

Prepoznavanje mogućih žrtava zlostavljanja na Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split; Stavovi i znanja medicinskih sestara i liječnika o zlostavljanju žena

Puljić, Anamaria

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:722385>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom](#).

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-31**

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Anamaria Puljić

**PREPOZNAVANJE MOGUĆIH ŽRTAVA
ZLOSTAVLJANJA NA KLINICI ZA OČNE BOLESTI I
ZAVODU ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU KLINIKE
ZA KIRURGIJU KBC-A SPLIT; STAVOVI I ZNANJA
MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA O ZLOSTAVLJANJU
ŽENA**

Diplomski rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Anamaria Puljić

**PREPOZNAVANJE MOGUĆIH ŽRTAVA
ZLOSTAVLJANJA NA KLINICI ZA OČNE BOLESTI I
ZAVODU ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU KLINIKE
ZA KIRURGIJU KBC-A SPLIT; STAVOVI I ZNANJA
MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA O ZLOSTAVLJANJU
ŽENA**

**IDENTIFICATION OF POSSIBLE VICTIMS OF ABUSE IN
THE EYE DISEASES CLINIC AND IN THE DEPARTMENT
OF ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY OF THE
SURGICAL CLINIC OF KBC SPLIT; ATTITUDES AND
KNOWLEDGE OF NURSES AND PHYSICIANS ABOUT
ABUSE OF WOMEN**

Diplomski rad / Master's Thesis

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Andrea Russo, prof.

Split, 2023.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svima koji su svojim doprinosom pomogli u izradi ovoga rada, a posebno se zahvaljujem mentorici izv. prof. dr. sc. Andrei Russo na ukazanom povjerenju i posvećenom vremenu u ostvarenju ovog rada.

Veliko hvala mojoj najboljoj prijateljici Raheli Orlandini, mag. med. techn. koja je zaslužna za početak mog studiranja i koja mi je bila podrška svih ovih godina studiranja u kojima je nesebično dijelila svoja znanja, iskustva i bila putokaz na mojoj cesti kročenja. Prijateljice hvala ti što postojiš.

Hvala mojoj majci Ani i sinu Stipi na beskrajno mnogo razumijevanja i strpljenja tijekom mog studiranja.

Hvala ocu Peri koji me otpratio na studij, ali svojim preranim odlaskom nije dočekao završetak mog studiranja.

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski sveučilišni studij sestrinstva

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: izv. prof. dr. sc. Andrea Russo, prof.

**PREPOZNAVANJE MOGUĆIH ŽRTAVA ZLOSTAVLJANJA NA KLINICI ZA OČNE BOLESTI I
ZAVODU ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU KLINIKE ZA KIRURGIJU KBC-A SPLIT;
STAVOVI I ZNANJA MEDICINSKIH SESTARA I LIJEČNIKA O ZLOSTAVLJANJU ŽENA**

Anamaria Puljić

SAŽETAK

Uvod: IPV je javnozdravstveni problem koji može dovesti do smrtnosti i obolijevanja. Žrtve IPV-a se učestalo javljaju u zdravstvene ustanove zbog traume oka ili traume mišićno-koštanog sustava kao posljedice IPV-a. Stoga je potrebno pomno ispitati važnost pravovremenog uočavanja i reagiranja medicinskih sestara i liječnika na pacijentice koje su žrtve nasilja od strane intimnog partnera kako bi se popunila trenutna praznina u ovom području.

Cilj: Istražiti znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama na Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split.

Metode: Istraživanjem je obuhvaćeno 97 ispitanika u razdoblju od 1. listopada do 30. studenog 2023. godine. Svih 97 ispitanika su bili medicinske sestre i liječnici sa zasnovanim radnim odnosom u Klinici za očne bolesti i u Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split koji su popunili upitnik "Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga".

Rezultati: Eksploratornom faktorskom analizom, uz korištenje PCA sa svojstvenom vrijednošću većom od 1 uz Varimax rotaciju i uvjet da su apsolutne vrijednosti veće od 0,45, dobili smo 7 faktora koja objašnjavaju ukupno 65,14% varijance. Samo 3 medicinske sestre i 2 liječnika su educirani o zlostavljanju žena. Medicinske sestre su imale više iskustva s nasiljem nad ženama od liječnika ($\chi=5,7$; $p=0,17$). Udio liječnika koji su pozvali policiju za 2,6 puta je veći nego udio medicinskih sestara koje su pozvale policiju ($\chi=3,9$; $p=0,047$). Najviše ispitanika (11,3%) smatra kako je strah žene da verbalizira zlostavljanje najveća prepreka u probiru zlostavljanja žena. Na otvoreno pitanje što bi im pomoglo u olakšavanju probira 51,5% ispitanika nije dalo nikakav odgovor. Od ispitanika koji su odgovorili na pitanje, najviše ispitanika (22,7%), od toga 25,4% medicinskih sestara i 17,6% liječnika smatra kako bi edukacija olakšala probir zlostavljanja žena.

Zaključci: Hrvatska verzija upitnika „Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga“ od ukupno 20 pitanja pokazala je primjenjivu pouzdanost u mjerenju znanja i stavova medicinskih sestara i liječnika u bolničkom sustavu o zlostavljanju žena. Nema razlike u znanju i stavovima o nasilju nad ženama između medicinskih sestara i liječnika u Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju KBC-a Split, osim u stavovima profesionalne podrške.

Gljučne riječi: nasilje od strane intimnog partnera; medicinske sestre; liječnici; oftalmologija; traumatologija.

Rad sadrži: 56 stranica, 10 tablica, 59 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

University of Split
University Department for Health Studies
Graduate university study: Nursing

Scientific area: Biomedicine and Health Care
Scientific field: Clinical Medical Sciences

Supervisor: izv. prof. dr. sc. Andrea Russo, prof.

IDENTIFICATION OF POSSIBLE VICTIMS OF ABUSE IN THE EYE DISEASES CLINIC AND IN THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY OF THE SURGICAL CLINIC OF KBC SPLIT; ATTITUDES AND KNOWLEDGE OF NURSES AND PHYSICIANS ABOUT ABUSE OF WOMEN
Anamaria Puljić

SUMMARY

Introduction: IPV is a public health problem that can lead to mortality and morbidity. Victims of violence against women often come to health care facilities for eye trauma or musculoskeletal trauma as a result of IPV. Therefore, the importance of timely recognition and response by nurses and physicians to patients who are victims of intimate partner violence needs to be carefully considered in order to address the current gap in this area.

Aim: To study the knowledge and attitudes of nurses and physicians regarding violence against women in the Eye Diseases Clinic and the Orthopedics and Traumatology Department of the Surgical Clinic of KBC Split.

Methods: The study included 97 respondents in the period from October 1 to November 30, 2023. All 97 respondents were nurses and physicians in permanent employment at the Eye Diseases Clinic and the Department of Orthopedics and Traumatology of the Surgical Clinic of KBC Split who completed the questionnaire "Violence against women - questionnaire for health care providers".

Results: Using exploratory factor analysis (PCA) with an eigenvalue greater than 1 and varimax rotation, and the condition that absolute values are greater than 0.45, 7 factors were identified, explaining a total of 65.14% of the variance. Only 3 nurses and 2 physicians were educated about abuse of women. Nurses had more experience with violence against women than physicians ($\chi=5.7$; $p=0.17$). The proportion of physicians who called the police was 2.6 times higher than the proportion of nurses who called the police ($\chi=3.9$; $p=0.047$). Most respondents (11.3%) believe that women's fear of verbalizing mistreatment is the greatest barrier to screening for mistreatment of women. The majority of respondents (51.5%) did not answer the open-ended question about what would help them facilitate screening. Of the respondents who answered the question, most (22.7%), including 25.4% nurses and 17.6% physicians, felt that education would facilitate screening for abuse against women.

Conclusions: The Croatian version of the "Violence Against Women Questionnaire for Health Care Providers, with a total of 20 questions, proved to be reliable in measuring the knowledge and attitudes of nurses and physicians in the hospital system regarding abuse of women. There are no differences in knowledge and attitudes about violence against women between nurses and doctors at the Eye Diseases Clinic and the Department of Orthopedics and Traumatology at KBC Split, except for attitudes about professional support.

Keywords: intimate partner violence; nurses; physicians; ophthalmology; traumatology.

Thesis contains: 56 pages, 10 tables, 59 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Intimno partnersko nasilje (IPV)	1
1.1.1. Ponašanje žena koje su doživjele IPV	5
1.1.2. Prikupljanje podataka o IPV-u	6
1.2. Pružatelji zdravstvenih usluga	7
1.3. Ozljede oka povezane s IPV-om	9
1.4. Koštano-mišićne ozljede povezane s IPV-om	11
1.5. Probir	13
1.5.1. Odnos između žrtve IPV-a i zdravstvenog radnika	15
1.5.2. Reakcije žrtava IPV-a na probir	15
1.5.3. Reakcije zdravstvenih radnika na probir	16
1.5.4. Prepreke u probiru	16
1.5.5. Učinkoviti čimbenici probira	17
1.6. Zakonodavstvo – nacionalna politika podrške	17
2. CILJ RADA	20
3. IZVORI PODATAKA I METODE	21
3.1. Ispitanici	21
3.2. Metode prikupljanja podataka	24
3.3. Mjerni instrument	24
3.4. Statistička obrada podataka	25
4. REZULTATI	27
4.1. Analiza pouzdanosti upitnika na hrvatskom jeziku: Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga	27
4.2. Znanja i stavovi medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split o nasilju nad ženama	28
4.3. Iskustvo medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split u vezi s nasiljem nad ženama	32
4.4. Povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split o nasilju nad ženama	33
4.5. Prepreke u probiru medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split za pacijentice koje su žrtve nasilja	35
5. RASPRAVA	37
5.1. Pouzdanost upitnika: Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga	37
5.2. Znanje i stavovi medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama	37

5.3.	Doprinos iskustva s nasiljem nad ženama na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama	41
5.4.	Povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama	43
5.5.	Prepreke u probiru pacijentica koje su žrtve nasilja	43
6.	ZAKLJUČCI	47
7.	LITERATURA	49
8.	ŽIVOTOPIS.....	55

1. UVOD

Nasilje nad ženama od strane intimnog partnera predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem (1). Rutinski probir za intimno partnersko nasilje (IPV) podržavaju brojne zdravstvene organizacije. Međutim, udio probira u zdravstvenim ustanovama i dalje je nizak (2).

Nasilje od intimnog partnera vodeći je uzrok smrti i invaliditeta u cijelom svijetu. Unatoč sve većoj svijesti javnosti o IPV-u, dostupno je malo informacija o prevalenciji, povezanim obrascima ozljeda i utjecaju IPV-a kao mehanizma traume oka i orbite (3).

Nasilje u obitelji jedan je od najčešćih uzroka nesmrtonosnih ozljeda kod žena, a mišićno-koštane ozljede predstavljaju drugu najčešću manifestaciju ovog oblika nasilja. Stoga je od velike važnosti da zdravstveni radnici mogu prepoznati i procijeniti ove vrste ozljeda (4).

IPV je zdravstveni problem koji može dovesti do smrtnosti i obolijevanja (5). Stoga je potrebno pomno ispitati važnost pravovremenog uočavanja i reagiranja medicinskih sestara i liječnika na pacijentice koje su žrtve nasilja od strane intimnog partnera kako bi se popunila trenutna praznina u ovom području.

1.1. Intimno partnersko nasilje (IPV)

Intimno partnersko nasilje (IPV) definira se kao „ponašanje unutar intimnog odnosa koje uzrokuje fizičku, seksualnu ili psihičku štetu, uključujući činove fizičke agresije, seksualne prisile, psihičkog zlostavljanja i ponašanja koja kontroliraju ” (6-14), a odnosi se na bilo koje ponašanje koje se dogodilo u prošlom ili sadašnjem intimnom odnosu (15-17). IPV koristi pojedinac koji želi povrijediti, dominirati i kontrolirati intimnog partnera (8, 13). IPV može varirati od jednog akutnog udarca do kroničnog udaranja i može varirati u učestalosti i težini ozljeđivanja. Postoje izvještaji kako je nasilje u obitelji ustaljeno u društvu i događa se stoljećima (12).

Obiteljsko nasilje se općenito smatra nasiljem između dvije osobe koje žive zajedno ili su to već činile, uključuje članove kućanstva, intimne partnere ili članove obitelji, a IPV je njegov podskup koji označava nasilje koje se događa samo između sadašnjih ili

bivših intimnih partnera. IPV je prisutan u svakoj kulturi i u svim životnim dobima, bez obzira na seksualnost, religioznost, rasu, etničku pripadnost ili socioekonomski status (18-21).

IPV nad ženama se smatra velikim javnozdravstvenim problemom s ozbiljnim posljedicama na mentalno i fizičko zdravlje žena i djece te značajnim utjecajem na društvo, uključujući i visoke financijske troškove (1, 5, 11, 13, 14, 16, 22-27), s doživotnom prevalencijom u zapadnoj i europskoj populaciji između 26% i 74% (Centri za kontrolu i prevenciju bolesti, 2008.) (11). Dok je procjena učinka IPV-a na mentalno zdravlje ogromna i vjerojatno objektivno nemjerljiva, procijenjeni ekonomski teret stanovništva doseže do 3,6 trilijuna američkih dolara tijekom života žrtava, pri čemu gotovo 60% toga proizlazi iz medicinskih troškova (24).

U izvješću 2013. godine Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) zajedno s Londonskom školom za higijenu i tropsku medicinu i Južnoafričkim vijećem za medicinska istraživanja su utvrdili kako je 30% žena u svijetu doživjelo fizičko i/ili seksualno nasilje od strane intimnog partnera, a u nekim regijama taj broj iznosi čak 38%. Isto tako je zabilježeno 38% ubojstava žena u svijetu koje su počinili intimni partneri (5, 18, 19).

Provođenje IPV-a od strane muških partnera ne smatra se samo teškim kršenjem ljudskih prava, već i globalnim javnozdravstvenim problemom. U istraživanju provedenom u više zemalja, procjene doživotne prevalencije IPV-a kretale su se od 13% do 61%, a većina procjena varirala je između 23% i 49% (SZO, 2013.). Slični brojevi pronađeni su u istraživanju koje je uključivalo gotovo 50 zemalja, u kojima je 10% do 52% žena izjavilo kako je doživjelo zlostavljanje od strane partnera u nekom trenutku svog života. Druga istraživanja su izvijestila o procjenama između 4% i 49% za fizičko nasilje, 6% i 59% za seksualno nasilje i između 15% i 71% za fizičko ili seksualno nasilje, ili oboje, od strane intimnog partnera (20).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, žene koje je ubio intimni partner progresivno raste na svjetskoj razini, uglavnom zbog relevantnih udjela učestalosti i smrtnosti, koje čine do 70% u svijetu i 35% u Europi, među svim ženama koje su žrtve ubojstava (19). Španjolski ženski institut je proveo nekoliko istraživanja na populaciji koja su pokazala kako je 12,4% (1999.), 11,1% (2002.), 9,6% (2006.) i 10,9% (2011.)

ispitanih žena bilo zlostavljano (fizički, psihički i/ili seksualno) od strane svog muškog partnera u nekom trenutku njihovih života (16).

Većina žrtava (mlade odrasle žene, nezaposlene, s niskim primanjima, s djecom) imaju prethodnu povijest IPV-a, u dugotrajnoj su vezi sa svojim zlostavljačem (mladi odrasli muškarci, zaposleni, s poviješću zlouporabe sredstava ovisnosti, ali bez poznate kriminalne evidencije) i živjela su s njim u vrijeme napada (16).

Nasilje nad ženama postoji u određenoj mjeri u gotovo svim društvima i svim društveno-ekonomskim i kulturnim skupinama (16, 28). IPV je često potaknut tradicionalnim rodnim normama. Općenito se smatra kako bi žene trebale ostati kod kuće i brinuti se o muškarcu i djeci, dok muškarac zarađuje za obiteljski život. Levinson je analizirao statističke podatke iz 90 društava kako bi preispitao obrasce premlaćivanja supruga i otkrio kako se premlaćivanje žena češće događa u društvima u kojima muškarci imaju ekonomsku moć i moć odlučivanja u kući, gdje je nasilje metoda izbora za rješavanje sukoba. U takvim statičnim i moćnim rodnim ulogama, ideja o muškoj dominaciji i povezanom ponašanju postaje istaknutija i povećava se rizik od partnerskog nasilja (SZO, 2002.) (18, 20). Osim što se ponegdje nasilje nad ženama tolerira zbog društveno nametnutih rodnih uloga, koje im pripisuju niži status, ono može biti prisutno zbog prenošenja iskustava nasilja kroz generacije, pri čemu su žrtve često bile svjedoci nasilja u djetinjstvu (20).

Udio IPV-a u ruralnim, urbanim i prigradskim područjima općenito je sličan, iako neke vrste IPV (npr. seksualno i ono počinjeno od strane supružnika/bivšeg supružnika) i ubojstva intimnog partnera mogu biti viši u ruralnim nego u urbanim i prigradskim područjima (17). Međutim pojedina istraživanja pokazuju kako je IPV jednako rašireno u ruralnim kao i u urbanim područjima (29).

Nedostatak kapitala, monetarnog i socijalnog te svi ostali popratni stresori povezani su s povećanjem vjerojatnosti IPV-a. Istraživanja koje se bave teškim siromaštvom i udjelom IPV-a pokazale su da što je prihod kućanstva niži, to je udio prijave IPV-a veći. U nekim zemljama čimbenici većeg udjela IPV-a mogle bi biti slabe i nedostatne sankcije zajednice protiv IPV-a (18).

