

Strokovni prispevek/Professional article

DEJAVNIKI, KI POVEČUJEJO MOŽNOST NASILJA V DRUŽINI IN ISKANJE POMOČI PRI ZDRAVNIKU DRUŽINSKE MEDICINE. PILOTNA ŠTUDIJA O NASILJU V DRUŽINI

FACTORS THAT INCREASE LIKELIHOOD OF VIOLENCE IN THE FAMILY AND
SEEKING FOR HELP AT FAMILY PRACTITIONER. PILOT STUDY ABOUT
VIOLENCE IN THE FAMILY

Polona Selič, Katja Pesjak, Nena Kopčavar-Guček, Janko Kersnik

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

Izvleček

- Izhodišča** *Z raziskavo smo želeli posneti stanje pripravljenosti bolnikov za razkrivanje morebitnih izkušenj telesnega in/ali psihičnega nasilja v družini in preveriti razlike o poročanjih bolnikov in opažanjih zdravnikov o nasilju v družini.*
- Metode** *V presečni raziskavi je sodelovalo 27 zdravnikov družinske medicine v Sloveniji, ki so 14 dni presegali vsakega desetega bolnika in njegov zdravstveni karton. Zajeli smo 509 bolnikov. Odkrivali smo pogostnost nasilja, povzročitelje nasilja, pripravljenost oseb z izkušnjo nasilja za iskanje pomoči, občutljivost zdravnikov za to problematiko in opremljenost zdravnikov za nudenje pomoči.*
- Rezultati** *30 % obravnavanih oseb je potrdilo izkušnjo telesnega in/ali duševnega nasilja. Pri vsaki peti žrtvi nasilja zdravnik ni storil ničesar, čeravno ga je prosila za pomoč. Na vprašanje, kaj bi storili, če bi se na njih obrnila žrtev nasilja, vsak četrti odgovor omenja napotitev k psihiatru, kar je verjetno odraz zaznavanja lastne poklicanosti in verjetno tudi usposobljenosti. Dobra desetina obravnavanih oseb se je zaradi nasilja po pomoč obrnila tudi na zdravnika. Ta je v tretjini primerov žrtvam nudil podporo in pogovor, slaba desetina je dobila oskrbo, stalež ali hospitalizacijo. Petina je bila napotena k psihiatru, za dvajsetino bolnikov je zdravnik predpisal antidepresive, v vsakem devetem primeru pa obvestil policijo in center za socialno delo. V petini primerov zdravnik ni storil ničesar.*
- Zaključki** *Pregled zdravstvenih kartonov in ocene zdravnikov o možnih dejavnikih, ki povečujejo verjetnost, da je/bo oseba izpostavljena nasilju, so se pokazali kot manj smiselni. Zdravniki niso ustrezno opremljeni za pomoč in podporo osebam, izpostavljenim nasilju v družini. Zdravniki se večidel ne čutijo poklicani, da bi se ukvarjali z žrtvami nasilja v družini.*
- Ključne besede** *zloraba otrok; nasilje nad partnerji; odnosi med starši in otroki; medosebni odnosi*

Abstract

- Background** *With this survey we wanted to explore the willingness of the patients to convey their experience of abuse in the family and to study the differences in patient reports and doctors' observations on domestic violence.*
- Methods** *A cross-sectional study on family violence included 27 Slovenian family practitioners, who screened each fifth consecutive patient in the period of 14 days. 1103 patients were surveyed. We identified the frequency of the violence (as reported by the patients to a*

Avtorica za dopisovanje / Corresponding author:

Katja Pesjak, univ. dipl. soc., Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

trustworthy person, i.e. their family physician), the readiness of the victims of violence to seek help, the sensitivity of the physicians to this topic and their qualifications/aptitude for immediate help/intervention.

Results	<i>30 % of involved persons confirmed experience of physical and/or psychical violence and with every fifth person physician did nothing, despite being asked for help. Every fourth answer to the question "What would you do if a victim of violence would come to you for help" is direction to psychiatrist. That probably reflects perception of doctors' profession and their competence. 1/10 of persons sought medical help because of being exposed to violence. Physicians offered support and conversation to victims in 1/3 of cases, 1/10 of victims got sick-leave and hospitalization. 1/5 of them were sent to psychiatrist and for 1/20 physician prescribed antidepressants. In every ninth case physicians noticed police and social service. In 1/5 of cases the physician did nothing.</i>
Conclusions	<i>The study showed that investigation of medical files and evaluations of physicians about possible factors, which increase the possibility of persons being exposed to violence are not so useful. Physicians are not equipped well enough to give needed help and support to persons exposed to violence in the family. Physicians do not feel that they are the right ones who should in their practice help victims of violence.</i>
Key words	<i>child abuse; spouse abuse; parent-child relations; interpersonal relations</i>

