STAVOVI PATRONAŽNIH SESTARA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE O MEĐUSEKTORSKOJ SURADNJI SA SOCIJALNOM SKRBI U PREVENCIJI OBITELJSKOG NASILJA

Car, Tamara

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:987425

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Tamara Car

STAVOVI PATRONAŽNIH SESTARA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE O MEĐUSEKTORSKOJ SURADNJI SA SOCIJALNOM SKRBI U PREVENCIJI OBITELJSKOG NASILJA

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

NURSING HEALTH-CARE MANAGEMENT

Tamara Car

OPINIONS OF HEALTH VISITOR NURSES IN PRIMORSKO-GORANSKA COUNTY ON CROSS-SECTORAL COOPERATION WITH SOCIAL CARE SERVICES REGARDING THE FAMILY VIOLENCE PREVENTION

Final Thesis

Rijeka, 2020.

MENTOR: Rozmari Tusić,mag.med.techn.
KOMENTOR: Doc.dr.sc. Sandra Bošković, bacc.med.techn, prof.reh.

Rad ima 57 stranica, 4 slike, 8 tablica, 43 literarna navoda.

Završni rad obranjen je dana _____

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Turnitin provjera

Zahvale

Najprije želim zahvaliti svojoj obitelji koja me podržavala da nastavim svoju edukaciju.

Veliku zahvalnost dugujem mentorici Rozmari Tusić, mag. med. techn. na korisnim savjetima i nesebičnoj stručnoj pomoći tijekom pisanja rada.

Zahvaljujem se na suradnji i pomoći u izradi diplomskog rada svim patronažnim sestrama Doma zdravlja Primorsko - goranske županije.

SAŽETAK:

Nasilje u obitelji uzrokuje onaj član obitelji koji korištenjem sile ili nekim drugim postupkom uspostavlja kontrolu nad drugim članom obitelji ili cijelom obitelji. Zlostavljanje se ne događa iznimno, već je ono dugotrajno i učestalo, a zlostavljač preuzima moć i kontrolu nad žrtvom. S obzirom na česte doticaje patronažnih sestara sa slučajevima obiteljskog nasilja u praksi, nužno je ispitati njihove stavove prema prijavljivanju slučajeva obiteljskog nasilja te iskustva u međusektorskoj suradnji sa socijalnom službom, policijom i pravosuđem.

Cilj: Istražiti uvjerenja i stavove patronažnih sestara Primorsko-goranske županije o međusektorskoj suradnji s Centrom za socijalnu skrb u prevenciji obiteljskog nasilja.

Specifični ciljevi rada su: istražiti važnost profesionalne uloge patronažnih sestara u slučajevima nasilja u obitelji i važnost koju pridaju svakoj suradničkih službi (službe koje se bave problemima nasilja u obitelji). Istražiti i analizirati dosadašnja iskustva sa socijalnom skrbi, te ispitati njihov odnos prema prijavljivanju nasilja u obitelji.

Metode: Istraživanje je provedeno pomoću anonimnog upitnika kojim su ispitane medicinske sestre zaposlene u patronažnoj službi Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. Istraživanje se provodilo od veljače do svibnja 2020.g. Svi kvantitativni podaci u istraživanju analizirani su metodom deskriptivne statistike. Normalnost distribucije rezultata u različitim grupama ispitana je Kolmogorov-Smirnovim testom. Za statističku usporedbu rezultata među grupama korišteni su neparametrijski testovi, Kruskal Wallis test za usporedbu više grupa i Mann Whitney U test za usporedbu dvije grupe. Razina statističke značajnosti postavljena je na $p<0,05$ (95% razina pouzdanosti).

Rezultati: Slaganje s tvrdnjom da su socijalne službe glavna poluga u rješavanju problema nasilja izrazilo je 25,9% ispitanica , 24,1% ispitanica ne slaže se s tom tvrdnjom, dok 46,6% ispitanica nije imalo definiran stav. Nepovjerenje prema pravosuđu i njegovom učinkovitom rješavanju problema nasilja izrazilo je 63,8 % ispitanica. Više od polovice ispitanica ima pozitivan stav prema nevladinim udrugama za pomoć žrtvama nasilja.

Najveći broj ispitanica, njih 63,8% ne slaže se s tvrdnjom da je prijavljivanje nasilja u nadležnosti drugih nezdravstvenih službi i da se zdravstvo u to ne bi trebalo miješati. Mišljenje da je svaki čovjek dužan prijaviti bilo kakvo saznanje o obiteljskom nasilju ima 86% ispitanica.

Strah od neozbiljnosti shvaćanja prijave obiteljskog nasilja izrazilo je 5,9% ispitanica. Sumnju prema učinkovitosti mehanizama kojima raspolaže Centar za socijalnu skrb u svrhu zaštite žrtve potvrdilo je 43,1% ispitanica, a neodređen stav prema učinkovitosti socijalne službe izrazilo je 39,7% ispitanica. Nakon suradnje s Centrom za socijalnu skrb 28 ispitanica (48,3%) izrazile su volju za nastavkom suradnje.

Iz rezultata dobivenih ispitivanjem broja dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom u svezi nasilja u obitelji najveći broj ispitanica imalo je sveukupno 1-5 kontakata sa službom socijalne skrbi u svom radnom vijeku. Njih 10,3 % nikada nije ostvarilo taj kontakt , a njih 15 (ili 25,9%) kontakt sa socijalnom skrbi ostvaruje od 2-5 puta mjesečno.

Zaključak: Patronažne sestre Doma zdravlja Promorsko-goranske županije prepoznaju svoju struku kao bitan činbenik prevencije nasilja u obitelji. Potrebno je povećati suradnju socijalne skrbi, pravosudnih organa i patronažne službe kako bi se steklo veće povjerenje u sustav i njegovu učinkovitost. Od iznimnog značaja je međusobno poznavanje djelokruga rada navedenih djelatnosti i mjera koje se mogu provesti u skladu sa zakonima i propisima. Razvoj profesionalnog stava, edukacija i dobra međusektorska suradnja temelji su za uspješnu podršku žrtvama obiteljskog nasilja.

Ključne riječi: obiteljsko nasilje, stavovi patronažnih sestara, međusektorska suradnja, socijalna skrb, prevencija

SUMMARY

Introduction: Domestic violence is a personal, family, and social problem that significantly impairs the quality of life and mental health of all those who are directly or indirectly exposed to it. Domestic violence is characterized by the desire of one family member to use force or some other act to establish control over a family member or the whole family. Abuse does not happen exceptionally, but it is long-lasting and frequent, and the abuser takes power and control over the victim. Given the frequent contact of community nurses with cases of domestic violence in practice, it is necessary to examine their attitudes towards reporting cases of domestic violence and experience in cross-sectoral cooperation with social services, police and the judiciary.

Objective: To explore the beliefs and attitudes of community nurses on cross-sectoral cooperation with the Centre for Social Welfare in the prevention of domestic violence, to explore the clarity of their professional role in cases of domestic violence and the importance they attach to each of the cooperation services, and to examine their attitude towards reporting domestic violence

Methods: The research was conducted using an anonymous questionnaire. The respondents were nurses employed in the patronage service of the Primorsko-Goranska County Health Centre. The survey was conducted from February 2020 until May 2020. All quantitative data in the research were analysed using the method of descriptive statistics. The normality of the distribution of results in different groups was examined by the Kolmogorov-Smirnov test to examine the normality of the distribution. For statistical comparison of results between groups, nonparametric tests, the Kruskal Wallis test for comparison of several groups and Mann Whitney U test for comparison of two groups, were used. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$ (95% confidence level).

Results: Only 25.9% of respondents agreed with the statement that social services are the main lever in solving the problem of violence, while no one completely agreed with this statement. 63.8% of respondents expressed distrust of the judiciary and its effective solution to the problem of violence. More than half of the respondents have a positive attitude towards non-governmental organizations for aiding the victims of violence.

The largest number of respondents, 63.8% of them, disagree with the statement that reporting violence is the responsibility of other non-health services and that health care should not interfere. 86% of the respondents are of the opinion that every person is obliged to report any knowledge of domestic violence.

Fear of the lack of seriousness in understanding the report of domestic violence was expressed by 15 respondents, or 25.9% of them. Doubt about the effectiveness of the mechanisms available to the social welfare centre for the purpose of victim protection was expressed by 43.1% of the respondents, while 39.7% of the respondents expressed an indefinite attitude towards the effectiveness of social services. 28 respondents (48.3%) remained willing to continue further contacts with the social welfare centre.

From the results obtained by examining the number of previous contacts with the social service in relation to domestic violence, the largest number of respondents had a total of 1-5 contacts with the social welfare service in their working life. 10.3% of them have never made that contact, while 25.9% have made contact with social welfare 2-5 times a month.

Conclusion: Community nurses recognize their profession as an important factor in violence prevention. It is necessary to increase the cooperation between social welfare, judicial authorities and patronage in order to gain greater trust among these activities. It is necessary to have mutual knowledge of the scope of work of these activities, the measures they can implement and the possibility of achieving the set goals of all activities. The development of a professional attitude, education and good cross-sectoral cooperation are the foundations for successful support to victims of domestic violence.

Keywords: domestic violence, attitudes of community nurses, cross-sectoral cooperation, social care services, prevention

Sadržaj:

1. UVOD ... 11
1.1. ORGANIZACIJA RADA PATRONAŽNE SLUŽBE KROZ POVIJEST ... 11
1.2. KOMPENTECIJE I DJELOKRUG RADA PATRONAŽNE SLUŽBE ... 14
1.3. SURADNJA PATRONAŽNE SLUŽBE S DRUGIM DJELATNOSTIMA ... 16
1.4. NASILJE U OBITELJI ... 17
1.4.1. Uzroci nasilja u obitelji i teorijski modeli ... 18
1.4.2. Oblici nasilja u obitelji, učestalost i posljedice ... 21
1.4.3. Uloga zdravstvenog sustava u kontekstu obiteljskog nasilja ... 25
1.5. PATRONAŽNA SESTRA I ŽRTVE OBITELJSKOG NASILJA ... 27
2. CILJ ISTRAŽIVANJA ... 29
3. METODA ISTRAŽIVANJA ... 30
4. STATISTIČKE METODE ... 31
5. ETIČKE NORME ... 31
6. REZULTATI ... 32
6.1. DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA ISPITANIKA ... 32
6.2. STAVOVI PREMA NADLEŽNIM SLUŽBAMA IZVANZDRAVSTVENOG SUSTAVA I MEĐUSEKTORSKOJ SURADNJI NA RJEŠAVANJU PROBLEMA NASILJA U OBITELJI ... 33
6.3. STAVOVI PREMA OBAVEZI PRIJAVLJIVANJA NASILJA U OBITELJI ... 36
6.4. OCJENA KVALITETE OSTVARENIH KONTAKATA SA SLUŽBOM SOCIJALNE SKRBI VEZANIH UZ NASILJE U OBITELJI ... 39
6.5. UPITNIK O BROJU DOSADAŠNJIH KONTAKATA SA SOCIJALNOM SLUŽBOM U SVEZI NASILJA U OBITELJI ... 41
7. RASPRAVA ... 42
8. ZAKLJUČAK ... 45
9. LITERATURA ... 46
10. PRILOZI ... 49
Prilog A. ... 49
Stavovi patronažnih sestara PGŽ o međusektorskoj suradnji sa socijalnom skrbi u prevenciji obiteljskog nasilja ... **Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.**
Prilog B Tablice ... 54
Prilog C Slike ... 55
11.ŽIVOTOPIS ... 56

1. UVOD

„Sestra pomoćnica je onaj misionar, koji će u narod unijeti za nj važne rezultate znanosti. Njoj je dana uloga narodnog prosvjetitelja u higijeni, ona imade da unapređuje zdravlje pojedinca, obitelji, naroda, ljudske zajednice…Ona odlazi k ljudima u kuće, nauča ih principe higijene… Ako je bolestan jedan član obitelji i sestra pomoćnica poučava, kako će se zdravi očuvati od bolesti, a opet čini sve, da ozdravi onaj, koji je izgubio zdravlje…“

dr. Vladimir Ćepulić

1.1. ORGANIZACIJA RADA PATRONAŽNE SLUŽBE KROZ POVIJEST

Osnovni cilj javno zdravstvene skrbi je implementacija javnozdravstvenih načela u svrhu poboljšanja zdravlja u cjelokupnoj zajednici.

Počeci javno zdravstvene skrbi bili su u Engleskoj. Sredinom 19. stoljeća Florence Nightingale vršila je promociju javnog zdravlja. U to vrijeme svaka sestra bila je zadužena za određeno područje u Londonu, a samim tim i za zdravlje žitelja tog područja. U jednom od svojih pisama The Timesu, Nightingale navodi da patronažna sestra (u engl. jeziku Health visitor) mora biti za klasu više i cjelovitije obučena nego bolnička medicinska sestra jer nema bolničkih uređaja te ona mora voditi bilješke o slučajevima kako bi mogla izvještavati liječnika i biti njegova desna ruka (1).

Dok se početni fokus tadašnje patronažne sestre u Engleskoj nalazio na mladim obiteljima i njihovim životnim uvjetima, u pedesetim godinama 20. stoljeća preporuka je bila da patronažna sestra pruža usluge „od kolijevke do groba“, s fokusom na socijalno i emocionalno blagostanje, kao i tjelesno zdravlje. Patronažne sestre počele su raditi ne samo s vrlo mladom populacijom i obiteljima, već i sa školama te sa starijim i kroničnim bolesnicima (2).

Začeci javnozdravstvene skrbi u SAD-u dešavaju se krajem 1800. godine osnivanjem ustanove „Henry street“ čija je osnivačica sestra Lillian Wald. Njen je cilj bio omogućiti medicinskim sestrama rad u područjima gdje žive i promiču javno zdravstvenu skrb. Na samim počecima taj vid skrbi je bio usmjeren na bolesne i siromašne. Lilian Wald zalagala se za promicanje higijenskih mjera, edukacije usmjerene na zdravlje i važnost rekreacije (3).

