



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

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**OVIRE PRI OBRAVNAVI ŽENSK  
V PATRONAŽNEM VARSTVU, KI SO ŽRTVE  
NASILJA V DRUŽINI**

**OBSTACLES IN WAY OF ADRESSING  
VIOLENCE OVER WOMEN IN THE  
COMMUNITY NURSING**

Magistrsko delo

Mentorica:  
red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Kandidatka:  
Irena Špela Cvetežar

Ljubljana, november, 2021

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici, redni profesorici dr. Brigiti Skela Savič, za strokovno usmerjanje pri pisanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se izr. prof. dr. Antoniji Poplas Susič in doc. dr. Branku Gabrovcu za recenzijo magistrskega dela.

Zahvaljujem se vsem članicam in članom Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti in njihovi predsednici mag. Andreji Krajnc, ki so sodelovali pri izvedbi raziskave. Hvala tudi vsem anketirancem, ki so si vzeli čas in odgovorili na vprašalnik.

Za nasvete in pomoč pri študiju ter izdelavi magistrskega dela se iskreno zahvaljujem svojim prijateljicam Dori, Darinki, Sonji in Moniki.

Hvaležna sem svoji družini za razumevanje in podporo v času študija.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Delovanje izvajalcev patronažnega varstva je pomembno pri odkrivanju in obravnavanju žensk. Učinkovito delovanje na tem področju preprečujejo različne ovire.

**Cilj:** Cilj magistrskega dela je ugotoviti ovire, ki preprečujejo obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini v patronažnem varstvu.

**Metoda:** Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. V raziskavi smo uporabili vprašalnik. Statistično populacijo so predstavljali izvajalci patronažne zdravstvene nege v Sloveniji. V končni vzorec je bilo vključenih 438 anketirancev ( $n = 438$ ). Podatke smo obdelali v programskem paketu IBM SPSS Statistics 21. Uporabili smo opisno statistiko, t-test za neodvisne vzorce, Mann-Whitneyjev U-test, Spearmanov koeficient korelacije in faktorsko analizo.

**Rezultati:** Na prepoznavo ali obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini, ne vpliva pozitiven ( $U = 17.912,5$ ;  $p = 0,1$ ) ali negativen odnos izvajalcev patronažnega varstva ( $U = 18.470,5$ ;  $p = 0,210$ ) in ni povezana s sodelovanjem zdravstvenega tima ( $p = 0,312$ ) ali sprejetimi navodili v zavodu za to področje ( $\chi^2 = 1,338$ ;  $p \Rightarrow 0,05$ ). Delovanje na tem področju je povezano z izobraževanjem ( $p < 0,001$ ) in sodelovanjem s pristojnimi institucijami zunaj zdravstva (policija, regijska koordinatorica/CSD ( $p < 0,001$ )).

**Razprava:** Ovire za učinkovito delovanje izvajalcev patronažnega varstva na področju obravnave žensk, ki so žrtve nasilja, so povezane z izobraževanjem in sodelovanjem s pristojnimi institucijami zunaj zdravstva.

**Ključne besede:** ovire, nasilje nad ženskami, patronažno varstvo

## SUMMARY

**Theoretical background:** The work of community care providers is important in discovering and addressing women who are victims of domestic violence. Various obstacles prevent effective work in this area.

**Goal:** This master's thesis aims to define the obstacles that prevent community nursing to address women who are victims of domestic violence.

**Methods:** The quantitative non-experimental method of research was used. A questionnaire was used in the study. The statistic population consisted of providers of community nursing in Slovenia. The final sample included 438 individuals ( $n = 438$ ). The data was processed using the IBM SPSS Statistics 21 software package. We used the descriptive method of statistics, independent samples t-test, Mann-Whitney U test, Spearman's correlation coefficient and factor analysis.

**Results:** Neither the discovery nor the treatment of women who are victims of violence is affected by the positive ( $U = 17912.5$ ;  $p = 0.1$ ) or negative attitude of the community nursing staff ( $U = 18470.5$ ;  $p = 0.210$ ) and is not linked to the participation of the medical team ( $p = 0.312$ ) or the accepted protocols for these situations within the institution ( $\chi^2 = 1.338$ ;  $p \Rightarrow 0.05$ ). Action in this area is linked to education ( $p < 0.001$ ) and cooperation with the relevant institutions outside of healthcare (police, regional coordinator/Social Work Centres ( $p < 0.001$ )).

**Discussion:** Obstacles standing in the way of effective work of the community nursing providers in the field of addressing women who are victims of violence are linked to education and cooperation with relevant external institutions.

**Key words:** obstacles, violence against women, community nursing

# KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.2 OPREDELITEV NASILJA V DRUŽINI.....	3
2.2.1 Definiranje nasilja v družini v slovenski zakonodaji .....	3
2.2.2 Značilnosti nasilja nad ženskami v družini .....	4
2.2.3 Pojavnost nasilja nad ženskami v družini .....	5
2.3 POSLEDICE NASILJA NAD ŽENSKAMI V DRUŽINI .....	6
2.3.1 Zdravstveni delavci ter prepoznavanje in obravnava nasilja nad ženskami v družini.....	8
2.3.2 Zdravstveni delavci in ovire pri obravnavanju nasilja nad ženskami v družini	9
2.3.3 Pomen izobraževanja zaposlenih za prepoznavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini.....	12
2.3.4 Pravila in postopki pri obravnavanju nasilja za zaposlene v zdravstvu .....	14
2.3.5 Normativna urejenost na področju obravnavanja žensk, ki so žrtve nasilja v družini, v Sloveniji in odgovornost zdravstvenih delavcev .....	15
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>19</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	19
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE .....	20
3.3 METODE RAZISKOVANJA .....	21
3.3.1 Dizajn raziskave .....	21
3.3.2 Instrument raziskave .....	21
3.3.3 Udeleženci raziskave.....	24
3.3.4 Potek raziskave in soglasja.....	25
3.3.5 Obdelava podatkov.....	26
3.4 REZULTATI .....	27
3.4.1 Opisni rezultati .....	27
3.4.2 Preverjanje hipotez.....	31

3.5 RAZPRAVA.....	40
3.5.1 Omejitve raziskave.....	46
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>48</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>51</b>
<b>6 PRILOGE.....</b>	<b>68</b>
6.1 INSTRUMENT.....	68

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Faktorska analiza pri odnosu do žensk, ki so žrtve nasilja v družini .....	23
Tabela 2: Faktorska analiza pri obravnavi žensk, ki so žrtve nasilja v družini .....	24
Tabela 3: Ocena anketirancev glede usposabljanja/izobraževanja s področja nasilja v družini.....	27
Tabela 4: Kako dobro anketiranci poznajo zakonodajo s področja nasilja v družini .....	28
Tabela 5: Število prepoznanih primerov nasilja nad žensko v družini.....	29
Tabela 6: Število obravnavanih primerov nasilja nad žensko v družini v zadnjih petih letih .....	29
Tabela 7: Izkušnje anketirancev z obravnavo žensk, ki so bile žrtve nasilja v družini..	30
Tabela 8: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo na pozitivni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini ali ne.....	32
Tabela 9: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo na negativni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini ali ne.....	33
Tabela 10: Primerjava strinjanja s trditvami za samooceno usposobljenosti za obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini ali ne.....	35
Tabela 11: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo dvom o učinkovitosti obravnave žensk, ki so žrtve nasilja, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini ali ne .....	36
Tabela 12: Zaznavanje nasilja nad žensko v družini pri zaposlenih v patronažnem varstvu, ki imajo sprejeta navodila o poteku obravnave nasilja v družini .....	36
Tabela 13: Personov hi-kvadrat test 1 .....	37
Tabela 14: Povezanost med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje zdravstvenega tima .....	38
Tabela 15: Informiranje žensk, ki so žrtve nasilja, in sodelovanje z regijsko koordinatorico in CSD.....	38
Tabela 16: Personov hi-kvadrat test 2 .....	38
Tabela 17: Informiranje žensk, ki so žrtve nasilja, in sodelovanje s policijo.....	39

Tabela 18: Personov hi-kvadrat test 3 .....	39
Tabela 19: Povezanost med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje z zunanjo odgovorno institucijo (CSD).....	40



## SEZNAM KRAJŠAV

CSD	center za socialno delo
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
HIV	humani imunodeficientni virus
Konvencija Sveta Evrope	Konvencija Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
Ur. l. RS	Uradni list Republike Slovenije
WHO	World Health Organization
Zbornica – Zveza	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

## 1 UVOD

Nasilje v družini je problem in odraz širše družbe, ki slabša pogoje vsakdanjega življenja. Tovrstno nasilje ni le problem posameznikov in družin, pač pa gre za širši družbeni problem, kjer so vključene različne družbene ravni (Muršič, 2012; Domiter Protner, 2013). V magistrskem delu se bomo osredotočili na ženske, ki so žrtve nasilja v družini, saj so zaradi svoje majhne družbene moči, psihološke, fizične in materialne odvisnosti bolj izpostavljene nasilju v družini. Pomembno vlogo pri iskanju poti iz nasilja imajo medicinske sestre (Gupta, et al., 2012; Ministrstvo za zdravje, (MZ, 2015); World Health Organization, (WHO, 2013c)).

Razširjenost problematike nasilja nad ženskami v družini poudarja WHO (2013b) in izpostavlja, da je 35,6 % žensk na svetu doživelo intimno nasilje. Tudi v raziskavi European Union Agency for Fundamental Rights (FRA, 2014) so ugotovili, da je ena od treh žensk (33 %) doživela fizično in/ali spolno nasilje v obdobju po 15. letu starosti. Od tega jih je 22 % doživelo fizično in/ali spolno nasilje s strani partnerja (sedanjega ali nekdanjega) v 12 mesecih pred izvedbo raziskave (FRA, 2014). V slovenskem prostoru je edina nacionalna raziskava iz leta 2009, ki je pokazala, da je vsaka četrta ženska v svojem življenju doživela telesno nasilje (Urek, 2013).

Nasilje nad ženskami v družini vpliva na javno zdravje zaradi kompleksnih negativnih posledic na zdravju, ki jih utrpijo žrtve nasilja. Odražajo se na fizičnem in duševnem zdravju in posegajo tudi v socialne determinante zdravja (Leskošek, 2013; Poleshuck, et al., 2018; Pahor, et al., 2018). Učinki nasilja so kratkoročni in dolgoročni. Nasilje lahko povzroča fizične poškodbe, vpliva na duševno zdravje in je dejavnik tveganja za mnoge bolezni in bolezenska stanja. Kljub znanim podatkom o razširjenosti nasilja v družini in njegovim posledicam pa je odkrivanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini, znotraj zdravstvenih institucij zelo slabo (Krug, et al., 2002; Beynon, et al., 2012; Miller, et al., 2015; Hernandez, et al., 2016).

S sprejetim Zakonom o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, 2008) je slovenska država uzakonila, da so socialne službe, zdravstvo in policija zavezani k sistematični obravnavi

nasilja v družinskih in partnerskih odnosih ter k medinstitucionalnemu sodelovanju. Za področje zdravstva je bil v Sloveniji leta 2011 sprejet Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011). Omenjeni pravilnik ureja pravila in postopke, načine obveščanje in določa delovanje zdravstvenih delavcev pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

MZ (2015) je izdalo Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, ki določajo, na kakšen način so zdravstveni delavci vključeni v postopke obravnave nasilja v družini. Opisani so postopki ob zaznavi nasilja v družini, usmeritve glede odzivanja, komuniciranja in podajanja informacije žrtvam nasilja v družini. Podana so navodila o izvajanju zdravstvene obravnave ter nudenju podpore in zaščite žrtev nasilja v družini ter načinih vključevanja in sodelovanja s pristojnimi institucijami.

Kljub temu da je zdravstvo ključno področje družbe, kjer je stik z žrtvami nasilja najbolj pogost in najmanj stigmatiziran, pa raziskave ugotavljajo, da zdravstvo v Sloveniji nezadostno zaznava nasilje v družini in ga neustrezno obravnava (Kopčavar Guček, 2015a; Kopčavar Guček, 2015b; Cukut Krilić, et al., 2015; Musa et al., 2019).

V slovenskem sistemu zdravstvenega varstva se pri zaznavanju in obravnavanju nasilja v družini pripisuje pomembno vlogo patronažnemu varstvu, saj so to usposobljeni zdravstveni delavci, ki obravnavajo posameznike in družine v okviru preventivne in kurativne patronažne zdravstvene nege v domačem okolju. Ob strokovnih in etičnih usmeritvah v primeru prisotnosti nasilja nad ženskami v družini imajo večje možnosti, da se ustrezno odzovejo (Kovačič, 2012; MZ, 2015; Krajnc, 2016; Krajnc, 2018).

V magistrskem delu se bomo osredotočili na razloge, ki zdravstvenim delavcem v patronažnem varstvu preprečujejo, da bi prepoznali ženske, ki so žrtve nasilja v družini, in jih ustrezno obravnavali. Obstajajo številni drugi razlogi, ki preprečujejo ženskam, žrtvam nasilja, da bi spregovorile o nasilju, ter številne ovire, zaradi katerih se v zdravstvenih institucijah ne odkrije vseh uporabnic zdravstvenih storitev, ki so žrtve nasilja v družini (Rose, et al., 2011; Baird, et al., 2011; Allard, 2013; Leskošek, 2013).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.2 OPREDELITEV NASILJA V DRUŽINI

#### 2.2.1 Definiranje nasilja v družini v slovenski zakonodaji

Nasilje je družbeni fenomen, kjer je nosilec dejanja posameznik, katerega dejanja so vpeta v določen družbeno-kulturni kontekst. Na obliko nasilnega dejanja vplivajo številni družbeni in individualni dejavniki. Značilnosti povzročiteljev nasilja tvorijo skupek lastnosti v okviru škodljive zlorabe premoči, ki s kršitvijo pravic sočloveku prizadene njegove legitimne interese (Muršič, 2012; Dernovšek, 2015).

Najbolj eksaktno in zavezujoče nasilje v družini definira pravni sistem. V Sloveniji ga opredeljuje ZPND (2008), ki navaja (3. člen), »da je nasilje v družini vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročiteljice oziroma povzročitelja nasilja.« Kot potencialne žrtve ali storilce razume vse družinske člane. K nasilju v družini šteje nasilje med starši in otroki, med partnerjema, med otroki, med starimi starši in vnuki, med člani razširjenih družin, kjer otroci niso biološki otroci obeh partnerjev, med člani v rejniških družinah, med skrbniki in otroki idr.

Zakon o ratifikaciji Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima (2015) navaja, da se v nasilje v družini vključujejo vsa dejanja fizičnega, spolnega, psihološkega ali ekonomskega nasilja, ki se dogodijo v družini ali njeni enoti ali med dvema nekdanjima ali trenutnima zakoncema ali partnerjema ne glede na to, ali storilec še stanuje ali je stanoval v istem stanovanju z žrtvijo.

### 2.2.2 Značilnosti nasilja nad ženskami v družini

Nasilje nad ženskami v družini ali družinskih odnosih vključuje vse oblike nasilja, ki ga ženska od rojstva do smrti lahko doživi v družinskih odnosih kot hči, vnukinja, sorodnica, partnerka, mama, babica, sorodnica itd. WHO opredeljuje nasilje nad ženskami kot »vsako dejanje nasilja na podlagi spola, ki povzroča ali bi lahko povzročilo telesno, spolno ali psihično škodo ali trpljenje žensk, vključno z grožnjami s tovrstnimi dejanji, prisilo ali samovoljnim odvzemom prostosti, ki se pojavlja v javnem ali v zasebnem življenju« (WHO, 2013a, p. 10).

Partnersko nasilje se nanaša zgolj na zlorabo, povzročeno med partnerji v zakonu ali zunajzakonski skupnosti. WHO opredeljuje partnersko nasilje kot »vsako vedenje v intimnem razmerju, ki povzroča fizične, psihične ali spolne posledice osebam, udeleženi v razmerju« (WHO, 2013a, p. 10). K tem oblikam zlorabe dodaja tudi nadzor nad partnerjem kot obliko zlorabe.

Nasilje nad ženskami v družini se v večini primerov dogaja v kontekstu zaprtega odnosa med partnerjema z zelo omejenimi socialnimi stiki. Na podlagi družbenih norm nastajajo pri žrtvi nasilja občutki manjvrednosti in moške pripomoči, ki tvorijo pogoje, da se odvija »krog nasilja«. Ženske pojave nasilja lahko zanikajo in opravičujejo povzročitelja. Zaradi sramu in strahu o doživljanju nasilja težko spregovorijo. Živijo v strahu pred storilcem nasilja, pred ponovnim nasiljem ali da se bo nasilje stopnjevalo. Ženske razvijejo različne strategije preživetja nasilja in v povprečju od pet- do sedemkrat poskušajo zapustiti nasilnega partnerja (Bezenšek Lalić, 2009; Filipčič, 2012; Halket, et al., 2014; Modic, 2015; Moya, et al., 2016; Sabri, et al., 2017; Nichols, et al., 2018; Costa, et al., 2019; Cheng & Lo, 2019; Sen & Bolsoy, 2019).

Avtorica Cukut Krilić je s sodelavci (2015) ugotavljala izkušnje oseb, ki so preživele nasilje v družini v Sloveniji. Žrtve so povedale: da so bile med vsemi pristojnimi institucijami glede svoje izkušnje nasilja najredkeje v stiku z zdravstvom in da so od zdravstvenega osebja najpogosteje pričakovale, da jih bo poslušalo, jim verjelo in spoštovalo njihovo zasebnost. Z obravnavo v zdravstvu so srednje zadovoljne. Več kot

polovica jih meni, da je zdravstveno osebje primerno za pogovor o nasilju v družini. Četrtnina vprašanih žrtev nasilja v družini je povedala, da jim je povzročitelj nasilja omejeval dostop do zdravstvene pomoči.

Avtorica Leskošek je s sodelavci (2017) ugotavljala razlike v razkritju med različnimi vrstami nasilja. Anketiranke niso prijavile 33,7 % fizičnega, 23,4 % psihičnega in 32,5 % spolnega nasilja. Zdravstvenemu osebju je psihično, fizično ali spolno nasilje v intimnih, partnerskih razmerjih razkrilo od 9,3 do 20,8 % anketirank.

