



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**NASILJE NAD NOSEČNICAMI –
PREPOZNAVA IN UKREPANJE
ZDRAVSTVENIH DELAVCEV**

**VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN –
RECOGNITION AND ACTION BY HEALTH
PROFESSIONALS**

Mentorica:
Anita Prelec, MSc (UK), viš. pred.

Kandidatka:
Mensura Kapić

Jesenice, februar, 2023

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici Aniti Prelec, MSc (UK), viš. pred., za strokovno podporo in pomoč, hiter odziv ter vso potrpežljivost in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi mag. Jožici Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., viš. pred., za recenziranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se svojim staršema za vse vzpodbudne besede, za vso skrb v času študija in ker sta vedno verjela vame.

Največja zahvala gre možu Edinu za vso razumevanje med študijem, za spodbudo pri pisanju diplomskega dela in ker je verjel vame, ko sama nisem. Velika hvala gre sinovoma Alminu in Alenu, ki sta mi s svojo pridnostjo olajšala študij.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Nasilje je zaskrbljujoč pojav, saj velikokrat ostane prikrito in se pojavlja v družini, kjer bi se osebe morale počutiti varno. Vse več je nasilja nad ženskami, ki je lahko spolno, ekonomsko, psihično in fizično. Zdravstveni delavci se srečujejo tudi s pojavom nasilja v nosečnosti.

Cilji: Cilj diplomskega dela je bil s pregledom literature preučiti vrste nasilja nad nosečnicami in priporočila za prepoznavanje nasilja nad nosečnicami ter ustrezne ukrepe zdravstvenih delavcev.

Metode: Za pregled literature je bila uporabljena tuja in domača strokovna literatura. V podatkovnih bazah so bili postavljeni naslednji omejitveni kriteriji, objava članka med leti 2011 in 2021 ter dostopnost celotnega besedila člankov v slovenskem ali angleškem jeziku. Pregledali smo vse izvlečke izbranih zadetkov, ob ponovnem pregledu smo vključili primerne zadetke, ki smo jih vključili v pisanje diplomskega dela. Pri tem smo uporabili ključne besede: v slovenščini: »nasilje nad ženskami«, »nosečnost«, »žrtev nasilja« in v angleščini: »violence against women«, »pregnancy«, »victim of violence«. Iskali smo v podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Za iskanje slovenske literature smo uporabili elektronsko bazo podatkov Obzornik zdravstvene nege ter Google učenjak.

Rezultati: v pregled je bilo vključenih 210.271 zadetkov, za končno analizo pa smo uporabili 18 virov. V procesu vsebinske analize smo identificirali 13 kod in oblikovali 2 vsebinski kategoriji: (1) vrste nasilja in (2) vloga in ukrepi zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju nasilja.

Razprava: Ugotavljamo, da je v Sloveniji narejeno malo raziskav na temo nasilja nad nosečnicami. Ženske so najpogosteje žrtve psihičnega nasilja, sledi mu fizično, ekonomsko ter spolno nasilje. Največkrat nasilje izvaja ravno intimni partner. Žal se ob prepoznavi nasilja nad žensko v zdravstveni ustanovi zdravstveni delavci premalokrat zavedajo, kako pomemben dejavnik so za zaščito nosečnice pred nadaljnjimi nasilnimi dejanji. Nepoznavanje tega področja s strani zdravstvenih delavcev je najpogostejši vzrok za neidentificiranje težav in ustreznih ukrepov.

Ključne besede: nasilje, nasilje v družini, nosečnost, obravnava nasilja, zdravstvena nega

SUMMARY

Background: Violence is a worrying phenomenon because it often remains hidden and takes place in the family, where people should feel safe. Violence against women is on the rise, and it can be physical, psychological, sexual, and economic. Healthcare professionals face violence against women even during pregnancy.

Aims: The aim of this study was to carry out a literature review to identify types of violence in pregnancy and recommendations for identifying violence in pregnancy and to describe interventions of the health professionals.

Methods: Both international and domestic literature was used in the literature review. The following limiting criteria were defined for database searches: publication date of the article between 2011 and 2021 and availability of the full text in Slovenian or English. We have reviewed all the abstracts of the selected and included relevant results after reviewing them again. These were included into the writing of the thesis. We used the following keywords in Slovenian and English: “violence against women”, “pregnancy”, “victim of violence”. We searched through CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, and PubMed databases. We searched for Slovenian literature, in the electronic database Obzornik zdravstvene nege and Google Scholar. The search strategy is described in the PRISMA diagram.

Results: Out of the 210,271 hits found, 18 sources were used in the final analysis. During the literature search, 13 codes were identified and two thematic categories were developed: (1) types of violence and (2) the role and interventions of health professionals in recognising violence.

Discussion: We found that there is little research on violence against pregnant women in Slovenia. Women are most often victims of psychological violence, followed by physical, economic and sexual violence. Most acts of violence are perpetrated by the intimate partner. Unfortunately, when violence against women is identified in a healthcare facility, healthcare workers are too often unaware of the significant role they can play in protecting pregnant women from further violence. Healthcare professionals' lack of knowledge in this area is the most common reason for failure to identify problems and take appropriate action.

Key words: violence, domestic violence, pregnancy, treatment of violence, healthcare

KAZALO

1	UVOD	1
1.1	NAJPOGOSTEJŠE VRSTE NASILJA	5
2	EMPIRIČNI DEL	8
2.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	8
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	8
2.2.1	Raziskovalna metodologija.....	8
2.2.2	Metode pregleda literature	9
2.2.3	Strategija pregleda zadetkov	9
2.2.4	Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.2.5	Ocena kakovosti pregleda literature	10
2.3	REZULTATI.....	11
2.3.1	PRIZMA diagram	11
2.3.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	12
3	RAZPRAVA	17
3.1.1	Omejitve raziskave	29
3.1.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	30
4	ZAKLJUČEK	31
5	LITERATURA	32
6	PRILOGE	
6.1	STROKOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI PRI OPRAVLJANJU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI	
6.2	OBVESTILO O ZAZNAVI NASILJA V DRUŽINI	

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....	11
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov znanstvenoraziskovalnega dela.....	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	16

SEZNAM KRAJŠAV

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

CSD – Center za socialno delo

DNK – Društvo za nenasilno komunikacijo

EU – Evropska unija

MZ – Ministrstvo za zdravje

MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti

NICE – Nacionalni inštitut za zdravje in odličnost v zdravstvu

RS – Republika Slovenija

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

UKC – Univerzitetni klinični center

ZDA – Združene države Amerike

ZPND – Zakon o preprečevanju nasilja v družini

ZZPPZ – Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

1 UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje nasilje kot namerno uporabo fizične sile ali moči, pri čemer gre lahko za grožnjo nasilja ali dejavnost nasilja. Nasilje je lahko usmerjeno proti sebi, proti drugi osebi, proti skupini ali skupnosti in povzroča (oziroma poveča verjetnost) poškodbe, smrti, psihično škodo, težave v razvoju ali deprivacijo. Svetovno poročilo opredeljuje nasilje tudi glede na odnos med žrtvijo in nasilnežem, in sicer kot nase usmerjeno nasilje, kjer sta žrtev in nasilnež ista oseba (govorimo o primerih, ko je zmožen sam sebe poškodovati in/ali storiti samomor), medosebno nasilje (družinsko nasilje, nasilje med partnerjema ali nasilje v skupnosti otrok, partnerjev, starejše osebe, nasilje na delovnem mestu) in nasilje v skupnosti (družbeno, gospodarsko in politično nasilje) (Svetovna zdravstvena organizacija - SZO, 2014).

Nasilje je problem in odraz širše družbe, ki slabša pogoje za življenje. Ni le problem posameznikov in družin, ampak širši družbeni problem, kjer so vključene različne družbene ravni (Muršič, 2012; Domiter Protner, 2013). K pojmu nasilje najpogosteje uvrščamo psihično, fizično, spolno in ekonomsko nasilje. Vse vrste nasilja se dogajajo tudi v družini. Nasilje v družini traja dlje časa in največkrat se izkaže, da to ni enkratni dogodek. V večini primerov je nasilje postopno. Začne se običajno z občasnim zbadanjem v družbi, nato sledi stopnjevanje, zmerjanje in prelaganje krivde na žrtev, sledijo pa vedno hujše žaljivke in grožnje, te pa lahko hitro preidejo v fizično, spolno in ekonomsko nasilje (Rapolane Obrán, 2018).

Generalna skupščina Združenih narodov (ZN) je leta 1993 sprejela Deklaracijo o odpravi nasilja nad ženskami, ki je prvi mednarodni dokument človekovih pravic, ki se ukvarja izključno z vprašanjem nasilja nad ženskami. V 1. členu poudarja, da so zgodovinsko neenaki odnosi moči med ženskami in moškimi pripeljali do dominacije nad in nasproti ženskam s strani moških ter do preprečevanja napredovanja žensk. Nasilje nad ženskami je eden od bistvenih družbenih mehanizmov, s katerim so ženske prisiljene v podrejeni položaj v primerjavi z moškimi. Nasilje nad ženskami je kršitev pravic in temeljnih svoboščin žensk, ki slabša ali izničuje uživanje teh pravic in temeljnih svoboščin žensk (Plaz, 2016). Svet Evrope je 12. oktobra 2021 objavil prvo poročilo o uresničevanju

določil Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima (Istanbulska konvencija). V poročilu Republika Slovenija (RS) izpostavlja številne pozitivne zakonske ukrepe in ukrepe politik, ki so jih izvedli slovenski organi in dokazujejo njihovo jasno zavezanost odpravi nasilja nad ženskami zaradi spola.

Istanbulska konvencija je mednarodna pogodba na področju boja proti nasilju nad ženskami in nasilju v družini, ki jo je Slovenija ratificirala 5. februarja 2015. Obsega široke preventivne in zaščitne ukrepe ter številne obveznosti za zagotavljanje zadostnega odzivanja kazenskega pravosodja na resne kršitve človekovih pravic, posega pa tudi na novo področje z zahtevo po obravnavi osnovnih vzrokov nasilja nad ženskami, kot so spolni stereotipi, tradicije, ki so škodljive ženskam, in splošno izražanje neenakosti spolov (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti – MDDSZ, 2021).

Z nasiljem nad ženskami se v Sloveniji ukvarjajo vse bolj. Naredili so velik korak na zakonodajnem področju in pri razvoju različnih oblik pomoči žrtvam nasilja. Ženske so ozaveščali in opozarjali na pojav nasilja in s tem tudi veliko pridobili. Nasilje se lahko zgodi katerikoli ženski, ne glede na starost, izobrazbo ali družbeni položaj. Nasilje nad ženskami izvaja storilec, ki kaže svojo moč nad šibkejšo osebo in to se v partnerskem odnosu običajno dogaja več let, preden se žrtev odloči nasilneža prijaviti. Statistično trajanje dolgotrajnega nasilja je okoli pet let. V tem času žrtev utрпи resne posledice, ki se kažejo na zdravju, predvsem duševnem (Blagovič, 2016).

Po podatkih Združenih narodov kar ena od štirih žensk med nosečnostjo trpi fizično ali spolno nasilje. Slednje poveča verjetnost splava, mrtvorojenost, prezgodnji porod ali nizko porodno težo. Večina nosečnic pove, da dobijo udarec v trebuh s strani svojih partnerjev (Razvojni sklad Združenih narodov za ženske, 2010).

