

Снежана Б. Кнежевић¹, Иван З. Гајовић²,
Бојана Ч. Трикош¹

¹Дом здравља, Краљево, Србија

²Специјална хируршка болница

“Свети Никола” - Ратина, Краљево, Србија

Однос лекара према насиљу у породици

Кључне речи:

насиље у породици,
јавно здравље,
примарна здравствена заштита,
едукација,
жене

Сажетак

Увод. Лекари треба да предузму превентивне и интервентне активности ради одговарајуће реакције на случајеве насиља у породици.

Циљ рада. Утврдити какав однос имају лекари према насиљу над женама; колико су обавештени, обучени; да ли примењују Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу; да ли пријављују насиље и да ли су упознати са ресурсима, односно са одговарајућим установама у заједници које се баве овим питањем.

Метод. Упитник је сачињен и подељен лекарима на стручном састанку Дома здравља Краљево, новембра 2017. године. За анализу резултата коришћени су пребројавање, минимална и максимална вредност, аритметичка средина, стандардна девијација и χ^2 -тест независности (*Excel* 2010).

Резултати. Истраживањем је обухваћено 118 лекара (70,3% женског, 29,7% мушког пола). Већина испитаника је старости од 41 до 50 година (39,8%), просечно $45,54 \pm 9,2$. Највише је лекара опште медицине (61,9%). Случајеве насиља над женама је у пракси имало 63,6%. За препознавање насиља није обучено 19,5% испитаника, група од 10 до 20 година радног стажа, што је статистички значајно ($p=0,030$). Самостално се чешће обучавају запослени у граду и специјалисти. Није упознато са Посебним протоколом 39,8%, што је статистички значајно, више лекара мушког пола ($p=0,004$), у граду ($p=0,008$) и на секундарном нивоу здравствене заштите ($p=0,009$). Код сумње на насиље, 16,9% лекара попуњава *Образац за евидентирање и документовање насиља*. Редовно пријављује насиље у породици 41,5% испитаника. Психичко насиље је најчешће (51,7%); лекари старости од 61 до 70 година чешће немају времена да рутински питају (32,2%). Знају да постоји мултисекторска сарадња на нивоу града 30,5%. Лекари опште медицине статистички значајно више имају у ординацијама бројеве телефона за помоћ жртвама ($p=0,037$). Насиље над женама осуђује 90,7% анкетираних.

Закључак. Проценити личне, организационе и системске факторе који могу унапредити примену Посебног протокола и ефикаснију борбу са овим проблемом.

Увод

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 поступцима, ограничење или произвољно лишавање слободе, без обзира да ли се дешава у сфери јавног или приватног живота¹. Насиље над женама обухвата физичко, психичко, сексуално и економско насиље¹.

Свака држава има уставну и правну заштиту од дискриминације². Насиље је глобални проблем. Република Србија, као чланица Уједињених нација, Савета Европе и других међународних организација, има обавезу да не престано ради на изједначавању права жена и мушкараца¹.

Заштита од насиља у породици почиње његовим препознавањем. То је обавеза свих институција у оквиру њихових редовних делатности³. Влада Србије је 2011. године усвојила Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу намењен здравственим радницима, којим су прецизиране улоге и дефинисане процедуре у вези са насиљем над женама у породици и партнерским односима¹. Посебним протоколом су дефинисане превентивне и интервентне активности које здравствени радници треба да предузму ради адекватне реакције на случајеве насиља, као и видови обуке запослених за његову примену. Протокол садржи *Образац за евидентирање и документовање насиља* за једнообразно документовање насиља и има кључни судско-медицински значај.

Усвајање Посебног протокола показује решеност у обезбеђивању пуног обима поштовања људских права, у складу са правним тековинама Европске уније у области здравственог система².

Циљ рада

Циљ рада је био да се утврди какав однос, професионални и лични, имају лекари према насиљу над женама, колико и како су упућени и обучени да препознају тај проблем и на који начин примењују Посебан протокол, као и о могућностима које пружа мултисекторска саградња на локалном нивоу.

Метод

Инструмент истраживања је анониман, модификован упитник *PREMIS (Physician readiness to manage intimate partner violence)*⁴, подељен лекарима електронском поштом и лично приликом одржавања стручног сасатанка у организацији Српског лекарског друштва, под-

ружница Краљево 07.11.2017. године. Узорак је чинило 118 доктора медицине који су одговорили на упитник у периоду од 07. до 30. новембра 2017. године. Упознати су са сврхом упитника и учешћем на добровољној основи. Упитник је затвореног типа, на две стране са 15 питања. Први део упитника се односи на социјалне демографске и струковне карактеристике лекара, а други део садржи 9 питања која се односе на њихову упознатост са насиљем над женама, начином стицања знања, евидентирање, документовање и пријављивање, тренутну праксу, одговорност, информисаност о ресурсима, односно одговарајућим установама у заједници које се баве овим питањем, и на лични став о теми.

Резултати истраживања послужили су за расправу о односу лекара према насиљу и могућностима унапређења праксе. За истраживање је прибављена писмена сагласност директора Дома здравља Краљево. Подаци су унети у табелу *Excel* програма, верзија 2010. За анализу резултата 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 подељен на 95% интервал поверења.