### 2.2.3 Pojavnost nasilja nad ženskami v družini

WHO (2018) izpostavlja, da je približno tretjina (35 %) žensk v življenju doživela vsaj eno obliko fizičnega in/ali spolnega nasilja s strani intimnega partnerja ali spolno nasilje s strani drugih oseb, ki niso partnerji. Podobne rezultate je leta 2014 objavila tudi FRA (2014) v raziskavi »Nasilje nad ženskami: vseevropska raziskava«. Intervjuvali so 42.000 žensk v vseh državah članicah Evropske unije. V vsaki izmed 28 evropskih držav je bilo v povprečju opravljenih 1.500 razgovorov z ženskami, starimi od 18 do 74 let. Ugotovili so, da je približno 13 milijonov žensk doživelo fizično nasilje 12 mesecev pred raziskavo. Ena od treh žensk (33 %) je doživela fizično in/ali spolno nasilje v obdobju po 15. letu starosti. Od vseh žensk jih je 22 % doživelo fizično in/ali spolno nasilje s strani sedanjega ali nekdanjega partnerja (FRA, 2014).

Nacionalno raziskavo o pojavnosti in odzivnosti na nasilje nad ženskami v Sloveniji (2009) sta izvedla Fakulteta za socialno delo in Inštitut za kriminologijo na vzorcu 720 žensk, starih od 18 do 80 let. V ospredju je bila ugotovitev, da je vsaka druga ženska (56 %) od dopolnjenega 15. leta starosti doživela eno od oblik nasilja. Najpogosteje so doživljale psihično nasilje (49,3 %), nato fizično (23 %) in premoženjsko nasilje (14,1 %). Vsaka druga ženska je doživela nasilje tudi v zadnjih 12 mesecih, največkrat psihično nasilje, manj pa fizičnega (5,9%), spolnega (1,5 %) in premoženjskega nasilja (7 %) ter omejevanje gibanja, stikov in svobode (6,1 %) (Urek, 2013).

Avtorica Kopčavar Guček (2015a) na vzorcu 1.703 vprašanih pacientov družinske medicine poroča o 17,9 % izpostavljenosti nasilju v partnerskih odnosih. Delež viktimiziranih žensk je bil 86,8 %.

Avtorica Leskošek je s sodelavci (2017) na Ginekološki kliniki v Ljubljani leta 2014 izvedla raziskavo »Nasilje med nosečnostjo – NANOS«. Podatki kažejo, da so bile ženske žrtve fizičnega nasilja v 29,2 %, psihičnega v 26,1 %, spolnega pa v 7,6 %. Pri 41,1 % žensk so zaznali vsaj eno obliko zlorabe, nasilja. Avtorici Smrkolj in Štolfa Gruntar (2015) pa izpostavljata število obravnavanih primerov nasilja v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, v urgentnih ambulantah ginekološko-porodniških oddelkov. V letu 2010 so obravnavali 25 primerov posilstva, leta 2011 jih je bilo 21, leta 2012 več kot dvakrat več (43), leta 2013 nekaj manj (35), leta 2014 je bilo 28 primerov in do avgusta 2015 15 primerov.

V Sloveniji pristojni organi in organizacije spremljajo in evidentirajo pojavnost nasilja na letni ravni. Ministrstvo za notranje zadeve (Policija, 2021) nasilje v družini kategorizira med 10 najpogostejših kaznivih dejanj splošne kriminalitete. Od leta 2016 do leta 2019 vsako leto beležijo okoli 600 kaznivih dejanj, povezanih z nasiljem v družini. V prvi polovici leta 2020 so zabeležili 746 tovrstnih dejanj (Policija, 2021).

### **2.3 POSLEDICE NASILJA NAD ŽENSKAMI V DRUŽINI**

Nasilje nad ženskami v družini poleg raznolikih psihološko-čustvenimi posledic negativno vpliva tudi na druga področja življenja žensk, kot so zdravje, izobraževanje in druge socialne aktivnosti. Izolacija, finančne zlorabe in različne oblike nadzora ženskam, žrtvam nasilja v družini, preprečujejo zaposlitev in omejujejo vključevanje v družbene dejavnosti (Filipčič, 2008; Bezenšek Lalić, 2009; Filipčič, 2012; WHO, 2013b; Trevillion, et al., 2013).

Nasilje je problem javnega zdravja in zdravstvenega sistema ter ima velik negativen vpliv na zdravje žensk. Žrtve nasilja v družini imajo kratkotrajne ali dolgotrajne fizične in psihične posledice. Posledice nasilja zaradi udarcev, davljenja ali poškodb z različnimi

predmeti so lahko zmerne do hude telesne poškodbe, katerih posledica je lahko tudi invalidnost ali smrt (Krug, et al., 2002; Leskošek, 2013; Plaz, 2014b; WHO, 2013a; WHO, 2018; Kivelä, et al., 2019).

Negativne posledice na duševnem zdravju žrtev nasilja v družini dokazujejo raziskave, ki povezujejo nasilje s stresom, anksioznostjo, depresijo, motnjami hranjenja in drugimi psihološkimi motnjami in obolenji, ki lahko vodijo tudi v samomor. Raziskave na področju psihiatrije ugotavljajo, da je bilo veliko uporabnikov psihiatričnih storitev v preteklosti izpostavljenih nasilju v družini (WHO, 2013a; Nyame, et al., 2013; Larsen, et al., 2014; Dufort, et al., 2014; Bacchus, et al., 2018).

Dokazi kažejo na številne negativne posledice na področju reproduktivnega zdravja, kot so: mladostniška nosečnost, neželena nosečnost, krvavitve, mrtvorojenost, inducirani splavi, okužbe ter druge ginekološke in urološke motnje in obolenja ter umrljivost nosečnic in otročnic (WHO, 2013a; Trevillion, et al., 2013; Musa, et al., 2019).

Dolgoročne posledice nasilja se lahko izražajo kot tvegano vedenje. Obstajajo jasni dokazi, da ženske z zgodovino nasilja v družini zaužijejo več alkohola in se zatekajo k uporabi drog in spolno tveganemu vedenju (Devries, et al., 2013; Flanagan, et al., 2014; Ryerson Espino, et al., 2015; Bacchus, et al., 2018).

V slovenskem okolju so pri žrtvah nasilja ugotovili depresivnost pri 69 %, ginekološke težave pri 57,4 % in fobične napade pri 57,4 % pacientov (Kopčavar Guček, 2015a). Leskošek je s sodelavci (2017) raziskovala, kako posledice nasilja ocenjujejo žrtve same. Ugotovili so, da zaradi posledic spolnega nasilja trpi 55,3 % žensk. Globevnik Velikonja in sodelavci (2015) v raziskavi ugotavljajo, da je pri spolnem nasilju največ žensk, ki ne razkrijejo oziroma ne prijavijo nasilja, a zelo trpijo zaradi posledic (30,3 %). Na področju reproduktivnega zdravja pa se je pokazalo, da doživeto nasilje pomembno vpliva na potek nosečnosti, otrokovo gestacijsko starost in telesno težo ter zaplete pri porodu. Porod s carskim rezom so imele večkrat ženske s psihično in spolno zlorabo v otroštvu ter tiste, ki so bile deležne psihične zlorabe ali kakršnekoli zlorabe v nosečnosti. V isti raziskavi so imele žrtve spolne zlorabe v anamnezi več umetnih splavov, večkrat so iskale



psihološko pomoč, večkrat so poročale o nespečnosti, anksioznosti in izogibalnem vedenju.

### 2.3.1 Zdravstveni delavci ter prepoznavanje in obravnava nasilja nad ženskami v družini

Čeprav mnoge žrtve nasilja v družini poiščejo zdravniško pomoč, je velik odstotek žrtev v zdravstvu neprepoznan. Ženske, ki se soočajo z nasiljem v družini, navajajo kot potencialni vir podpore ravno delavce v zdravstvu, vendar pa jih ti redko povprašajo o zlorabi ali pa celo, ko ženske povedo, da so poškodbe nastale zaradi nasilja, temu vedno ne prepisujejo pomena in vpliva na njihovo zdravje (Baird, et al., 2011; Oliveira & Fonseca, 2015; MZ, 2015; WHO, 2013b).

Raziskave so pokazale, da zdravstveni delavci ne poznajo presejalnih testov in da menijo, da to ni njihovo področje ali pristojnost. Raziskovalci med razlogi izpostavljajo negativen odnos do nasilja nad ženskami v družini ter pomanjkanje razumevanja zlorabe in njenih posledic. Nekateri zdravstveni delavci ob tej temi čutijo nelagodje, jih je strah pred morebitnimi posledicami ali se počutijo ogrožene pred storilcem. Raziskave so pokazale, da nekateri zdravstveni delavci dvomijo, da bi ukrepanje imelo pozitiven učinek (Ben Natan, et al., 2011; Kopčavar Guček, 2015a; MZ, 2015; Lima & Pacheco, 2016; O'Reilly & Peters, 2018).

Pri zdravstvenih delavcih je prisotno tudi prepričanje, da se bodo ženske samoiniciativno razkrile, da doživljajo nasilje v družini, ne da bi jih vprašali. Na podlagi profesionalnega suma je za to, da ženske spregovorijo, potrebno postavljanje ustreznih vprašanj o njihovih izkušnjah z nasiljem v družini. Za prepoznavanje in podporo ženskam, ki so preživele nasilje, ni dovolj enkratno povpraševanje, temveč so potrebni različni vprašalniki v različnih okoliščinah. Bolj verjetno bodo ženske razkrile dogajanja v zvezi z nasiljem, če jih zdravstveni delavci sprašujejo na empatičen način, brez obsojanja (Allard, 2013; Ryerson Espino, et al., 2015; Leskošek, et al., 2017; O'Reilly & Peters, 2018).

Pri ženskah, ki so žrtve nasilja, je pri zdravstvenih obravnavah treba pozornost posvečati vedenju partnerja, staršev, skrbnika. Če vztrajajo, da želijo biti prisotni pri vseh

zdravstvenih obravnavah, gre lahko za prisilni nadzor in preprečevanje žrtvi, da bi razkrila, kar se ji dogaja v družini. Iz tega razloga je ženskam za razkrivanje nasilja v družini treba v zdravstvenih ustanovah zagotoviti ustrezno okolje, kjer sta omogočeni zaupnost in varnost, saj je dekleta in ženske pogosto upravičeno strah in se bojijo za svojo varnost (Baird, et al., 2011; Trevillion, et al., 2013; Allard, 2013; Leskošek, et al., 2017; Alshammari, et al., 2018).

V Sloveniji je bila leta 2015 narejena raziskava »Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini« (POND). Vključenih je bilo 448 oseb, zaposlenih v zdravstvu (86,2 % žensk in 13,8 % moških), od tega je bilo 54 % udeležencev zdravnikov, 34,9 % osebja zdravstvene nege ter 10,6 % drugih zaposlenih v zdravstvu. Pokazalo se je, da se je v praksi s primerom nasilja v družini že srečalo 77 % v raziskavi sodelujočih zdravnikov ter 65 % medicinskih sester. Zdravstveni delavci so glede obravnave žrtev nasilja v družini povedali, da imajo premalo znanja in izkušenj s področja prepoznavne in obravnave nasilja v družini. Izpostavili so tudi pomanjkanje sodelovanja z ostalimi pristojnimi institucijami. Svojo vlogo vidijo v informiranju žrtev, nujenju podpore in svetovanja ter sodelovanju s pristojnimi institucijami. V raziskavi so povedali, da se pri prepoznavi v družini v veliki meri odzovejo ter nudijo pacientu pogovor in podporo (Cukut Krilić, et al., 2015).

### 2.3.2 Zdravstveni delavci in ovire pri obravnavanju nasilja nad ženskami v družini

Individualna stališča do žensk, ki so žrtve nasilja v družini, zdravstvenim delavcem preprečujejo, da bi se ustrezno odzvali na nasilje in ukrepali. Taka škodljiva stališča so, da je nasilje v družini redko, da je nasilje normalno pri nekaterih družinskih odnosih in da je nasilje v družini zasebna zadeva, ki jo je treba rešiti brez zunanje posredovanja (Ben Natan, et al., 2011; Domiter Protner, 2012; Sprague, et al., 2013; Kopčavar Guček, 2015a; Henriksen, et al., 2017).

Raziskave so pokazale, da je pri povpraševanju o prisotnosti nasilja v družini pomemben tudi odnos zdravstvenih delavcev do nasilja v družini, njihovo razumevanje zlorabe in njenih posledic. Mnenja, da so žrtve same krive za zlorabo in da je deljena odgovornost med povzročiteljem in žrtvijo, ovirajo prepoznavanje žrtev nasilja v družini.

Zdravstvenim delavcem je pogosto nerazumljivo zlasti vedenje žrtev nasilja, ki se vračajo v nasilne odnose (Rose, et al., 2011; Baird, et al., 2011; Sprague, et al., 2013).

Slabo prepoznavanje nasilja nad ženskami v družini je lahko zaradi prepričanja zdravstvenih delavcev, da je spraševanje o nasilju v partnerskih odnosih žaljivo. Pogosto menijo, da bi s svojim ukrepanjem žrtvi lahko škodovali in jo travmatizirali. Tudi napačne predstave o pričakovanih žrtev nasilja o nudenju pomoči s strani zdravstvenih delavcev in slabo razumevanje razlogov za odklanjanje pomoči predstavljajo ovire za obravnavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini (Baird, et al., 2011; Guillery, et al., 2012; Allard, 2013; Sprague, et al., 2013; Kopčavar Guček, 2015a; Poleshuck, et al., 2018).

Številni avtorji so ugotovili pomanjkanje znanja zdravstvenih delavcev o nasilju v družini kot ključno oviro pri obravnavi nasilja (Ben Natan, et al., 2011; Beynon, et al., 2012; Leppäkoski in Paavilainen, 2013). Problem je, da ne vedo, kako naj poizvedujejo ali kako naj vprašajo, ko gre za sum na nasilje v družini (Ben Natan, et al., 2011; Beynon, et al., 2012; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Slabo prepoznavajo tudi karakteristike žrtev in povzročiteljev nasilja (Rose, et al., 2011; Baird, et al., 2015).

Zmanjšana angažiranost zaposlenih v zdravstvu ob sumu nasilja v družini je tudi zaradi nepoznavanja zakonskih obveznosti in odgovornosti ter nepoznavanja postopkov ob odkritju nasilja (Finnbogadóttirin & Dykes, 2012; Eustace, et al., 2016; Henriksen, et al., 2017; Alvarez, et al., 2017; Gandhi, et al., 2018).

V študijah, kjer ugotavljajo ovire, povezane z delovnim mestom ali delovnim okoljem, zdravstveni delavci kot največjo oviro navajajo pomanjkanje časa. Na odkrivanje žrtev nasilja v družini vplivajo tudi prisotnost partnerja ali družinskih članov ter druge prostorske okoliščine, ki preprečujejo zasebnost. Pogoste ovire so tudi prevelika delovna obremenitev zdravstvenega kadra, pomanjkanje kadra in premalo sredstev za urejanje tega področja (Baird, et al., 2015; DeBoer, et al., 2013; Henriksen, et al., 2017; Rose, et al., 2011; Beynon, et al., 2012; Husso, et al., 2012; Day, et al., 2015).

Neuspešno odkrivanje žrtev nasilja v zdravstvenih institucijah se pripisuje slabi informiranosti znotraj zdravstvenih organizacij, nedoločenim postopkom ob odkritju žrtev nasilja v družini in nedorečenim navodilom in odgovornostim za ukrepanje. Na odzivanje na nasilje vpliva tudi podpora sodelavcev in vodstvenih struktur (Ben Natan, 2011; Husso, et al., 2012; MZ, 2015; Kopčavar Guček, 2015a; Alvarez, et al., 2017; Henriksen, et al., 2017).

Zdravstveni delavci se slabše odzivajo na nasilje v družini, kadar ne poznajo virov pomoči zunaj zdravstvenih institucij, pa tudi nezaupanje in/ali nezadovoljstvo z razpoložljivimi sistemskimi možnostmi pomoči (npr. sodstvo, policija) ter pomankanje sodelovanja s pristojnimi institucijami (Yaman Efe & Taskın, 2012; Allard, 2013; Kopčavar Guček, 2015a; Kopčavar Guček, 2015b; Poleshuck, et al., 2018).

V slovenski raziskavi (Šimenc, 2016) o medsebojnem sodelovanju zdravstvenih in socialnih delavcev so ugotovili, da so zaposleni obeh resorjev kadrovske in finančne podhranjeni ter preobremenjeni z obsežnimi birokratskimi postopki. Izpostavili so, da so primeri nasilja v družini zelo kompleksni, strokovno in čustveno zahtevni. Oboji opažajo slabo medsebojno sodelovanje, opažajo prelaganje odgovornosti drug na drugega. Želijo si boljše medsebojne komunikacije in odzivnosti. Obe službi kritizirata dolgotrajnost postopkov v procesih medsektorske obravnave. Socialni delavci med ključne ovire za sodelovanje uvrščajo slabo ozaveščenost zdravstvenega osebja o razsežnosti nasilja v družini ter njihovo nezadostno izobraženost o zakonskih pristojnostih in dolžnostih posameznega sektorja ter algoritmih delovanja v primeru prepoznanega nasilja v družini. Menijo, da sta pomanjkanje motivacije za ukrepanje ter slaba udeležba predstavnic in predstavnikov zdravstva v multidisciplinarnih timih tudi posledica nejasnosti glede vlog in pomena udeležbe na skupnih srečanjih. Med utemeljevanjem razlogov za neodzivnost in nemotiviranost zdravstvenega osebja pogosto uporabljajo besedne zveze, kot so: slaba motivacija za delovanje, premalo moralnega poguma in občutka za skupno odgovornost. Odzivnost predstavnikov in predstavnic s področja zdravstva je izrazito majhna, kar kaže podatek iz leta 2015, ko je bila 42 % odzivnost na skupna srečanja vabljenih v multidisciplinarni tim.

Kopčavar Guček (2015a) v družinski medicini prav tako ugotavlja, da je razmerje družinskih zdravnikov do drugih služb, ki obravnavajo nasilje v družini, nedorečeno. Sodelujoči v njeni raziskavi pogrešajo opredeljene pristojnosti, klinične poti, opredelitev kompetenc, boljšo povezanost in povratne informacije.

### 2.3.3 Pomen izobraževanja zaposlenih za prepoznavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini

Ključna ugotovitev številnih raziskav je, da je glavna ovira za pomoč ženskam, ki so žrtve nasilja v družini, pomanjkanje znanja o tem, kako se z njimi soočiti. V povezavi s tem imajo zdravstveni delavci premalo izobraževanja s področja prepoznavanja in obravnavanja nasilja v družini (Rose, et al., 2011; Trevillion, et al., 2013; Nyame, et al., 2013). Problem izpostavlja tudi slovenska raziskovalka, ki ugotavlja, da se dobrih 80 % udeležencev raziskave še ni udeležilo izobraževanj s področja nasilja v družini in da obstaja vrzel na področju znanja o zaznavi in obravnavi nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti (Cukut Krilić, et al., 2015).