Mnogi mislijo, da je nosečnost čas, ko naj bi ženske sijale od sreče, bile polne energije in življenja. Malokdo pa se zaveda, da gre noseča ženska skozi mnogo stisk, vprašanj in dvomov. To se dogaja še posebno takrat, kadar nosečnost ni bila načrtovana. Nosečnost

prinese veliko preizkušenj, veselja in radosti, pa tudi žalosti in trpljenja. Veliko nosečnosti poteka brez večjih posebnosti, večina nosečnic se v obdobju nosečnosti počuti dobro in tudi večina porodov se konča srečno, veliko otrok se tudi kasneje razvija povsem normalno. Ne glede na to se nekatere ženske in družine tudi v obporodnem obdobju srečujejo z neprijetnimi občutki, s povišanim stresom in z žalostnimi dogodki (Globevnik Velikonja, 2016). Nasilje v nosečnosti je pomemben javnozdravstveni problem. Raziskave kažejo, da je incidenca nasilja v nosečnosti v Združenih državah Amerike (ZDA) po podatkih okoli 22 % in 33 % v državah članicah Evropske unije (EU) (Breiding, et al., 2015). Znaki, da so nosečnice pogosteje izpostavljene nasilju in zlorabi, so: pozen vstop v predporodno varstvo, tvegano vedenje (kajenje, alkohol, uživanje drog), hujšanje, anemija, krvavitve v zgodnji nosečnosti, visok krvni tlak, anksioznost in depresija med nosečnostjo ter po porodu, huda poporodna depresija, spontani splav in mrtvorojenost (po možnosti zaradi udarca ali brce v trebuh), prezgodnji porod in novorojenčki z nizko porodno težo. V najhujši obliki lahko nasilje nad nosečnico zaradi vpliva na duševno zdravje pripelje tudi do samomora. Še preden pride do tega, pa ponavadi žrtve tožijo tudi o glavobolih, bolečinah v križu, mišicah ter navajajo splošno slabše zdravstveno počutje (SZO, 2016). Od vseh omenjenih dejavnikov tveganja je treba posebno pozornost nameniti zlorabi prepovedanih snovi, ker je le-ta šestkrat pogostejša pri nosečnicah, ki so žrtve spolnega nasilja, kot pri ženskah, ki takšnega nasilja niso doživele (Gisladottir, et al., 2014). Zloraba drog, uživanje alkohola in uporaba marihuane med nosečnostjo pa ne vplivajo zgolj na nosečnico, ampak tudi na nerojenega otroka, saj je znano, da so v takih primerih otroci rojeni z nižjo porodno težo, poveča se tudi tveganje za mrtvorojenost, razvoj mikroencefalije in tudi tveganje za razvoj hiperaktivosti in večje impulzivnosti pri otroku (Repič Slavič & Gostečnik, 2015).

Čeprav mnoge žrtve nasilja poiščejo zdravniško pomoč, je velik odstotek žrtev v zdravstvu neprepoznan. Nosečnice, ki se soočajo z nasiljem v družini, navajajo kot potencialni vir podpore delavce v zdravstvu, vendar pa jih ti le redko povprašajo o zlorabi ali pa celo, ko ženske same povedo, da so poškodbe nastale zaradi nasilja, temu vedno ne prepisujejo velikega pomena in vpliva na njihovo zdravje (Baird, et al., 2011; Oliveira & Fonseca, 2015; SZO, 2013). Žrtve nasilja so se najpogosteje zaupale zdravniku, manj pogosto pa socialnemu delavcu, psihologu in zdravstvenemu delavcu (Leskovšek, et al.,

2017). Da se zdravstveni delavci lahko ustrezno odzovejo na razkritja žensk, ki so žrtve nasilja v družini, je potrebno to področje primerno raziskati in spoznanja vključevati v prakso. Takšno sodelovanje narekuje več deležnikov znotraj in zunaj zdravstva. Obravnava takih primerov je lahko etično in strokovno zahtevna ter zapletena (Sprague, et al., 2016; Andermann, 2018). Številni avtorji so ugotovili, da je pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev o nasilju v družini ključna ovira pri obravnavi nasilja (Ben Natan, et al., 2011; Beynon, et al., 2012; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Največji problem vidijo v tem, da ne vedo, kako naj poizvedujejo ali vprašajo, ko sumijo na nasilje v družini (Ben Natan, et al., 2011; Beynon, et al., 2012; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Slaba je tudi prepoznavna karakteristike žrtev in povzročiteljev nasilja (Rose, et al., 2011; Baird, et al., 2015).

Globevnik Velikonja in sodelavci (2018) so leta 2014 izvedli raziskavo Nasilje med nosečnostjo – NANOS, v kateri je sodelovalo 1018 žensk, ki so bile noseče in starejše od 18 let. Avtorji ugotavljajo, da so bile ženske žrtev spolnega in/ali fizičnega nasilja manj deležne kot pa psihičnega. Navedeni avtorji prav tako navajajo, da glede na navedene vrste nasilja in nasilje, ki so ga bile nosečnice deležne s strani zdravstvenih delavcev, skoraj polovica vseh žensk v nekem obdobju svojega življenja že bila žrtev vsaj ene oblike nasilja, kar je alarmantno, saj to pomeni, da je vsaka druga ženska žrtev nasilja. Najpogosteje pa so bile ženske med nosečnostjo žrtve fizičnega in psihičnega nasilja, ki ga izvaja partner, manj pa spolnega nasilja. Med nosečnostjo je prav tako nasilje v zdravstvenem sistemu doživelo 59 žensk, ki so bile vključene v raziskavo.

V raziskavi, ki jo je pozneje izvedla Blagovič (2016), navaja, da je od vseh 120 anketiranih nosečnic vsaka druga žrtev nasilja, medtem ko ostale o doživljanju nasilja ne poročajo. Prav tako avtorica navaja, da največ udeleženk poroča o doživljanju psihičnega nasilja, pri čemer moramo upoštevati, da se k tej obliki lahko pridruži tudi doživljanje katere izmed drugih oblik nasilja. Nadalje si po pojavnosti sledijo doživljanje fizičnega, spolnega in ekonomskega nasilja s strani intimnega partnerja.

Jamshidimanesh in sodelavci (2013) so v raziskavi v Iranu, ki je vključevala 600 žensk, s pomočjo vprašalnika Abuse Assessment Screen (AAS) Questionnaire ugotovili, da je

polovica anketiranih nosečnic navedlo neko vrsto nasilja, ki ga nad njimi izvaja partner. Psihično nasilje je bilo najpogostejša vrsta nasilja, sledilo je fizično nasilje. Nekatere so bile žrtev nasilja že pred samo nosečnostjo, kar je velik pokazatelj, da je nosečnost lahko veliko tveganje za družinsko nasilje ali pa poveča že obstoječe nasilje.

Samo ena študija iz Jordanije je primerjala razširjenost nasilja s strani intimnega partnerja med nosečnostjo pred in med pandemijo Covid-19 in ugotovila, da je bila razširjenost pred pandemijo Covid-19 večja (Abujilban, et al., 2021). Naghizadeh s sodelavci (2021) so izvedli raziskavo na 250 ženskah, ki je bila izvedena s pomočjo vprašalnika, in ugotavljajo, da med pandemijo nasilje s strani intimnega partnerja med nosečnostjo znižuje kakovost življenja v Iranu. V številnih člankih smo zasledili, da je ravno nasilje v družini vzrok pogostih duševnih motenj pri ženskah v državah nerazvitega sveta in da je nasilje v družini povezano s partnerjevim uživanjem alkohola ali drog med pandemijo Covid-19.

V Keniji so naredili presečno študijo, kjer so določili dejavnike in razširjenost, povezane z nasiljem v nosečnosti z intimnim partnerjem. Študija je bila izvedena v okrožni bolnišnici v Kisumu med naključno izbranimi nosečnicami. Udeleženke so same poročale o izkušnjah o nasilju, in sicer 12 mesecev pred in med nosečnostjo in njenih dejavnikih. V študijo so vključili 300 žensk, katerih povprečna starost je bila 23,7 let. Sto deset jih je med nosečnostjo doživelo vsaj eno obliko nasilja, ki so jih bile deležne s strani intimnega partnerja. Najpogostejše je bilo psihično nasilje, sledi spolno in nato fizično nasilje. Avtorji navajajo, da je pri ženskah, ki so med nosečnostjo doživele nasilje, večja verjetnost, da so bile priča materini zlorabi v otroštvu, bile v poligamni skupnosti, ki so večkrat rodile ali pa je imela partnerja, ki je užival alkohol in imajo nizko stopnjo izobrazbe (Makayoto, et al., 2013).

1.1 NAJPOGOSTEJŠE VRSTE NASILJA

Nosečnost je za žensko, ki je v preteklosti doživela katerokoli od oblik nasilja, eden od dejavnikov tveganja za ponovno izpostavljenost nasilju v času nosečnosti (Globevnik Velikonja, et al., 2018). Poznamo več vrst nasilja. O psihičnem nasilju govorimo, kadar

psihično zlorabo izvaja storilec, ki povzroča dejanja z namenom, da ima kontrolo nad žrtvijo, in sicer, da jo nadzoruje, izolira ali ustrahuje. Uporablja lahko izjave, grožnje ali dejanja, pogosto se vzorec pri izvajanju nasilja tudi ponavlja (Rapolane Obran, 2018). Raziskovalci tega področja vlagajo veliko truda in časa, da bi opredelili psihično nasilje (Plaz, 2016). Društvo za nenasilno komunikacijo (DNK) opredeljuje tako vrsto nasilja kot zlorabo moči nad drugimi osebami, ki najpogosteje poteka verbalno takrat, kadar ena oseba skuša drugega ponižati, razvrednotiti in prestrašiti. Fizično nasilje predstavljajo oblike napada na telo, kot so odrivanje, klofute, udarci, brce, davljenje, ugrizi, opekline z različnimi pripomočki, lasanje, udarci ali napad z različnimi stvarmi, ki jih ima storilec pri roki, kot npr. udarci s pasom, kamenjanje, pretepanje s palico itd. (Susmitha, 2016). Ta oblika nasilja je edina, ki je vidna in ga nekateri avtorji poimenujejo kot pravo nasilje. Nekateri raziskave ga kategorizirajo na manjše in večje zlorabe. Ta oblika nasilja nas na žalost lahko zavede, saj lahko nekatere oblike poškodb žrtev prikrije z oblačili, recimo modrice (Urek, 2013). O spolnem nasilju govorimo, kadar partner zahteva spolne odnose proti volji partnerke, izsiljen spolni odnos ali posilstvo v zakonski in partnerski zvezi, namigovanje na spolno nemoč, s čemer žali dostojanstvo partnerke. To vrsto nasilja nekateri avtorji definirajo kot obliko diskriminacije, ki žrtvi povzroča strah ali nelagodje. To je vsak komentar, vedenje, nezaželen spolni stik, ki je namenjen obravnavanju žrtve kot spolnega objekta (Laurier Vice, 2015). Ženske, ki so doživele spolno zlorabo, so bolj verjetno izpostavljene dejavnikom tveganja, kot so: kajenje med nosečnostjo, zloraba drog med nosečnostjo, gestacijski diabetes, preeklampsija in prekomerna telesna teža, ki lahko prizadenejo zdravje matere in ploda (Gisladottir, et al., 2014). O ekonomskem nasilju govorimo, kadar gre za materialno izkoriščanje, poškodovanje lastnine, prepoved trošenja dohodka in/ali odvzem dohodka, uničevanje osebnih stvari. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, 2008) v 3. členu navaja, da lahko ta vrsta nasilja privede do odrekanja pravice po zaposlitvi in samostojnosti in s tem žrtev postane odvisna od storilca, kar ji otežuje možnosti, da bi ga zapustila.

Vse vrste nasilje se dogajajo tudi v družini. Nasilje v družini traja dlje časa in se največkrat izkaže, da to ni enkratni dogodek. V večini primerov se izkaže, da je nasilje postopno. Začne se običajno z občasnim zbadanjem v družbi, nato sledi stopnjevanje,

zmerjanje in prelaganje krivde na žrtev, sledijo pa vedno hujše žaljivke in grožnje, te pa lahko hitro preidejo v fizično, spolno in ekonomsko nasilje (Rapolane Obran, 2018).

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil s pregledom literature preučiti vrste nasilja nad nosečnicami ter opisati ukrepe zdravstvenih delavcev in priporočila za prepoznavanje nasilja.

Cilja diplomskega dela sta:

- Ugotoviti, katere vrste nasilja so pri nosečnicah najpogostejše, njihovo prepoznavo in ukrepe,
- Ugotoviti, kako zdravstveni delavci poznajo priporočila za obravnavo nosečnice, žrtve nasilja v družini.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji:

1. Katere vrste nasilja so pri nosečnicah najpogostejše in kako jih prepoznamo?
2. Kako zdravstveni delavci poznajo priporočila za obravnavo nosečnice, žrtve nasilja v družini?

2.2.1 Raziskovalna metodologija

Izvedli smo pregled strokovne literature v slovenskem in angleškem jeziku. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah Obzornik zdravstvene nege, CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, Wiley in Pub Med. Iskali smo po ključnih besedah slovenskem in angleškem jeziku. Ključne besede v slovenščini: nasilje, nasilje v družini, nasilje nad nosečnicami, žrtve nasilja, strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini.. Ključne besede v angleščini: violence against women, violence in family, violence in pregnancy, victim, recommendation about violence.