Резултати

У оквиру истраживања лекарима је подељено 130 упитника, враћено је 123, а коректно попуњено 118, који су, потом, статистички обрађени. Проценат одговора је 90,8%. Упитник су попуниле 83 (70,3%) лекарке и 35 (29,7%) лекара.

Сви испитаници су разврстани у старосне групе са интервалом од 10 година. Највише је старости од 41 до 50 година - 47 (39,8%), просечна старост је $45,54 \pm 9,2$ године, нема статистичке значајности према полу $p=0,105$, распон година се креће од 26 до 70.

Највише испитаника има од једне до 30 година радног стажа - 99 (83,9%), од најмање једне до највише 49 година. Статистички значајно има више жена у групи од 21 до 30 година радног стажа ($p=0,032$). Просечна дужина радног стажа је $17,3 \pm 9,9$ година.

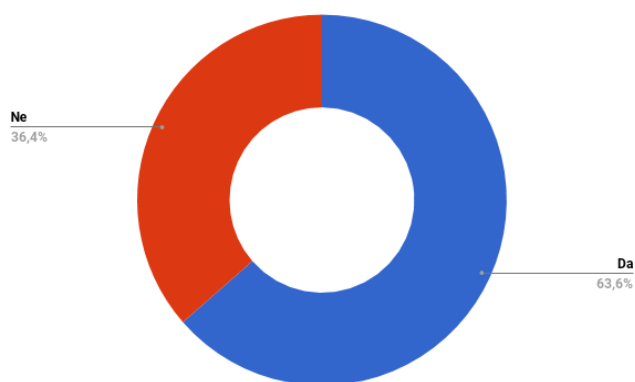
Од укупног броја анкетираних лекара, 29 (24,6%) ради на селу а 89 (75,4%) у граду. Нема статистичке значајности у односу на пол ($p=0,513$).

Према степену стручне спреме, 73 (61,9%) испитаника су лекари опште медицине, 45 (38,1%) специјалисти, од којих 42 (93,3%) ради у граду. Према полу, нема значајне разлике ($p=0,129$), а према старости налазимо значајно више лекара опште медицине у групи од 31 до 40 година ($p=0,009$).

У односу на ниво здравствене заштите (33), 81

(68,6%) лекар ради у примарној 33 (хитна медицинска помоћ, општа медицина, здравствена заштита жена и деце, патронажна служба) а 37 (31,4%) на секундарном нивоу (интерна медицина, општа хирургија, психијатрија, гинекологија и акушерство, радиологија и анестезиологија). Статистички значајно више жена ради у примарној 33 ($p=0,029$) а нема значајности у односу на године старости и године радног стажа.

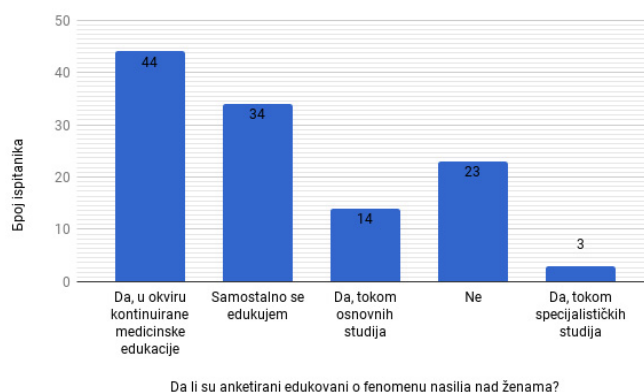
На питање да ли су у свом раду имали случајеве насиља над женама, 75 (63,6%) доктора је одговорило позитивно, Графикон 1.



Графикон 1. Насиље у свакодневном раду
Figure 1. Domestic violence in everyday work

Статистички значајно су имали више случајева насиља лекари запослени у граду ($p=0,013$).

Едукација о насиљу: 11,9% (14) лекара је имало предавања на основним студијама, 2,5% (3) током специјалистичких, 37,3% (44) кроз континуирану медицинску едукацију (КМЕ), 28,8% (34) се самостално усавршава, 19,5% (23) испитаника није обучено, Графикон 2.



Графикон 2. Начин едукације
Figure 2. The way of education

Табела 1. Насиље у односу на пол, старост, дужину радног стажа, радно место, квалификацију и ниво 33 (95% интервал поверења)

Table 1. Domestic violence, related to gender, age, years of service, workplace, qualifications and health care level (95% confidence interval)

Насиље	Пол	Старост	Радни стаж	Радно место	Ниво 33	Квалификација
Да	$p=0.075$	$p=0.468$	$p=0.186$	$p=0.013$	$p=0.299$	$p=0.812$

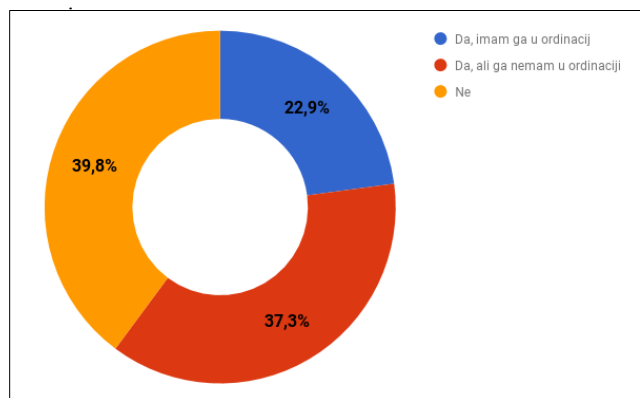
Табела 2. Едукација у односу на дужину радног стажа, пол, старост, радно место, квалификацију и ниво 33 испитаника (95% интервал поверења)

Table 2. Education in relation to years of service, gender, age, workplace, qualifications and health care level (95% confidence interval).