Tuje študije, ki so beležile učinke usposabljanj, so poročale o znatnem izboljšanju znanja udeležencev o razumevanju nasilja, prepoznavanju in obvladovanju nasilja v družini. Ugotovljeno je bilo tudi, da udeleženci z izobraževanjem pridobijo določene spretnosti, ki so potrebne pri delu z žrtvami nasilja v družini. Z boljšim razumevanjem žensk, ki so žrtve nasilja v družini, se izboljšajo tudi vedenje in veščine, ki so potrebne za ustrezno postavljanje vprašanj in odzivanje ob morebitnem odkritju nasilja. Prav tako sta boljši priprava in izvedba varnostnega načrta. Pozitivni rezultati, povezani z znanjem, stališči in kompetencami, so pomembni za boljšo identifikacijo in odkrivanje nasilja v družini ter nadaljnje napotitve (Sawyer, et al., 2016; Turner, et al., 2015; Sundborg, et al., 2018).

Raziskave pozitivnih učinkov izobraževanja predstavljajo večdimenzionalnost pri vsebinah, metodah in izvajanjih učnih programov. V ospredju so kombinirani načini poučevanja, kot so razprave, modeliranje, igra vlog, vaje in povratne informacije ter integrirani aktivni/pasivni in vedenjski/poučni pristopi. Učinkovito je tudi izobraževanje s komponento izkustvene razprave. Pri slušateljih so pozitivno sprejete filmske

predstavitve, pri mlajših pa tudi videoigre (Szilassy, et al., 2017; Turner, et al., 2015; Masona & Turner, 2018).

Pozitivni učinki izobraževanj niso časovno opredeljeni. Že časovno kratka izobraževanja lahko spremenijo klinično prakso in odnos do žrtev nasilja v družini ter povečajo samozaupanje zdravstvenih delavcev (Sawyer, et al., 2016; Sundborg, et al., 2018). Švedski raziskovalci pa poudarjajo, da je za razumevanje nasilja in položaja žensk, ki so žrtve nasilja v družini, potrebno dovolj časa, da se slušatelji spopadejo s čustvi, ki se pojavljajo ob tej čustveno zahtevni temi (Sundborg, et al., 2018). Kopčavar Guček (2015a) opozarja, da lahko imajo usposabljanja tudi negativni učinek. V njeni raziskavi je kratka edukativna intervencija v obliki 45-minutnega predavanja o nasilju v partnerskih odnosih, ki so jo v Sloveniji izvedli za zdravnike specializante, zmanjšala učinek pri odkrivanju posameznikov, izpostavljenih telesnemu nasilju v partnerskih odnosih.

Nekateri avtorji raziskav ugotavljajo, da usposabljanja, kjer so v izvajanje vključeni tudi socialni delavci ali drugi strokovnjaki, ki obravnavajo žrtve nasilja v družini, prispevajo k večjemu zaupanju in sodelovanju z drugimi institucijami v verigi obravnave (Leppäkoski, et al., 2015; Szilassy, et al., 2017).

Kot neprimerna metoda izobraževanja se je pokazala praksa, da bi udeleženci pridobljene informacije o nasilju v družini lahko učinkovito posredovali naprej v svojih delovnih okoljih, če gre za njihovo prvo izobraževanje na to temo. Bolje se je obnesla praksa, kjer so se usposabljanj udeležili vsi zaposleni, tudi nezdravstveni delavci (Szilassy, et al., 2017; Sundborg, et al., 2018).

V ospredju so priporočila, da je treba za delo z žrtvami nasilja izvajati izobraževanja kontinuirano, v rednih intervalih in kot podpora zaposlenim. Namenjena naj bodo tudi sprotnemu vključevanju novih politik na tem področju (Turner, et al., 2015; Alvarez, et al., 2017; Szilassy, et al., 2017; Sundborg, et al., 2018).

Na podlagi pilotne študije na vzorcu 30 izvajalcev patronažnega varstva rezultati kažejo, da ne obstajajo statistično značilne razlike pri zaposlenih v patronažni dejavnosti, ki so

se v zadnjih petih letih izobraževali na lastno pobudo ali na pobudo delodajalca, glede mnenja, da so boljše usposobljeni za prepoznavanje znakov nasilja nad ženskami v družini, in znanja, kako se pogovoriti z žrtvijo nasilja ( $p = 0,689$ ;  $t = -0,410$ ). Prav tako ni statistično značilnih razlik med izobraževanjem in prisotnostjo stereotipnih stališč do žrtev nasilja. Statistično značilne razlike se pojavljajo pri zaposlenih v patronažni dejavnosti, ki so obiskali izobraževanje, glede poznavanja pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini in v boljšem prepoznavanju žrtev nasilja (Cvetežar & Skela Savič, 2015).

#### 2.3.4 Pravila in postopki pri obravnavanju nasilja za zaposlene v zdravstvu

Študije o uveljavljanju in učinkovitosti smernic za področje prepoznavanja in obravnavanja žrtev se med narodi razlikujejo. Večina jih je izvedena v Severni Ameriki in Avstraliji/Oceaniji. Le majhen delež raziskav je bil izveden v Aziji, celinski Evropi in Afriki. Raziskave o vsebini in učinkovitosti protokolov po posameznih strokovnih področjih zdravstva so različne in povzročajo, da v praksi ni povsem enotnih smernic in protokolov. Do takšnih razlik prihaja zaradi družbenega vplivanja in globalnih dimenzij, vendar se vsepovsod od zdravstvenega sektorja pričakuje njegovo vključevanje v sistematično oblikovan pristop k žrtvam nasilja (Fulu & Miedema, 2015; Sprague, et al., 2016; Colombini, et al., 2017; Andermann, 2018).

Smernice in protokoli vplivajo na odzivanje zdravstvenega sektorja na nasilje, vendar se njihovo razvijanje in napredovanje uveljavlja zelo raznoliko. Za učinkovito delovanje na tem področju je treba upoštevati zelene cilje in omejitve, ki jih imajo zdravstveni delavci in zdravstveni sistem, ter jih usklajevati s potrebami in željami pacientov. Izvajanje presejanja in svetovanja za področje nasilja v družini zato zahteva integriran odziv v sistemu zdravstvenega varstva skupaj s pacienti in zaposlenimi v zdravstvu z ustrezno politiko delovanja in vodenja zdravstvenega sistema (WHO, 2013c; García-Moreno, et al., 2015; Miller, et al., 2015; Colombini, et al., 2017; Sprague, et al., 2016).

Pri raziskovanju protokolov v zdravstvenem sektorju so raziskovalci najpogosteje proučevali izvajanje presejalnih testov, stopnjo razkritja ženske o doživljanju nasilja v

družni in mnenje pacientov in zdravnikov o protokolih. Študije, ki so vključevale presejalne preglede in teme razkrivanja o nasilju v družini, so pogosto poročale o pozitivnih rezultatih evalvacije programa. Malo študij je obsegalo oceno ogroženost ali ponovitve nasilja, stopnjo zdravja in počutja ter kakšno pomoč so ženske dejansko prejele. Za to, da se zdravstveni delavci na razkritja žensk, žrtev nasilja v družini, ustrezno odzovejo, je treba področje ustrezno raziskati in tovrstna spoznanja vključevati v prakso, saj je obravnavanje takšnih primerov lahko zapleteno, strokovno in etično zahtevno, kar narekuje sodelovanje več deležnikov znotraj in zunaj zdravstva (Sprague, et al., 2016; Andermann, 2018).

Za pomoč ženskam, žrtvam nasilja v družini, pregled znanstvenih študij o programskih mehanizmih za celovite odzive zdravstvenega sektorja kaže večje učinke, če so jasne in dobro pripravljene smernice in protokoli, zavzeto in podporno vodstvo, senzibilizirani in usposobljeni zdravstveni delavci, ki imajo na voljo podporo in se stalno usposabljaajo, usklajeno delovanje zdravstva, takojšnji dostop/napotitve do podpornih storitev na kraju samem in/ali zunaj njih z jasnimi referenčnimi strukturami in visokokakovostnimi storitvami (Boursnell & Prosser, 2010; Sprague, et al. 2016; Colombini, et al., 2017).

### 2.3.5 Normativna urejenost na področju obravnavanja žensk, ki so žrtve nasilja v družini, v Sloveniji in odgovornost zdravstvenih delavcev

ZPND prepoveduje nasilje v družini. Prav tako je nasilje v družini od leta 2008 samostojno kaznivo dejanje po Kazenskem zakoniku. ZPND organe in organizacije zavezuje, da izvedejo vse postopke in ukrepe, ki so potrebni za zaščito žrtve nasilja, ki je utrpela opredeljeno obliko nasilja, in ji zagotoviti spoštovanje njene integritete. Zakon (6. člen) določa tudi dolžnosti prijave organom in organizacijam ter nevladnim organizacijam, »ki pri svojem delu izvedo za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje. O nasilju so dolžni takoj obvestiti center za socialno delo (v nadaljevanju CSD), razen v primeru, če žrtev temu izrecno nasprotuje in ne gre za sum storitve kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti.« Isti zakon (10. člen) nalaga vsem organom in organizacijam, da morajo »zagotavljati medsebojno obveščanje in pomoč z namenom preprečevanja in odkrivanja nasilja, odpravljanja vzrokov ter



nudenja pomoči žrtvi pri vzpostavitvi pogojev za varno življenje.« Načrt pomoči za žrtve nasilja izdelava krajevno pristojni CSD, ki mora primere nasilja v družini obravnavati prednostno in ustanoviti multidisciplinarni tim. Udeležba v timu je za vse vabljen obvezna. CSD je po proučitvi okoliščin primera dolžan nuditi žrtvi vse potrebne oblike pomoči in oceniti, ali je treba oblikovati načrt pomoči, ki ga oblikuje skupaj z žrtvijo. CSD »pozove k sodelovanju v timu tudi druge organe in organizacije, ki so ali bodo v okviru področja svojega delovanja obravnavale žrtev oziroma povzročitelja nasilja, ter nevladne organizacije. Odgovorne osebe organov in organizacij, ki so pozvane k pripravi načrta pomoči, so dolžne zagotoviti sodelovanje predstavnikov organov in organizacij« (ZPND, 2008, 15. člen). Za regijsko interventno delovanje je v posamezni regiji organizirana regijska služba za zagotavljanje pomoči žrtvam nasilja in povezovanje dejavnosti organov in organizacij, spremljanje in analiziranje pojavov nasilja v regiji. Regijska služba vključuje interventno službo, krizne centre in regijskega koordinatorja za preprečevanje nasilja (ZPND, 2008).

Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011) za področje obravnavanja nasilja v družini v zdravstvu narekuje pravila in postopke obravnave nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Ureja pravila in postopke, način obveščanja ter organe obveščanja za usklajeno delovanje zdravstvenih delavcev pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v zvezi z obravnavo žrtev nasilja v družini. Določa obravnavo nasilja (2. člen), ki se nanaša na prepoznavanje nasilja v družini, pravila in postopke pri obravnavi žrtev nasilja in izobraževanje zdravstvenih delavcev na področju nasilja v družini. Prav tako je predpisano obveščanje (5. člen) pristojnega CSD, najpozneje v 24 urah je potrebno, da se obvestilo posreduje pisno, v elektronski obliki ali po telefonu. V primeru, ko je ogroženo življenje žrtve, pa je treba takoj obvestiti policijo ali pristojni CSD. Ob tem je treba v treh dneh obvestilo o zaznanem nasilju ter prijavi (na predpisanem obrazcu) posredovati v vednost tudi izbranemu zdravniku oziroma pediatru osebe, ki je žrtev nasilja.

Nena Kopčavar Guček (2015a) je v okviru doktorske disertacije pripravila zloženko »Obravnava žrtve nasilja v družini ambulate družinske medicine«, kjer zdravnikom družinske medicine priporoča obravnavo v štirih korakih. Pri dokumentiranju dogodka

predlaga, da se uporablja »ustrezne šifre vzroka poškodb po MKB, in sicer Y 070 Poškodba, povzročena s strani zakonca/partnerja, Y 071 Poškodba, povzročena s strani staršev, Y 0720 Poškodba, povzročena s strani znancev, Y 070 Poškodba, povzročena s strani neznancev« (Kopčavar Guček, 2015a, p. 132).

Temeljni dokument za delovanje zdravstvenih delavcev so Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (MZ, 2015), kjer so zapisana priporočila različnim skupinam zdravstvenih delavcev, kako ravnati in kakšne postopke voditi pri obravnavi žrtev nasilja v družini. Za obravnavo žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah so opredeljeni koraki, med katere spadata prepoznava žrtev nasilja v družini in izvedba ustreznih ukrepov (MZ, 2015):

- zdravstvena obravnava (v skladu z medicinsko doktrino),
- ukrepi za zaščito žrtve v zdravstveni instituciji (po potrebi varnostna služba, policija),
- pogovor z žrtvijo ter psihosocialna pomoč in svetovanje,
- natančno dokumentiranje izjave in vseh ugotovitev,
- ocena ogroženosti žrtve,
- obveščanje pristojnih služb.

V Strokovnih smernicah za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (MZ, 2015) so podane tudi podrobnejše usmeritve za področje ginekologije in porodništva ter patronažne službe. Navedene so možnosti zaznave različnih oblik nasilja in predstavljeni dejavniki tveganja za nasilje. Opisani so koraki ukrepanja ob sumu za nasilje v družini in ukrepanja ob očitno zaznanem nasilju ali sumu kaznivega dejanja.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi je leta 2019 oblikovala Priporočila za prepoznavanje in obravnavo nasilja nad žensko v družini in partnerskih odnosih ter jih objavila v biltenu Zbornice – Zveze Utrip. Cilj priporočil je bil predstaviti zaposlenim v zdravstveni in babiški negi, kako naj izvedejo posamezne postopke in ukrepe za zaščito žrtve, jim strokovno pomagajo ter zagotovijo spoštovanje njihove integritete. Pri tem priporočila opozarjajo zdravstvene delavce, da je že ob sumu, da gre za nasilje v družini, treba izvesti naslednje postopke: ukrepe za zaščito žrtve v zdravstveni ustanovi, pogovor

z žrtvijo in zagotovitev psihosocialne pomoči, svetovanje in informiranje žrtve o možnih oblikah pomoči v zdravstvu in zunaj zdravstva, dokumentiranje izjave žrtve in ugotovljenih znakov, ki pričajo o nasilju, ter oceno stopnje ogroženosti žrtve ter obveščanje pristojnih institucij o sumu kaznivega dejanja nasilja v družini. Opisani in razloženi so vsi postopki z vidika vloge zaposlenih v zdravstveni in babiški negi, na koncu pa je dodan obrazec Obvestilo o zaznavi nasilja v družini, ki je priloga Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011) in je namenjeno obveščanju pristojnih institucij (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2019).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je ugotoviti delovanje izvajalk in izvajalcev patronažnega varstva na področju prepoznavanja in obravnavanja žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in katere ovire izvajalkam in izvajalcem patronažnega varstva onemogočajo, da bi nasilje nad ženskami v družini prepoznavali in obravnavali strokovno in učinkovito. Zanimalo nas bo, kako zaposleni v patronažnem varstvu razumejo svojo vlogo na tem področju in ali menijo, da so ustrezno usposobljeni za obravnavo nasilja v družini. Hkrati se bomo osredotočili tudi na vpliv delovnega okolja v zdravstvu na zaznavo in obravnavo nasilja v družini. Raziskali bomo, kakšna je podpora sodelavcev v patronažnem varstvu ter zdravnikov in kakšni so postopki znotraj organizacije v zvezi z odkrivanjem in obravnavanjem nasilja v družini. Prav tako nas bo zanimalo, kakšno je sodelovanje pri obravnavi posameznih primerov nasilja v družini z drugimi institucijami.

Cilji magistrskega dela so:

- ugotoviti pomen izobraževanja o nasilju nad ženskami v družini za obravnavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini, med izvajalci patronažnega varstva v Sloveniji;
- ugotoviti, v kolikšni meri je obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini, povezana s stopnjo podpore in sodelovanja v zdravstvenem timu in sprejetimi navodili zdravstvenega zavoda za obravnavanje primerov nasilja nad ženskami v družini;
- ugotoviti, v kolikšni meri je obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini, povezana s stopnjo podpore in sodelovanja zunanjih pristojnih institucij.

### 3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Postavili smo naslednje hipoteze:

- H1: Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih prepoznali ženske, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na pozitivni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini.
- H2: Anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso prepoznali žensk, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na negativen odnos do žrtev nasilja v družini.
- H3: Anketiranci, ki so se izobraževali na področju nasilja nad ženskami v družini, imajo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah za samooceno usposobljenosti za obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini.
- H4: Anketiranci, ki se niso izobraževali na področju nasilja nad ženskami v družini, imajo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo dvom o učinkovitosti obravnave žensk, ki so žrtve nasilja.
- H5: Anketiranci, ki imajo v zdravstvenem zavodu sprejeta navodila za obravnavanje nasilja nad ženskami v družini, pri žrtvi statistično značilno pogosteje zaznajo znake nasilja in jo o nasilju povprašajo.
- H6: Anketiranci, ki imajo višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na sodelovanje zdravstvenega tima, statistično značilno obravnavajo več žensk, ki so žrtve nasilja v družini.
- H7: Anketiranci, katerih zdravstveni zavodi imajo pri obravnavi žensk, ki so žrtve nasilja v družini, vzpostavljeno sodelovanje s pristojnimi institucijami zunaj zdravstva (policija, regijska koordinatorica/CSD), ženske statistično značilno

pogosteje informirajo o njihovih pravicah in oblikah pomoči kot tisti, ki te povezave na delovnem mestu nimajo.

H8: Anketiranci, ki imajo višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na sodelovanje z zunanjo odgovorno institucijo (CSD), statistično značilno obravnavajo več žensk, ki so žrtve nasilja v družini.

### 3.3 METODE RAZISKOVANJA

#### 3.3.1 Dizajn raziskave

Uporabili smo eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn. Za pregled literature smo uporabili vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (Cobis.si) in podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PUB MED.