Modeli promicanja javnog zdravlja započetih u Engleskoj i SAD- u zadržali su se do danas, a patronažne sestre preuzele su zadatak promicanja fizičkog i mentalnog zdravlja u zajednici, te skrb o socijalnom blagostanju korisnika svih dobnih skupina i njihovih obitelji.

U Hrvatskoj prva spominjanja patronažne djelatnosti započinju osnivanjem prve škole za sestre pomoćnice 1921. godine. Monovalentna patronaža provodila se u dispanzerima za tuberkulozu i dojenčad.

Godine 1930. u Zagrebu se osniva središte za socijalno higijenski rad, a medicinske sestre 1933. godine preuzimaju zadaću prvih socijalnih radnika.

Godine 1935. počinju se provoditi „tečajevi za majku i dijete“ i „tečajevi njege u kući“. Nositelji navedenih tečajeva također su medicinske sestre. One započinju s provođenjem zdravstveno odgojnog rada i zdravstvenim prosvjećivanjem stanovništva različitih dobnih skupina.

Osnivanje domova zdravlja započelo je sredinom 20. stoljeća. U njima sestre provode polivalentni oblik rada, a od 1961. godine sastavni su dio tima obiteljske medicine. Djelokrug rada patronažne sestre u to vrijeme orijentiran je na populaciju pacijenata koja teritorijalno pripadaju liječniku obiteljske medicine (4). Prema „Zakonu o zdravstvenoj zaštiti“, na primarnoj razini, dom zdravlja temeljni je nositelj zdravstvene zaštite. Kroz dom zdravlja osigurana je sveobuhvatna i cjelovita primarna zdravstvena zaštita na određenom području od rođenja do smrti (5).

Reformom primarne zdravstvene zaštite od 1993. godine odabir obiteljskog liječnika postao je slobodan izbor korisnika, a patronažna djelatnost više nije vezana za liječnika obiteljske medicine. Patronažna je služba organizirana kao zasebna služba pri domu zdravlja. Takvim ustrojem obiteljski liječnici odgovorni su za pacijente koji im pripadaju prema vlastitom izboru, a patronažne sestre brinu o korisnicima prema teritorijalnoj podijeli i svakoj patronažnoj sestri pripada područje s oko 5000 korisnika (6).

Sve do 1998. godine, osim preventivnog rada, patronažna služba imala je zadaću provođenja kurativne djelatnosti kod korisnika. Osnivanjem zdravstvene njege u kući, patronažna služba prestaje provoditi kurativni dio zdravstvene zaštite. Patronažne sestre vrše nadzor nad provođenjem zdravstvene njege u kući te su dužne liječniku opće/obiteljske medicine predložiti vrstu zdravstvene njege, njeno vremensko trajanje ili pak ukidanje ako ona više nije potrebna.

Otvaranjem prve dvogodišnje više medicinske škole za medicinske sestre pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1966. godine, medicinske sestre nakon završene srednje medicinske škole dobivaju mogućnost daljnjeg školovanja. Školovanje se nastavlja kroz dva smjera, bolnički i dispanzersko patronažni smjer.

Sve do 1986. godine patronažne sestre imale su jedinstvenu mogućnost obrazovanja na dispanzersko patronažnom smjeru, a 1986. godine ukidaju se oba smjera pri višoj školi i osniva se jedan jedinstveni polivalentni smjer u trajanju od dvije godine na kojem se obrazuju sve buduće više medicinske sestre. Od 1999. godine uvodi se trogodišnji program obrazovanja medicinskih sestara i naziv „viša medicinska sestra“ mijenja se u „prvostupnik/prvostupnica sestrinstva“. Prema podatcima objavljenim u Hrvatskom statističkom ljetopisu za 2013. godinu, u Hrvatskoj je radilo 917 patronažnih sestara od kojih je bilo 845 prvostupnica/ka sestrinstva i 72 medicinske sestre/tehničara srednje stručne spreme. U 2018. godini situacija je nešto drugačija, ukupno je zaposlenih 865 patronažnih sestara što je oko 9% manje nego u 2013. godini. Prema obrazovnoj strukturi u 2018. godini bilo je samo 3,5 % sestara sa srednjom stručnom spremom dok ih je 2013. godine bilo 7% (7).

U skladu sa „Smjernicama za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti“, izdanima od strane Hrvatske komore medicinskih sestara, navedeno je kako za rad u Patronažnoj službi potrebno imati najmanje višu odnosno visoku stručnu spremu (8).

Prema preporuci američkog sestrinskog udruženja iz 2013. godine stupanj obrazovanja sestara zaposlenih u javnom zdravstvu u SAD-u treba biti na diplomskoj razini kako bi se osigurala napredna praksa u rješavanju složenih javnozdravstvenih problema (9).

U Velikoj Britaniji postoji nekoliko vrsta specijaliziranih medicinskih sestara. Jedna od tih specijalizacija je i medicinska sestra sa specijalizacijom iz područja javnog zdravlja (engl. Specialist Community Public Health Nurses SCPHN). Ova specijalizacija odnosi se na medicinske sestre ili primalje koje rade na području javnog zdravlja. Obrazovanje se izvodi na razini tečajeva u trajanju od ukupno 52 tjedna, a sastoji se od polovice praktičnog i polovice teoretskog dijela. Prije polaska tečaja medicinska sestra mora biti registrirana pri engleskoj sestrinskoj komori (NHS). Po završetku tečaja medicinska sestra postaje specijalist javnog zdravlja u zajednici (10).

1.2. KOMPENTECIJE I DJELOKRUG RADA PATRONAŽNE SLUŽBE

„Patronažna služba je samostalna djelatnost u sklopu primarne zdravstvene zaštite, a djelokrug rada i odgovornosti patronažne sestre definira Zakon o zdravstvenoj zaštiti“ (100/18, 125/19) i Zakonom o sestrinstvu (NN 57/11).

Svjetska zdravstvena organizacija 1974. godine definira sestrinstvo u zajednici kao djelatnost čija je zadaća skrbiti o potrebama kako pojedinca tako i obitelji.

Osnovni cilj patronažne djelatnosti je pružanje zdravstvene zaštite korisnicima izvan zdravstvenih ustanova. Sastavni dio rada patronažne službe je poticanje pojedinca na očuvanje vlastitog zdravlja kroz preventivne mjere i savjetodavni rad (11)**.**
Suvremena sestrinska praksa usmjerena je k zdravlju, a provodi se prema etičkim i humanističkim principima s naglaskom na holistički pristup pojedincu u sustavu skrbi. Prema gledištu Svjetske zdravstvene organizacije patronažna djelatnost ambasador je zdravlja u široj zajednici.

Budući da je djelokrug rada patronažne sestre usmjeren na korisnike u zajednici, on se u mnogočemu razlikuje od ostalih segmenata sestrinstva. Ključni elementi prakse u patronažnoj skrbi zbrinjavanje je različitih dobnih skupina stanovništva.
Kao što je već spomenuto, osnovna zadaća patronažne skrbi je prevencija koja se provodi na; primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini.

- primarna prevencija provodi se kod zdrave populacije u svrhu očuvanja zdravlja i razvijanja pozitivnih stavova za očuvane zdravlja;
- sekundarna prevencija provodi se s ciljem pravovremenog prepoznavanja rizika koji dovode do narušavanja zdravlja ili kod već narušenog zdravstvenog stanja; skrb se usmjerava na zadržavanje postojeće razine zdravlja;
- tercijarnom prevencijom patronažna sestra pomaže korisnicima u uspostavljanju ravnoteže kod novonastalog zdravstvenog stanja, pomaže korisniku upućujući ga kako da se fizički i psihički nosi sa novonastalom situacijom i stanjem.

Patronažna se skrb provodi u domovima korisnika, a patronažna sestra ima pristup najintimnijim dijelovima života i nerijetko se susreće s teškim životnim uvjetima osjetljivih skupina. Svaka patronažna sestra mora u velikoj mjeri vladati komunikacijskim vještinama, biti socijalno prilagodljiva te holistički pristupati svakom korisniku imajući u vidu dinamiku i funkcioniranje obitelji u koju ulazi.

Prilikom posjeta korisniku glavni zadatci patronažne sestre su:

- objektivna procjena tjelesnog, psihičkog i socijalnog stanja korisnika i njegove obitelji
- procjena potrebe korisnika za sestrinskom skrbi, planiranje i vrednovanje rezultata provedenih mjera
- poticanje i promicanje samozbrinjavanja te pomoć korisniku u prihvaćanju istog
- procjena potreba korisnika za zdravstvenim odgojem te provođenje zdravstvenog odgoja
- pronalaženje bolesnih, nemoćnih, ugroženih i pomoć u njihovu zbrinjavanju
- utvrđivanje potreba za njegom bolesnih u kući i pomoć pri ostvarenju korisnikovih prava na njegu, sudjelovanje pri izradi plana i vrednovanje provedene zdravstvene njege u kući,
- organizacija i koordinacija stručnih službi u svrhu očuvanja zdravlja i sprječavanja daljnjeg oštećenja i razvoja komplikacija (12).

Prema planu i programu mjera zdravstvene zaštite patronažna sestra izvršava sljedeće:

- posjet trudnici jednom tijekom trudnoće,
- dva posjeta novorođenčetu i babinjači,
- dva posjeta dojenčetu u prvoj godini života,
- jedan posjet djetetu predškolske dobi,
- određivanje socijalno-higijenskih prilika u domovima korisnika,
- posjete bolesnicima s kroničnim bolestima,
- posjete korisnicima iznad 65 godina koji nisu posjetili liječnika opće/obiteljske, medicine duže od jedne godine (6).

Prema odrednicama Zakona o sestrinstvu, patronažna sestra također je dužna voditi sestrinsku dokumentaciju.

1.3. SURADNJA PATRONAŽNE SLUŽBE S DRUGIM DJELATNOSTIMA

U svakodnevnom radu patronažna sestra 70 % radnog vremena provede u domovima korisnika, a ostatak radnog vremena provodi surađujući sa zdravstvenim i vanzdravstvenim službama kao što su policija, služba socijalne skrbi.

Patronažna sestra najuže surađuje s liječnikom opće/obiteljske medicine i službom zdravstvene njege u kući. Suradnja s navedenim službama direktno je usmjerena na korisnikovo zdravstveno stanje i organizaciju daljnje skrbi.

Patronažna sestra važan je suradnik u timu opće/obiteljske medicine jer osigurava provođenje zdravstvene skrbi u domu bolesnika (5). Dobra suradnja patronažne sestre i liječnika osigurava pravovremeno pružanje zdravstvene skrbi i izbjegavanje potencijalnih komplikacija. Ona čini sponu između liječnika opće/obiteljske medicine i službe za zdravstvenu njegu u kući. Kroz dobru suradnju s patronažnom sestrom obiteljski liječnik ima kontinuirani uvid u zdravstveno i socijalno stanje svojih pacijenata, poglavito onih teže pokretnih i nepokretnih. Suradnja mora biti kontinuirana, odnos ravnopravan s ciljem pravovremene pomoći korisniku u ostvarenju zdravstvene zaštite (6).
Ako se radi o pacijentu koji zahtjeva daljnju skrb i zdravstvenu njegu u kući, obiteljski liječnik o tome obavještava patronažnu službu. Patronažna sestra nakon najave odlazi korisniku. Prvi je korak procjena zdravstvenog i socijalnog stanja korisnika, obiteljskog okruženja i potrebe za pružanjem zdravstvene njege u domu korisnika. O stanju korisnika izvještava liječnika opće/obiteljske medicine.
Patronažna sestra preuzima daljnju komunikaciju sa zdravstvenom njegom u kući, vrši evaluaciju učinjenog te podnosi izvještaje obiteljskom liječniku na mjesečnoj razini.

Od iznimnog je značaja i suradnja patronažne sestre s Centrom za socijalnu skrb kako bi se usmjerila briga na socijalno ugrožene skupine korisnika i adekvatno organizirala skrb o obiteljima u riziku. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 157/2013) socijalne usluge koje se mogu pružiti korisnicima su sljedeće; informiranje, prepoznavanje i početna procjena potreba korisnika, savjetovanje i pomaganje, pomoć u kući, psihosocijalna podrška, rana intervencija, pomoć pri integraciji u programe odgoja i redovitog obrazovanja, boravak, smještaj i organizirano stanovanje (13).

1.4. NASILJE U OBITELJI

Nasilje u obitelji, osim što je osobni problem, također je i problem na razini obitelji i društva (14).

Prema Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji (NN 70/17, 126/19) koji je na snazi od 01.01.2020.

nasilje u obitelji definirano je sljedećim nizom odrednica:

1. primjenjivanje fizičke sile bez obzira na nastup tjelesne ozljede
2. ponižavanje i tjelesno kažnjavanje djece
3. povreda dostojanstva psihičkim nasiljem
4. spolno uznemiravanje
5. ekonomsko nasilje je ograničavanje ili zabranjivanje uporabe osobne ili zajednički stečene imovine, ograničavanje sredstava za uzdržavanje djece i kućanstva, zabranjivanje rada i stjecanja prihoda
6. zanemarivanje starijih osoba i osoba s invaliditetom (15).

Prema posljednjem objavljenom izvješću za 2018. godinu zbog prekršaja nasilja u obitelji prijavljeno je 10.272 osoba (11.506 u 2017.) od kojih 7.983 muškaraca i 2.289 žena. Evidentirano je ukupno 2.434 recidivista/ica zbog prekršajnog djela obiteljskog nasilja za razliku od 2017. godine kada ih je bilo 2.807 (16).