2.2.2 Metode pregleda literature

Diplomsko delo temelji na podlagi pregleda strokovne v podatkovnih bazah, kjer smo si postavili naslednje vključitvene kriterije: objava članka med leti 2011 in 2021, dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini ali v slovenščini. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, Wiley in PubMed smo ključne besede povezali z Boolovimi operatorjem »IN« oziroma »AND«.

2.2.3 Strategija pregleda zadetkov

Pregled zadetkov smo prikazali s Prizma diagramom (tabela 1). Prikazali smo, kako smo prišli do končnega števila zadetkov, glede na ključne besede in relevantnost vsebine člankov, pridobljenih v različnih podatkovnih bazah.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	violence against women	1.783	3
	pregnancy	154.289	3
	victim of violence	4.598	5
ProQuest	violence against women AND pregnancy AND victim of violence	23.515	1
Springer Link	violence against women AND pregnancy AND victim of violence	2.629	0
Wiley	violence against women AND pregnancy AND victim of violence	123	0
Obzornik zdravstvene nege	strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini	0	0
	nasilje v družini	0	0
	nasilje nad nosečnicami	0	0
Google učenjak	Nasilje	16.700	3
	nasilje v družini	6.340	2
	nasilje nad nosečnicami	294	1
SKUPAJ		210.271	18

2.2.4 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V pregled literature smo uvrstili le vire, ki obravnavajo izbrano temo. V diplomskem delu smo izvedli kvalitativno vsebinsko analizo podatkov, ki je izvedena po Vogrincu (2013). Uporabili smo tehniko odprtega kodiranja in posledično oblikovanje kod in vsebinskih kategorij.

2.2.5 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregleda literature smo določili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2018), ki navajata 8 nivojev. V prvem nivoju so vključeni sistematični pregledi randomiziranih študij, v drugem nivoju posamezne randomizirane študije, v nivoju tri posamezne nerandomizirane študije, v četrtem nivoju posamezne kohortne študije, v petem nivoju posamezne študije primera, v šestem nivoju posamezne presečne študije, v sedmem nivoju posamezne kvalitativne študije, v zadnjem, osmem nivoju, pa so vključena mnenja avtorjev ter ekspertnih komisij. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Hierarhija dokazov znanstvenoraziskovalnega dela

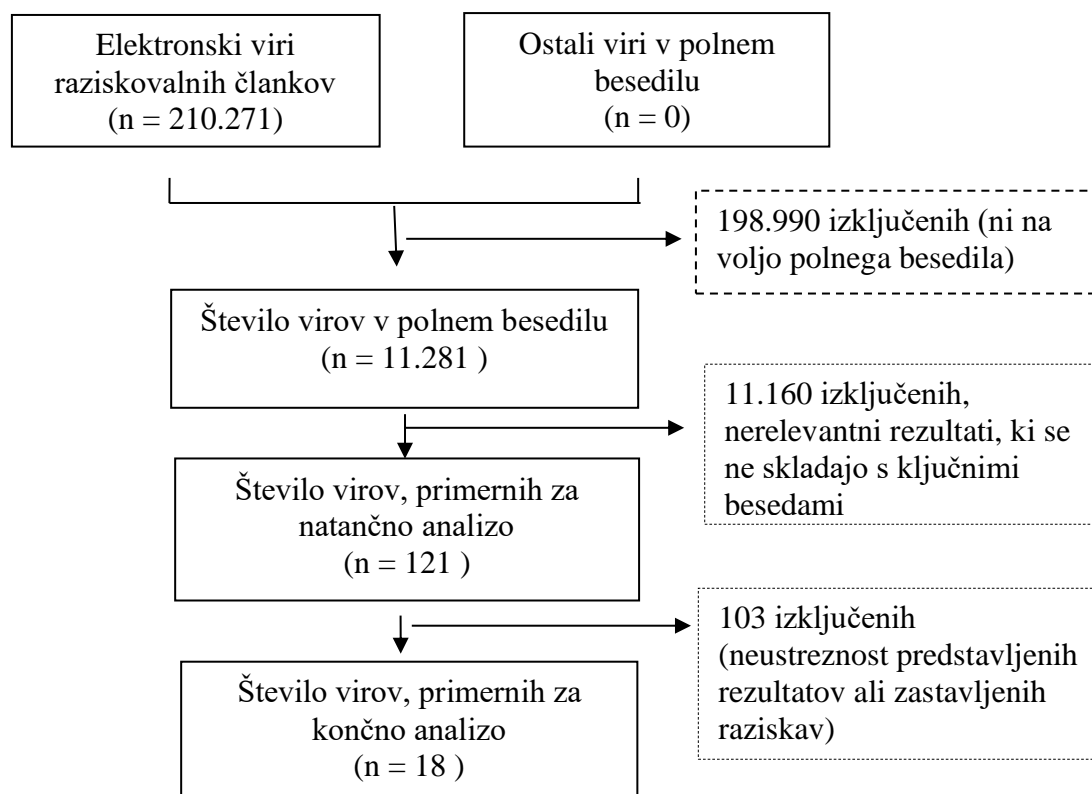
Nivo 1 Sistematični pregled randomiziranih raziskav (n = 0)
Nivo 2 Dokazi vzorčnih randomiziranih kliničnih raziskav (n = 0)
Nivo 3 Dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment) (n = 0)
Nivo 4 Dokazi prospektivnih kohortnih raziskav (n = 7)
Nivo 5 Dokazi kontrolnih retrospektivnih raziskav (n = 0)
Nivo 6 Dokazi presečnih raziskav (n = 2)
Nivo 7 Dokazi podrobnih kvalitativnih raziskav (n = 7)
Nivo 8 Mnenja avtorjev, poročila posameznih primerov (n = 2)

Vir: (Polit & Beck, 2018)

2.3 REZULTATI

Postopek pridobivanja podatkov smo prikazali v Prizma diagramu.

2.3.1 PRIZMA diagram



Slika 1: PRIZMA diagram

Slika 1 prikazuje PRIZMA diagram in postopek, s katerim smo prišli do števila virov, katere smo uporabili v primerih za končno analizo. Število vseh pridobljenih virov je bilo 210.271. Ob prvem pregledu smo izključili 198.990 virov, za obdelavo je ostalo 11.281. Po nadaljevanju pregleda skladnosti, smo ponovno izključili še 11.160 virov, ki se ne skladajo s ključnimi besedami. Po izključitvi vseh neustreznih virov nam je na koncu ostalo 121 primernih virov za analizo, toda morali smo 103 vire zaradi neustreznosti predstavljenih rezultatov ali zastavljenih raziskav zavreči. Za končno analizo smo tako uporabili 18 primernih virov.

2.3.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Za tabelarni prikaz rezultatov smo uporabili tabelo, ki vsebuje podatke o avtorjih, letnici objave, raziskovalnem dizajnu, velikosti vzorca in državo ter ključna spoznanja raziskave.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključni rezultati
Alshmmari, et al.	2018	Integrativni pregled literature	Velika Britanija	Diplomirane medicinske sestre imajo veliko vlogo pri identifikaciji, odzivanju, posredovanju in napotitvi žensk v nadaljnjo obravnavo s trenutno ali preteklo zgodovino nasilja v družini, vendar je bilo ugotovljeno, da več kot ena tretjina medicinskih sester nima formalne izobrazbe o prepoznavi nasilja.
Baird, et al.	2015	Kvantitativna raziskava	152 babic, Avstralija	Iz obeh raziskav ugotavljamo, da zdravstveni delavci in babice navajajo pomanjkljivo znanje pri prepoznavi nasilja nad nosečnico, največji problem pa kaže pomanjkljivo poznavanje bolnišničnih protokolov, smernic in preseganj.
Baird, et al.	2018	Kvantitativna raziskava	154 medicinskih sester in babic, Avstralija	Ženske, ki so žrtev nasilja v družini, redko prostovoljno razkrijejo, da so žrtev nasilja, zato pozdravljajo rutinska vprašanja o nasilju. Zdravstveni delavci morajo na rutinsko poizvedovanje o nasilju v družini gledati kot na pomemben del svoje poklicne vloge. Obstajati morajo tudi priložnosti za vadbo večšin, potrebnih za presojanje in kritično odločanje. Nasilje v družini je vodilni vzrok obolenosti in umrljivosti pri ženskah, ki prispeva k slabemu duševnemu in fizičnemu zdravju, zlorabi prepovedanih substanc in revščini.
Cukut Krilić, et al.	2015a	Kvantitativna raziskava	448 zdravstvenih delavcev, Slovenija	Raziskovali so stališča do nasilja v družini in vloge zdravstvenih delavcev pri prepoznavi, obravnavi in njihove ovire. Zdravstveno osebje navaja pomanjkanje znanja in izkušenj s področja prepoznave

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključni rezultati
				in obravnave nasilja v družini, počutijo se nemočne, ko prepoznajo žrtev nasilja, ker ne znajo pristopiti k problemu. 80 % anketirancev se nikoli ni udeležilo izobraževanj s področja nasilja v družini.
Cukut Krilić, et al.	2015b	Kvalitativna raziskava	30 zdravstvenih delavcev, Slovenija	Namen raziskave je bil pridobiti mnenja, priporočila in izkušnje iz prakse zdravstvenega osebja in zunanjih strokovnih (socialnih) delavk iz CSD. Zdravstveno osebje je ugotovilo, da na področju izobraževanja o obravnavi in prepoznavi nasilja v sklopu zdravstvene dejavnosti izobraževanj ne izvajajo. Strokovna sodelavka iz CSD opozarja, da zdravstveni delavci premalo prijavljajo nasilje v družini in ne poznajo protokolov. Poudarja, da je pomembno tudi medsebojno sodelovanje.
Engnes, et al.	2012	Kvalitativna raziskava	5 žensk, Norveška	Nosečnost za ženske predstavlja obdobje, ko pričakujejo, da se bo nasilje v družini prenehalo, zato so se ženske tudi prilagajale partnerjem. Druge so videli priložnost, odgovornost in potrebo, da zapustijo partnerja ter tako zaščitijo otroka.
Knežević Hočevar	2015	Kvalitativna raziskava	Slovenija	Spolno nasilje vključuje tudi dejavnike spolnosti, ki mu žrtev nasprotuje ali pa zaradi stopnje razvoja na razume njenega pomena. Taka oblika nasilja je še vedno tolerirana, saj se krivda išče na strani žrtve, nasilneži pa so v postopku kaznivega dejanja bolj zaščiteni, kazni pa nizke. Zato ženske, ki so žrtev spolnega nasilja, to tudi zamolčijo, saj imajo občutek sramu in krivde.
Kopčavar Guček	2015	Kvantitativna raziskava	448 zdravstvenih delavcev, Slovenija	Zdravstveno okolje je ključni prostor za prepoznavanje nasilja in okoliščin, možnosti in priložnosti za prepoznavo, podporo in pomoč žrtvam nasilja v družini, saj žrtve pogosto potrebujejo zdravniško pomoč.
Kranjc	2014	Kvantitativna raziskava	1002 otročnic, Slovenija	Psihično nasilje je obravnavano kot najbolj škodljiva in najhujša oblika nasilja, ki jo je najtežje odkriti in dokazati in jo je nemogoče