#### 3.3.2 Instrument raziskave

Merski instrument je vprašalnik, ki je bil razvit na podlagi ugotovitev obravnavane tuje literature o prepoznavi in obravnavi žensk, žrtev nasilja v družini, v zdravstveni dejavnosti (Ben Natan et al., 2011; Felblinger, 2008; DeBoer, et al., 2013; Leppäkoski & Paavilainen, 2013). Vključili smo tudi vprašanja s področja slovenske zakonodaje s področja nasilja v družini (ZPND, 2008; Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti, 2011). Dodana so bila tudi vprašanja, ki vključujejo varnost izvajalcev in izvajalk patronažnega varstva, ter vprašanja v zvezi z onemogočanjem nadaljnje obravnave družine s strani izvajalcev patronažnega varstva zaradi prijave nasilja v družini drugim inštitucijam (Baird, et al., 2011; Allard, 2013; Domiter Protner, 2012; Leskošek, 2013). Zanesljivost merskega instrumenta smo pri uporabljenih lestvicah stališč preverili s Cronbachovim koeficientom alfa. Čim bliže vrednosti 1 je Cronbachov koeficient alfa, boljša je zanesljivost. Zanesljivost je dobra pri vrednosti več kot 0,80, zmerna, če je vrednost od 0,60 do 0,80, in slaba, če je vrednost pod 0,60 (Cencič, 2009; Pallant, 2016).

Prvi del vprašalnika sestavlja pet vprašanj o delovni dobi, starosti, stopnji dosežene izobrazbe (nominalna spremenljivka) in opredelitvi statistične regije (nominalna spremenljivka). V nadaljevanju je oblikovanih več trditvev, ki so razvrščene po vsebinskih sklopih. V prvih dveh sklopih trditvev (5 in 6) je obravnavano področje izobraževanja in poznavanja zakonodajnih obveznosti s področja nasilja v družini (nominalna spremenljivka). V vprašalnik so vključene trditve, ki izražajo odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini (sklop 7), in trditve, ki se navezujejo na ravnanje zaposlenih ob njihovi obravnavi (sklop 8). Trditve se ocenjuje s pomočjo Likertove ocenjevalne lestvice, kjer 1 pomeni sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. V nadaljevanju se je spraševalo o prepoznavanju in obravnavanju primerov nasilja nad ženskami v zadnjih petih letih (9), nato je sledilo vprašanje (10) o številu obravnavanih primerov v zadnjih petih letih (razmernostna spremenljivka). V zadnjem sklopu (11) se ugotavljajo načini odkrivanja in ukrepanja izvajalk in izvajalcev patronažnega varstva v primeru prepoznane žrtve nasilja v družini in možne oblike podpore/obravnave v patronažnem varstvu. Ob koncu so anketiranci imeli možnost podati lastno mnenje v zvezi z obravnavano problematiko.

Za verodostojnost instrumenta v sklopu »Odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini« smo izvedli faktorsko analizo z metodo glavnih osi in poševno rotacijo Direct Oblimin. Primernost faktorske analize smo preverili z Bartlett testom sferičnosti in dobili vrednost 242,370, prostostna stopnja je 15. Test je statistično značilen ( $p < 0,001$ ). Kaiser-Meyer-Olkinov (KMO) test ima vrednost 0,611, kar je povprečno. Pri izbiri faktorjev smo uporabili kriterije, kot so lastne vrednosti več kot 1, komolčni diagram (scree plot) in vsebinska konsistentnost faktorjev. V tem sklopu smo izločili dve trditvi, katerih faktorske uteži niso presegle vrednosti 0,5 za en faktor. Razvili smo dva faktorja: »Pozitiven odnos do žensk« in »Negativen odnos do žensk«. Skupna pojasnjena varianca je 70,79 %. Cronbachov koeficient alfa je pri prvem faktorju  $\alpha = 0,59$  ( $N = 2$ ) in pri drugem faktorju  $\alpha = 0,57$  ( $N = 2$ ). Obe komponenti sta pod spodnjo mejo zanesljivosti. Ker gre za magistrsko delo, smo jih z veliko omejitvijo vključili v nadaljnjo obdelavo ob zavedanju, da rezultati o poznavanju nasilja nad ženskami niso zanesljivi in da na njih ne moremo graditi zaključkov raziskave.

**Tabela 1: Faktorska analiza pri odnosu do žensk, ki so žrtve nasilja v družini**

Odnosu do žensk, ki so žrtve nasilja v družini	F1	F2
Vse primere nasilja v družini nad odraslimi ženskami je treba prijaviti centru za socialno delo ali policiji.	0,857	
Ženskam, ki trdijo, da so žrtve nasilja, je treba verjeti.	0,831	
Če bi se ženske obnašale drugače (bi bile npr. tiho, ne bi izzivale, bi naredile, kar moški želi), do nasilja ne bi prišlo.		0,843
Pri nasilju v družini je žrtev sama kriva za nasilje.		0,830

Legenda: F1 = pozitiven odnos, F2 = negativen prepričanja

Za sklopu »Obravnava žensk, ki so žrtve nasilja« smo izvedli faktorsko analizo z metodo glavnih osi (Principal Axis Factoring) ter poševno rotacijo Direct Oblimin. Primernost faktorske analize smo preverili z Bartlett testom sferičnosti in dobili vrednost 242,370, prostostna stopnja je 15. Test je statistično značilen ( $p < 0,001$ ). Kaiser-Meyer-Olkinov (KMO) test ima vrednost 0,688. Pri izbiri faktorjev smo uporabili kriterije, kot so lastne vrednosti več kot 1, komolčni diagram (scree plot) in vsebinska konsistentnost faktorjev. Izločili smo faktorje, katerih faktorske uteži niso presegle vrednosti 0,5 za en faktor (Pallant, 2016).

Iz tega sklopa smo dobili štiri faktorje (tabela 2), pri katerih je zanesljivost Cronbachovega koeficienta alfa pri prvem faktorju »Usposobljenost«  $\alpha = 0,78$  ( $N = 3$ ), pri drugem faktorju »Sodelovanje zdravstvenega tima« je  $\alpha = 0,77$  ( $N = 3$ ), pri tretjem faktorju »Sodelovanje zunanjih pristojnih služb (CSD)« je  $\alpha = 0,74$  ( $N = 2$ ) in pri četrtem faktorju »Dvom o učinkovitosti obravnave« je  $\alpha = 0,69$  ( $N = 2$ ).



**Tabela 2: Faktorska analiza pri obravnavi žensk, ki so žrtve nasilja v družini**

<b>Obravnava žensk, ki so žrtve nasilja v družini</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>F4</b>
Ženskam, žrtvam nasilja v družini, znam svetovati, katere oblike pomoči imajo na razpolago.	0,852			
Kadar sumim, da bi lahko šlo za nasilje nad žensko, vem, kako naj se pogovorim z njo.	0,836			
Menim, da sem dovolj usposobljen/-a za prepoznavanje znakov nasilja nad žensko v družini.	0,809			
O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem z zdravnico/zdravnikom.		0,929		
O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem s sodelavci/sodelavkami.		0,895		
Kadar na preventivnem obisku ocenim, da je zaradi nasilja nad žensko v družini potreben ponovni obisk, mi zdravnica/zdravnik za ponovne obiske izda delovni nalog.		0,683		
Center za socialno delo obvešča našo patronažno službo o primerih zaznanega nasilja nad ženskami v družini.			0,915	
Pri primerih nasilja nad ženskami v družini dobro sodelujemo s centrom za socialno delo.			0,857	
Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da bo odklonila patronažno obravnavo, če bom o primeru nasilja obvestil/-a center za socialno delo ali policijo.				0,876
Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da se bo storilec še bolj znesel nad njo, če bom ukrepal/-a.				0,869

Legenda: F1 = Usposobljenost, F2 = Sodelovanje zdravstvenega tima, F3 = Sodelovanje zunanjih pristojnih služb, F4 = Dvom o učinkovitosti obravnave

### 3.3.3 Udeleženci raziskave

Statistično populacijo so predstavljali vsi izvajalci patronažne zdravstvene nege (cenzus) na ravni primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji (N = 824). Udeležence raziskave smo določili na podlagi podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki je objavljen na portalu »Zaposleni v patronažnem varstvu v Sloveniji, januar 2017« (Zavrl Džananović, 2018). Izbrali smo podatke, ki vključujejo regijske upravne enote, naziv organizacije, pravni status (javni/zasebni) in poklicne skupine (magistrice zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, diplomirane babice in tehniki zdravstvene nege, babice). Na ta način smo pridobili podatke o številu izvajalcev patronažne zdravstvene nege v javnih zavodih (N = 719), ki so zaposleni v zdravstvenih domovih (N = 67) ali v dislociranih enotah zdravstvenega doma (N = 44), kot so zdravstvene postaje ali delovne enote. V raziskavo smo vključili tudi izvajalce patronažne dejavnosti s podeljeno koncesijo (N = 105). Vrnjenih smo dobili 438 vprašalnikov.

Skupina anketiranih z delovno dobo v patronažnem varstvu do 5 let predstavlja 23,5 %. Anketiranci, zaposleni v patronažnem varstvu od 6 do 20 let, predstavljajo 42,9 % zaposlenih. Največ anketiranih je starih od 41 do 50 let (31,9 %) in le malo manj je tistih, ki so stari od 51 do 60 let, in sicer 31,5 %. Večina (80,1 %) zaposlenih je v patronažnem varstvu z višjo/visoko strokovno izobrazbo. Znatno manj (12,1 %) je tistih s srednjo šolo, univerzitetno izobrazbo ima 7,8 % anketirancev, kar pomeni magisterij ali doktorat. Največji delež anketirancev je iz osrednjeslovenske regije, kar predstavlja 25,5 %, sledita savinjska regija s 16,1 % in Podravska s 14,2 %.

### 3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti pri Zbornici – Zvezi smo predstavili namen in cilje raziskave ter jih prosili za sodelovanje. Na rednem letnem srečanju vodij patronažnih služb 11. 4. 2019 smo udeležencem ponovno predstavili namen in cilje raziskave. Z njihovo pomočjo smo neposredno razdelili obrazce za soglasja v zavodih in razdelili vprašalnike. Vprašalnikom smo priložili tudi pisemsko ovojnico z znamko in naslovom anketarja. Naknadno smo po pošti poslali vprašalnike še na štiri naslove. Za izvajalce patronažne dejavnosti s koncesijo smo njihove podatke pridobili na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in jim vprašalnike in soglasja poslali skupaj z dopisom. Prav tako smo zraven pošiljali tudi frankirano ovojnico z naslovom anketarja.

Pridobili smo 43 soglasij zavodov. V enem primeru smo za pridobitev soglasja zdravstvenega zavoda potrebovali dodatno mnenje mentorice, da za raziskavo ne potrebujemo soglasja etične komisije. Po poslanem dopisu »Mnenje o etičnem soglasju za izvedbo raziskave« red. prof. dr. Brigitte Skela Savič, znan. svet., so podali soglasje k raziskavi. En zdravstveni zavod nas je opozoril, da njihovi zaposleni za tovrstne raziskave ne potrebujejo njihovega soglasja, a so ga na našo prošnjo naknadno izdali.

### 3.3.5 Obdelava podatkov

Pridobljeni podatki so obdelani s programskim paketom IBM SPSS Statistics 21. Vzorec je opisan na podlagi frekvenc in odstotkov za vse spremenljivke. Pri ordinalnih podatkih sta izračunana povprečna vrednost in standardni odklon. Hipoteze so preverjene s t-testom. Če gre za neodvisen t-test, imamo odvisno spremenljivko in neodvisno (grupno) statistiko, če npr. primerjamo povprečje s t-testom med dvema neodvisnima skupinama. Prikazane so t-vrednosti in p-vrednosti.  $P < 0,05$  pomeni statistično pomembnost. Vse spremenljivke so nominalne in ordinalne.

Uporabljena je frekvenčna statistika, ki vključuje frekvence in deleže, ter opisna statistika, ki prikazuje povprečja in standardne deviacije oz. standardne odklone. Izvedena sta faktorska analiza in hi-kvadrat test za prikazovanje povezave med dvema nominalnima ali ordinalnima spremenljivkama. Nekatere spremenljivke so za potrebe hi-kvadrat testa prekodirane. Uporabljen je bil neparametrični Mann-Whitneyjev U-test. Pri tem testu imamo odvisno kategorno spremenljivko in neodvisno grupno spremenljivko. Statistično značilnost definiramo pri stopnji 0,05. Podatki so statistično testirani s pomočjo Spearmanovega koeficienta, s katerim merimo moč monotonosti med pari podatkov. Koeficient lahko zavzame vrednosti med  $-1$  in  $1$ . Bližje kot je povezanost eni izmed teh vrednosti, močnejša je monotona povezanost. Za določanje moči povezanosti spremenljivk uporabljamo lestvico vrednosti koeficienta, in sicer moč povezanosti: 0,00 – ni povezanosti, od 0,01 do 0,19 je neznatna povezanost, od 0,20 do 0,39 je nizka/šibka povezanost, od 0,40 do 0,59 je srednja/zmerna povezanost, od 0,60 do 0,79 je visoka/ močna povezanost in od 0,80 do 0,1,00 je zelo visoka/zelo močna povezanost (Pallant, 2016; Usenik & Videčnik, 2020).

### 3.4 REZULTATI

#### 3.4.1 Opisni rezultati

**Tabela 3: Ocena anketirancev glede usposabljanja/izobraževanja s področja nasilja v družini**

Trditev		N	%
V zadnjih petih letih sem na lastno pobudo obiskal/-a seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	NE	284	67,8
	DA	135	32,2
	Skupaj	419	100,0
V zadnjih petih letih me je delodajalec napotil na seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	NE	275	65,6
	DA	144	34,4
	Skupaj	419	100,0
Ocenjujem, da bi pri svojem delu potreboval/-a strokovno usposabljanje s področja obravnave pacientk/pacientov, ki so žrtve nasilja v družini.	NE	65	15,6
	DA	353	84,4
	Skupaj	418	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

V tabeli 3 so prikazane trditve o usposabljanju/izobraževanju s področja nasilja v družini. Kar 284 anketiranih, kar predstavlja 32,2 %, je odgovorilo, da so se v zadnjih petih letih izobraževali na lastno pobudo. Naslednja trditev je ugotavljala izobraževanje/usposabljanje na pobudo delodajalca; udeležilo se ga je 34,4 % anketiranih. Kar 84,4 % anketirancev je ocenilo, da bi pri svojem delu potrebovali strokovno usposabljanje s področja obravnave žrtev nasilja v družini.

**Tabela 4: Kako dobro anketiranci poznajo zakonodajo s področja nasilja v družini**

Trditev		N	%
V Sloveniji imamo sprejeto zakonodajo o preprečevanju nasilja v družini.	NE	6	1,4
	DA	352	81,5
	Ne vem	74	17,1
	Skupaj	432	100,0
V patronažni službi v našem zavodu imamo navodila za obravnavanje primerov nasilja v družini.	NE	116	26,8
	DA	217	50,1
	Ne vem	100	23,1
	Skupaj	433	100,0
V našem zavodu imamo sprejeta navodila, kako poteka obravnavanje nasilja v družini.	NE	106	24,7
	DA	177	41,3
	Ne vem	146	34,0
	Skupaj	429	100,0
Nasilje v družini lahko sama prijavim centru za socialno delo.	NE	14	3,2
	DA	397	90,6
	Ne vem	27	6,2
	Skupaj	438	100,0
Nasilje v družini lahko sama prijavim policiji.	NE	29	6,6
	DA	361	82,4
	Ne vem	48	11,0
	Skupaj	438	100,0
Samo zdravnica/zdravnik ima pristojnost, da prijavi nasilje v družini centru za socialno delo.	NE	376	86,2
	DA	17	3,9
	Ne vem	43	9,9
	Skupaj	436	100,0
Samo zdravnica/zdravnik ima pristojnost, da prijavi nasilje v družini policiji.	NE	374	85,6
	DA	16	3,7
	Ne vem	47	10,8
	Skupaj	437	100,0
Seznanjena sem z nalogami multidisciplinarnega tima v centru za socialno delo za obravnavo nasilja v družini.	NE	188	43,3
	DA	187	43,1
	Ne vem	59	13,6
	Skupaj	434	100,0
Poznam možne ukrepe policije v primerih nasilja v družini.	NE	171	39,9
	DA	180	42,0
	Ne vem	78	18,2
	Skupaj	429	100,0
Seznanjena sem z delom regijske koordinatorice za preprečevanje nasilja v družini.	NE	310	70,9
	DA	61	14,0
	Ne vem	66	15,1
	Skupaj	437	100,0
Poznam nevladne organizacije s področja nasilja v družini in vsebino njihovega dela.	NE	156	36,3
	DA	210	48,8
	Ne vem	64	14,9
	Skupaj	430	100,0
Za področje zdravstva je Sloveniji sprejet Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini.	NE	23	5,3
	DA	215	49,9
	Ne vem	193	44,8
	Skupaj	431	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 4 prikazuje poznavanje zakonskih in podzakonskih aktov, ki urejajo področje obravnavanja nasilja v družini. Anketiranci so v 81,5 % odgovorili, da poznajo Zakon o preprečevanju nasilja v družini in Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini (49,9 %). Večji delež (90,6 %) anketiranih je vedelo, da lahko sami obvestijo center za socialno delo o nasilju v družini, in nekaj manj (82,4 %) je tistih, ki so vedeli, da lahko prijavo nasilja podajo na policijo. Dosti manj (43,1 %) je tistih anketirancev, ki poznajo naloge multidisciplinarnega tima in postopke policije (42 %) v zvezi z obravnavo nasilja v družini. Bolje poznajo nevladne organizacije in vsebino njihovega dela, saj je pritrdilno odgovorila skoraj polovica oziroma 48,8 % anketiranih. Malo (14 %) pa jih je odgovorilo, da poznajo delo regijske koordinatorice za nasilje.

**Tabela 5: Število prepoznanih primerov nasilja nad žensko v družini**

Vprašanje		N	%
Ali ste v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini?	NE	302	70,4
	DA	127	29,6
	Skupaj	429	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 5 prikazuje, da je od 429 anketirancev, ki so odgovorili na vprašanje o številu prepoznanih primerov nasilja nad žensko v zadnjih petih letih, 127 prepoznalo primer nasilja nad žensko v družini, kar je 29,6 %.

**Tabela 6: Število obravnavanih primerov nasilja nad žensko v družini v zadnjih petih letih**

Vprašanje		N	%
Napišite, koliko primerov nasilja nad žensko v družini ste obravnavali v zadnjih petih letih?	0	232	63,7
	1	75	20,6
	2	28	7,7
	3	17	4,7
	4	5	1,4
	5	5	1,4
	10	2	0,5
	Total	364	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

V tabeli 6 je prikazano število obravnavanih primerov v zadnjih petih letih. Največ je tistih (63,7 %), ki niso obravnavali nobenega primera nasilja nad ženskami. Manjši delež (20,6 %), je tistih, ki so obravnavali en primer, 7,7 % je tistih, ki so obravnavali dva

primera, in manjši delež (4,7 %) je tistih, ki so obravnavali tri primere. Enak delež (1,4 %) je tistih, ki so obravnavali štiri ali pet primerov. Dva anketiranca (0,5 %) sta obravnavala 10 primerov nasilja nad žensko v družini.