Istraživanje SZO-a u 2013. godini provedeno na 24.000 žena u 10 zemalja (Bangladeš, Brazil, Peru, Tajland, Ujedinjena Republika Tanzanija, Etiopija, Japan, Namibija, Srbija i Crna Gora) željelo je procijeniti prevalenciju nasilja nad ženama s

naglaskom na intimne partnere te dokumentirati koje strategije i usluge žene koriste kako bi se nosile s napadima intimnih partnera. Istraživanje je pokazalo kako se stavovi žena o tome što je prihvatljivo nasilje i što je ispravna uloga i dužnost udane žene razlikuju na globalnoj razini, pri čemu je prihvaćanje premlaćivanja supruga bilo veće među onim ženama koje su doista iskusile nasilje iz prve ruke. Čak i u zemljama s najnižim brojem prijava IPV-a, 2 od 10 žena nikada nisu govorile o svom napadu prije nego što su razgovarale s ispitivačem iz ovog istraživanja, a malo ih je u bilo kojoj zemlji to izjavilo nadležnim institucijama. Čak i u zemljama s relativno uređenim sustavima podrške, žene većinom nisu tražile pomoć, a činile su to tek onda kada je nasilje postalo preteško, a djeca su počela osjećati utjecaj ili ih je jedna od grupa za podršku ohrabrila da traže pomoć institucija ili odu skloništa (18, 30).

Istraživanje koje je provela FRA (Agencija Europske unije za temeljna prava) između travnja i rujna 2012. u 28 država članica EU-a o nasilju nad ženama temeljeno je na intervjuima koji su uživo provedeni s 42 000 žena. U tom istraživanju otprilike 31% žena doživjelo je jedan ili više slučajeva tjelesnog nasilja od svoje 15. godine života. Iako žene najčešće navode kako ih je netko gurnuo, isključivanje tog oblika nasilja ima tek ograničen učinak na sveukupnu učestalost tjelesnog nasilja, smanjujući je s 31% na 25%. Taj rezultat odražava činjenicu da su mnoge žene koje tvrde kako ih je netko gurnuo doživjele i druge oblike tjelesnog nasilja. Najučestaliji oblici tjelesnog nasilja obuhvaćaju guranje, pljuske, grabljenje ili povlačenje žene za kosu (31).

Žene koje dožive IPV izložene su povećanom riziku od ozljeda i smrti, kao i nizu fizičkih, mentalnih i društvenih problema (10, 16). Naposljetku, žene koje su doživjele IPV-a sklone su prakticiranju rizičnih ponašanja, kao što su visokorizično seksualno ponašanje, korištenje štetnih tvari, prakticiranje nezdrave dijete ili pokušaj/učinjeno samoubojstvo (18). U usporedbi sa ženama koje nisu pretrpjele nasilje, osobe koje su preživjele IPV imaju nižu ukupnu kvalitetu zdravlja, što utječe na gotovo svaki organski sustav. Žrtve IPV-a pokazuju veći udio i razinu depresije, koja može trajati čak 5 godina nakon završetka nasilja. Osobe koje su preživjele IPV također pokazuju povećan udio anksioznosti i posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i probleme sa zlouporabom alkohola i drugih supstanci te pokazuju više suicidalnih ideja i pokušaja (32). Dokazi upućuju na to kako žene koje su zlostavljane od strane svojih partnera pate od više razine depresije, anksioznosti i fobija nego žene koje nisu zlostavljane. U studiji SZO-a u više

zemalja, izvješća o emocionalnom stresu, mislima o samoubojstvu i pokušaju samoubojstva bila su značajno veća među ženama koje su nekada doživjele fizičko ili seksualno nasilje nego od onih koje nisu (13).

IPV je glavni uzrok obolijevanja i smrtnosti žena (33). Kombinacija psihičkog i fizičkog zlostavljanja je najčešći oblik nasilja (16). Usprkos tome, opće je poznato kako mnoge žene (>60%) zbog srama i straha nerado govore o nasilju te se ne usuđuju govoriti o pravoj prirodi svojih ozljeda. Zbog toga se često kao razlog ozljede koristi „pad sa stepenica“ ili slično (4).

Nasilje u obitelji ima negativne zdravstvene ishode i za muške i za ženske žrtve. Međutim, fizički IPV nad ženama je češći i s ozbiljnijim ozljedama nego nad muškarcima (SZO, 2013.) i utvrđeno je kako su izloženi većem riziku od ponovnog zlostavljanja (27, 34). Žene su se tradicionalno smatrale žrtvama, a muškarci počiniteljima IPV-a; to je vjerojatno zbog mišljenja kako muškarci više koriste fizičku silu i seksualnu prisilu koje će vjerojatnije izazvati ozljede (6). Iako fizičke ozljede povezane s IPV-om mogu biti blage (modrice ili ogrebotine) (16, 35), većinom gornjih udova i lica (16), one također mogu biti teške i po život opasne ozljede poput uboda, opekline, davljenja ili rana od vatrenog oružja (16, 35), a mogu završiti i ubojstvom (16).

IPV se smatra primarnim uzrokom ozljeda kod jedne trećine žena u svijetu u dobi od 15 do 44 godine koji rezultira značajnim bolničkim i izvanbolničkim zdravstvenim troškovima te razornim društvenim i obiteljskim međugeneracijskim štetnim posljedicama (16, 22). Neposredni rizik od tjelesnih ozljeda i smrti od IPV-a povezan je s mnogim zdravstvenim posljedicama, uključujući psihijatrijske, endokrine, mišićno-koštane, ginekološke i reproduktivne bolesti (36). Takve ozljede povezane s IPV-om često su ozbiljne, a nasilje ima kroničan i eskalirajući tijek (3).

Unatoč značajnoj globalnoj prevalenciji, IPV je izrazito podcijenjen u zdravstvenoj zajednici i općenito u društvu (3), ali se često zanemaruje i nedovoljno prijavljuje (26).

1.1.1. Ponašanje žena koje su doživjele IPV

Unatoč tome što je IPV vrlo raširen i ima ozbiljne posljedice, samo 2,5-15% osoba kod kojih je zabilježen IPV to prijavljuje nadležnim tijelima. Žene koje traže pomoć telefonskim linijama za pomoć žrtvama obiteljskog nasilja, socijalnim službama ili policiji predstavljaju samo „vrh sante leda“, većina žrtava nikada ne prijavi ovakve

incidente. Često citirani razlozi za nedovoljno prijavljivanje pacijenata uključuju sram žrtve, ekonomsku ovisnost, strah od posljedica i strah da im se ne povjeruje u zlostavljanje (35-37). Osim što se o IPV-u sve više raspravlja, i dalje nema dovoljno odgovora na važna pitanja o uzrocima zašto žene ostaju u nasilnoj vezi. Isto tako, sve se više se prepoznaje potreba za boljim podacima o karakteristikama osobnosti žrtava IPV-a. U istraživanju koje je obuhvatilo 553 žene, samo 18% nikada nije doživjelo nikakvu vrstu zlostavljanja, 39% je pretrpjelo verbalno nasilje, 25% je pretrpjelo fizičko nasilje, a 18% ih je doživjelo teško nasilje. Ponekad je zlostavljanje bilo ekstremno gdje je zabilježeno 25% žena koje su izjavile kako su primile medicinsku pomoć zbog ozljeda zadobivenih od nasilnog partnera (20).

Žrtve IPV-a najčešće navode kako ostaju u nasilnim vezama zbog želje da održe svoju obitelj na okupu jer ih je strah od gubitka djece, kao i zbog nesigurnosti, nedostatka obiteljske i društvene podrške te straha od smrti. Ove razloge dodatno pojačavaju stalno zastrašivanje i omalovažavanje od strane intimnog partnera, umanjujući žrtvu kao osobu i stvarajući joj osjećaj inferiornosti. Također, treba napomenuti kako ekonomska i emocionalna ovisnost žena o njihovim partnerima ne samo da povećava rizik od nasilja nego je to i razlog neprijavljivanja zlostavljanja (13). U slučajevima kada žene ipak prijave zlostavljanje, to obično dovodi do porasta nasilja jer se prijava doživljava kao izraz nepoštovanja prema obitelji (20).

Većina žena traži pomoć od svoje osobne mreže, bliskih rođaka ili prijatelja, da bi dobile podršku kako se nositi sa svojom nasilnom vezom ili kako je napustiti. U slučajevima kada žene nemaju društvenu i/ili obiteljsku podršku ili kada nasilnik pribjegne fizičkom nasilju, žene se obraćaju policiji. Ipak, većina žena ne želi da njihov partner napusti dom ili bude zatvoren, one jednostavno žele da ga policija smiri i kontrolira njegovo nasilničko ponašanje (20).

Zbog nedovoljnog prijavljivanja, disparitet između percipiranih i stvarnih stopa IPV-a vjerojatno je čak i veći nego što to podaci pokazuju (3).

1.1.2. Prikupljanje podataka o IPV-u

Objektivno mjerenje viktimizacije i počinjenja IPV-a je teško postići iz više razloga. Postoje mnoge varijacije u metodologiji istraživanja i praznine u prikupljanju podataka

koje izazivaju zbunjenost među istraživačima. Žrtve IPV-a često oklijevaju prijaviti viktimizaciju zbog osjećaja straha, ljubavi, ovisnosti ili zaštite prema počinitelju, što rezultira lažnim tvrdnjama kako su se ozljede dogodile zbog nekih drugih uzroka (18, 29). Nedovoljno prijavljivanje također može proizaći iz nevoljkosti ili nemogućnosti prisjećanja traumatskih incidenata i uvjerenja kako su nasilni napadi previše trivijalni ili beznačajni da bi se nekome uopće spomenuli (29). Najčešće se IPV mjeri anketama o samoprocjeni koje možda neće točno odražavati puni opseg i veličinu problema (18, 29).

1.2. Pružatelji zdravstvenih usluga

IPV je i dalje sveprisutan zdravstveni i društveni problem, a zlostavljane žene su često korisnice zdravstvenih usluga (5, 38, 39). (5). Zdravstveni radnici imaju ključnu ulogu u životima žena koje dožive IPV. Međutim, među pružateljima usluga je uočen nedostatak znanja, negativni stavovi i uvjerenja te niski udio probira (5, 38).

Zdravstveni radnici glavni su institucionalni kontakt ženama koje su doživjele IPV. Međutim, bilježe se ograničene informacije o počinitelju, mjestu incidenta ili mogućem budućem riziku od ozljeđivanja žene. U istraživanju provedenom u Mumbaiju (Indija) u medicinskoj dokumentaciji od 1997. do 1999. utvrđeno je kako je IPV uzročni čimbenik ozljeda u 53% vjerojatnih i zabilježenih slučajeva ozljeda, ali je IPV kao razlog ozljede spomenut u samo 13,5% tih slučajeva. U američkom istraživanju 41% žena koje su ubili njihovi partneri bilo je pregledano u sustavu zdravstvene skrbi godinu dana prije ubojstva. Stoga je jasno kako se moraju poboljšati procjene i intervencije IPV-a u zdravstvenim i društvenim okruženjima (30).

Naglašena je potreba za jačim angažmanom zdravstvenog sektora i razvijanju smjernica kliničkih politika kao odgovor na IPV. Smjernice SZO-a uključuju pružanje skrbi usmjerene na žene, integraciju pronalaženja slučajeva u kliničkoj praksi, skrb za žrtve IPV-a i edukaciju pružatelja zdravstvenih usluga o IPV-u (SZO, 2013.). Medicinske sestre, koje su najbrojniji pružatelji zdravstvenih usluga, moraju aktivno sudjelovati u odgovoru spram žrtava IPV-a, ali često osim ograničenja u znanju, stavovima i iskustvu u IPV-u, su slabo upoznate s postupcima i smjericama procjene te sustavima podrške (5). Isto tako pripisivanje krivnje za radnje koje se događaju u obiteljskom nasilju može

diktirati odabir intervencija i time dovesti žrtvu u veću opasnost (40). Stoga je ključno ispitati njihovo znanje, stav i iskustvo svezi IPV-a (5).

Medicinske sestre bi trebale biti svjesne znakova mogućeg obiteljskog nasilja kod svih pacijenata o kojima skrbe. Bilo bi poželjno da medicinske sestre sudjeluju u planiranju zdravstvene zaštite, javnim politikama i odgovorima zajednice na nasilje s obzirom da su one prve koje pacijentice susreću u zdravstvenom sustavu. Također, postoji potreba za poboljšanom edukacijom medicinskih sestara u probiru obiteljskog nasilja kada se susreću s pacijentima. Zlostavljane žene često izbjegavaju obratiti se za pomoć u strahu od društvene stigme, stoga je stav medicinskih sestara bitan pri susretu sa ženama koje su izložene rodno uvjetovanom nasilju (40).

Žene koje su doživjele IPV često opisuju nezadovoljavajuće i štetne interakcije sa zdravstvenim radnicima, koje karakterizira nedostatak pomoći; nevjerica ili okrivljavanje žrtve; neuspjeh u rješavanju problema svezi sigurnosti žena; povrede povjerljivosti; ili ljutiti, bezosjećajni ili snishodljivi stavovi. Takve stavove podupiru istraživanja u kojima su medicinske sestre izrazile osjećaje frustracije, ljutnje i bespomoćnosti u suočavanju s žrtvama IPV-a. Nadalje, postoje dokazi da neki zdravstveni radnici ne misle kako bi rješavanje problema IPV-a trebalo biti dio posla kliničara i nerado žele trošiti vrijeme i druge resurse na to. Ipak, postoje jaki dokazi koji su suprotni uvjerenju kako je ispitivanje pacijenata o IPV-u uzaludno i gubljenje vremena. Žrtve su izjavile kako bi rado razgovarale o svom iskustvu sa zdravstvenim radnicima ako bi ih se s poštovanjem pitalo i kada bi se s njima postupalo bez osuđivanja. Štoviše, rezultati istraživanja sugeriraju kako će žene uspješno koristiti ponuđene resurse u suočavanju s IPV-om. Chang i suradnici su otkrili kako su izrazi zabrinutosti i podrške od strane pružatelja zdravstvenih usluga ključni u promjeni načina na koji zlostavljane žene vide sebe (38).

Tjelesne ozljede jedna su od manifestacija IPV-a, koje često zahtijevaju liječničku pomoć. Zdravstveni radnici su u jedinstvenoj poziciji otkriti žrtve IPV-a i predložiti upućivanje prema odgovarajućim socijalnim službama. Međutim, mnoge žene koje dođu na odjel hitne pomoći pogrešno su dijagnosticirane s etiologijama koje nisu IPV. Razlog tome je vjerojatno široko rasprostranjen i djelomično je posljedica nedostatka obrazovanja o znakovima i prevalenciji IPV-a, jer zdravstveni radnici koji redovito imaju kontakt sa zlostavljanim ženama uvelike podcjenjuju opseg IPV-a u svojim područjima

rada. Smjernice različitih stručnih zdravstvenih institucija naglašavaju kako bi liječnici trebali biti svjesni znakova zlostavljanja kod pacijentica koje liječe (11).

Preko 54% žrtava IPV-a javi se hitnoj službi tijekom svog života, a do 44% žrtava ubojstva povezanih s IPV-om javi se hitnoj pomoći unutar dvije godine prije ubojstva. McLeer i Anwar pokazali su kako se stopa otkrivanja IPV-a povećala s 5,6 na 30% onda kada je osoblje hitne pomoći bilo educirano za probir IPV-a. Zdravstveni radnici mogli bi igrati kritično važnu ulogu u prepoznavanju IPV-a. Liječnički čimbenici koji pridonose nedovoljnoj dijagnozi IPV-a uključuju nedostatak svijesti, nedostatak vremena, nedovoljnu edukaciju te bojazan kako će s pacijentom razgovarati o toj njima neugodnoj temi (35, 37). Gotovo polovica žena koje su bile žrtve IPV-a potražila je liječničku pomoć, ali je liječničko izvješće o ozljedi napravljeno samo u otprilike četvrtini ovih slučajeva, iako je to zakonski obavezno za sve zdravstvene radnike (16).

Liječnici primarne zdravstvene zaštite slažu se kako je obiteljsko nasilje zdravstveni problem, ali nemaju volju pitati žene o tome jesu li zlostavljane (41).

S obzirom na to kako tijekom pregleda žene obično ne spominju probleme zlostavljanja, zdravstveni radnici bi trebali osigurati toplo i brižno okruženje koje će tim ženama omogućiti da se osjećaju ugodno u dijeljenju svojih iskustava, uglavnom u okruženju primarne zdravstvene zaštite, koje je općenito više pristupačna zdravstvena usluga za ranjive skupine stanovništva (42).

1.3. Ozljede oka povezane s IPV-om

IPV je vodeći uzrok smrti i invaliditeta u cijelom svijetu. Unatoč sve većoj svijesti javnosti o IPV-u, dostupno je malo informacija o prevalenciji te povezanim obrascima ozljeda i utjecaju IPV-a kod traume oka i orbite. Traume glave i vrata prisutne su u 88–94% pacijentica s ozljedama povezanim s IPV-om, a 45% ozljeda povezanih s IPV-om uključuje oči. IPV je treći vodeći uzrok prijeloma orbite (3, 28, 43, 44), a traumatske ozljede oka uzrokovane IPV-om obično su ozbiljne s velikim postotkom žena koje pretrpe rupturu bjeloočnice (3). Zbog toga bi zdravstveni radnici uvijek trebali posumnjati na IPV kada se procjenjuju pacijentice s traumom orbite i oka (28, 33). Rasprava o IPV-u posljednjih je godina evoluirala iz privatne sfere u javnu. Unatoč povećanim

istraživanjima IPV-a u drugim medicinskim specijalnostima kao što su hitna medicina te opstetricija i ginekologija, u oftalmološkoj literaturi postoji malo informacija o IPV-u (3).