Едукација		Основне студије	Специјализација	КМЕ	Самостално	Без
Стаж Н (%)	0-10	11	0	8	11	10
	11-20	0	0	13	10	7
	21-30	3	3	14	7	4
	31-40	0	0	9	5	2
	41-50	0	0	0	1	0
p		p=0.016	/	p=0.117	p=0.269	p=0.030
Пол Н (%)	Ж	8	3	34	22	16
	М	6	0	10	12	7
p		p=0.597	/	p=0.913	p=0.394	p=0.268
Старост Н (%)	21-30	4	0	0	1	2
	31-40	6	0	9	10	7
	41-50	1	1	20	12	8
	51-60	3	2	11	9	5
	61-70	0	0	4	2	1
p		p=0.229	p=0.315	p=0.371	p=0.823	p=0.736
Радно место Н (%)	Село	6	0	16	4	10
	Град	8	3	28	30	13
p		p=0.091	/	p=0.022	p=0.022	p=0.152
Ниво 33 Н (%)	Прим	11	1	34	19	18
	Сек	3	2	10	15	5
p		p=0.393	p=0.181	p=0.119	p=0.057	p=0.915
Квалификација Н (%)	Опште	11	1	31	16	16
	Спец.	р	2	13	18	7
p		p=0.170	n=0.302	p=0.077	p=0.035	p=0.912

Статистички, значајно више лекара до 10 година радног стажа је образовано током основних студија ($p=0,016$), док група лекара од 11 до 20 година радног стажа није обучена ($p=0,030$). У односу на радно место, више лекара са села се усавршавало путем континуиране медицинске едукације - КМЕ ($p=0,022$), а самостално више лекари који раде у граду ($p=0,039$), више специјалисти $p=0,035$).

На питање да ли су упознати са Посебним протоколом, 47 (39,8%) испитаника је одговорило да није, 44 (37,3%) јесте али га нема у ординацији, 27 (22,9%) има Протокол у ординацији, Графикон 3.



Графикон 3. Протокол
Figure 3. The protocol

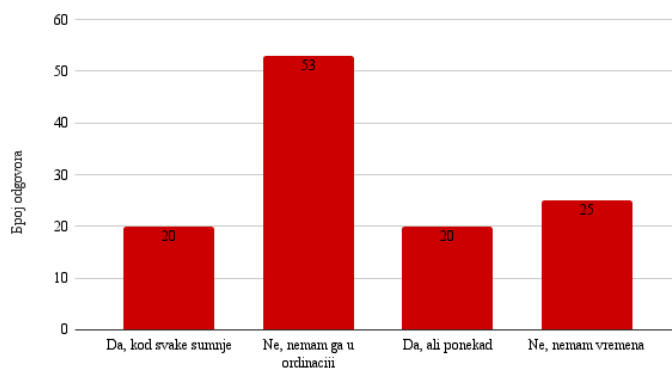
Табела 3. Протокол у односу на дужину стажа, пол, старост, радно место, ниво 33 и квалификације (95% интервал поверења)

Table 3. Protocol in relation to years of service, gender, age, workplace, health care level and qualifications (95% confidence interval)

Протокол		Има	Нема	Није упознато
Стаж Н (%)	0-10	6	10	16
	11-20	7	12	14
	21-30	9	12	11
	31-40	4	8	5
	41-50	0	1	1
	<i>p</i>	$p=0.398$	$p=0.319$	$p=0.438$
Пол Н (%)	Ж	22	30	31
	М	5	14	16
Старост Н (%)	21-30	0	1	4
	31-40	5	9	13
	41-50	12	21	16
	51-60	9	9	12
	61-70	1	4	2
	<i>p</i>	$p=0.428$	$p=0.470$	$p=0.164$
Радно место Н (%)	Село	8	6	15
	Град	19	38	32
Ниво 33 Н (%)	Прим	21	31	31
	Сек	6	13	16
	<i>p</i>	$p=0.002$	$p=0.460$	$p=0.009$
Квалификација Н (%)	Опште	19	26	18
	Спец	8	18	29
	<i>p</i>	$p=0.017$	$p=0.276$	$p=0.002$

Статистички значајно више лекара женског пола ($p=0,016$) има Посебан протокол у ординацији. Многи лекари мушког пола нису уопште упознати са Протоколом ($p=0,004$), као ни лекари који раде у граду ($p=0,008$). Лекари на селу чешће немају Протокол у ординацији ($p=0,022$), лекари у примарној 33 имају ($p=0,002$), лекари на секундарном нивоу већином нису упознати ($p=0,009$). Значајно више лекара опште медицине поседује Протокол ($p=0,017$) и упознато је са његовим садржајем ($p=0,002$).

Код сумње на насиље, 20 (16,9%) лекара попуњава Образац, 20 (16,9%) понекад, 53 (45,0%) лекара нема Образац у ординацији, 25 (21,2%) нема времена, Графикон 4.



