventivne intervencije.	236	52,7
Medicinske vidike posledic nasilja v družini, ki se nanašajo le na	149	33,3

moje delovno področje/specializacijo.

Drugo.

14

3,1



Graf 8. Teme, ki bi jih po mnenju zdravstvenega osebja moralo pokriti izobraževanje o nasilju v družini

Vprašalnik za zdravstveno osebje – informacije iz komentarjev ob koncu vprašalnika

Stališča do vloge zdravstva pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini

V komentarjih ob koncu vprašalnika so udeleženci prepoznavali pomembno vlogo, ki jo ima zdravstvo na področju prepoznavne in obravnave nasilja v družini. Vlogo zdravstva vidijo predvsem v svetovanju, informiranju in izražanju podpore žrtvi nasilja v družini ter v sodelovanju z drugimi institucijami. Nekateri so poudarili, da je zdravstveno osebje odgovorno za ukrepanje, tako z moralno-etičnega kot iz zakonskega vidika, omenili pa so tudi, da je zdravstveni sistem sam tudi lahko ovira pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini.

Izkušnje in ravnanja ob srečevanju z nasiljem v družini pri delu; težave pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini; ovire ipd.

Glede obravnave nasilja v družini so udeleženci raziskave pogosto navajali, da so postopki predolgi, ter posebej poudarili pomembnost hitrosti in ažurnosti ukrepanja. Pogosto so omenjali neustreznost in neurejenost zakonodaje ter težave pri obravnavi nasilja v družini, ki izhajajo iz sistemskih ureditev. Menili so, da sta sistem in zakonodaja na strani povzročiteljev nasilja in da ga ščitita ter premalo sankcionirata. Problem vidijo v tem, da so institucije pooblaščene za ukrepanje šele tedaj, ko pride do tragičnih dogodkov, ter da si zakonodaja o prijavi nasilja in zaupnost podatkov med zdravnikom in bolnikom nista enotni, kar tudi prepoznavajo kot dejavnik, zaradi katerega se prijavi malo primerov nasilja v družini.

Poleg tega so opozarjali na pomanjkanje ter neurejenost smernic in protokolov, ki bi jim sledili ob prepoznavi nasilja v družini, ter na pomanjkanje medresorsko usklajenih protokolov, ki bi tudi jasno opredelili vloge posameznih akterjev. Vloge posameznih institucij zdaj namreč doživljajo kot nejasne in menijo, da njihove pristojnosti niso dovolj dobro opredeljene.

O sodelovanju med različnimi službami, pristojnimi na področju obravnave nasilja v družini, menijo, da je pomembno usklajeno sodelovanje vseh, odgovorno ravnanje in timski pristop. Trenutno sodelovanje prepoznavajo kot slabo. Menijo, da so službe med seboj slabo povezane ter da se posamezne pogosto slabo odzivajo, premalo sodelujejo in so pri prepoznavi in obravnavi nasilja neučinkovite. Pogosto je bil kot slabo odziven in slabo učinkovit izpostavljen center za socialno delo, nekajkrat tudi policija. Komunikacijo med službami ocenjujejo kot neustrezno, pogosto tudi ne dobijo povratnih informacij o ukrepih. Opozorili so tudi, da žrtve ne dobijo vedno nujno potrebne pomoči.

Po prijavi nasilja se jim zdi pomembno zagotoviti varnost žrtvi in tudi prijavitelju, pri čemer se sami počutijo nemočne, poudarili so tudi številne težave, na katere žrtve naletijo že med obravnavo nasilja in tudi kasneje (na primer, da morajo večkrat povedati svoje izkušnje, da so ožigosane, da so pogoste finančne težave po ločitvi in podobno).

Glede prepoznave in obravnave nasilja v družini menijo, da je pomembno sodelovanje tudi znotraj institucij. Predlagajo, da bi bilo potrebno imeti specializirane službe in kader, ki bi se poglobljeno ukvarjal z obravnavo nasilja v družini ob prepoznavi v zdravstvu. Trenutno namreč v veliki meri ocenjujejo, da jim primanjkuje znanja, informacij in izkušenj na tem področju. Pogosto ne vedo, kako ukrepati, hkrati pa jih od aktivnega prepoznavanja in obravnave pogosto odvrta pomanjkanje časa in preobremenjenost z delom.

Izobraževanja

Udeleženci raziskave so pogosto prepoznavali, da se o nasilju v družini premalo izobražujejo, da bi morali to temo pogosteje obravnavati in zdravstveno osebje spodbujati, da se izobražuje s tega področja. Prepoznavajo tudi slabo ozaveščenost in izobraženost drugih pristojnih služb ter tudi splošne javnosti. Menijo, da so prisotni številni predsodki o nasilju v družini in da je govoriti o tem še vedno tabu.

Glede izobraževanj s področja nasilja v družini so menili, da je pomembno, da so prilagojena zdravstvenemu osebju. Kot teme, kjer so prisotne nejasnosti, ki sem jim zdijo pomembne ali bi si želeli o njih slišati na izobraževanjih, so izpostavili naslednje:

- *vloga zdravstva*
 - ni jasno, kakšna pooblastila imajo
- *načini komunikacije*
 - znanje o preprostih pogovorih in nasvetih, ki bi preventivno delovali v mladih družinah
 - vzpostavljanje stika z žrtvijo, pridobivanje zaupanja
 - pomanjkanje komunikacijskih veščin
- *nasilje s strani zdravstvenih delavcev*
 - želja po izobraževanjih s področja nasilja in zlorabe s strani zdravstvenih delavcev – npr. nosečnic, porodnic
- *mehanizmi prepoznavanja žrtve nasilja in kdaj se je treba vključiti v situacijo*
 - prepoznavanje žrtev nasilja v družini
 - pomembno, da bi bili sposobni prepoznati tudi bolj diskretne in redke oblike nasilja
 - na terciarni ravni ne vedo, preko katerih mehanizmov prepoznavati žrtve nasilja oz. kdaj je njihovo vključevanje potrebno
- *protokol obravnave*
 - protokol obravnave in postopki pri opaženih znakih nasilja
 - nepoznavanje konkretnih predpisov na področju prijave suma nasilja in upoštevanja želja žrtev
 - kako se v posamezni situaciji odzvati na profesionalen način v dobrobit vseh vpletenih
 - niso informirani o tem, kaj prijava »potegne« za sabo – moralno in pravno
 - ne vedo, kako ravnati ob psihičnem nasilju

- premalo so seznanjeni s postopki prijave in dolžnostjo prijave
- *kaj sploh je nasilje*
 - definirati, kaj sploh je nasilje
 - poudariti možnost, da je tudi moški lahko žrtev nasilja in ženska povzročiteljica nasilja
 - poudarjati tudi psihično nasilje, ne le fizičnega
- *nasilje nad otroki*
 - vpliv nasilja v družini na psihosocialni razvoj otrok
 - nasilje nad otroki
 - prepoznavanje spolnega nasilja nad otroki
 - čustveno nasilje staršev nad otroki
- *preventiva in preprečevanje nasilja*
 - preprečevanje nasilja, ukrepi za zaščito žrtev pred hudimi dogodki
 - področje podpore za ustvarjanje kakovostnih odnosov v družini
- *širša situacija žrtve nasilja v družini*
 - socialne posledice/razmere, s katerimi se srečujejo pacienti
- *pomoč povzročiteljem nasilja*
- *zdravstvene posledice nasilja*
 - radiologi – pomembno je poznavanje specifičnih bolezenskih sprememb, ki so posledica nasilja, posebno v skupini trpinčenih otrok
- *vzroki za nasilje v družini*
 - povezanost nasilja in pretiranega uživanja alkohola
 - pomembne so raziskave vzrokov za nasilje

Izpostavljene dileme

Udeleženci raziskave so v komentarjih izpostavili nekatere dileme, s katerimi se srečujejo ob prepoznavanju in obravnavanju nasilja v družini:

- *skrivanje nasilja s strani žrtve*
 - pacienti pogosto molčijo/skrivajo NVD
 - žrtve se niso pripravljene pogovarjati o problematiki NVD, čeprav zdravstveno osebje prepozna poškodbe, nastale zaradi NVD
 - zaščitniško vedenje mater do očetov, ki izvajajo nasilje nad otroki
- *žrtev ne želi, da se ob prepoznavi nasilja v družini ukrepa*