Srednji dio lica je najčešće zahvaćeno anatomsko mjesto ozljede kod fizičkog zlostavljanja povezanog s IPV-om, a žene s fizičkim ozljedama na glavi, vratu i licu (11, 15, 36) imaju 7,5 puta veću vjerojatnost da će doživjeti IPV u usporedbi sa ženama s ozljedama na nekom drugom mjestu. Ozljede oka povezane s IPV-om mogu biti opasne za vid i uključuju intraokularna krvarenja, traumatsku kataraktu, ablaciju mrežnice i rupturu očne jabučice. Osim toga, tjelesne ozljede povezane s IPV-om odgovorne su za 7,6% do 10,2% fraktura orbitalnog i zigomatikomaksilarnog kompleksa (ZMC) u žena, iako je stvarna prevalencija vjerojatno podcijenjena jer uzrok ili počinitelj za mnoge slučajeve ovakvih napada ostaju neidentificirani. Frakture ZMC-a javljaju se dvostruko češće u napadima povezanim s IPV-om u usporedbi s nasiljem koje nije povezano s IPV-om (15). Dislokacija intraokularne leće (IOL) može biti uzrokovana obiteljskim nasiljem unatoč proturječnoj početnoj kliničkoj povijesti, no malo je takvih izvješća. Osim toga, fraktura orbite se navodi kao posljedica seksualnog napada ili nasilja u obitelji kod jedne trećine pacijentica (43, 45). Retrospektivnim pregledom pacijenata s prijelomima kostiju lica pregledanih u bolnicama i klinikama Sveučilišta u Iowi između siječnja 1995. i travnja 2013. navedeno je kako je napad povezan s intimnim partnerskim nasiljem bio treći vodeći dokumentirani uzrok prijeloma dna orbite kod žena (7,6%). Među ženama s prijelomima dna orbite uslijed nasilja, vodeći uzorci ozljeda uključivali su sljedeće: izolirane prijelome dna orbite (38,7%, 12/31 u pacijenata s IPV-om; 55,2%, 16/29 u pacijenata koji nisu s IPV-om), prijelome zigomatikomaksilarnog kompleksa (35,5%, 11/31 u pacijenata s IPV-om; 17,2%, 5/29 u pacijenata koji nisu IPV) i frakture dna orbite i medijalne stijenke (16,1%, 5/31 u pacijenata s IPV-om; 24,1%, 7/29 u pacijenata koji nisu IPV) (44).

Udarac rukom (77,78%) daleko je najčešći mehanizam ozljede među žrtvama IPV-a, bilo da se radi o udarcu šakom (zatvorena šaka) ili šamaru (otvorena šaka) (28). Sveukupno, 81% prijeloma kostiju lica i 85,7% prijeloma zigomatične kosti kao posljedica IPV-a su lijevostrani. Lateralnost ove ozljede može odražavati činjenicu kako je zatvorena šaka primarni način fizičkog napada u većini slučajeva povezanih s IPV-om, a poznato je kako 90% populacije ima dominantnu desnu ruku (3). Od ozljeda oka kod pretučenih žena, 86% je bilo rezultat udarca zatvorenim šakom, a fraktura orbite,

puknuće očne jabučice i traumatska hifema prijavljeni su kao ozbiljne ozljede, uključujući i dislokaciju IOL-a (45). Rane povezane s IPV-om uključivale su razderotine, hifeme, edema vjeđa i ozbiljne ozljede poput puknuća očnih jabučica, krvarenja mrežnice, subarahnoidalno ili intracerebralno krvarenje, subduralni hematoma i frakture orbitalne kosti (46). Uočeno je kako se frakture orbite uzrokovane obiteljskim nasiljem nedovoljno prijavljuju iako je orbitalna ozljeda prepoznatljiva manifestacija obiteljskog nasilja (12).

Ne samo liječnici primarne zdravstvene zaštite i hitne službe, nego i oftalmolozi viđaju značajan broj pretučenih žena. Stoga oftalmolozi moraju posumnjati kada procjenjuju traumatske ili slabo objašnjene ozljede kod žena te moraju biti spremni razgovarati o problemu s tim pacijenticama (8, 11). Postoji nekoliko pokazatelja koji bi kod kliničara trebali probuditi sumnju kako je pacijent žrtva zlostavljanja. To uključuje izbjegavanje ili oklijevanje odgovora na pitanja, neobjašnjive ili loše objašnjene ozljede, višestruke ozljede u različitim fazama zacjeljivanja, odgodu između vremena ozljede i dolaska na liječenje. Također, sumnjive ozljede često se javljaju na licu i mogu biti u obliku ruke ili oružja kojim su nanosene (8).

1.4. Koštano-mišićne ozljede povezane s IPV-om

Ozljede mišićno-koštanog sustava druga su najčešća vrsta ozljeda povezanih s IPV-om nakon ozljeda glave i vrata (4, 12). Spektar ozljeda kreće se od uganuća preko prijeloma do iščašenja. Ozljede gornjih ekstremiteta su česte, vjerojatno sekundarne obrambenim mehanizmima. Nažalost, često je teško razlikovati slučajne od namjernih mišićno-koštanih ozljeda. Međutim, primijećeno je kako su slučajne ozljede obično distalnije, dok su namjerne ozljede više proksimalne ili središnje. Ozljede koštanih izbočina kao što su brada, laktovi, kukovi i koljena posebno je teško razlikovati, budući one mogu biti uzrokovane ili slučajnim padovima ili namjernim ozljedama (12).

Ozljede šake i prstiju najčešće su ozljede gornjih ekstremiteta u pacijenata s IPV-om, pri čemu je prst najčešće mjesto prijeloma, a medijalna šaka najčešća regija prijeloma. Ponovljene ozljede koje uključuju isto mjesto i kombinacija medijalnih ozljeda ruke i glave ili lica mogu ukazivati na IPV (36). Žrtve IPV-a koje su završile smrtnim ishodom u 33% slučajeva je imalo samoobrambene ozljede na gornjim ekstremitetima (19).

Istraživanje provedeno u velikom akademskom medicinskom centru na sjeveroistoku Sjedinjenih Država od lipnja 2013. do lipnja 2018. navodi kako su ozljede donjih ekstremiteta treće najčešće mjesto IPV ozljeda nakon kraniofacijalnih ozljeda i ozljeda gornjih ekstremiteta. U 13% (11/88) žrtava identificirana je ukupno 41 udružena ozljeda, pretežno gornjih ekstremiteta, glave, vrata i lica. Ozljede donjih ekstremiteta bile su povezane s ozljedama podlaktice i srednjeg dijela lica. Trideset posto (26/88) žrtava imalo je 74 ponovljene ozljede na donjim ekstremitetima. Najčešća mjesta ponovljenih ozljeda bila su stopalo i gležanj, što čini 72% tih ozljeda. Iako točan mehanizam za ponovljene ozljede stopala i gležnja ostaje nepoznat, postoji više hipoteza. Ove se ozljede često događaju kada se žrtve pokušavaju zaštititi zauzimanjem sklupčanog položaja ili položaja koljena-lakta kako bi zaštitile svoj trbuh od počinitelja. Ova strategija ostavlja donje i gornje ekstremitete ranjivima na napad. Druga objašnjenja su kako se žrtve pokušavaju odgurnuti ili udariti zlostavljača kako bi se obranile. Dodatni razlozi ozljede uključuju pad, skok s visine ili klizanje na stepenicama pri pokušaju bijega od zlostavljača. Ozljede stopala i gležnja najčešće su ozljede donjih ekstremiteta kod žrtava IPV-a. Rekurentne ozljede stopala i gležnja te pridružene ozljede glave i vrata te gornjih ekstremiteta u mladih žena mlađih od 35 godina trebale bi pobuditi sumnju na IPV (35).

Učestalost ozljeda kralježnice relativno je niska u IPV-u, pri čemu je kompresijska ozljeda najčešća vrsta ozljede, a gornja lumbalna kralježnica najčešća razina ozljede. Najčešći mehanizam nanošenja ozljeda kod ovih žrtava je tupa trauma šakom ili tupim predmetom. Ozljeda kralježnice tipa trzajne ozljede vrata može nastati kod davljenja bez smrtnog ishoda zbog nasilnog povlačenja, guranja i trešenja vrata od strane počinitelja. Najčešća povezana ozljeda s ozljedom kralježnice je kraniofacijalna ozljeda (5/21). To nije iznenađujuće jer su glava i lice najčešće ozlijeđeni dijelovi tijela kod žrtava IPV-a (24).

Ozljede prsnog koša, abdomena ili zdjelice nisu specifične za nasilje od strane intimnog partnera, a ozljede ekstremiteta, same po sebi, nisu dostatan pokazatelj IPV-a. No, višestruke ozljede često upućuju na nasilje od strane intimnog partnera (11).

Tim PRAISE od 80 istraživača 2013. godine napravio je presječno istraživanje uzastopnog uzorka od 2945 sudionica u 12 ortopedskih klinika za prijelome u Kanadi, SAD-u, Nizozemskoj, Danskoj i Indiji u kojem su uvidjeli kako jedna od šest žena koje

dolaze u ortopedske klinike imaju povijest zlostavljanja u protekloj godini te kako jedna od 50 žena dolazi na pregled zbog izravne posljedice IPV-a (47).

Traumatolozi i ortopedi su u jedinstvenoj poziciji da mogu identificirati žrtve IPV-a. Poznavanje tipičnih uzoraka/lokacija prijeloma korisno je za prepoznavanje pacijenata s IPV-om, osobito kada žrtva možda ne otkriva u potpunosti povijest i detalje događaja (23). Zahvaljujući znanju i pažnji liječnika može se otkriti pravi uzrok ozljede. Ono što se na početku može činiti kao nesreća zapravo može biti posljedica nasilja od strane intimnog partnera (4).

1.5. Probir

Identifikacija IPV-a važna je iz mnogo razloga. Prvo je tjelesno i psihičko zdravlje žrtve, kao i psihičko zdravlje nasilnika te tjelesno i psihičko zdravlje djece u vezi. Zlostavljanje se često nastavlja ako se ne intervenira i takvo nasilje može potencijalno rezultirati ubojstvom i/ili samoubojstvom, ne samo žrtve već i djece žrtve IPV-a (23).

Žrtve IPV-a su u čestom kontaktu sa zdravstvenim službama, ali se rijetko otkrivaju (27, 39). U zdravstvenim ustanovama, najbolji pristup identificiranju žena izloženih nasilju ostaje nejasan, s nekoliko sustavnih pregleda koji pronalaze nedostatne dokaze o učinkovitosti univerzalnog IPV probira u poboljšanju ishoda za žene, prvenstveno zbog nedostatka evaluacije intervencija kojima su izložene žene upućene (1). Brojne zdravstvene organizacije podupiru rutinski probir IPV-a, a u preporukama naglašavaju kako odgovarajuće upućivanje i liječenje žrtava IPV-a trebaju biti važne komponente svakog protokola probira. Međutim, unatoč tome stope probira u zdravstvenim ustanovama i dalje su niske (2). Zagovornici rutinskog probira su tvrdili kako on ima prednosti jer pomaže destigmatizirati temu IPV-a i, u slučaju otkrivanja, stavlja žrtvu i zdravstvenog radnika u bolju situaciju kod odlučivanja kako izaći iz nasilne veze. Ipak, ono što također treba uzeti u obzir je potencijalna šteta u pokretanju tako osjetljivog pitanja sa ženom koja nije spremna dobrovoljno otkriti kako je zlostavljana, vjerojatno zato što je psihički nepripremljena i/ili nije u stanju preuzeti ogroman zadatak okončanja nasilja u svom životu. Upravo zbog potencijalne štete probira i nedostatka dokaza za učinkovitu, dogovorenu intervenciju nakon otkrivanja IPV-a, brojne su recenzije zaključile kako nema dovoljno dokaza za rutinski probir svih žena na IPV (11).

Naše razumijevanje najučinkovitijih načina na koje zdravstveni radnici mogu djelovati u primarnoj i sekundarnoj prevenciji IPV-a je još uvijek ograničeno. IPV probir u kliničkom okruženju uključuje pravna i etička pitanja (2).

U svjetlu visoke prevalencije IPV-a, postoje rasprave o tome koja je učinkovitija metoda za prepoznavanje IPV-a: univerzalna edukacija i izravno ispitivanje, univerzalni probir ili pronalaženje slučajeva. Veliki broj žrtava IPV-a identificira se tek nakon opetovanog pristupa zdravstvenom sustavu. Niske stope otkrivanja i ograničene intervencije u odjelima hitne pomoći pridaju važnost prepoznavanju IPV-a u kliničkom okruženju. Pronalaženje slučaja učinkovit je i djelotvoran pristup kada se pacijent pojavi s traumatskom ozljedom orbite i/ili oka nejasnog uzroka. Svaki član zdravstvenog tima (medicinska sestra ili liječnik) može biti obučen za probir IPV-a. Samo jedna od četiri pacijentice s IPV-om spontano će svjedočiti o IPV-u i većina pacijentica očekuje kako će zdravstveni radnik započeti razgovor. Unatoč očekivanjima pacijenata, zdravstveni radnici navode nisku razinu povjerenja u svoje vlastite sposobnosti postavljanja pitanja o IPV-u i odgovarajućeg upućivanja na službe u zajednici. Probir IPV-a najbolje je napraviti u privatnom okruženju s pacijentom bez pratnje gdje će mu biti osigurana povjerljivost (3).

Unatoč preporukama za probir na IPV, probir u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i dalje je suboptimalan (2–50%). Uspješna identifikacija i upravljanje IPV-om unutar zdravstvenih ustanova treba biti pokrivena dodatnim podrškama, poput okruženja koja potiču otkrivanje (tj. plakate i letke u čekaonici), resurse unutar elektroničkih medicinskih zapisa koji kliničare usmjeravaju kako pregledati i reagirati, osoblje na licu mjesta koje može ponuditi dodatnu podršku identificiranim žrtvama IPV-a te stalnu edukaciju zdravstvenih radnika (48).

IPV je ozbiljan javnozdravstveni problem, a medicinske sestre imaju potencijal za provođenje probira, usmjeravanje na intervencije i pružanje podrške, posebice što se one nalaze na prvoj liniji pružanja zdravstvene skrbi i prvi su kontakt žrtvama IPV-a u zdravstvenim ustanovama (26). Uviđa se potreba i za poboljšanjem obrazovanja liječnika o IPV-u (49).

Među preprekama za rutinski probir IPV-a navode se vremenska ograničenja, nedostatak protokola i politika te smjernice zdravstvene skrbi koje mogu biti u neskladu s preporukama za probir IPV-a. Za rješavanje ovih prepreka potrebno je intervenirati na

razini cijelog sustava. U idealnom slučaju, zdravstveno okruženje bi trebalo pružiti priliku za privatnu komunikaciju žrtve IPV-a i zdravstvenih radnika te pružanje emocionalne podrške, informacija i smjernica, uz mogućnost uspostavljanja veza sa službama socijalne skrbi (32).

1.5.1. Odnos između žrtve IPV-a i zdravstvenog radnika

Odnos ima ključnu ulogu u iskustvima žrtava IPV-a prilikom provedbe probira, kao i očekivane reakcije zdravstvenih radnika svezi otkrivanja IPV-a. Loš odnos pridonosi nespremnosti da se zdravstvenim radnicima otkrije kako su žrtve IPV-a. Pacijenti su loš odnos pripisali negativnom (ili nikakvom) prethodnom odnosu sa zdravstvenim radnikom, pa zato nisu imali odnos povjerenja uz kojeg bi bili otvoreni i ranjivi prema zdravstvenim radnicima. Pacijenti su također izjavili, ako su se osjećali kao da zdravstveni radnik samo provjerava nešto s popisa, to je imalo utjecaj na negativnu percepciju o zdravstvenom radniku i njihovom odnosu. S druge strane, jaka veza navedena je kao ključni čimbenik koji omogućava probir IPV-a. Pacijenti su govorili o važnosti povjerenja u zdravstvenog radnika, uspostavljanja odnosa s njim i vjerovanja da oni provode probir kako bi ih podržali i olakšali mu. Uglavnom, pacijenti su opisali snagu odnosa i aspekte stila ponašanja zdravstvenih radnika koji su povećali prihvatljivost probira i vjerojatnost otkrivanja IPV-a, a uključivali su neosuđivanje, nepristranost, brigu i iskrenost. Pacijenti su izjavili kako se trebaju osjećati povezani sa zdravstvenim radnikom i imati povjerenja u njega kako bi iskreno razgovarali o IPV-u (50).

1.5.2. Reakcije žrtava IPV-a na probir

Većina žrtava IPV-a izjavljuje je kako ih nitko nije pitao o tome jesu li doživjeli IPV. Reakcije žrtava IPV-a na izravno pitanje o zlostavljanju su raznolike, od ambivalentnosti do negativnih reakcija poput osjećaja uvrijeđenosti, nespremnosti ili prozivanja, dok su drugi osjećali sram, stigmu i bili su zabrinuti kako će ih zdravstveni radnik percipirati do onih koji su to smatrali poticajem. Zapravo, većina žrtava IPV-a je izjavila kako se ne bi osjećala obrambeno ili uvrijeđeno IPV probirom i/ili kako bi na takva pitanja odgovorili iskreno sve dok bi se osjećali ugodno u razgovoru sa zdravstvenim radnikom (50).

1.5.3. Reakcije zdravstvenih radnika na probir

Neki zdravstveni radnici izrazili su nelagodu u vezi s IPV-om i izbjegavanjem razgovora o IPV-u sa svojim pacijentima. Također, bili su zabrinuti kako bi spominjanje IPV-a oštetilo njihov odnos i/ili učinilo da se njihovi pacijenti osjećaju neugodno. Drugi zdravstveni radnici izrazili su zabrinutost za vlastitu sigurnost, brinući se kako bi započinjanje razgovora o nasilju doveli sebe u opasnost (50). Liječnici često navode kako imaju nedostatak edukacije za probir i identifikaciju IPV-a, strah ih je kako će pogriješiti, ne žele biti policajci te smatraju kako imaju nedostatak vremena (4, 36).