**Tabela 7: Izkušnje anketirancev pri obravnavanju žensk, ki so bile žrtve nasilja v družini**

Trditev		N	%
Ob obisku mi je ženska povedala, da preživlja nasilje v družini.	NE	108	56,5
	DA	83	43,5
	Skupaj	191	100,0
Ob obisku sem zaznala znake nasilja nad žensko v družini in jo o tem povprašala.	NE	82	43,4
	DA	107	56,6
	Skupaj	189	100,0
V pogovoru sem žensko informirala o njenih pravicah in oblikah pomoči.	NE	54	28,6
	DA	135	71,4
	Skupaj	189	100,0
Nisem se hotela vmešavati, zato nasilja nisem omenjala.	NE	182	96,3
	DA	7	3,7
	Skupaj	189	100,0
Bala sem se storilca.	NE	150	79,4
	DA	39	20,6
	Skupaj	189	100,0
Doživela sem grožnje z nasiljem ali nasilje.	NE	151	79,9
	DA	38	20,1
	Skupaj	189	100,0
Pogovora nisem mogla izvesti, ker z žensko nisem bila na samem.	NE	150	79,8
	DA	38	20,2
	Skupaj	188	100,0
Za pomoč žrtvi nisem imela dovolj časa.	NE	162	85,7
	DA	27	14,3
	Skupaj	189	100,0
Za pomoč žrtvi nisem imela dovolj znanja.	NE	125	66,8
	DA	62	33,2
	Skupaj	187	100,0
Počutila sem se nemočno.	NE	117	62,2
	DA	71	37,8
	Skupaj	188	100,0
Žrtev je nasilje zanikala in se z mano o tem ni želela pogovarjati.	NE	147	78,2
	DA	41	21,8
	Skupaj	188	100,0
Sodelovala sem z zdravnico/zdravnikom.	NE	69	36,5
	DA	120	63,5
	Skupaj	189	100,0
Sodelovala sem s centrom za socialno delo/regijsko koordinatrico.	NE	88	46,6
	DA	101	53,4
	Skupaj	189	100,0
Sodelovala sem s policijo.	NE	150	79,4
	DA	39	20,6
	Skupaj	189	100,0
Sodelovala sem z nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju nasilja nad ženskami.	NE	178	94,2
	DA	11	5,8

Trditev		N	%
	Skupaj	189	100,0
Sodelovala sem v multidisciplinarnem timu v centru za socialno delo.	NE	152	80,4
	DA	37	19,6
	Skupaj	189	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 7 prikazuje izkušnje anketirancev pri obravnavanju žensk, ki so bile žrtve nasilja v družini. Anketiranci so v 43,5 % izrazili, da jim je ob obisku ženska sama povedala, da preživlja nasilje v družini, 56 % pa jih je izrazilo, da so nasilje sami zaznali zaradi izraženih znakov nasilja. Anketiranci so v 28,6 % ocenili, da so žensko informirali o njenih pravicah in oblikah pomoči, 3,7 % pa je tistih, ki so ocenili, da se niso hoteli vmešavati in nasilja niso omenjali. Anketiranci so se v 20,6 % izrazili o tem, da so se bali storilca, in v skoraj enakem deležu (20,1 %), da so doživeli grožnje z nasiljem ali nasilje. Mnenje anketirancev, da pogovora niso mogli izvesti, ker z žensko niso bili na samem, je izrazilo 20,2 % anketiranih. To, da za pomoč žrtvi niso imeli dovolj časa, je ocenilo 14,3 % anketiranih, medtem ko so izrazili izkušnjo, da je žrtev nasilje zanikala in se o tem ni želela pogovarjati, v 21,8 %. Največ anketirancev je izrazilo izkušnjo, da so sodelovali z zdravnico/zdravnikom (63,5 %), s centrom za socialno delo/regijsko koordinatorico (53,4 %), s policijo (20,6 %), veliko manj pa z nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju nasilja nad ženskami (5,8 %). Anketiranci so v 19,6 % že sodelovali v multidisciplinarnem timu v centru za socialno delo.

### 3.4.2 Preverjanje hipotez

Hipoteze:

H1: Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih prepoznali ženske, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na pozitivni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini.

Kot je razvidno iz tabele 8, so anketiranci, ki so v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Vse primere nasilja v družini nad odraslimi ženskami je treba prijaviti centru



za socialno delo ali policiji« izrazili s povprečno vrednostjo 4,20, anketiranci, ki v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu niso prepoznali primera nasilja nad žensko v družini, pa s povprečno vrednostjo 4,37. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa pa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 17.740,5$ ;  $p = 0,116$ ). Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Ženskam, ki trdijo, da so žrtve nasilja, je treba verjeti« izrazili s povprečno vrednostjo 4,43, anketiranci, ki v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu niso prepoznali primera nasilja nad žensko v družini, pa s povprečno vrednostjo 4,40. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa pa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 17.912,5$ ;  $p = 0,1$ ).

Ker pri nobeni od trditev razlika ni statistično značilna, ne moremo trditi, da anketiranci, ki so v zadnjih petih letih prepoznali ženske, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na pozitivni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini. Hipoteze H1 ne moremo potrditi.

**Tabela 8: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo na pozitivni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini ali ne**

	Ali ste v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini?	N	AS	SO	Mann-Whitneyjev test	
					U	p
Vse primere nasilja v družini nad odraslimi ženskami je treba prijaviti centru za socialno delo ali policiji.	Ne	299	4,37	0,904	17.740,5	0,116
	Da	127	4,20	1,084		
Ženskam, ki trdijo, da so žrtve nasilja, je treba verjeti.	Ne	300	4,40	0,805	17.912,5	0,135
	Da	127	4,43	0,939		

Legenda: N = število odgovorov, AS = povprečje, SO = standardni odklon, U = testna statistika, p = statistično pomembnost

H2: Anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso prepoznali žensk, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na negativni odnos do žrtev nasilja v družini.

Tabela 9 kaže, da so anketiranci, ki so v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Če bi se ženske obnašale drugače (bi bile npr. tiho, ne bi izzivale, bi naredile, kar moški želi), do nasilja ne bi prišlo« izrazili s povprečno vrednostjo 1,39. Anketiranci, ki v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu niso prepoznali primera nasilja nad žensko v družini, pa s povprečno vrednostjo 1,37. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa pa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 18.737,0$ ;  $p = 0,397$ ). Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini, so svoje strinjanje s trditvijo »Pri nasilju v družini je žrtev sama kriva za nasilje« izrazili s povprečno vrednostjo 1,31, anketiranci, ki v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu niso prepoznali primera nasilja nad žensko v družini, pa s povprečno vrednostjo 1,39. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa pa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 18.470,5$ ;  $p = 0,210$ ).

Ker pri nobeni od trditev razlika ni statistično značilna, ne moremo trditi, da anketiranci, ki niso v zadnjih petih letih prepoznali žensk, ki so žrtve nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na negativni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini. Hipoteze H2 ne moremo potrditi.

**Tabela 9: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo na negativni odnos do žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini ali ne**

	Ali ste v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini?	N	AS	SO	Mann-Whitneyjev test	
					U	p
Če bi se ženske obnašale drugače (bi bile npr. tiho, ne bi izzivale, bi naredile, kar moški želi), do nasilja ne bi prišlo.	Ne	301	1,37	0,766	18.737,0	0,397
	Da	126	1,39	0,819		
Pri nasilju v družini je žrtev sama kriva za nasilje.	Ne	302	1,39	0,782	18.470,5	0,210
	Da	127	1,31	0,673		

Legenda: N = število odgovorov, AS = povprečje, SO = standardni odklon, U = testna statistika, p = statistično pomembnost

H3: Anketiranci, ki so se izobraževali na področju nasilja nad ženskami v družini, imajo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah za samooceno usposobljenosti za obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini.

Kot je razvidno iz tabele 10, so anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Ženskam, žrtvam nasilja v družini, znam svetovati, katere oblike pomoči imajo na razpolago« izrazili s povprečno vrednostjo 3,59, anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, pa s povprečno vrednostjo 3,28. Razlike med skupinama je potrdil tudi rezultat Mann-Whitneyjevega testa, ki je statistično značilen ( $U = 18.226,5$ ;  $p < 0,001$ ). Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, so svoje strinjanje s trditvijo »Kadar sumim, da bi lahko šlo za nasilje nad žensko, vem, kako naj se pogovorim z njo« izrazili s povprečno vrednostjo 3,35, anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, pa s povprečno vrednostjo 3,02. Razlike med skupinama je potrdil tudi rezultat Mann-Whitneyjevega testa, ki je statistično značilen ( $U = 17.557,0$ ;  $p < 0,001$ ). Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, so svoje strinjanje s trditvijo »Menim, da sem dovolj usposobljen/a za prepoznavanje znakov nasilja nad žensko v družini« izrazili s povprečno vrednostjo 3,11, anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, pa s povprečno vrednostjo 2,28. Razlike med skupinama je potrdil tudi rezultat Mann-Whitneyjevega testa, ki je statistično značilen ( $U = 1.8081,5$ ;  $p < 0,001$ ).

Ker je razlika statistično značilna pri vseh trditvah, lahko trdimo, da anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah za samooceno usposobljenosti za obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini. Hipotezo H3 lahko potrdimo.

**Tabela 10: Primerjava strinjanja s trditvami za samooceno usposobljenosti za obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini ali ne**

	V zadnjih petih letih sem obiskal seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	N	AS	SO	Mann-Whitneyjev test	
					U	p
Ženskam, žrtvam nasilja v družini, znam svetovati, katere oblike pomoči imajo na razpolago.	Ne	216	3,28	0,877	18.226,5	<0,001
	Da	208	3,59	0,818		
Kadar sumim, da bi lahko šlo za nasilje nad žensko, vem, kako naj se pogovorim z njo.	Ne	215	3,02	0,761	17.557,0	<0,001
	Da	210	3,35	0,769		
Menim, da sem dovolj usposobljen/-a za prepoznavanje znakov nasilja nad žensko v družini.	Ne	216	2,82	0,720	18.081,5	<0,001
	Da	209	3,11	0,751		

Legenda: N = število odgovorov, AS = povprečje, SO = standardni odklon, U = testna statistika, p = statistična pomembnost

H4: Anketiranci, ki se niso izobraževali na področju nasilja nad ženskami v družini, imajo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo dvom o učinkovitosti obravnave žensk, ki so žrtve nasilja.

Tabela 11 prikazuje rezultate, ki kažejo, da so anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da bo odklonila patronažno obravnavo, če bom o primeru nasilja obvestil/-a center za socialno delo ali policijo« izrazili s povprečno vrednostjo 3,13. Anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, pa s povprečno vrednostjo 3,19. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 21.875,0$ ;  $p = 0,313$ ). Anketiranci, ki so v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini, svoje strinjanje s trditvijo »Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da se bo storilec še bolj znesel nad njo, če bom ukrepal/-a« izrazili s povprečno vrednostjo 3,36. Anketiranci, ki v zadnjih petih letih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, pa s povprečno vrednostjo 3,35. Rezultat Mann-Whitneyjevega testa ni potrdil razlike med skupinama, saj ni statistično značilna ( $U = 22.300,0$ ;  $p = 0,480$ ).

Ker pri nobeni od trditev razlika ni statistično značilna, ne moremo trditi, da anketiranci, ki v zadnjih petih niso obiskali seminarja, delavnice, predavanja ipd. s področja nasilja v družini, dosežejo statistično značilno višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo dvom o učinkovitosti obravnave žensk, ki so žrtve nasilja. Hipoteze H4 ne moremo potrditi.

**Tabela 11: Primerjava strinjanja s trditvami, ki kažejo dvom o učinkovitosti obravnave žensk, ki so žrtve nasilja, glede na to, ali so anketiranci v zadnjih petih letih obiskali seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini ali ne**

	V zadnjih petih letih sem obiskal seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	N	AS	SO	Mann-Whitneyjev test	
					U	p
Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da bo odklonila patronažno obravnavo, če bom o primeru nasilja obvestil/-a center za socialno delo ali policijo.	Ne	216	3,19	1,058	21.875,0	0,313
	Da	208	3,13	1,082		
Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da se bo storilec še bolj znesel nad njo, če bom ukrepal/-a.	Ne	215	3,35	0,979	22.300,5	0,480
	Da	208	3,36	0,926		

Legenda: N = število odgovorov, AS = povprečje, SO = standardni odklon, U = testna statistika, p = statistično pomembnost

H5: Anketiranci, ki imajo v zdravstvenem zavodu sprejeta navodila za obravnavanje nasilja nad ženskami v družini, pri žrtvi statistično značilno pogosteje zaznajo znake nasilja in jo o nasilju povprašajo.

**Tabela 12: Zaznavanje nasilja nad žensko, ki je žrtev nasilja v družini, pri zaposlenih v patronažnem varstvu, ki imajo sprejeta navodila o poteku obravnave nasilja v družini**

			V našem zavodu imamo sprejeta navodila, kako poteka obravnavanje nasilja v družini.			Skupaj
			Ne	Da	Ne vem	
Ob obisku sem zaznal/-a znake nasilja nad žensko v družini in jo o tem povprašal/-a.	Ne	N	21	31	29	81
		%	40,4	41,3	50,0	43,8
	Da	N	31	44	29	104
		%	59,6	58,7	50,0	56,2
Skupaj		N	52	75	58	185
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

**Tabela 13: Personov hi-kvadrat test 1**

	$\chi^2$	df	p
Pearsonov hi-kvadrat test	1,338	2	0,512

Legenda:  $\chi^2$  = vrednost hi-kvadrat testa, df = prostostna stopnja, p = statistična značilnost

Med tremi skupinami anketirancev, ki imajo v svojem zavodu navodila za obravnavo nasilja v družini, navodil nimajo ali pa ne vedo, ali jih imajo, enako ali podobno zaznavajo znake nasilja nad žensko v družini. Test ni statistično značilen ( $p > 0,05$ ). H5 zavrnamo.

H6: Anketiranci, ki imajo višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na sodelovanje zdravstvenega tima, statistično značilno obravnavajo več žensk, ki so žrtve nasilja v družini.

Kot je razvidno iz tabele 14, je Spearmanov koeficient korelacije med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in strinjanjem s trditvijo »O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem z zdravnico/zdravnikom« 0,001, kar pomeni, da je povezanost med spremenljivkama zanemarljiva. Poleg tega ni statistično značilna ( $p = 0,495$ ). Med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in strinjanjem s trditvijo »O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem s sodelavkami« Spearmanov koeficient korelacije znaša 0,008, kar pomeni, da je povezanost med spremenljivkami zanemarljiva in ni statistično značilna ( $p = 0,436$ ). Spearmanov koeficient korelacije med številom obravnavanih primerov žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in strinjanjem s trditvijo »Kadar na preventivnem obisku ocenim, da je zaradi nasilja nad žensko v družini potreben ponovni obisk, mi za ponovne obiske zdravnica/zdravnik izda delovni nalog« znaša  $-0,026$ , kar pomeni, da povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna ( $p = 0,312$ ).

Ker pri nobeni od trditev ni statistično značilne povezanosti med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje zdravstvenega tima, H6 ne moremo potrditi.

**Tabela 14: Povezanost med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje zdravstvenega tima**

O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem z zdravnico/zdravnikom.	Spearmanov korel. koef.	0,001
	p	0,495
	N	364
O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem s sodelavkami.	Spearmanov korel. koef.	0,008
	p	0,436
	N	363
Kadar na preventivnem obisku ocenim, da je zaradi nasilja nad žensko v družini potreben ponovni obisk, mi za ponovne obiske zdravnica/zdravnik izda delovni nalog.	Spearmanov korel. koef.	-0,026
	p	0,312
	N	361

Legenda: N = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

H7: Anketiranci, katerih zdravstveni zavodi imajo pri obravnavi žensk, ki so žrtve nasilja v družini, vzpostavljeno sodelovanje s pristojnimi institucijami zunaj zdravstva (policija, regijska koordinatorica/CSD), ženske statistično značilno pogosteje informirajo o njihovih pravicah in oblikah pomoči kot tisti, ki te povezave na delovnem mestu nimajo.

**Tabela 15: Informiranje žensk, ki so žrtve nasilja, in sodelovanje z regijsko koordinatorico in CSD**

			Sodelovala sem s centrom za socialno delo/regijsko koordinatorico.		Skupaj
			Ne	Da	
V pogovoru sem žensko informirala o njenih pravicah in oblikah pomoči.	Ne	N	47	7	54
		%	53,4	6,9	28,6
	Da	N	41	94	135
		%	46,6	93,1	71,4
Skupaj		N	88	101	189
		%	100,0	100,0	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

Med osebami, ki so sodelovale s centrom za socialno delo/regijsko koordinatorico, je bilo takih, ki so žensko informirale o njenih pravicah in oblikah pomoči, kar 93,1 %. Med osebami, ki niso sodelovale s centrom za socialno delo/regijsko koordinatorico, pa jih je bilo 46,6 %.

**Tabela 16: Personov hi-kvadrat test 2**

	$\chi^2$	df	p
Pearsonov hi-kvadrat test	49,778	1	<0,001

Legenda:  $\chi^2$  = vrednost hi-kvadrat testa, df = prostostna stopnja, p = statistična značilnost

HI-kvadrat test lahko zapišemo v kratki obliki:  $\chi^2(1) = 49,778$ ,  $p < 0,001$ . Test je statistično značilen.

**Tabela 17: Informiranje žensk, ki so žrtve nasilja, in sodelovanje s policijo**

			Sodelovala sem s policijo.		Skupaj
			Ne	Da	
V pogovoru sem žensko informirala o njenih pravicah in oblikah pomoči.	Ne	N	52	2	54
		%	34,7	5,1	28,6
	Da	N	98	37	135
		%	65,3	94,9	71,4
Skupaj		N	150	39	189
		%	100,0	100,0	100,0

Legenda: N = število odgovorov, % = odstotni delež

Med osebami, ki so sodelovale s policijo, je bilo takih, ki so žensko informirale o njenih pravicah in oblikah pomoči, kar 94,9 %. Oseb, ki niso sodelovale s policijo, so pa ženske podale informacije o njenih pravicah in oblikah pomoči, pa je bilo 63,3 %. Med tema dvema skupinama obstaja statistično značilna razlika. Hi-kvadrat test je  $\chi^2(1) = 13,233$ ,  $p < 0,001$ . Rezultat je statistično značilen.