- problem je, če se žrtev želi vrniti k nasilnežu, čeprav se ji ponudijo druge možnosti; žrtve povedo o NVD, da jim je lažje, storiti pa ne želijo nič
- občutek nemoči zdravstvenega osebja, ker starostniki ne želijo ukrepanja zaradi strahu pred zmanjšanjem socialne mreže – kako ravnati?
- ni mogoče storiti nič, če žrtev tega ne želi
- ko zazna nasilje v družini in z uporabnikom spregovori o tem, ta običajno prepove, da se opravi prijava
- negativne izkušnje žrtev, ko iščejo pomoč na policiji, zato tudi zdravstvu težko zaupajo
- *morebitna dodatna ogroženost žrtve ob prijavi*
 - samo s prijavo se žrtev lahko dodatno ogrozi, treba je narediti dolgoročni načrt za reševanje posameznikove situacije; da se ne naredi žrtvi več škode kot koristi
- *prijavitelj v postopkih prijave in obravnave nasilja v družini*
 - nekorektni postopki za prijavitelja – treba se je udeleževati sestankov/timskih druženj, kjer jih zaslišujejo, ugotavljanje elementov kaznivega dejanja ni domena zdravstvenega osebja
 - težko se je odzvati in npr. pričati na sodišču, ko so pozvani s strani CSD ali policije, saj npr. oseba, ki doživlja nasilje, pride k zdravniku enkrat na nekaj let – osebe ne poznajo
- *varnost prijavitelja – zdravstvenega delavca*
 - zaščita zdravstvenega osebja pred možnim maščevanjem nasilneža; tudi zdravstveni delavci so lahko žrtve nasilja s strani pacientov
 - nezaščitenost zdravstvenega delavca ob prijavi
 - varnost zdravstvenega osebja na terenu (npr. patronažne sestre) ob NVD
 - problem, ko se je treba vračati v družino, kjer živi nasilnež, ki si ga predhodno prijavil
- *zdravstveno osebje kot žrtve nasilja*
 - tudi zdravstveni delavci so lahko žrtve nasilja v družini
 - tudi zaposleni na urgenci so pogosto žrtve nasilja s strani pacientov in svojcev
- *resničnost navedb žrtve*
 - lažne prijave – npr. najstnikov, ki prijavijo svoje starše in tudi učitelje – prijavljeno osebo je težko rehabilitirati, oprati krivdo, če je nedolžna

- pri starejših je težko ločiti med resničnostjo navedb in težavami v duševnem zdravju
 - dilema o resničnosti podatkov, kako jih preveriti
- *pričakovanja žrtev*
 - žrtve pogosto pričakujejo, da bo zdravstveno osebje težave rešilo namesto njih
- *obravnava nasilja v družinah javnih osebnosti*

PRIPOROČILA ZA IZOBRAŽEVANJE – IZSLEDKI KVALITATIVNE RAZISKAVE

Jana Šimenc

NASILJE V DRUŽINI IN ZDRAVSTVENA DEJAVNOST: IZSLEDKI KVALITATIVNEGA DELA RAZISKAVE POND_SiZdrav, 2015

Poročilo zajema ključne izsledke kvalitativnega dela raziskave, ki se navezujejo na zdravstveno dejavnost. Pod krovno temo intervjujev prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti smo raziskovalke preverjale izkušnje, stališča, ovire, potrebe in predloge tako zdravstvenega kot strokovnega osebja. Opravljenih je bilo 30 polstrukturiranih ekspertnih intervjujev z zdravstvenim osebjem (zdravnicami in zdravniki, medicinskimi in patronažnimi sestrami, socialnimi delavkami v kliničnih ustanovah) ter strokovnim osebjem (zaposlenimi na centrih za socialno delo ter v nevladnih organizacijah). Izbor specializacij in delovnih področij sogovornic in sogovornikov je bil narejen v skladu s projektnim načrtom ter Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Ministrstva za zdravje, 2015), ki izpostavljajo predvsem potrebo po izobraževanju o nasilju v družini za zaposlene s področij pediatrije, travmatologije, psihiatrije, družinske medicine, ginekologije in patronažne službe.

PREPOZNANA VRZEL IN POTREBA PO SISTEMATIČNEM IZOBRAŽEVANJU

Zdravniki/ce in medicinske/patronažne sestre so zelo odkrito priznavali/e, da se v praksi srečujejo s številnimi primeri nasilja v družini, pri katerih pa zaradi pomanjkanja ustreznega znanja, izkušenj in komunikacijskih veščin prepogosto ne znajo ustrezno delovati in ukrepati. Zato sta tudi njihova samozavest in motivacija za prepoznavanje žrtev nasilja v družini in ustrezno ukrepanje relativno nizki. Zdravnice in zdravniki so tudi pogosto izpostavljali tako imenovano »sivino«, ko ne znajo suvereno oceniti, ali gre za oblike nasilja v družini in zlorabe⁵ ali ne.

Sogovornice in sogovorniki so večinsko ugotavljali, da obstaja globoka vrzel na področju senzibilizacije in izobrazbe zdravstvenega osebja o nasilju v družini ter opozorili na pomen in

⁵ Primer: starši pripeljejo na urgenco otroka, ki potrebuje nujno medicinsko pomoč (počen ušesni mešiček). Z močnim udarcem so ga poškodovali. Povedo, da so ga udarili »v afektu«, ker so želeli otroka zaščititi, da ne bi skočil na cesto pod avto.

potrebo po tovrstnem sistematičnem izobraževanju. Izbrani sogovorniki in sogovornice, predstavniki in predstavnice zdravstva, so prepoznavali področje nasilja v družini kot javnozdravstveno in pomembno zdravstveno temo, ki pa bi morala imeti oz. potrebuje tako zaradi incidence kot kompleksnosti več strokovne pozornosti. Izobraževalne in raziskovalne aktivnosti s področja prepoznavne in obravnave žrtev v sklopu zdravstvene dejavnosti so namreč omejene na bolj ali manj naključne izobraževalne dogodke ali raziskave, vezane predvsem na aktivnosti ali pobude (osebni angažma) posameznikov in posameznic oz. strokovnih združenj, v zadnji letih tudi na projektne dejavnosti.

Sogovorniki in sogovornice so omenjali nekaj pomembnih dejavnosti, ki so bile že izpeljane ali so v teku. Pomembno je izpostaviti, da se na področju pediatrije strokovna javnost že dalj časa intenzivneje (tudi na strokovnih srečanjih, v zbornikih in strokovnih publikacijah ...) posveča temi nasilja in zlorab otrok. Izdelane imajo jasne protokole in izvajajo več dobrih praks. Tudi v sklopu družinske medicine posvečajo raziskovalno in izobraževalno pozornost nasilju v družini: med drugim na katedrah za družinsko medicino na obeh medicinskih fakultetah (v Ljubljani in Mariboru) že več let izobražujejo študente in študentke o prepoznavanju in obravnavi žrtev nasilja v družini. V Sloveniji je tudi prvi doktorat z medicinskega področja o nasilju v družini nastal v kontekstu ambulante družinske medicine (Nena Kopčavar Guček, 2015). Kot nakazujejo opravljene intervjuji, pa je zaznati v sklopu ginekologije in porodništva še precej strokovnih vrzeli: področje nasilja v družini še ni ustrezno prepoznano. Prisotna so tudi zmotna prepričanja glede posilstev, položajev žensk v družbi in podobno. V zadnjih letih se sicer izvaja interno izobraževanje za strokovno osebje na ginekološki kliniki v UKC Ljubljana. Eden redkih ginekoloških simpozijev o spolnem nasilju pa je potekal v letu 2014 (10. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek Jeras, prispevki so zbrani v zborniku *Spolno nasilje*, Pinter (ur.), 2014). Nadalje intervjuji nakazujejo, da centri za socialno delo največ prijav primerov nasilja v družini prejmejo od travmatoloških/urgentnih služb (kar je tudi posledica ustaljenih protokolov v urgentnih službah, kjer v primerih kakršnega koli nasilja vključijo v obravnavo policijo in druge pristojne službe). Sicer je bilo predvsem v urgentni medicini izvedenih nekaj izobraževanj: več v UKC Ljubljana preko Zbornice babiške in zdravstvene nege in Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica - Zveza). Zbornica - Zveza tudi že preko deset let obravnava in izobražuje (s sklopu strokovnih srečanj, internih izobraževanj, med drugim je poznavanje zakonodaje s področja in drugo vključeno med obvezne vsebine pri postopkih obnavljanja strokovne licence ...) svoje člane o nasilju v družini (ter tudi o nasilju na delovnem mestu). Zbornica - Zveza prav tako dobro sodeluje z

nevladnimi organizacijami s področja preprečevanja nasilja nad ženskami in otroki. Iz intervjujev je še razvidno, da obstaja tudi več manj formalnih oz. primerov osebnega angažmaja socialnih delavk (na primer socialna delavka, regijska koordinatorica za nasilje v družini je pristopila do vodstva lokalnega zdravstvenega doma ter bolnišnice; njeno pobudo je vodstvo podprlo – posledično so organizirali dvoje krajših izobraževanj: eno za medicinske sestre in eno za zdravnike).