Kada je riječ o pojavi nasilja u obitelji, govori se o nasilju među članovima obitelji gdje jedan člana obitelji korištenjem sile ili nekom drugim postupkom uspostavlja kontrolu nad članom obitelji ili cijelom obitelji. Zlostavljanje se ne događa iznimno već je ono dugotrajno i učestalo, a zlostavljač preuzima moć i kontrolu nad žrtvom (17).

U obiteljskoj zajednici svi se oblici nasilja mogu događati među partnerima, a nerijetko je prisutno i zlostavljanje djece od strane jednog ili oba roditelja. U višegeneracijskim kućanstvima zlostavljanju također mogu biti izloženi i stari i nemoćni roditelji, a praksa prepoznaje zanemarivanje i zlostavljanje starih i nemoćnih koji žive u samostalnim kućanstvima. Iz navedenog je vidljivo da se nasilje u obitelji može odvijati u više relacija.

Nasilje u obitelji osim javnozdravstvenog problema, predstavlja također i veliki financijski izdatak za državu i zdravstveni sustav. Prema izvještaju britanskog Instutute Of Healt Visiting iz 2010. godine, procijenjeno je da je obiteljsko nasilje koštalo javno zdravstvo 23 milijarde funti godišnje. Trošak je procijenjen kroz provođenje zakona, pravne postupke, liječenje i izgubljenu produktivnost kod žrtava (18).

1.4.1. Uzroci nasilja u obitelji i teorijski modeli

Obiteljsko nasilje tek je sredinom 20. stoljeća postalo objektom društvene pažnje, do tada se ono smatralo privatnom obiteljskom stvari.

Proučavanju i istraživanju fenomena nasilja posvetili su se sociolozi, psiholozi, pedagozi i pravnici pokušavajući nasilje objasniti kroz teorijske okvire.

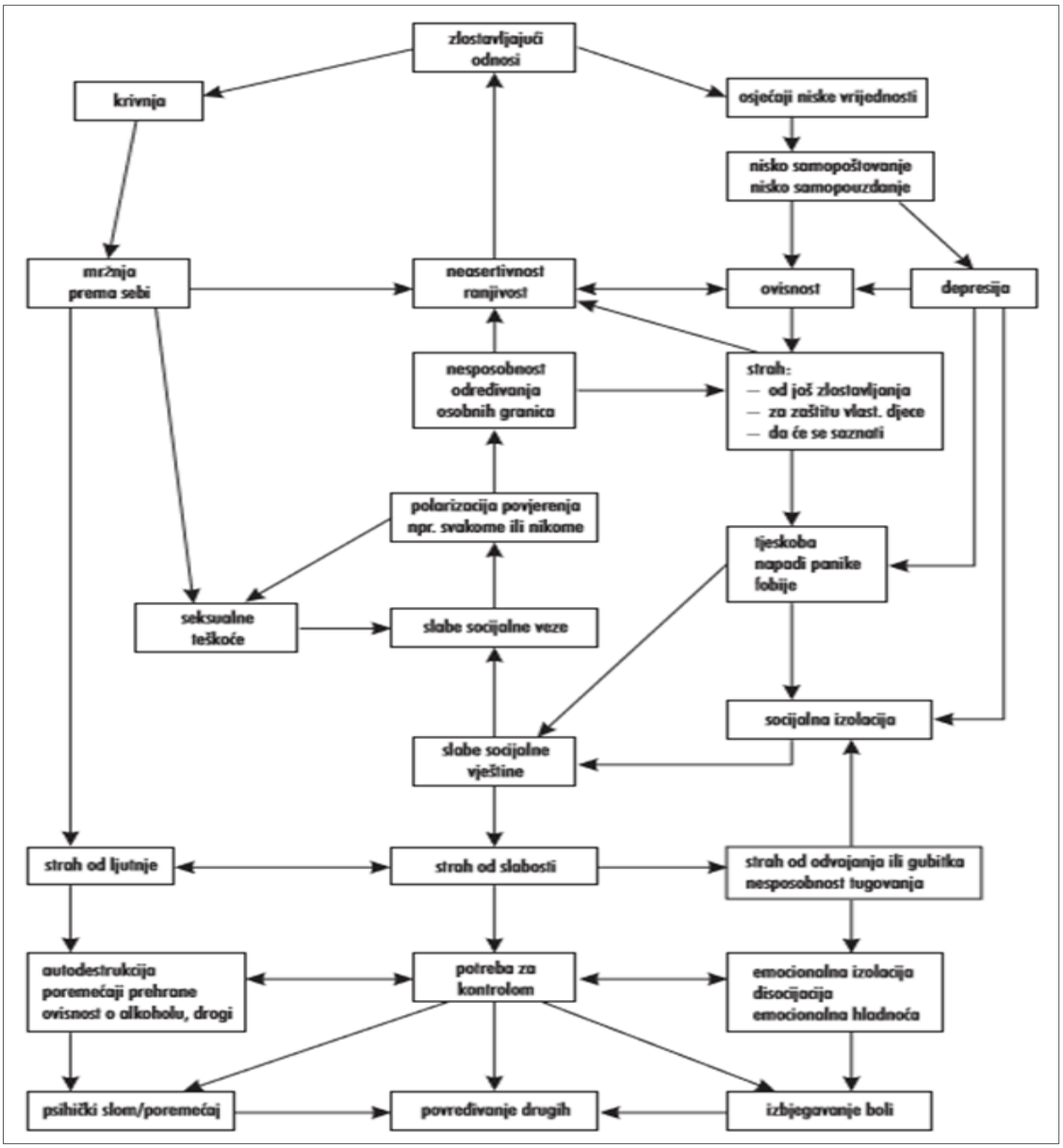
Instinktivistička teorija nasilje objašnjava kao reakciju na određenu situaciju, a instinkt drži za stabilan biološki pokretač. Zagovornici ove teorije bili su Freud, Fromm i Lorenz te se ona prema svojim zagovornicima dijeli na tri različite struje. Psihoanalitičku struju zagovara Sigmund Freud. On ljudsko ponašanje pripisuje dvama instiktima erosu i thanatosu, odnosno nagonu života i nagonu smrti. Ako dođe do prevlasti thanatosa razvija se težnja agresije prema samome sebi, dok eros uzrokuje agresiju prema drugima. Fromm teoriju agresivnosti definira kao svako ponašanje koje ima za cilj nanošenje štete drugoj jedinki. On agresivnost dijeli na benignu i malignu. Prema Frommu benigna agresija urođena je i instiktivna reakcija koja je nužna za opstanak, dok je maligna štetna i za počinitelja i za žrtvu. Lorenzova etološka teorija agresivnosti smatra da je agresija urođena i da služi za preživljavanje

U prvoj polovici 20. stoljeća javljaju se teorije koje agresiju pripisuju reakciji na situaciju. Američki psiholozi Dollard i Sears agresiju pripisuju frustraciji te smatraju da je agresija uvijek njena posljedica, dok se Leonard Berkowitz ne slaže u potpunosti s tom teorijom, već iznosi stajalište da agresija može biti uvjetovana podražajem iz okoline.

Albert Bandura smatra da se agresija stječe učenjem i oponašanjem agresivnog ponašanja. To posebno biva primjenjivo na djecu ako se agresivno ponašanje nagrađuje (19).

Prema istraživanjima, međugeneracijski prijenos nasilja u obitelji kreće se od 30 do 35% gdje osobe koje su bile zlostavljane u djetinjstvu primjenjuju naučene obrasce ponašanja i u odrasloj dobi. Ta statistika ponajviše se odnosi na kontekst zlostavljanja djece od strane roditelja. Ono

što može pozitivno utjecati na prekid međugeneracijskog lanca zlostavljanja je podrška uže i šire okoline, stabilna emotivna veza i podrška partnera, stabilna ekonomska situacija i korištenje psihološkog savjetovanja. Sa svim tim postiže se da osoba koja je zlostavljana u djetinjstvu mijenja naučene obrasce kroz podizanje svijesti o sebi. Visoka inteligencija i socijalna podrška u djetinjstvu također utječu na prekidanje lanca međugeneracijskog nasilja (20).



Slika 1. Posljedice izloženosti zlostavljanja u djetinjstvu
IZVOR: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:778126

U preglednom članku autori Dodaj i Sesar istražuju čimbenike rizika za nasilje u partnerskim vezama (12). Varijable koje su u korelaciji s pojavom nasilja od strane partnera odnose se na:

- povijest izloženosti zlostavljanju kroz djetinjstvo,
- zadovoljstvo partnerom/icom i bračnim odnosima,
- psihodinamske crte ličnosti,
- izloženost alkoholu i opojnim drogama .

Sociolozi razloge za nasilje traže u društvenim okvirima, odnosno ne nameću stav da je čovjek primarni izvor nasilnog ponašanja, već da je društveno okruženje ono koje potiče nasilje i odobrava ga (slika 2).



Slika 2 Socijalno-ekološki model nasilja
IZVOR:https://www.dcaf.ch/sites/default/files/publications/documents/Practice-Guide-Domesti-Violence_Bos.pdf

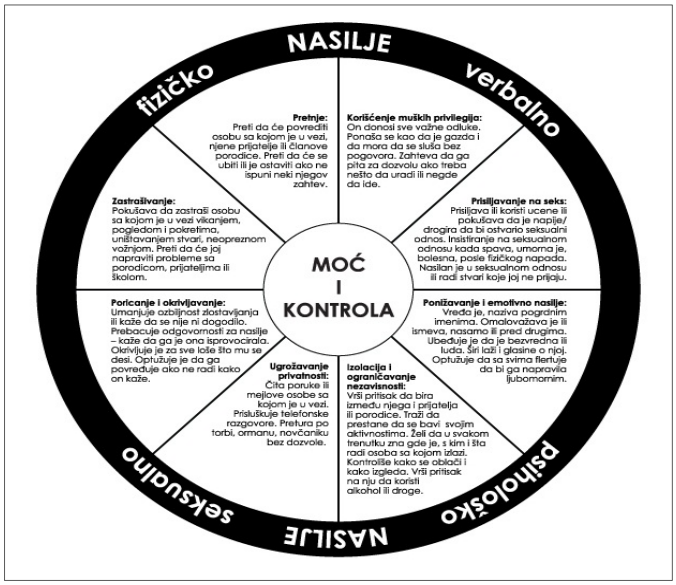
1.4.2. Oblici nasilja u obitelji, učestalost i posljedice

Osnovna podjela oblika nasilja:

- fizičko zlostavljanje
- psihičko / emocionalno nasilje
- seksualno nasilje
- ekonomsko zlostavljanje
- zanemarivanje

Unutar jedne obitelji nasilje se može odnositi na nasilje u partnerskim odnosima , nasilje prema djeci i nasilje prema starijim i nemoćnima. Na svaku navedenu skupinu može se odnositi svaki oblik nasilja.

Sociologinja Ellen Pence 1980. godine na grupnim je radionicama sa ženama koje su bile žrtve partnerskog nasilja osmislila „krug moći i kontrole“ (slika 4). Ovaj povijesni shematski krug nastao je prema iskazima zlostavljanih žena koje su bile smještene u sigurne kuće. Sva iskustva iz nasilne zajednice sumirale su i stavile u krug iz kojeg je vidljivo da je sve usmjereno na moć i kontrolu nasilnika naspram žrtve te nije izostavljen niti jedan oblik nasilja već se isprepliću.



Slika 3 Krug moći i kontrole nasilja u obitelji
IZVOR: http://www.domine.hr/?lang=hr&index=50&cid=11476

Prema istraživanju Vijeća Europe iz 2002. godine 20% do 50% europskih žena bilo je zlostavljano u obitelji te je nasilje nad ženama istaknuto kao najčešći oblik kršenja ljudskih prava. Muškarci prevladavaju kao zlostavljači u odnosu na žene 9:1. (21).

U Republici Hrvatskoj prevalencija žena kao žrtava partnerskog nasilja je 29%, ali neka istraživanja također govore i o tome da su žene češći počinitelji psihičkog nasilja (22).

Nasilje je medicinski problem koji rezultira ne samo tjelesnim, već i emocionalnim i psihološkim ozljedama. Globalni je uzrok duševnih oboljenja (23).

Fizičko nasilje definira se kao svaka primjena sile usmjerena k žrtvi; od grebanja, čupanja, udaranja, udaranja raznim predmetima. Karakteristike povreda mogu biti različite - od lakših ka težim, s posljedicama za zdravlje pa sve do ubojstva. U posebno težak oblik fizičkog zlostavljanja spada zlostavljanje djece, žena u trudnoći i starijih i invalidnih osoba.

U danskoj multicentričnoj studiji provedenoj na 940 žena, njih 39.5% izjasnilo se da je bilo zlostavljano u trudnoći (24).

Istraživanju iz 2011. koje je provedeno u jednoj američkoj ustanovi za planiranje obitelji na uzorku od 1319 žena njih 53,4 % izjasnilo se o prisustvu nasilja u partnerskoj vezi ili braku. Cilj istraživanja bio je dovesti u vezu obiteljsko nasilje i pravo žene na odluku o kontroli rađanja. Pokazalo se da je 19. 1 % ispitanica prijavilo prisiljavanje na zadržavanje trudnoće, a 15% ispitanica bilo je prisiljeno učiniti pobačaj. Također se navodi da je oko 40% ispitanica imalo barem jednu neplaniranu trudnoću (25). Iz navedene studije vidi se da je zlostavljanim ženama, osim što proživljavaju višestruke oblike nasilja, oduzeto i pravo na odlučivanje.

Djeca koja su kontinuirano izložena obiteljskom nasilju izložena su visokoj razini stresa što rezultira povećanim lučenjem kortizola. Istraživanja su pokazala da ta djeca imaju za posljedicu fizičke promjene na mozgu što se očituje teškoćama koncentracije i učenja (26).