**Tabela 18: Personov hi-kvadrat test 3**

	$\chi^2$	df	p
Pearsonov hi-kvadrat test	13,233	1	<0,001

Legenda:  $\chi^2$  = vrednost hi-kvadrat testa, df = prostostna stopnja, p = statistična značilnost

Oba hi-kvadrat testa sta statistično značilna. Osebe, ki sodelujejo s CSD ali policijo, pogosteje informirajo ženske o njihovih pravicah. H7 potrdimo oz. sprejmemo.

H8: Anketiranci, ki imajo višjo vrednost pri trditvah, ki kažejo na sodelovanje z zunanjo odgovorno institucijo (CSD), statistično značilno obravnavajo več žensk, ki so žrtve nasilja v družini.

Kot je razvidno iz tabele 19, je Spearmanov koeficient korelacije med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in strinjanjem s trditvijo »Center za socialno delo obvešča našo patronažno službo o primerih zaznanega nasilja nad ženskami v družini«  $-0,085$ , kar pomeni, da povezanost med spremenljivkama ni statistično značilna ( $p = 0,54$ ). Spearmanov koeficient korelacije med številom obravnavanih žensk,



ki so žrtve nasilja v družini, in strinjanjem s trditvijo »Pri primerih nasilja nad ženskami v družini dobro sodelujemo s centrom za socialno delo« znaša  $-0,060$ , kar pomeni, da je povezanost med spremenljivkami šibka in ni statistično značilna.

Ker pri nobeni od trditev ni statistično značilne povezanosti med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje z zunanjo odgovorno institucijo (CSD) zdravstvenega tima, H8 ne moremo potrditi.

**Tabela 19: Povezanost med številom obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini, in trditvami, ki kažejo na sodelovanje z zunanjo odgovorno institucijo (CSD)**

Center za socialno delo obvešča našo patronažno službo o primerih zaznanega nasilja nad ženskami v družini.	Spearmanov korel. koef.	$-0,085$
	p	$0,054$
	N	363
Pri primerih nasilja nad ženskami v družini dobro sodelujemo s centrom za socialno delo.	Spearmanov korel. koef.	$-0,060$
	p	$0,128$
	N	364

Legenda: N = število odgovorov, p = mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

### 3.5 RAZPRAVA

Za odkrivanje nasilja nad ženskami v družini je pomembno delovanje patronažne službe zaradi njenega izvajanja na zasebnem področju uporabnika. Pomembna sta kontinuiran način izvajanja patronažnega varstva in celostna obravnava posameznikov in družine, saj gre pri posameznem obisku hkrati tudi za oceno zdravstvenega, socialnega in ekonomskega stanja cele družine in s tem obstaja več možnosti za zaznavanje nasilnih odnosov v družini (Zavrl Džananović, 2010; Horvat & Krajnc, 2014; Horvat, 2016; Ljubič, et al., 2016; Ramšak Pajk, 2016; Zavrl Džananović, 2019; Berčan & Krajnc, 2019). V tem kontekstu lahko na podlagi povpraševanja, ocenjevanja vedenja in odnosov v družini zaposleni prepoznajo ženske, ki so žrtve nasilja in ki so s strani drugih zdravstvenih delavcev lahko spregledane (Leppäkoski, et al., 2013; Gonçalves, 2014; Rose, 2011; Kevin Hamberger, 2015). Razkritje nasilja je pomembno izhodišče, da lahko različne druge institucije sprožijo postopke zaščite žrtev pred nasiljem (Zaviršek, 2014; Leskošek, 2013).

Finski raziskovalci so ugotovili, da 60 % prepoznavanja nasilja v zdravstvenih institucijah temelji na značilnih telesnih poškodbah in vedenju pacientk, ostalih 40 % pa jih odkrijejo na podlagi intuicije zdravstvenih delavcev ali zaradi obnašanje storilca, ki spremlja pacientko (Leppäkoski, et al., 2010; Leppäkoski, 2013; Leppäkoski, et al, 2015; Kivelä; 2019). Žrtve nasilja pogosto zaradi različnih razlogov ne razkrijejo nasilja. Približno ena tretjina žensk nikoli ne razkrije nasilja (Rose, 2011; Leskošek, et al., 2017). V naši raziskavi smo ugotavljali število prepoznanih primerov nasilja nad žensko v družini. Tako smo ugotovili, da je malo več kot četrtina patronažnih medicinskih sester, ki so bile vključene v raziskavo, prepoznalo in obravnavalo nasilje v družini na podlagi znakov nasilja ali pa so ženske same povedale, da preživljajo nasilje v družini.

V raziskavi smo ugotavljali, kakšen odnos imajo patronažne medicinske sestre do žensk, žrtev nasilja v družini. Prepričanja, čustva in vrednostne ocene socialnih situacij in objektov vplivajo na vedenje in ravnanje posameznika (Husso, et al., 2012; Sedmak & Kralj, 2014; Pogorevc Merčnik, 2018). Slovenske raziskave so pokazale, da javnost še vedno verjame v stereotipe in mite, ki jih poznamo na področju nasilja v družini in nad ženskami. Podatki so kazali na nižanje občutljivosti do nasilja v družini in večanje tolerance do nasilja nad ženskami ter prenašanja odgovornosti in krivde na žrtve. Povečuje se prepričanje, da je nasilje v družini zasebni problem (Sedmak & Kralj, 2014; Plaz, 2014b; MZ, 2015; Pogorevc Merčnik, 2018).

Predpostavljali smo, da stališča do nasilja v družini s strani zaposlenih ovirajo prepoznavanje žrtev nasilja. Tako smo v raziskavi ugotavljali pozitivni odnos s trditvami »Ženskam je treba verjeti« in »Vse primere nasilja je treba prijaviti centru za socialno delo ali policiji«. Za negativni odnos do nasilja pa smo uporabili trditvi »Če bi se ženske obnašale drugače (bi bile npr. tiho, ne bi izzivale, bi naredile, kar moški želi), do nasilja ne bi prišlo« in »Pri nasilju v družini je žrtev sama kriva za nasilje«. Naša ugotovitev je, da stališča nimajo vpliva na prepoznavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini, vendar jo zaradi ugotovljene slabe veljavnosti sprejemamo z velikim zadržkom.

Različne ovire, kot so pomanjkanje znanja o nasilju v družini, odnos do problematike nasilja in žrtev nasilja, usposobljenost za ustrezno presajanje in obravnavanje žrtev nasilja

se lahko zmanjšujejo z različnimi oblikami izobraževanja (Bournnell & Prosser, 2010; Callard & Rose, 2012; Beynon, et al., 2012; Downie, et al., 2019; Ruijne, et al., 2019). V raziskavi smo ugotavljali, ali se izvajalci v patronažnem varstvu po tem, ko so se izobraževali s področja nasilja v družini, čutijo dovolj usposobljene za prepoznavanje znakov nasilja in ali se znajo z žensko o tem pogovoriti. Usposobljenost smo ocenjevali na podlagi treh stališč: »Menim, da sem dovolj usposobljena/-a za prepoznavanje znakov nasilja« in »Kadar sumim, da bi lahko šlo za nasilje, vem, kako naj se pogovorim z njo« ter »Ženskam, žrtvam nasilja, znam svetovati, katere oblike pomoči imajo na razpolago«. Glede na to, da smo v raziskavi potrdili hipotezo, lahko trdimo, da izobraževanje vpliva na samooceno usposobljenosti zaposlenih v patronažnem varstvu. Enake zaključke so pridobili avtorji slovenske raziskave, ki ugotavljajo, da so se tisti, ki so se že udeležili izobraževanj, ustrezneje odzvali v primerih nasilja v družini, saj so si pogosteje vzeli čas za pogovor z žrtvami, jim nudili podporo ter CSD obvestili o prisotnosti nasilja v družinah (Cukut Krilić, et al., 2015).

V naši raziskavi smo ugotavljali, na čigavo pobudo se zaposleni izobražujejo s področja nasilja v družini. Opredelili smo dve možnosti: izobraževali so se na lastno pobudo ali pa jih je tja napotil delodajalec. Ugotavljamo, da se je v zadnjih petih letih tovrstnega izobraževanja udeležilo več kot polovica zaposlenih v patronažnem varstvu, kar pa ni v skladu s Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011), ki predvideva, da se zdravstveni delavci v patronažnem zdravstvenem varstvu v okviru stalnega izobraževanja usposablajo na področju nasilja v družini vsakih pet let, v obsegu najmanj 5 ur, kar kaže na več pomanjkljivosti na tem področju. Cukut Krilić s sodelavci (2015) ugotavlja, da v Sloveniji nimamo sistematičnega in celovitega izobraževanja, kar lahko potrjujemo tudi z dejstvom, da v Sloveniji ni določena vsebina izobraževanja, ki bi jo na podlagi Pravilnika o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (2011) moral določiti minister, pristojen za zdravje. Tuje raziskave so pokazale, da so učinkovita usposabljanja na tem področju: delavnice, predavanja, računalniški tečaj s predstavitvami »najboljših praks« z analizo »resničnega« scenarija, igranje vlog, treniranje veččin s tistimi, ki imajo izkušnje na tem področju, pogovor z ženskami, ki so preživele nasilje. Priporočajo se tudi informacije o tem, kako so ženske

okrevale in prišle do pozitivnega izida (Nyame, et al., 2013; MacGregor, et al., 2014; Umeda, et al., 2017). Skela Savič poudarja, da se morajo zaposleni v zdravstveni negi usmeriti v izboljševanje klinične prakse s pomočjo zaznavanja problemov in prevzemanje odgovornosti za njihovo reševanje s pomočjo z dokazi preverjenih metod in lastnega raziskovalnega dela. Izpostavlja, da se morajo zaposleni v zdravstveni negi odzivati in delovati tudi širše za potrebe družbe, stroke, znanosti in znanje s sistematičnim pristopom prenašati v prakso (Skela Savič, 2009; Skela Savič, 2017a; Skela Savič, 2017b).

Usmeritve na področju zdravstvene dejavnosti v Sloveniji predvidevajo »klinično pot za sistematično obravnavo vseh žrtev nasilja v vseh slovenskih zdravstvenih ustanovah in da imajo opredeljena navodila in protokole« (MZ, 2015, p. 81). To smo preverjali tudi v raziskavi, ko smo spraševali, ali obstajajo navodila za obravnavanje primerov nasilja v družini v patronažni službi. Polovica vprašanih je potrdilo, da imajo navodila za obravnavo nasilja v družini. Druga polovica pa je navajala, da tega nimajo oziroma da ne vedo za njihov obstoj. Spraševali smo tudi o sprejetih navodilih na ravni zavoda, kjer smo dobili podobne odgovore. Rezultati kažejo, da delovna okolja zaposlenih v patronažnem varstvu niso v celoti opremljena z navodili v okviru njihove službe ali zavoda, četudi obstajajo v slovenskem prostoru že od leta 2015. Na ta problem sta naleteli tudi avstralski raziskovalki O'Reilly in Peters (2018). V svoji študiji sta ugotavljali, da kljub številnim aktivnostim avstralske vlade za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja nasilja v družini zdravniki in medicinske sestre v praksi slabo poznajo orodja, ki so na razpolago za preseganje žrtev nasilja v družini, saj kar 48 % vprašanih ni prepričanih, ali obstajajo tovrstni protokoli. Ugotovili sta, da so se v 35 % posluževali bolj posplošenega pristopa, namesto da bi uporabili formalizirana orodja.

V raziskavi smo ugotavljali, ali sodelovanje med sodelavci/sodelavkami v patronažnem varstvu in zdravnico/zdravnikom vpliva na število obravnavanih žensk, ki so žrtve nasilja v družini. V to smo vključili tri trditve: »O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem z zdravnico/zdravnikom« in »O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem s sodelavkami« ter »Kadar na preventivnem obisku ocenim, da je zaradi nasilja nad žensko v družini potreben ponovni obisk, mi za ponovne obiske zdravnica/zdravnik izda delovni nalog«. Ugotovili smo, da med

spremenljivkama ni statistično pomembne povezave, in hipoteze nismo potrdili. To lahko pojasnujemo z ugotovitvijo slovenske raziskave, da so »zdravniki zadržani do presejanja« (Kopčavar Guček, 2015a, p. 81) in da je timsko sodelovanje učinkovito in kakovostno le, kadar delovna kultura temelji na inovativnosti, fleksibilnosti in zavedanju deležnikov, da tim ljudi z različnimi kompetencami in izkušnjami prispeva k reševanju izzivov in lahko opravlja kompleksnejše naloge ter rešuje zahtevnejše probleme (Mesec & Stritih, 2015; Bijek, 2019).

Raziskovalci ugotavljajo, da se medicinske sestre zavedajo kompleksnosti nasilja v partnerskih odnosih in nujnosti vključenosti različnih sektorjev v obravnavo. Ugotavljajo težave v sodelovanju med profesijami, saj so medicinske sestre izrazile željo po medsebojnem sodelovanju pri reševanju kompleksnih problemov, medtem ko zdravniki nimajo te potrebe zaradi razlik med profesijami, ki jih imajo v organizacijskih strukturah in položajih na delovnem mestu (Beynon, et al., 2012; Arboit, et al., 2017). Pomanjkanje medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu je prisotno tudi v slovenskem prostoru. Pri proučevanju odnosa med negovalnim osebjem in zdravniki sta Skela Savič in Pagon (2009) ugotovila njihovo nizko udeležnost pri delovanju v svojih organizacijah. Obenem sta obe strokovni skupini različno razumeli organizacijsko kulturo. Negovalno osebje je izrazilo stališče, da so podrejeni zdravnikom. Zdravstveno osebje je zdravnike dojemalo kot skupino, ki ustvarja in ohranja hierarhične odnose. V sedanjih študijskih programih je za zdravnike in medicinske sestre, kot ugotavlja Strauss (2018), vključeno izobraževanje o tinskem delu, komunikaciji in medsebojnih odnosih. V raziskavi na vzorcu 428 študentov, kjer je bilo 54,9 % študentov zdravstvene nege in 54,1 % študentov medicine, pa ugotavlja precejšnje razlike pri oceni glede sodelovanja in prikrivanja odgovornosti pri zdravnikih in medicinskih sestrah. Rezultati raziskave so pokazali, da so bile pri trditvi »Med zdravniki in medicinskimi sestrami je mnogo področij, ki se prekrivajo« precejšnje razlike glede strinjanja. To kaže na razkorak v dojetanju sodelovanja dveh bistvenih poklicnih skupin v zdravstvu že v času študija (Strauss, 2018).

Našo hipotezo, da anketiranci, ki imajo pri obravnavi žensk, ki so žrtve nasilja v družini, vzpostavljeno sodelovanje s pristojnimi institucijami (policija, CSD), ženske statistično

značilno pogosteje informirajo o njihovih pravicah in oblikah pomoči kot tisti, ki te povezave nimajo, smo na podlagi pridobljenih rezultatov potrdili.

Ugotovimo lahko, da je sodelovanje zaposlenih v patronažnem varstvu z drugimi institucijami pomembno, saj podpira aktivno vključevanje v obravnavo in posredovanje informacij o možnih oblikah pomoči in izhodih iz nasilja, čeprav drugi raziskovalci in strokovnjaki v Sloveniji ugotavljajo, da ima medresorsko sodelovanje številne pomanjkljivosti. V praksi se kaže, da se s podano prijavo za večino zdravstvenih izvajalcev dejavnost v zvezi s primerom nasilja v družini konča (Šimenc, 2016; Domiter Protner, 2012; Zver Makovec, 2016).

Avtorica Zver Makovec (2016) v raziskavi POND poudarja, da je trenutno sodelovanje med različnimi službami, ki se ukvarjajo z nasiljem v družini, prepoznano kot slabo, njihova komunikacija pa kot neustrezna. Udeleženci se zavzemajo za usklajeno sodelovanje in odgovorno ravnanje ter timski pristop. Poudarjeno je, da je prepoznan kot najslabše odziven in slabo učinkovit CSD.

Slabe izkušnje s sodelovanjem s pristojnimi institucijami so prisotne tudi v šolstvu, kot ugotavlja Domiter Protner (2012), ki pravi, da večina anketiranih šolskih svetovalnih delavcev v srednjih šolah ni zadovoljna z ukrepanjem drugih institucij v primeru izpostavljenosti srednješolcev nasilju v družini, saj je to nezadovoljstvo izrazilo 70,3 % vprašanih. V večji meri so nezadovoljni z delovanjem CSD in sodišč, v manjši meri pa s policijo. Razlogi, ki so jih anketirani navajali za nezadovoljstvo z delovanjem CSD in sodišč, so predvsem: dolgotrajnost postopkov, počasno ravnanje CSD in sodišč, odsotnost povratnih informacij in nesodelovanje CSD s šolo. Izrazili so tudi skrb, da CSD ne ravna v korist, temveč celo v škodo srednješolca, in da (pre)pogosto verjamejo staršem in ne žrtvi. Med posameznimi razlogi, ki so jih navedli anketirani kot razlog svojega nezadovoljstva, pa je tudi primer menjavanja socialnih delavcev pri obravnavi.

Šimenc (2016) v zdravstvu ugotavlja slabo sodelovanje zdravnikov/zdravnic v multidisciplinarnih timih na CSD. Kot najpomembnejšo sistemsko oviro za (ne)udeležbo zdravnikov in zdravnic v multidisciplinarnih timih ugotavlja sistemsko neurejenost in

nedorečenost na področju vrednotenja udeležbe v multidisciplinarnih timih kot dela delovne obveznosti. Kot razlog navaja, da seje multidisciplinarnega tima trajajo več ur in so sklicane zunaj delovnega časa zdravnikov in zdravnic. S strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije bi se morala udeležba v multidisciplinarnih timih sistemsko ovrednotiti in upoštevati kot del njihove redne delovne obveznosti. Zanimivo pa ista avtorica (Šimenc, 2016) opisuje primer dobre prakse v manjši regiji, kjer so na lokalni ravni vzpostavili odlično sodelovanje, temelječe na dobrih medosebnih odnosih in poznanstvih. Iz tega sledi, da je treba pri reševanju nasilja v družini delovati na lokalni ravni tudi z vidika zagotavljanja zdravja posameznikov. Lokalna skupnost lahko sodeluje pri identifikaciji, zagotavljanju in koordiniranju dejavnosti za krepitev zdravja svojih krajanov. Ob tem pa je potrebna politična, izobraževalna, zdravstvena, pravosodna in ostala državna podpora lokalni skupnosti. Na ta način je treba odpravljati neenakosti pri zagotavljanju zdravja posameznikov ter organizirati formalne in neformalne oblike samopomoči ter dobrodelnosti v mreži strokovnih ustanov in služb (Pahor, 2018; Pahor, et al, 2018, Pahor & Kavčič, 2018).