Navedeni primeri so zgolj kratek povzetek aktivnosti, ki so jih omenjale sogovornice in sogovorniki. Obravnavanje nasilja v družini torej v medicini in zdravstveni negi ni povsem izključeno. Opazna pa je raznolikost, tako na ravni specialnosti kot posameznikov, glede ozaveščenosti, občutljivosti, prepoznavanja in ustreznega obravnavanja žrtev nasilja v družini ter tudi glede prepoznavanja nasilja v družini kot pomembnega strokovnega in raziskovalnega medicinskega področja.

Vsekakor pa sistematično, interdisciplinarno in celostno izobraževanje za zdravstveno osebje s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini še ni bilo izvajano in projekt POND_SiZdrav bo z izobraževalnimi aktivnostmi zapolnil vrzel. Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje iz leta 2015, ki so temelj za vsebine izobraževanja, so namenjene predvsem specialistom splošne/družinske medicine, pediatrije, ginekologije, psihiatrije, travmatologije in zaposlenim v patronažni službi. Gre za specializacije, ki imajo največ možnosti in potencialov za prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini; a pri tem ne gre spregledati tudi priložnosti za ukrepanje (vsaj še) v sklopu ortopedije, fizioterapije, dentalne medicine, proktologije, radiologije, abdominalne kirurgije ter reševalnih, psiholoških in drugih strokovnih služb v kliničnih in zdravstvenih ustanovah.

Preslikava s terena torej kaže, da so prepoznane želje po izboljšanju stanja in znanja ter potrebe po sistematičnem izobraževanju o prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

INTERVJUJI S PREDSTAVNICAMI IN PREDSTAVNIKI ZDRAVSTVENEGA OSEBJA – KLJUČNE UGOTOVITVE

1. Zdravstveno osebje ima relativno nizko samozavest, motivacijo ter premalo znanja za prepoznavanje žrtev nasilja v družini in ustrezno ukrepanje.⁶
2. Bolj kot prijavljanje nasilja v družini je problem oziroma najtežja prepoznavna žrtev nasilja v družini: z izjemo akutnih posledic fizičnega ali spolnega nasilja ter primerov, ko pacient pove/zaupa, da je žrtev nasilja v družini, je vse oblike nasilja v družini ter neposredne zdravstvene posledice v praksi težko prepoznati (še težje žrtve ekonomskega in/ali psihičnega nasilja). Pacienti in pacientke imajo avtonomnost pri navajanju vzrokov za poškodbe in bolezni, v njihove izjave ne dvomijo.
3. Med zdravniško javnostjo obstaja strah pred izgubo zaupanja med pacientom/tko in zdravnikom/co v primerih podajanja prijave proti žrtvini volji. Po zakonu ter za uspešno obravnavanje primerov nasilja v družini je potrebno medresorsko in medinstitucionalno sodelovanje in obveščanje. Zakoni in pravilniki določajo sodelovanje ter pristojnosti posameznih institucij in organizacij. Kljub temu, da so sogovornice in sogovorniki navedli nekaj posamičnih primerov dobrega in učinkovitega sodelovanja zdravstvenega osebja (predvsem posameznih pediatrov, travmatologov, patronažnih sester, družinskih zdravnikov) s preostalimi institucijami, je večinsko mnenje, da v praksi obstajajo številne vrzeli, ovire in slabo sodelovanje. Gre za problem, ki ga je mogoče razumeti tudi v širšem kontekstu.⁷ Kot primer dobre prakse je bilo vseeno izpostavljeno delovanje in sodelovanje s policijo: so odzivni, poznajo protokole v primerih nasilja v družini, njihovo ravnanje je strokovno in ustrezno.
4. Slabše izkušnje imajo predstavniki zdravstva s sodelovanjem s centri za socialno delo: največ kritik so sogovorniki in sogovornice izražali glede počasnosti delovanja centrov za socialno delo, nerazpoložljivosti centrov v akutnih (npr. ponoči, med

⁶ MS2: »Jaz mislim, motivirani nismo bog ve kaj, da bi sedaj rekla, da smo motivirani za prepoznavanje nasilja v družini oziroma splošno nasilja. Zakaj, zato ker je premalo znanja. Zato ker je, in ker je po mojem vidiku ljudi strah se izpostaviti. Ker če niso res izrazite oblike ali pa ne vem, tam kot sem jaz rekla pri tej verbalni izjavi tega partnerja, da ti vidiš samo male indice, kjer sumiš, ne ker tudi sum nasilja, bi moral odreagirati in nimaš pravega, pravih prijemov za to, da bi ti lahko rekel, da je to nasilje. Te je strah se izpostaviti oziroma je ljudi strah se izpostaviti, ker te enostavno ja, kako ste si vi to predstavljali oziroma vi ste rekli, ker dostikrat je potem tudi, če ti odreagiraš, napišejo po pripovedovanju patronažne medicinske sestre je bilo to in to. In tebe izpostavijo bistveno. Tega jaz mislim, da je ljudi najbolj strah ...«.

⁷ R1: »Ne, to je, medresorsko sodelovanje je velikanski problem v naši državi po moje. Ne samo na področju nasilja, ampak na področju nasilja pa preizkušeno.«

prazniki in podobno, ko centri nimajo uradnih ur) situacijah, neodzivnosti⁸ ter dolgotrajnosti sej/sestankov in postopkov. V primerih udeležbe in sodelovanja na multidisciplinarnih timih (MDT) bi si želeli tudi izboljšano povratno informiranje glede iztekov posameznih primerov. Obstajajo pa tudi primeri dobrih praks sodelovanja med zdravstvenimi in socialnimi službami: npr. na lokalni ravni⁹ ter v večji klinični/pediatrični ustanovi, kjer se socialne službe lokacijsko in terminsko prilagodijo zdravnikom/zdravnicam (v veliko pomoč je tudi socialna delavka v klinični ustanovi, ki deluje kot odličen vezni člen med zdravstvom in socialnimi službami).

5. Opažajo, da je vključevanje in sodelovanje s socialnimi službami v večjih kliničnih ustanovah neizkoriščeno.
6. Pristojnosti sodelujočih strokovnih služb v primerih nasilja v družini zdravstvenemu osebju niso dovolj jasne in poznane.
7. Morebitno pričanje na sodišču ni ovira, ki bi zdravnike/zdravnice zavirala pri podajanju prijav.
8. Za ne/udeležbo predstavnikov zdravstva na MDT-jih je več ovir: časovna (ob neprestano pre/polnih ambulantah zdravniki/ce nimajo časa, da bi se udeleževali dolgotrajnih sej v svojem delovnem času); problem je tudi z zamenjavami na delovnem mestu; pomanjkanje systemskega ovrednotenja udeležbe na MDT-jih: udeležba na timih bi morala biti ustrezno systemsko ovrednotena kot del delovne

⁸ MS2: »Ja, bom tako rekla. Nimam nekih slabih izkušenj, edino kar je, recimo ko sem jaz iskala zdaj takrat, koga poklicati, jaz sem rabila ne vem tri, štiri ure, da sem do prave osebe prišla. Jaz nisem za to, jaz sem klicala na center za socialno delo, aha, moment, nisem prava, vas bom vezala tja in tja, in to je, da sem jaz do te prave osebe prišla, sem porabila časa še in še. Drugače pa potem, potem pa ne more več, da bi bilo slabo sodelovanje, je tudi ta gospa, sva takoj naslednji dan šle na skupni obisk, me je ona prosila, če grem zraven normalno, ker pač je rekla, vi poznate, vam zaupajo, sva šli skupaj. Ravno tako je bilo pri tistem prvem primeru, ko je šlo za mamo, sina nad mamo, smo ravno tako šli na skupni obisk. Sicer je trajalo nekaj časa, da so se, da smo se uskladili, mogoče to, en prekratek čas se reagira na instituciji, na moj klic na pomoč ali pa kaj jaz vem potrebo po sodelovanju«.