Da li ispitanici popunjavaju obrazac za evidentiranje i dokumentovanje nasilja

Графикон 4. Евидентирање насиља
Figure 4. Violence recording

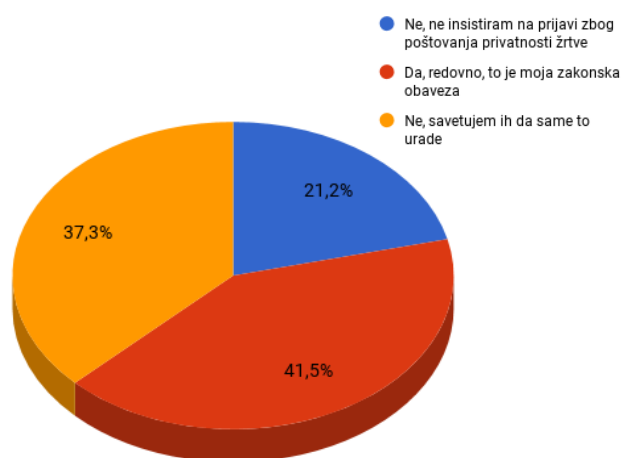
Табела 4. Образац у односу на радни стаж, пол, старост, радно место, ниво 33 и квалификације (95% интервал поверења)

Table 4. Documenting injuries in relation to years of service, gender, age, workplace, health care level and qualifications (95% confidence interval)

Образац		Увек	Понекад	Нема	Нема времена
Стаж Н (%)	0-10	5	4	19	4
	11-20	4	7	13	9
	21-30	5	6	12	9
	31-40	4	2	8	3
	41-50	2	0	1	0
	<i>p</i>	$p=0.228$	$p=0.001$	$p=0.001$	$p=0.055$
Пол Н (%)	Ж	14	16	36	17
	М	6	4	17	8
Старост Н (%)	21-30	0	0	4	1
	31-40	6	3	15	3
	41-50	4	13	17	12
	51-60	8	1	13	8
	61-70	2	3	4	1
	<i>p</i>	$p=0.586$	$p=0.713$	$p=0.455$	$p=0.335$
Радно место Н (%)	Село	6	4	13	8
	Град	14	16	40	17
Ниво 33 Н (%)	Прим	13	16	35	17
	Сек	7	4	18	8
	<i>p</i>	$p=0.229$	$p=0.024$	$p=0.177$	$p=0.125$
Квалификација Н (%)	Опште	14	13	34	13
	Спец	6	7	19	12
	<i>p</i>	$p=0.019$	$p=0.184$	$p=0.288$	$p=0.038$

Испитаници старости од 41 до 50 година статистички значајно чешће ($p=0,001$) немају Образац у ординацији и, ако га имају, попуњавају га само понекад ($p=0,001$). У односу на пол, мушкарци чешће тако поступају ($p=0,035$). Статистички значајно лекари на селу понекад попуне Образац ($p=0,019$), а лекари у граду чешће немају Образац у ординацији ($p=0,031$). Образац увек попуне лекари опште медицине ($p=0,019$), а специјалисти најчешће немају времена ($p=0,038$).

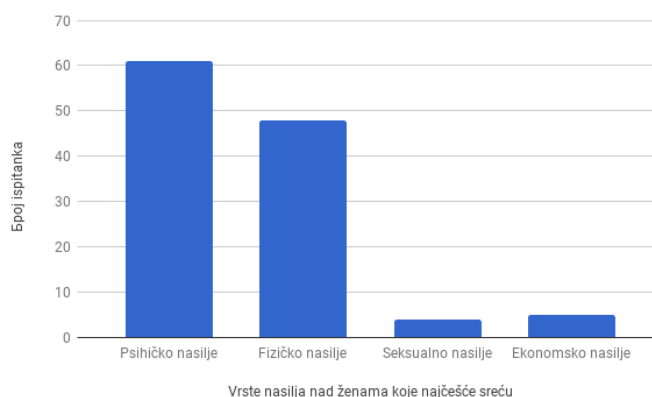
Редовно пријављује случајеве насиља у породици 49 (41,5%) испитаника, не инсистира на пријави због поштовања приватности жртве 25 (21,2%), а саветује пацијенткиње да то саме ураде њих 44 (37,3%), Графикон 5.



Графикон 5. Пријављивање
Figure 5. Reporting

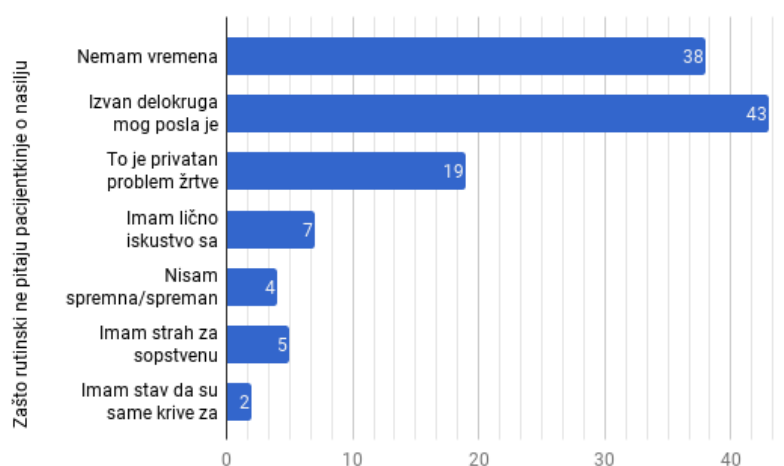
Најчешће срећу психичко насиље 61 (51,7%), физичко насиље 48 (40,7%), сексуално 4 (3,4%) и економско насиље 5 (4,2%).