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključni rezultati
				uporabiti na sodišču kot osnovo partnerskega nasilja. Navaja tudi, da ljudje zmotno verjamejo, da psihično nasilje ni nasilje in da ne povzroča škode na zdravju žensk. Ženske, ki so žrtve nasilja v družini, opisujejo, da je psihično nasilje hujše kot fizično. Poškodbe, ki jih pusti fizično nasilje, se sčasoma zacelijo, psihično nasilje pa povzroča težave v duševnem zdravju.
McGarry & Parveen	2020	Pregled literature	ZDA	Zdravstveni delavci imajo veliko vlogo pri odkrivanju nasilja v družini, ob odkritju le-tega se počutijo neprijetno, nepripravljeno in navajajo neprijetne občutke, ko sprašujejo o nasilju. Študije kažejo, da pacienti niso užaljeni, kadar jih zdravstveni delavci povprašajo o nasilju, ravno obratno, prav tukaj vidijo priložnost, da spregovorijo in razkrijejo družinsko nasilje.
Milek Ogrinc	2016	Kvalitativna raziskava	6 oseb, Slovenija	Nasilje v družini predstavlja javnozdravstveni problem, zato je prepoznavanje nasilja zelo pomembno, saj so zdravstvene ustanove dolžne pomagati osebam, ki so žrtve katere koli vrste nasilja v družini. Dolžni so jih zaščititi, nuditi psihološko oporo ter o tem obvestiti pristojne institucije.
Ministrstvo za zdravje	2015	Priporočila za prepoznavo nasilja v družini	Slovenija	Pri ministrstvu so oblikovali neposredna vprašanja kot pomoč zdravstvenim delavcem, kadar sumijo, da imajo pred seboj žrtev nasilja v družini.
O'Reilly & Peters	2018	Kvalitativna in kvantitativna raziskava	48 zdravstvenih delavcev, ZDA	Da ženske spregovorijo o nasilju v družini, potrebujejo sočutje, empatijo in naklonjenost s strani zdravstvenih delavcev. Ob razkritju nasilja nikoli ne obsojamo. Ženskam, ki so ali pa še vedno preživljajo družinsko nasilje, ni dovolj enkratno povpraševanje, temveč so potrebni različni vprašalniki v različnih okoliščinah.
Plaz	2016	Kvantitativna raziskava	Slovenija	Kot glavni cilj fizičnega nasilja navaja pridobitev, dokazovanje in povečanje svoje moči nad močjo ženske, ki je žrtev nasilja. Fizično nasilje pa pri žrtvi nasilja ne pušča le telesnih posledic, temveč pusti tudi posledice, ki so značilne za psihično nasilje, kot so anksioznost,

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključni rezultati
				depresija, pomanjkanje energije, napadi panike in/ali joka. Med najhujše pa uvršča zlorabo mamil in misli na samomor.
Procentese, et al.	2019	Kvalitativna raziskava	30 zdravstvenih delavcev različnih profilov, Italija	Avtorji ugotavljajo, da nosečnice po vsem svetu različno navajajo pogostost fizičnega nasilja. Nekatere ugotovitve kažejo, da lahko dobra ocena s strani usposobljenega zdravstvenega delavca pomaga žrtvam nasilja razkriti svoje zgodbe.
Ramsay, et al.	2012	Presečna raziskava	Anglija, 82 splošnih ambulant	Medicinske sestre so prvi kontakt v zdravstvenih ustanovah, ki se pogosto srečujejo z ženskami, ki so žrtev nasilja v družini. Manj pozornosti pa se namenja veččinam, ki jih potrebujejo medicinske sestre, da znajo prepoznati ženske, ki so žrtve nasilja v družini. Obstajati morajo tudi priložnosti za vadbo veččin, potrebnih za presojanje in kritično odločanje, zato je nujna potreba po obsežnejšem usposabljanju na dodiplomski in podiplomski ravni ter jasnih načinov napotitve k specializiranim službam za nasilje v družini za ženske, ki razkrijejo zlorabo.
Rosen, et al.	2018	Pregled literature	ZDA	Zdravstvene delavce zavezuje zakon in etika, da ob prepoznanem nasilju ne zatiskajo oči, temveč aktivno delujejo v prid žrtvi. Pri svojem delu ravna v skladu s Pravilnikom Kodeksa etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, ki narekuje, da mora stremeti k promociji zdravja, preprečevanju bolezni, povrnitvi zdravja in lažšanju trpljenja.
Urek	2013	Kvantitativna raziskava	752 žensk med 28. in 80. letom, Slovenija	Avtor trdi, da gre za psihično nasilje takrat, kadar ima ena oseba v razmerju moč, druga pa je v podrejenem položaju. Tak odnos vsebuje elemente lažnega obtoževanja, ljubosumja, zmerjanja, kričanja, groženj ... Poleg tega pa omenja tudi grožnje, da bo partner odpeljal otroka, izoliranje od prijateljev in družine, uničevanje osebnih stvari, ki so ženski, žrtvi nasilja, pomembne.

Z oblikovanjem kod in kategorij smo v nadaljevanju prikazali analizo besedila. Uporabili smo tehniko kodiranja in nato kode združili v kategorije (tabela 4).

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Vrste nasilja	»nasilje«, »psihično nasilje«, »fizično nasilje«, »spolno nasilje«, »ekonomsko nasilje«, »nasilje v družini«, »nasilje nad žensko«, »nasilje nad nosečnico«	Knežević Hočever, 2015, Kranjc, 2014, Plaz, 2016, Procentese, et al., 2019, Urek, 2013.
Kategorija 2: Vloga in ukrepi zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju nasilja	»smernice pri prepoznavanju nasilja«, »protokoli ob zaznavi nasilja«, »zakoni ob zaznavi nasilja v zdravstveni dejavnosti«, »ukrepi zdravstvenega delavca«, »ovire pri prepoznavi nasilja«	Alshmmari, et al., 2018, Baird, et al., 2015, Baird, et al., 2018, Cukut Krilič, et al., 2015a, Cukut Krilič, et al., 2015b, Globevnik Velikonja, et al., 2018, Kopčavar Guček, 2015, McGarry & Parveen, 2020, Milek Ogrinc, 2016, Ministrstvo za zdravje, 2015, Ramsay, et al., 2012, O'Reilly & Peters, 2018, Rosen, et al., 2018.

Pri kodiranju smo identificirali 13 kod, ki smo jih razporedili v 2 kategoriji:

1. kategorija: Vrste nasilja
2. kategorija: Vloga in ukrepi zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju nasilja

3 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil ugotoviti, katere vrste nasilja so najpogostejše pri nosečnicah, kako jih prepoznamo in kako zdravstveni delavci poznajo priporočila za obravnavo nosečnice, žrtev nasilja v družini. Ob začetku pregleda literature smo si postavili dve raziskovalni vprašanji. Naše prvo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na najpogostejše vrste nasilja in prepoznavo le-teh. Nosečnost je osnovni razvoj družbe, vrhunec ljubezni med dvema osebama in je predstavljena kot simbol lepote in sreče. Zato je treba v središču družbenega načrtovanja in razvoja skupnosti posvetiti posebno pozornost reproduktivnemu zdravju, načrtovanju družine in uravnovesiti zasebno in poslovno življenje. Vendar pa so ženske v praksi pod večkratnim tveganjem za izpostavljenost različnim oblikam družinskega nasilja. Pogosto nosečnost za ženske predstavlja upanje, da se bo v pričakovanju naraščaja nasilje prenehalo oziroma so se pred strahom, da bo kaj narobe, pogosto prilagodile in ugodile partnerju. Za nekatere od njih je bila nosečnost priložnost za lepše in boljše življenje s partnerjem in želja, da si ustvarijo dobro družino. Druge pa so ravno v času nosečnosti videle priložnost, odgovornost in potrebo, da zapustijo partnerja ter tako zaščitijo otroka (Engnes, et al., 2012). Po podatkih SZO (2013) je približno 70 % žensk v svojem življenju kdaj žrtev nasilja, vsaka peta žrtev posilstva ali vsaj poskusa posilstva, vsaka tretja pa žrtev nasilja s strani intimnega partnerja.

Na podlagi raziskav ugotavljamo, da so nosečnice največkrat deležne psihičnega nasilja, ki ga imenujemo tudi emocionalna zloraba. Krajnc (2014) navaja, da je psihično nasilje obravnavano kot najbolj škodljiva in najhujša oblika nasilja, ki ga je najtežje odkriti in dokazati in ga je nemogoče uporabiti na sodišču kot osnovo partnerskega nasilja. Navaja tudi, da ljudje zmotno verjamejo, da psihično nasilje ni nasilje in da ne povzroča škode na zdravju žensk. Ženske, ki so žrtve nasilja v družini, pa opisujejo, da je psihično nasilje hujše kot fizično. Kajti poškodbe, ki jih pusti fizično nasilje, se sčasoma zacelijo, psihično nasilje pa povzroča težave v duševnem zdravju. S tem pa se strinja tudi Urek (2013), ki dodaja in trdi, da gre za psihično nasilje takrat, kadar ima ena oseba v razmerju moč, druga pa je v podrejenem položaju. Tak odnos vsebuje elemente lažnega obtoževanja, ljubosumja, zmerjanja, kričanja, groženj ... Poleg tega pa omenja tudi grožnje, da bo

partner odpeljal otroka, izoliranje od prijateljev in družine, uničevanje osebnih stvari, ki so ženski žrtvi nasilja pomembne, posmeh glede videza ...

Na osnovi rezultatov naše raziskave največkrat psihičnemu nasilju sledi fizično nasilje, ki je najbolj očitna in vidna oblika nasilja. Plaz (2016) pa kot glavni cilj fizičnega nasilja navaja pridobitev, dokazovanje in povečanje svoje moči nad močjo ženske, ki je žrtev nasilja. Fizično nasilje pri žrtvi nasilja ne pušča le telesnih posledic, temveč pusti tudi posledice, ki so značilne za psihično nasilje, kot so anksioznost, depresija, pomanjkanje energije, napadi panike in/ali joka. Med najhujše pa uvrščamo zlorabo mamil in misli na samomor. S tem se strinja tudi Knežević Hočevar (2015), ki pa dodaja, da je fizično nasilje vsaka uporaba sile, ki povzroči strah in bolečino pri ženski, ki je žrtev nasilja, ne glede na to, ali so nastale poškodbe ali ne.

Nosečnice v mnogih raziskavah ne navajajo pogostega spolnega nasilja, to pa ne pomeni, da ga lahko zanemarimo. Znaki spolnega nasilja se kažejo kot poškodbe genitalij, notranje strani stegen, dojk, anusa, pogoste okužbe genitalij, bolečine v spodnjem delu trebuha, krvavitve v nožnici in/ali danki, bolečina pri sedenju in/ali hoji, strah pred preiskavami na področju genitalij, težave s spolnostjo, neželene nosečnosti/splavi, zapleti med nosečnostjo in spolno prenosljive okužbe. K spolnemu nasilju uvrščamo tudi vsa dejanja, povezana s spolnostjo, v katero so ženske prisiljene. Nekaj od teh so slačenje, otipavanje, poljubljanje, siljenje h gledanju pornografskih vsebin, komentiranje in nagovarjanje, siljenje k masturbiranju. Ugotavljamo, da raziskave jasno kažejo, da nosečnost ne preprečuje pojav družinskega nasilja, vendar nasprotujoči si dokazi pričajo o tem, da se nasilje v družini povečuje oziroma zmanjša med nosečnostjo (DNK). Avtor Knežević Hočevar (2015) pravi, da spolno nasilje vključuje tudi dejavnike spolnosti, ki mu žrtev nasprotuje ali pa zaradi stopnje razvoja ne razume njenega pomena. Navaja tudi žalostno dejstvo, da je taka oblika nasilja še vedno tolerirana, saj se velikokrat krivda išče na strani žrtve, nasilneži pa so v postopku kaznivega dejanja bolj zaščiteni, kazni pa nizke. Zato ženske, ki so žrtev spolnega nasilja, to tudi zamolčijo, saj imajo občutek sramu in krivde.

V več državni študiji SZO (2013) pričajo o zdravju žensk in družinskemu nasilju nad ženskami, ki so poročale o telesni zlorabi med nosečnostjo in so bile tudi pretepeane,

preden so zanosile. in Kar polovica žensk poroča, da so bile prvič žrtve fizičnega nasilja ravno med prvo nosečnostjo. Nosečnost je kritičen čas za ugotovitev nasilja v družini, zato bi morali zdravstveni delavci vsem ženskam ob obisku ginekološke ambulante izročiti brošure o nasilju v družini med nosečnostjo in po porodu, če jih imajo. Rutinski presejalni testi nosečnosti so odlična priložnost za ukrepanje zdravstvenih delavcev. Nekatere ugotovitve kažejo, da lahko dobra ocena s strani usposobljenega zdravstvenega delavca pomaga žrtvam nasilja razkriti svoje zgodbe. Da bi bile intervencije za nosečnice učinkovite, bi se morali osredotočiti na ozaveščanje o nasilju v družini. Avtorji prav tako navajajo, da so študije odkrile znatne ravni fizičnega nasilja v družini med nosečnostjo v okoljih po vsem svetu. Višjo razširjenost nasilja v družini so dokazale študije v afriških državah (Procentese, et al., 2019). Žrtve nasilja pogosteje vstopajo v sistem zdravstvenega varstva kot ljudje, ki niso žrtve nasilja, ker potrebujejo več zdravniških pregledov, več hospitalizacij, več zdravlil in svetovanja o duševnem zdravju. Raziskave jasno kažejo, da so žrtve nasilja pripravljene razkriti svoje izkušnje z nasiljem svojim zdravnikom, če jih o tem tudi vprašajo, vendar le redko začnejo sami pogovor o tem, da so žrtev nasilja v družini. Če žrtev doživi razočaranje ob stiku z zdravstvenim osebjem, to zanjo lahko pomeni hudo oviro pri nadaljnjem iskanju pomoči (Kopčavar Guček, 2015).