1.5.4. Prepreke u probiru

Jedna od prepreka probira koju su žrtve IPV-a često spominjale je strah od posljedica koje bi moglo imati otkrivanje obiteljskog zlostavljanja. Posljedica razotkrivanja od koje su se najviše bojali bio je strah kako će im djeca biti oduzeta. Drugo, žrtve su se bojale kako će biti osuđivane/negativno ocijenjene ili od strane zdravstvenog radnika ili njihove okoline, tj. njihove obitelji, prijatelja, susjeda, poznanika. Treće, žrtve su izjavile kako ih je strah od zlostavljača dodatno spriječio u otkrivanju. Na primjer, bojali su se što će se dogoditi ako njihov zlostavljač dozna za njihovo otkrivanje i bili su zabrinuti hoće li ih zdravstvena služba moći zaštititi, osobito jer je u mnogim slučajevima njihov zlostavljač prijetio prije nego što su ih otkrili. Nedostatak pozitivnog odnosa sa zdravstvenim radnicima također se smatrao preprekom otkrivanju. Nadalje, zdravstveni radnik koji ima negativan stav prema njima ili njihovom otkrivanju, na primjer, time što je nesuosjećajan, nezainteresiran, ne održava kontakt očima ili ne sluša također se smatra preprekama otkrivanju (39). Osim toga, osobne prepreke poput niskog samopoštovanja, osjećaja srama, neugode, krivnje i nemoći također su spriječile žrtve u otkrivanju IPV-a (36, 39). Nadalje, žrtve IPV-a nisu svjesne kako doživljavaju zlostavljanje. Neke od žrtava dale su mišljenje kako je zlostavljanje normalno i nešto što se jednostavno tolerira u vezi. Drugi razlozi zbog kojih žrtve nisu bile voljne otkriti IPV jesu poricanje, nespремnost napustiti zlostavljača, financijska ovisnost, nedostatak socijalne podrške i pokušaj izbjegavanja ponovnog proživljavanja traume tako što ne bi govorili o zlostavljanju. Dodatna prepreka bila je činjenica da su mnoge žrtve IPV-a smatrale kako zdravstvene ustanove nisu

prikladno mjesto za razgovor o zlostavljanju, jer su smatrale kako to nije zdravstveni problem o kojem se treba razgovarati sa zdravstvenim radnikom (39).

1.5.5. Učinkoviti čimbenici probira

Pozitivan odnos pun povjerenja sa zdravstvenim radnicima važan je za žrtve IPV-a kako bi se omogućilo otkrivanje nasilnog ponašanja od strane intimnog partnera. Izravno postavljanje pitanja o zlostavljanju mnogim žrtvama IPV-a je olakšalo to otkrivanje. Osim toga, žrtve IPV-a su izrazile veću vjerojatnost priznavanja zlostavljanja kada su smatrale da je zdravstveno okruženje sigurno i kada su bile uvjerenе kako će njihovo priznavanje biti povjerljivo. Dodatni čimbenici koji su olakšali otkrivanje žrtava IPV-a su bili percepcija zdravstvenog radnika kao obrazovanog i sposobnog nositi se sa zlostavljanjem te spol zdravstvenog radnika jer se žena lakše povjerava ženi u slučaju zlostavljanja od strane muškaraca. Naposljetku, vidljivi i dostupni letci i plakati o nasilju u obitelji u čekaonicama dodatno pomažu žrtvama u otkrivanju IPV-a (39).

1.6. Zakonodavstvo – nacionalna politika podrške

Zakoni koji se odnose na obvezno izvješćivanje razlikuju se od države do države. SZO ne preporučuje obavezno prijavljivanje IPV-a od strane zdravstvenih radnika, niti ga podržavaju mnoge žene koje su doživjele IPV. Zdravstveni radnici bi trebali ponuditi ženi mogućnost prijave epizode IPV-a i trebali bi poštovati odluku žene bez obzira što god ona odlučila. Sigurnost žene uvijek mora biti na prvom mjestu. Bez obzira odluči li se žena prijaviti ili ne, točno dokumentiranje epizode treba biti u medicinskom kartonu, uključujući fotografije svih vidljivih ozljeda (38).

Ozljede povezane s IPV-om značajne su kako iz perspektive zdravstvene zaštite tako i iz perspektive kaznenog pravosuđa (16). Republika Hrvatska je potpisnica mnogih međunarodnih pravnih instrumenata Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe koja obuhvaćaju područja zaštite žrtava nasilja te s nacionalnim zakonodavstvom i strateškim dokumentima određuju pravni okvir koji je usmjeren zaštititi žrtava nasilja u obitelji i nasilja nad ženama (51).

Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske o zabilježenom stanju, kretanju i obilježjima slučajeva nasilja u obitelji žene su u najvećem broju žrtve nasilja u obitelji kako prekršaja i kaznenih djela nasilja u obitelji, tako i kaznenih djela ubojstva, tjelesnih ozljeda i teških tjelesnih ozljeda te kaznenih djela protiv spolne slobode počinjene među bliskim osobama. Prema prikazanim podacima zabrinjava činjenica o vrlo visokom postotku žena žrtava kaznenih djela ubojstva, odnosno njegovom porastu od 13 žena u 2014. godini u odnosu na 2013. godinu u kojoj je ubijeno 11 žena, mali pad broja od 12 ubijenih žena među bliskim osobama u 2015. godini te porastu broja od 15 ubijenih žena u 2016. godini. Ujedno i broj žena koje su bile žrtve kaznenih djela tjelesnih ozljeda, teških tjelesnih ozljeda i kaznenih djela protiv spolne slobode veći je od broja žrtava muškog spola (51).

Pri kvalifikaciji tjelesnih ozljeda liječnik vrši pregled žrtve nasilja nakon što je ona zatražila pomoći i ispunjava obrazac prijave ozljede, na kojoj treba točno naznačiti vrstu ozljede i ako je potrebno kvalifikaciju težine ozljede. Najčešći propusti koje liječnici rade pri ispunjavanju medicinske dokumentacije zlostavljane i ozlijeđene osobe su nepoznavanje vrsta ozljeda, nenavođenje točne lokalizacije ozljede, nepotpuno opisivanje ozljeda i nekritično postavljanje dijagnoze. S obzirom kako se sudskomedicinski vještaci strogo pridržavaju podataka iz medicinske dokumentacije i procjenjuju težinu samo one tjelesne ozljede koja je objektivno opisana i utvrđena liječničkim pregledom, onda je jasno kako svi navedeni propusti otežavaju vještačenje tjelesnih ozljeda u kaznenom postupku te imaju bitan utjecaj na konačni ishod u sudskom procesu (52).

Prema Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji „zdravstveni radnici, stručni radnici u djelatnosti socijalne skrbi, obiteljske prevencije i zaštite, odgoja i obrazovanja te stručni radnici zaposleni u vjerskim ustanovama, humanitarnim organizacijama, udrugama civilnog društva u djelokrugu djece i obitelji obvezni su prijaviti policiji ili državnom odvjetništvu počinjenje nasilja u obitelji iz članka 4. ovoga Zakona za koje su saznali u obavljanju svojih poslova.“ Ako to ne učine, čine prekršaj koji je kažnjiv (52).

Donešene mjere na europskoj razini mogu poslužiti za rješavanje problema nasilja nad ženama, a uključuju Direktivu EU-a o žrtvama kaznenih djela (2012/29/EU) i Konvenciju Vijeća Europe o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i obiteljskog nasilja (Istanbulska konvencija). Direktivom EU-a o žrtvama kaznenih djela uspostavljeni su minimalni standardi u području prava, zaštite i potpore žrtava kaznenih djela u EU-u,

a u njoj se posebno upućuje na žrtve rodno utemeljenog nasilja, žrtve seksualnog nasilja i žrtve nasilja u bliskoj vezi. Istanbulska konvencija, koja je donesena 2011. godine, prvi je pravno obvezujući regionalni dokument koji se sveobuhvatno bavi različitim oblicima nasilja nad ženama kao što su psihičko nasilje, uhođenje, tjelesno nasilje, seksualno nasilje i seksualno uznemiravanje (31).

2. CILJ RADA

Cilj rada:

Istražiti znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama na Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split.

Specifični ciljevi:

1. Ispitati znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama na Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split, zasebno.
2. Ispitati doprinos edukacije i radnog iskustva na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama, zasebno.
3. Ispitati povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama, zasebno.
4. Istražiti postojeće prepreke u probiru pacijentica koje su žrtve nasilja.

Hipoteze:

- H1** Medicinske sestre i liječnici smatraju da nemaju dovoljno znanja o nasilju nad ženama.
- H2** Nema razlike u znanju i stavovima o nasilju nad ženama između medicinskih sestara i liječnika u obje Klinike KBC-a Split.
- H3** Postoji povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Ispitanici

Ispitanici su bili medicinske sestre i liječnici sa zasnovanim radnim odnosom u Klinici za očne bolesti i u Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split.

Istraživanjem je obuhvaćeno 97 ispitanika u razdoblju od 1. listopada do 30. studenog 2022. godine. Svih 97 ispitanika popunilo je upitnik "Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga".

Od ukupnog broja ispitanika bilo je 63 (65%) medicinskih sestara i 34 (35%) liječnika.

Tablica 1. Prikaz broja (%) ispitanika prema demografskim podacima svih zajedno i u odnosu na struku (medicinska sestra, liječnik)

		Ukupno (n=97) n (%)	Medicinska sestra (n=63) n (%)	Liječnik (n=34) n (%)	χ ; <i>p</i>
Spol	žensko	67 (69)	55 (87)	12 (35)	25,6; <0,001
	muško	30 (31)	8 (13)	22 (65)	
Dobna skupina	20-29	18 (18,6)	10 (15,9)	8 (23,5)	8,5; 0,074
	30-39	20 (20,6)	9 (14,3)	11 (32,4)	
	40-49	25 (25,8)	19 (30,2)	6 (17,6)	
	50-59	22 (22,7)	18 (28,6)	4 (11,8)	
	60-69	12 (12,4)	7 (11,1)	5 (14,7)	
Područje rada	Oftalmologija	55 (57)	28 (44)	27 (79)	9,6; 0,002
	Traumatologija i ortopedija	42 (43)	35 (56)	7 (21)	
Dužina zaposlenosti (godine)	<1	4 (4,1)	1 (1,6)	3 (8,8)	N/P
	1-4	22 (22,7)	8 (12,7)	14 (41,2)	
	5-9	14 (14,4)	10 (15,9)	4 (11,8)	
	10-14	6 (6,2)	4 (6,3)	2 (5,9)	
	15-19	6 (6,2)	4 (6,3)	2 (5,9)	
	≥20	45 (46,4)	36 (57,1)	9 (26,5)	

Vrsta radilišta				20,6; <0,001
	Klinički odjel	44 (45,4)	31 (49,2)	13 (38,2)
	Operacijska dvorana	16 (16,5)	15 (23,8)	1 (2,9)
	Poliklinika/ambulanta	15 (15,5)	11 (17,5)	4 (11,8)
	Ostalo	22 (22,7)	6 (9,5)	16 (47,1)
Vrsta radilišta – Ostalo				N/P
	Klinički odjel i operacijska dvorana	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,9)
	Klinički odjel i ambulanta	3 (3,1)	0 (0,0)	3 (8,8)
	Operacijska dvorana i intenzivna	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
	Operacijska dvorana i ambulanta	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
	Dnevna bolnica i ambulanta	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
	Klinički odjel, operacijska dvorana i ambulanta	6 (6,2)	0 (0,0)	6 (17,6)
	Operacijska dvorana, dnevna bolnica i ambulanta	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
	Klinički odjel, intenzivna, operacijska dvorana i ambulanta	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,9)
	Klinički odjel, operacijska dvorana, dnevna bolnica i ambulanta	4 (4,1)	0 (0,0)	4 (11,8)
	Klinički odjel, intenzivna, operacijska dvorana, dnevna bolnica i ambulanta	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,9)
Boravište				N/P
	Ruralna sredina	3 (3,1)	2 (3,2)	1 (2,9)
	Urbana sredina	73 (75,3)	43 (68,3)	30 (88,2)
	Ruralna/urbana sredina	21 (21,6)	18 (28,6)	3 (8,8)

Udio žena kod medicinskih sestara za 2,5 puta je veći nego kod liječnika ($\chi=25,6$; $p<0,001$).

Razdioba ispitanika prema dobnim skupinama nije se statistički značajno razlikovala u odnosu na struku ($\chi=8,5$; $p=0,074$).

Udio anketiranih liječnika oftalmologa za 1,8 puta je veći nego anketiranih medicinskih sestara s Klinike za očne bolesti, a za 2,7 puta je više anketirano medicinskih sestara sa Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju nego liječnika ($\chi=9,6$; $p=0,002$).

Samo je jedna medicinska sestra radila pola radnog vremena, dok su svi ostali radili puno radno vrijeme.

Razdioba ispitanika prema vrsti radilišta statistički se značajno razlikovala u odnosu na struku ($\chi=20,6$; $p<0,001$). Za 8 puta više je anketirano medicinskih sestara nego liječnika u operacijskoj sali. Za 5 puta je više anketirano liječnika nego medicinskih sestara u ostalim radilištima.

Razdioba ispitanika prema boravištu (ruralno/urbano) u odnosu na struku (medicinska sestra; liječnik) nije se statistički značajno razlikovala ($\chi=5,1$; $p=0,076$).

Medijan dužine bavljenja poslom iznosi 20 godina (Q1-Q3:6-32,5; min-max:1-44). Medijan dužine bavljenja poslom kod medicinskih sestara iznosio je 28 godina (Q1-Q3:10-35; min-max:1-44), a kod liječnika 8 godina (Q1-Q3:4-21; min-max:2-35). Medijan dužine bavljenja poslom sestara za 8 godina je veći nego kod liječnika ($Z=3,66$; $p<0,001$) (tablica 1).

Broj (%) medicinskih sestara prema najvišoj stručnoj spremi ili profesionalnoj kvalifikaciji (prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru):

- 32 (50,8) su imali četverogodišnje strukovno srednjoškolsko obrazovanje (razina 4.2),
- 6 (9,5) su imale petogodišnje strukovno srednjoškolsko obrazovanje (razina 4.2),
- 12 (19) su imale stručni preddiplomski studij (razina 6),
- 12 (19) su imale sveučilišni preddiplomski studij (razina 6),
- 1 (1,6) je imala sveučilišni diplomski studij (razina 7).

Broj (%) liječnika prema najvišoj stručnoj spremi ili profesionalnoj kvalifikaciji (prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru):

- 2 (5,9) je završilo specijalistički diplomski stručni studij (razina 7),
- 10 (29,4) je završilo sveučilišni diplomski studij (razina 7),
- 11 (32,4) je završilo poslijediplomski specijalistički studij (razina 7),
- 1 (2,9) je imalo poslijediplomski znanstveni magistarski studij (razina 8.1),
- 10 (29,4) su završili poslijediplomski sveučilišni doktorski studij; obrana doktorske disertacije (razina 8.2).

3.2. Metode prikupljanja podataka

Istraživanje se provodilo u Klinici za očne bolesti i u Zavodu za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split unutar listopada i studenog 2022. godine putem anonimnog upitnika "Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga" (*Violence against women; Testing the effectiveness of screening*; Gutmanis i sur., 2007), nakon dobivanja suglasnosti za provođenje istraživanja od predstojnika Klinike za očne bolesti, predstojnika Klinike za kirurgiju, pročelnika Zavoda za ortopediju i traumatologiju te Etičkog povjerenstva KBC-a Split (Klasa: 500-03/22-01/182; Ur. broj: 2181-147/01/06/M.S.-22-02).

Prije ispunjavanja upitnika ispitanici su pročitali obavijest o informiranom pristanku te su svojim potpisom potvrdili suglasnost za sudjelovanjem u istraživanju. Potpisane suglasnosti za sudjelovanje su se prikupljale odvojeno od anketnog upitnika kako bi se osigurala anonimnost ispitanika. Ispitanicima je naglašeno kako je njihovo sudjelovanje dobrovoljno i anonimno.

3.3. Mjerni instrument

Za potrebe ovog istraživanja koristila se hrvatska verzija upitnika „*Violence against women. Testing the effectiveness of screening*“ (Gutmanis i sur., 2007) (1) koji obuhvaća pitanja s ponuđenim odgovorima i pitanja s nadopunjavanjem. Za ovaj upitnik dobivena je pisana suglasnost autorice Iris Gutmanis, PhD za korištenje u istraživanju.

Upitnik započinje uputama za popunjavanje i scenarijem slučaja svezi pacijentice imena „Carol“. Upitnik se sastoji od dva dijela. Prvi dio upitnika ima 43 tvrdnje koje odražavaju ili prepreke ili pomoć pri rutinskom prikupljanju informacija (u upitniku označeni kao „probir“) u praksi ispitanika. Pri odgovaranju na ponuđene tvrdnje ispitanici koriste ili vlastito iskustvo ili ponuđeni scenarij na početku upitnika. Za svaku tvrdnju ispitanici trebaju odabrati jedan od četiri moguća odgovora: „u potpunosti se slažem“, „slažem se“, „ne slažem se“ i „u potpunosti se ne slažem“. U drugom dijelu upitnika slijedi niz pitanja o demografskim karakteristikama ispitanika, obrazovanju i edukaciji te

kliničkom i osobnom iskustvu o zlostavljanju žena. Na kraju upitnika su postavljena dva otvorena pitanja u svezi prepreka ili olakšavajućih okolnosti u probiru zlostavljanja žena.