Нема статистичке значајности у односу на ниво 33 ($p=0,315$), квалификацију ($p=0,739$) и место рада ($p=0,105$), Графикон 6.



Графикон 6. Врсте насиља
Figure 6. Types of violence

Лекари рутински не питају пацијенте о насиљу јер немају времена - 38 (32,2%), сматрају да је изван делокруга њиховог посла - 43 (36,4%), није спремно да прихвати одговорност - 4 (3,4%), мисле да је то приватан проблем жртве - 19 (16,1%), да су саме жртве криве за насиље у партнерском односу - 2 (1,8%), страхују за сопствену безбедност - 5 (4,2%), а лично искуство са насиљем у породици има 7 (5,9%) лекара, Графикон 7.



Графикон 7. Рутинско питање
Figure 7. Routinely asking questions

Табела 5. Рутинско питање према полу, радном месту, нивоу 33, старости, радном стажу и квалификацијама (интервал поверења 95)
Table 5. Routine questioning in relation to years of service, gender, age, workplace, health care level and qualifications (95% confidence interval)

Рутинско питање		Нема времена	Ван делокруга	Одговорност	Приватан проблем	Саме криве	Страх	Лично искуство
Стаж	0-10	9	11	2	6	0	3	0
	11-20	10	13	0	6	0	2	2
	21-30	12	13	0	4	0	0	3
	31-40	7	4	0	3	0	0	2
	41-50	0	2	2	0	2	0	0
<i>p</i>		<i>p</i> =0.739	<i>p</i> =0.262	<i>p</i> =0.302	<i>p</i> =0.363	/	<i>p</i> =0.641	<i>p</i> =0.486
Пол	Ж	26	27	1	12	0	4	5
	М	12	16	1	7	2	1	2
<i>p</i>		<i>p</i> =0.065	<i>p</i> =0.174	<i>p</i> =0.836	<i>p</i> =0.454	/	<i>p</i> =0.605	/
Старост	21-30	0	1	2	1	0	3	0
	31-40	10	11	0	5	0	2	0
	41-50	14	19	0	7	0	0	2
	51-60	9	10	0	6	0	0	3
	61-70	5	2	2	0	2	0	2
<i>p</i>		<i>p</i> =0.031	<i>p</i> =0.922	<i>p</i> =0.151	<i>p</i> =0.763	/	<i>p</i> =0.763	<i>p</i> =0.334
Радно место	Село	5	5	0	6	0	3	2
	Град	33	38	2	13	2	2	5
<i>p</i>		<i>p</i> =0.447	<i>p</i> =0.013	<i>p</i> =0.229	<i>p</i> =0.439	/	<i>p</i> =0.601	/
Ниво 33	Прим	26	23	0	14	0	4	4
	Сек	12	20	2	5	2	1	3
<i>p</i>		<i>p</i> =0.096	<i>p</i> =0.007	/	<i>p</i> =0.605	/	<i>p</i> =0.576	<i>p</i> =0.499
Квалификација	Опште	25	23	0	12	0	4	3
	Спец	13	20	2	7	2	1	4
<i>p</i>		<i>p</i> =0.545	<i>p</i> =0.156	/	<i>p</i> =0.899	/	<i>p</i> =0.394	<i>p</i> =0.286

Лекари у граду чешће сматрају да је пријава насиља изван делокруга њиховог посла - $p=0,013$, а на секундарном нивоу $p=0,007$. Немају времена, чешће лекари старости од 61 до 70 година ($p=0,031$). Страх за сопствену безбедност најприсутнији је код млађих од 30 година ($p=0,015$).

Да постоји мултисекторска сарадња на нивоу града знају 36 (30,5%) лекара, у својим ординацијама имају бројеве телефона полиције, Центра за социјални рад и тужилаштва 28 (23,7%), мисле да је изван делокруга њиховог посла 27 (22,9%) а не знају коме да упуте жртве насиља 27 (22,9%), Графикон 8.



Графикон 8. Ресурси у заједници
Figure 8. Community resources

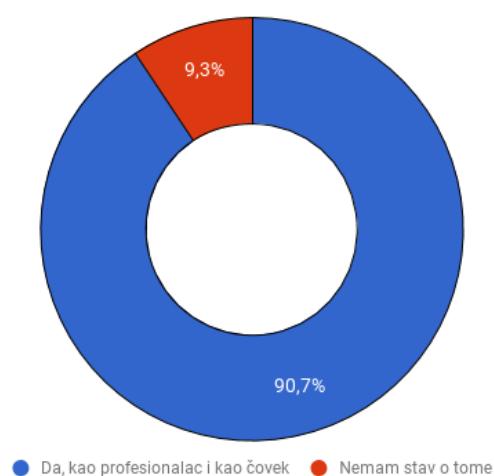
Табела 6. Могућности помоћи жртвама према полу, радном месту, нивоу 33, старости, радном стажу и квалификацијама (интервал поверења 95)

Table 6. Possibilities for helping the victims in relation to years of service, gender, age, workplace, health care level and qualifications (95% confidence interval)