Priporočila za prepoznavanje in obravnavo nasilja nad žensko v družini in partnerskih odnosih, ki so jih oblikovali v Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi, ki od leta 2000 deluje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, so v prvi vrsti namenjena zaposlenim v zdravstveni in babiški negi, a želijo si, da bi bila uporabna tudi za druge zaposlene v zdravstvu, kjer se srečujejo z ženskami, žrtvami nasilja. Nasilje v družini predstavlja javnozdravstveni problem, zato je prepoznavanje nasilja zelo pomembno, saj so zdravstvene ustanove dolžne pomagati osebam, ki so žrtve katere koli vrste nasilja v družini. Dolžni so jih zaščititi, nuditi psihološko oporo ter o tem obvestiti pristojne institucije (Milek Ogrinc, 2016). Avtorja McGarry in Parveen (2020) navajata, da imajo zdravstveni delavci veliko vlogo pri odkrivanju nasilja v družini. Pravita, da so zdravstveni delavci tudi velikokrat nepripravljeni in/ali, da se zaradi pomanjkanja znanja ob odkritju nasilja počutijo neprijetno. Zdravstveni delavci izpostavijo problem, ko

odkrijejo nasilje, in sicer pomanjkljivo znanje o tem, kako se odzvati in kako ukrepati, prav tako jim je tudi neprijetno spraševati o nasilju.

Strokovne smernice Ministrstva za zdravje za obravnavo nasilja v družini v zdravstvu iz leta 2015 (Priloga 1) so namenjene za vse zdravstvene delavce različnih profilov (zdravniki, psihologi, psihiatri, ginekologi, pediatri, tehniki zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti,..), ki prihajajo v stik z žrtvami nasilja v družini, v pomoč, da se opremijo z veščinami, znanjem in samozavestjo za identifikacijo žrtve. Zdravstveni delavci so pravno in etično zavezani, da si ne zatiskajo oči, ko se odkrije nasilje, ampak da aktivno služijo žrtvam. Ko nočejo posredovati, pomeni, da se strinjajo z ravnanjem nasilnika (Društvo SOS). Zdravstveni delavec pri svojem delu ravna v skladu s Pravilnikom Kodeksa etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (2017, 3. člen), ki narekuje, da mora stremeti k promociji zdravja, preprečevanju bolezni, povrnitvi zdravja in lajšanju trpljenja, in sicer ne glede na to, ali je v ospredju pacient, družba, sodelavec. Zdravstveni delavec stremi k vzpostavitvi stika z žrtvijo ter se z uskladitvijo osebnega zdravnika dogovori za nadaljnje spremljanje. Če žrtev pomoč zavrne, se mora ugotoviti, ali je ta oseba zmožna presoje ali ne. Če je oseba zmožna zavrnitve, je treba spoštovati avtonomijo in kljub temu v sodelovanju s centrom za socialno delo (CSD) nuditi psiho edukacijo, varnost, ustrezne storitve v skupnosti ter naznaniti, da lahko kadarkoli stopijo v stik z zdravstveno institucijo. Pri žrtvi, ki ni zmožna realne presoje, mora zdravstveni delavec nuditi obravnavo v najboljši primerni luči, ki je v korist žrtve z možnostjo hospitalizacije. Zdravstveni delavec mora o nasilju poročati ustreznim organom (Rosen, et al., 2018).

Cvetežar in Lešnik Mugnaioni (2015) navajata, da je v partnerskih odnosih, kjer se izvaja nasilje v družini, ki traja že dalj časa, vsakič težje in skorajda nemogoče prikrivati in prikriti nasilje. Znake, ob katerih lahko posumimo na nasilje, lahko razdelimo v različne skupine. Zdravstvene posledice nasilja v družini, le-te so lahko povezane z nasilnim vedenjem, ki jih povezujemo z vidnimi poškodbami pri žrtvi, kot so modrice, podpludbe, poškodbe glave, vratu, obraza, razpoke na ustnicah, izbiti zobje, opekline, prikrivanje sledi z oblačili, še zlasti, če je žrtev noseča ali pa gre za znake, ki jih v zdravstveni obravnavi ne povezujemo z nasiljem, ampak jim pripisujemo druge razloge. Najbolj

pogoste vrste takega nasilja so: glavoboli, napadi panike, želodčne težave, depresija, motnje hranjenja, odvisnost od alkohola in/ali drugih psihotropnih substanc, samopoškodbe. Spremembe v vedenju žrtve nasilja, vedenje žrtve se počasi in sčasoma popolnoma spremeni, saj postanejo socialno izolirane, manj uspešne so pri delu, zanemarjajo svoj videz, izogibajo se stikom, ne zaupajo drugim, so nemirne, prestrašene, apatične. Povzročitelj nasilja se prilagaja »normalizaciji nasilja« tako, da ga poskuša zanikati, prikriti in celo opravičiti. Redko pa postane vse bolj agresiven tudi do širšega socialnega okolja. Velikokrat se do zunanjega sveta kažejo v najboljši luči tako, da delujejo naklonjeno, urejeno in odgovorno, nasilje pa ostane skrito za stenami stanovanja. Najbolj ogrožene so najranljivejše skupine, to so: otroci, starostniki, osebe z invalidnostjo, osebe z motnjo v duševnem razvoju in ženske, še posebno nosečnice. Tukaj ima pri zaznavi nasilja veliko vlogo patronažna medicinska sestra, kajti ranljivejše skupine so prikrajšane oziroma zelo omejene in imajo zelo malo informacij o svojih pravicah in oblikah pomoči, ki jim ravno tako pripadajo. Če patronažna medicinska sestra posumi na nasilje v družini, mora poskušati opraviti dodatne obiske na domu, opazovati mora medsebojne odnose v družini, vedenja in socialno stanje, ob vsakem sumu na nasilje mora napisati zapisnik. Zelo pomembno je, da z domnevno žrtvijo vzpostavi zaupen odnos, vključevati mora ostale sodelavce iz zdravstvenega zavoda v proces, pomoč in nasvete poiskati pri drugih strokovnjakih (CSD, policija), vseskozi mora ohranjati zaupen odnos do morebitne žrtve nasilja in jih informirati o možnih oblikah pomoči in pravicah.

Kadar zdravstveni delavec zazna znake, ki kažejo na utemeljen sum nasilja, se je potrebno z žrtvijo pogovoriti. Zavedati se morajo, da z vprašanji o domnevnem nasilju posegajo v čustveno in intimno življenje pacientov. Ko opravljajo te vrste pogovor, je potrebno upoštevati nekaj osnovnih načel: zagotovimo ustrezen in miren prostor, kjer se bo žrtev počutila varno, žrtev nasilja previdno in prijazno povprašamo o stiski, ki jo doživlja, pri pogovoru smo mirni, naklonjeni, empatični in sočutni, pozorno poslušamo in poskušamo delovati pomirjujoče, če se nam zdi, da je potrebno za razjasnitev dogajanja, postavimo podvprašanje, ne sodimo, ne obsojamo, ne minimaliziramo stiske in izpovedi, žrtev podpiramo in spodbujamo k ukrepanju, ne obljublamo, kar nismo zmožni zagotoviti oziroma storiti, spoštujemo odločitev žrtve, čeprav se ne strinjamo z njo, če smo obvezni nasilje prijaviti, to žrtvi tudi povemo. Zdravstveni delavci so večinoma prepričani, da se

bodo ženske samoiniciativno razkrile, da so žrtve nasilja, ne da bi jih vprašali. Na podlagi profesionalnega suma, da so žrtve nasilja, je potrebno postavljanje ustreznih vprašanj o njihovih izkušnjah z nasiljem v družini. Za prepoznavanje le-tega in za podporo ženskam, ki so ali pa še vedno preživljajo družinsko nasilje, ni dovolj enkratno povpraševanje, temveč so potrebni različni vprašalniki v različnih okoliščinah. Večja verjetnost je, da bodo ženske razkrile dogajanja v zvezi z nasiljem, če jih zdravstveni delavci sprašujejo na empatičen način in brez obsojanja (O'Reilly & Peters, 2018).

Primer posrednih vprašanj, ko sumimo, da gre za nasilje v družini ali partnerski zvezi, so pri Ministrstvu za zdravje (2015), oblikovali vprašanja, kot pomoč zdravstvenim delavcem, in sicer: Kako je doma? Se dobro razumete s partnerjem? Kako se vaš partner obnaša do vas? Se doma počutite varni? Ali so vaši otroci zdravi, kako se oni počutijo? Pri MZ (2015) so oblikovali tudi neposredna vprašanja v primeru poškodbe žrtve nasilja in ko želimo pridobiti dokaze o nasilju, bodisi spolnem ali fizičnem. Če gre za odraslo osebo, moramo biti iskreni in odkrito povedati, zakaj in čemu postavljamo ta vprašanja.

- Mi lahko poveste, kako ste se poškodovali?
- Vas je partner kdaj udaril ali nanesel druge poškodbe?
- Ali se bojite partnerja ali družine?
- Ali se vaš partner jezi na vas? Kaj se je nato zgodilo?
- Je vaš partner kdaj sabotiral ali uničil stvari, ki so za vas imele poseben pomen?
- Ali je vaš partner ljubosumen, ko se srečujete s prijatelji in se pogovarjate z drugimi?
- Ali menite, da želi vaš partner nadzorovati vaše življenje?

Prav tako nas zavezuje zakonodaja v zvezi z dokumentacijo o nasilju, ki narekuje, da skrbno hranimo in dokumentiramo vsa opažanja in dejstva, za katere sumimo, da gre za nasilje, skrbno hranimo tudi izjave žrtve in zdravstvene posledice psihične in fizične. Za tiste, ki zanikajo, da bi bili žrtev nasilja, se ravno tako dokumentira. Dokumentacija mora biti čim bolj točna in popolna, saj bo lahko nekoč v prihodnjosti služila kot dokaz v sodnih postopkih. Dokumentacija se hrani v ustanovi v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva ZZPPZ, Uradni list RS, št. 65/2000).

Ob zaznanem sumu nasilja v družini mora v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini vsak zdravstveni zavod najkasneje v roku 24 ur obvestiti pristojni CSD ali policijo ali pa državno tožilstvo. Kadar žrtev ali njeni otroci niso neposredno ogroženi, se obvesti pristojni center za socialno delo. Vsaka zdravstvena ustanova mora imeti izdelana navodila o zaščiti žrtev nasilja v družini, to še posebno za ranljive skupine. Jasno morajo biti opredeljene odgovornosti in naloge vseh zdravstvenih delavcev, socialne službe ter vodstva, kdaj in na kakšen način ukrepa varnostna služba, kdaj je potrebna intervencija policije, CSD in drugih pristojnih institucij. Vse ženske, ki so žrtve nasilja v družini, in kjer zdravstveno osebje ugotavlja znake nasilja, je le-te potrebno ustrezno dokumentirati z obrazcem Obvestilo o zaznavi nasilja v družini (Priloga 2), ki se nahaja v prilogi pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (MZ, 2015).

