

**PROCENA STAVOVA ZDRAVSTVENIH RADNIKA
O RODNO USLOVLJENOM NASILJU**

- Fokus grupe -

Beograd, juli 2006

ANALIZA FOKUS GRUPA

- SAŽETAK -

I. Uvod

Fokus grupe, kao kvalitativna metodologija istraživanja, veoma su podesno sredstvo koje se primenjuje da bi se dobila validna informacija važna za potrebe različitih programa koji se bave ispitivanjem određene društvene pojave. Prednost metodologije fokus grupa u odnosu na uobičajene standardne metode je u sledećem: podaci potiču od same grupe (bez unapred definisanih striktnih pravila-razgovor), vezana je za relevantnu grupu, homogena je jer uključuje osobe sličnih karakteristika/interesovanja, fleksibilna je jer obezbeđuje dobru konverzaciju o zadatoj temi, omogućava iskrene iskaze učesnika/ca i u analizi rezultata nisu važne brojke već se analiza vrši na osnovu izgovorenih reči/izjava. Napred navedene činjenice opravdavaju izbor ove metodologije u proceni stavova zdravstvenih radnika o nasilju nad ženama i njihovoj ulozi u suzbijanju i prevenciji pojave.

II. Metodologija

1. Fokus grupa izabrana je kao istraživačka tehnika za istraživanje među zdravstvenim radnicima primarne zdravstvene zaštite i ona je korišćena da se dobiju odgovori na pitanja u vezi sa tri osnovna problema:
 - spremnost zdravstvenih radnika/ca da prepoznaju „sliku nasilja“ i da je imenuju adekvatnim nazivom
 - reagovanja zdravstvenih radnika/ca u van institucionalnim okvirima, dakle ne u ulozi profesionalaca/ki, nego kao običnih građana/ki u susretu sa nasiljem
 - prepoznavanje profesionalne uloge zdravstvenog radnika u mogućim oblicima „intervenisanja“ i podrške/pomoći žrtvi nasilja nakon kontakta u zdravstvenoj ustanovi
2. Kao uvod u problem, u okviru fokus grupe korišćene su studije slučaja i lista predefinisanih pitanja, koji su sastavni deo izveštaja.
3. Za učesnike/ce u fokus grupama birane su osobe koje pre toga nisu imale formalnu edukaciju iz oblasti nasilja nad ženom.

III. Način obrade u analizi fokus grupa

Obrada i analiza rađena je na dva nivoa :

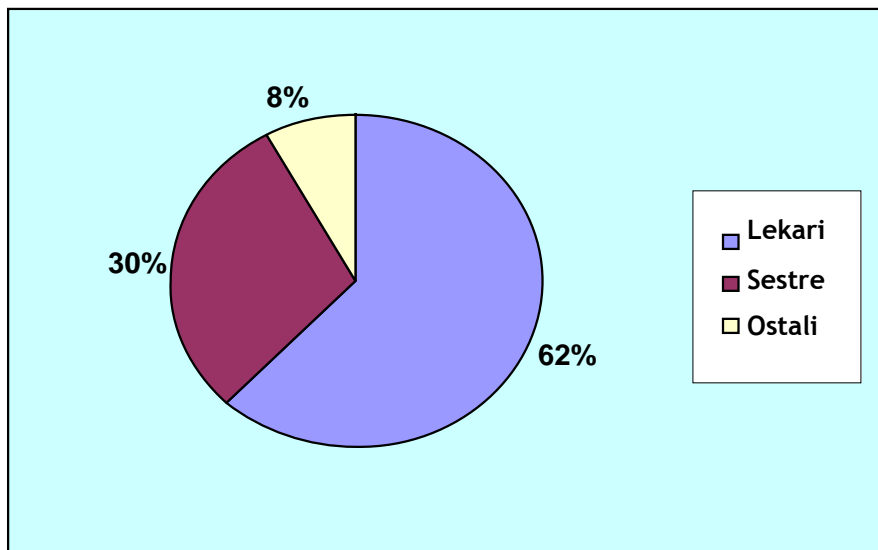
1. Svi odgovori prikupljeni u toku odvijanja fokus grupe, sistematizovani su prema ključnim pitanjima i registrovani u originalu (onako kako su izgovoreni).
2. Odgovori su zatim grupisani prema kategorijama i izraženo je procentualno učešće svake od predefinisanih kategorija odgovora u ukupnom broju odgovora na dato pitanje. Ovaj deo se obrađuje i opisuje u daljem tekstu.

IV. Rezultati

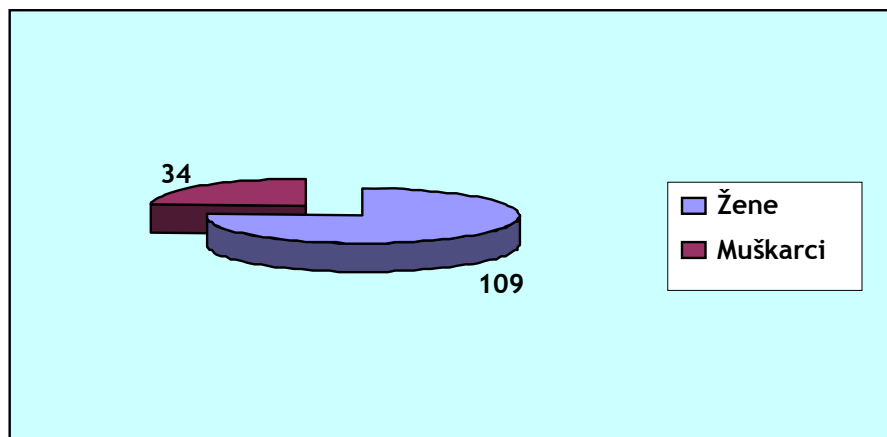
A. Opšti podaci

1. U periodu od 18. aprila do 06.juna urađeno je ukupno 13 fokus grupa u Beogradu (DZ - Voždovac, Vračar, Palilula, Lazarevac, Sopot i Grocka) i šest gradova Srbije (DZ - Pančevo, Novi Sad, Vrbas, Kragujevac, Pirot i Užice). U Pirotu su održane dve fokus grupe, jedna sa ženama i druga sa muškarcima. Ukupno su bile uključene 143 osobe u 12 domova zdravlja.
2. Prosečan broj osoba u jednoj fokus grupi u Beogradu je iznosio 12, a u unutrašnjosti 10, što je, u oba slučaja obezbeđivalo adekvatne uslove za rad.
3. Prema obrazovanju, bili su zastupljeni lekari, sestre, kao i ostali kadrovi koji su u neposrednom kontaktu sa pacijentima u PZZ (psiholozi, socijalni radnici, pedagozi). Homogenost je obezbeđena na osnovu obeležja: zaposlen/a u PZZ u direktnom kontaktu sa pacijentom.
4. Prema polu, učestvovalo je 109 žena i 34 muškarca.

Grafikon 1. Struktura prema stepenu obrazovanju



Grafikon 2. Struktura kadra prema polu

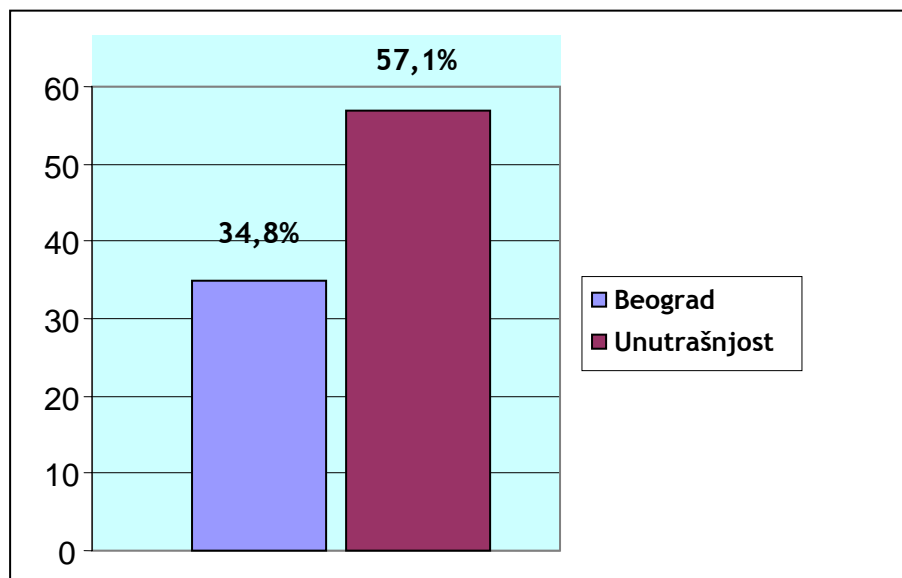


B . Istraživačka pitanja

1. Nasilje

Razlike u percipiranju pojave i njenog imenovanja, bilo kao „nasilje“ ili kao „agresija, „zlostavljanje“ razlikuju se od jednog do drugog doma zdravlja i pritom ih je teško povezati bilo sa teritorijalnom pripadnošću ili sa razvijenošću teritorije na kojoj je fokus grupa sprovedena.

Grafikon 3. Prepoznavanje nasilja



Generalno se, na ovom najopštijem nivou analize, može konstatovati da su zdravstveni radnici u Beogradu znatno manje skloni da pojavu nazovu pravim imenom (34,8%) od svojih kolega u unutrašnjosti (57,1%). U Beogradu se upotrebljavaju termini bliski nasilju (3 %), kao što su maltretiranje i/ili slični izrazi.

Učesnici iz Beograda su skloniji da u nasilju traže „razloge“, da relativiziraju učinjeno i da okrive žrtvu, znatno više nego njihove kolege u unutrašnjosti. Tako, zdravstveni radnici u Beogradu u 25,3% odgovora smatraju da je potrebno znati više o situaciji koja je dovela do nasilja, o uslovima i slično dok se u unutrašnjosti taj stav javlja u 17,3% odgovora. Žrtva je, prema odgovorima dobijenim u domovima zdravlja u Beogradu u 19%, sigurno na neki način doprinela nasilju nad njom. U unutrašnjosti je taj odgovor znatno manje zastupljen (7,6%).

Interesantno je da se šamar kao oblik ispoljavanja nasilja, u Beogradu manje shvata olako (7,1%), a u unutrašnjosti (14,2 %).

U skoro istom procentu, u Beogradu i gradovima u unutrašnjosti, u odgovorima postoji shvatanje nasilja kao problema ponašanja (29%).

Tabela 1. Odnos zdravstvenih radnika/ca prema nasilju

| <i>Relativizacija</i> | <i>Beograd</i> (%) | <i>Unutrašnjost</i> (%) | <i>Ukupno</i> (%) |
|--|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| Znati više o situaciji koja je dovela do nasilja | 25,3 | 17,3 | 42,6 |
| Žrtva je doprinela nasilju nad njom | 19,0 | 7,6 | 26,6 |
| Olako shvatanje šamara | 7,1 | 14,2 | 21,3 |
| Nasilje kao problem ponašanja | 29,0 | 29,0 | 58,0 |

2. Reagovanje na pojavu

Ovaj blok pitanja karakterišu odgovori u kojima je vrlo visoko zastupljeno okrivljavanje žrtve za ono što joj se događa i to kako u Beogradu, tako i u unutrašnjosti.

Sa 38,5% odgovora u Beogradu i 58,1% u unutrašnjosti, žena se procenjuje kao kriva za situaciju, jer „dopušta“, „izaziva“ i slično.

Svi drugi odgovori procentualno su manje zastupljeni .

Dalje, jedan se broj odgovora vezanih za reagovanje na nasilje iz uloge posmatrača, u Beogradu grupiše oko dva antipoda „pobeći“ sa 22% ili reagovati „strahom“ sa 16,07% na jednoj strani i „Na nasilje odgovoriti nasiljem“ 16,9% na drugoj strani.

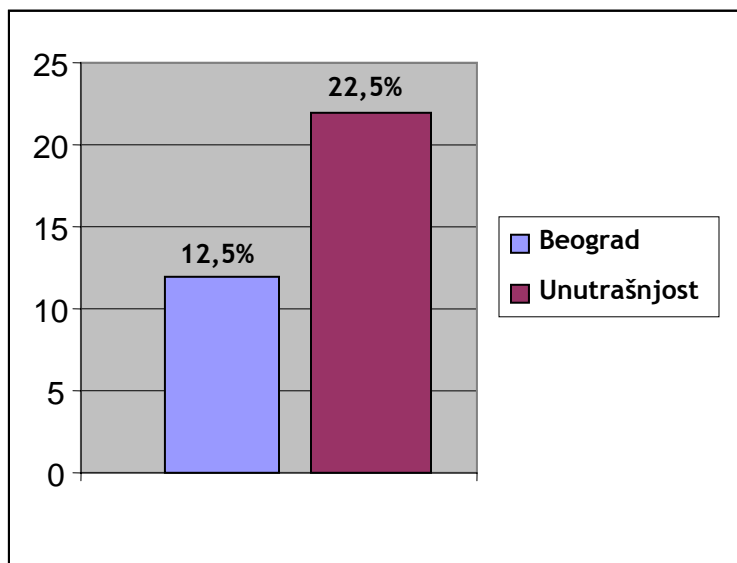
Zdravstveni radnici u Beogradu bi 3 puta ređe (10,26%) reagovali tako što bi pokušali da zaustave nasilje i potraže pomoć, pozovu nekoga za razliku od svojih kolega u unutrašnjosti (30,52%).

Zdravstveni radnicu u unutrašnjosti (20,76%) više nego oni u Beogradu (10,5%) o pojavi govore sa aspekta „kako je drugi vide i šta drugi kažu“, bilo da se radi o afirmativnom ili osuđujućem stavu. Dakle, umesto o sebi rađe govore o drugima ili uopšteno.

Opis situacije prema osećanjima kao što su poniženje, stid, žaljenje, neprijatnost, zajednički je za Beograd i unutrašnjost, ali su u Beogradu manje izraženi (14,6%) nego u unutrašnjosti (20%).

Zdravstveni radnici/ce u unutrašnjosti se opredeljuju skoro dva puta češće (22,5 %) od njihovih kolega u Beogradu (12,5 %) da ne reaguju na datu situaciju i da ostanu potpuno po strani.

Grafikon 4. Izostanak reakcije zdravstvenih radnika/ca na nasilje

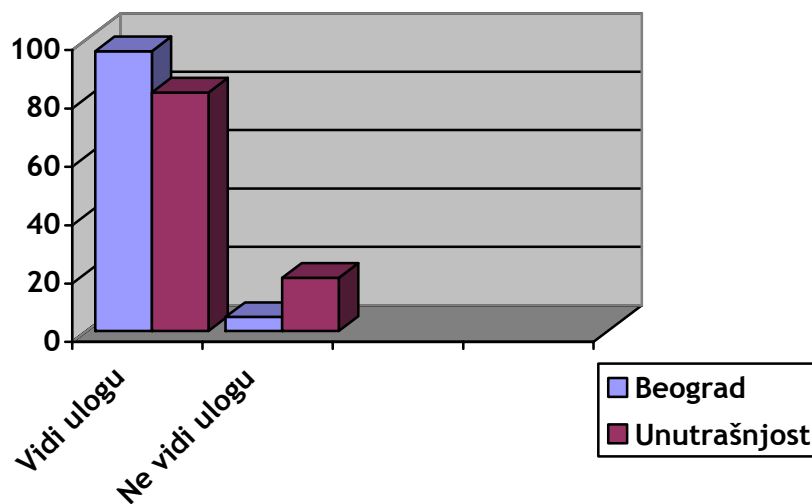


Nepoverenje u institucije (policiju, Centre za socijalni rad, pravosuđe i sl.) koje bi mogle da pomognu manje je u Beogradu (5,2%) nego u unutrašnjosti (9,1%).

3. Sagledavanje vlastite uloge

Najveći broj zdravstvenih radnika/ca u Srbiji smatra da nasilje nad ženom jeste njihov mandat i da oni u tome imaju šta da kažu i urade. U Beogradu je taj broj vrlo blizak 100 %, ali je i unutrašnjosti veoma visok i to bez sumnje predstavlja najznačajniji podatak dobijen fokusom.

Grafikon 5. Sagledavanje vlastite uloge



Kada se analiziraju odgovori kako se ta uloga zapravo vidi onda se dobija široka lepeza mogućnosti :

- a) Najveći procenat odgovora, kako u Beogradu (68,8%) tako i u unutrašnjosti (43,6 %), se nalazi u kategoriji „gradnje dobrih odnosa sa žrtvom“, što podrazumeva sledeće: saslušati, ukazati poverenje, pružiti podršku, razbiti strah, pokazati da nije sama, povratiti samopouzdanje.
- b) Zatim slede, odgovori koji se odnose na seriju „neposrednih procedura“ koje zdravstveni radnici/ce vide kao njihov zadatak u zdravstvenoj ustanovi. Tu spadaju: medicinska pomoć, prepoznavanje nasilja, dokumentovanje, upućivanje i slično. Najčešće, sa skoro 60% kao intervencija se predlaže „upućivanje“. Pritom, se taj termin najviše odnosi na unutrašnjost gde se pod njim, najčešće podrazumeva upućivanje kod psihijatra. Razlike između Beograda i unutrašnjosti su velike i kada se radi o prepoznavanju nasilja. Daleko manji broj zdravstvenih radnika u unutrašnjosti „prepoznavanje nasilja“ vidi kao svoju ulogu. Kod ostalih aktivnosti razlike su manje (vidi Tabelu 2.).

Tabela 2. Neposredne procedure sa žrtvom nasilja sa aspekta zdravstvenog/e radnika/ce

| <i>Procedura</i> | <i>Beograd (%)</i> | <i>Unutrašnjost (%)</i> | <i>Ukupno (%)</i> |
|---------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| Prepoznati | 18,9 | 7,6 | 26,5 |
| Uputiti | 12,9 | 44,3 | 57,2 |
| Dokumentovati | 16,6 | 10,7 | 27,3 |
| Prijaviti | 19,5 | 14,6 | 34,1 |
| Medicinski zbrinuti | 30,5 | 23,7 | 54,2 |
| Direktno pitati | 10,5 | | 10,5 |

Lični i profesionalni stavovi prema žrtvi nasilja i profesionalnim ograničenjima u postupanju, karakterisani su:

- a) Kritikovanjem i okrivljavanjem žrtve koje se javlja u visokom procentu u strukturi odgovora (22% u Beogradu i skoro 40 % u unutrašnjosti).
- b) Iznošenjem brojnih teškoća koje predstavljaju prepreku za rad, kritikom sistema zdravstvene zaštite, nedostatkom prostora i slično.
- c) Izrečenim nepoverenjem u institucije sistema da pomognu zdravstvenom radniku i sarađuju sa sistemom zdravstvene zaštite.

Komentari

1. Imenovanje nasilja predstavljalo je prvi, težak izazov za grupu. Zdravstveni radnici/ce koji su se opredelili za nazivanje pojave „pravim imenom“, a takvih je u Beogradu bilo oko 30%, a u unutrašnjosti nešto iznad 50%, činili su to odmah, dok su ostali svoj sud iznosili sa zadržkom i nakon intervecije voditeljke.

Sklonost ka relativizaciji, tipa: „ko zna zašto“; „treba znati šta je predhodilo“; „ne može se reći, ako ne poznaje situacija“, kao i traganje za ulogom žrtve takođe je relativno visoko, naročito u Beogradu. Šamar se od izvesnog broja zdravstvenih radnika (više u unutrašnjosti) definiše kao prihvatljiv, kao « ništa », ali svakako kao nešto što ne pripada nasilju.

2. „Okrivljavanje žrtve“ veoma je prisutno u situaciji kad zdravstveni radnici reaguju sa pozicije građanina/građanke, kako u Beogradu tako i u unutrašnjosti.

„Krivica žrtve“ obuhvata širok raspon odgovora od pitanja „zašto trpi“ pa sve do mišljenja da žrtva „izaziva i podstiče“ nasilje.

3. Značajno je podvući, kao deo opšteg okruženja u kome se projekat odvija, da bi 17% zdravstvenih radnika/ca i to u Beogradu na nasilje odgovorili nasiljem.

Pasivnost, nezainteresovanost, često pravdani nepoverenjem i nesigurnošću takođe su zastupljeni.

4. Deklerativno, skoro svi zdravstveni radnici/ce, smatraju brigu o žrtvi nasilja sastavnim delom svoje profesionalne obaveze i ne pružaju „otpor“ ideji da se time bave. Međutim, dalja analiza njihove percepcije brige i postupanja sa žrtvom nasilja, ukazuje na brojne praznine i nedostatke.

Kategorija „gradnja dobrih odnosa“ koja je najzastupljenija, bez sumnje je značajna, ali je istovremeno i najmanje obavezujuća i zahteva najmanje specifičnih znanja. Nasuprot tome i ovde stoji visoko zastupljeno okrivljavanje žene za ono što joj se događa.

Detaljnije razmatranje „neposrednih procedura“ vezanih za nasilje ukazuje na visoku zastupljenost „medicinskog zbrinjavanja“, kao deo tradicionalne uloge, i upućivanja na druge, najčešće psihijatra kao „vrhunac“ kompetentnosti u pružanju kompetentne podrške i pomoći. Analizom može se zaključiti da zdravstveni radnici imaju nedefinisan odnos prema procedurama u smislu „briga moja pređi na drugoga“. Ostale postupke pominje znato manji broj, dok rad na prevenciji nasilja nije nigde pomenut.

5. Stereotipno pozivanje na teškoće koje postoje u sistemu, na slabost organizacije posla i uslove rada su čest izgovor za nečinjenje i opravdavanje pasivnog odnosa prema žrtvi nasilja.

6. Fokus grupe su u mnogome dale odgovore na pitanja koje je istraživanje postavilo, ali isto tako otvorila nove izazove za buduće aktivnosti.

Zaključci:

1. Istraživanje kroz fokus grupe otkrilo je veliki prostor neznanja, zabluda i predrasuda kod zdravstvenih radnika/ca, kao i čitav spektar nedostataka u shvatanju vlastite uloge u odnosu i postupcima sa žrtvama rodnog nasilja.
2. Iako veliki broj zdravstvenih radnika/ca smatra da je otkrivanje i dokumentovanje rodnog nasilja njihov delokrug rada, NE POSTOJI NI JEDNA INSTITUCIJA NI NA JEDNOJ ISPITIVANOJ LOKACIJI, gde se pojava u celosti sagledava i gde se bar delimično nadzire ukupni dijapazon obaveza zdravstvenog radnika u suzbijanju i prevenciji ove društvene pojave.
3. Kvalitativno istraživanje, primenom fokus grupa, ukazalo je na potrebu javnog zalaganja za novu, kvalitetniju ulogu zdravstvenog radnika kome uspostavljanje modela dobre prakse u postupanju sa žrtvama rodnog nasilja koji treba da postane sastavni deo profesionalnog angažmana.
4. Uočene činjenice ukazuju na potrebu za uspostavljanjem stalne edukacije kroz rad i superviziju zdravstvenih radnika/ca u primarnoj zdravstvenoj o postupanju sa žrtvama nasilja i uvođenje zakonske obaveze otkrivanja i dokumentovanja rodnog nasilja kako bi se obezbedili uslovi za njegovo suzbijanje i prevenciju u sektoru primarne zdravstvene zaštite.
5. Fokus grupama ustanovljeni stavovi zdravstvenih radnika/ca primarne zdravstvene zaštite u potpunosti daju legitimitet i održivost aktivnostima ovog projekta, koje će dokumentovati potrebu i uticati na uspostavljanje standarda za postupanje.

Pripremila: Prof.Dr. Viktorija Cucić