Metodom povratnog prijevoda upitnik smo preveli s engleskog na hrvatski te ponovo na engleski kako bi utvrdili da prilikom prijevoda nije došlo do gubljenja značenja i smisla tvrdnji izvornog upitnika.

U hrvatskoj verziji upitnika zbog boljeg identificiranja sa scenarijem zamijenili smo imena pacijentice i njene kćeri jer navedena imena nisu uobičajena u našem okruženju; ime pacijentice „Carol“ je promijenjeno u ime „Marija“, a ime pacijentičine kćeri „Jennifer“ u ime „Ivana“.

Prvi dio upitnika smo preuzeli u cijelosti dok smo u drugom dijelu upitnika (demografska obilježja), zbog primjenjivosti na našem uzorku ispitanika (ispitanici su medicinske sestre i liječnici jedne ustanove, ali s dva različita odjela) smo prilagodili pitanja 4, 6, 8, 9 i 10. Sva ostala pitanja su ostala nepromijenjena.

3.4. Statistička obrada podataka

Za statističku analizu svi podaci su se unijeli u Excel tablicu prema unaprijed pripremljenom kodnom planu i obrađeni su u IBM SPSS Statistics programu. Sve varijable su bile kvantitativne. U radu se koriste metode tabelarnog prikazivanja kojima se prezentira struktura odgovora na istraživačka pitanja, a rezultati su interpretirani na razini značajnosti $p < 0,05$.

Metodom deskriptivne statistike prezentiraju se prosjek i medijan kao prosječna, odnosno srednja vrijednost te interkvartilni raspon, minimalna i maksimalna vrijednost kao pokazatelji odstupanja od srednje vrijednosti određenih varijabli. Normalnost razdiobe prethodno je ispitana Kolmogorov-Smirnov testom.

Za utvrđivanje razlika između dobivenih rezultata korišten je χ^2 test, ovisno o različitim sociodemografskim varijablama i komponentama upitnika, a za utvrđivanje značajnosti razlika među grupama korišten je Kruskal-Wallis test i Mann-Whitney Test. Jakost i smjer korelacije između redosljeda pojedinih statističkih varijabli (dužine zaposlenja i dobnih skupina s komponentama upitnika) mjerena je Spearmanovim koeficijentom korelacije.

Analiza pouzdanosti upitnika je napravljena pomoću PCA (Principal Component Analysis) sa svojstvenom vrijednošću (Eigenvalues) većom od 1 uz Varimax rotaciju.

4. REZULTATI

4.1. Analiza pouzdanosti upitnika na hrvatskom jeziku: Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga

Eksplozivnom faktorskom analizom, uz korištenje PCA (*Principal Component Analysis*) sa svojstvenom vrijednošću (*Eigenvalues*) većom od 1 uz Varimax rotaciju i uvjet da su apsolutne vrijednosti veće od 0,45, dobili smo 7 faktora: spremnost, profesionalna podrška, samopouzdanje, radno opterećenje, posljedično stanje, zbunjenost, nesigurnost (tablica 2).

Vrijednost Kaiser-Meyer-Olkinovog testa iznosila je $KMO=0,767$ uz Bartlettov test $p<0,001$, što pokazuje da je matrica korelacija varijabli pogodna za provedbu faktorske analize. Kaiserov kriterij (karakteristični korijen veći od 1) sugerirao je sedam faktora koja objašnjavaju ukupno 65,14% varijance.

Tablica 2. Analiza stavki za svaku komponentu istraživanja

	Aritmetička sredina čestice (SD)	Korigirana korelacija čestice i mjernog instrumenta	Cronbachova alfa uz obrisanu česticu
F1 Spremnost (n=97)			
1. Osjećam da sam sposoban/-na slušati priče žena dok otkrivaju zlostavljanje koje su doživjele.*	2,87 (0,62)	0,61	0,856
2. Sposoban/-na sam nastaviti razgovor nakon otkrivanja kako bih procijenio/-la potrebe korisnika.*	2,93 (0,65)	0,66	0,848
3. Osjećam se spremnim/-om dati potporu ženi tijekom razgovora iako ona možda nije spremna suočiti se s tim problemom na način kako bih ja to želio/-ljela.*	3,08 (0,62)	0,65	0,849
4. Osjećam se spremnim/-om pravilno reagirati na žene koje odgovore "da" na moje pitanje o zlostavljanju.*	3,04 (0,58)	0,76	0,832
5. Osjećam se sposobnim/-om pomoći ženi da dobije potrebnu pomoć u svom suočavanju sa zlostavljanjem.*	2,99 (0,64)	0,66	0,847
6. Osjećam da sam sposoban/-na podržati ovu ženu dok ne dobije odgovarajuću pomoć.*	2,71 (0,69)	0,68	0,844
F2 Profesionalna podrška (n=97)			
1. Osjećam se spremnim/-om razgovarati sa kolegama o ovim situacijama za vježbu kako bih njima pomogao/-la da se učinkovito nose sa pitanjem zlostavljanja žena.*	2,67 (0,70)	0,62	0,818
2. Osjećam se spremnim/-om razgovarati sa kolegama o ovim situacijama za vježbu kako bih sebi pomogao/-la da se učinkovito nosim sa pitanjem zlostavljanja žena.*	2,87 (0,62)	0,75	0,687

3. Osjećam se spremnim/-om podijeliti informacije o zlostavljanju žena sa korisnicima koji odgovore „ne“.*	2,85 (0,65)	0,67	0,756
F3 Samopouzdanje (n=97)			
1. Imam mogućnost savjetovanja kako bih se znao/la nositi sa situacijama poput Marijine.*	2,60 (0,72)	0,46	0,626
2. Direktno bih je pitao/-la je li ju suprug ikada udario.*	2,53 (0,78)	0,46	0,628
3. Imam dovoljno podrške od strane kolega, mentora, nadređenih, itd. koji mi pomažu da se osjećam sigurno postavljati pitanja o zlostavljanju žena i baviti se njihovim odgovorima.*	2,40 (0,67)	0,52	0,588
4. Siguran/-na sam u svoju sposobnost da se pozabavim problemom zlostavljanja žena.*	2,29 (0,71)	0,44	0,637
F4 Radno opterećenje (n=97)			
1. Nerado postavljam pitanja o zlostavljanju žena jer u zajednici nema dovoljno mogućnosti da im se pruži pomoć.	2,70 (0,70)	0,46	NP
2. Danas jednostavno nemam vremena baviti se ovim mogućim problemom zlostavljanja.	2,52 (0,72)	0,46	NP
F5 Posljedično stanje (n=97)			
1. Razmišljam o mogućim pravnim posljedicama dok postavljam pitanja o zlostavljanju žena.	2,64 (0,65)	0,38	0,447
2. Dao/Dala bih joj pisane informacije o zlostavljanju žena i/ili dostupne materijale, ali ne bih pričao/-la o njevoj situaciji.	2,49 (0,66)	0,43	0,360
3. Oklijevam postavljati pitanja o zlostavljanju žena jer liječim / pomažem i drugim članovima obitelji.	2,90 (0,53)	0,31	0,541
F6 Zbunjenost (n=97)			
1. Oklijevam pitati neke korisnike o zlostavljanju žena jer je to u njihovoj kulturi prihvatljivo.	2,75 (0,72)	NP	NP
F7 Nesigurnost (N=97)			
1. Želio/Željela bih popričati o problemu zlostavljanja ali ne znam što reći.	2,46 (0,71)	NP	NP

Legenda:

* obrnuto bodovane čestice

SD (Standardna devijacija)

NP (nije primjenljivo)

4.2. Znanja i stavovi medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split o nasilju nad ženama

Formirane su 4 skupine: prvu skupinu sačinjava 28 medicinskih sestara s Klinike za očne bolesti (28,9%), drugu skupinu sačinjavaju liječnici Klinike za očne bolesti (n=27; 27,8%), treću skupinu sačinjavaju medicinske sestre Zavoda za ortopediju i traumatologiju (n=35; 36,1%), a četvrtu skupinu sačinjavaju liječnici Zavoda za ortopediju i traumatologiju (n=7; 7,2%).

Tablica 3. Prikaz medijana (min-max) sedam komponenti dobivenih iz upitnika “Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga“

Komponente	Ukupno n (min- max)	Klinika za očne bolesti		Zavod za ortopediju i traumatologiju		P*
		Medicinske sestre n (min-max)	Liječnici n (min- max)	Medicinske sestre n (min- max)	Liječnici n (min- max)	
F1 Spremnost	18 (7-24)	18 (14-23)	16 (12-22)	18 (7-24)	17 (13-21)	0,105
F2 Profesionalna podrška	9 (4-12)	9 (5-11)	8 (4-10)	9 (5-12)	7 (4-10)	0,013
F3 Samopouzdanje	10 (5-16)	10 (5-13)	9 (7-13)	11 (5-16)	10 (8-12)	0,463
F4 Radno opterećenje	5 (2-8)	6 (3-8)	5 (3-8)	5 (2-8)	6 (3-6)	0,368
F5 Posljedično stanje	8 (5-12)	8 (5-11)	8 (6-10)	8 (5-12)	9 (8-10)	0,192
F6 Zbunjenost	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (2-4)	0,729
F7 Nesigurnost	2 (1-4)	2 (1-3)	2 (1-4)	2 (-4)	3 (2-4)	0,442

* Kruskal-Wallis test

Nismo dokazali statistički značajnu razliku komponente F1 „Spremnost“ u odnosu na ispitivane skupine ($\chi^2=6,2$; $p=0,105$); komponente F3 „Samopouzdanje“ ($\chi^2=2,6$; $p=0,463$); komponente F4 „Radno opterećenje“ ($\chi^2=3,2$; $p=0,368$); komponente F5 „Posljedično stanje“ ($\chi^2=4,7$; $p=0,192$); komponente F6 „Zbunjenost“ ($\chi^2=1,3$; $p=0,729$) i komponente F7 „Nesigurnost“ ($\chi^2=2,7$; $p=0,442$). Razlika postoji u komponenti F2 „Profesionalna podrška“ ($\chi^2=10,7$; $p=0,013$).

Razliku čini skupina liječnika Zavoda za ortopediju i traumatologiju u odnosu na medicinske sestre Klinike za očne bolesti ($p=0,019$) i u odnosu na medicinske sestre Zavoda za ortopediju i traumatologiju ($p=0,014$). Između liječnika Zavoda za ortopediju i traumatologiju i liječnika Klinike za očne bolesti nema značajne statističke razlike ($p=0,311$).

Liječnici Klinike za očne bolesti statistički se značajno razlikuju prema medicinskim sestrama Klinike za očne bolesti ($p=0,038$) i razlikuju se prema medicinskim sestrama Zavoda za ortopediju i traumatologiju ($p=0,022$). Medicinske sestre Klinike za očne bolesti ne razlikuju se prema medicinskim sestrama Zavoda za ortopediju i traumatologiju ($p=0,916$) (tablica 3).

Ovi rezultati nam dozvoljavaju da u slijedećim analizama medicinske sestre i liječnike ne dijelimo po odjelu na kojem rade, nego da ih tretiramo kao homogene grupe, odnosno kao jednu skupinu.

U tablici 4 prikazane su komponente u odnosu na edukaciju medicinskih sestara o zlostavljanju žena. Zbog malog broja educiranih medicinskih sestara o zlostavljanju žena (n=3) analiza će biti napravljena prema dužini zaposlenja na trenutnom radnom mjestu: ≤4god (n=9); 5-9 god (n=10); 10-19 god (n=8); ≥20 god (n=36).

Tablica 4. Prikaz medijana (min-max) prema komponentama u odnosu na dužinu zaposlenja medicinskih sestara Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju

Komponente	Dužina zaposlenja medicinskih sestara				p*
	≤4 god	5-9 god	10-19 god	≥20 god	
F1 Spremnost	18 (12-23)	18 (17-23)	18 (16-23)	18 (7-24)	0,388
F2 Profesionalna podrška	9 (6-12)	9 (8-11)	9 (6-10)	9 (5-12)	0,187
F3 Samopouzdanje	9 (8-13)	11 (5-12)	10 (6-16)	10.5 (5-15)	0,712
F4 Radno opterećenje	5 (4-7)	5,5 (3,6)	6 (5-6)	6 (2-8)	0,459
F5 Posljedično stanje	8 (7-10)	8 (5-10)	8 (5-9)	8 (5-12)	0,797
F6 Zbunjenost	3 (1-4)	3 (2-4)	2 (2-4)	3 (2-4)	0,110
F7 Nesigurnost	3 (2-3)	2,5 (1-4)	2 (1-3)	2 (1-4)	0,381

* Kruskal-Wallis test

Nije dokazana statistički značajna povezanost komponente F1 „Spremnost“ ($\chi^2=3,0$; $p=0,388$); komponente F2 „Profesionalna podrška“ ($\chi^2=0,934$; $p=0,187$), komponente F3 „Samopouzdanje“ ($\chi^2=1,37$; $p=0,712$), komponente F4 „Radno opterećenje“ ($\chi^2=2,6$; $p=0,459$); komponente F5 „Posljedično stanje“ ($\chi^2=1,02$; $p=0,797$), komponente F6 „Zbunjenost“ ($\chi^2=6,0$; $p=0,110$), komponente F7 „Nesigurnost“ ($\chi^2=3,1$; $p=0,381$) u odnosu na dužinu zaposlenja na trenutnom radnom mjestu medicinskih sestara (tablica 4).

Spearmanovi koeficijenti korelacije ρ (p) dužine zaposlenja na trenutnom radnom mjestu medicinskih sestara s:

- F1 iznosi 0,324 (0,010),
- F2 iznosi 0,263 (0,038),
- F3 iznosi 0,175 (0,170),
- F4 iznosi 0,180 (0,157),
- F5 iznosi 0,099 (0,440),
- F6 iznosi 0,147 (0,249),
- F7 iznosi 0,069 (0,588).

F1 „Spremnost“ i F2 „Profesionalna podrška“ pokazuju slabu pozitivnu ali statistički značajnu korelaciju s dužinom zaposlenja na trenutnom radnom mjestu medicinskih sestara.

U tablici 5 prikazane su komponente u odnosu na edukaciju liječnika o zlostavljanju žena. Zbog malog broja educiranih liječnika o zlostavljanju žena (n=2) analiza će biti napravljena prema dužini zaposlenja na trenutnom radnom mjestu: ≤4 god (n=17); 5-9 god (n=4); 10-19 god (n=4); ≥20 god (n=9).

Tablica 5. Prikaz medijana (min-max) prema komponentama u odnosu na dužinu zaposlenja liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju

Komponente	Dužina zaposlenja liječnika				p*
	≤4 god	5-9 god	10-19 god	≥20 god	
F1 Spremnost	17 (12-22)	16 (16-18)	13.5 (13-15)	17 (14-21)	0.034
F2 Profesionalna podrška	8 (4-10)	8.5 (7-9)	7.5 (6-10)	6 (6-9)	0.546
F3 Samopouzdanje	9 (7-13)	10 (8-12)	8 (8-12)	10 (7-12)	0.837
F4 Radno opterećenje	5 (3-8)	5 (3-6)	5 (4-6)	5 (3-6)	0.987
F5 Posljedično stanje	8 (7-10)	8 (7-10)	8.5 (7-9)	8 (6-10)	0.796
F6 Zbunjenost	3 (1-4)	3 (2-4)	2.5 (2-3)	3 (2-4)	0.772
F7 Nesigurnost	2 (1-4)	2.5 (2-3)	2 (2-3)	3 (2-4)	0.349

* Kruskal-Wallis test

Nema statistički značajne razlike F2 „Profesionalna podrška“ ($\chi^2=2,1$; $p=0,546$), komponente F3 „Samopouzdanje“ ($\chi^2=0,851$; $p=0,837$), komponente F4 „Radno opterećenje“ ($\chi^2=0,135$; $p=0,987$), komponente F5 „Posljedično stanje“ ($\chi^2=1,02$; $p=0,796$), komponente F6 „Zbunjenost“ ($\chi^2=1,12$; $p=0,772$), komponente F7 „Nesigurnost“ ($\chi^2=3,3$; $p=0,349$) u odnosu na dužinu zaposlenja liječnika na trenutnom radnom mjestu. Komponenta F1 „Spremnost“ statistički se značajno razlikovala u odnosu na dužinu zaposlenja liječnika na trenutnom radnom mjestu ($\chi^2=8,64$; $p=0,034$).

Medijan komponente F1 „Spremnost“ za 3,5 je veći u skupini ≤4 god nego u skupini 10-19 god ($p=0,004$) i F1 „Spremnost“ je veći za 3,5 u skupini ≥20 god nego u skupini 10-19 god.

Niti jedna od komponenti nije pokazala statistički značajnu korelaciju s dužinom zaposlenja liječnika na trenutnom radnom mjestu ($p>0,005$) (tablica 5).

4.3. Iskustvo medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split u vezi s nasiljem nad ženama

Za 1,6 puta je veći udio negativnih odgovora kod liječnika nego kod medicinskih sestara, a za 2 puta je veći udio pozitivnih odgovora kod medicinskih sestara u odnosu na liječnike ($\chi=5,7$; $p=0,17$).

Udio liječnika koji su pozvali policiju za 2,6 puta je veći nego udio medicinskih sestara koje su pozvale policiju ($\chi=3,9$; $p=0,047$).

Razdioba ispitanika prema iskustvu sa zlostavljanjem statistički se značajno razlikuje u odnosu na struku ($\chi=8,5$; $p=0,037$). Udio liječnika koji su odgovorili da iskustvo o zlostavljanju povećava tjeskobu u suočavanju s ovim problemom tako da ga izbjegavaju za 2,5 puta je veći nego udio medicinskih sestara u skupini medicinskih sestara koje su odgovorile na isti način. Udio medicinskih sestara koje ovo iskustvo potiče da pokušaju identificirati žrtve zlostavljanja za 2,9 puta je veći nego udio liječnika u skupini liječnika koji su odgovorili na isti način.