Помоћ		Бројеви телефона	Ван делокруга	Не знају коме	Мултисекторска сарадња
Стаж	0-10	9	5	6	13
	11-20	8	7	9	9
	21-30	6	11	6	10
	31-40	4	4	5	4
	41-50	1	0	1	0
<i>p</i>		<i>p</i> =0.378	<i>p</i> =0.848	<i>p</i> =0.364	<i>p</i> =0.438
Пол	Ж	22	20	13	28
	М	6	7	14	8
<i>p</i>		<i>p</i> =0.275	<i>p</i> =0.628	<i>p</i> =0.004	<i>p</i> =0.241
Старост	21-30	2	0	0	3
	31-40	7	4	8	9
	41-50	10	15	7	15
	51-60	6	6	11	7
	61-70	3	2	1	2
<i>p</i>		<i>p</i> =0.345	<i>p</i> =0.895	<i>p</i> =0.027	<i>p</i> =0.984
Радно место	Село	11	4	3	11
	Град	17	23	24	25
<i>p</i>		<i>p</i> =0.038	<i>p</i> =0.179	<i>p</i> =0.064	<i>p</i> =0.317
Ниво 33	Прим	25	14	15	27
	Сек	3	13	12	9
<i>p</i>		<i>p</i> =0.007	<i>p</i> =0.032	<i>p</i> =0.024	<i>p</i> =0.324
Квалификација	Опште	22	12	14	25
	Спец	6	15	13	11
<i>p</i>		<i>p</i> =0.037	<i>p</i> =0.338	<i>p</i> =0.222	<i>p</i> =0.261

Лекарке су обавештеније коме да упуте жртве насиља ($p=0,004$), а запослени на селу чешће у својим ординацијама имају бројеве телефона надлежних установа у заједници ($p=0,038$). Статистички значајно више лекара на секундарном нивоу нема контакте ($p=0,007$), сматрају да је изван њиховог делокруга посла ($p=0,032$) и не знају коме да упуте жртве насиља ($p=0,024$). Према старости, група лекара од 41 до 50 година чешће не зна коме да упуте жртве ($p=0,027$). Лекари опште медицине статистички значајно чешће имају у ординацијама бројеве телефона за помоћ жртвама ($p=0,037$).

Насиље над женама осуђује, као професионалац и као човек 107 (90,7%) анкетираних, Графикон 9.



Графикон 9. Осуда насиља
Figure 9. Violence condemnation

Дискусија

Дуго се сматрало да је насиље у породици социјална и приватна категорија, међутим, у последње две деценије поприма размере епидемијског проблема јавног здравља. 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 насиља⁵.

Истраживање је спроведено да би се утврдило на који начин лекари примењују Посебан протокол седам година након његовог доношења. Колико и на који начин су упознати о томе, да ли редовно попуњавају Образац, какав однос - професионални и лични, имају према насиљу у породици, као и о могућностима које пружа мултисекторска сарадња на локалном нивоу. Проценат испитаника који су желели да учествују у истраживању је 90,8%, док у сличним истраживањима проценат одговора варира^{6,7,8,9,10,11,12}.

Највише испитаника је старости од 41 до 50 година. Млађи су него у студији *AbuTaleb*-а и сар⁷. и *Gerbert*-а и сар¹³. а сличних година као код *Sundborg* и сар¹¹. и *Ramsay*-а и сар¹⁴. Радни стаж је просечно 17,3 године, највише са једном до 30 година стажа, више него у египатској¹⁵ и британској студији¹⁴.

Према истраживању, 63,6% лекара је у пракси имало случајеве насиља над женама, што представља охрабрујући податак будући да жртве пролазе неоткривене поред здравствених радника (од сто жена које су доживеле насиље, само пет је идентификовано)^{16,17}; слично је и у гвинејској студији¹⁸, код Финаца¹⁹ је 90%. Проблем је у томе што се насиље не именује недвосмислено, већ у евиденцији налазимо дијагнозе по основу телесних повреда и стања која су у вези с претрпљеним насиљем. У здравствену документацију треба унети шифре *Y05.0-Y07.0* према Међународној квалификацији болести и стања (МКБ-10)²⁰.

Током живота, свака трећа жена је искусила насиље од стране свог партнера²¹. Студија Уједињених нација²² је обухватила 71 државу и насиље је регистровано код 13%–61% жена. Подаци истраживања из десет држава говоре да је физичко насиље од стране партнера доживело 13%–61% жена, старости од 15 до 49 год. а сексуално 6%–59% жена. У Србији је свака друга жена доживела физичко насиље (46,1%) а свака трећа физички напад од члана породице (30,6%). Најчешћи починилац економског (50,6%), психолошког (58%) и физичког (71,7%) насиља је партнер жртве. Најчешћи облик насиља је психичко насиље, затим физичко и економско насиље. Најозбиљније физичко насиље над женама је извршено од стране мушкарца (96%)^{1,2}. Починиоци насиља са смртним исходом у 40%–70% случајева су интимни партнери убијених жена. О психичком и емотивном насиљу има мало истраживања. Студија Светске здравствене организације показује преваленцију 20%–75%²³. Свака трећа жена је доживела насиље у породици, а свака десета у Сједињеним Америчким Државама је силована током живота²⁴.

Мање одговора налазимо код *Ramsay*-а и сар¹⁴. и *Nyame*-а и сар²⁵. Код нас, више случајева насиља имају лекари запослени у граду ($p=0,013$). Објашњење за сличне резултате налази *Veunon* и сар¹². у удаљености референтних установа на које може да се рачуна у руралним срединама.