### 3.5.1 Omejitve raziskave

V raziskavo smo vključili velik vzorec, saj je bil vprašalnik poslan vsem izvajalcem patronažnega varstva v Republiki Sloveniji. Na prvi stopnji smo ankete razdelili osebno vodjem patronažne službe v zdravstvenih zavodih in zraven dodali tudi obrazec za soglasje zavoda za izvedbo raziskave. Koncesionarjem smo na prvi stopnji poslali po e-pošti vprašalnike in obrazec za soglasje, kar je bilo neuspešno, zato smo kasneje vprašalnik poslali še po pošti. S podpisanim soglasjem pa ni bila zagotovljena anonimnost pri zaposlenih v patronažnem varstvu s koncesijo, kar je bila zagotovo ovira za posamezne izvajalce patronažnega varstva in zato niso izpolnili vprašalnika.

Ugotovili smo, da nimamo ustrezne baze podatkov, da bi lahko izvedli anketiranje preko spleta, kar bi skrajšalo čas zbiranja in obdelavo podatkov.

Pri pridobivanju soglasij za izvedbo raziskave se je pokazalo, da nekateri zavodi nimajo sprejetih navodil za to področje. Potrebna so bila dodatna pojasnila in v enem primeru tudi izjava mentorice.

Pokazale so se šibkosti vprašalnika, ki je zelo široko zastavljen. Prav tako je omejitev to, da v raziskavo nismo vključili vprašanja o vrstah nasilja. Zaradi naslova vprašalnika so se anketiranci osredotočili predvsem na partnersko nasilje, ne pa tudi na ekonomsko nasilje ter zanemarjanje in ostale oblike nasilja.

Pokazala se je tudi šibkost pri oblikovanju raziskovalnega inštrumenta, kjer smo ugotovili, da rezultati glede poznavanja nasilja nad ženskami niso zanesljivi in jih zato z veliko omejitvijo predstavljamo le v magistrskem delu.



## 4 ZAKLJUČEK

Nasilja nad ženskami je v Sloveniji redko predmet raziskovanja, čeprav je velik družbeni in zdravstveni problem. Menimo, da izvedena raziskava prispeva k vpogledu na problematiko nasilja nad ženskami v družini, saj strokovna javnost poudarja pomen patronažnega varstva pri vključevanju v preprečevanje in obravnavanje žensk, ki so žrtve nasilja v družini. Številni podatki, ki smo jih pridobili z raziskavo bodo lahko v pomoč za doseganje potrebnih sprememb na področju zdravstva in sodelovanja med različnimi strokovnimi službami.

Pri izvedbi raziskave so člani in članice Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti aktivno sodelovali in pomagali pri distribuciji in zbiranju izpolnjenih vprašalnikov. Več kot polovica vrnjenih vprašalnikov kaže na pozitiven odnos do raziskave, saj je anketiranje potekalo na številnih lokacijah, kjer se izvaja patronažno varstvo.

Prispevek magistrskega dela vidimo v tem, da smo predstavili pomen in vlogo patronažnega varstva na področju prepoznavne in obravnave nasilja v družini, predvsem nad ženskami v družinskih in partnerskih odnosih. Velik del patronažnega varstva je zasnovan kot delo na preventivnem področju. Čeprav se je v slovenskem prostoru izboljšala preventivna dejavnost v obliki referenčnih ambulant, pa se to ni v zadostni meri preneslo na delovanje na »terenu«, torej na področje patronažnega varstva.

Krepitev dejavnosti patronažnega varstva, kjer so v obravnavo vključene ranljive skupine prebivalstva, je pomembna tudi pri preprečevanju in obravnavi nasilja nad ženskami v družini. Dejavniki tveganja za nastanek nasilja v medosebnih odnosih so številčnejši v ranljivih skupinah prebivalstva. To je dodaten argument za nujnost krepitve patronažnega varstva in njegove vloge na področju preventivnega delovanja.

Na podlagi pregledane literature so bile izpostavljene različne ovire, ki preprečujejo učinkovito delovanje zdravstvenih delavcev na področju prepoznavanja in obravnavanja žensk, ki preživljajo nasilje v družini. Prav tako smo ugotovili, da državne institucije

razpolagajo s številnimi podatki s področja nasilja nad ženskami v družini, ki pa niso predstavljeni javnosti in tako ni zaznati, da bi imeli ti podatki učinek pri soočanju in reševanju te družbene problematike. Opaziti je, da se ti podatki uporabljajo le v različnih študijah, ki pa ne sprožijo aktivnosti vladnih ali nevladnih organizacij. Naša ugotovitev je tudi, da je zbiranje podatkov o zaznanih primerih nasilja nad ženskami v družini na področju zdravstva nepopolno. Spremljanje učinkovitosti zaznavanja in obravnavanja žensk, žrtev nasilja, na področju zdravstva pa je kritično slabo.

V empiričnem delu smo ugotovili, da na zaznavo in obravnavo nasilja nad ženskami, žrtvami nasilja v družini, vplivata usposobljenost izvajalcev patronažnega varstva in njihovo sodelovanje z zunanjimi pristojnimi inštitucijami. Hkrati smo ugotovili, da sodelovanje znotraj timov in institucij ter sprejeta navodila znotraj zavodov nimajo vpliva na zaznavo in obravnavo tovrstnega nasilja v patronažnem varstvu.

Naša spoznanja so uporabna kot izhodišče pri koncipiranju programov usposabljanja in načrtovanja pristopov in poti odzivanja na nasilje nad ženskami v družini v patronažnem varstvu, pa tudi širše v zdravstvu. Pokazalo se je, da zgolj razumevanje dinamike in procesa nasilja nad žensko v družini še ne sproži obravnave zaznanega nasilja. Ugotovili smo, da izvajalce patronažnega varstva pri delovanju na tem področju namreč vodi lastno prepričanje, da so dejansko usposobljeni za obravnavanje nasilja v družini. Prav tako na njihovo odločitev, da bodo zaznane nasilje nad žensko v družini obravnavali, vpliva izkušnja sodelovanja s pristojnimi institucijami na lokalni ravni. Na podlagi teh ugotovitev bi pri oblikovanju programov izobraževanja na tem področju lahko predlagali, da ti ne smejo vsebovati le teorije in pravnih znanj, pač pa je treba pri usposabljanju ponuditi vsebine praktičnih veščin za obravnavo žrtev nasilja. Pri tem je treba opozoriti strokovne institucije, kot sta Zbornica – Zveza in MZ, da preprečevanje nasilja v družini vključijo kot izobraževalno vsebino za pridobitev licence. Ta namreč do danes ni bila oblikovana oziroma potrjena s strani MZ.

Pomen te raziskave je tudi ugotovitev, da je sodelovanje s pristojnimi inštitucijami (policija, centri za socialno delo) zelo pomembno. Z okrepljenim sodelovanjem s policijo, CSD in nevladnimi organizacijami na lokalni ravni, bi se okrepilo tudi delovanje izvajalcev patronažnega varstva pri prepoznavanju in obravnavanju nasilja v družini.

Ozavestiti je treba, da medinstitucionalno sodelovanje in komunikacija na lokalni ravni okrepi multidisciplinarno obravnavo žrtev nasilja v družini. Poznavanje pristojnosti in dela posameznih inštitucij v lokalnem okolju pozitivno vpliva na obravnavo nasilja nad ženskami v družini. Po drugi strani pa je dobro medinstitucionalno sodelovanje sporočilo posameznim izvajalcem patronažnega varstva, da pri reševanju primerov zaznanega nasilja nad ženskami niso sami.

## 5 LITERATURA

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.

Alshammari, K.F., McGarry, J. & Awoko Higginbottom, G.A., 2018. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 5(3), pp. 237-253.

Allard, C., 2013. Caring for people who experience domestic abuse. *Emergency nurse*, 21(2), pp. 12-16.

Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K.T. & Campbell, J., 2017. Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. *Trauma Violence Abuse*, 18(5), pp. 479-495.

Arboit, J., Padoin, S.M.M, Vieira, L.B., Paula, C.C., Costa, M.C. & Cortes, L.F., 2017. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Revista Escola Enfermagem University Sao Paulo*, 51, pp. 1-7.

Bacchus, L.J., Ranganathan, M., Watts, C. & Devries K., 2018. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BioMed Central Public Health*, 8(7), pp. 1-20.

Baird, K., 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., Jennifer E. & Debra C.K., 2015. An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*, 28, pp. 215-220.

Ben Natan, M., Ben Ari, 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.

Berčan, M. & Krajnc, A., 2016. Preventivni obisk pri starostniku, ki je osamel in socialno ogrožen. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 55-57.

Bezenšek Lalić, O., 2009. Reakcije socialnih radnic na nasilje u obitelji. In: D. Horvat, Š. Veselič, eds. *Odzivanje socialnih delavk in delavcev na nasilje v družini*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, pp. 14-15.

Bijek, L., 2019. Odnosi, komunikacija, motivacija in nagrajevanje kot dejavniki uspešnega tima in organizacije. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(2), pp. 179-192.

Boursnell, M. & Prosser S., 2010. Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse*, 35(1), pp. 35-46.

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.

Callard, F. & Rose, D., 2012. The mental health strategy for Europe: why service user leadership in research is indispensable. *Journal of mental health*, 21(3), pp. 219-226.

Colombini, M., Dockerty, C. & Mayhew, S.H., 2017. Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-

Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Studies in Family Planning*, 48(2), pp. 179-200.

Cheng, T.C. & Lo, C.C., 2019. Health of Women Surviving Intimate Partner Violence: Impact of Injury and Fear. *Health & Social Work*, 44(2), pp. 87-94.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolo, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., Toth, O. & Barros, H. 2019. The impact of intimate partner violence on forgone healthcare: a population-based, multicentre European study. *European Journal of Public Health*, 29(2), pp. 359-364.

Cukut Krilić, S., Smrke, U., Šimenc, J. & Vah Jevšnik, M., 2015. Raziskava Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini (POND). In: J. Šimenc ed. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 17-20.

Cvetežar, I.Š. & Skela Savič, B., 2015. Pomen izobraževanja zaposlenih v patronažni dejavnosti pri obravnavanju žensk, žrtev nasilja v družini raziskava. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje: zbornik predavanj z recenzijo. 8. mednarodna znanstvena konferenca Fakultete za zdravstvo. Bled 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 251-256.

Day, S., Fox, J., Majercik, S., Redmond, F. K., Pugh, M. & Bledsoe, J., 2015. Implementing a Domestic Violence Screening Program. *Journal of Trauma Nursing*, (22) 3, pp. 176-181.

DeBoer, M.I., Kothari. R., Kothari, C., Koestner, A.L. & Rohs T. J., 2013. What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal Trauma Nurses*, 20(3), pp. 155-160.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2019. Priporočila za prepoznavanje in obravnava nasilja nad žensko v družini in partnerskih. *Utrip*, XXVII/4, pp. 47-54.

Dernovšek, M.Z., 2015. Psihijatrija. In: J. Šimenc, ed. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebo*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 122-127.

Devries, K.M., Child J.C., Loraine, J., Bacchus L.J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C. & Heise, L., 2013. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*, 109, pp. 379- 391.

Domiter Protner, K., 2012. *Sociološki vidiki izpostavljenosti slovenskih srednješolcev nasilju v družini in možnosti ukrepanja: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

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

Downie, S., Madden, K., Bhandari, M. & Jariwala, A., 2019. A prospective questionnaire-based study on staff awareness of intimate partner violence (IPV) in orthopaedic trauma patients. *Surgery Open Science*, 17(4), pp. 207-214.

Dufort, M., Stenbacka, M. & Hellner Gumpert C., 2014. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *European Journal of Public Health*, 225(3), pp. 413-418.

Eustace, J., Baird, K., Saito, A.S. & Creedy, D.K., 2016. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth*, 29(6), pp. 503-510.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2014. *Violence against women: an EU-wide survey*. [online] Available at: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-survey-methodology-sample-and-fieldwork> [Accessed 2 November 2018].

Felblinger, D.M., 2008. Domestic violence screening and treatment in the workplace. *The American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 56(4), pp. 143-150.

Filipčič K., 2008. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) /uvodna pojasnila. Ljubljana: GV založba.

Filipčič, K., 2012. O pravnih vidikih odzivanja na nasilje v družini. In: M. Muršič ed. *(O)krog nasilja v družini in šoli*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, pp. 43-59.

Finnbogadóttirin, H. & Dykes, A.K., 2012. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), pp. 181-189.

Flanagan, J.C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swanc T.P. & Sullivan, T.P., 2014. The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220(1-2), pp. 391-396.

Fulu, E. & Miedema, S., 2015. Violence Against Women: Globalizing the Integrated Ecological Model. *Violence Against Women*, 21(12), pp. 1431-1455.

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A., Koziol-McLain, J., Colombini, M. & Federravstveni G., 2015. The health-systems response to violence against women. *Violence Against Women and Girls*, 385(9977), pp. 1567-1579.



Gandhi, S., Poreddi, V., Nagarajaiah, D., Nikhil Reddy, S.S., Palaniappan, M. & BadaMat, S., 2018. Indian novice nurses' perceptions of their role in caring for women who have experienced intimate partner violence. *British Journal of Nursing*, 27(10), pp. 559-564.

Gonçalves, T.G., Lemos, A. & Tocantins, F.R., 2014. Women, Violence and Nursing: Bibliometric Study. *Journal of Nursing Federal University of Pernambuco on line*, 8(8), pp. 2864-2871.

Globevnik Velikonja, V., Lučovnik, M., Premru Sršen, T., Leskošek, V., Krajnc, M., Pavše L. & Verdenik I., 2015. Posledice nasilja nad ženskami in reproduktivno obdobje. In: P. Petročnik, ed. *Mednarodna znanstvena konferenca Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana, 6. maj 2015*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 18-26.

Guillery, M.E., Benzies, K.M., Mannion, C. & Evans, S., 2012. Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: a crosssectional survey. *BioMed Central Nursing*, 11, pp. 1-11.

Gupta, J., Falb, K.L., Ponta, O., Xuan, Z., Campos, A.P., Gomez, A.A., Valades, J., Cariño, G. & Diaz Olavarrieta, C., 2017. A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: findings from a cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Medicine*, 15, pp. 2-12.

Halket, M., Gormley, K., Mello, N., Rosenthal, L. & Mirkin, M., 2014. Stay With or Leave the Abuser? The Effects of Domestic Violence Victim's Decision on Attributions Made by Young Adults. *Journal of Family Violence*, 29(1), pp. 35-49.

Henriksen, L, Garnweidner-Holme, L.M., Thorsteinsen, K.K. & Lukasse, M., 2017. Pregnancy and Childbirth. *BioMed Central Medicine*, 17(165), pp. 1-9.

Hernandez, B.C., Reibling, E.T., Maddux, C. & Kahn, M., 2016. Intimate Partner Violence Experienced by Physicians. A Review. *Journal of Women's Health*, (25)3, pp. 311-320.

Horvat, M., 2016. Spremnna beseda predsednice strokovne sekcije. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 6-9.

Horvat, M. & Krajnc, A., 2014. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti zelo aktivno v pomlad. *Utrip*, XXII (4), pp. 50-52.

Husso, M., Virkki T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A. & Mäntysaari, M., 2012. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in the Community*, 20(4), pp. 347-355.

Kevin Hamberger, L. & Jeremy Brown, J., 2015. Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings. *Journal Womens Health (Larchmt)*, 24(1), pp. 86-91.

Kivelä, S., Leppäkoski, T., Ruohoniemi, J., Puolijoki, H. & Paavilainen, E., 2019. The Documentation and Characteristics of Hospitalized IPV Patients Using Electronic Medical Records Data: a Follow-Up Descriptive Study. *Journal of Family Violence*, 34(8), pp. 611-619.

Kopčavar Guček, N., 2015a. *Pogostost zaznavanja in obravnave nasilja v družini v ambulantni zdravniški družinske medicine: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Kopčavar Guček, N., 2015b. Postopki ob razkritju žrtev nasilja v družini. In: J. Šimenc ed. *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 83-88.

Kovačič, E., 2012. Celostni pristop v patronažni zdravstveni negi – študija primera. In: M. Horvat ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo, Nova Gorica, 19.–20. aprila 2012*. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/publikacije/zborniki> [Accessed 2 November 2018].

Krajnc, A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 22-26.

Krajnc, A., 2018. Izzivi staranja v domačem okolju – pogled medicinske sestre v patronažnem varstvu. In: Đ. Sima, G. Lokajner & R. Kobentar, eds. *Staranje izziv prihodnosti – izziv prihodnosti: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Krug, E.G., Mercy, A.J., Dahlberg, L.L. & Zwi, A.B., 2002. The world report on violence and health. *Public health*, 360(9339), pp. 1083-1088.

Larsen, M.M., Krohn, J., Püschel, K. & Seifert, D., 2014. Experiences of health and health care among women exposed to intimate partner violence: qualitative findings from Germany. *Health Care Women International*, 35(4), pp. 359-379.

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.

Leppäkoski, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E., 2010. Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), pp. 638-647.

Leppäkoski, T., Flinck, A. & Paavilainen, E., 2015. Greater commitment to the domestic violence training is required. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), pp. 281-283.

Leskošek, V., 2013. Vpliv nasilja na zdravje žensk. 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. 100-105.

Leskošek, V., Lučovnik, M., Pavše, L., Premru Sršen, T., Krajnc, M., Verdenik, I. & Globevnik Velikonja, V., 2017. The role of health services in encouraging disclosure of violence against women. *Zdravstveno varstvo*, 56(4), 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 on line*, 10(5), pp. 4279-4285.

Ljubič, A., Clark, D.J. & Štemberger Kolnik, T., 2016. Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review. *International Nursing Review*, 64(2), pp. 1-10.

Masona, R. & Turner, L. 2018, Serious gaming: A tool to educate health care providers about domestic violence. *Health Care Women International*, 39(8), pp. 859-871.

Miller, E., McCaw, B., Humphreys, B.L. & Mitchell, C., 2015. Integrating Intimate Partner Violence Assessment and Intervention into Healthcare in the United States: A Systems Approach. *Journal of Women's Health*, 24(1), pp. 92-99.

MacGregor, J.C., Wathen, N., Kothari, A., Hundal, P.K. & Naimi, A., 2014. Strategies to promote uptake and use of intimate partner violence and child maltreatment knowledge: an integrative review. *BioMed Central Public Health*, 14(862), pp. 2-16.

Mesec, B. & Stritih, B., 2015. Razumevanje timskega dela v socialnem varstvu. *Socialno delo*, 54(5), pp. 29-306.

Ministrstvo za zdravje (MZ), 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\\_PRI\\_IZVAJANJU\\_ZDRAVSTVENE\\_DEJAVNOSTI](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/nasilje_v_druzini/STROKOVNE_SMERNICE_ZA_OBRAVNAVO_NASILJA_V_DRUZINI_PRI_IZVAJANJU_ZDRAVSTVENE_DEJAVNOSTI) [Accessed 15 Januar 2018].