Razdioba žena prema skupinama broja žena koje su priznale zlostavljanje statistički se značajno razlikovao između medicinskih sestara i liječnika ($\chi = 8,5$; $p=0,014$). Za 2 puta je više liječnika nego medicinskih sestara kojima žene u protekloj godini nisu priznale zlostavljanje. Za 1,7 puta je veći udio medicinskih sestara nego liječnika kojima su žene priznale zlostavljanje (tablica 6).

Tablica 6. Prikaz broja (%) ispitanika prema „Iskustvo s nasiljem nad ženama“ u svih ispitanika zajedno i u odnosu na struku (medicinska sestra, liječnik)

	Ukupno (n=97) n (%)	Medicinska sestra (n=63) n (%)	Liječnik (n=34) n (%)	χ ; p
Jeste li ikada prošli ikakvu formalnu obuku vezanu za nasilje nad ženama?				N/P
da	5 (5)	3 (5)	2 (6)	
ne	92 (95)	60 (95)	32 (94)	
Je li u Vašoj praksi neka žena ikada Vama direktno priznala da je zlostavljana?				5,7; 0,017
da	46 (47)	36 (57)	10 (29)	
ne	51 (53)	27 (43)	24 (71)	

Broj žena koji je zdravstvenim radnicima priznao zlostavljanje u prošloj godini				8.5; 0.014
	0	38 (39,2)	18 (28.6)	20 (58.8)
	1-19	24 (24,7)	18 (28.6)	6 (17.6)
	20-49	35 (36,1)	27 (42.9)	8 (23.5)
Jeste li ikada morali pozvati policiju nakon što ste otkrili zlostavljanje?				3,9; 0,047
	da	17 (17)	7 (11)	10 (29)
	ne	80 (83)	56 (89)	24 (71)
Jeste li ikada morali pozvati Socijalnu službu nakon što ste otkrili zlostavljanje žene?				N/P
	da	5 (5)	1 (2)	4 (12)
	ne	92 (95)	62 (98)	30 (88)
Ako ste Vi ili Vaš prijatelj ili netko od obitelji imali iskustva sa zlostavljanjem, što od navedenog najbolje opisuje utjecaj toga na Vaš rad?				8,5; 0,037
	Nije primjenjivo; nemam takva iskustva.	41 (42,3)	23 (36,5)	18 (52,9)
	Iskustvo o zlostavljanju je povećalo moju tjeskobu u suočavanju s ovim problemom tako da ga izbjegavam.	7 (7,2)	3 (4,8)	4 (11,8)
	Ovo iskustvo me potiče da pokušam identificirati žrtve zlostavljanja.	32 (33)	27 (42,9)	5 (14,7)
	Ovo iskustvo nema nikakav utjecaj na moj rad.	17 (17,5)	10 (15,9)	7 (20,6)

4.4. Povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split o nasilju nad ženama

Nema statistički značajne razlike komponente F1 „Spremnost“ ($\chi^2=2,27$; $p=0,614$), komponente F2 „Profesionalna podrška“ ($\chi^2=1,7$; $p=0,788$), komponente F3 „Samopouzdanje“ ($\chi^2=4,8$; $p=0,311$), komponente F4 „Radno opterećenje“ ($\chi^2=4,1$; $p=0,398$), komponente F5 „Posljedično stanje“ ($\chi^2=2,9$; $p=0,561$), komponente F6 „Zbunjenost“ ($\chi^2=2,8$; $p=0,584$) u odnosu na dobne skupine medicinskih sestara. Postoji statistički značajna razlika komponente F7 „Nesigurnost“ u odnosu na dobne skupine medicinskih sestara ($\chi^2=13,4$; $p=0,009$).

Razliku čine dobne skupine medicinskih sestara od 50-59 god i od 60-69 god ($p=0,001$) te dobne skupine od 60-69 god i od 40-49 god ($p=0,002$).

Niti jedna od komponenti nije pokazala statistički značajnu korelaciju s dobnim skupinama medicinskih sestara ($p > 0,005$) (tablica 7).

Tablica 7. Prikaz medijana (min-max) prema komponentama u odnosu na dobne skupine medicinskih sestara Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju

Komponente	Dobne skupine medicinskih sestara					P*
	20-29 god	30-39 god	40-49 god	50-59 god	60-69 god	
F1 Spremnost	18 (14-23)	18 (16-21)	18 (12-23)	17 (7-24)	18 (17-22)	0,614
F2 Profesionalna podrška	9 (6-12)	9 (6-11)	9 (5-12)	9 (5-12)	9 (8-9)	0,788
F3 Samopouzdanje	11 (8-13)	10 (5-11)	10 (5-12)	10 (6-16)	11 (9-12)	0,311
F4 Radno opterećenje	5,5 (4-7)	6 (3-6)	5 (2-7)	6 (4-8)	6 (5-6)	0,398
F5 Posljedično stanje	8,5 (7-10)	8 (6-9)	8 (5-10)	7,5 (5-12)	8 (6-9)	0,561
F6 Zbunjenost	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	2,5 (2-3)	3 (2-3)	0,584
F7 Nesigurnost	3 (2-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	3 (3-4)	0,009

* Kruskal-Wallis test

Nema statistički značajne povezanosti komponente F1 „Spremnost“ ($\chi^2=5,3$; $p=0,262$), komponente F2 „Profesionalna podrška“ ($\chi^2=6,3$; $p=0,175$), komponente F3 „Samopouzdanje“ ($\chi^2=2,9$; $p=0,567$), komponente F4 „Radno opterećenje“ ($\chi^2=0,853$; $p=0,931$), komponente F5 „Posljedično stanje“ ($\chi^2=5,2$; $p=0,267$), komponente F6 „Zbunjenost“ ($\chi^2=2,3$; $p=0,687$), komponente F7 „Nesigurnost“ ($\chi^2=5,5$; $p=0,241$) u odnosu na dobne skupine liječnika (tablica 8).

Tablica 8. Prikaz medijana (min-max) prema komponentama u odnosu na dobne skupine liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju

Komponente	Dobne skupine liječnika					P*
	20-29 god	30-39 god	40-49 god	50-59 god	60-69 god	
F1 Spremnost	16.5 (12-22)	16 (15-22)	14,5 (13-18)	16 (14-18)	18 (16-21)	0,262
F2 Profesionalna podrška	8,5 (4-10)	8 (4-9)	8,5 (6-10)	4	9 (6-9)	0,175
F3 Samopouzdanje	10 (7-13)	8 (7-12)	8,5 (8-12)	9 (7-12)	10 (8-11)	0,567
F4 Radno opterećenje	5 (3-8)	5 (3-6)	5 (3-6)	5,5 (4-6)	4 (3-6)	0,931
F5 Posljedično stanje	8,5 (7-10)	8 (7-10)	8 (7-9)	9,5 (6-10)	7 (6-9)	0,267
F6 Zbunjenost	3 (2-4)	3 (1-4)	3 (2-3)	3 (2-3)	3 (2-4)	0,687
F7 Nesigurnost	2 (1-4)	2 (1-3)	2,5 (2-4)	2,5 (2-3)	3 (2-4)	0,241

* Kruskal-Wallis test

Spearmanovi koeficijenti korelacije ρ (p) dobnih skupina liječnika s:

- F1 iznosi 0,005 (0,980),

- F2 iznosi -0,139 (0,434),
- F3 iznosi -0,092 (0,603),
- F4 iznosi -0,063 (0,724),
- F5 iznosi -0,252 (0,151),
- F6 iznosi -0,076 (0,670),
- F7 iznosi 0,363 (0,035).

F7 „Nesigurnost“ pokazuje pozitivnu statistički značajnu korelaciju s dobnim skupinama liječnika ($p=0,035$).

4.5. Prepreke u probiru medicinskih sestara i liječnika Klinike za očne bolesti i Zavoda za ortopediju i traumatologiju Klinike za kirurgiju KBC-a Split za pacijentice koje su žrtve nasilja

Na otvoreno pitanje „Koje su, po Vašem iskustvu, prepreke u probiru (*screening*) zlostavljanja žena?“ 25 (25,8%) ispitanika nije dalo odgovor na to pitanje. Najviše ispitanika, njih 11 (11,3%) smatra kako je strah žene da verbalizira zlostavljanje najveća prepreka u probiru zlostavljanja žena. To isto smatra 9 (14,3%) medicinskih sestara, dok po 4 (11,8%) liječnika podjednako navode nedovoljnu edukaciju, nerazumijevanje društva prema zlostavljanim ženama i otuđenost društva kao glavne razloge prepreka u probiru zlostavljanja žena (tablica 9).

Tablica 9. Prikaz broja (%) ispitanika prema preprekama u probiru pacijentica koje su žrtve nasilja u svih ispitanika zajedno i u odnosu na struku (medicinska sestra, liječnik)

Prepreke u probiru zlostavljanih žena	Ukupno (n=97) n (%)	Medicinska sestra (n=63) n (%)	Liječnik (n=34) n (%)
Nedovoljna edukacija	8 (8,2)	4 (6,3)	4 (11,8)
Nerazumijevanje društva prema zlostavljanim ženama	10 (10,3)	6 (9,5)	4 (11,8)
Ženino negiranje zlostavljanja	8 (8,2)	6 (9,5)	2 (5,9)
Strah žene da verbalizira zlostavljanje	11 (11,3)	9 (14,3)	2 (5,9)
Strah da će se otkrivanjem zlostavljanja zakomplicirati ženina situacija	4 (4,1)	4 (6,3)	0 (0,0)
Ženino odbijanje posredovanja	2 (2,1)	1 (1,6)	1 (2,9)
Manjkavost sustava	9 (9,3)	7 (11,1)	2 (5,9)
Nepovjerenje u sustav	3 (3,1)	2 (3,2)	1 (2,9)
Nedostatna komunikacija	7 (7,2)	5 (7,9)	2 (5,9)

Nepravovremena reakcija društva i službi	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
Otuđenost društva	9 (9,3)	5 (7,9)	4 (11,8)

Na otvoreno pitanje „Što je Vama osobno pomoglo, ili bi Vam pomoglo, olakšati probir (*screening*) zlostavljanja žena?“ 50 (51,5%) ispitanika nije dalo odgovor na to pitanje. Daleko najviše ispitanika, njih 22 (22,7%), od toga 16 (25,4%) medicinskih sestara i 6 (17,6%) liječnika smatra kako bi edukacija olakšala probir zlostavljanja žena (tablica 10).

Tablica 10. Prikaz broja (%) ispitanika prema pomoći u probiru pacijentica koje su žrtve nasilja u svih ispitanika zajedno i u odnosu na struku (medicinska sestra, liječnik)

Pomoć u probiru zlostavljanih žena	Ukupno (n=97) n (%)	Medicinska sestra (n=63) n (%)	Liječnik (n=34) n (%)
Edukacija	22 (22,7)	16 (25,4)	6 (17,6)
Smjernice i protokoli	4 (4,1)	3 (4,8)	1 (2,9)
Bolja komunikacija	5 (5,2)	4 (6,3)	1 (2,9)
Iskustvo	2 (2,1)	2 (3,2)	0 (0,0)
Uređenje sustava	5 (5,2)	4 (6,3)	1 (2,9)
Povjerenje	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
Anonimno anketiranje i izvještavanje	3 (3,1)	1 (1,6)	2 (5,9)
Učinkovitost sigurnosnog sustava u socijalnim službama	3 (3,1)	2 (3,2)	1 (2,9)
Volja	1 (1,0)	1 (1,6)	0 (0,0)
Promocija nenasilnom ponašanju prema ženama	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (2,9)

5. RASPRAVA

5.1. Pouzdanost upitnika: Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga

Izvorni upitnik (Gutmanis i sur., 2007.) je proveden na uzorku od 931 ispitanika (597 medicinskih sestara i 328 liječnika) u Ontariu (Kanada), a obuhvaćalo je obiteljsku medicinu, porodništvo i ginekologiju, hitnu pomoć, skrb za majke/novorodjenčad te javno-zdravstvene ustanove. Upitnik sadržava 8 faktora sa 43 pitanja: 1. pripravnost; 2. samopouzdanje; 3. nedostatak kontrole kod praktičara; 4. osjećaj udobnosti nakon razotkrivanja; 5. stručna podrška; 6. pritisci u praksi; 7. ispitivanje o zlostavljanju; 8. posljedice ispitivanja za praktičare (1). U ovom istraživanju nije potvrđena faktorska struktura izvornog upitnika koju prijavljuju autori (Gutmanis i sur., 2007.) te zbog toga ni rezultat nije formiran na način kako oni predlažu. Istraživanjem je dobiveno 7 faktora: 1. spremnost; 2. profesionalna podrška; 3. samopouzdanje; 4. radno opterećenje; 5. posljedično stanje; 6. zbunjenost; 7. nesigurnost, a konačni upitnik na hrvatskom jeziku sadrži ukupno 20 pitanja.

Razlozi zbog čega je dobivena različita faktorska struktura mogu biti ili relativno mali broj ispitanika ili prigodan uzorak s obzirom da se istraživanje vršilo u bolničkom okruženju za razliku od izvornog istraživanja koje je napravljeno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi valjanost upitnika trebalo potvrditi u nekim budućim istraživanjima.

5.2. Znanje i stavovi medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama

U ovom istraživanju nema razlike u znanju i stavovima o nasilju nad ženama između medicinskih sestara i liječnika u obje Klinike KBC-a Split, osim u stavovima profesionalne podrške gdje se stavovi liječnika obje klinike značajno razlikuju od stavova medicinskih sestara obje klinike. Medicinske sestre su spremnije pružiti profesionalnu podršku od liječnika te su spremnije razgovarati s kolegama o nasilju nad ženama te isto

tako su spremnije dati informacije o zlostavljanju žena ostalim pacijentima koji nisu doživjeli zlostavljanje. Slični rezultati su prikazani i u ostalim istraživanjima o IPV-u.

Wang (2016.) u svom preglednom radu ističe kako se razina znanja o IPV-u razlikuje od istraživanja do istraživanja (14). Djelomična potvrda ovakvih rezultata vidljiva je u istraživanju provedenom 2021. godine u dvije bolnice u Saudijskoj Arabiji na uzorku od 114 medicinskih sestara. Njihovo istraživanje je pokazalo kako su postojale praznine u percipiranoj pripremljenosti, znanju, stavovima i ponašanju medicinskih sestara (5).

Pretražnim pregledom literature Rennison i sur. (2020.) zaključili su kako postoji niska razina znanja i spremnosti za odgovor na IPV među kineskim medicinskim sestrama, posebno u kontinentalnoj Kini (26).

Roush i Kurth su u svom istraživanju koje je provedeno 2013. godine u regionalnim centrima zdravstvene skrbi u ruralnim sredinama sjeveroistočne države New York na uzorku od 93 zdravstvena radnika, istakli kako bi zdravstveni radnici trebali ispitati vlastito znanje, stavove, uvjerenja i ponašanje vezano uz IPV. Isto tako trebali bi preuzeti odgovornost za pronalaženje pravodobnih informacija o dostupnim resursima i za edukaciju o tome što učiniti kada im žena otkrije kako je zlostavljana. Ujedno ukazuju na potrebu kako oni koji upravljaju organizacijama (menadžment) trebaju omogućiti svu potrebnu podršku i informacije o politici ustanove, lokalnim resursima, skloništim, socijalnim službama, policiji i sl., lako dostupnom svim zdravstvenim radnicima (38).

Na uzorku od 685 zdravstvenih radnika (371 medicinska sestra, 236 liječnika i 78 ostalih zdravstvenih radnika) iz primarne zdravstvene zaštite, mentalnog zdravlja u zajednici, porodništva i ginekologije u okrugu Oxford Shire, Cann i sur. su 2001. godine uvidjeli kako je otkrivanje obiteljskog nasilja u različitim zdravstvenim ustanovama bilo daleko manje nego što pokazuju anonimne ankete i podaci o kriminalu. Znanje zdravstvenih radnika, posebice kod liječnika, o mnogim problemima u vezi s obiteljskim nasiljem bilo je nedosljedno i nedostatno. Zaključili su kako većina zdravstvenih radnika prihvaća činjenicu kako je obiteljsko nasilje zdravstveni problem, ali im nedostaju temeljna znanja o problemima koji okružuju samo obiteljsko nasilje i upućenost o odgovarajućim ustanovama koje mogu ponuditi pomoć (53).

U Ugandi su 2000. godine Kaye i sur. intervjuirali 48 zdravstvenih radnika te došli do poražavajućih rezultata gdje su ustanovili kako je zdravstvenim radnicima bolnice Mulago nedostajalo znanja o upravljanju IPV-om, imali su negativne stavove i pružali su

neoptimalnu skrb žrtvama obiteljskog nasilja. Iako su vjerovali kako je savjetovanje žrtava IPV-a potrebno, nitko od njih nije imao vještine savjetovanja i nikada nije uputio pacijente na takvo savjetovanje (54).

Blideman je na uzorku od 272 zdravstvena radnika u 48 ambulanti opće medicine iz Hackneyja i Bristola (UK) 2011. godine ustanovio kako su zdravstveni radnici imali samo osnovna znanja o nasilju u obitelji, ali su izrazili pozitivan stav prema druženju sa ženama koje su doživjele zlostavljanje. Mnogi su se osjećali slabo pripremljenima za postavljanje relevantnih pitanja o nasilju u obitelji ili za davanje odgovarajućih preporuka u slučaju otkrivanja zlostavljanja (41).