⁹ SD3: »Saj pravi, da mi recimo za našo regijo res ne morem reči. Jaz ocenjujem kot dobro sodelovanje recimo ... Tako da mi imamo veliko potem ali preko telefona, da nam dajo informacije ali nam poročila neka dajo, tako da pri nas dejansko lahko rečemo, da je dobro sodelovanje z zdravniki. Smo pa res veliko na teh, tako veliko sodelujemo dejansko. Tudi je res, da regija je majhna, se malo tako že poznamo recimo, ne vem, ena otroka pa tako spoznaš pa vprašaš. Mislim, da imajo take regije recimo, kot je naša regija recimo, ker pri nas isto smo že dobro sodelovanje in s policijo in vse, ker smo taka regija, ko se res že med seboj sedaj imamo dobre odnose no.«

obveznosti; strokovna: zdravniki/zdravnice so premalo ozaveščeni in poučeni o pomenu delovanja MDT-jev ter o svoji vlogi v timih.

9. Med zdravstvenim osebje so prisotna zmotna prepričanja o nasilju v družini (npr. da gre za konflikt med partnerjema, »da morajo ženske potrpeti«, da je nasilje v družini »del folklore« in družinske tradicije, kjer je nesmiselno kakorkoli posredovati, da gre za intimne zadeve, kamor se zdravniki/ce raje ne vpletajo; da ženske same »iščejo«, izzivajo in so krive za oblike nasilja v družini in podobno ...).

INTERVJUJI S STROKOVNIM OSEBJEM (S PREDSTAVNICAMI CENTROV ZA SOCIALNO DELO, NEVLADNIH ORGANIZACIJ) – KLJUČNE UGOTOVITVE

1. Splošna ocena sogovornic je, da je odzivnost in sodelovanje z zdravniki/zdravnicami in drugim zdravstvenim osebjem slabo. Izjeme so sicer posamezni dobri primeri¹⁰ in prakse sodelovanja, večinsko pa bi si centri za socialno delo in nevladne organizacije želeli izboljšano sodelovanje med strokami ter izboljšano odzivnost zdravnikov in zdravnic v primerih nasilja v družini.
2. Na osnovi izkušenj menijo, da je ukrepanje zdravstvenega osebja in obravnavanje nasilja v družini pogosto strokovno neustrezno: več sogovornic je izpostavilo, da je toleranca do nasilja v družini previsoka, da ustrezno strokovno delovanje in ukrepanje ovirajo tudi premalo znanja in motivacije, stereotipne in zmotne predstave o nasilju v družini, da se v praksi dogaja, da zdravstveno osebje podcenjuje žrtvino situacijo, da ji/mu ne verjamejo, da jo/ga tolažijo, ne podprejo, da medirajo med družinskimi konflikti, žrtve ne oskrbijo z ustreznimi informacijami oziroma je/ga ne opolnomočijo, se bojijo izpostavljanja;¹¹ omenjajo tudi posamezne primere, ko zdravniki in zdravnice, kljub izpovedi žrtve, niso podali/e prijave.¹²

¹⁰ SD2: »Tako, zelo dobre izkušnje tako da sem bila celo presenečena, da je osebna zdravnica klicala in je rekla, jaz imam pacientko, ki ne želi, da nobenega pokličem, ampak ona ima modrice in jaz to moram prijaviti, ker je bila pretepena, ampak ona ne želi več o tem govoriti in ne želi sodelovati. In to se meni zdi odlična praksa.«

¹¹ SD3: »Ja sedaj po moje eno sigurno kar izpostaviti je sigurno ta negotovost recimo. To oni čutijo na področju nekompetentni, da bi odreagirali pa češ, da naj bi še več škode na nek način povzročili. Potem včasih se tudi pojavi to nezaupanje v institucije. Saj če bomo prijavili pa nič drugače ne bo, ne bo boljše. Potem recimo ne vem, kar se je tudi pokazalo, v enih primerih smo imeli, da konkretno, ko je pač zdravnik dal prijavo, recimo tu gre za odrasle osebe, je potem v paciente recimo in je pacient zamenjal in je šel k drugemu zdravniku. Tudi vidiš ta finančni vidik in je tudi malo recimo pri nekaterih, sploh ti ki so še privat recimo pomemben ta. Potem so mislim, da marsikje se po moje se jim ne da s tem ukvarjati. Potem smo imeli zadnjič enkrat v Sevnici predstavitev, še se ve, moški vidik, kaj pa moški. Moški kot žrtve nasilja, kot da samo o otrocih pa ženskah, kaj

3. Predstavniki in predstavnice zdravstva se zelo slabo odzivajo na sodelovanje v MDT-jih: izkušnje sogovornic govori, da se večina ne udeležuje MDT-jev¹³, niti se ne opraviči za izostanke na timih.¹⁴ Sogovornice še opažajo, da zdravstveno osebje ni dovolj dobro seznanjeno in ozaveščeno o pomenu in zakonskih obvezah glede udeleževanja na MDT-jih ter o skupni odgovornosti pri reševanju primerov nasilja v družini.¹⁵ V praksi se s podano prijavo dejavnost/vključevanje v postopke za večino konča, obstajajo pa posamezni primeri odzivanja posameznikov.¹⁶ Sogovornice še opažajo, da so specialisti in specialistke družinske medicine in pediatrije v splošnem bolj seznanjeni s področjem nasilja v družini ter bolj sodelujejo s centri za socialno delo. V zadnjih letih so opazni manjši premiki v pozitivno smer: izkušnje sogovornic v

pa moški? Tudi o osebnosti recimo se mi zdi, da je dosti odvisno. To je tudi je lahko en tak zadržek, zakaj se pa ne prijavlja. Da so še ti stereotipi še tako prisotni, sploh pri teh mogoče starejših moških zdravnikih».

¹² NVO 2: » ... Imela sem pa že primere, ko so bile ženske zelo zelo pretepane, bile so na urgenci, ne na urgenci, bile so pri svojih zdravnikih in svoji zdravnik in njeni zdravnik, njen zdravnik ni prijavil nasilja, čeprav je šlo za očitne poškodbe ... Ni se mogla udariti, pasti ali karkoli. Mu je tudi povedala zdravniku, da jo je pretepel mož pa zdravnik ni odreagirala.«

¹³ SD1: »Da ne pridejo (zdravniki, op.p.), to je problem, da ne pridejo. Potem nam en delček manjka. Mogoče včasih bi se dalo tudi več kaj narediti, mogoče bi skupaj lahko pa bi še lahko, posebno kadar imamo človeka, ki ima težave v duševnem zdravju na drugi strani ali pa ima težave z neko obliko zasvojenosti, kaj bi se recimo dalo še skozi zdravstvo narediti. Tako ko imamo kakšne ogrožene otroke, mislim, da bi se še dalo kaj čez zdravstvo narediti, kaj več. Pa je potem nek medel odnos na drugi strani. Je še zmeraj lahko ta del no mogoče bi res izpostavila, še zmeraj posebej kadar gre za otroke z duševnim zdravjem. Ki imajo težave na področju duševnega zdravja, na žalost je tega tudi vedno več. In to kar hudih stvari, to se ne pogovarjamo o nekih malih stvareh, ampak hudih, hudih težavah. Ne. Je tu še vedno, kljub temu, da institucije rečemo, treba je nekaj narediti, treba je nekaj narediti in pritiska center in pritiska šola in je mogoče tudi kaj več, ker danes vse gre okrog ... Ta del tam manjka. Sigurno, da ne pridejo, je problem pogosto.«

¹⁴ NVO2: »Jaz še ga nisem doživela ... Mislim jaz osebno sem v tem času in to kar delam z nasiljem, se pravi od leta dva tisoč šest doživela eno zdravnico splošno na tem MDT, medinstitucionalnem timu in doživela sem eno sodelovanje s psihiatrom, ampak še to je v bistvu zato, ker ni šlo zaradi reševanja oziroma ni šlo za to, ker bi ukrepali v smislu nasilja v družini, ampak zato ker je bila uporabnica nevarna pač v tem obdobju sebi.«

¹⁵ NVO1: »Sedaj tako, mi bi imeli raje več stika kot ga imamo. Predvsem zato, ker velikokrat bi se nam zdelo koristno, da so na multidisciplinarnih timih prisotni ali osebni zdravnik ali mogoče psihiater, psihiatrinja in so pogosto tudi vabljeni. Na teh timih so po navadi tudi se kliče Center za socialno delo, po navadi sodelujejo, se pravi strokovna delavka iz centra, potem na primer mi, če je ženska tudi naša uporabnica, policija. To je pa nekako to. Pa mogoče kakšna šola, vrtec, kadar so otroci. Vabimo pa tudi kdaj zdravnice, zdravnike, psihiatre, psihiatrinje, ampak se zelo redko odzovejo. Po navadi niti ne s kakšno razlago, kar je seveda, jaz čisto razumem osebne zdravnice, osebni zdravniki imajo že tako pač polne ambulate in je to časovno kar zahtevno ... Mislim, tako je, če si vabljen na time, je tvoja dolžnost, da se odzoveš, ampak sedaj jaz mislim, da ni nekih sankcij, če se ne odzoveš.«