Na področju zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji nismo imeli na voljo lastnih smernic. Od leta 2015 so v Sloveniji oblikovali Strokovne smernice in protokole za obravnavo žensk, ki so žrtev spolnega nasilja oziroma posilstva. Osnovni protokol v primeru posilstva uporabljajo od leta 2006 na ginekološkem urgentnem centru Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana, od leta 2013 pa v UKC Maribor uporabljajo podoben protokol za obravnavo spolnega nasilja (Smrkolj & Štolfa Gruntar, 2015). Ženske, ki so bile žrtve spolnega nasilja, se lahko zdravijo v specialističnih ambulantah po predhodnem dogovoru z osebnim zdravnikom ali kriminalistom. Žrtve spolnega nasilja lahko pregleda vsak ginekolog, razen v primeru, če je ženska žrtev ponavljajočega spolnega nasilja. V tem primeru jih pregledujejo le ginekologi specializirani za to področje. Smernice Nacionalnega inštituta za zdravje in odličnost v zdravstvu (NICE) priporočajo, da na preventivnih ginekoloških pregledih vse ženske v anamnezi povprašamo o zgodovini duševnega zdravja (družinska in osebna anamneza duševnih bolezni in zdravljenja). Povprašati jih moramo o duševnih motnjah, načinu uživanja psihotropnih snovi in morebitnem nasilju nad nosečnico.

V času nosečnosti si ženska želi spremembe življenjskega okolja, ker tako poskuša zaščititi še ne rojenega otroka, kar zdravstvenim delavcem daje priložnost za nudenje različnih vrst pomoči. Presejalni program projekta Prepoznavanje odvisnosti, duševnih motenj in nasilja v obporodnem obdobju (PODN) je prvi in pomemben korak k

prepoznavi ogroženih žensk v perinatalnem obdobju in ukrepom za izboljšanje kakovosti življenja. Z ustreznimi ukrepi lahko izboljšajo potek nosečnosti, odnose v družini, razvoj otroka, saj vemo, da nasilje, zloraba, anksioznost, depresija, alkohol in druge prepovedane droge negativno vplivajo nanje. Presejanje je edin način, da čim več žensk spregovori in razkrije nasilje v družini. Globevnik Velikonja, 2018, navaja, da organizacija The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) v svojem priporočilu predlaga enostaven način presejanja za nasilje v nosečnosti v obliki pogovora. Drugi vprašalniki niso posebej usmerjeni za nasilje v nosečnosti, temveč se uporabljajo za presejanje za partnersko nasilje nad ženskami. Za zdravstvene delavce je velikokrat v izziv pogovor z ženskami glede občutljivih tem. Pri domnevni žrtvi nasilja se že na začetku pojavijo dileme ali vprašanja, zakaj je potrebo izpolniti presejalne teste. Zato je pri tem pomembno, da natančno razložimo pomen presejanja in pridobimo pisno soglasje za sodelovanje v presejalnem programu. Tiste ženske, ki pa ne želijo sodelovati, to zabeležijo in jih ob ponovnem pregledu ponovno povabijo k sodelovanju. Vsem sodelujočim ženskam natančno razložijo izpolnjevanje presejalnih testov in jih spodbujajo, da odgovorijo na vsa vprašanja. Rezultate zapišejo, obdelajo, interpretirajo in ustrezno shranijo. Ženskam omogočijo, da test rešijo same, brez pomoči. Pri tem poskrbijo, da je okolje mirno, varno, prijetno in da omogoča zasebnost. Ob pozitivnem presejalnem testu je treba nadaljnje ukrepe uskladiti z nosečnico, saj gre za občutljiv psihosocialni in socialnoekonomski položaj ženske in njene družine. V dogovoru z žrtvijo nasilja obvestijo pristojne službe in na njeno željo organe pregona, v nekaterih primerih se za to odločijo tudi same. Poudarek dajejo tudi izdelavi varnostnega načrta za žrtev nasilja v družini. Varnostni načrt temelji na individualni ravni in za to ne obstajajo protokoli. Izdelava načrta ni odgovornost zdravstvenega delavca, lahko pa žrtvi pomaga pri izdelavi načrta na podlagi dobrega poznavanja pacienta in njegovih bio/psihofizičnih lastnosti s svojim strokovnim znanjem in z možnostjo interdisciplinarnega povezovanja ter z naborom informacij o možnosti pomoči lokalnih skupnosti (Globevnik Velikonja, et al., 2018).

Žrtve nasilja potrebujejo pomoč, saj si same največkrat ne znajo pomagati. Za to so na voljo tudi razne institucionalne oblike pomoči žrtvam, kot so: CSD, policija, zdravstvene ustanove, državno tožilstvo, sodišče, Javni jamstveni in preživninski sklad Republike Slovenije, brezplačna pravna pomoč. Nevladna organizacija nudi psihosocialno pomoč

ženskam in otrokom, ki doživijo nasilje prek skupin za samopomoč. Nekaj od teh so Društvo SOS telefon za ženske in otroke/žrtve nasilja, Društvo Ženska svetovalnica, Društvo za nenasilno komunikacijo, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Zavod EMMA.

V sklopu drugega raziskovalnega vprašanja nas je zanimalo, kako zdravstveni delavci poznajo priporočila za obravnavo nosečnice, žrtev nasilja v družini. V tem delu našega pregleda literature smo se bolj osredotočili na samo poznavanje nasilja v družini s strani zdravstvenih delavcev. Raziskave pa opisujejo tudi željo in prizadevanje po izobraževanju zdravstvenih delavcev in o večjem prepoznavanju nasilja v družini.

V mesecih od aprila do junija 2015 je bila izvedena raziskava na temo Prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini v zdravstvu (Cukut Krilić, et al., 2015a), katere cilj je bil preučiti mnenja, izkušnje in stališča zdravstvenega osebja glede obravnave nasilja v družini v zdravstvu. Raziskovali so odnos do nasilja in kakšno vlogo ima zdravstvo pri njegovem prepoznavanju in obravnavanju, kakšne ovire nastajajo pri odzivanju na nasilje v družini v praksi, ter kakšno je srečevanje z nasiljem v družini pri delu ter preučevali stališča, o izkušnjah in zbirali mnenja o izobraževanju o nasilju v družini v zdravstvu. V raziskavo je bilo vključenih 448 oseb, ki delajo v zdravstvu v različnih poklicih, njihova povprečna starost pa je bila 42,7 let. Na podlagi raziskave, so prišli do zaključka, da zdravstveni delavci priznavajo pomanjkanje znanja in izkušenj pri prepoznavanju in obravnavanju nasilja v družini, kot tudi v pomanjkanju sodelovanje med ostalimi zaposlenimi in pristojnimi institucijami.

V drugi kvalitativni študiji, ki je potekala v istem časovnem obdobju kot prejšnja, je bilo opravljenih 30 pol strukturiranih strokovnih intervjujev z različnimi predstavniki zdravstvenega osebja in socialnih delavcev v kliničnih ustanovah ter s strokovnim osebjem, ki delajo z žrtvami nasilja, to so socialni delavci. Namen raziskave je bil pridobiti mnenja, priporočila in izkušnje iz prakse zdravstvenega osebja in zdravnikov. Cukut Krilić s sodelavci (2015b) na podlagi omenjene raziskave ugotavljajo, da je zdravstveno osebje ugotovilo, da v zdravstvenem sektorju obstaja velika pomanjkljivost pri izobraževanju o obravnavi in prepoznavanju nasilja za zdravstvene delavce, saj se na tem področju ne izvajajo usposabljanja na to temo. Največji problem nastane, kadar se v

družinskem krogu prikriva samo ozadje in pa tudi okoliščine nasilja. Zdravstveni delavci poudarjajo dobro sodelovanje z organi pregona, kot je policija, v nasprotnem primeru pa imajo zelo slabe izkušnje s CSD. Nasprotno mnenje v omenjeni raziskavi pa izhaja s strani zaposlenih na CSD, saj menijo kot tudi opažajo, da zaposleni v zdravstvu ne prepoznajo primerov nasilja v družini, prav tako pa jih po njihovem mnenju, ne prijavijo pravočasno. Zaposleni na CSD menijo, da je pri zdravstvenih delavcih, potrebno pri obravnavi žrtev nasilja uporabiti ničelno toleranca do nasilja v družini, ter da mora biti celotno zdravstveno osebje dobro seznanjeno z vso dinamiko nasilja v družini. Poudarjajo tudi, da je potrebno pri obravnavi nasilja v družini, graditi na izboljšanju sodelovanja med pristojnimi institucijami in zdravstvenimi delavci. Saj menijo, da se z dobrim medsebojnim sodelovanjem ter sledenju smernic, poznavanja zakonov in protokolov v zdravstveni dejavnosti, ne sme pozabiti na odnos, razumevanje in empatijo do žrtev nasilja v družini.

Iz raziskav ugotavljamo, da so medicinske sestre pogosto prva kontaktna točka v zdravstvenih ustanovah, ki se pogosto srečujejo z žrtvami nasilja. Nasilje je velik javnozdravstveni problem po vsem svetu. Manj pozornosti pa se namenja veččinam, ki jih potrebujejo medicinske sestre, da znajo prepoznati ženske, ki so žrtve nasilja v družini (Ramsay, et al, 2012). Zdravstveni delavci imajo veliko vlogo pri identifikaciji, odzivanju, posredovanju in napotitvi žensk v nadaljnjo obravnavo s trenutno ali preteklo zgodovino nasilja v družini, vendar je bilo ugotovljeno, da več kot ena tretjina medicinskih sester nima formalne izobrazbe o prepoznavi nasilja. Poleg tega je več različnih raziskav pokazalo, da v učnem načrtu zdravstvene nege primanjkuje vsebin, povezanih z zlorabo v družini in nasiljem nad ženskami. Obstaja velika potreba po izobraževalnem procesu, da se medicinskim sestram zagotovi ustrezno usposabljanje, ki jih opremi z ustreznimi veščinami in znanjem o ravnanju z zlorabljenimi ženskami. V primerih znakov nasilja v družini prihaja zaradi pomanjkanja znanja, izkušenj ter zaradi veččin komuniciranja do neustreznega ukrepanja, potrebno je tudi večje seznanjanje s pristojnimi institucijami na področju nasilja ter zakonskimi obveznostmi (Alshmmari, et al., 2018).

Omejitev v znanju smo zasledili tudi z raziskavo, ki so jo opravili v Avstraliji prek spletnih anket, in sicer znanja babic o poznavanju družinskega nasilja nad ženskami med

nosečnostjo. Nekatere je zmotno menilo, da so storilci nasilni zaradi uživanja alkohola ali drog. Udeleženci v anketi navajajo, da so imeli zelo malo ali pa skoraj nič izobraževanj ali usposabljanj na temo nasilja v družini. Tisti, ki so imeli usposabljanja na temo družinskega nasilja, so dosegli višje ocene znanja kot tisti brez formalnega usposabljanja. Avtorji ugotavljajo, da lahko te ovire v znanju negativno vplivajo na njihovo sposobnost prepoznavanja žensk, ki jim grozi nasilje. Izobraževanje o nasilju v družini je bilo povezano z izboljšanim in izpopolnjenim predhodnim znanjem. Ugotovitve iz študij, izvedenih v Kanadi, Združenem kraljestvu in na Švedskem, kažejo, da se babice in medicinske sestre počutijo dobro pripravljene za podporo ženskam, ki doživljajo nasilje v družini. Kanadska raziskava s 96 medicinskimi sestrami, ki delajo v porodnišnicah, je pokazala, da so navedle pomanjkanje znanja kot najpomembnejšo oviro za preseganje, sledijo pa mu sistemski dejavniki, kot je pomanjkanje bolnišničnih protokolov in orodij za preseganje. Pomanjkanje znanja je bilo povezano tudi s pogostostjo preseganja pri različnih oblikah nasilja (fizičnega, psihičnega in spolnega) (Baird, et al., 2018).

V Združenem kraljestvu na podlagi raziskav poročajo, da se babice niso čutile primerno pripravljene na soočanje z razkritjem spolnega nasilja pri nosečnicah ali pa so bile negotove. Babice so v skupnosti ocenile, da so se bolj sposobne soočiti z razkritji spolnega nasilja v primerjavi z bobicami v bolnišnicah. Podobno je v raziskavi med skoraj 200 švedskimi medicinskimi sestrami primarne zdravstvene oskrbe menilo, da niso dovolj pripravljene za obravnavo žensk, izpostavljenih družinskemu nasilju. Zaradi narave vloge babice in zaupnega odnosa so lahko babice prve, ki ji ženska sama razkrije nasilje v svojem odnosu. Vendar pa se to lahko zgodi le, če se babica počuti dobro osveščena o tem, kako bi ženske vprašala o družinskem nasilju, saj vedno višja razširjenost in pomemben vpliv nasilja v družini na zdravje žensk zahtevata nujen odziv zdravstvenih služb. Rutinsko poizvedovanje o nasilju med nosečnostjo in v perinatalnem obdobju je priznано kot najboljša praksa (Baird, et al., 2015).