Psihičko / emocionalno nasilje ima za cilj rušenje osjećaja samopouzdanja i samopoštovanja kako bi zlostavljač zadobio moć nad žrtvom. Emocionalni zlostavljač neprestano kritizira žrtvu, verbalno ju napada i vrijeđa, omalovažava, ponižava, naziva pogrdnim imenima, izvrće činjenice u konverzaciji, manipulira osjećajima i nanosi psihičku bol.

Emocionalnom zlostavljanju mogu biti izložene osobe svih dobnih skupina uključujući i djecu. Djeca najčešće bivaju emocionalno zlostavljana od strane vlastitih roditelja i osoba bliskih

obitelji. Emocionalno zlostavljanje najrašireniji je oblik zlostavljanja djece. Njega je teže identificirati u usporedbi s fizičkim zlostavljanjem, a može se opisati kao verbalno zlostavljanje, oštre nefizičke kazne ili prijetnje zlostavljanjem. Emocionalno i psihički zlostavljano dijete osjeća se bezvrijednim, promašenim, nevoljenim, neželjenim i ugroženim. Ono je povezano s negativnim ishodima po dijete pokazuje oštećenja emocionalnog, socijalnog i kognitivnog razvoja, uključujući bespomoćnost, agresivnost, emocionalnu neodgovornost i neurotičnost. Najnovija istraživanja također su pokazala da djeca koja su iskusila psihičko i emocionalno zlostavljanje imaju uobičajene probleme s mentalnim zdravljem, uključujući depresiju, tjeskobu, nisko samopoštovanje i poremećaje prehrane.

Tu tezu također potvrđuje pakistansko istraživanje provedeno 2014. godine na 300 ispitanika starosti između 13 i 17 godina (57% dječaka i 43% djevojčica). Za procjenu i dijagnozu zlostavljanja korištene su ljestvice iskustva psihološkog zlostavljanja i osobna percepcija zlostavljanja. Rezultati istraživanja pokazali su da je psihičko zlostavljanje roditelja rezultiralo s problemima mentalnog zdravlja kod adolescenata. Adolescenti koji su svoje roditelje doživljavali kao zlostavljače imali su također veće probleme sa psihičkim zdravljem. Zaključak istraživanja je da je psihološko zlostavljanje djece od strane roditelja povezano s problemima mentalnog zdravlja kod adolescenata. Prema zaključku autora istraživanja rezultati dobiveni istraživanjem imaju za cilj bolje razumijevanje emocionalnog psihološkog zlostavljanja i njegovog utjecaja na adolescente. Budući da je u Pakistanu emocionalno zlostavljanje djece tabu tema, rezultati ove studije mogu se upotrijebiti kao upozorenje roditeljima, javnost i stručnjacima (27).

Seksualno nasilje definira se kao svako prisiljavanje na intimni tjelesni kontakt bez pristanka. Seksualno zlostavljanje uključuje: prisiljavanje na spolni odnos, spolno zlostavljanje djece, prisiljavanje na neželjene seksualne radnje, sudjelovanje u izradi pornografskih sadržaja, podvođenje i još niz odrednica koje narušavaju osobni spolni integritet (28).

Djeca koja su izložena seksualnom zlostavljanju razvijaju obrambene mehanizme kako bi se mogli nositi s traumatskim događajem. Negiranje ili minimaliziranje zlostavljanja prvi su obrambeni mehanizmi. Ako se zlostavljanje nastavi, djeca se disociraju od svog tijela ili razvijaju podvojenu ličnost kako bi se mogla uspješno nositi s traumom. Ukoliko djeci i adolescentima žrtvama seksualnog zlostavljanja nije pružena adekvatna pomoć, oni odrastaju u odrasle osobe sklone devijantnom ponašanju, nerijetko su niskog samopoštovanja, puni krivnje te imaju lošu sliku o sebi (29).

Osobe koje dožive seksualno nasilje od intimnog partnera često razvijaju stanja narušenog mentalnog zdravlja, poput depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja, anksioznih poremećaja, zlouporabe lijekova i opojnih supstanci, razvijaju suicidalno ponašanje i somatske poremećaje, skloni su poremećajima prehrane i osjećajima kronične boli (30).

Nakon proživljenog seksualnog nasilja na žrtvama ostaje dubok trag te one većinom zahtijevaju neki oblik profesionalne psihološke i psihoterapijske pomoći (21).

Ekonomsko nasilje odnosi se na ograničavanje, korištenje i stjecanje financijskih sredstava kako bi žrtva bila ovisna o zlostavljaču (28).

Zakonodavstvo Republike Hrvatske 2009.godine uz poznate kategorije nasilja definira kategoriju ekonomskog nasilja kao „novi„ oblik nasilja.

U prvom istraživanju o zastupljenosti ekonomskog nasilju nad ženama, koje je provedeno u Hrvatskoj 2010. godine, došlo se do zaključka da su sve žene izložene partnerskom nasilju bile izložene i nekom od oblika ekonomskog nasilja (31).

Zanemarivanje je posebna kategorija nasilja u kojoj se izostavlja pružiti adekvatan oblik skrbi članu obitelji, starijem članu obitelji ili djetetu, ukoliko se radi o bolesti, invaliditetu, razvojnoj poteškoći…
Od 2017. godine starije osobe štiti „Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji“ kao posebnu ranjivu skupinu. Osobe starije životne dobi rijetko prijavljuju nasilje iz straha od zlostavljača o kojima su uglavnom ovisni. Jedan od strahova je i taj da će biti izmješteni iz vlastitog doma i smješteni u ustanovu. Kroz taj zakon također je i uređena briga o starijim osobama od strane potomaka, a za nepridržavanje zakonskog akta propisana je kaznena odgovornost. Definiran je također i oblik nasilja „nečinjenjem“ što bi drugim riječima značilo zanemarivanje potreba starijih osoba (32).

Rezultati pet velikih istraživanja provedenih u SAD-u, Kanadi, Nizozemskoj, Finskoj i Velikoj Britaniji pokazali su incidenciju zlostavljanja starijih osoba od 4 do 6 % (33).

Psihološko i financijsko nasilje najčešći je oblik zlostavljanja osoba iznad 60 godina. Mlađe osobe češće prijavljuju nasilje u obitelji centrima za socijalnu skrb i prekršajnim sudovima nego starije osobe. Starije osobe su osobito ranjiva skupina jer rijetko prijavljuju nasilje u obitelji zbog česte ovisnosti o zlostavljaču, uglavnom su to djeca ili partneri (34).

1.4.3. Uloga zdravstvenog sustava u kontekstu obiteljskog nasilja

U Republici Hrvatskoj 15. rujna 2005. godine usvojen je prvi „Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji“. Zakonski okviri Protokola temelje se na međunarodno obvezujućim dokumentima koji se odnose na zaštitu od nasilja u obitelji

U „Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji“ naglašena je obveza prijavljivanja nasilja u obitelji policiji ili državnom odvjetništvu. Nepostupanje u skladu sa zadanim obvezama smatra se prekršajem. Sljedeće ustanove i njihovi djelatnici imaju zakonsku obvezu prijaviti svako nasilje u obitelji ili saznanje o njemu:

- zdravstvene ustanove,
- ustanove za socijalnu skrb,
- odgojno-obrazovne ustanove,
- vjerske ustanove,
- humanitarne organizacije,
- organizacije civilnog društva (35).

Obveza svih djelatnika unutar zdravstvenog sustava je prijaviti svaku sumnju na postojanje obiteljskog nasilja policiji i nadležnim tijelima. S pacijentom je potrebno posebno obzirno razgovarati te ga navesti da se povjeri o postojanju nasilja u obitelji. Svi slučajevi obiteljskog nasilja vode se u posebnom kartonu prema posebnom protokolu. Na traženje državnog odvjetništva ili suda zdravstvena ustanova dostavlja potrebnu dokumentaciju te ona služi u svrhu dokaza u sudskom procesu.

Liječnici primarne zdravstvene zaštite i patronažne sestre u mogućnosti su prepoznati obitelji u riziku te im pravovremeno pružiti pomoć u smislu daljnje obrade, savjetovanja ili liječenja od bolesti. Ranim prepoznavanjem nasilja u obitelji omogućava se rana prevencija (32) .

Pristup žrtvama obiteljskog nasilja je multidisciplinaran, što uključuje obiteljske liječnike, patronažne sestre, socijalne radnike, psihologe kao i resurse u zajednici. Uloga zdravstvenog djelatnika je da identificira slučajeve zlostavljanja, procijeni razinu sigurnosti pacijenta i njegove obitelji te pruži stalnu medicinsku njegu i podršku bez osude. To uključuje savjetovanje o prirodi i tijeku nasilja i procjenu stupnja spremnosti na poduzimanje promjena, educiranje pacijenta o rasponu dostupnih usluga podrške i upućivanje na odgovarajuću pomoć, dokumentiranje nalaza i osiguranje daljnjeg praćenja. Da bi ovu ulogu ispunili na odgovarajući

način, zdravstveni djelatnici moraju imati odgovarajuće znanje i komunikacijske vještine te biti svjesni resursa koji su dostupni u zajednici. Edukacijski programi kroz radionice i seminare mogu doprinijeti povećanju svijesti liječnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o problematici nasilja u obitelji i pružiti im smjernice o postupanju. Nadalje, preporučljivo je postavljanje letaka ili brošura u čekaonici koji su vezani uz obiteljsko nasilje s popisom dostupnih resursa u zajednici (36).

Istraživanje koje je provedeno u periodu između 2002. i 2003. godine u Irskoj na uzorku od 419 stomatologa, patronažnih sestara i liječnika primarne zdravstvene zaštite, a na temu prepoznavanja i prijave tjelesnog zlostavljanja djece, govori u prilog da je 60% (251) anketiranih zdravstvenih djelatnika vidjelo sumnjiv slučaj fizičkog zlostavljanja djece. Međutim, samo ih je 47% (201) to prijavilo nadležnim institucijama. Čak je 79% ispitanika zatražilo daljnju edukaciju, a 99% ih je izjavilo da bi edukacijski tečajevi o identifikaciji i prijavljivanju slučajeva sumnje na fizičko nasilje nad djecom trebali biti dio stručnog usavršavanja zdravstvenih djelatnika. Za razliku od liječnika ili stomatologa, patronažne su sestre prepoznale statistički značajno više slučajeva tjelesnog zlostavljanja djece te su bile najsvjesnije tog problema. Zaključak istraživanja je da profesionalni strahovi i nedostatak znanja djeluju kao prepreka prepoznavanju i prijavljivanju zlostavljanja te da je potrebno stručnije obrazovanje i podrška djelatnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (37).

Kvalitativna studija provedena u Njemačkoj 2013. godine zasnovana je na intervjuima provedenim na 10 muških i devet ženskih liječnika opće/obiteljske medicine. Liječnice su dale šire definicije obiteljskog nasilja te su bile zabrinute zbog gubitka profesionalne distance od slučajeva. Liječnici su objektivno pristupili slučajevima žrtava i zauzeli "organizirajuću" ulogu pomažući pacijentima u pronalaženju daljnje pomoći. Zaključak studije je da se osobno iskustvo i rodne razlike moraju uzeti u obzir pri planiranju edukacijskih programa za liječnike opće/obiteljske medicine po pitanju nasilja u obitelji (38).

1.5. PATRONAŽNA SESTRA I ŽRTVE OBITELJSKOG NASILJA

Patronažna sestra ima „privilegiju„ ulaska u dom korisnika, samim tim i lakše zadobivanje povjerenja. Uspostavom odnosa povjerenja korisnici se lakše otvaraju i govore o svojim brigama i problemima (39).

Svaka patronažna sestra educirana je za procjenu fizičkog, psihičkog i ekonomskog stanja korisnika i obitelji u koju ulazi. Uočavanje pojave nasilja u obitelji sastavni je dio posjete patronažne sestre i ona može imati ključnu ulogu u njegovom prepoznavanju i prevenciji.

Identifikacija rizika i rana intervencija tj. rad s obiteljima mogu značajno umanjiti rizik od eskalacije nasilja i važni su za prekid istog.

Budući da se posjete patronažnih sestara odvijaju u domu korisnika, interakcija se odvija u povjerljivom okruženju. Žrtve nasilja nevoljko govore o nasilju i srame ga se. U takvim situacijama potrebno je pažljivo pristupiti žrtvi i voditi se načelima empatije i povjerenja. Treba izbjegavati nametanje vlastitog mišljenja i osuđivanja. Žrtvu je potrebno osnažiti u donošenju ispravnih odluka i izbora, a ne odlučivati umjesto nje.

Značajna je uloga patronažne sestre kod slučajeva zaštite stanovništva starije životne dobi i osoba s invaliditetom u ruralnim područjima koji su izloženi zanemarivanju, ekonomskom i psihičkom nasilju. Ove ranjive skupine zbog smanjene pokretljivosti i loše prometne povezanosti nisu u mogućnosti često posjećivati izabrane liječnike opće/obiteljske medicine (32).
Svako saznanje o postojanju obiteljskog nasilja, bilo nad ženama, djecom ili starijim osobama, patronažna sestra dužna je prijaviti liječniku opće/obiteljske medicine i policiji. Ukoliko je žrtva u skrbi centra za socijalnu skrb također je potrebno obavijestiti i socijalnog radnika.

Kroz pregledni rad na temu uloga patronažne sestre u prepoznavanju obiteljskog nasilja iz 2012. godine autorica Rachel Litherland dolazi do zaključka da je potrebno uvođenje screening alata za detekciju obiteljskog nasilja. U radu se također zaključuje kako su rutinska i ponavljajuća istraga prisustva obiteljskog nasilja uporabom screening alata, boljim informiranjem šire javnosti i stručnog osoblja velika pomoć u boljoj identifikaciji nasilja (40).