¹⁶ SD2: »Tako da so tudi izjeme, ko se lahko vključijo, ampak se mi zdi tako, to zavedanje, da je to naša skupna odgovornost. Ni to, ni samo naloga centra, da odpravi težave zaradi nasilja v družini. Tega zavedanja. Ker marsikdo tudi, če se odloči prijaviti, misli, da je s tem sedaj zaključeno. In sedaj pa vi na centru, ja kaj boste pa naredili, ja mi smo prijavili, sedaj kaj boste vi naredili. Tega, angažiranosti, proaktivnosti, tega ni zaslediti no.«

intervjujih nakazujejo, da so mlajši zdravniki in zdravnice bolj pripravljene na multiinstitucionalno sodelovanje; so tudi bolj odzivni/e ter podajo več prijav kot njihovi starejši kolegi/ce. Sogovornice predvidevajo, da je to posledica izobraževanja in obveznih seminarjev.¹⁷ Po drugi strani opažajo, da so zdravniki in zdravnice z zasebnimi praksami posebej neodzivna skupina za sodelovanje v MDT-jih (tudi neodzivni na vabila za izobraževanja).

4. Izvedenska zdravniška mnenja so prepogosto neustrezno napisana, saj ne vsebujejo ključnih informacij, ki bi socialnim službam, ki so nosilke obravnavanja in reševanja primerov nasilja v družini, omogočale premike v določenih obravnavanih primerih.
5. Kot primer dobre prakse so izpostavile strokovnost in sodelovanje s policijo.¹⁸ Praksa in izkušnje kažejo, da je pomemben dejavnik pri uspešnem in hitrem ukrepanju medsebojno poznavanje pristojnih oseb za nasilje v družini v posameznih institucijah. Priporoča se delovanje v lokalnem okolju.
6. Izpostavljen je bil tudi primer dobre prakse v sodelovanju nevladne organizacije in lokalnega zdravstvenega doma: nevladna organizacija je vzpostavila sodelovanje z zdravstvenim domom v regiji, ki po potrebi brez težav sprejme in poskrbi za osnovno zdravstveno varstvo njihovih uporabnic in/ali otrok iz varnih hiš.¹⁹

PRIPRAVA IZOBRAŽEVANJ: PREDLOGI VSEBIN IN DRUGA PRIPOROČILA SOGOVORNIKOV IN SOGOVORNIC

Več o izsledkih intervjujev je mogoče razbrati tudi iz spodnjih priporočil za pripravo izobraževanj.

¹⁷ NVO 2: »... Sicer mislim, da se bo stanje izboljšalo, ker sedaj imajo obvezno, to sedaj v zadnjih letih opažamo, da imamo specializante družinske medicine, imajo obvezen seminar ali ne vem en sklop, ko se morajo povezati s centrom za socialno delo in morajo se pogovarjati o nasilju v družini in tudi napišejo nek primer opišejo in kaj bi oni naredili in to imajo kot seminarsko nalogo.«

¹⁸ SD4: »Tako brez izjeme so to policisti, ki zelo dobro sodelujejo, in se res odzivajo.«

¹⁹ NVO 1: »... Potem mi imamo zelo dobro izkušnjo z enim od ljubljanskih zdravstvenih domov, in sicer mi imamo vsa ta leta, odkar imamo varno hišo z njimi dogovor, da sprejmejo ženske iz varne hiše tja. Zato ker težava je, če pride iz drugih krajev kot je Ljubljana. Ona gre zelo težko potem do zdravnika ali pa otroka pelje k pediatru v svoj kraj. Tako da imamo nek tak dogovor, da oni sprejmejo. Se pravi, če damo mi potrdilo, ta pa ta ženska se nahaja pri nas v varni hiši, jo oni sprejmejo kljub čakalnim vrstam in ne vem kaj. In to se mi zdi, to je tak res primer dobre prakse. Ker gredo v bistvu, to je čisto njihova lastna dobra volja, da nam gredo na roko.«

Najpogostejši predlogi sogovornikov in sogovornic vsebin za izobraževanje so bili naslednji:

1. učenje komunikacijskih veščin,
2. jasna obrazložitev pristojnosti posameznih institucij,
3. zakonske obveznosti zdravstvenega osebja,
4. zakonske podlage za ukrepanje/prijava,
5. primeri, scenariji kliničnih poti,
6. dinamika in ozadja nasilja v družini,
7. razjasniti nejasnosti in »sivine«.

Večina sogovornikov in sogovornic je poudarila, da morajo izobraževalne vsebine izhajati iz prakse; prav tako so izpostavili pomen interaktivnega učenja na konkretnih, konstruktivnih in nazornih primerih, v podobnem slogu, kot se je izrazila sogovornica zdravnica:

Z10: »Da je nekaj konstruktivno, da nam se pokaže primer, lahko tudi izmišljen ..., kaj bi ti naredil, kaj bi ti, prva točka, druga točka, kaj bi ukrepal, koga bi poklical. Kako bi sebe tudi zaščitil, ker tudi mi moramo biti zaščiteni. To. Ne da bi nekako, na en tak konstruktivni način ali pa mogoče preko video, kakšne filme ali karkoli ... tudi komunikacije. Da bi se to čisto enostavno, da imaš na listo A4 format, imaš vse protokole, vse številke zraven.«

Natančnejši predlogi zdravstvenega osebja (pri specializacijah so vključeni tudi ključni predlogi strokovnega osebja) za vsebine, ki naj jih vsebuje izobraževanje, so zajeti v tabeli.

SPLOŠNO – skupno vsem specializacijam in zdravstveni negi
Strokovne smernice za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti – razložiti ključne usmeritve
Razložiti dinamiko in ozadja nasilja v družini
Naučiti udeležence in udeleženke komunikacijskih veščin pri delu z žrtvijo nasilja v družini (odraslih in otrok); kako vzpostaviti zaupanje, kako poskrbeti, da se ti žrtev »ne zapre«, da je »ne izgubiš«
Prikazati čim več scenarijev, primerov ustreznega ukrepanja (tudi video in drugo gradivo)
Navesti klinične (posredne in neposredne) znake za prepoznavanje žrtev oziroma znake, ki

lahko nakazujejo nasilje v družini
Senzibilizirati zdravstveno osebje za prepoznavo ter izpostaviti, da je nasilje v družini tudi zdravstveni problem
Referenčni centri za pomoč – na koga se lahko zdravnik obrne v primeru dilem; POMEMBNO TUDI: NA KOGA SE OBRNITI V NOČNEM DEŽURSTVU, MED VIKENDI, PRAZNIKI, V POPOLDANSKIH URAH (predvsem CSD)?
Pojasniti, kdaj (v katerih primerih) se je treba obrniti na policijo/tožilstvo/CSD-je (tudi iz Resolucije o nacionalnem programu preprečevanja nasilja povzeti pomembne vsebine)
Opisati in razložiti protokol sodelovanja s CSD-ji/tožilstvom/policijo – katere obrazce je treba izpolniti
Razložiti zakonodajo in pristojnosti zdravstvenega osebja
Navesti in pojasniti vloge, ki jih ima zdravstveno osebje pri prepoznavi in obravnavi žrtev
Razjasniti dvome glede sklicevanja na poklicno molčečnost – pojasniti, da tudi smernice Svetovne zdravstvene organizacije zavezujejo k prijavi nasilja v družini!
Razložiti, zakaj je strah zdravnikov pred poslabšanjem žrtvine situacije (npr. s prijavo), strah pred poseganjem v intimno življenje pacientov neutemeljen
Povečati znanje, samozavest, motivacijo in veščine zdravstvenega osebja za ukrepanje in soočanje z nasiljem v družini
Poudariti pomen dobro osebno vzpostavljenih medinstitucionalnih mrež in osebnih stikov v svojem lokalnem okolju delovanja (pozanimati se, kdo dela na CSD, kdo je kontaktna oseba na policijski postaji in podobno ...)
Razložiti vlogo zdravnikov v MDT-jih; zakaj so ključni v timu, kako pripomorejo k izboljšanju, kaj se od njih pričakuje, kako izpolniti obrazec
Ponuditi scenarije/komunikacijo s storilci/povzročitelji nasilja (tudi alkoholiki, osebami z duševnimi motnjami v kontekstu nasilnega vedenja v zdr. institucijah)
Kako opolnomočiti, podpreti žrtev? Katere informacije ji je mogoče posredovati (letaki, številke, možnosti podpornih mehanizmov)!
Razkriti več o ozadjih žrtev – njihovo doživljanje, zakaj ne soglašajo s prijavo, zakaj ščitijo povzročitelja, zakaj ne zapustijo nasilnega odnosa
Ponuditi odgovore na časovne ovire in kronično pomanjkanje časa za celostno obravnavo pacienta ter kam v delovniku stisniti izpolnjevanje obrazcev ...
Pričanje na sodišču: priprava
Podati jasno sporočilo: zdravniki niso odgovorni za vedenje in delovanje žrtev!