Резултати истраживања показују различите начине обучавања лекара да препознају насиље. Лекари од једне до 10 година стажа стичу основна знања током студија. Континуирана медицинска едукација (КМЕ) и самостално усавршавање су најзаступљенији, док 19,5% лекара није обучено. У канадској студији¹² у питању је само 5,5%, код *Alotaby*-а и сар²⁶. 82,8%. У сличном истраживању²⁷ као препреку у свакодневном раду са жртвама насиља, здравствени радници истичу недостатак тренин-

га (44,9%). Систем образовања подразумева минимално стицање знања и вештина о насиљу. У практичном раду недостају начини за обуку и усавршавање. Недостаје домаћа литература. Када се неки феномен не познаје довољно, не препознаје се ни у свакодневном раду, поготово када жена није мотивисана да о томе отворено говори¹⁶. Здравствене установе треба да сачине план систематског и континуираног обучавања запослених са што већим обухватом кроз специјализоване акредитоване курсеве и тренинге, а новостечена знања применити у свакодневној пракси. Неопходне су процене рада и праћење трајања позитивне промене. За здравствене раднике КМЕ је најбоља опција за разбијање предрасуда и стицање неопходне рутине²⁸.

Још увек 39,8% лекара није упознато са Посебним протоколом, више мушкараца, на секундарном нивоу и запослених у граду. Предочити руководству здравствене установе ради планирања будућих стицања знања. Свега 10,9% лекара није упознато са Протоколом у финској студији¹². Пре Посебног протокола није постојала усаглашеност у објективном прегледу пацијенткиње и документовању резултата, што је често водило неупотребљивој медицинској документацији за тужилаштво и судство. Када се дода објективан недостатак времена здравствених радника, догађало се да због неодговарајућих лекарских уверења не може да се докаже на суду насиље у породици⁵. Здравствене установе треба да створе услове у којима сви запослени насиље над женама третирају као и друге проблеме од већег социомедицинског значаја⁵. Учесталији је проценат психичког и физичког насиља него у аустралијском²⁹ истраживању.

Само 16,9% испитаника редовно попуњава и задржава у здравственом картону пацијента Образац. Сви остали који то не чине, стављају се несвесно на страну починиоца. Образац је валидан показатељ врсте и тежине повреда, па представља важан и одлучујући доказ о претрпљеном насиљу. Свако насиље као и сумња на насиље треба да се евидентира, без обзира да ли жена показује спремност или не да покрене судски поступак у том тренутку⁵.

Разлози за изостанак тестирања на насиље су бројни²⁷, код наших испитаника преовлађује недостатак времена - 32,2%, сматрају да је изван делокруга њиховог посла - 36,4%, што је ниже него у канадској¹² и кувајтској студији²⁶. Жене које учестало посећују здравствене установе нису имале прилику да говоре о свом искуству насиља, јер им једноставно питање о томе није ни поставље-

но^{16,17}. Неинформисаност о процедурама и недостатак знања и тренинга су неки од главних узрока изостанка тестирања на насиље према *Sundborg* и сар¹¹. и *Ramsay* и сар¹⁴. Рутинско тестирање испуњава своју сврху уколико прати превентивне интервенције којима се може помоћи жени чим се открије насиље у породици. Одлука о врсти тестирања препушта се свакој појединачној здравственој установи, која ће то дефинисати у зависности од сопствених начела, у складу са конкретним приликама и расположивим материјалним могућностима за помоћ^{23,30}.

Редовно пријављује насиље 41,5% лекара. Да је изван делокруга њиховог посла сматра 36,4%, не зна коме да упутити жртве насиља 22,9% испитаника, што је исто као код *Leppäkoski* и сар¹⁹. а више него код *Beynon* и сар¹². Мултисекторска и мултидисциплинарна сарадња институција на локалном нивоу омогућава правовремене и свеобухватне интервенције, бржу и бољу размену информација, као и повећање одговорности сваког од система^{2,3}.

Здравствени радници треба да се истичу у заговарању нулте толеранције насиља. Да би у томе били успешни, неопходно је да овладају одговарајућим знањем, да пруже допринос у примарној превенцији, да буду упознати и обучени, а затим да образују пацијенте и упознају се са могућностима помоћи жртвама^{5,27}.

Постоје одређена ограничења у спроведеном истраживању, узорак није стандардизован и репрезентативан да би се применио за доношење макростратешких одлука, али може послужити даљим истраживањима, као и сагледавању личних и организационих фактора који могу унапредити примену Посебног протокола и ефикаснију борбу са овим проблемом.

Закључак

Резултати истраживања у нашој установи показују да се насиље препознаје, али се не именује недвосмислено. Још увек има лекара који немају знања и вештина о насиљу. Најчешћи вид едукације је КМЕ. Значајан број лекара није упознат са Посебним протоколом, а они који јесу не попуњавају редовно Образац. Многи лекари сматрају да је то изван делокруга њиховог посла. Осуда насиља код наших испитаника је недвосмислена, што даје простора за даље ефикасније и енергичније ангажовање на решавању овог проблема.