Ministrstvo za notranje zadeve (Policija), 2021. *Pregled dela policije za prvo polletje 2020*. [pdf] Ministrstvo za notranje zadeve – Policija. Available at: <https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/PorociloZaPrvoPolletje2020.pdf> [Accessed 10 marec 2021].

Modic, K.U., 2015. Žrtve nasilja v družini. In: J. Šimenc ed. *Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 50-55.

Moya, E.M., Chávez-Baray, S.M., Martínez, O. & Aguirre-Polanco, A., 2016. Exploring Intimate Partner Violence and Sexual Health Needs in the Southwestern United States. *Health & Social Work*, 41(1), pp. 29-37.

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.

Musa, A., Chojenta, C., Geleto, A. & Loxton, D., 2019. The associations between intimate partner violence and maternal health care service utilization: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Women's Health*, 19(36), pp. 1-36.

Nichols, E.M., Bonomi, A., Kammes, R. & Miller, E., 2018. Service seeking experiences of college-aged sexual and intimate partner violence victims with a mental health and/or behavioral disability. *Journal of American College Health*, 66(6), pp. 487-495.

Nyame, S., Howard, L.M., Feder, G. & Trevillion, K., 2013. A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*, 22(6), pp. 536-543.

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.

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.

Pahor, M. & Kavčič, M., 2018. Novi modeli produkcije zdravja na presečišču sistema in skupnosti: lokalne skupine za krepitev zdravja in centri za krepitev zdravja. *Teorija in praksa* 55(4), pp. 783-805.

Pahor, M., Krek, M., Škraban, J. & Oprešnik, D., 2018. Skupnost kot življenjsko okolje ljudi. In: M. Pahor, ed. *Zdrava skupnost – Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 13-39.

Pahor, M., 2018. Zdrava skupnost kot cilj in pot: uvod k priročniku za skupnostni pristop k zdravju. In: M. Pahor, ed. *Zdrava skupnost – Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10-12.

Pallant, J., 2016. *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS. 6th ed.* New York: Open University Press, McGraw Hill Education.

Plaz, M., 2014a. Kako doseči večjo učinkovitost pri svetovanju in psihosocialni podpori pri iskanju poti iz nasilja skupaj z uporabnico? In: Š. Veselič, D. Horvat & M. Plaz, eds.

*Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon.* Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, pp. 123-137.

Plaz, M., 2014b, Nasilje nad ženskami v partnerskih in sorodstvenih odnosih. In: Š. Veselič, D. Horvat & M. Plaz, eds. *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon.* Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke- žrtve nasilja, pp. 73-92.

Pogorevc Merčnik, J., 2018. Nekatera stališča koroških dijakov do nasilja v družini. *Javno zdravje*, 2(2), pp. 2-8.

Poleshuck, E., Mazzotta, C., Resch, K., Rogachefsky, A., Bellenger, K., Raimondi, C., Thompson Stone, J. & Cerulli, C., 2018. Development of an Innovative Treatment Paradigm for Intimate Partner Violence Victims With Depression and Pain Using Community-Based Participatory Research. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(17), pp. 2704-2724.

*Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*, 2011. Uradni list Republike Slovenije, št. 38.

Ramšak Pajk, J., 2016. Uvodno poglavje h knjigi priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. In: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič, eds. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 15-21.

Ruijne, R.E., Kamperman, A.M., Trevillion, K., Garofalo, C., Jongejan, F.E., Bogaerts, S., Howard, L.M. & Mulder, N.L., 2019. Mental health professionals' knowledge, skills and attitudes on domestic violence and abuse in the Netherlands: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry Open*, 5(2), pp. 1-7.

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.

Ryerson Espino, S., Fletcher, J., Gonzalez, M., Precht, A., Xavier, J. & Matoff-Stepp, S., 2015. Violence Screening and Viral Load Suppression Among HIV-Positive Women of Color. *AIDS Patient Care STDS*, 29(1), pp. 36-41.

Sabri, B.S.V., Nwokolo, V., Alexander, K.A. & Campbel, J.C., 2017. A Qualitative Study of Survival Strategies Used by Low-Income Black Women Who Experience Intimate Partner Violence. *Social Work*, 62(1), pp. 63-71.

Sawyer, S., Coles, J., Williams, A. & Williams B., 2016. A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners. *Medical Education*, 50, pp. 1107-1121.

Sedmak, M., & Kralj, A., 2014. Povečanje tolerancije prema nasilju nad ženama u privatnoj sferi: promjene u slovenskom javnom mnijenju između 2005. i 2012. godine. *Revija za sociologiju*, 44(1), pp. 31-58.

Sen, S. & Bolsoy, N., 2019. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample *BioMed Central Women's Health*, 17(1), pp. 1-9.

Skela Savič, B. & Pagon, M., 2009. Odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki v smislu organizacijske kulture: Kdo je odgovoren za podrejenost medicinskih sester? *Croatian Medical Journal*, 49(3), pp. 334-343.

Skela-Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstven nege*, 43(3), pp. 209-220.



Skela-Savič, B., 2017a. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297.

Skela-Savič, B., 2017b. Profesionalne vrednote in kompetence kot dimenzije razvoja v na dokazih podprtega dela v zdravstveni negi. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2017 – Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe bolnika z boleznijo pljuč: zbornik predavanj: program za zdravstveno nego, Bled, 6. in 7. oktober*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 22-31.

Smrkolj, Š. & Štolfa Gruntar, A., 2015. Ginekologija in porodništvo. In: J. Šimenc, ed. *Prepoznavna 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.

Sprague, S., Kaloty, R., Madden, K., Dosanjh, S., Mathews, D.J. & Bhandari, M., 2013. Perceptions of intimate partner violence: A cross sectional survey of surgical residents and medical students. *Journal of Injury Violence Research*, 5(1), pp. 1-10.

Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M. & Koželj, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 225-232.

Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P. & Saleh-Stattn, N., 2018. Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), pp. 902-913.

Szilassy, E., Drinkwater, J., Hester, M., Larkins, C., Stanley, N., Turner, W. & Feder, G., 2017. Making the links between domestic violence and child safeguarding: an evidence-

based pilot training for general practice. *Health Social Care Community*, 25(6), pp. 1722-1732.

Šimenc, J., 2016. »Vsi smo preobremenjeni, a zdaj pa še to«. Pogledi zaposlenih v socialnih in zdravstvenih službah na (ne)sodelovanje v multidisciplinarnih timih v primerih nasilja v družini. *Socialno delo*, 55(1-2), pp. 27-38.

Trevillion, K., Agnew-Davies, R. & Howard, L., 2013. Healthcare professionals' response to domestic violence. *Primary health care*, 23(9), pp. 34-42.

Turner, W., Hester, M., Broad, J., Szilassy, E., Feder, G., Drinkwater, J., Firth, A. & Stanley, N., 2015. Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*, 26(1), pp. 19-39.

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.

Umeda, M., Kataoka, Y. & Miller, E., 2017. Principles of care for women experiencing intimate partner violence: Views of expert Japanese health professionals and advocates. *Health Care for Women International*, 38(11), pp. 1219-1233.

Usenik, J., Vidiček, M., 2020. Poslovna statistika. Fakulteta za organizacijske študije Novo mesto [online]. Available at: <https://www.fos-unm.si/si/dejavnosti/zaloznistvo/> [Accessed 25 Avgust 2020].

Yaman Efe, S. & Taskın, L., 2012. Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study. *Sex Disabil*, 30, pp. 441-451.

World Health Organization (WHO), 2013a. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. [online] Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> [Accessed 5 Marec 2018].

World Health Organization (WHO), 2013b. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines* [online]. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/> [Accessed 5 Januar 2018].

World Health Organization (WHO), 2013c. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook* [online]. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/> [Accessed 5 September 2019].

World Health Organization (WHO), 2018. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* [online]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua> [Accessed 27 October 2019].

*Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)*, 2008. Uradni list RS, št. 16/08, 68/16 in 54/17 – ZSV-H.

*Zakon o ratifikaciji Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima*, 2015. Uradni list Republike Slovenije – Mednarodne pogodbe, št. 1/15.

Zaviršek, D., 2014. Nasilje nad handikapiranimi ženskami. In: Š. Veselič, D. Horvat & M. Plaz, eds. *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja. Izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja, pp. 106-121.

Zavrl Džananović, D., 2010. Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008 patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117-125.

Zavrl Džananović, D., 2018. *Izvajalci patronažne dejavnosti v Sloveniji v letu 2017* [pdf]. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izvajalci\\_patronazne\\_dejavnosti\\_v\\_sloveniji\\_2017\\_pop\\_mv\\_koncna.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izvajalci_patronazne_dejavnosti_v_sloveniji_2017_pop_mv_koncna.pdf) [Accessed 24 November 2018].

Zavrl Džananović, D., 2019. *Patronažna zdravstvena dejavnost v Sloveniji – pet let kasneje – primerjalna analiza o delu patronažnega zdravstvenega varstva 2013-2017* [pdf]. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne\\_zbirke\\_raziskave/patronazna\\_zdravstvena\\_dejavnost\\_pet\\_let\\_kasneje.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/patronazna_zdravstvena_dejavnost_pet_let_kasneje.pdf) [Accessed 9 November 2019].

Zver Makovec, M., 2016. »Izzivala me je:« o povzročiteljih nasilja in delu z njimi. *Socialno delo*, 55(1-2), pp. 77-86.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETNI VPRAŠALNIK**

##### **Anonimni vprašalnik o ovirah pri obravnavi žensk v patronažnem varstvu, ki so žrtve nasilja v družini**

Spoštovana, spoštovani,

zaposleni v zdravstvu so pogosto prepoznani kot tista profesionalna skupina, ki lahko bistveno pripomore k reševanju problematike nasilja v družini. Pri tem ocenjujejo, da ima patronažno varstvo posebej pomembno vlogo, saj zaradi narave dela obiskujejo varovanke/varovance tudi v domačem okolju. Pred vami je vprašalnik, v katerem so izpostavljeni nekateri problemi s področja nasilja nad ženskami, s katerimi se srečujejo zaposleni v patronažnem varstvu pri svojem delu. Raziskava je del magistrskega dela »Ovire pri obravnavi žensk v patronažnem varstvu, ki so žrtve nasilja v družini« na študijskem programu 2. stopnje Zdravstvena nega Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Raziskava je anonimna, podatki bodo prikazani zgolj v obliki vseh vključenih v raziskavo in ne po posameznih zdravstvenih zavodih.

Za vaše odkrite odgovore in pomoč se vam iskreno zahvaljujem!

Irena Špela Cvetežar

**1. Koliko let delovne dobe imate v patronažnem varstvu? Prosimo, dopišite.**

\_\_\_\_\_let.

**2. Koliko ste stari? Prosimo, dopišite.**

\_\_\_\_\_let.

**3. Katero stopnjo izobrazbe imate? Prosimo, označite najvišjo doseženo izobrazbo.**

1. Srednja šola	2. Višja/visoka strokovna izobrazba	3. Univerzitetna/bolonjski magisterij	4. Specializacija, znanstveni magisterij ali doktorat znanosti
-----------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

**4. V kateri statistični regiji opravljate dejavnost patronažnega varstva? Prosimo, označite en odgovor.**

a) Pomurska	b) Podravska	c) Koroška	d) Savinjska
e) Zasavska	f) Spodnjeposavska	g) Jugovzhodna	h) Osrednjeslovenska
i) Gorenjska	j) Notranjsko-kraška	k) Goriška	l) Obalno-kraška

**5. Prosimo, da odgovorite na naslednjih nekaj trditev, ki se nanašajo na usposabljanja/izobraževanja s področja nasilja v družini.**

a. V zadnjih petih letih sem na lastno pobudo obiskal/-a seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	Da	Ne
b. V zadnjih petih letih me je delodajalec napotil na seminar, delavnico, predavanje ipd. s področja nasilja v družini.	Da	Ne
c. Ocenjujem, da bi pri svojem delu potreboval/-a strokovno usposabljanje s področja obravnave pacientk/pacientov, ki so žrtve nasilja v družini.	Da	Ne

**6. Prosimo, da odgovorite na spodnje trditve, ki se nanašajo na področje zakonodaje.**

a. V Sloveniji imamo sprejeto zakonodajo o preprečevanju nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
b. V patronažni službi v našem zavodu imamo navodila za obravnavanje primerov nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
c. V našem zavodu imamo sprejeta navodila, kako poteka obravnavanje nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
d. Nasilje v družini lahko sam/-a prijavim centru za socialno delo.	Da	Ne	Ne vem
e. Nasilje v družini lahko sam/-a prijavim policiji.	Da	Ne	Ne vem
f. Samo zdravnik/zdravnica ima pristojnost, da prijavi nasilje v družini centru za socialno delo.	Da	Ne	Ne vem
g. Samo zdravnik/zdravnica ima pristojnost, da prijavi nasilje v družini policiji.	Da	Ne	Ne vem
h. Seznanjen/-a sem z nalogami multidisciplinarnega tima v centru za socialno delo za obravnavo nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
i. Poznam možne ukrepe policije v primerih nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
j. Seznanjen/-a sem z delom regijskega koordinatorja/ koordinatorice za preprečevanje nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem
k. Poznam nevladne organizacije s področja nasilja v družini in vsebino njihovega dela.	Da	Ne	Ne vem
l. Za področje zdravstva je v Sloveniji sprejet Pravilnik o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini.	Da	Ne	Ne vem

**7. Spodaj je naštetih nekaj trditev, povezanih z ženskami, ki so žrtve nasilja v družini. Prosim, da za vsako od njih izrazite stopnjo strinjanja, pri čemer je:**

- 1 – Sploh se ne strinjam.
- 2 – Ne strinjam se.
- 3 – Se niti ne strinjam niti strinjam.
- 4 – Strinjam se.
- 5 – Popolnoma se strinjam.

a. Pri nasilju v družini je žrtev sama kriva za nasilje.	1	2	3	4	5
b. V družini so najpogostejše žrtve otroci in ženske.	1	2	3	4	5
c. Če bi se ženske obnašale drugače (bi bile npr. tiho, ne bi izzivale, bi naredile, kar moški želi), do nasilja ne bi prišlo.	1	2	3	4	5
d. Nasilje nad ženskami je zasebna stvar, v katero naj se patronažna služba ne vmešava.	1	2	3	4	5
e. Vse primere nasilja v družini nad odraslimi ženskami je treba prijaviti centru za socialno delo ali policiji.	1	2	3	4	5
f. Ženskam, ki trdijo, da so žrtve nasilja, je treba verjeti.	1	2	3	4	5

**8. Spodaj je naštetih nekaj trditev, povezanih z obravnavo žensk, ki so žrtve nasilja v družini. Prosim, da za vsako od njih izrazite stopnjo strinjanja, pri čemer je:**

- 1 – Sploh se ne strinjam.
- 2 – Ne strinjam se.
- 3 – Se niti ne strinjam niti strinjam.
- 4 – Strinjam se.
- 5 – Popolnoma se strinjam.



a. Menim, da sem dovolj usposobljen/-a za prepoznavanje znakov nasilja nad žensko v družini.	1	2	3	4	5
b. Kadar sumim, da bi lahko šlo za nasilje nad žensko, vem, kako naj se pogovorim z njo.	1	2	3	4	5
c. Ženskam, žrtvam nasilja v družini, znam svetovati, katere oblike pomoči imajo na razpolago.	1	2	3	4	5
d. Kadar zaznam nasilje nad žensko, me je strah pogovora z njo.	1	2	3	4	5
e. Z žensko, žrtvijo nasilja, se o tem ne pogovarjam, da ne bi izgubil/-a njenega zaupanja.	1	2	3	4	5
f. Kadar zgolj sumim, da je prisotno nasilje nad žensko, ne obveščam pristojnih služb, ampak poskušam najprej pridobiti dodatne informacije.	1	2	3	4	5
g. Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da bo odklonila patronažno obravnavo, če bom o primeru nasilja obvestil/-a center za socialno delo ali policijo.	1	2	3	4	5
h. Ko zaznam nasilje nad žensko, me skrbi, da se bo storilec še bolj znesel nad njo, če bom ukrepal/-a.	1	2	3	4	5
i. O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem s sodelavci/sodelavkami.	1	2	3	4	5
j. O primerih zaznanega nasilja nad žensko v družini se lahko posvetujem z zdravnico/zdravnikom.	1	2	3	4	5
k. Kadar na preventivnem obisku ocenim, da je zaradi nasilja nad žensko v družini potreben ponovni obisk, mi za ponovne obiske zdravnica/zdravnik izda delovni nalog.	1	2	3	4	5
l. Kadar nasilje nad žensko zazna zdravnica/zdravnik, me napoti k njej na patronažni obisk.	1	2	3	4	5
m. Center za socialno delo obvešča našo patronažno službo o primerih zaznanega nasilja nad ženskami v družini.	1	2	3	4	5
n. Pri primerih nasilja nad ženskami v družini dobro sodelujemo s centrom za socialno delo.	1	2	3	4	5

**9. Ali ste v zadnjih petih letih pri svojem patronažnem delu prepoznali primer nasilja nad žensko v družini?**

1. Da

2. Ne

**10. Napišite, koliko primerov nasilja nad žensko v družini ste obravnavali v zadnjih petih letih?**

\_\_\_\_\_

**11. Če ste že kdaj v zadnjih petih letih obravnavali primer nasilja nad žensko, vas prosimo, da se spomnite zadnjega takšnega primera in v zvezi z njim odgovorite na naslednja vprašanja.**

a. Ob obisku mi je ženska povedala, da preživlja nasilje v družini.	Da	Ne
b. Ob obisku sem zaznal/-a znake nasilja nad žensko v družini in jo o tem povprašal/-a.	Da	Ne
c. V pogovoru sem žensko informiral/-a o njenih pravicah in oblikah pomoči.	Da	Ne
d. Nisem se hotel/-a vmešavati, zato nasilja nisem omenjal/-a.	Da	Ne
e. Bal/-a sem se storilca.	Da	Ne
f. Doživel/-a sem grožnje z nasiljem ali nasilje.	Da	Ne
g. Pogovora nisem mogel/-a izvesti, ker z žensko nisem bil/-a na samem.	Da	Ne
h. Za pomoč žrtvi nisem imel/a dovolj časa.	Da	Ne
i. Za pomoč žrtvi nisem imel/-a dovolj znanja.	Da	Ne
j. Počutil/-a sem se nemočno.	Da	Ne
k. Žrtev je nasilje zanimala in se z mano o tem ni želela pogovarjati.	Da	Ne