Podati jasno sporočilo: nasilje ni konflikt; zdravniki in zdr. osebe se »nima kaj pogajati«, mediirati. Odgovornost za nasilje je vedno na strani povzročitelja!
Razložiti, da pogovor z žrtvijo ni ritmično, hitro delo ..., omejiti frustracije, da ni hitrih rešitev ali bližnjic; tudi niso vsi primeri reševanja uspešni
Ne poudarjati in izhajati samo iz fizičnega nasilja! Več tudi o spolnem, psihičnem (več sogovornikov in sogovornic je opozarjalo na porast psihičnega nasilja), ekonomskem nasilju
Razviti kratka, jasna priročna navodila za delovanje!
Kdaj prijaviti in kako ravnati v primerih psihičnega nasilja, ki je zelo težko dokazljivo/ni (raz)vidno?
Strokovne in zakonske obveznosti; tudi npr. kaj ja lažja in težja telesna poškodba, pregon na predlog, pregon po dolžnosti, vse v zvezi s pregonom spolnega nasilja ...
PEDIATRIJA
Pojasniti, kaj storiti, ko je otrok posredna žrtev nasilja v družini in spremlja fizično in druge oblike nasilja med staršema
Za primarno raven: kako zaščititi otroka žrtev nasilja, mu zagotoviti takojšnjo varnost (kaj narediti ob vikendih, praznikih?, na koga se obrniti?, kam se lahko otroka umakne/takojšnja zaščita?
Kako komunicirati z otrokom žrtvijo nasilja v družini in zlorabe ali v primeru suma na nasilje in zlorabo; kaj vprašamo starše/bližnje?
Omeniti: če je v bližini varna hiša za žrtve nasilja v družini, pediater v ZD lahko nudi pomoč, če se nevladna organizacija obrne nanj/o (brez zapletov sprejme otroke uporabnice varne hiše, razume izredno situacijo in razmere)
Razložiti odvzem otroka iz družine – postopki, zapisi, vloga zdravnika/ce
TRAVMATOLOŠKA URGENTNA AMBULANTA
Razložiti algoritme delovanja, posebej za primere posilstva
Pristojnosti institucij
Neujemanje mehanizma poškodbe z razlago
Opozoriti na ranljive skupine oziroma tiste, pri katerih je pogostost nasilja v družini potencialno večja – na katere posredne in neposredne znake so lahko pozorni
Senzibilizirati zdr. osebe na travmatologiji za izboljšano prepoznavanje žrtev nasilja v družini

Spremljanje zdravstvene kartoteke, obiskov »urgence«
Če žrtev pove, zaupa, so protokoli jasni. Kaj storiti, ko žrtev ne pove oziroma noče prijaviti, čeprav gre za zdravstvene posledice fizičnega ali spolnega nasilja (primer, scenarij)?
Urgenca je lahko prvi korak za spremembo, preobrat v žrtvinem življenju (kaplja čez rob ...) – treba je opremiti žrtev z informacijami, letaki, možnostmi
Opozoriti na možnost, da povzročitelj spremlja žrtev na urgenco (ali primere, ko oba potrebujeta zdravniško oskrbo) – zakaj mu/ji bo žal, bo skesan/a, zaskrbljen/a za stanje žrtve ..., žrtev prestrašena, ne želi prijave – razložiti, zakaj ne; podati dober scenarij! Treba je zagotoviti ločeno oskrbo žrtve, tudi če povzročitelj vztraja, da želi prisostvovati pri zdravstveni oskrbi v ambulanti. Razložiti, zakaj morda tudi žrtev soglaša in vztraja, da naj bo povzročitelj zraven!
Vsi smo soodgovorni za ne/delovanje sistema (državnega aparata)
Pomembnost delovanja v lokalnem okolju!
DRUŽINSKA MEDICINA
Senzibilizirati družinske zdravnike za izboljšano prepoznavanje žrtev nasilja v družini – razložiti možnosti družinskega zdravnika za delovanje
Pomen vzpostavljanja zaupnega odnosa med zdravnikom in pacientom
V primeru, da je družinski zdravnik izbrani zdravnik tako povzročitelja kot žrtve nasilja v družini, njegova naloga ni, da medijira, da razrešuje spore, da se opredeljuje ... ne sporoča žrtvi, »naj malo potrpi«, ali dvomi v resničnost njene izpovedi v slogu: pa saj »vaš mož je pa res tok fajn možakar, ne verjamem, da bi komur koli kaj slabega naredil« ... V primeru nasilja v družini poda prijavo na CSD in naprej: pristojnosti drugih institucij so, da preverjajo in potrjujejo izjave (za več glej tudi opombo ²⁰)

²⁰ NVOI: »je pa velika težava, sploh v manjših krajih pa tudi lahko v večjih. Ko je, ko imata in partner in, mislim, in povzročitelj in žrtev, ki sta partnerja istega osebnega zdravnika in tukaj velikokrat pride do težave, ker ali do kakšne predaje informacij, ki bi lahko ogrozila žrtev, kjer pač zdravnik ne pomisli, da ne more možu nekaj reči, pa reče. To je že bilo ali pa da se oni potem počutijo, da bi morali oni kaj urediti med njima kot posredovati, ker oba poznajo, ker oba že več let spremljajo. In to je jasno, to ni ok. Ker ko je nasilje prisotno, ne potrebujejo enega mediatorja pa nekoga, da bo zgladil spor, tukaj gre le za nasilje.«

To je en moment, na katerega lahko v izobraževanju opozorimo.

NVOI: »Vsekakor ja, da nikakor oni kot posredniško vlogo, ampak se obrniti na pristojne inštitucije in tudi, da se ne počutijo, da morajo oni raziskovati, kaj je res. Da bi ne vem, da jim žrtev reče, ja, ne vem, mož je nasilen, potem bo pa mož rekel, veste da je jaz nisem nikoli udaril in potem se kdaj počutijo, sedaj moramo pa mi ugotoviti, kaj je res. Vsaka zgodba ima dve plati, to je ta najbolj taka tipična, ki kaže na te stereotipe, ja pa oba sta kriva za konflikt. Pri nasilju ne gre za konflikt v odnosu in to se velikokrat pozablja tudi pri zdravstvenih

Kako narediti oceno tveganja
Hišni obiski kot ogrožajoča situacija za zdravnika – kako zagotoviti lastno varnost
Razložiti pomen zapisa dogodka v zdravstveno kartoteko – kaj in kdaj se napiše – strokovne obveznosti; zapis v kartoteki kot dokazno gradivo na sodišču
Če je v bližini varna hiša za žrtve nasilja v družini, družinski zdravnik lahko nudi pomoč, če se nevladna organizacija obrne nanj/o (brez zapletov sprejme uporabnico, razume izredno situacijo in razmere)
Postaviti v kontekst žrtve nasilja, ki gredo npr. v varno hišo izven svojega matičnega kraja in iz varnostnih razlogov ne upajo k zdravniku v domačem kraju. Potrebno razumevanje, ko potrebujejo bolniški list, napotnico, zdravila ... omeniti možnost izdaje na daljavo, preko pooblaščenih oseb
PSIHIATRIJA
Razložiti pomen hitrega odziva in zakaj je mnenje psihiatra v MDT ključno/pomembno za izboljšanje položaja žrtve
Psihično nasilje je v porastu: opozoriti na primere »grožnje povzročitelja s hospitalizacijo«: ko povzročitelj pripelje žrtve do psihiatrične ambulante, vztrajajo, na dokazilu, da je žrtev »nora«
Potrebno izboljšano sodelovanje psihiatrov s CSD-ji. Razložiti zakaj?
Anksiozne motnje, depresija v kontekstu žrtev nasilja v družini; predpisovanje antidepressivov?
PSIHOTERAPIJA, PSIHLOGIJA
Nasilje v družini ni konflikt – partnerska terapija ne deluje – je celo škodljiva; v primerih, da se partnerja odločita za psihoterapijo in terapevt zazna, da gre za nasilje v družini, je potrebna ločena obravnava. Žrtvi se razloži možnosti ukrepanja.
Če gre za zlorabe otrok s strani enega starša, naj psihologi, psihoterapevti zagotovijo ločeno obravnavo.

delavcih in ni njihova vloga in naloga, da raziščejo, kaj je res. Njihova naloga je, da oni sporočijo to naprej, se pravi, da podajo prijavo, ker jih zavezuje zakon itak, da jo podajo in da se potem s tem ukvarja policija in tožilstvo. Ne oni, tako da to se mi zdi zelo pomembno.»