Istraživanje koje su proveli Sharma i sur. od 2010. do 2011. godine na 100 medicinskih sestara u ustanovama javne zdravstvene skrbi u Delhiju (Indija) je potvrdilo brojna istraživanja o tome kako postoje znatne praznine u znanju, stavovima i praksi medicinskih sestara te kako se one osjećaju uglavnom nespremnima za rješavanje zdravstvenih problema žena povezanih s obiteljskim nasiljem (55).

Veoma mali broj medicinskih sestara i liječnika su educirani o zlostavljanju žena što ukazuje na prijeku potrebu za uvođenjem edukacije u obrazovne planove i programe studija i medicinskih sestara i liječnika. Slične rezultate nalazimo i u ostalim istraživanjima o IPV-u.

Gutmanis i sur. (2004.) na uzorku od ukupno 931 ispitanika (328 liječnika i 597 medicinskih sestara) u ambulantama opće medicine, opće prakse, hitne medicine, porodništva i ginekologije, javnog zdravstva u Ontariju (Kanada) ustanovili su kako nešto više od 60% svih ispitanika nije prošlo nikakvu formalnu edukaciju o zlostavljanju žena (1). Istraživanje u Saudijskoj Arabiji (2021.) pokazalo je kako je postojala i ograničena edukacija i priprema medicinskih sestara za procjenu i rješavanje nasilja od strane intimnog partnera, većina medicinskih sestara nije prošla nikakvu edukaciju vezanu uz IPV. Autori navode kako je nedostatak edukacije o IPV-u uobičajena stvar i u skladu je s prethodnim istraživanjima koja su ukazala na nizak udio medicinskih sestara koje su imale implementiranu edukaciju o IPV-u u svom nastavnom planu i programu preddiplomskog studija, a one medicinske sestre koje su imale edukaciju su se osjećale spremnije u rješavanju IPV-a (5).

Cann i sur. (2001.) smatraju kako zdravstvenim radnicima nedostaju vještine identificiranja i razgovora o problemu IPV-a s pacijenticama te su identificirali veliku potrebu za edukacijom (53). Blideman (2011.) je uvidio kako su liječnici opće medicine bili bolje pripremljeni i educiraniji od medicinskih sestara te su također identificirali veći broj slučajeva obiteljskog nasilja. On smatra kako i liječnici opće medicine i medicinske sestre trebaju opsežniju edukaciju o procjeni i intervenciji u vezi IPV-a, uključujući dostupnost lokalnih službi koje se bave obiteljskim nasiljem (41).

Istraživanje Sharpe i sur. (2010.-2011.) pokazalo je kako su medicinske sestre imale značajnu prazninu u svom znanju, stavu i praksi u vezi s nasiljem u obitelji te veliku nezadovoljenu potrebu za učenjem, naglašavajući potrebu za relevantnim prethodnim i kontinuiranim obrazovanjem (55).

Poražavajući su rezultati istraživanja u Tanzaniji 2010. godine na uzorku od 30 studenata završne godine sestrinstva, a u prethodnoj godini su imali implementiran predmet o rodno uvjetovanom nasilju u svom planu i programu studija, koji pokazuju kako mnogi učenici ne razumiju u potpunosti mehanizme obiteljskog nasilja i kako su skloni kriviti žrtvu za zločin. Mnoge izjave pokazuju kako studenti vjeruju u neke od mitova o nasilju u obitelji. Ukoliko bi studenti ovakva mišljenja i stavove iznosili u svojoj profesiji, kao medicinske sestre, to bi moglo ugroziti žene koje traže pomoć i pridonijeti tome da žene ne traže pomoć svezi zlostavljanja. Stoga je bitno još više povećati i prilagoditi edukaciju na studijima o problemu IPV-a (40). Da je tome tako potvrđuje i istraživanje koje su proveli Ali i sur. 2021. godine na medicinskim sestrama i primaljama te studentima sestrinstva i primaljstva gdje su studenti sestrinstva i primaljstva bili su manje educirani i pripremljeni od medicinskih sestara i primalja koje su bile zaposlene (56).

Medicinske sestre koje imaju duži radni staž pokazuju veću spremnost za razgovor sa žrtvama nasilja, davanju potpore, pravilnog reagiranja na ženinu situaciju, podržavanju i pomaganju zlostavljanim ženama u dobivanju potrebne pomoći u suočavanju sa zlostavljanjem. Isto tako medicinske sestre koje duže rade su spremnije pružiti profesionalnu podršku i spremnije su razgovarati s kolegama o nasilju nad ženama te isto tako su spremnije dati informacije o zlostavljanju žena ostalim pacijentima koji nisu doživjeli zlostavljanje. Sve to ukazuje kako radno iskusnije medicinske sestre imaju više

samopouzdanja i spremnosti pomoći žrtvi nasilja, a i pružiti podršku svojim kolegama kada je riječ o temi zlostavljanja žena. Vjerojatno je to tako zbog toga što su se već za vrijeme svog radnog vijeka imale prilike susresti sa zlostavljanim ženama, a i mnoge su i u svom užem osobnom okruženju (obitelj i prijatelji) poznavali žrtve nasilja od strane intimnog partnera. Ovi odnosi se mogu objasniti i činjenicom kako s povećanjem zrelosti medicinskih sestara i godina rada, medicinske sestre stječu više razumijevanja prema IPV-u i stječu pozitivnije stavove.

S druge strane liječnici koji duže rade i oni koji rade najkraće pokazali su veću spremnost za razgovor sa žrtvama nasilja, davanju potpore, pravilnog reagiranja na ženinu situaciju, podržavanju i pomaganju zlostavljanim ženama u dobivanju potrebne pomoći u suočavanju sa zlostavljanjem. To se može objasniti činjenicom kako liječnici s dužim radnim stažom, kao i medicinske sestre, su već imali iskustvo sa zlostavljanim ženama, a onim liječnicima koji su imali najmanje radnog staža se spremnost za pomoć žrtvama nasilja najvjerojatnije može prepisati njihovom mladenačkom entuzijazmu.

Rezultate podupire istraživanje u Saudijskoj Arabiji (2021.) koje je ukazalo kako je percipirana priprema i znanje medicinskih sestara o zlostavljanju žena bila povezana s njihovim radnim stažom (5). Cann i sur. (2001.) primijetili su kako su stavovi zdravstvenih radnika prema nasilju u obitelji općenito bili suosjećajni i podržavajući. Žene, medicinske sestre su imale značajno bolje znanje i pozitivnije stavove od ostalih zdravstvenih radnika. Reakcija zdravstvenih radnika kada otkrije obiteljsko nasilje je zbunjujuća i često neprimjerena (53).

Alhalal je 2018. godine u istraživanju na uzorku od 114 medicinskih sestara u dvije bolnice u Saudijskoj Arabiji navela kako rezultati pokazuju pozitivne odnose između godina staža, odnosno kliničkog iskustva i stavova medicinskih sestara prema IPV-u (5).

5.3. Doprinos iskustva s nasiljem nad ženama na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama

Medicinske sestre su imale više iskustva s nasiljem nad ženama od liječnika što možemo objasniti činjenicom kako su one prve koju žrtva nasilja vidi kada uđe u zdravstvenu ustanovu, u češćem je kontaktu i više vremena provodi s njima nego s liječnicima. Medicinske sestre su te koje stalno borave uz pacijente, pričaju s njima,

promatraju ih te se brinu o zadovoljavanju njihovih osnovnih ljudskih potreba. Stoga nije čudno da su žrtve nasilja, nakon što steknu povjerenje u medicinske sestre, spremne svoje zlostavljanje priznati upravo medicinskim sestrama.

Gutmanis i sur. (2004.) ustanovili su kako je značajno veći udio medicinskih sestara naveo je kako su oni, prijatelj ili rođak imali iskustva sa zlostavljanjem (52,9% naspram 40,9%, Z-test: 3,42, $p < 0,001$), dok je više liječnika pozvalo društvo za pomoć djeci zbog zlostavljanja žena (46,0% naspram 31,0%, Z-test: 4,47, $P < 0,001$) (1).

Ali i sur. (2021.) su naveli kako su osobna iskustva obiteljskog zlostavljanja i profesionalno iskustvo podrške žrtvama obiteljskog nasilja od strane intimnog partnera utjecala na sposobnosti medicinskih sestara i primalja da identificiraju i upravljaju situacijama kada je prisutno nasilje od strane intimnog partnera (56).

Liječnici su češće pozivali policiju zbog zlostavljanja žena od medicinskih sestara što se može objasniti činjenicom da kada žena dođe na bolnički prijem s fizičkim ozljedama, nakon medicinskog pregleda i nakon uspostavljanja sigurnih dokaza o zlostavljanju, liječnik je taj koji je prvi spoznao kako je pacijentica doživjela nasilje od intimnog partnera.

Liječnici koji su imali iskustva sa zlostavljanim ženama izjavili su kako imaju povećanu tjeskobu kada se trebaju suočiti s ovim problemom te da ga radije izbjegavaju. Za razliku od njih, medicinske sestre iskazuju manju tjeskobu prilikom suočavanja sa zlostavljanim ženama. Dapače, iskustvo sa zlostavljanim ženama ih potiče da još više pokušaju identificirati žrtve nasilja, što nije slučaj s liječnicima.

Žene koje su žrtve nasilja više se povjeravaju i priznaju zlostavljanje medicinskim sestrama nego liječnicima. Vjerojatno je razlog tome što se žene lakše povjeravaju ženama, a zanimanje medicinske sestre je u većem udjelu žensko zanimanje te u svom radu više provode vremena s njima od liječnika. Međutim, u drugim istraživanjima se spominju i drugi razlozi zbog čega se žene teško povjeravaju zdravstvenim radnicima.

Ngoc u svom istraživanju 2013. godine anketirali su 65 studenata treće i četvrte godine medicinskog fakulteta i 60 specijalista primarne zdravstvene zaštite (SAD) gdje navode kako žrtve rijetko otkrivaju IPV zlostavljanje, a zdravstveni radnici ih rijetko i

pitaju o IPV-u. Osim toga, čak i kada zdravstveni radnici pitaju o IPV-u, žrtve možda neće otkriti svoje zlostavljanje zbog niza razloga, uključujući strah od daljnjeg ozljeđivanja, gubitka djece, uhićenje počinitelja i prethodne loše reakcije zdravstvenih radnika (57).

5.4. Povezanost sociodemografskih čimbenika na znanje i stavove medicinskih sestara i liječnika u vezi s nasiljem nad ženama

Medicinske sestre starije životne dobi (60-69 godina) pokazuju veću nesigurnost prilikom razgovora o problemu zlostavljanja te ne znaju što bi žrtvi rekli za razliku od medicinskih sestara u dobi od 40 do 59 godina što se može objasniti kako starije medicinske sestre, vjerojatno zbog prošlih loših iskustava opreznije pristupaju problemu IPV-a. Slično je i s liječnicima, gdje liječnici u dobi od 60 do 69 godina iskazuju veću nesigurnost od liječnika mlađe životne dobi.

Alhalal (2018.) je navela kako rezultati pokazuju pozitivne odnose između dobi medicinskih sestara naspram njihovog stvarnog znanja i stavova, gdje zrelije medicinske sestre imaju više znanja i pozitivnije stavove. Ovi rezultati su u skladu s prethodnim istraživanjima koja su istakla povezanost dobi medicinskih sestara sa znanjem i stavovima o IPV-u (5).

Za razliku od prethodnog istraživanja, ali i od našeg istraživanja, istraživanje koje su proveli Sharma i sur. (2010.-2011.) navode kako su značajno viši rezultati znanja i stavova među mlađim medicinskim sestrama (do 30 godina), neudanih, obrazovanih i s manjim ukupnim iskustvom (≤ 10 godina) te da takvi rezultati sugeriraju kako je u mlađoj dobi i s manje iskustva znanje još uvijek svježije, a stavovi povoljniji (55).

5.5. Prepreke u probiru pacijentica koje su žrtve nasilja

Medicinske sestre i liječnici najviše smatraju kako je strah žene da verbalizira zlostavljanje najveća prepreka u probiru zlostavljanja žena. Liječnici, pored razloga straha navode i nedovoljnu edukaciju, nerazumijevanje društva prema zlostavljanim ženama i otuđenost društva kao glavne razloge prepreka u probiru zlostavljanja žena. Osim toga, medicinske sestre i liječnici, kao prepreke u probiru zlostavljanih žena,

navode i manjkavost sustava, ženino negiranje zlostavljanja, nedostatnu komunikaciju, strah da će se otkrivanjem zlostavljanja zakomplicirati ženina situacija, nepovjerenje u sustav, ženino odbijanje posredovanja te nepravovremenu reakciju društva i službi.

Waaen i sur. u pregledu literature kojim su obuhvatili razdoblje od 1966.-1999. dokumentirali su kako su prepreke u probiru IPV-a slične među pružateljima zdravstvenih usluga u različitim specijalnostima i okruženjima. Nedostatak učinkovitih intervencija i nedostatak edukacije zdravstvenih radnika bili su najčešće spominjane prepreke u otvorenim intervjuima i anketama. Ograničeno vrijeme bio je čest odgovor u otvorenim intervjuima, a pacijentovo neotkrivanje i pacijentov strah od posljedica bile su prepreke u probiru koje su se češće identificirale u anketama (2).

Wilson i sur. (2015.) proveli su kvalitativno istraživanje, gdje su intervjuirali 9 zdravstvenih radnica koje skrbe o ženama na sezonskom radu u američkim farmama te su prijavili brojne prepreke u IPV probiru uključujući nedostatak edukacije, vremena, resursa te samoprocjene u sposobnosti prepoznavanja IPV-a. Navode i nedostatak povjerenja u svoju sposobnost davanja preporuka, nelagodu pri postavljanju pitanja o probiru IPV-a (22). Slične probleme u probiru IPV-a navode Roush i Kurth (2013.) gdje, pored ostalih već navedenih problema, navode nelagodu zdravstvenih radnika povezanu s njihovim osjećajem kako ne znaju na koji način razgovarati te navode zabrinutost oko toga kako će žene reagirati na njihova pitanja o IPV-u. Nisu upoznati s lokalnim resursima i kako i/ili kamo uputiti žene koje priznaju zlostavljanje te ne razumiju pravna pitanja svezi IPV-a. Rutinski probir za IPV i dalje se nedovoljno koristi, a istraživanja pokazuju kako se udjeli probira kreću od 7% do 39% (38).

Istraživanje u Saudijskoj Arabiji (2021.), kao prepreku medicinskim sestrama u traženju i upravljanju IPV-om, ističu nedovoljnu edukaciju za identifikaciju IPV-a (5). Alvarez i sur. u svom istraživanju kojeg su proveli 2016. godine u 7 zdravstvenih ustanova (SAD) intervjuirali su 17 zdravstvenih radnika (liječnike, medicinske sestre, primalje, socijalne radnike), slično rezultatima drugih istraživanja, zdravstveni radnici su prijavili nedostatak edukacije o tome kako učinkovito odgovoriti kada se IPV otkrije. Nadalje, niti jedna od klinika u kojima su pružatelji zdravstvenih usluga radili nije nudila protokole koji bi usmjeravali kako pregledati i reagirati na otkrivanje IPV-a (48).

Istraživanje kojeg su proveli Vieira i sur. 2007. godine na uzorku od 221 zdravstvenom radniku (51 medicinska sestra i 170 liječnika) u 5 zdravstvenih ustanova u

primarnoj zaštiti, u Sao Paulu (Brazil) navode kako žene često ne prijavljuju svoje iskustvo o nasilju jer ih o tome nitko ne pita (58). Slične rezultate su prikazali Ford i sur. u svom preglednom radu gdje navode kako IPV nije dio rutinske kirurške edukacije. Kirurzi su naveli nedostatak znanja, nedostatak edukacije, vremenska ograničenja, osobnu nelagodu i strah od vrijeđanja kao razloge zašto pacijente ne raspituju o IPV-u. Zdravstveni radnici pitaju samo 14% pacijenata o ozljedama uzrokovanim IPV-om. U Sjedinjenim Američkim Državama sada se preporučuje rutinski IPV probir u ustanovama primarne zdravstvene zaštite jer se pokazalo kako smanjuje rizik od naknadnog nasilja (59).

I medicinske sestre i liječnici smatraju kako bi im edukacija olakšala probir žena koje su zlostavljane što nije čudno s obzirom kako je u ovom istraživanju jako mali broj medicinskih sestara i liječnika izjavilo da su educirani o zlostavljanju žena. Osim edukacije, kao pomoć u probiru, navode i bolju komunikaciju, uređeniji sustav, uvođenje smjernica i protokola te provođenje anonimnog anketiranja i izvještavanja. Isto tako smatraju kako je iskustvo bitan pomagač u probiru zlostavljanih žena, ali i povjerenje, volja, veća učinkovitost sigurnosnog sustava u socijalnim službama te promocija nenasilnom ponašanju prema ženama. Ovi rezultati neminovno upućuju o potrebi implementacije standardnih operativnih procedura za otkrivanje IPV-a kod žena koje u zdravstvene ustanove dođu s ozljedama oka ili koštano-mišićnim ozljedama.

Waaen i sur. su primijetili kako je svih 12 istraživanja koje su evaluirale intervencije osmišljene za povećanje IPV probira od strane zdravstvenih radnika uključivalo edukaciju barem kao dio intervencije, a tri od četiri istraživanja provedenih u hitnim slučajevima pokazala su značajan porast u identificiranju žrtava IPV-a nakon uvođenja protokola (2).

Cann i sur. (2001.) smatraju kako provedba smjernica i preporuka neće biti učinkovita ako zdravstveni radnici ne prođu edukaciju o nasilju u obitelji i nauče na koji način komunicirati sa svojim pacijenticama (53), dok Wang (2016.) smatra kako ankete provedene u zdravstvenim ustanovama mogu otkriti koliko ozbiljno društvo i/ili vladajući shvaćaju problem IPV-a (14).