Čeprav ženske zdravstvenim delavcem redko prostovoljno razkrijejo, da so žrtev nasilja, se jim zdijo vprašanja o nasilju v družini sprejemljiva v času nosečnosti. Avtorji se strinjajo, da zdravstveni delavci včasih težko prepoznajo neizrečene namige žensk, niso bili prepričani, kdaj in kako vprašati o nasilju. Druge ovire na delovnem mestu za rutinsko

poizvedovanje nasilja v družini vključujejo prisotnost partnerja in časovne omejitve med posvetovanjem. Nenaklonjenost zdravstvenih delavcev, da bi ženske spraševali o nasilju v družini, se pripisuje tudi pomanjkanju pripravljenosti in negativnemu odnosu. Razvit je bil niz programov usposabljanja za izboljšanje prepoznave nasilja za zdravstvene delavce. Kanadska študija je raziskovala dejavnike, ki vplivajo na odločitve zdravnikov in medicinskih sester o tem, ali naj obravnavajo in se odzovejo na nasilje v družini. Zdravstveni delavci, ki so se udeležili usposabljanja, so se počutili boljše pripravljeni na razkritje žrtve nasilja v družini v primerjavi s tistimi brez usposabljanja. SZO priporoča, da morajo programi usposabljanja za nasilje v družini obravnavati odnos osebjia in vključevati varnostno načrtovanje, učinkovito komunikacijo in napotitev žrtve nasilja k primernim institucijam (Baird, et al., 2018). S tem se strinja tudi Ramsey (2012), ki dodaja, da zdravstveni delavci morajo na rutinsko poizvedovanje o nasilju v družini gledati kot na pomemben del svoje poklicne vloge. Avtor navaja, da uspešni programi za nasilje v družini temeljijo na: institucionalni podpori, učinkovitih protokolih presejanja, temeljitem začetnem in nadaljnjem usposabljanju ter takojšnjem dostopu in napotitvi k podpornim službam na kraju samem in/ali zunaj njega. Usposabljanje bo tudi učinkovitejše za tiste, ki želijo izboljšati svojo prakso na temo prepoznavanje nasilja v družini, kot za tiste, ki obiskujejo usposabljanje kot obvezno zahtevo delodajalca. Obstajati morajo tudi priložnosti za vadbo večšin, potrebnih za presojanje in kritično odločanje, zato je nujna potreba po obsežnejšem usposabljanju na dodiplomski in podiplomski ravni ter jasnih načinov napotitve k specializiranim službam za nasilje v družini za ženske, ki razkrijejo zlorabo.

Nezadostno število raziskav o nasilju nad nosečnico in njeno obravnavo ter poznavanje protokolov, dolžnosti zdravstvenih delavcev in kako slednji prepoznajo nasilje, predstavlja veliko težavo tako v tujini kot tudi doma. Avtorji (Baird, et al., 2018) navajajo, da lahko številne ovire zdravstvenim delavcem preprečijo, da bi prepoznale in podprle ženske, ki doživljajo nasilje v družini, vključno s pomanjkanjem izobrazbe in usposabljanja, s časovnimi omejitvami in pomanjkanjem organizacijske podpore. Ključnega pomena je, da so babice in medicinske sestre dobro obveščene in usposobljene za odkritje nosečnice, ki je žrtev družinskega nasilja, da redno sprašujejo ženske o dožemanju osebne varnosti ter se varno in empatično odzovejo na pozitivna razkritja

družinskega nasilja nad žensko. Avtorji ugotavljajo tudi, da nasilje nad ženskami državam po vsem svetu povzroča ogromne stroške. Ocenjuje se, da bo nasilje v družini samo v Avstraliji stalo 13,8 milijarde ameriških dolarjev, pri čemer so samo stroški za zdravje ocenjeni na 863 milijonov ameriških dolarjev, kar pa predstavlja veliko denarno obremenitev tako državi kot ostalim posameznikom. Nasilje v družini je vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti pri ženskah, ki prispeva k slabemu duševnemu in fizičnemu zdravju, zlorabi nedovoljenih substanc in revščini.

Iz pregleda literature ugotavljamo, da ima zdravstveni delavec veliko vlogo pri prepoznavi družinskega nasilja nad nosečnico. Žal smo ugotovili, da so nosečnice največkrat deležne psihičnega nasilja in da le malokrat same razkrijejo, da so žrtev nasilja v družini. Na temo nasilje nad nosečnico je v Sloveniji malo raziskanega. Med celotnim pregledom literature smo zasledili, da vse raziskave opisujejo veliko pomembnost izpopolnjevanja in edukacije na tem področju. Ugotovili smo, da morajo zdravstveni delavci za dobro obravnavo žensk, ki so žrtev nasilja v družini, pridobiti njihovo zaupanje. To pa lahko dosežejo s prijaznostjo, potrpežljivostjo, poslušanjem, z empatijo ter s strokovnostjo pri sami obravnavi. Naloga zdravstvenih delavcev je zagotavljanje ustreznih informacij ženskam, ki so žrtve nasilja, le-ti imajo po mnenju več avtorjev ključno in pomembno vlogo pri prepoznavanju nasilja nad žensko v družini. Opazili smo, da imajo zdravstveni delavci navajajo željo po izpopolnjevanju in več izobraževanjih v tej smeri. Ključni pomen je, da so vsi profili zdravstvenih delavcev dobro usposobljeni in da zanje prepoznati žensko, ki doživlja nasilje v družini ter, da redno sprašujejo ženske o doživetju osebne varnosti ter se sočutno in empatično odzovejo na pozitivna razkritja nasilja, ki jih doživljajo.

3.1.1 Omejitve raziskave

Pridobljeni rezultati iz raziskav in strokovne literature pri pisanju diplomskega dela smo pridobili na podlagi literature, ki navaja najpogostejše vrste nasilja pri nosečnicah, kako jih prepoznamo in na samo poznavanje nasilja v družini s strani zdravstvenih delavcev. Med samim pisanjem diplomskega dela s pregledom literature smo ugotovili, da je v Sloveniji narejeno malo študij o samem nasilju nad nosečnico, vendar je zato napisanega

veliko o samem nasilju in smernicah za zdravstvene delavce, kako prepoznati nasilje in kako ob tem ukrepati.

3.1.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pri pregledu literature smo zasledili, da veliko avtorjev ugotavlja pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev pri prepoznavi nasilja nad žensko, ki je žrtev nasilja v družini in da se bojijo povprašati o tem, ker se bojijo pozitivnega odgovora, saj ne poznajo smernic in protokolov v zdravstveni dejavnosti ob prepoznavi nasilja nad žensko, zato se velikokrat pretvarjajo, da niso ničesar opazili. Veliko število žensk je žrtev družinskega nasilja v različnih oblikah, vendar o tem nekatere ne želijo spregovoriti, druge pa niti ne vedo, da so žrtve družinskega nasilja, nekatere izmed njih, kot so nosečnice, pa spregovorijo o nasilju, ko se bojijo za svojega še ne rojenega otroka in za svojo varnost in življenje. Ugotovili smo, da so ženske še posebej v času nosečnosti, ko so najranljivejše še bolj pogosto žrtve nasilja, saj se nasilnež boji, da ne bo deležen dovolj pozornosti, ko se rodi otrok. Na podlagi naših opažanj bi si želeli več raziskav na domačih tleh o nasilju nad nosečnicami, saj je ta tematika premalo raziskana, zanimal bi nas vidik žensk in zdravstvenih delavcev na to temo in ali sami znajo prepoznati nasilje in kako bi kot zdravstveni delavci ukrepali ob razkritju nasilja. Na podlagi pridobljenih podatkov bi bilo smiselno v študijske programe vključiti izobraževanje na temo nasilja, prepoznave in ukrepanja.

4 ZAKLJUČEK

Nasilje nad ženskami aktualen problem ne samo v slovenski družbi, ampak tudi širše. Nasilje v družini vpliva na življenja milijonov žensk, otrok, družin in družb po vsem svetu. Preprečevanje nasilja v družini je nujno. Vlade, družbe in skupnosti morajo biti pozorne, vlagati več in nujno ukrepati za zmanjšanje nasilja nad ženskami. Nasilje v družini lahko povzroči resne, kronične poškodbe, zdravstvene težave in tudi smrt. Ker pa nasilje med nosečnostjo poveča tveganje za prekinitev nosečnosti, nosi pa tudi druge posledice, ki negativno vplivajo na zdravje mater in otroka. Zato so ginekološke ordinacije varno zavetje žensk, ko pridejo na pregled brez partnerja in ravno takrat nastopi zelo pomembno delo zdravstvenih delavcev, in sicer, da znajo stisko oziroma nasilje nad nosečnico tudi prepoznati. Ključno je torej ozaveščanje zdravstvenih delavcev o prepoznavanju in ukrepanju nasilja v družini nad ženskami in nosečnicami ter da poznajo smernice in protokole zdravstvene dejavnosti ob prepoznavi žrtve nasilja v družini.

5 LITERATURA

Abujilban, S., Mrayan, L., Hamaideh, S., Obeisat, S. & Damra, J., 2021. Intimate Partner Violence Against Pregnant Jordanian Women at the Time of COVID-19 Pandemic's Quarantine. *Interpersonal Violence*, 37(5-6). 10.1177/0886260520984259.

Alshmmari, K.F., McGarry, J. & Higginbottom, A.G.M., 2018. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, (5), pp. 237-253. 10.1002/nop2.133.

Andermann, A., 2018. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Reviews*, 39(19), pp. 1-17.

Baird, K.M., Gregory, A. & Johnson, M., 2011. Experiences of researchers in understanding domestic violence. *Primary Health Care*, 21(7), pp. 25-29.

Baird, K.M., Amornrat, S.S., Eustance, J. & Creedy, D.K., 2015. An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*, 28, pp. 215-220.

Baird, K.M., Amornrat, S.S., Eustance, J. & Creedy, D.K., 2018. Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses. *Women and Birth*, 31, pp. 285-291.

Ben Natan, M., Ben, A., G., Bader, T. & Hallak, M., 2011. Universal screening for domestic violence in a department of obstetrics and gynaecology: A patient and carer perspective. *International Nursing Review*, 59(1), pp. 108-114.

Beynon, C.E., Gutmanis, I.A., Tutty, L.M., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L., 2012. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *Bio Medical Central Public Health*, 473(12), pp. 1-12.

Blagovič, I., 2016. *Povezanost nasilja s psihično, socialno in ekonomsko kvaliteto življenja*: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Breiding, M.J., Basile, K.C., Smith, S.G., Black, M.C. & Mahendra, R.R., 2015. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Cukut Krilić, S., Smrke, U., Šimenc, J. & Vah Jevšnik, M., 2015a. *Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvalitativna in kvantitativna raziskava*. Ljubljana, Družbenomedicinski inštitut.

Cukut Krilić, S., Smrke, U., Šimenc, J. & Vah Jevšnik, M., 2015b. *Nasilje v družini in zdravstvena dejavnost: kvalitativna in kvantitativna raziskava*. Ljubljana, Družbenomedicinski inštitut.

Cvetežar, I.Š. & Lešnik Mugnaioni, D., 2015. Predlog strokovnih smernic za obravnavo nasilja v družini v patronažnem varstvu [online]. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/11/Smernice-za-patrona%C5%BEno-varstvo.pdf> [Accessed 7 March 2022].

Domiter Protner, K., 2013. Socialno ekološki model preventivne dejavnosti na področju izpostavljenosti otrok in mladostnikov nasilju v družini. *Socialno delo*, 52(4), pp. 251-260.

Društvo za nenasilno komunikacijo (DNK). Available at: <https://www.drustvodnk.si/> [Accessed 22 January 2023].

Engnes, K., Linden, E. & Lundgren, I., 2012. *Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy*. *International Journal Qualitative Studies on Health & Wellbeing*. 10.3402/qhw.v7i0.11199.

Gisladottir, A., Bernard, L.H., Gudmundstottir, B., Ragenheidur, I., Bjarnadottir, E., Jonsdottir, T., Cnattingius, A.S., & Vlasmarsdottir, U.A., 2014. Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93, pp 351-358.