Godine 2013. britansko Ministarstvo zdravlja izdalo je smjernice za prepoznavanje i sprječavanje obiteljskog nasilja koje su namijenjene patronažnim sestrama, primaljama i školskim sestrama. Smjernice razmatraju nasilje u obitelji i zlostavljanje nad ženama,

muškarcima i djecom te daju pregled važnih aspekata koji se odnose na nasilje i zlostavljanje u obitelji. U smjernicama su istaknuti čimbenici koji mogu ukazivati na nasilje u obitelji, navedeni su koraci kako se obratiti žrtvi, radnje za osiguranje odgovarajuće podrške žrtvi te uputu o daljnjem postupanju s žrtvom (41).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj istraživanja je istražiti uvjerenja i stavove patronažnih sestara Primorsko-goranske županije o međusektorskoj suradnji s Centrom za socijalnu skrb u prevenciji obiteljskog nasilja.

Specifični ciljevi rada su:

-istražiti jasnoću njihove profesionalne uloge u slučajevima nasilja u obitelji i važnost koju pridaju svakoj od suradničkih službi.

-istražiti i analizirati dosadašnja iskustva sa socijalnom skrbi, te ispitati njihov odnos prema prijavljivanju nasilja u obitelji.

3. METODA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno među patronažnim sestrama zaposlenim u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije.

Istraživanje se provelo putem anonimnog upitnika kojega su ispitanici popunjavali dobrovoljno.

Autori upitnika su Ajduković, M. i Racz, A.. Suglasnost za korištenje upitnika zatražena je putem elektroničke pošte te je ista dobivena od navedenih autora.

Prvi dio upitnika sačinjava 6 pitanja zatvorenog tipa s osnovnim demografskim podacima ispitanika: spol, dob, stupanj obrazovanja, ukupno godina radnog staža, godine radnog staža u patronažnoj službi, trenutna lokacija mjesta rada.

Drugi dio upitnika ispituje stavove ispitanika prema nadležnim službama izvanzdravstvenog sustava i mogućoj međusektorskoj suradnji na rješavanju problema nasilja te sadrži 12 tvrdnji.

Treći dio sastoji se od upitnika o stavovima prema obavezi prijavljivanja nasilja u obitelji i sadrži 9 tvrdnji.

Upitnik koji ocjenjuje kvalitetu ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi kod slučajeva obiteljskog nasilja sastoji se od 5 tvrdnji.

Za sve tvrdnje u upitniku ispitanici izražavaju svoj stupanj slaganja ili neslaganja koristeći Likertovu skalu od 5 sastavnica.

Istraživanje je provedeno od veljače do svibnja 2020.g.

4. STATISTIČKE METODE

Svi kvantitativni podatci u istraživanju analizirani su metodom deskriptivne statistike, a vrijednosti prikazane mjerama centralne tendencije mjerama disperzije rezultata, te frekvencijama i postotcima. Normalnost distribucije rezultata u različitim grupama ispitana je Kolmogorov-Smirnovim testom za ispitivanje normalnosti raspodjele. KS test pokazao je da niti u jednoj grupi ispitanika raspodjela rezultata ne prati normalnu raspodjelu. Za statističku usporedbu rezultata među grupama korišteni su neparametrijski testovi, Kruskal Wallis test za usporedbu više grupa i Mann Whitney U test za usporedbu dvije grupe. Razina statističke značajnosti postavljena je na $p<0,05$ (95% razina pouzdanosti). Podaci dobiveni u istraživanju analizirani su uz pomoć programa za obradu podataka SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0.)

5. ETIČKE NORME

Ispitivanje je provedeno nakon odobrenja Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Primorsko-goranske županije i Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.

Ispitanici su upoznati sa svrhom istraživanja. Prihvaćajući ispuniti upitnik, sudionici su dali svoj pristanak na sudjelovanje. Ispitanici nisu identificirani.

Podacima dobivenim u istraživanju pristup imaju samo odgovorne osobe i voditelj istraživanja i koristit će se samo kod izrade i obrane ovog diplomskog rada, a mogu biti prezentirani i na javnim skupovima te publicirani u znanstvenim časopisima.

Osim što je osigurana sigurna pohrana svih podataka, istraživanje je provedeno u skladu s važećim zakonima o zaštiti osobnih podataka.

6. REZULTATI

6.1. DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA ISPITANIKA

U tablici 1. prikazuju se sociodemografski podatci ispitanika. U istraživanju je ukupno sudjelovalo 58 ispitanika. Svi ispitanici su ženskog spola i patronažne su sestre zaposlene u patronažnoj službi Doma zdravlja Primorsko-goranske županije. Prema obrazovnoj strukturi 44 (75,9%) ispitanice imaju višu školsku spremu, a 14 (24,1%) visoku stručnu spremu. Među ispitanicima nema niti jedne patronažne sestre sa srednjom stručnom spremom. Prosječna dob ispitanica je 48,9 godina. Najmlađa ispitanica ima 29, a najstarija 65 godina. Najveći broj ispitanica, njih 21 (36,2%), u dobi je između 51 i 60 godina. Prosječna dužina radnog staža u struci iznosi 28 godina, a u patronažnoj službi 11,1 godinu. Kada je riječ o raspodjeli prema duljini radnog staža u struci, najveći broj ispitanica ima između 11 i 20 godina radnog staža u struci, točnije njih 20 (34,5%). U ispitanom uzorku najviše je ispitanica s do 10 godina rada u patronažnoj službi 37 (63,7%).

Tablica 1. Demografska obilježja ispitanika

	Broj ispitanika	**(%)**
Spol		
Žene	58	(100)
Razina obrazovanja		
SSS	0	
VŠS	44	(75,9)
VSS	14	(24,1)
Mjesto rada		
Grad	32	(55,2)
Prigrad	19	(32,8)
Selo	6	(10,3)
Otok	1	(1,7)
Raspodjela prema dobi		
Do 30 godina	1	(1,7)
31-40	15	(25,9)
41-50	13	(22,4)
51-60	21	(36,2)
Više od 60 godina	8	(13,8)
Duljina radnog staža		
Do 10 godina	2	(3,4)
Od 11 do 20	20	(34,5)
Od 21 do 30	10	(17,2)
Od 31 do 40	16	(27,6)
40 i više	10	(17,2)
Duljina rada u patronaži		
Do 10 godina	37	(63,7)
Od 11 do 20	9	(15,5)
Od 21 do 30	10	(17,2)
Od 31 do 40	2	(3,4)
UKUPNO	58	(100)

6.2. STAVOVI PREMA NADLEŽNIM SLUŽBAMA IZVANZDRAVSTVENOG SUSTAVA I MEĐUSEKTORSKOJ SURADNJI NA RJEŠAVANJU PROBLEMA NASILJA U OBITELJI

Kroz analizu drugog dijela upitnika koja je prikazana u tablici 2. kod odgovora na prvo pitanje koje se tiče reakcije olakog reagiranja policije u slučaju prijave obiteljskog nasilja 36,2 % ispitanica se složilo s tvrdnjom da policija olako reagira, najveći broj ispitanica, njih 43,1% nije izrazilo svoje slaganje niti neslaganje s tom tvrdnjom. U drugom pitanju koje se odnosi na ovlasti policije da nasilniku uzvrati primjenom sile 36,2 % ispitanica ne slaže se s takvim postupanjem. S tvrdnjom da je žrtva nasilja za socijalnu službu samo još jedan spis ne slaže se 39,7 % ispitanica, a jednak udio ispitanica ostao je suzdržan u izražavanju svog stava u slaganju s tom tvrdnjom. Svoje slaganje s tvrdnjom da su socijalne službe glavna poluga u rješavanju problema nasilja izrazilo je samo 25,9% ispitanica, dok se s tom tvrdnjom da je zdravstvena služba dovoljno učinila pruživši hitnu profesionalnu prvu pomoć žrtvi i sanirajući tjelesne ozljede u potpunosti nitko nije složio. Pet ispitanica složilo se s tvrdnjom koja govori u prilog inertnosti i tromosti socijalne službe dok ih se 25 s tim ne slaže. Pola ispitanica se ne slaže s tvrdnjom da je dovoljno da zdravstvena služba samo pruži profesionalnu pomoć žrtvi i zbrine fizičke ozljede dok se 3,4 % ispitanica u potpunosti slaže sa takvim postupanjem. Afirmativne odgovore na pitanje koje se odnosi na upućivanje zlostavljača na psihijatrijsko liječenje dalo je 50% ispitanica, a 24,1% ispitanica ne slaže se s takvim postupanjem. Nepovjerenje prema pravosuđu i njegovom učinkovitom rješavanju problema nasilja izrazilo je 63,8 % ispitanica. Više od polovice ispitanica ima pozitivan stav prema nevladinim udrugama za pomoć žrtvama nasilja.

Tablica 2. Stavovi prema nadležnim službama izvan zdravstvenog sustava i međusektorskoj suradnji na rješavanju problema nasilja u obitelji

Tvrdnje	N	Min	Max	A	Sd		Uopce se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
2.1.Policija vrlo često olako reagira na prijave o nasilju samo " dođu i odu "	58	2	5	3,31	0,79	f	0	9	25	21	3
						%	0	15,5	43,1	36,2	5,2
2.2.Policiji bi trebalo dati ovlasti da nasilniku pendrekom vrati	58	1	5	2,22	1,10	f	17	21	13	4	3
						%	29,3	36,2	22,4	6,9	5,2
2.3. Za socijalnog radnika žrtva nasilja u obitelji nije osoba već samo još jedan spis	58	1	5	2,74	0,87	f	2	23	23	8	2
						%	3,4	39,7	39,7	13,8	3,4
2.4. U okviru svojih mogućnosti socijalne službe rade najbolje što mogu i glavna su poluga u rješavanju problema	58	1	4	2,95	0,80	f	2	14	27	15	0
						%	3,4	24,1	46,6	25,9	0
2.5. Socijalne službe su bezosjećajne, trome, inertne i nezainteresirane i od takvih ne treba očekivati učinkovitu pomoć	58	1	4	2,59	0,70	f	2	25	26	5	0
						%	3,4	43,1	44,8	8,6	0
2.6. Zdravstvena služba dovoljno je učinila pruživši hitnu profesionalnu prvu pomoć žrtvi i sanirajući tjelesne ozljede	58	2	5	2,78	0,89	f	0	29	15	12	2
						%	0	50,0	25,9	20,7	3,4
2.7. Uloga zdravstvenog sustava je da zlostavljača kao bolesnu osobu hitno uputi na psihijatriju i osigura liječenje	58	1	5	3,36	0,98	f	1	14	10	29	4
						%	1,7	24,1	17,2	50,0	6,9
2.8. Pravosuđe nije učinkovito u rješavanju problema nasilja jer se na kraju zbog loših zakona zlostavljač uvijek nekako izvuče	58	2	5	4,03	0,64	f	0	1	8	37	12
						%	0	1,7	13,8	63,8	20,7
2.9. Unutar socijalne službe žrtva nasilja može dobiti potrebnu i potpunu materijalnu, psihološku i pravnu pomoć	58	1	5	2,78	0,83	f	2	21	24	10	1
						%	3,4	36,2	41,4	17,2	1,7
2.10. Donošenjem novog Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, pravosuđu je osiguralo učinkovito "oružje" za suzbijanje nasilja u obitelji	58	1	4	2,59	0,75	f	4	21	28	5	0
						%	6,9	36,2	48,3	8,6	0
2.11. Osnovni smisao nevladinih udruga je da žrtvama osiguraju siguran smještaj i podršku	58	2	5	3,59	0,83	f	0	8	13	32	5
						%	0	13,8	22,4	55,2	8,6
2.12. Nevladine udruge uglavnom služe za rješavanje frustracija	58	1	5	2,38	0,85	f	7	28	18	4	1
						%	12,1	48,3	31,0	6,9	1,7

U tablici 3. vidi se statistički značajna razlika ($p<0,05$) u analizi stavova ispitanica u zavisnosti o dobi kod izražavanja stavova prema tvrdnji koja se odnosi na dobivanje potrebne i potpune materijalne, psihološke i pravne pomoći od strane socijalne službe. Također postoji statistički značajna razlika u izražavanju stavova prema primjeni sile od strane policije i povjerenju u učinkovitu pomoć od strane socijalne službe u ispitanica ovisno o mjestu rada. Kod analize

ostalih grupnih varijabli kao što su godine rada u struci, godine rada u patronaži i stručna sprema može se uočiti da nema značajne statističke razlike s obzirom na izražavanje stavova.