Snežana B. Knežević¹, Ivan Z. Gajović²,
Bojana Č. Trikoš¹

¹Health Centre, Kraljevo, Serbia

²Special surgical hospital "St Nikola" - Ratina, Kraljevo,
Serbia

Physicians' attitudes toward domestic violence

Key words:

Domestic violence,
public health,
primary health care,
education,
women

Abstract

Introduction. Physicians should undertake preventive and intervening activities in order to respond adequately to cases of domestic violence.

Objective. The aim of this study is to establish what physicians' attitudes toward domestic violence are, how educated they are, whether they apply the Special protocol, provided by the Serbian Ministry of Health, whether they report violence, and how well they know community resources involved in the matter.

Method. The questionnaire was compiled and distributed to physicians at an expert meeting at the Health Center, Kraljevo in November 2017. Results analysis consisted of: counting, minimum and maximum values, arithmetic mean, standard deviation, and χ^2 -test, Excel (2010).

Results. The study included 118 physicians (70.3% female, 29.7% male). The majority of the respondents were ages 41-50 (39.8%), the average age was 45.54 ± 9.2 . The general practitioners held prevalence (61.9%). A majority (63.6%) have met with the cases of domestic violence. In the group with 11-20 years of service, there were 19.5% undereducated respondents, which bears statistical significance ($p=0.030$). Physicians working in the city were more likely to self-educate and so were the specialists. Of all of the respondents, 39.8% were not familiar with the Special protocol, statistically significantly more male doctors ($p=0.004$), physicians working in the city ($p=0.008$) and those working at the secondary level of health care ($p=0.009$). In the cases where violence was suspected, 16.9% of doctors filled in the Form for recording and documenting violence. Domestic violence is regularly reported by 41.5% of the respondents. Psychological violence is the most common type of violence (51.7%). Lacking time to do a routine check on the domestic violence was prevalent in the 61-70 age group, 32.2%. Awareness of city-wide cooperation is spread among 30.5% of the respondents. General practitioners more often had the phone number to help the victims in their offices, with statistical significance ($p=0.037$). Domestic violence is condemned by 90.7% of the respondents.

Conclusion. Evaluate personal, organizational and systematic factors that can improve the implementation of the Special protocol and more effectively wrestle the problem.

References Литература

1. Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу. Београд, Министарство здравља Републике Србије, 2011. <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Ostalo/ostupanjeSaZenamaKojeSulzlozeneNasilju.pdf>
2. Национална стратегија за родну равноправност за период од 2016. до 2020. године са акционим планом за период од 2016. до 2018. године. Сл гл РС бр. 4, 2016.
3. Сви у борбу против насиља над женама! Архива - новембар 2013. Београд, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Републике Србије, 2013. (<http://www.minrzs.gov.rs/lat/arhiva/vesti/novembar-2013>)
4. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2006;30(2):173-80.
5. Кнежевић СБ, Гајовић И. Примена протокола Министарства здравља за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу у клиничкој пракси. ПОНС - медицински часопис. 2016;13(1):16-23.
6. Rasoulia M, Shirazi M, Nojomi M. Primary health care physicians' approach toward domestic violence in Tehran, Iran. *Med J Islam Repub Iran.* 2014;28:148-155.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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;98:403-404.
11. Sundborg EM, Saleh-Stattin 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.
12. 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. doi:10.1186/1471-2458-12-473.
13. 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.
14. 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.
15. 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;47:343-350.
16. Оташевић С. Насиље над женама моја професионална одговорност. Београд: Аутономни женски центар, 2007.
17. Rukavina I. Nasilje u obitelji i liječnik obiteljske medicine. U: Ajduković D, ur. *Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju obiteljskog nasilja.* Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i UNDP, 2010.
18. Lokuge K, Verputten M, Ajakali M, Tolboom B, Joshy G, Thurber KA et al. Health Services for Gender-Based Violence: Médecins Sans Frontières Experience Caring for Survivors in Urban Papua New Guinea. *Plos One.* 2016;11(6):1-14.
19. 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.
20. Међународна класификација болести: МКБ-10, десета ревизија. Београд, Савезни завод за заштиту и унапређење здравља. Савремена администрација, 1996.
21. 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/>
22. Ending violence against women: from words to action. New York: United Nations, 2006. (http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAWstudyE.pdf).
23. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005.
24. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT et al. The National Intimate Partner Violence and Sexual Violence Survey: 2010 summary report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Available at: www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_executive_summary-a.pdf
25. Nyame S, Howard LM, Feder G, Trevillion K. A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *J Ment Health.* 2013;22(6):536-543.
26. Alotaby IY, Alkandari BA, Alshamali KA, Kamel MI, El-Shazly MK. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. *AJM.* 2013;49:175-180.
27. Кнежевић СБ, Гајовић ИЗ, Маринковић АС. Препреке код здравствених радника за откривање више жена жртава насиља у породици. Општа медицина. 2017;23(3-4):67-77.
28. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Lagro-Janssen T. I am not frustrated anymore. Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. *Patient Educ Couns.* 2007;66:129-137.
29. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J et al. Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women's Health and Service Use. Findings From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *JIV* 2012;28 (2):273-294.
30. Hegarty K, Taft A, James-Hanman D, Johnson M, Feder G. Interventions for intimate partner violence. *Lancet.* 2015;385(9963):111-112.

Примљен • Received: 07.01.2018.

Исправљен • Corrected: 14.05.2018.

Прихваћен • Accepted: 02.07.2018.