Globevnik Velikonja, V., 2016. Žalovanje po izgubi zaželene nosečnosti in potrebe žalujoče družine. *Žalovanje ob neuspeli nosečnosti in pravni postopki*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2016, pp. 61-74.

Globevnik Velikonja, V., Lučovnik, M., Premru Sršen, T., Leskovšek, V., Kranjc, M., Pavše, L., Verdnik, I., Tul, N. & Blickstein, I., 2018. Violence before pregnancy and the risk of violence in pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(1), pp. 29-33. 10.1515/jpm-2016-0378.

Jamshidimanesh, M., Soleymani, M., Ebrahimi, E. & Hosseini, F., 2013. Domestic Violence Againce Pregnant Women in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health*, 7(1), pp. 7-10.

Knežević Hočevnar, D., 2015. Nasilje v družini: družbeni in zdravstveni vidiki. In: J. Šimenc, ed. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*, Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 28-43.

Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi, 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 13.

Kopčavar Guček, N., 2015. Nasilje v družini kot zdravstveni problem. V: *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Republika Slovenija: služba vlade RS za razvoj in evropsko kohezijsko politiko, pp. 36-42.

Kranjc, M., 2014. *Nasilje nad nosečnicami*: Magistrsko delo. Univerza V Mariboru, Filozofska fakulteta.

Laurier Vice, M., 2015. *Information guide on sexual violence* [online]. Available at: https://www.uottawa.ca/violence-sexuelle-soutieeprevention/sites/www.uottawa.ca.violence-sexuelle-soutien-et-prevention/files/guide_sexual_violence_en_01.pdf [Accessed 1 September 2022].

Leppäkoski, T. & Paavilainen, E., 2013. Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 2273-2285.

Leskovšek, V., Lučovnik, M., Pavše, L., Premru Sršen, T., Kranjc, M., Verdenik, I. & Globevnik Velikonja, V., 2017. *The role of health services in encouraging disclosure of violence against women*, 56, pp. 220-226.

Lima, N.J.S.O. & Pacheco, L.R., 2016. Domestic violence against women in community health agents perspective. *Journal of Nursing Universidade Federal de Pernambuco*, 10(5), pp. 4279-4285.

Makayoto, L.A., Omolo, J. & Kamweya, A.M., 2013. Prevalence and Associated Factors of Intimate Partner Violence Among Pregnant Women Attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Maternal and Child Health Journal*, pp. 441-447 [online]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1015-x> [Accessed 27 September 2022].

McGarry, J. & Parveen, A., 2020. Reflection and Implications for Healthcare Practice. In: P. Ali & J. McGarry, eds. *Domestic Violence in Health Contexts: A Guide for Healthcare Professions*. Springer Nature Switzerland AG, pp. 133-135.

Milek Ogrinc, M., 2016. *Vloga medinstitucionalnega sodelovanja pri zaščiti žrtev nasilja v družini*: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Ministrstvo za zdravje, 2015. *Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/nasilje_v_

druzini/STROKOVNE_SMERNICE_ZA_OBRAVNAVO_NASILJA_V_DRUZINI_P
RI_IZVAJANJU_ZDRAVSTVENE_DEJAVNOSTI [Accessed 30 January 2022].

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2021. *Uresničevanje Istanbulske konvencije*. Available at: <https://www.gov.si/novice/2021-10-12-uresnicevanje-istanbulske-konvencije/> [Accessed 28 September 2022].

Muršič, M., 2012. Prekiniti krog nasilja (za varnejše družine in vzgojno–izobraževalne zavode). In: M. Muršič, ed. *(O)krog nasilja v družini in šoli*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, pp. 7-42.

Naghizadeh, S., Mirghafourvand, M. & Mohammadirad, R., 2021. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10.1186/s12884-021-03579-x.

Oliveira, R.N.G. & Fonseca, R.M.G.S., 2015. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 23(2), pp. 299-306.

O'Reilly, R. & Peters, K., 2018. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BioMed Central Women's Health*, 18(128), pp. 1-8.

Plaz, M., 2016. Nasilje nad ženskami v partnerskih in sorodstvenih odnosih. V. Š. Veselič, D. Horvat & Plaz, M., eds. *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja, izdaja ob 25. obletnici delovanja SOS telefon* (str. 73-91). Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Procentese, F., Di Napoli, I., Tuccillo, F., Chiurazzi, A. & Arcidiacono C., 2019. Healthcare professionals' perceptions and concerns towards domestic violence during pregnancy in Southern Italy. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 25, 16(17), p. 3087. 10.3390/ijerph16173087.

Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. & Feder, G., 2012. Nasilje v družini: Znanje, stališča in klinična praksa izbranih zdravnikov primarnega zdravstvenega varstva Združenega kraljestva. *British Journal of General Practice*, 62 (602), pp.647-655. 10.3399/bjgp12X654623.

Rapilane Obran, N., 2018. *Nasilje nad ženskami – Prav(n)e poti v varno življenje žensk in otrok*. Ljubljana: Društvo za nenasilno komunikacijo.

Razvojni sklad Združenih narodov za ženske, 2010. *Millennium Development Goals Report*. Available at: http://unis.unvienna.org/pdf/factsheets/MDG_Report_2010_En.pdf [Accessed 25 February 2022].

Repič Slavič, T. & Gostečnik, C., 2015. *The Experience of Pregnancy, Childbirth and Motherhood in Women with a History of Sexual Abuse*. In: Ana Polona Mivšek, ur. Sexology in Midwifery. Available at: <https://www.intechopen.com/books/sexology-in-midwifery/the-experience-of-pregnancy-childbirth-and-motherhood-in-women-with-a-history-of-sexual-abuse> [Accessed 5 February 2022].

Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G. & Howard, L., 2011. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), pp. 189-194.

Rosen, T., Stern, E.M., Elman, A. & Mulcare, R.M., 2018. Identifying and Initiating Intervention For Elder Abuse and Neglect in Emergency Department. *Clinical Geriatric Medicine*, 34(3), pp. 435-451.

Smrkolj, Š. & Štolfa Gruntar, A., 2015. Ginekologija in porodništvo. In: J. Šimenc, ed. *Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 106-112.

Sprague, S., Slobogean, G. P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M. & Swaminathan, A., 2016. A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals. *Plos one*, 11(12), pp. 1-17.

Susmitha, B., 2016. Domestic Violence: Causes, Impact and Remedial Measures. *Social Change*, 46(4), pp. 602-610.

SZO, 2014. *Violence Against Women: Intimate partner and sexual violence against women*. Geneva: World Health Organisation.

SZO, 2013. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

SZO, 2002. *Violence - a global public health problem*. In: Krug E.G., ed. *World Report on Violence and Health* (pp. 1-23). Geneva: World Health Organisation.

The National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, 2018. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-Recommendations> [Accessed 8 February 2022].

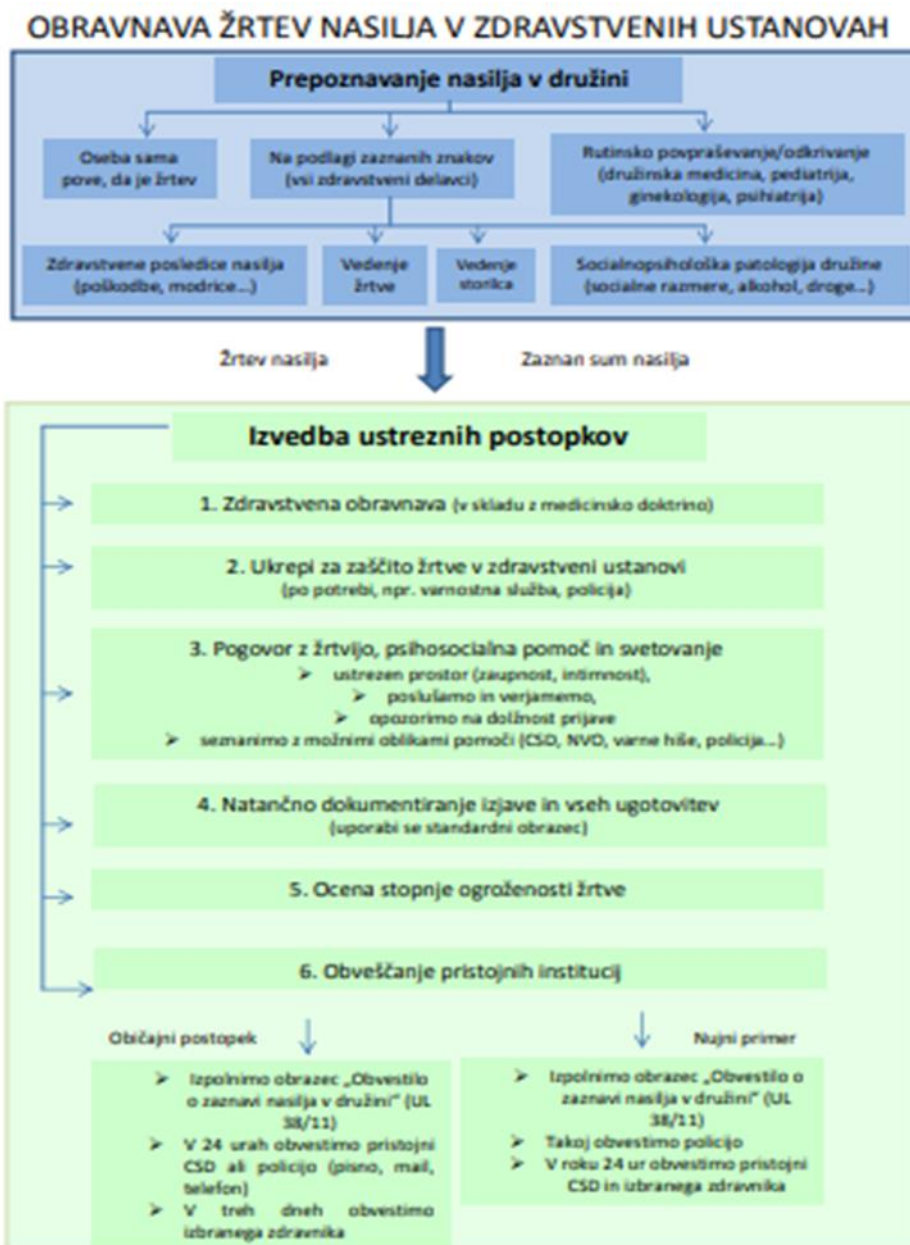
Urek, M., 2013. Nasilje med partnerji v partnerskih odnosih in v zasebni sferi. In: V. Leskošek, M. Antić Gaber, I. Selišnik, K. Filipčič, M. Urek, K. Matko, D. Zaviršek, M. Sedmak & A. Kralj, eds. *Nasilje nad ženskami v Sloveniji*. Ljubljana: Založba Aristej, pp. 71-100.

Vogrinc, J., 2013. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju* [on line]. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Available at: <http://www.biblos.si/lib/book/9789612531270>. [Accessed 25 January 2023].

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, Uradni list Republike Slovenije, št. 65/2000.

6 PRILOGE

6.1 STROKOVNE SMERNICE ZA OBRAVNAVO NASILJA V DRUŽINI PRI OPRAVLJANJU ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI



Priloga 1: Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (MZ, 2015)

6.2 OBVESTILO O ZAZNAVI NASILJA V DRUŽINI

PRILOGA

Številka:

Datum:

Obvestilo o zaznavi nasilja v družini

Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma izvajalcu zdravstvene dejavnosti		
Podatki o domnevni žrtvi nasilja v družini	Preimek in ime:	
	Datum rojstva:	
	Spol:	
	Naslov:	
Zapis o stanju oziroma o okoliščinah, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, in datum in čas, ko je žrtev nasilja o tem poročala:		
Ali gre za sum kaznivega dejanja, o katerem je zdravstveni delavec obvestil policijo po telefonu? DA NE		
Ali gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok? DA NE		
Ali gre za nujni primer, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok? DA NE		
Obrazložitev:		
Izbrani zdravnik oziroma pediater, ki v skladu s Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/11) prejme to obvestilo: Ime in priimek: Zdravstveni zavod oziroma izvajalec zdravstvene dejavnosti:		
Ime in priimek zdravstvenega delavca, ki je zapis sestavil:	Zapis zaključen ob:	Podpis zdravstvenega delavca:

Podpis odgovorne osebe in žig zdravstvenega zavoda oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti

Priloga 2: Obvestilo o zaznavi nasilja v družini
(MZ, 2015)