GINEKOLOGIJA

V primerih ponavljajočih se splavov/nosečnosti informirati pacientko, da ima pravico do kontracepcije in da zavrne spolni odnos – gre za izhodišča, ki morda niso vsem samoumevna; pogovor je tudi priložnost, da se razvije njena izpoved o nasilnem partnerju

Senzibilizirati zdravstveno osebje na ginekologiji za izboljšano prepoznavanje žrtev nasilja v družini

Jasno razložiti postopke v primeru posilstva

Pojasniti, da veliko žrtev šele po več letih lahko zaupa in prizna zdravniku, da so bile žrtve nasilja v intimno-partnerskem odnosu, ob predhodnih pregledih pa zdravnik ne opazi nobenih vidnejših znakov nasilja v družini

Opozoriti, da je nosečnost posebej ranljivo obdobje za ženske žrtve nasilja v družini: pogosto se nasilje takrat stopnjuje, povzročitelj ima še večjo moč – možnost prepoznavanja na rednih pregledih

Pojasniti zakonodajne dileme glede kazenskega pregona spolnih praks (po kazenskem zakoniku), tudi pri mladoletnih; kaj točno pomeni starostno nesorazmerje med storilcem in žrtvijo! Razložiti spolno nedotakljivost, poskus posilstva

Kako reševati spolne prakse pri mladoletnih Rominjah (npr. nosečnosti pri mladoletnicah, poroke in podobno)? Kako delovati v drugih, kulturno pogojenih kontekstih (npr. številne nosečnosti, primeri, ko partner vztraja pri določenem posegu – ženska se podredi situaciji)

Opozoriti, da se ne vrednoti reproduktivnih pravic žensk.

ZDRAVSTVENA NEGA/PATRONAŽNA SLUŽBA

Kako se odzvati, če te pokliče širša okolica (in se ne predstavijo); če pokličejo npr. sosedje

Kako rešiti dilemo na terenu, ko je patronažna sestra edini stik žrtve z »zunanjim svetom« in žrtev ne želi prijave, patronažna sestra pa se boji, da se ji bodo v primeru prijave zaprla vrata in ne bo imela več dostopa do žrtve, ki lahko ostane brez potrebne zdravstvene nege

Hišni obiski kot ogrožajoča situacija za patronažne sestre – kako zagotoviti lastno varnost

Vsak zdr. delavec je lahko zaupnik žrtve; kaj narediti, če ti žrtev zaupa »na hodniku« ali v sprejemni, zdravniku pa ne želi povedat, da je šlo za nasilje, in vztraja pri drugi zgodbi?

Na osnovi dolgoletnega (slabšega in boljšega) sodelovanja z zdravstvenim osebjem, predvsem z zdravniki in zdravnicami, so predloge za vsebine ter ključna sporočila za izobraževanje podale tudi socialne delavke ter strokovne delavke v nevladnih organizacijah. Kot je izpostavila večina sogovornic, pa je pri obravnavi žrtev nasilja v družini poleg znanja izredno pomemben pristen, človeški odnos, razumevanje, empatija ter predvsem »kilometrini«: pri vsakem primeru gre namreč za individualnost in posebnost kontekstov, splošna navodila in algoritmi delovanja so zgolj opora za delovanje.

SD2: »... In potem tako si rečemo, aha, dobro, da pozna zakonodajo, da pozna dinamiko nasilja, da pozna. Da ima psihološko znanje, da ve, kaj se v drugem človeku dogaja, od kod so take ovire, da pozna to, ta neka splošna pravila. Ampak potem pridemo do tega, da to ni dovolj, da nekdo vse to zna, dal je vse te treninge čez, vso to znanje ima, ampak vseeno mu pa škriplje v odnosu z uporabnikom. In če nima tega odnosa z osebo, ki pride, potem pa vse skupaj pade v vodo. In tukaj se mi zdi, da imamo vsi težave. Ne samo zdravstveno osebje, ampak kako jaz pristopim, kako razumem, kaj je to profesionalnost. Ali je moja profesionalnost samo ta, da nastopam uradniško, ne iz pozicije moči in tega, da sedim tukaj. Ali je moja profesionalnost tako, da se ti približam. Torej da pokažem človeško zanimanje zate ... Torej najbolj pomembno je, da ti verjame in ko ti verjame in če ti verjame, bo enkrat tudi prišlo do tega, da bo povedala ...«

VKLJUČITI VSEBINE	PODATI SPOROČILA UDELEŽENCEM
Dinamiko nasilja, s katero se posredno odgovori na vprašanje, zakaj žrtev ne zapusti povzročitelja, zakaj ne želi prijave dogodka in podobno (primer glej opombo ²¹). Treba je razložiti, zakaj žrtev težko (spre)govori o nasilju.	Na osnovi znanja je treba presoјati za ukrepanje, ne obsoјati.

²¹ *SD3: »... Meni je zadnjič, ko smo imeli žrtve nasilje, je imela tako govor je ona imela in je rekla tako lepo, ko sprašuje, zakaj ženska ne odide, ker to res dolgo traja pri nekaterih. Ampak je rekla je, da ko pa je res kozarec poln pa ne gre niti kaplja več v kozarec potem se odločiš. In mi je tako lepo primerjavo, ampak to je sama žrtev jo našla. Jaz recimo ne bi znala tako lepo žrtvam povedati. In tukaj se mi zdi, da če bi dali izobraževanje recimo tudi mogoče kakšna zgodba nekoga recimo vključi, da se le dotakne ljudi.«*

Jasne pristojnosti zdravstvenega osebja in drugih služb.	Pomembno je vzpostaviti empatičen in zaupen odnos s sočlovekom (pacientom), se prilagoditi posamezni situaciji ter s pozornostjo prisluhniti njegovi/njeni zgodbi.
Vpliv nasilja v družini na zdravstveno stanje žrtev in širše (tudi posredno vpletene) družinske skupnosti (npr. otroke).	Klinične znake je treba umestiti in jih razumeti v širšem kontekstu pacientovega življenja (potreben celostni pristop).
Zakonodaja, pravilniki in protokoli sodelovanja.	Treba je zavzeti ničelno toleranco do nasilja v družini.
Čim več nazornih primerov, zgodb, videogradiva.	Nasilje v družini je nesprejemljivo, je kaznivo dejanje, za katerega so določene kazni. Tudi za krivo pričanje – manipulativne prijave (več glej opombo ²²).
Dotakniti se stereotipov; detabuizirati nasilje v družini v zdravstvu (nekaterim zdr. je neugodno spraševati, ne želijo posegati v »intimo« pacientov, kar je neustrezen pristop). Precej je stereotipov glede povzročiteljev (npr. ni znano, da se večina posilstev zgodi v partnerskih odnosih), žrtev, problematičnega razumevanja ženske in moške vloge v družbi, diskriminatornih in šovinističnih praks, dvojne viktimizacije	Zdravniki bi morali izhajati iz tega, da pri nasilju v družini ne gre za spore med zakonci, ampak gre za obliko izvajanja moči močnejšega nad šibkejšim. Treba je stopiti ven iz konteksta, da je nasilje v družini nesoglasje med partnerji, in bi stopili v kontekst, da je nasilje v družini družbeno pogojeno in da gre za neenako razmerje moči – za izvajanje premoči močnejšega na šibkejšim. Drugačen sistem razmišljanja vodi