Uvod

Nasilje bolj ali manj očitno vpliva na zdravje, počutje in sposobnost za učinkovito iskanje pomoči v zdravstvenem sistemu.¹ Zgodnje odkrivanje nasilja v medosebnih odnosih lahko odločilno prihrani čas, porabljen za obravnavo in prepoznavanje vzroka težav ter nepotrebne napotitve v primerih nejasnih zdravstvenih težav. Kot nasilje v družini razumemo telesno, spolno in duševno zlorabo, nasilje med partnerjema in nasilje nad starejšimi.² Večina primerov nasilja v družini ostane v zdravstvenem okolju neprepoznanih. Poročajo, da spontano o nedavnem nasilju v družini poročajo le 4 % žensk.³ Zdravniki naj bi prepoznali le 1 od 20 žrtev nasilja.⁴ Zdravniki družinske medicine kot zdravstveni delavci na osnovni ravni se pogosto srečujejo z nasiljem v družini.⁵ Kljub priporočilom strokovnih organizacij glede presejanja le približno 10 % zdravnikov rutinsko preseja svoje bolnike v zvezi z nasiljem.⁶⁻⁸ Sicer so na voljo nasveti in orodja za presejanje na področju partnerskega nasilja, žal pa ni dostopnih rezultatov raziskav z uporabo omenjenih orodij za presejanje, ki zaznavajo različne vidike nasilja. Iatrogeni škodi, kršenju zasebnosti in pravil medicinske etike se je treba za vsako ceno izogniti.^{1,9-14} Poleg zaupnosti je nujno upoštevati tudi zakonodajo in pravila o obveznem poročanju, ki veljajo v določenem okolju.¹⁵

Izvajalci zdravstvenega varstva zaradi različnih razlogov nezadostno presejajo svoje bolnike za nasilje.¹⁶⁻²⁴ Ne glede na to so v štirih objavljenih raziskavah žrtve nasilja v 70-81 % izrazile željo, da bi jih njihov osebni zdravnik povprašal o nasilju, 85 % preiskovancev v raziskavi javnega mnenja Ameriškega zdravniškega združenja pa je presejanje o nasilju ocenilo kot »dobro zamisel«.^{23,25}

O prepoznavanju nasilja, ovirah in motiviranosti zdravnikov družinske medicine za prepoznavanje ter ukrepanje v primeru družinskega nasilja je v svetu ma-

lo znanega, pri nas pa to področje doslej sploh ni bilo raziskano. S to raziskavo smo želeli:

- preveriti motiviranost in opremljenost zdravnikov družinske medicine za tovrstno presejanje in
- uporabnost zapisov v zdravstvenih kartonih (možne zdravstvene posledice nasilja) za prepoznavanje žrtev nasilja v družini.

Metode

Vzorec

Za sodelovanje smo zaprosili 32 zdravnikov družinske medicine na specializaciji iz družinske medicine. Sodelovanju se je odzvalo 27 zdravnikov družinske medicine, ki so maja 2006 za vsakega desetega bolnika(co) 14 dni zapored:

- pregledali bolnikov zdravstveni karton in za 3 leta nazaj preverili pritožbe/simptome po obrazcu z elementi, ki bi lahko kazali na prisotnost nasilja, in
- temu bolniku(ci) postavili vprašanja o nasilju.

Obrazci

Vprašanja o nasilju

Zdravniki so v osebnem pogovoru z bolniki zastavili naslednja vprašanja:

- Ali ste bili kdaj koli tepeni, oklofutani, obrceni ali kakor koli izpostavljeni telesnemu nasilju?
DA/NE
- S strani koga?
- Kako pogosto?
(zelo redko/včasih/pogosto/neprestano/ne vem)
- Ali ste bili kdaj koli ponižani, izpostavljeni grožnjam, žalitvam, zastraševanju ali kakor koli čustveno prizadeti?
DA/NE
- S strani koga?
- Kako pogosto?
(zelo redko/včasih/pogosto/neprestano/ne vem)

Odgovore so zabeležili v pripravljeno preglednico. Bolniki sami niso izpolnjevali nobenih vprašalnikov.

Opomnik za pregled zdravstvenih kartonov

Za pregled zdravstvenih kartonov so zdravniki uporabljali prilagojeni nabor možnih zdravstvenih posledic, ki naj bi kazale na prisotnost družinskega nasilja.^{26, 27}

Med dejavniki, ki povečujejo verjetnost nasilja, ki jih zdravnik lahko identificira ob pregledu zdravstvenega kartona, so na osebni ravni mladost, alkoholizem, depresivnost, osebnostne motnje, nizka izobrazba, nizki dohodki, izkušnja z nasiljem v primarni družini, na ravni odnosa pa konflikti, negotovost, nestabilnost, dominantnost moškega v družini, ekonomski pogoji (stres) in slabo (neustrezno) delovanje družinskega sistema.