Pomoću upitnika PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) o spremnosti liječnika za upravljanje IPV pacijentima, kojeg su osmislili

Short i sur., dokazano je kako je IPV čest problem u medicinskoj praksi, a povezan je s nizom nepovoljnih zdravstvenih ishoda. Mnogi vjeruju kako bi se loši ishodi mogli poboljšati boljom edukacijom liječnika, ali unatoč stalnim edukacijskim naporima, istraživanja i dalje pokazuju kako liječnici rijetko provjeravaju IPV, nisu svjesni resursa zajednice i nisu sigurni u njihove sposobnosti upravljanja pacijentima s IPV-om. Važno je napomenuti kako se na fakultetima stavlja veći naglasak na IPV, ali bez obzira na taj napredak, zdravstveni radnici se ne osjećaju kompetentni u vezi IPV-a (49).

Novija istraživanja pokazuju kako je količina probira i identifikacije malo veća od onih prijavljenih u ranijim istraživanjima, ali brojke i dalje ukazuju na nedostatak u ispitivanju pacijentica o IPV-u u kliničkim uvjetima. Isto tako je vidljivo kako probir ne mora nužno rezultirati identifikacijom i/ili intervencijama. Preporučujemo u metodologiji IPV probira koristiti metode koje su točne, jednostavne za primjenu te prihvatljive pacijentima i zdravstvenim radnicima. Ujedno je potrebno posvetiti veću pozornost razumijevanju i rješavanju prepreka specifičnih za IPV, uključujući zakone o obveznom prijavljivanju. S obzirom na sve navedeno te na ukazani javnozdravstveni problem, potrebna su daljnja istraživanja u ovom području kako bi se pronašao najbolji model za pravodobnu identifikaciju i jačanje sekundarne prevencije nasilja nad ženama od strane intimnog partnera.

6. ZAKLJUČCI

1. Hrvatska verzija upitnika „Nasilje nad ženama – Upitnik za pružatelje zdravstvenih usluga“ od ukupno 20 pitanja pokazala je primjenjivu pouzdanost u mjerenju znanja i stavova medicinskih sestara i liječnika u bolničkom sustavu o zlostavljanju žena.
2. Nema razlike u znanju i stavovima o nasilju nad ženama između medicinskih sestara i liječnika u Klinici za očne bolesti i Zavodu za ortopediju i traumatologiju KBC-a Split.
3. Medicinske sestre su spremnije pružiti profesionalnu podršku od liječnika.
4. Veoma mali broj medicinskih sestara i liječnika su educirani o zlostavljanju žena.
5. Medicinske sestre s dužim radnim stažom pokazuju veću spremnost za razgovor sa žrtvama nasilja, davanju potpore, pravilnog reagiranja na ženinu situaciju, podržavanju i pomaganju zlostavljanim ženama u dobivanju potrebne pomoći u suočavanju sa zlostavljanjem.
6. Medicinske sestre koje duže rade su spremnije pružiti profesionalnu podršku.
7. Liječnici koji duže rade i oni koji rade najkraće pokazali su veću spremnost za razgovor sa žrtvama nasilja, davanju potpore, pravilnog reagiranja na ženinu situaciju, podržavanju i pomaganju zlostavljanim ženama u dobivanju potrebne pomoći u suočavanju sa zlostavljanjem.
8. Medicinske sestre su imale više iskustva s nasiljem nad ženama od liječnika.
9. Liječnici su češće pozivali policiju zbog zlostavljanja žena od medicinskih sestara.
10. Liječnici koji su imali iskustva sa zlostavljanim ženama imaju povećanu tjeskobu kada se trebaju suočiti s ovim problemom te da ga radije izbjegavaju.
11. Medicinske sestre iskazuju manju tjeskobu prilikom suočavanja sa zlostavljanim ženama. Iskustvo sa zlostavljanim ženama ih potiče da još više pokušaju identificirati žrtve nasilja, što nije slučaj s liječnicima.
12. Žene koje su žrtve nasilja više se povjeravaju i priznaju zlostavljanje medicinskim sestrama nego liječnicima.
13. Medicinske sestre i liječnici starije životne dobi (60-69 godina) pokazuju veću nesigurnost prilikom razgovora o problemu zlostavljanja te ne znaju što bi žrtvi rekli.

14. Medicinske sestre i liječnici koji su odgovorili na otvoreno pitanje o preprekama u probiru najviše smatraju kako je strah žene da verbalizira zlostavljanje najveća prepreka u probiru zlostavljanja žena.
15. Medicinske sestre i liječnici koji su odgovorili na otvoreno pitanje što bi im olakšalo probir smatraju kako bi im edukacija olakšala probir žena koje su zlostavljane.

7. LITERATURA

1. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7(1):1-1.
2. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am. J. Prev. Med.* 2000;19(4):230-7.
3. Cohen AR, Renner LM, Shriver EM. Intimate partner violence in ophthalmology: a global call to action. *Curr Opin Ophthalmol*. 2017;28(5):534-8.
4. Giannakopoulos GF, Reijnders UJ. Assessment of musculoskeletal injuries from domestic violence in the emergency department. *Case Rep Emerg Med*. 2015;2015.
5. Alhalal E. Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *Int. Nurs. Rev.* 2020;67(2):265-74.
6. Selic P, Svab I, Gucek NK. A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. *BMC Public Health*. 2014 Dec;14(1):1-4.
7. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. World Health Organization; 2010.
8. Beck SR, Freitag SK, Singer N. Ocular injuries in battered women. *Ophthalmology*. 1996 Jan 1;103(1):148-51.
9. Gujrathi R, Tang A, Thomas R, Park H, Gosangi B, Stoklosa HM, Lewis-O'Connor A, Seltzer SE, Boland GW, Rexrode KM, Orgill DP. Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *Emergency radiology*. 2022 May 3:1-1.
10. Laskey P, Bates EA, Taylor JC. A systematic literature review of intimate partner violence victimisation: An inclusive review across gender and sexuality. *Aggression and Violent Behavior*. 2019 Jul 1;47:1-1.

11. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010 Apr;11(2):71-82.
12. Bhole S, Bhole A, Harmath C. The black and white truth about domestic violence. *Emerg Radiol*. 2014 Aug;21(4):407-12.
13. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. World Health Organization; 2012.
14. Wang L. Factors influencing attitude toward intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*. 2016 Jul 1;29:72-8.
15. Slentz DH, Joseph AW, Joseph SS. Intimate partner violence–related oculo-facial injuries during the COVID-19 pandemic. *JAMA ophthalmology*. 2021 Jul 1;139(7):789-90.
16. Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JI, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *J Forensic Leg Med*. 2015 Aug;34:119-26.
17. Edwards KM. Intimate Partner Violence and the Rural-Urban-Suburban Divide: Myth or Reality? A Critical Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Jul;16(3):359-73.
18. Muftić LR, Humphreys EN. Intimate Partner Violence. *The Encyclopedia of Crime and Punishment*. 2015 Dec 18:1-8.
19. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med*. 2013 Nov;20(8):1099-107.
20. Pereira ME, Azeredo A, Moreira D, Brandão I, Almeida F. Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. *Aggression and violent behavior*. 2020 May 1;52:101423.
21. Zhang H, Zhao R, Macy RJ, Wretman CJ, Jiang Y. A Scoping Review of 37 Years of Intimate Partner Violence Research in China. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Oct;22(4):752-765.
22. Wilson JB, Rappleyea DL, Hodgson JL, Brimhall AS, Hall TL, Thompson AP. Healthcare providers' experiences screening for intimate partner violence among

- migrant and seasonal farmworking women: A phenomenological study. *Health Expectations*. 2016 Dec;19(6):1277-89.
23. Loder RT, Momper L. Demographics and Fracture Patterns of Patients Presenting to US Emergency Departments for Intimate Partner Violence. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*. 2020 Feb 18;4(2):e20.00009.
 24. Watane GV, Gosangi B, Thomas R, Gujrathi R, Park H, Harris MB, Khurana B. Incidence and characteristics of spinal injuries in the victims of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2021 Apr;28(2):283-289.
 25. Ali PA, Naylor PB, Croot E, O'Cathain A. Intimate Partner Violence in Pakistan: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Jul;16(3):299-315.
 26. Li Q, Liu H, Chou KR, Lin CC, Van IK, Davidson PM, Campbell JC. Nursing research on intimate partner violence in China: A scoping review. *Lancet Reg Health West Pac*. 2020 Sep 7;2:100017.
 27. Heron RL, Eisma MC, Browne K. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the UK health service. *Journal of Family Violence*. 2022 Apr;37(3):533-43.
 28. Jonah EI. The pattern of ocular trauma in urban women in EDO and Lagos States [Dissertation]. Department Of Optometry, Faculty Of Life Sciences, University Of Benin, Benin City, Edo State, Nigeria. 2010.
 29. Rennison CM, DeKeseredy WS, Dragiewicz M. Intimate relationship status variations in violence against women: urban, suburban, and rural differences. *Violence Against Women*. 2013 Nov;19(11):1312-30.
 30. Sabri B, Renner LM, Stockman JK, Mittal M, Decker MR. Risk factors for severe intimate partner violence and violence-related injuries among women in India. *Women Health*. 2014;54(4):281-300.
 31. FRA - Agencija Europske unije za temeljna prava. Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije. Kratki pregled rezultata. Luxembourg 2014.
 32. Hamberger LK, Rhodes K, Brown J. Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: creating sustainable system-level programs. *Journal of Women's Health*. 2015 Jan 1;24(1):86-91.

33. Dawoud SA, Cohen AR, Renner LM, Clark TJ, Zimmerman MB, Shriver EM. Detection and referral of orbital and ocular injuries associated with intimate partner violence following an educational and screening initiative in an emergency department. *JAMA ophthalmology*. 2021 Jul 1;139(7):785-9.
34. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Telmon N, Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *J Forensic Leg Med*. 2017 Feb;46:12-15.
35. Gosangi B, Lebovic J, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Harris M, Tornetta P, Khurana B. Imaging patterns of lower extremity injuries in victims of intimate partner violence (IPV). *Emerg Radiol*. 2021 Aug;28(4):751-759.
36. Thomas R, Dyer GSM, Tornetta Iii P, Park H, Gujrathi R, Gosangi B, Lebovic J, Hassan N, Seltzer SE, Rexrode KM, Boland GW, Harris MB, Khurana B. Upper extremity injuries in the victims of intimate partner violence. *Eur Radiol*. 2021 Aug;31(8):5713-5720.
37. Khurana B, Raja A, Dyer GSM, Seltzer SE, Boland GW, Harris MB, Tornetta P, Loder RT. Upper extremity fractures due to intimate partner violence versus accidental causes. *Emerg Radiol*. 2022 Feb;29(1):89-97.
38. Roush K, Kurth A. CE: Original Research: Intimate Partner Violence: The Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors of Rural Health Care Providers. *Am J Nurs*. 2016 Jun;116(6):24-34.
39. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & social care in the community*. 2021 May;29(3):612-30.
40. Blideman A. Nursing students' attitudes towards domestic violence: a quantitative study at Kilimanjaro Christian Medical College, Moshi, Tanzania. 2010.
41. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, Feder G. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British journal of general practice*. 2012 Sep 1;62(602):e647-55
42. de Souza J, Ventura CAA, de Oliveira JLG, Gaino LV, Dos Santos Monteiro JC, de Oliveira JL, de Almeida LY, Richter S, Saint-Arnault D. Experience of

- Vulnerable Women Narrated through the Body-Mapping Technique. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Dec 11;18(24):13094.
43. Hicks PM, Murtaugh MA, DeAngelis MM. The possible impact of increased physical intimate partner violence during the COVID-19 pandemic on ocular health. *SAGE Open Med*. 2021 Jul 31;9:20503121211035263.
 44. Clark TJ, Renner LM, Sobel RK, Carter KD, Nerad JA, Allen RC, Shriver EM. Intimate partner violence: an underappreciated etiology of orbital floor fractures. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2014 Nov 1;30(6):508-11.
 45. Shimmura-Tomita M, Takano H, Tanaka Y, Takagi R, Kaburaki T, Kakehashi A. Case Series of Lens Dislocation due to Family Violence. *Case Rep Ophthalmol*. 2022 Mar 4;13(1):128-133.
 46. Nisar MY, Salah-ud-Din T. Domestic Violence: Evidence from Ophthalmology. *Pakistan Journal of Ophthalmology*. 2018 Oct 1;34(4).
 47. Praise Investigators. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study. *The Lancet*. 2013 Sep 7;382(9895):866-76.
 48. Alvarez C, Debnam K, Clough A, Alexander K, Glass NE. Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in nursing & health*. 2018 Apr;41(2):145-55.
 49. Short LM, Alpert E, Harris Jr JM, Surprenant ZJ. PREMIS: a comprehensive and reliable tool for measuring physician readiness to manage IPV. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006 Feb;30(2):173.
 50. Portnoy GA, Colon R, Gross GM, Adams LJ, Bastian LA, Iverson KM. Patient and provider barriers, facilitators, and implementation preferences of intimate partner violence perpetration screening. *BMC health services research*. 2020 Dec;20(1):1-2.
 51. Nacionalna strategija zaštite od nasilja u obitelji za razdoblje od 2017. do 2022. godine. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Zagreb, rujan 2017.
 52. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Vrste nasilja. Načini prijavljivanja nasilja. Postupnik. Nastavni zavod za javno zdravstvo

- primorsko-goranske županije Odjel socijalne medicine Odsjek za prevenciju nasilja. Rijeka 2010.
53. Cann K, Withnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public health*. 2001 Mar 1;115(2):89-95.
 54. Kaye DK, Mirembe F, Bantebya G. Perceptions of health care providers in Mulago hospital on prevention and management of domestic violence. *African Health Sciences*. 2005;5(4):315-8.
 55. Sharma KK, Vatsa M, Kalaivani M, Bhardwaj DN. Knowledge, attitude, practice and learning needs of nursing personnel related to domestic violence against women: a facility based cross sectional survey. *Int J Community Med Public Health*. 2018 Mar;5(3):996-1003.
 56. Ali P, McGarry J, Younas A, Inayat S, Watson R. Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*. 2021 Nov 4.
 57. Ngoc T. Background and clinical knowledge of intimate partner violence: a study of primary care residents and medical students at a United States medical school. *Health equity*. 2017 Jun 1.
 58. Vieira, Elisabeth & Perdoná, Gleici & Almeida, Ana Maria & Nakano, Ana & Santos, Manoel & Daltoso, Daniela. (2009). Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 12. 566-577.
 59. Ford OA, Khurana B, Sinha I, Carty MJ, Orgill D. The Plastic Surgeon's Role in the COVID-19 Crisis: Regarding Domestic Violence. *Cureus*. 2021 Jan 12;13(1).

8. ŽIVOTOPIS

Anamaria Puljić

avasilj24@gmail.com

OBRAZOVANJE

Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Diplomski studij - Sestrinstvo	2018 – u tijeku
Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Preddiplomski studij – Sestrinstvo Diplomski rad – Uloga medicinske sestre u jedinici intenzivnog liječenja kod zbrinjavanja bolesnika s akutnom bubrežnom insuficijencijom	2006
Stručni ispit Medicinska sestra/tehničar	2003
Zdravstvena škola Split Medicinska sestra/tehničar općeg smjera	2001

ISKUSTVO

Klinika za očne bolesti, KBC Split

Medicinska sestra instrumentarka

travanj, 2010 – u tijeku

- Asistiranje kirurgu tijekom operacije u očnoj operacijskoj dvorani.
- Odgovornost za pripremu operacijske dvorane, sterilizaciju i operacijski instrumentari.
- Dio operativnog tima pri prvoj transplataciji rožnice u KBC-u Split u prosincu 2020.

Centar za intenzivno liječenje respiratornih organa, KBC Split

Medicinska sestra

studeni 2020 – veljača, 2021.

ožujak 2022 – svibanj, 2022.

- Pružanje medicinske njege Covid-19 pacijentima; rad u smjenama.

Klinika za očne bolesti, Polikliničko-konzilijarna zdravstvena zaštita, kabinet za retinu, KBC Split

Medicinska sestra

studeni, 2003 – travanj, 2010.

- Rad s pacijentima u subspecijalističkoj ambulanti za bolesti stražnjeg oćnog segmenta.

Klinika za anesteziologiju, reanimaciju i intenzivno lijećenje, KBC Split

Medicinska sestra

srpanj, 2005 – kolovoz, 2005.

- Pružanje intenzivne medicinske njege životnougroženim pacijentima.

KB Split

Pripravnica

studeni, 2001 – studeni, 2002

- Volontiranje pod nadzorom registrirane medicinske sestre, obavljanje niza raličitih kliničkih i zdravstvenih radnih zadataka u svim bolničkim odjelima.

CERTIFIKATI

Trenutni sudionik:

Provedba kliničkog ispitivanja studije: "Randomizirano, dvostruko slijepo, tzv. sham-kontrolirano ispitivanje 3 faze za procjenu učinkovitosti i sigurnosti primjene 2 mg OPT-302 u kombinaciji s anti-VEGFA terapijom (aflibercept) nasuprot standardne anti-VEGFA terapije (aflibercept) u liječenju eksudativne forme senilne makularne degeneracije (COAST)

Potvrda o sudjelovanju:

21.-22. listopada, 2016

Suvremeno znanje i smjernice u dijagnostici i liječenju makularne degeneracije povezane sa starenjem

Potvrda o pohađanju:

26.-28. rujna, 2013

Perioperativna medicinska sestra Hrvatske u EU

ČLANSTVO

Hrvatska komora medicinskih sestara | Strukovni sindikat medicinskih sestara

JEZICI

Hrvatski – Materinji

Engleski – B1