²² NVO2: »Ampak to več ni zdravniška odgovornost. In žrtev si ne more premisliti, a veste. Žrtev ima sicer pravico ne pričati na sodišču proti storilcu, ker pač zaradi pravne dobrote. Se pravi, če je pač sorodnik, partner in tako naprej, ampak to še ne pomeni, da kazenski postopek ne bo tekel naprej. In še nekaj je fino mogoče, da bi, da se bi pač strokovni delavci, strokovne delavke na področju zdravja zavedale, da nasilje v družini je primerljivo, je kazensko primerljivo dejanje. To je čisto enako kaznivo dejanje kot, če kaj ukradeš. A veste, če zmanjka denarnice v čakalnici, nima noben problema poklicati policijo in cel cirkus zagnati okrog tega. Ampak nasilje v družini je ravno tako primerljivo mislim, da po stari, ne vem to sedaj členu, ne vem na pamet, ampak je po kazenskem zakoniku čisto enako primerljivo kaznivo dejanje. Zagrožena je kazen, mislim, žrtev si ne more premisliti. Žrtev lahko reče, da ne bo pričala, ima to pravico pač pravne dobrote, kot sem že prej rekla. Ja lahko rečejo, da so pozabile, ampak to je spet potem en signal več ljudi, ki so, ljudem, ki so vključeni v preiskavo, da pač ali je pod takim močnim vplivom povzročitelja oziroma da še več podpore ponudi. Vedno pa se bi lahko strokovnjak ali strokovnjaki obrnejo na nas, nevladne organizacije pa zelo veliko vemo, veste in vse lahko pokličejo. Lahko zdravnica recimo splošna vidi, da je nekaj čudno, zavrti telefon, pove, jaz sem ta in ta, se posvetuje.«

ranljivih skupin, stereotipnih predstav o materinstvu, očetovstvu ...	v lažje prepoznavanje nasilja v družini.
Posredovati kontaktne podatke oseb za posvetovanje v primerih dilem.	Zdravniki in drugo zdr. osebje se lahko ob dilemah posvetuje s CSD-ji, NVO-ji ter predvsem z regionalnimi koordinatorkami za preprečevanje nasilja v družini.
Zdr. osebje mora pri začetnem pogovoru z žrtvijo in nadaljnjem ukrepanju izhajati iz izhodišča: za nasilje je vedno odgovoren/a izključno povzročitelj/ica nasilja, nikoli žrtve.	Potrebne so tudi izkušnje in kilometrina, občutek za situacije in ljudi, ni se mogoče ravnati zgolj po modelih (npr. za komuniciranje z žrtvijo). Navodila, modeli so seveda pomoč, a vedno se je treba prilagoditi situaciji.
Zdravstveno osebje mora sodelovati v postopkih, ki so določeni v ZPND.	Problematika nasilja v družini se ne rešuje v zdravstvenem domu ali bolnišnici – vloga zdravstvenega osebja je, da žrtev zdr. oskrbijo, ji dajo ključna podpora sporočila (npr. storilec je vedno odgovoren za nasilje in podobna), jo razumejo, ne sodijo, da po potrebi zagotovijo žrtvi varnost, podajo prijavo ter se vključujejo v MDT-je. Treba jih je razbremeniti odgovornosti ter razjasniti, da so le en člen v verigi medinstitucionalnega podpornega sistema.

Temeljna izhodišča, na katerih naj temelji tako izobraževanje kot pripadajoče gradivo (priročnik in drugo), so naslednja:

1. Zdravstveno osebje, predvsem zdravnike in zdravnice, je treba razbremeniti občutkov odgovornosti – so le člen v verigi medinstitucionalne podpore žrtvam nasilja v družini. Za presojanje so pristojne druge institucije (policija, tožilstvo, CSD-ji).
2. Zdravniki in zdravnice so obvezani po zakonu in pravilniku, da se udeležujejo multidisciplinarnih timov.
3. Nasilje v družini je tudi zdravstveni problem in tema, ki jo je treba strokovno raziskovati, obravnavati.

4. Nasilje v družini je kaznivo dejanje.
5. Odgovornost za nasilje je vedno na strani povzročitelja nasilja v družini.
6. Izhodišče za delovanje je ničelna toleranca do nasilja.
7. Nasilje v intimno-partnerskem odnosu ni konflikt, ki bi se ga dalo reševati s terapijo ali mediacijo.
8. Pri obravnavi otrok mora osebje privzeti dejstvo, da so vsi, ki prijavijo katerokoli obliko zlorabe otroka v dobri veri, izvzeti iz civilne in kazenske odgovornosti. Prijavitelju ni mogoče neupravičeno soditi za obrekovanje, klevetanje, vdiranje v zasebnost ali kršitve obveze molčečnosti.

ZAKLJUČEK

Sanja Cukut Krilić

Rezultati tako kvantitativnega kot tudi kvalitativnega dela raziskave so jasno pokazali, da je zdravstveni sektor eden od najpomembnejših členov pri prepoznavi in obravnavi nasilja v družini. Zdravstveni sistem je namreč pogosto prvi in/ali edini, s katerim imajo stik žrtve nasilja v družini. Motivacija za boljšo vključitev zdravstvenih delavcev v procesu prepoznave in obravnave nasilja v družini je vezana tako na etične (pomoč žrtvi kot etična dolžnost zdravstvenega delavca) in zakonske razloge (dolžnost ravnanja in prijave v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini) kot tudi na epidemične razsežnosti nasilja v družini kot javnozdravstvenega problema (Strokovne smernice ..., 2015). Pri tem je ključnega pomena poznavanje značilnosti, oblik in dinamike nasilja v družini, socialno-ekonomskih dejavnikov tveganja tako za doživljanje kot izvajanje nasilja, njegovih zdravstvenih in družbeno-ekonomskih posledic ter kliničnih in drugih znakov in poti za boljšo prepoznavo in obravnavo tako žrtev kot tudi povzročiteljev. Prav tako je potrebno premostiti vrzel v informiranosti o možnih oblikah pomoči in jasno določiti ter hkrati razmejiti pristojnosti in naloge posameznih institucij na tem področju. Nujno je sistematično in koordinirano reševanje težav, ki so povezane z nezadostnim in/ali neustreznim medinstitucionalnim sodelovanjem.

Oba dela raziskave sta potrdila, da se zdravstveni delavci pri svojem delu praviloma srečujejo s primeri nasilja v družini, vendar zaradi številnih dejavnikov pogosto ne znajo in ne zmorejo ustrezno delovati. Na tej podlagi je bila izpostavljena potreba po sistematičnih izobraževanjih na tem področju, ki bi zdravstvene delavce senzibilizirala za lažjo in bolj ustrezno prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja in jih hkrati seznanila z ustreznimi smernicami in protokoli delovanja in ukrepanja.

Prav tako se je pokazalo, da je treba zdravstveno osebje ozaveščati in seznaniti z nekaterimi zmotnimi prepričanji o nasilju v družini in/ali vedenju in delovanju tako žrtev kot tudi povzročiteljev (na primer predstave o vlogi ženske/moškega v družbi, prepričanje glede vedenja in delovanja nekaterih ranljivih skupin, porazdelitev odgovornosti in krivde med povzročitelja in žrtev, obravnavanje nasilja v družini kot konflikta in ne posledice neenake porazdelitve moči v družini in družbi itn.). Gotovo ni nezanemarljivo dejstvo, da žrtev na podlagi tovrstnih neustreznih in zmotnih prepričanj lahko doživi nadaljnjo viktimizacijo tudi v okviru zdravstvene obravnave.

Kot je nedvoumno zapisano tudi v *Strokovnih smernicah za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*, je osnovna naloga zdravstvenih delavcev pomoč in zaščita žrtev nasilja, in ne pregon in kaznovanje povzročiteljev nasilja oziroma razsojanje o krivdi v primerih nasilja v družini. Omenjeno je naloga in pristojnost drugih institucij. Prav tako zdravstveni delavci niso odgovorni za vedenje in delovanje žrtev in v njihovem imenu ne sprejemajo odločitev in prevzemajo odgovornosti za ravnanje. Treba je upoštevati, da žrtve pogosto ne potrebujejo zdravstvene obravnave le zaradi neposrednih posledic nasilja v družini in da zaradi duševnih in telesnih posledic nasilja v družini lahko večkrat poiščejo zdravstveno pomoč, preden se nasilje prepozna in ustrezno obravnava. Prepoznavna in obravnava nasilja v družini je dolgotrajen in zapleten proces, ki zahteva čas in osebno angažma, vendar je zdravstveni sistem za žrtve morda edini stik s pristojnimi službami na področju nasilja v družini. Vendar, kot je poudarila Kopčavar Guček (2004), zdravstveno osebje lahko le ob primerni informiranosti, ozaveščenosti in usposobljenosti uspešno prepozna in obravnava žrtve nasilja v družini, za kar so nujni ustrezni izobraževalni programi za povečanje kompetenc zdravstvenega osebja pri prepoznavanju in obravnavanju žrtev nasilja v družini.

Literatura:

Kopčavar Guček, N. (2004). Pristojnosti zdravstvenih ustanov na področju preprečevanja nasilja v družini. V Š. Veselič, D. Horvat in M. Plaz (ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja: izdaja ob 25. letnici delovanja Društva SOS telefon* (str. 220-235). Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja.