

Снежана Б. Кнежевић¹, Иван З. Гајовић²,
Ана С. Маринковић¹

¹Дом здравља Краљево, Србија

²Специјална хируршка болница "Свети Никола",
Ратина, Краљево, Србија

Препреке код здравствених радника за откривање више жена жртава насиља у породици

Кључне речи:

примарна здравствена заштита,
здравствени радници,
општа медицина,
насиље у породици,
решавање проблема

Сажетак

Увод. Женама које пролазе кроз здравствени систем се не препознаје довољно често насиље које трпе у породици.

Циљ рада. Утврдити препреке међу здравственим радницима због којих се не утврђује више случајева насиља над женама.

Метод. Упитник који је подељен здравственим радницима Дома здравља у Краљеву, и послат на њихове имејл адресе.

Резултати. Обухваћено је 136 здравствених радника, 73,3% женског и 26,7% мушког пола; 70,6% лекара и 29,4% техничара. Највећи број испитаника је старости од 31 до 50 година, просечно 38,93±7,7; просечна дужина радног стажа 11,36±7,74 година. Социјалне препреке су статистички значајно више заступљене код жена ($p=0,037$). Највише одговора има *недостатак смерница за поступање*, са статистичком значајности према стручној спреми, $p=0,002$. Међу институционалним препрекама истиче се *преоптерећеност послом* (53,7%), *неинформисаност о процедурама*, статистички значајно код лекара ($p=0,003$), затим *страх за сопствену безбедност* (46,3%). Препреке повезане са самим здравственим радницима имају најмање одговора (24,7%). Истиче се *ограниченост временом*; статистички значајно према полу ($p=0,002$) и квалификацијама ($p=0,009$) постоји недостатак знања, следи недостатак тренинга (44,9%). Жене очекују већа овлашћења у раду, $p=0,035$. Међу четири групе препрека, највише одговора је у вези са самим жртвама насиља (43,9%), статистички значајно више код лекара ($p=0,004$), највише да жртве крију насилно понашање партнера (65,4%).

Закључак. Омогућити стално образовање о насиљу у породици и процењивање знања, ослободити жртве насиља да имају поверење у здравствени систем, подизати свест о осуди насиља, вешто упућивати жене на одговарајуће институције у заједници које би им могле пружити помоћ.

Увод

Насиље у породици и партнерским односима познају културе у свим временима и на свим просторима. Резултат је неједнакости моћи између мушкараца и жена. Насиље над женама је сваки вид родно заснованог насиља које може да има за последицу физичку, психичку или сексуалну повреду или патњу жене, укључујући претње таквим радњама, ограничење или произвољно лишавање слободе, без обзира да ли се дешава у сфери јавног или приватног живота¹. Пола милиона људи у свету годишње су жртва хомицида². Починиоци насиља које је довело до смрти у 40%–70% случајева јесу мушкарци, партнери убијених жена. Свака трећа жена је искусила насиље од стране интимног партнера током свог живота³.

Врсте насиља која постоје:

- Физичко насиље, намерна употреба физичке силе са могућношћу да доведе до повреде или оштећења, укључујући, али не ограничавајући се на широк спектар насилног понашања: гурање, шамарање, дрмусање, повлачење за косу, ударање ногама, угриси, ударање, употреба или претња употребом оружја (пиштоља, ножа, другог предмета).
- Сексуално насиље, сексуално задиркивање, непожељни коментари, употреба силе, присиљавање или физичка интимизација од стране једне особе да би присилила другу особу на сексуалне активности против воље, без обзира да ли је тај чин завршен.
- Психолошко насиље (или злостављање), константно омаловажавање и понижававање од стране партнера и застрашивање да ће се извести било која од наведених радњи. Ову врсту насиља не треба потцењивати, јер може да остави додатне последице по здравље жене без обзира на то да ли је праћено физичким насиљем или не.
- Економско насиље представља неједнаку доступност заједничким средствима, онемогућавање жене да ради или да се образује, спречавање власништва, продаја ствари без сагласности власнице, итд.¹

Насиље у породици јесте вид дискриминације жена и зато у свакој земљи треба да постоји уставна и друга правна заштита од дискриминације⁴. Бројна су документа којима се овом феномену даје нормативни оквир. Ниједан систем не може сам да реши проблем, међутим, здравство има пресудну улогу у превенцији, препознавању и документовању насиља над женама. Светска здравствена организација је 2016. године усвојила Глобални акциони план о јачању улоге здравствених система у именовању међуљудског насиља, посебно над женама и децом⁵.

Усвајањем Посебног протокола Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу, здравствени систем постаје партнер у решавању овог проблема, у складу са међународним актима и домаћим законодавством^{1,6}. Недвосмислена осуда, став о нултој толеранцији, узимање у обзир утицаја насиља на здравље, благовремена и адекватна реакција здравствених радника, представљају саставни део успешног лечења жена жртва насиља у породици⁷. Упркос томе, женама које су прошле кроз здравствени систем не само једном, већ више пута није препознато насиље које им се дешава и најчешће истичу да би волеле да су биле питане о томе (од сто жена које су доживеле насиље само пет буде идентификовано)^{7,8}.

Циљ рада

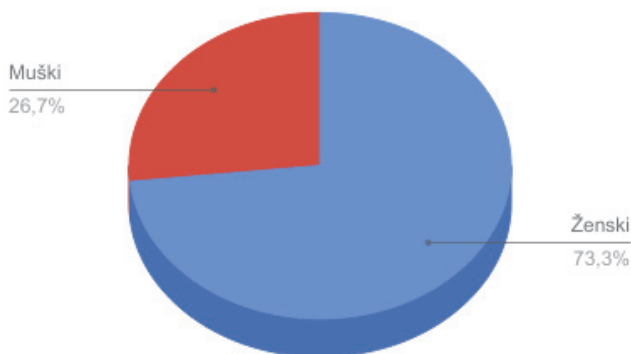
Циљ рада је био да се међу здравственим радницима утврди које су то препреке због којих се не препознаје више случајева насиља над женама у свакодневной пракси, иако су они често први и једини део институција којима се жртва обраћа.

Метод

Инструмент истраживања је анониман, специјално дизајниран папирни и *on-line* упитник, раздвојени здравственим радницима у њиховим ординацијама и на имејл адресе. Узорак чини 136 здравствених радника, који су одговорили на упитник у периоду од 1. до 10. марта 2017. године. Упознати су са сврхом упитника (истраживање) и учешћем уз добровољни пристанак. Упитник је затвореног типа, на две стране са 11 питања. Први део упитника се односи на социодемографске и струковне карактеристике здравствених радника а други део је подељен у 4 групе питања. Прво су социјалне препреке, где је понуђено 7 одговора. Друга група су институционалне препреке са 6 могућих одговора. Треће су препреке у вези са самим здравственим радницима, са 8 одговора, а четврта група у вези са самим жртвама насиља са 8 могућих одговора. Здравствени радници су могли да изаберу више од једног одговора као могућу препреку у свакодневном професионалном раду. Резултати истраживања послужиће за расправу о отклањању препрека за откривање више жена жртва насиља. За истраживање је прибављена писмена сагласност директора Дома здравља у Краљеву. Подаци су унети у табелу *Excel* програма, верзија 2010. За анализирање резултата код испитиване популације коришћени су методи дескриптивне статистике: пребројавање, минимална и максимална вредност, аритметичка средина, стандардна девијација и проценти. За утврђивање значајности разлике између обележја коришћен је χ^2 -тест независности. Ниво значајности је подешен на 95% интервал поверења.

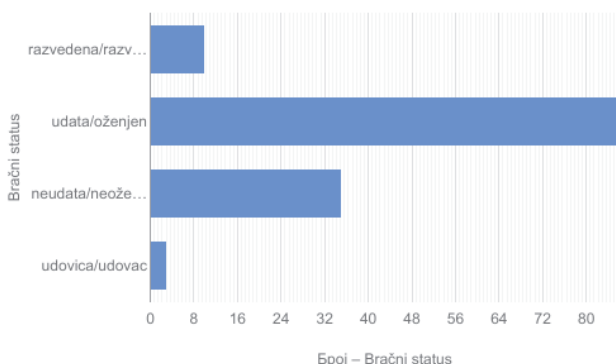
Резултати

У оквиру истраживања здравственим радницима је подељено 150 упитника, попуњено је и враћено 137, а коректно је попуњено 136 (са свим одговорима), који су потом статистички обрађени. Процент одговора је 91,3%. Упитник је попуњило 100 (73,3%) особа женског пола и 36 (26,7%) особа мушког пола (Графикон 1).



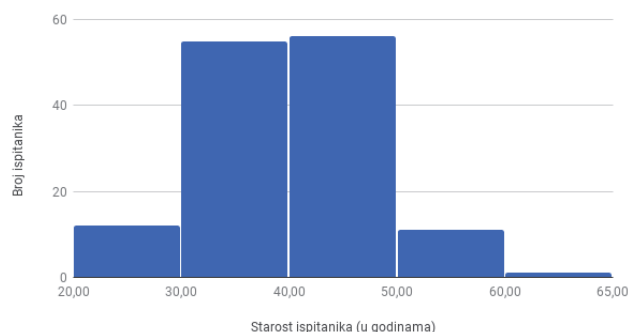
Графикон 1. Полна структура испитаника
Figure 1. Gender structure of subjects

Када је у питању брачни статус, највећи број испитаника је ожењен/удата, 63,2%, затим неожењени/неудати 25,7%, разведени 8,8% и удовци/удовице 2,2% (Графикон 2).



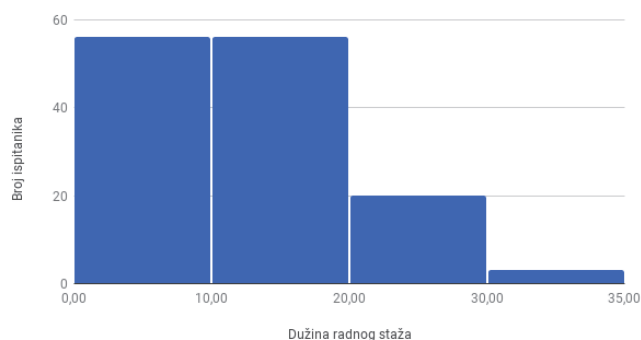
Графикон 2. Брачни статус испитаника
Figure 2. Marital structure of subjects

Сви испитаници су разврстани у старосне групе са интервалом од 10 година. Највећи број испитаника је старости 31-50 година (79,4%), просечна старост испитаника је $38,93 \pm 7,7$. Распон година се креће од 23 до 61 (Графикон 3).



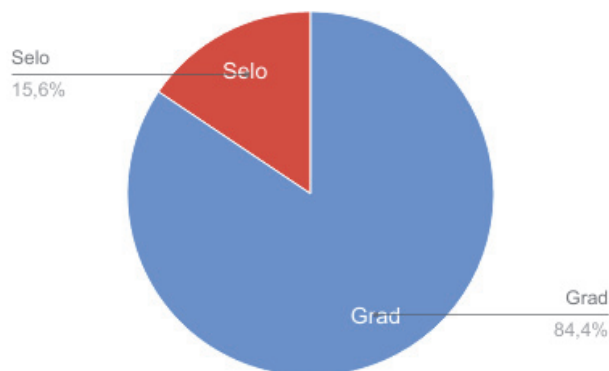
Графикон 3. Старост испитаника (године)
Figure 3. Age (years)

Највише испитаника има 1-20 година радног стажа (85,3%) у распону од најмање једне до највише 33 године. Просечна дужина радног стажа је $11,36 \pm 7,74$ година (Графикон 4).



Графикон 4. Дужина радног стажа
Figure 4. Years of service

Од укупног броја анкетираних здравствених радника, 21 (15,6%) ради на селу а 115 (84,4%) у граду (Графикон 5).



Графикон 5. Место где раде испитаници
Figure 5. Workplace of subjects

Табела 1. Статистичка значајност разлике у одговорима на групе препрека у односу на старост, дужину радног стажа, брачни статус, радно место и ниво здравствене заштите (95% интервал поверења)

Table 1. Statistical significance of difference in answers, related to age, years of service, marital status, workplace, and health care level (95% confidence interval)

Препреке	Старост	Радни стаж	Брачни статус	Радно место	Ниво ЗЗ
Социјалне	$p=0,650$	$p=0,955$	$p=0,964$	$p=0,530$	$p=0,579$
Институционалне	$p=0,672$	$p=0,830$	$p=0,725$	$p=0,530$	$p=0,375$
Здравствени радници	$p=0,894$	$p=0,862$	$p=0,598$	$p=0,813$	$p=0,824$
Жртве насиља	$p=0,594$	$p=0,794$	$p=0,361$	$p=0,277$	$p=0,370$

Нисмо нашли статистичку значајност у односу на дужину радног стажа испитаника, њихов брачни статус, године живота, да ли раде на селу или у граду и да ли су запослени на примарном или секундарном нивоу здравствене заштите и укупног броја одговора на питања о препрекама за њихово ефикасније препознавање насиља (Табела 1).

У примарној здравственој заштити раде 93 (68,4%) а у секундарној 43 (31,6%) здравствена радника. Они који раде на секундарном нивоу припадају специјалистичким консултативним службама Дома здравља и Пријемној

служби Опште болнице. Лекари опште медицине на секундарном нивоу раде у Пријемној служби. Специјализанти су груписани у специјалисте разних грана медицине ради прегледније обраде података.

Табела 2. Подела према стручној спреми

Table 2. Level of education

Врста здрав. радника	Мед. техничари	Струковне сестре	Лекари опште медицине	Спец. разних грана медицине
Ниво ЗЗ				
Примарни	22 (16.2%)	6 (4.4%)	48 (35.3%)	17 (12.5%)
Секундарни	8 (5.9%)	4 (2.9%)	6 (4.4%)	25 (18.4%)

Међу анкетиранима је 40 медицинских техничара и струковних сестара (29,4%) и 96 лекара опште медицине и различитих специјалности (70,6%), укупно 54 лекара опште медицине и 42 специјалиста разних грана медицине - 30 медицинских техничара (22,1%) и 10 струковних сестара (7,3%). Највише је лекара опште медицине - 54 (39,7%), најмање струковних сестара - 10 (7,3%).

У делу упитника са груписаним препрекама на социјалне, институционалне, у вези са здравственим радницима и са жртвама насиља, понуђено је више могућих одговора што су испитаници користили. Анализиран је укупан број одговора, који су приказани у Табелама 3-9, према полу и стручној спреми испитаника.

Табела 3. Социјалне препреке

Table 3. Social barriers

Препреке		Мушкарци		Жене		Укупно		Техничари		Лекари		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Социјалне препреке	Недостатак јасних смерница за поступање	19	52.8%	59	59.0%	78	57.4%	13	32.5%	65	67.7%	78	57.4%
	Културолошко схватање средине	16	44.4%	55	55.0%	71	52.2%	18	45.0%	53	55.2%	71	52.2%
	Низак социоекономски статус	11	30.5%	54	54.0%	65	47.8%	18	45.0%	47	40.0%	65	47.8%
	Старосне разлике између здравствених радника и жртва	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Друштвени стереотипи и предрасуде	14	38.9%	55	55.0%	69	50.7%	22	55.0%	47	40.0%	69	50.7%
	Религиозна уверења	6	16.7%	13	13.0%	19	14.0%	8	20.0%	11	11.5%	19	14.0%
	Друго	1	2.8%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	1	1.0%	1	0.7%

Табела 4. Статистичка значајност социјалних препрека у односу на пол и стручну спрему (95% интервал поверења)

Table 4. Stastical significance of social barriers related to gender and level of education (95% confidence interval)

Препреке	Пол	Стручна спрема
Смернице	$p=0,517$	$p=0,002$
Схватање средине	$p=0,277$	$p=0,278$
Социокономски статус	$p=0,016$	$p=0,673$
Старосне разлике	/	/
Стереотипи и предрасуде	$p=0,097$	$p=0,520$
Религиозна уверења	$p=0,586$	$p=0,190$
Друго	/	/
Укупно	$p=0,037$	$p=0,122$

У групи питања о социјалним препрекама (Табела 3), на понуђене одговоре мушкарци су обележили укупно 67 (26,6%), жене 236 (33,7%), укупно 303 (31,8%). Постоји статистички значајна разлика у броју одговора који су дали мушкарци и жене, $p=0,037$. Техничари (оба нивоа стручне спреме) су обележили 79 (28,2%) одговора а лекари 224 (33,3%). Нема статистичке значајности, $p=0,122$.

Табела 5. Институционалне препреке

Table 5. Institutional obstacles

Препреке		Мушкарци		Жене		Укупно		Техничари		Лекари		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Институционалне препреке	Недостатак простора за приватност	12	33.3%	44	44.0%	56	41.2%	14	35.0%	42	43.8%	56	41.2%
	Страх за сопствену безбедност	15	41.7%	48	48.0%	63	46.3%	21	52.5%	42	43.8%	63	46.3%
	Преоптерећеност послом здравствених радника	16	44.4%	57	57.0%	73	53.7%	19	47.5%	54	56.3%	73	53.7%
	Неинформисаност о процедурама	17	47.2%	47	47.0%	64	47.1%	11	27.5%	53	55.2%	64	47.1%
	Недостатак особља	10	27.8%	34	34.0%	44	32.4%	14	35.0%	30	31.3%	44	32.4%
	Друго	2	5.6%	1	1.0%	3	2.2%	1	2.5%	2	2.1%	3	2.2%

Табела 6. Статистичка значајност институционалних препрека у односу на пол и стручну спрему (95% интервал поверења)

Table 6. Stastical significance of institutional barriers related to gender and level of education (95% confidence interval)

Препреке	Пол	Стручна спрема
Недостатак приватности	$p=0,265$	$p=0,345$
Страх за безбедност	$p=0,513$	$p=0,354$
Преоптерећеност	$p=0,195$	$p=0,351$
Неинформисаност	$p=0,981$	$p=0,003$
Недостатак особља	$p=0,265$	$p=0,670$
Друго	$p=0,110$	$p=0,110$
Укупно	$p=0,178$	$p=0,147$

На институционалне препреке (Табела 5) добијена су укупно 303 (37,2%) одговора, мушкарци 72 одговора (33,3%), жене 231 (38,5%). Нема статистички значајне разлике у броју одговора мушкараца и жена, $p=0,178$; техничари 80 (33,3%), лекари 223 (38,7%), $p=0,147$.

Табела 7. Препреке повезане са здравственим радницима**Table 7.** Barriers attributed to health professionals

Препреке		Мушкарци		Жене		Укупно		Техничари		Лекари		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Препреке у вези са здравственим радницима	Недостатак знања о насиљу	16	44.4%	18	18.0%	34	25.0%	16	40.0%	18	18.6%	34	25.0%
	Недостатак тренинга	15	41.7%	46	46.0%	61	44.9%	20	50.0%	41	42.7%	61	44.9%
	Ограниченост временом	18	50.0%	61	61.0%	79	58.1%	20	50.0%	59	61.5%	79	58.1%
	Здравствени радници у томе не могу помоћи	9	25.0%	5	5.0%	14	10.3%	3	7.5%	11	11.5%	14	10.3%
	И сам/а сам жртва насиља	2	5.6%	1	1.0%	3	2.2%	1	2.5%	2	2.1%	3	2.2%
	Дати већа овлашћења здравственим радницима	9	25.0%	45	45.0%	54	39.7%	13	32.5%	41	42.7%	54	39.7%
	Стид их је да питају о насиљу у породици	5	13.9%	17	17.0%	22	16.2%	8	20.0%	14	14.6%	22	16.2%
	Друго	1	2.8%	1	1.0%	2	1.5%	1	2.5%	1	1.0%	2	1.5%

Табела 8. Статистичка значајност препрека повезаних са здравственим радницима у односу на пол и стручну спрему (95% интервал поверења)**Table 8.** Statistical significance of barriers attributed to health professionals related to gender and level of education (95% confidence interval)

Препреке	Пол	Стручна спрема
Знање о насиљу	$p=0,002$	$p=0,009$
Тренинг	$p=0,576$	$p=0,436$
Време	$p=0,251$	$p=0,217$
Не могу помоћи	$p=0,408$	$p=0,489$
И сам/а сам жртва	$p=0,110$	$p=0,110$
Већа овлашћења	$p=0,035$	$p=0,267$
Стид да питају	$p=0,663$	$p=0,434$
Друго	$p=0,447$	$p=0,447$
Укупно	$p=0,546$	$p=0,657$

На питања у вези са самим здравственим радницима, укупно смо добили 269 (24,7%) одговора; 75 (26,5%) мушкараца је заокружило понуђене одговоре и 194 (24,3%) жене (Табела 7). Нема статистички значајне разлике према полу испитаника, $p=0,546$; техничари 82 (25,6%), лекари 187 (24,3%), $p=0,657$.

Табела 9. Препреке повезане са жртвама насиља**Table 9.** Barriers attributed to victims of domestic violence

Препреке		Мушкарци		Жене		Укупно		Техничари		Лекари		Укупно	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Препреке повезане са самим жртвама насиља	Упорно крију насилно понашање партнера	21	58.3%	68	68.0%	89	65.4%	26	65.0%	63	65.6%	89	65.4%
	Враћају се у исто окружење	16	44.4%	57	57.0%	73	53.7%	16	40.0%	57	59.4%	73	53.7%
	Боје се понављања насиља	17	47.2%	59	59.0%	76	55.8%	22	55.0%	54	56.3%	76	55.8%
	Не знају довољно о својим законским правима	19	52.8%	54	54.0%	73	53.7%	15	37.5%	58	60.4%	73	53.7%
	Стиде се и боје неразумевања околине	19	52.8%	64	68.0%	83	61.0%	20	50.0%	63	65.6%	83	61.0%
	Лакше им је да трпе него да о томе причају	17	47.2%	45	45.0%	62	45.6%	16	40.0%	46	47.9%	62	45.6%
	Очекују да буду питане о насиљу, не почињу прве да говоре	8	22.2%	13	13.0%	21	15.4%	4	10.0%	17	17.7%	21	15.4%
	Друго	1	2.8%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	1	%	1	0.7%

Табела 10. Статистичка значајност препрека повезаних са жртвама насиља у односу на пол и стручну спрему (95% интервал поверења)

Table 10. Statistical significance of barriers attributed to victims of domestic violence related to gender and level of education (95% confidence interval)

Препреке	Пол	Стручна спрема
Жртве крију насиље	$p=0,296$	$p=0,944$
Враћају се	$p=0,195$	$p=0,039$
Боје се понављања	$p=0,222$	$p=0,893$
Не знају закон	$p=0,899$	$p=0,015$
Стиде се	$p=0,236$	$p=0,886$
Лакше да трпе него говоре	$p=0,818$	$p=0,398$
Очекују питања	$p=0,189$	$p=0,257$
Друго	/	/
Укупно	$p=0,238$	$p=0,004$

Здравствени радници су дали највише одговора на препреке које се тичу самих жртва насиља, укупно 478 (43,9%), 118 (41%) мушкараца и 360 (45,5%) жена (Табела 9). Нема статистички значајне разлике према полу, $p=0,238$. Техничари су обележили 119 (37,1%) а лекари 359 (46,7%) одговора, са статистички значајном разликом, $p=0,004$.

Дискусија

Дуго се сматрало да је насиље у породици социјална и приватна категорија, међутим, у последње две деценије оно поприма размере епидемијског проблема јавног здравља. Родно засновано насиље је фактор ризика за здравље попут злоупотребе алкохола, пушења, неправилне исхране и физичке неактивности. Претежно се односи на жене и децу, док су мушкарци ређе жртва породичног насиља⁶.

Истраживање је спроведено да би се откриле препреке међу здравственим радницима због којих се не открива више случајева насиља у породици као фактора ризика на свеобухватно психофизичко здравље жена. Процент испитаника у нашој студији који су желели да учествују у истраживању је 91,3% и у поређењу са сличним истраживањима у Египту и Великој Британији где је проценат одговора 20%-90%, може се објаснити жељом испитаника да знају више о овом проблему⁹⁻¹⁴. Највећи број испитаника је старости од 31 до 50 година; наши испитаници су млађи него у студији *Abutaleb*-а и сар¹⁰. и *Gerbert*-а и сар¹⁶, а сличне старости као код *Sundborg*-а и сар¹⁴. и *Ramsay*-а и сар¹⁵. Када је у питању брачни статус,

највише је ожењених/удатих (63,2%), што је мање него код *Alsabhan*-а¹⁷. Дужина радног стажа је просечно 11,4 год, највише испитаника је са 1-20 година радног стажа, нешто мање него у египатској¹⁷ а исто као у британској студији¹⁵. Жртве насиља се опредељују за здравствени систем као социјално прихватљив пут да се прекине ћутање, али ретко ко од њих спонтано говори о томе приликом посета здравственим установама¹⁸.

Социјалне препреке

Највећи проценат одговора међу социјалним препрекама има недостатак смерница за поступање. Нема статистички значајне разлике у одговорима према полу ($p=0,517$), док према стручној спреми постоји статистичка значајност, $p=0,002$. Сличне резултате налазимо код *Abutaleb*-а у шведској, британској и шпанској студији^{10,14,15,19}. Јасне смернице постоје јер су дефинисане Посебним ”протоколом Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу”, али и даље нису сви испитаници са њим¹ упознати. Анализираћемо могућности обучавања здравствених радника као начин за отклањање ове препреке у свакодневном раду^{1,7}. Нико не сматра да су препреке старосне разлике између здравствених радника и жртва. Религиозна уверења представљају 14% препрека. Нема статистичке значајности према полу и квалификацијама. У поменутој студији¹⁰ овај проценат је вишеструко виши, као и у студији у Кувајту¹⁷, а у европским студијама није анализиран^{14,15,19}.

Културолошко схватање средине и друштвене стереотипе и предрасуде као препрека, треба разбијати. Нема статистичке значајности према полу и квалификацијама. Наши испитаници су у мањем броју сматрали ово као препреку него у сличним истраживањима^{10,17}. Здравствени радници својим ставом и знањем треба да се истичу у заговарању нулте толеранције насиља и смањењу распрострањености негативних родних стереотипа²⁰. Да би у томе били успешни, неопходно је да овладају одговарајућим знањем о насиљу у породици, доприносе примарној превенцији, да буду оспособљени и да образују пацијенте, да се упознају са могућностима помоћи жртвама у својој установи и средини у којој живе и раде⁶. Половина анкетираних сматра да је низак социоекономски статус жртва насиља у породици препрека у њиховом успешном раду, са статистички значајном разликом у односу на пол ($p=0,016$). Исто као у кувајтској студији¹⁷, код техничара чешће.

Институционалне препреке

Међу институционалним препрекама истичу се преоптерећеност послом са 53,7%, као код *Beunon*-а и сарадника¹⁹. Нема статистичке значајности према полу и квалификацијама, $p=0,195$. У египатској¹⁰ и кувајтској

студији¹⁷ овај проценат је знатно виши. Следи неинформисаност о процедурама са статистички значајном разликом међу техничарима и лекарима ($p=0,003$), као и у Шпанији¹⁹. Иза тога је страх за сопствену безбедност, мање него код *Abutaleb-a*¹⁰ и сар. и *Alsabhan-a*¹⁷ и сар. На недостатак простора за приватност указује 41,2%, у финској студији то уопште не представља проблем²¹ а у шпанској је 12,9%¹⁹. Да је препрека недостатак здравственог кадра, сматра трећина анкетираних.

Засновано на анализи резултата 25 различитих студија, пре него што обелодане насиље²² жртве очекују од професионалаца потпуно разумевање проблема насиља, укључујући знања о институционалним и системским могућностима помоћи.

Неинформисаност о процедурама и недостатак знања и тренинга су неки од главних узрока изостанка скрининга на насиље^{7,14,15,22}, што су потврдили резултати наше студије. Последица је неадекватан одговор на потребе и захтеве у пружању здравствених услуга.

У студији *Alsabhan-a*¹⁷ и сар. недостатак јасних процедура је заступљен у много већем проценту него у нашем истраживању, док је код *Ramsay-a*¹⁵ и сар. 56%. Систем образовања лекара, средњег медицинског кадра је подразумевао минимално стицање знања из области насиља над женама. У практичном раду недостају разноврсни начини за обучавање о томе. Недостаје и одговарајућа домаћа литература, међутим, уколико постоји лична мотивација доступна је страна литература, семинари и мноштво информација на интернету. Када се неки феномен не познаје довољно, очекивано је да се не препозна рутински, у свакодневном раду. Здравствене установе треба да сачине план сталног и систематског обучавања запослених о питањима насиља у породици са што већим обухватом кроз специјализоване акредитоване курсеве и тренинге. Новостечена знања треба потом применити у свакодневној пракси. Неопходне су процене рада и праћење трајања позитивне промене^{6,7}.

Препреке у вези са самим здравственим радницима

Имају најмањи проценат одговора (24,7%), исто као у египатско-кувајтским студијама^{10,17,23}. Истиче се ограниченост временом, 58,1%, док је у поменутих студијама 90,6%, односно 85%, а само 10% у шведској¹⁴. Код ове препреке нема статистичке значајности према полу и стручној спреми. Следи недостатак тренинга (44,9%, што се у наведеним студијама посебно истиче. Укупно 10,3% мисли да здравствени радници у томе не могу помоћи. Тако мали број одговора је охрабрујући јер најзначајније активности на именовању, препознавању, идентификовању и адекватном реаговању на насиље треба да се одвијају првенствено на нивоу здравствених установа^{1,7}. У студији *Alotaby-a* и сар.²³ тај проценат је 72,7% лекари и 56,7% техничари.

Знатно више жена (45,0%) него мушкараца (25,0%) мисли да треба дати већа овлашћења здравственим радницима. Статистички постоји значајна разлика, $p=0,035$. Овај податак би могао бити додатни разлог за давање статуса службеног лица здравственим радницима. Троје испитаника је навело да су и сами жртве породичног насиља, што може бити препрека у свакодневном раду, јер разговор о томе ствара тескобу и непријатност и здравствени радник поновно преживљава сопствено искуство насиља. Тај проценат је чак 56% у сличном истраживању¹⁷ а 13% у шведској студији¹⁴, док је код шпанца 11%¹⁹. Стид да питају о насиљу у породици има 16,2% испитаника, што је знатно мањи број у односу на студију у Ирану (74%)⁹ и Пакистану (72%)²⁴.

Препреке у вези са самим жртвама насиља

Као и у студијама у Египту и Кувајту²³ највећи проценат одговора је у вези са самим жртвама насиља, 478 (43,9%). Жртве упорно крију насилно понашање партнера (65,4%), нема статистичке значајности према полу и квалификацијама. Иако је жена доживела насиље, она ће то искуство често негирати. Постоје бројни разлози и професионалци треба да буду свесни тога и да имају разумевање¹. Следи препрека да се жртве стиде и боје не разумевања околине (61,0%). Наши резултати су исти као у сличним студијама^{23,25,26}. Да је препрека то што се жене враћају у исто окружење сматра 53,7% испитаника, статистички значајно више лекара ($p=0,039$), у британској студији 11%¹⁵. То не треба да буде значајна препрека због комплексних механизма и тешкоћа изласка из насилне везе/брака. Слично томе, на питање да жртве не знају довољно о својим законским правима је одговорило 53,7%, статистички значајно више код лекара, $p=0,015$, а код британца је 22%¹⁵.

Тематски постери у чекаоницама, памфлети, адресе и бројеви телефона надлежних институција у заједници треба да постоје у ординацијама, чиме би се подигао ниво свести жртва и пружале неопходне информације. Велики проценат одговора има и препрека да се жртве боје понављања насиља (55,8%). Да је жртвама лакше да трпе него да о томе причају, мисли 47,6% анкетираних. Да очекују да буду питане и не почињу прве да говоре сматра 15,4%, охрабрујуће мали број, јер жене које су искусиле насиље желе да се повере здравственом раднику у ког имају поверење и да добију подршку од њега, али већина то не учини спонтано приликом прегледа^{27,28}. Жене желе да одмичу у сопственом темпу кроз одлуке, не желе притисак, оптуживање партнера, као и очекивање здравствених радника да ће ако говоре о насиљу напусти партнерску везу^{27,29}.

У великом броју студија је утврђено да већина жртва нема ништа против тога да буду питане о насиљу

и очекују од здравствених радника да буду активнији у постављању питања, што није случај са ставом наших испитаника^{25,26,30,31}. Током свакодневног рада, здравствени радници треба да искористе терапеутски потенцијал и препознају насиље, да га јасно осуде, да осећају и показују емпатију према жртви током разговора, да понуде континуитет у пружању здравствене заштите, да буду свесни тога да није њихов задатак решавање тог проблема, већ вештина да упуте на надлежне институције^{1,6,7,32}.

Закључак

Ово су први резултати о препрекама код здравствених радника за откривање више случајева насиља над женама у нашој земљи. Постоје бројна ограничења, узорак

није стандардизован и репрезентативан, али може послужити даљим истраживањима као и сагледавању личних, системских и организационих фактора који успоравају пружање квалитетније здравствене заштите.

Студија је показала мноштво препрека са којима се суочавају стручњаци у свакодневном раду. Неопходне су даље интервенције у здравству, додатно образовање и усавешавање, примена знања о овом феномену у академском школовању. Лекари и медицинске сестре треба да знају да њихов задатак није да реше ситуацију насиља, већ да јасно осуђују насиље, препознају га, документују, лече физичке и психичке последице и понуде помоћ полицији, тужилаштва, центара за социјални рад и невладиних организација. Став испитаника је позитиван и постоји заинтересованост, што даје простора за даље ефикасније ангажовање на овом проблему.

Snezana B. Knžević¹, Ivan Z. Gajović²,
Ana S. Marinković¹

¹Health centre Kraljevo, Serbia
²Hospital for special syrgery "St Nikola", Ratina, Serbia

Barriers to health care professionals in detecting more domestic violence

Key words:

primary health care,
health workers,
general practice,
domestic violence,
problem solving

Abstract

Introduction. Identification of victims of domestic violence among the women using the healthcare is not sufficient.

Objective. The aim of this study is to identify the barriers that prevent health care professionals in identifying domestic violence more often.

Method. A questionnaire was distributed to health workers in the Health center of Kraljevo, by e-mail.

Results. The study comprised 136 health care workers, 73.3% female and 26.7% male. 70.6% were doctors and 29.4% technicians. The mean age of respondents was 38.93 ± 7.7 , (range 31-50), with the average 11.36 ± 7.74 years of service. The social barriers were significantly more present among female health workers ($p=0.037$). The most frequent answer is *the lack of guidelines*. This answer is significantly in correlation with professional qualification ($p=0.002$). The prominent institutional barriers are overwork (53.7%), lack of information about the procedures (significantly present among doctors, $p=0.003$), and the fear for their own safety (46.3%). Barriers associated to the health care workers themselves have the least number of responses, with limited time as the most important, followed by lack of training (44.9%) and lack of knowledge, that is significantly related to gender ($p=0.002$) and to qualifications ($p=0.009$). Women expect more authority in their work, $p=0.035$. Among the 4 groups of barriers, the majority of answers is related to the victims of violence themselves (43.9%), statistically more significant among doctors, $p=0.004$, predominantly responding that victims hide the violent behavior of their partners (65.4%).

Conclusion. Provide continuous education about domestic violence and evaluation of knowledge, encourage the victims to trust the health system, raise awareness about the judgment of violence, and skillfully inform the women of resources in the community.

References Литература

1. *Poseban protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2011. (<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Ostalo/ostupanjeSaZenamaKojeSulzlozeneNasilju.pdf>)
2. *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
3. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
4. Nikolić Ristanović V. *Međunarodni standardi o nasilju u porodici i njihova primena na zapadnom Balkanu*. Beograd: Prometej, 2006.
5. *Sustainable Development Goals. 17 goals to transform our world*. New York: United Nations Organization; 2015. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/>
6. Knežević SB, Gajović I. *Primena protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju u kliničkoj praksi*. PONS - medicinski časopis 2016;13(1):16-23.
7. Otašević S. *Nasilje nad ženama moja profesionalna odgovornost*. Autonomni ženski centar, Beograd, 2007.
8. Rukavina I. *Nasilje u obitelji i liječnik obiteljske medicine*. U: Ajduković D. Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju obiteljskog nasilja. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i UNDP, 2010.
9. Rasoulia M, Shirazi M, Nojomi M. *Primary health care physicians' approach toward domestic violence in Tehran, Iran*. Med J Islam Repub Iran, 2014;28:148-55.
10. AbuTaleb NI, Dashti TA, Alasfour SM, Elshazly M, Kamel MI. *Knowledge and perception of domestic violence among primary care physicians and nurses: A comparative study*. Alexandria Journal of Medicine, 2012;48:83-89.
11. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. *Factors influencing identification of and response to intimate partner violence. A survey of physicians and nurses*. BMC Public Health, 2007;7:12-23.
12. Baig A, Shadigian E, Heisler M. *Hidden from plain sight: Residents' domestic violence screening attitudes and reported practices*. J Gen Intern Med 2006;21: 949-54.
13. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. *Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians*. J Natl Med Assoc 2006;98:403-04.
14. Sundborg EM, Saleh-Statinn N, Wändell P, Törnkvist L. *Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care*. BMC Nursing 2012;11:1-17.
15. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. *Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians*. Br J Gen Pract. 2012;62(602):647-655.
16. Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, McPhee SJ, Carlton R, Herzing K, et al. *Domestic violence compared to other health risks: a survey of physicians' beliefs and behaviors*. Am J Prev Med 2002;23:82-90.
17. Alsabhan EH, Al-Mutairi MM, Al-Kandari, Kamel MI, El-Shazly MK. *Barriers for administering primary health care services to battered women: perception of physician and nurses*. AJM 2011;47:343-50.
18. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. *Involving the health care system in domestic violence: what women want*. Ann Fam Med 2012;10(3):213-20.
19. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. *Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis*. BMC Public Health. 2012;12(1):473.
20. *Nacionalna strategija za rodnu ravnopravnost za period od 2016. do 2020. godine sa akcionim planom za period od 2016. do 2018. godine*. Sl gl RS br 4 2016.
21. Leppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E. *Assessing and Enhancing Health Care Providers' Response to Domestic Violence*. Nursing Research and Practice. 2014; Article ID 759682, 8 pages. doi:10.1155/2014/759682.
22. Erickson MJ, Hill TD, Siegel NK. *Barriers to domestic violence screening in the pediatric Setting*. Pediatrics 2001;108: 98-102.
23. Alotaby IY, Alkandari BA, Alshamali KA, Kamel MI, El-Shazly MK. *Barriers for domestic violence screening in primary health care centers*. AJM 2013;49:175-80.
24. Fikree FF, Jafary SN, Korejo R, Khan A, Durocher JM. *Pakistani obstetricians' recognition of and attitude towards domestic violence screening*. Int J Gynecol Obstet 2004;87:59-65.
25. McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. *Inside "Pandora's Box": abuse women's experiences with clinicians and health services*. JGIM 1998;13(8):549-55.
26. Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. *Physician interaction with battered women*. JAMA 1998;7:576-82.
27. Feder GS, Hudson M, Ramsay J, Taket AR. *Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies*. Arch Intern Med 2006;166:22-37.
28. Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, et al. *Identifying domestic violence. cross sectional study in primary care*. BMJ 2002;324:274-77.
29. Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, Cucic V. *Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement*. Patient Educ and Couns 2010;80:88-93.
30. Rodriguez MA, Szkupinsk S, Quiroga SS, Bauer HM. *Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care*. Arch Fam Med 1996;5(3):153-58.
31. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. *The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study*. MJA 2001;75:199-201.
32. Usta J, Taleb R. *Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know*. Libyan J Med 2014;9: art 23527. <http://dx.doi.org/10.3402/ljm.v9.23527>

Примљен • Received: 06.04.2017.

Исправљен • Corrected: 24.07.2017.

Прихваћен • Accepted: 25.07.2017.