Tablica 3. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable

Grupirajuća varijabla	Statistički test	2.1.Policija vrlo često olako reagira na prijave o nasilju samo dođu i odu "	2.2.Policiji bi trebalo dati ovlasti da Nasilniku pendrekom vrati	2.3. Za socijalnog radnika žrtva nasilja u obitelji nije osoba već samo još jedan spis	2.4. U okviru svojih mogućnosti socijalne službe rade najbolje što mogu i glavna su poluga u rješavanju problema	2.5. Socijalne službe su bezosjećajne, trome, inertne i nezainteresirane iod takvih ne treba očekivati učinkovitu pomoć	2.6. Zdravstvena služba dovoljno je učinila pruživši hitnu profesionalnu prvu pomoć žrtvi i sanirajući tjelesne ozljede	2.7. Uloga zdravstvenog sustava je da zlostavljača kao bolesnu osobu hitno uputi na psihijatriju i osigura liječenje	2.8. Pravosuđe nije učinkovito u rješavanju problema nasilja jer se na kraju zbog loših zakona zlostavljač uvijek nekako izvuče	2.9. Unutar socijalne službe žrtva nasilja može dobiti potrebnu i potpunu materijalnu, psihološku i pravnu pomoć	2.10. Donošenjem novog Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, pravosuđu je osigurano učinkovito " oružje" za suzbijanje nasilja u obitelji	2.11. Osnovni smisao nevladinih udruga je da žrtvama osiguraju siguran smještaj i podršku	2.12. Nevladine udruge uglavnom služe za liječenje osobnih frustracija
Dob	Chi-Square	3.363	4.237	4.148	7.416	11.132	3.232	2.785	5.829	18.329	11.781	5.062	7.136
	df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Asymp. Sig.	.644	.516	.528	.191	.049	.664	.733	.323	.003	.038	.408	.211
Godine rada u struci	Chi-Square	2.577	1.072	1.036	3.086	3.042	4.213	2.482	3.606	6.504	6.255	2.282	2.109
	df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Asymp. Sig.	.631	.899	.904	.543	.551	.378	.648	.462	.165	.181	.684	.716
Godine rada u patronaži	Chi-Square	.775	1.292	2.693	6.821	6.932	.573	.564	2.438	8.697	8.516	3.104	6.745
	df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Asymp. Sig.	.942	.863	.610	.146	.140	.966	.967	.656	.069	.074	.541	.150
Mjesto rada	Chi-Square	.292	8.602	4.474	5.104	5.600	1.357	10.530	2.229	2.612	2.746	4.307	3.105
	df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Asymp. Sig.	.962	.035	.215	.164	.133	.716	.015	.526	.455	.433	.230	.376
Stručna sprema	Mann-Whitney U	256.0	272.0	223.0	267.0	250.5	304.5	278.00	229.0	252.0	305.0	264.0	307.0
	Wilcoxon W	1246.0	377.0	1213.0	372.0	1240.5	1294.5	1268.0	1219.0	1242.0	410.0	369.0	412.0
	Z	-1.014	-.684	-1.653	-.800	-1.147	-.069	-.589	-1.681	-1.087	-.060	-.884	-.020
	Asymp. Sig.	.311	.494	.098	.424	.251	.945	.556	.093	.277	.953	.377	.984

6.3. STAVOVI PREMA OBAVEZI PRIJAVLJIVANJA NASILJA U OBITELJI

U tablici 4. prikazani su rezultati ispitivanja stavova prema obavezi prijavljivanja nasilja u obitelji. S tvrdnjom da žrtvu ne bi trebalo poticati da govori o zlostavljanju iako je to očigledno ne slaže se 58,6% ispitanica, dok su tri ispitanice stava da žrtvi treba ostaviti na volju razgovor o zlostavljanju i poštovati njenu želju. Najveći broj ispitanica , njih 51,7% , ne slaže se s tvrdnjom da je suosjećanje sa žrtvom najviše što se može učiniti za nju. Afirmativan odgovor na ovu tvrdnju dalo je 8,6% ispitanica. Polovica ispitanica izrazila je svoje neslaganje s tvrdnjom da većina zlostavljanih osoba zapravo nije spremna stvarno promijeniti životnu situaciju. Nasilje u obitelji uopće ne bi trebalo nikome prijavljivati zbog čuvanja profesionalne tajne stav je s kojim se uopće nije složilo 34,5% ispitanica, njih 56,9% također ne slaže s tom tvrdnjom, dok je njih 8,6% neodređenog stava. Svoje neslaganje s tvrdnjom „da je svaki čovjek, bio on stručnjak ili ne, zakonski dužan prijaviti slučaj nasilja“ samo su izrazile dvije ispitanice. S tvrdnjom da je dužnost liječnika, a ne medicinske sestre, da, neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje, prijavi nasilje slaže se 36,2%. Kada je riječ o prijavljivanju nasilja od strane medicinske sestre, neovisno o mišljenju nadležnih, 51,7% ispitanica se složilo s tom tvrdnjom. Prijavljivanje nasilja nije posao liječnika ili medicinske sestre, već je to stvar pravne službe ili uprave zdravstvene ustanove tvrdnja je na koju je 53,4% ispitanica zadržalo neodređeni stav, a njih 20,7% nije se složilo sa tim. Najveći broj ispitanica, njih 63,8 ne slaže se s tvrdnjom da je prijavljivanje nasilja u nadležnosti drugih nezdravstvenih službi i da se zdravstvo u to ne bi trebalo miješati.

Tablica 4. Stavovi prema obavezi prijavljivanja nasilja u obitelji

Tvrdnje	N	Min	Max	A	Sd		Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
3.1.Ukoliko žtrva sama ne započne razgovor o zlostavljanju, čak i ako je očigledno da je bila zlostavlajna, to treba poštovati i ne započinjati razgovor o tome	58	1	4	2.22	0,72	f	7	34	14	3	0
						%	12.1	58.6	24.1	5.2	0
3.2. Suosjećam sa zlostavljanom osobom, ali najviše što mogu učiniti je pružiti riječi utjehe i naglastiti da se brojnim osobama događaju puno gore stvari, a prijavu mora podnjeti sama	58	1	5	2.19	0.92	f	12	30	10	5	1
						%	20.7	51.7	17.2	8.6	1.7
3.3. Većina zlostavljanih osoba zapravo nije spremna stvarno promijeniti životnu situaciju, pa se stoga ne uplićem dublje u takve slučajeve	58	1	5	2,52	0,86	f	4	29	17	7	1
						%	6,9	50,0	29,3	12,1	1,7
3.4. Nasilje u obitelji uopće ne bi trebalo nikome prijavljivati jer se time narušava obveza čuvanje profesionalne tajne	58	1	3	1,74	0,60	f	20	33	5	0	0
						%	34,5	56,9	8,6	0	0
3.5.Svaki čovjek, neovisno o tome je li stručnjak ili ne, zakonski je dužan prijaviti slučaj nasilja u obitelji	58	2	5	4,26	0,78	f	0	2	6	25	25
						%	0	3,4	10,3	43,1	43,1
3.6. Dužnost je liječnika, a ne medicinske sestre, da, neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje, prijavi nasilje	58	1	5	3,16	1,05	f	4	12	17	21	4
						%	6,9	20,7	29,3	36,2	6,9
3.7. Dužnost je medicinske sestre da neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje prijavi nasilje	58	1	5	3,71	0,93	f	1	4	14	30	9
						%	1,7	6,9	24,1	51,7	15,5
3.8. Prijavljivanje nasilja nije posao liječnika ili medicinske sestre, već je to stvar pravne službe ili uprave zdravstvene ustanove	58	1	5	2,09	0,88	f	1	12	31	9	5
						%	1,7	20,7	53,4	15,5	8,6
3.9. Prijavljivanje nasilja u nadležnosti je drugih nezdravstvenih službi i zdravstvo se u to ne bi trebalo miješati	58	1	4	1,98	0,68	f	12	37	7	2	0
						%	20,7	63,8	12,1	3,4	0

U tablici 5. prikazana je statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable. Utvrđena je statistička signifikantnost u analizi stava prema spremnosti zlostavljane osobe da utječe na promjenu svoje životne situacije s obzirom na stručnu spremu ispitanica. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za stav da dužnost prijavljivanja nasilja nije posao liječnika i medicinske sestre već pravne službe ili uprave zdravstvene ustanove uočljivo je kako je statistička značajnost manja od 5%, tj, prisutna je statistički značajna razlika kod odgovora ispitanica ovisno o mjestu rada. Naime, ispitanice kojima je radno mjesto u gradu i prigradu ne slažu se s navedenom tvrdnjom dok se ispitanice s radnim mjestom u selu i na otoku nisu deklarativno izjasnile po pitanju svojeg stava.

Tablica 5. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable

Grupirajuća varijabla	Statistički test	3.1.Ukoliko žrtva sama ne započne razgovor o zlostavljanju, čak i ako je očigledno da je bila zlostavljana, to treba poštovati i ne započinjati razgovor o tome	3.2.Suosjećam sa zlostavljanom osobom, alinajviše što mogu učiniti je pružiti riječi utjehe i naglastiti da se brojnim osobama događaju puno gore stvari, a prijavu mora podnjeti sama	3.3.Većina zlostavljanih osoba zapravo nije spremna stvarno promijeniti životnu situaciju, pa se stoga ne upućem dublje u takve slučajeve	3.4.Nasilje u obitelji uopće ne bi trebalo nikome prijavljivati jer se time narušava obveza čuvanje profesionalne tajne	3.5.Svaki čovjek, neovisno o tome je li stručnjak ili ne, zakonski je dužan prijaviti slučaj nasilja u obitelji	3.6.Dužnost je liječnika, a ne medicinske sestre, da, neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje, prijavi nasilje	3.7.Dužnost je medicinske sestre da neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje prijavi nasilje	3.8.Prijavljivanje nasilja nije posao liječnika ili medicinske sestre, već je to stvar pravne službe ili uprave zdravstvene ustanove	3.9.Prijavljivanje nasilja u nadležnosti je drugih nezdravstvenih službi i zdravstvo se u to ne bi trebalo miješati
Dob	Chi-Square	4.96	8.41	5.25	2.74	3.18	3.17	3.22	2.77	3.34
	df	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Asymp. Sig.	0.29	0.08	0.26	0.60	0.53	0.53	0.52	0.60	0.50
Godine rada u struci	Chi-Square	4.15	5.77	6.23	3.40	5.95	3.16	2.97	0.55	1.54
	df	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Asymp. Sig.	0.53	0.33	0.28	0.64	0.31	0.68	0.70	0.99	0.91
Godine rada u patronaži	Chi-Square	8.52	10.26	4.22	5.91	6.73	3.01	3.94	3.37	7.27
	df	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Asymp. Sig.	0.07	0.04	0.38	0.21	0.15	0.56	0.41	0.50	0.12
Mjesto rada	Chi-Square	2.95	0.63	1.83	4.31	1.20	0.69	4.66	9.44	6.45
	df	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Asymp. Sig.	0.40	0.89	0.61	0.23	0.75	0.88	0.20	**0.02**	0.09
Stručna sprema	Mann-Whitney U	233.00	236.00	180.50	299.50	298.50	249.50	215.50	262.00	228.50
	Wilcoxon W	338.00	341.00	285.50	404.50	1288.50	354.50	1205.50	367.00	333.50
	Z	-1.54	-1.42	-2.52	-0.18	-0.19	-1.11	-1.83	-0.92	-1.69
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0.12	0.16	**0.01**	0.86	0.85	0.27	0.07	0.36	0.09

6.4. OCJENA KVALITETE OSTVARENIH KONTAKATA SA SLUŽBOM SOCIJALNE SKRBI VEZANIH UZ NASILJE U OBITELJI

U tablici 6. prikazani su rezultati procjene iskustava ispitanica o kvaliteti ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi. Kod ispitivanja stava prema povjerenju u učinkovitost i rad socijalne službe najveći udio ispitanica bio je neodređenog stava , njih 51,7 %. Strah od neozbiljnosti shvaćanja prijave obiteljskog nasilja izrazilo je 15 ispitanica , ili njih 25,9%. Sumnju prema učinkovitosti mehanizama kojima raspolaže centar za socijalnu skrb u svrhu zaštite žrtve potvrdilo je 43,1% ispitanica dok je neodređen stav prema učinkovitosti socijalne službe izrazilo 39,7% ispitanica. Kod 28 ispitanica (48,3%) ostala je volja za nastavkom daljnjih kontakata s Centrom za socijalnu skrb.

Tablica 6. Ocjena kvalitete ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi vezanih uz nasilje u obitelji

Tvrdnje	**N**	**Min**	**Max**	**A**	**Sd**		Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem
4.1.Stekla/o sam puno povjerenje u rad i učinkovitost socijalne službe	58	1	4	2,88	0,79	f	3	13	30	12	0
						%	5,2	22,4	51,7	20,7	0
4.2. Imala/o sam bojazan da prijavu nadležni neće ozbiljno shvatiti	58	1	5	2,91	0,86	f	1	20	21	15	1
						%	1,7	34,5	36,2	25,9	1,7
4.3. Stekla/o sam sumnju u učinkovitost mehanizama koje CZSS-u stoje na raspolaganju	58	2	5	3,28	0,85	f	0	13	18	25	2
						%	0	22,4	31,0	43,1	3,4
4.4. Nisam dobila/o nadu da će CZSS išta konkretno učiniti za žrtvu nasilja	58	2	5	2,97	0,81	f	0	19	23	15	1
						%	0	32,8	39,7	25,9	1,7
4.5. Izgubila/o sam svaku volju da ikad više kontaktira s CZSS-om socijalnom službom	58	1	4	2,29	0,83	f	9	28	16	5	0
						%	15,5	48,3	27,6	8,6	0

U tablici 7. prikazana je statistička analiza ocjene kvalitete ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi. Analizom stava o stjecanju sumnje u djelotvornost postupaka kojima CZSS raspolaže vidljiva je statistička značajna razlika u stavovima s obzirom na dob ispitanica. Također je vidljiva statistički značajna razlika s obzirom na mjesto rada ispitanica u analizi stava koji govori u prilog povjerenju u rad i učinkovitost socijalne službe, te oprečno tome, statistički se razlikuju stavovi o gubitku volje za daljnjom suradnjom sa socijalnom skrbi u zavisnosti od mjesta rada ispitanica.

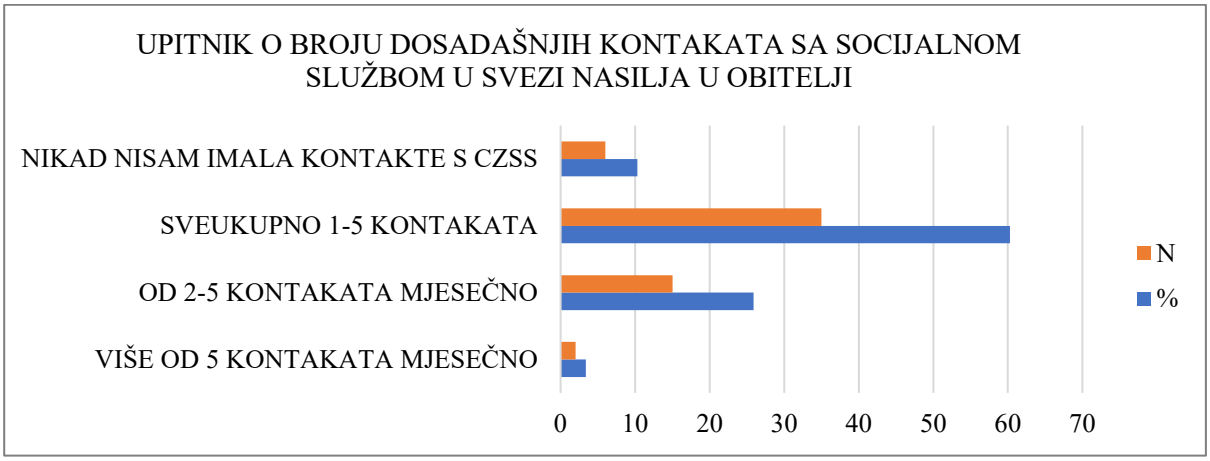
Tablica 7. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable

GRUPIRAJUĆA VARIJABLA	Statistički test	4.1.Stekla/o sam puno povjerenje u rad i učinkovitost socijalne službe	4.2. Imala/o sam bojazan da prijavu nadležni neće ozbiljno shvatiti	4.3. Stekla/o sam sumnju u učinkovitost mehanizama koje CZSS-u stoje na raspolaganju	4.4. Nisam dobila/o nadu da će CZSS išta konkretno učiniti za žrtvu nasilja	4.5. Izgubila/o sam svaku volju da ikad više kontaktira s CZSS-om socijalnom službom
Dob	Chi-Square	5.19	5.11	10.21	9.08	3.71
	df	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Asymp. Sig.	0.27	0.28	0.04	0.06	0.45
Godine rada u struci	Chi-Square	5.53	3.00	4.46	6.65	4.84
	df	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
	Asymp. Sig.	0.35	0.70	0.48	0.25	0.44
Godine rada u patronaži	Chi-Square	3.05	1.69	2.47	1.25	3.35
	df	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	Asymp. Sig.	0.55	0.79	0.65	0.87	0.50
Mjesto rada	Chi-Square	9.09	3.02	4.47	5.71	10.41
	df	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
	Asymp. Sig.	0.03	0.39	0.22	0.13	0.02
Stručna sprema	Mann-Whitney U	220.00	249.50	236.00	236.00	297.00
	Wilcoxon W	325.00	1239.50	1226.00	1226.00	1287.00
	Z	-1.74	-1.12	-1.40	-1.39	-0.22
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0.08	0.26	0.16	0.16	0.83

6.5. UPITNIK O BROJU DOSADAŠNJIH KONTAKATA SA SOCIJALNOM SLUŽBOM U SVEZI NASILJA U OBITELJI

Slika 4. prikazuje učestalost ostvarenih kontakata sa socijalnom službom kroz mjesec i ukupno vrijeme provedeno u patronažnoj službi

Iz rezultata dobivenih ispitivanjem broja ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi najveći broj ispitanica imalo je sveukupno 1-5 kontakata u svom radnom vijeku. Njih 10,3 % nikada nije ostvarilo taj kontakt dok njih 15 ili (25,9%) kontakt sa socijalnom skrbi ostvaruje od 2-5 puta mjesečno.



Slika 4. Upitnik o broju dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom u svezi nasilja u obitelji

U tablici 8. prikazana je statistička analiza broja dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom. Nije uočena statistička značajnost niti u jednoj promatrano skupini.

Tablica 8. Statistička analiza čestica u odnosu na grupirane varijable

Upitnik o broju dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom u svezi nasilja u obitelji						
	DOB	GODINE RADA U STRUCISTRUKA	GODINE RADA U PATRONAŽI	MJESTO RADA	STRUČNA SPREMA	
Chi-square	2.76	6.12	6.03	5.73	**Mann-Whitney u**	248.50
Df	4.00	5.00	4.00	3.00	**Wilcoxon w**	1238.50
Asymp. Sig.	0.60	0.29	0.20	0.13	**Z**	-1.24
					Asymp. Sig. (2-tailed)	0.22

7. RASPRAVA

Ovo istraživanje pokazalo je da se samo četvrtina ispitanica složila s tvrdnjom da su socijalne službe glavna poluga u rješavanju problema nasilja u obitelji, dok se s tom tvrdnjom u potpunosti nitko nije složio.

Većina ispitanica u istraživanju izrazila je nepovjerenje prema učinkovitosti policije dok se istovremeno ne slažu s davanjem ovlasti policijskim službenicima za primjenu sile.

Kada je riječ o ulozi zdravstvenog sustava u zbrinjavanju žrtava obiteljskog nasilja, ispitanice ne smatraju da zdravstveni sustav čini dovoljno u tom pogledu te smatraju da bi zdravstveni radnici trebali posvetiti više pažnje i poticati žrtve da govore o svom problemu.

Ispitanice smatraju da zdravstveni radnici trebaju prijaviti nasilje u obitelji bez obzira na profesionalnu tajnu i stava su da je prijavljivanje obiteljskog nasilja u domeni zdravstvenog sustava.

Manju sumnju u djelovanje Centra izrazile su ispitanice koje rade na području prigrada i sela za razliku od onih s područja grada. Sukladno tome žele i nastaviti svoju suradnju s Centrom. Razlozi za takvo mimoilaženje u stavovima rezultat su dosadašnjih iskustava ostvarenih kroz suradnju s centrom ili subjektivni doživljaj.

U istraživanju A. Racza koje je provedeno 2013. godine na uzorku od 600 medicinskih sestara zaposlenih u zdravstvenom sustavu na području grada Zagreba (42) oko polovica ispitanica je ostala neodređena prema učinkovitosti socijalne službe, dok je 14,2 % ispitanica izrazilo svoje povjerenje prema učinkovitosti iste. S obzirom na vremenski odmak, ohrabruje rezultat ovog istraživanja u pogledu većeg stupnja povjerenja u socijalnu službu za razliku od rezultata istraživanja iz 2013. godine.

Kada je riječ o učinkovitosti pravosuđa rezultati analize stavova u oba istraživanja pokazali su slične rezultate , točnije svoje nepovjerenje prema pravosuđu izrazilo preko 80% ispitanica. Bez obzira na vremensku razliku od skoro cijelog desetljeća ostala je ista razina nepovjerenja. Nameće se zaključak da se propisi ne provode na adekvatan način ili nisu učinkoviti pa ih treba mijenjati. Sudska praksa u Republici Hrvatskoj trebala bi biti ujednačena, a važeći zakoni provoditi bez presedana.

Za razliku od ispitanica sa zagrebačkog područja, više od polovice ispitanica u ovom istraživanju ima pozitivan stav prema nevladinim udrugama za pomoć žrtvama nasilja, što se može objasniti većim i konkretnijim angažmanom udruga. Da bi udruge imale zadovoljavajuće količine resursa potrebne za pomoć žrtvama, potrebna je financijska i zakonska podrška od strane samih državnih tijela.

Sa tvrdnjom da žrtvu ne bi trebalo poticati da govore o zlostavljanju ne slaže se više od pola ispitanica u istraživanju. Istog stave su i ispitanice sa zagrebačkog područja.

U kvalitativnoj studiji koja je provedena 2012. u Kanadi na uzorku od 769 ispitanika (527 medicinskih sestara, 238 liječnika opće/obiteljske medicine) navodi se da su glavne prepreke za zdravstvene djelatnike u poticanju žena da govore o obiteljskom nasilju nedostatak vremena, ponašanja koja se pripisuju ženama koje žive sa zlostavljačem i nedostatak edukacije (43).

Bilo bi potrebno navesti žrtvu da govori o zlostavljanju pred zdravstvenim djelatnikom. Za započinjanje takvog razgovora zdravstveni djelatnik mora poznavati tehnike komunikacije sa žrtvom. Kako bi se to ostvarilo, potrebno je dodatna edukacija iz tog područja posebno u djelatnostima kao što su patronažna djelatnost, hitni bolnički prijemi, odnosno na svim radilištima na kojima je potencijalna mogućnost ostvarivanja kontakta sa žrtvom obiteljskog nasilja.

U istraživanju Aleksandra Racza više od pola ispitanica slaže se s tvrdnjom da liječnička tajna ne može biti zapreka u prijavljivanju obiteljskog nasilja, dok se u ovom istraživanju s tom tvrdnjom složilo 56,9% ispitanica, a 34,5 % izrazilo je apsolutno slaganje. U oba istraživanja približno je jednak udio ispitanica koje se slažu s tvrdnjom da je svaki čovjek koji ima saznanja o prisustvu obiteljskog nasilja isto dužan i prijaviti.

U studiji iz 2001. godine provedenoj u Finskoj i Engleskoj na različitim strukturama zdravstvenih djelatnika, autori dolaze do zaključka da zdravstveni djelatnici prihvaćaju tezu da obiteljsko nasilje spada u zdravstveni problem. Kao problem, zdravstveni djelatnici navode nedostatak temeljnih znanja o problemu obiteljskog nasilja i nedostatak znanja vezanih uz ovlasti institucija u čijoj je domeni rješavanje problema obiteljskog nasilja. Također navode potrebu za daljnjom edukacijom koja bi olakšala identifikaciju nasilja i pomogla u daljnjoj komunikaciji sa žrtvom (44).

U oba istraživanju najveći se broj ispitanica ne slaže s tvrdnjom da je prijavljivanje nasilja u nadležnosti drugih nezdravstvenih službi i da se zdravstvo u to ne bi trebalo miješati. Uloga

zdravstvenog sustava u prijavljivanju obiteljskog nasilja je značajna jer su zdravstveni radnici oni koji imaju obavezu štititi interese i dobrobit žrtve. Ako izostane prijava obiteljskog nasilja od strane zdravstvenog radnika, žrtva nasilja ostaje nezaštićena i raste nepovjerenje u sustav.

U ovom istraživanju strah od neozbiljnosti shvaćanja prijave nasilja u obitelji izrazilo je 25,9% ispitanica, dok je u istraživanju A. Racza strah od neozbiljnosti shvaćanja prijava obiteljskog nasilja izrazilo 64,4% patronažnih sestara. Takva razlika u izražavanju stava kod ispitanica iz oba istraživanja može se pripisati vremenskom okviru u kojem je rađeno istraživanje i boljoj osviještenosti o problematici nasilja u obitelji.

U oba istraživanja visok postotak ispitanica izrazio je sumnju u učinkovitost mehanizama kojima raspolaže Centar za socijalnu skrb, ali je ipak kod ispitanica ostala volja i optimizam za daljnju suradnju s njim.

Vjerojatno razlozi za izraženu sumnju u učinkovitost Centra za socijalnu skrb, u velikoj mjeri, leže u nedorečenim i dvosmislenim zakonima koji produžuju vrijeme pravovremene reakcije od trenutka samog saznanja o prisustvu nasilja u obitelji do pomoći žrtvi. Žrtva nasilja treba pomoć i zaštitu od zlostavljača odmah. Dugotrajnost procesa odaje dojam neučinkovitosti. Kao što policijski službenici moraju postupati u skladu sa svojim ovlastima isto vrijedi i za Centar za socijalnu skrb.

Kampanje za osvješćivanje javnosti od strane Vlade Republike Hrvatske i udruga za zaštitu žrtava nasilja mogu u velikoj mjeri pomoći u smanjivanju incidencije obiteljskog nasilja kod šire populacije. U posljednjih nekoliko godina društvene mreže također imaju veliku ulogu u postizanju gore spomenutog cilja.

8. ZAKLJUČAK

Iz rezultata dobivenih ovim istraživanjem možemo zaključiti da je u velikoj mjeri prisutno nepovjerenje prema institucijama kojima je glavna zadaća zaštititi žrtve obiteljskog nasilja.

U skladu s etičkim načelima dužnost zdravstvenog djelatnika prepoznavanje je tegoba pacijenta i kada one nisu medicinske prirode. U skladu s tim smanjuju se štetne posljedice nasilja na zdravlje pojedinca i dugoročno smanjuje ovisnost o zdravstvenom sustavu.

Rezultati ovog istraživanja, koje je provedeno među patronažnim sestrama Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, pokazali su da su patronažne sestre svjesne uloge Centra za socijalnu skrb, ali nemaju povjerenja u instituciju koja ima alate da zaštiti žrtvu nasilja, kao i mogućnosti potpune psihosocijalne podrške.

Patronažne sestre Doma zdravlja Primorsko-goranske županije prepoznaju svoju struku kao bitan čimbenik prevencije nasilja. Možemo zaključiti da je potrebno povećati suradnju socijalne skrbi, policije, pravosuđa i patronažne službe kako bi se steklo veće povjerenje među tim djelatnostima. Potrebno je međusobno poznavanje djelokruga rada navedenih djelatnosti. Mjere koje mogu provesti i mogućnosti realizacija zacrtanih ciljeva svih djelatnosti trebaju biti poznate svima koji u zakonskim okvirima imaju doticaj sa žrtvom obiteljskog nasilja. Razvoj profesionalnog stava, edukacija i dobra međusektorska suradnja temelji su za uspješnu podršku žrtvama obiteljskog nasilja.

9. LITERATURA:

1. Monteiro LA. Florence Nightingale on public health nursing. Am J Public Health. 1985;75(2):181–185.
2. A paper by Cheryll Adams on the History of Health Visiting, Institute of Health Visiting, https://ihv.org.uk/about-us/history-of-health-visiting/a-paper-by-cheryll-adams/. (pristupljeno dana 15.03.2020.)
3. Wald L. Public Health Then and Now Bringing Care to the People : Public Health Nursing. Am J Public Health [Internet]. 1993;83(12):1778–87
4. Mojsović Z. Sestrinstvo u zajednici. 2007. p. 29–31.
5. Milica Katić IŠ i suradnici. Obiteljska medicina. Alfa Zagreb; 2013.
6. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor. 2011;1–16.
7. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018.,Hrvatski zavod za javno zdravstvo https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/. (pristupljeno dana 16.03.2020.)
8. Kanisek S, Barać I, Voloder V, Osijek D. Patronaža - jučer, danas, sutra. 2016;12:57–70.
9. Bekemeier B, Walker Linderman T, Kneipp S, Zahner SJ. Updating the Definition and Role of Public Health Nursing to Advance and Guide the Specialty. Public Health Nurs. 2015;32(1):50–7.
10. The Nursing and Midwifery Council. Standards of proficiency for specialist community public health nurses. 2004;23
11. Županić M. Organizacija, obrazovanje i kompetencije patronažnih medicinskih sestara. Hrvat časopis za javno Zdr. 2013;9(33):5–15.
12. Tusic R. Razvoj patronažne zdravstvene zaštite zaštitnice zdravlja. Nar Zdr List. 2018;702–703:9–11.
13. Zakon o socijalnoj skrbi Narodne novine, službeni list Republike Hrvatske https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_157_3289.html. (pristupljeno dana 16.03.2020.)
14. Ajduković M. Nasilje u obitelji (2. prošireno izdanje). U: Puljiz, V., Bouillet, D.(ur.). 2003:265-74.
15. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji Zakon.hr, pročišćeni tekstovi zakona https://www.zakon.hr/z/81/Zakon-o-za%C5%A1titi-od-nasilja-u-obitelji. (pristupljeno dana 16.03.2020.)
16. Statistički pregled za 2018. godinu Ministarstvo pravosuđa Republike Hrvatske https://pravosudje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Pravo%20na%20pristup%20informacijama/Izvje%C5%A1%C4%87a/Statisti%C4%8Dko_izvjesce_2018.pdf. (pristupljeno dana 17.03.2020.)
17. I will–I know–I can! Priručnik, Udruga S.O.S. Virovitica http://sosvt.hr/wp-content/uploads/2014/10/I-will-I-know-I-can-priru%C4%8Dnik.pdf. (pristupljeno dana 18.03.2020.)
18. Resources for Domestic Violence, Institute of Health Visiting

https://ihv.org.uk/for-health-visitors/resources/resource-library-a-z/domestic-violence/. (pristupljeno dana 18.03.2020.)
19. Josip ŽMJ. Nasilje. Soc teme Časopis za pitanja Soc rada i Srod Znan. 2016;1(3):67–87.
20. Ajduković M, Mamula M, Pećnik N, Tolle N. Međugeneracijski prijenos nasilja u obitelji. U: Ajduković, M., Pavleković, G.(ur.) Nasilje nad ženom. 2000:69-80.
21. Sesar K, Dodaj A. Čimbenici rizika za nasilje u partnerskim vezama. Soc Psihijatr. 2014;42(3):162–71.
22. Ajdukovic D, Ajdukovic M. Nasilje u obitelji: što zdravstveni djelatnici mogu učiniti. Med Flum. 2010;46(3):292–9.
23. Ajdukovic, D., Löw, A. i Sušac N. Rodne razlike i prediktori partnerskog nasilja u mladenačkim vezama. Ljetop Soc rada. 2011;18(3):527–54.
24. Macy RJ, Ferron J, Crosby C. Partner Violence and Survivors' Chronic Health Problems: Informing Social Work Practice. 2009;29–43.
25. Finnbogadóttir H, Dejin-karlsson E, Dykes A. A multi-centre cohort study shows no association between experienced violence and labour dystocia in nulliparous women at term. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2011;11(1):14.
26. Miller E, Decker MR, Mccauley HL, Tancredi DJ, Levenson R, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. 2011;81(4):316–22.
27. Schafran LH. Developing Brains , and the Lifespan New Knowledge from. Judges J. 2014;53(3):32–7.
28. Access O. Parental psychological abuse toward children and mental health problems in adolescence. 2014;30(2):256–60.
29. Štirn, M., Minić M i sur. Psihosocijalna podrška za žrtve nasilja u obitelji i drugih oblika rodno utemeljenog nasilja. Desing.d.o.o. Z, editor. Zagreb; 2017.
30. Flander B. Kratkoročne i dugoročne posljedice seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu. 2020;3–5.
31. Silverman ME, Loudon H. Antenatal reports of pre-pregnancy abuse is associated with symptoms of depression in the postpartum period. 2020;1–10.
32. http://www.zarez.hr/clanci/zenin-novac-u-muskoj-lisnici. (pristupljeno dana 16.03.2020.)
33. Možemo zajedno, Međuresorna suradnja u suzbijanju nasilja, Republika Hrvatska Ministarstvo za demografiju,obitelj, mlade i socijalnu politiku http://posi.hr/wp-content/uploads/2019/01/Mo%C5%BEemo-zajedno-3.-izdanje.pdf (pristupljeno dana 22.03.2020.)
34. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health Edited by. 2002; Peraica T. Analiza starijih žrtava obiteljskog nasilja u Savjetovalištu za žrtve nasilja / Analysis of Elder Victims of Domestic Violence in Counselling Center for Victims. 2019;47:419–20.
35. Peto i šesto periodično izvješće republike hrvatske prema konvenciji o pravima djeteta ujedinjenih naroda, Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku

https://mdomsp.gov.hr/UserDocsImages/Vijesti2019/PROTOKOL%20O%20POSTUPANJU%20U%20SLU%C4%8CAJU%20NASILJA%20U%20OBITELJI.pdf. (pristupljeno dana 20.03.2020.)
36. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. 2014;1:1–7.
37. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse : a survey of primary healthcare professionals. 2006;227–36.
38. Kohler S, Höhne A, Scientist S, Ehrhardt M, Physician S, Medicine G, et al. Journal of Forensic and Legal Medicine General practitioners and managing domestic violence : Results of a qualitative study in Germany. J Forensic Leg Med [Internet]. 2013;20(6):732–5.
39. Uloga patronažne sestre u prevenciji nasilja: obiteljske tajne, Narodni zdravstveni list http://www.zzjzpgz.hr/nzl/95/obiteljske_tajne.htm. (pristupljeno dana 16.03.2020.)
40. The health visitor ' s role in the identification of domestic abuse . 2020;22919784.
41. Health Visiting and School Nursing Programmes: supporting implementation of the new service model No.5: Domestic Violence and Abuse –Professional Guidance, Department of Health
(pristupljeno dana 20.03.2020.)
42. Racz A, Stavovi medicinskih sestara o međusektorskoj suradnji i sustavu socijalne skrbi u prevenciji partnerskog nasilja nad ženama. Ljetopis socijalnog rada, 2013, 20.3: 415-436.
43. Beynon C, Gutmanis I, Tutty L, Wathen C, MacMillan H. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. BMC Public Health. 2012;12(1):473
44. Cann, K., et al. "Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers." Public health 115.2 (2001): 89-95.

10.PRILOZI

Prilog A.

Stavovi patronažnih sestara PGŽ-a o međusektorskoj suradnji sa socijalnom skrbi u prevenciji obiteljskog nasilja

1.Upitnik demografskih podataka

1. Vaš spol je:

- Ženski
- Muški

2. Upišite Vašu dob

---

3. Stupanj obrazovanja

- SSS
- VŠS
- VSS

4. Ukupno godina radnog staža u struci

---

5. Godine radnog staža u patronažnoj službi

---

6. Mjesto rada

- Grad
- Prigrad
- Selo

2. Stavovi prema nadležnim službama izvan zdravstvenog sustava i međusektorskoj suradnji na rješavanju problema nasilja u obitelji

1.Policija vrlo često olako reagira na prijave o nasilju samo " dođu i odu "

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

2. Policiji bi trebalo dati ovlasti da nasilniku pendrekom vrati istom mjerom kako bi ga naučili pameti

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

3. Za socijalnog radnika žrtva nasilja u obitelji nije osoba već samo još jedan spis

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

4. U okviru svojih mogućnosti socijalne službe rade najbolje što mogu i glavna su poluga u rješavanju problema

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

5. Socijalne službe su bezosjećajne, trome, inertne i nezainteresirane i od takvih ne treba očekivati učinkovitu pomoć

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

6. Zdravstvena služba dovoljno je učinila pruživši hitnu profesionalnu prvu pomoć žrtvi i sanirajući tjelesne ozljede

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

7. Uloga zdravstvenog sustava je da zlostavljača kao bolesnu osobu hitno uputi na psihijatriju i osigura liječenje

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

8. Pravosuđe nije učinkovito u rješavanju problema nasilja jer se na kraju zbog loših zakona zlostavljač uvijek nekako izvuče

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

9. Unutar socijalne službe žrtva nasilja može dobiti potrebnu i potpunu materijalnu, psihološku i pravnu pomoć

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

10. Donošenjem novog Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji, pravosuđu je osigurano učinkovito "oružje" za suzbijanje nasilja u obitelji

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

11. Osnovni smisao nevladinih udruga je da žrtvama osiguraju siguran smještaj i podršku

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

12. Nevladine udruge uglavnom služe za liječenje osobnih frustracija

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

3. Upitnik stavova prema obavezi prijavljivanja zlostavljanja

1.Ukoliko žtrva sama ne započne razgovor o zlostavljanju, čak i ako je očigledno da je bila zlostavlajna, to treba poštovati i ne započinjati razgovor o tome

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

2. Suosjećam sa zlostavljanom osobom, ali najviše što mogu učiniti je pružiti riječi utjehe i naglastiti da se brojnim osobama događaju puno gore stvari, a prijavu mora podnjeti sama

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

3. Većina zlostavljanih osoba zapravo nije spremna stvarno promijeniti životnu situaciju, pa se stoga ne uplićem dublje u takve slučajeve

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

4. Nasilje u obitelji uopće ne bi trebalo nikome prijavljivati jer se time narušava obveza čuvanje profesionalne tajne

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

5.Svaki čovjek, neovisno o tome je li stručnjak ili ne, zakonski je dužan prijaviti slučaj nasilja u obitelji

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

6. Dužnost je liječnika, a ne medicinske sestre, da, neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje, prijavi nasilje

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

7. Dužnost je medicinske sestre da neovisno o mišljenju nadležnih, u slučaju saznanja ili opravdane sumnje prijavi nasilje

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

8. Prijavljivanje nasilja nije posao liječnika ili medicinske sestre, već je to stvar pravne službe ili uprave zdravstvene ustanove

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

9. Prijavljivanje nasilja u nadležnosti je drugih nezdravstvenih službi i zdravstvo se u to ne bi trebalo miješati

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

4.Ocjena kvalitete ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi vezanih uz nasilje u obitelji

1.Stekla/o sam puno povjerenje u rad i učinkovitost socijalne službe

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

2. Imala/o sam bojazan da prijavu nadležni neće ozbiljno shvatiti

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

3. Stekla/o sam sumnju u učinkovitost mehanizama koje CZSS-u stoje na raspolaganju

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

4. Nisam dobila/o nadu da će CZSS išta konkretno učiniti za žrtvu nasilja

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

5. Izgubila/o sam svaku volju da ikad više kontaktira s CZSS-om socijalnom službom

Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	Potuno se slažem

5.Upitnik o broju dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom u svezi nasilja u obitelji

a) vrlo često kontaktiram s CZSS-socijalnom službom (više od 5 kontakata mjesečno)

b) imala sam višekratne kontakte s CZSS sa socijalnom službom (od 2-5 kontakata mjesečno)

c) radilo se tek o nekoliko kontakata u dosadašnjoj praksi (1-5 kontakata)

d) nikad nisam imala kontakte s CZSS-socijalnom službom

Prilog B Tablice

Tablica 1. Demografska obilježja ispitanika 32
Tablica 2. Stavovi prema nadležnim službama izvan zdravstvenog sustava i međusektorskoj suradnji na rješavanju problema nasilja u obitelji 34
Tablica 3. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable 35
Tablica 4. Stavovi prema obavezi prijavljivanja nasilja u obitelji 37
Tablica 5. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable 38
Tablica 6. Ocjena kvalitete ostvarenih kontakata sa službom socijalne skrbi vezanih uz nasilje u obitelji..... 39
Tablica 7. Statistička analiza stavova u odnosu na grupirane varijable 40
Tablica 8. Statistička analiza čestica u odnosu na grupirane varijable 41

Prilog C Slike

Slika 1. Posljedice izloženosti zlostavljanja u djetinjstvu 19
Slika 2. Socijalno-ekološki model nasilja 20
Slika 3. Krug moći i kontrole nasilja u obitelji 21
Slika 4. Upitnik o broju dosadašnjih kontakata sa socijalnom službom u svezi nasilja u obitelji 41

11.ŽIVOTOPIS:

Rođena sam 29.03.1969. u Rijeci, gdje sam pohađala osnovnu školu i medicinsku školu Centar usmjerenog obrazovanja za kadrove u zdravstvu „Mirko Lenac“. 2008. godine upisala sam preddiplomski stručni studij sestrinstva u Rijeci, te 2011. godine diplomirala na radu „ Čimbenici rizika za nastanak karcinoma dojke” Nastavni Zavod za javno zdravstvo PGŽ, pod mentorstvom Prim. mr. sc. Jagoda Dabo, dr.med. Radno iskustvo: od 1987.-1994. godine radim u KBC Rijeka, od 1994.-2005.godine u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući. Od 2006.-2016. godine radim u KBC Rijeka. 2016.godine zapošljavam se u Domu zdravlja Primorsko-goranske županije na poslovima stručnog prvostupnika sestrinstva u Patronažnoj službi. Mentor sam studentima na stručnom studiju „Stručni studij sestrinstvo – redovni i izvanredni“, iz predmeta: Zdravstvena njega u zajednici, Fakulteta zdravstvenih studija Rijeka. 2017.godine osposobljena sam za stručno usavršavanje mentora stručnjaka. 2018. godine upisujem Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo- menadžment u sestrinstvu, Sveučilišta u Rijeci.