Med zdravstvenimi posledicami nasilja v družini, ki jih zdravnik lahko prepozna ob pregledu zdravstvenega kartona, so telesne posledice, kot so poškodbe glave, prsnega koša in predela trebušne votline, praske in modrice, sindrom kronične bolečine, nezmožnost za delo, mišična vnetja, zlomi kosti, prebavne motnje, nepravilno delovanje črevesja, raztrganine in vreznine, poškodbe oči, okrnjeno/omejeno telesno delovanje; spolne in reproduktivne posledice, kot so ginekološke težave, neplodnost, vnetja, komplicirane nosečnosti/spontani splavi, spolne disfunkcije, spolno prenosljive bolezni, vključno s HIV/AIDS, neželene nosečnosti; duševne in vedenjske posledice, kot so zloraba zdravil, drog in alkohola, depresivnost in tesnoba, motnje spanja in hranjenja, občutki sramu in krivde, fobije in panične atake, telesna nedejavnost, nizek občutek lastne vrednosti, posttravmatska stresna motnja, psihosomatske motnje, kajenje, samomorilno vedenje in samopoškodbe, nevarno spolno vedenje.

Na ta način smo pridobili podatke o morebitnih izkušnjah nasilja v družinskem krogu oziroma o pripravljenosti bolnikov, da o tem spregovorijo v ambulanti družinske medicine; podatke v zdravstvenih kartonih, ki bi lahko bili povezani z izpostavljenostjo nasilju v družini (možne zdravstvene posledice nasilja in podatke o občutljivosti (senzibiliziranosti) za znake/poškodbe/pojav nasilja v družini pri zdravnikih in deloma podatke o njihovem odnosu do problematike, ki smo jih vnesli v računalnik in analizirali z običajnimi statističnimi metodami.

Rezultati

Zbrali smo podatke za 509 obiskovalcev zdravnika družinske medicine. 37,0 % oseb, zajetih v anketiranje, je bilo moškega spola, 63,0 % pa ženskega. Povprečna starost pri moških je bila 46,6 leta, pri ženskah pa 46,8 leta.

V Razpredelnici 1 so predstavljeni dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja, in so jih zdravniki ocenjevali s pregledom zdravstvenih kartonov. Razdeljeni so v dva sklopa – *osebna raven* in *odnosna raven*. Po ocenah zdravnikov na osebni ravni povečujejo možnost nasilja mladost, alkoholizem, depresivnost, osebnostne

motnje, nizka izobrazba, nizki dohodki ali pa izkušnja z nasiljem v primarni družini. Odnosna raven zajema dejavnike, kot so konflikti, negotovost/nestabilnost, dominantnost moškega v družini, ekonomski pogoji/stres, slabo/neustrezno delovanje družinskega sistema, drugo (vojna v BiH).

Razpr. 1. Dejavniki, ki povečujejo možnost nasilja – ocena zdravnika po pregledu zdravstvenih kartonov.

Table 1. Factors that increase the probability of violence – evaluation of physician after medical record examination.

	Osebe z izkušnjo nasilja		Osebe brez izkušnje nasilja (samocena bolnika)	
	Persons with experience of violence		No experience of violence (self-evaluation of patient)	
	Število No.	%	Število No.	%
Osebna raven Personal level				
Mladost Youth	11	5,6	6	9,5
Alkoholizem Alcoholism	52	26,7	12	19,0
Depresivnost Depression	11	5,6	5	7,9
Osebnostne motnje Personal disruptions	25	12,8	8	12,7
Nizka izobrazba Low education	16	8,2	6	9,5
Nizki dohodki Low income	19	9,7	16	25,4
Izkušnja z nasiljem v primarni družini Experience with violence in primary family	13	6,7	1	1,6
Raven odnosa Relational level				
Konflikti Conflicts	10	5,1	3	4,8
Negotovost, nestabilnost Insecurity, instability	1	0,5	1	1,6
Dominantnost moškega v družini Male domination in the family	13	6,7	3	4,8
Ekonomski pogoji, stres Economic condition, stress	5	2,6	2	3,2
Slabo, neustrezno delovanje družinskega sistema Bad, incompetent functioning of family system	15	7,7	0	0,0
Drugo (vojna v BiH) Other (war in Bosnia-Herzegovina)	4	2,1	0	0,0
Skupaj Total	195	100,0	63	100,0

Podatke, zbrane na podlagi pregleda 509 kartonov, smo primerjali z odgovori, pridobljenimi v procesu anketiranja v ordinaciji. V 258 pogovorih med anketiranimi in zdravniki se je izkazalo, da je bilo 195 oseb po lastnih presoajah že izpostavljenih nasilju. Kot najpomembnejši dejavniki tveganja za nasilje so se izkazali alkoholizem, sledijo nizki dohodki ter osebnostne motnje.

141 oseb je na zdravnika naslovilo prošnjo za pomoč, ker so bile žrtve nasilja. V Razpredelnici 2 je prikazano iskanje pomoči pri zdravniku družinske medicine in opredelitev možnih ukrepov ob morebitni prošnji za pomoč zaradi izpostavljenosti nasilju v družini.

Razpr. 2. *Odzivi zdravnikov ob prošnji za pomoč s strani žrtev nasilja in ocene zdravnikov, kaj bi storili ob prošnji za pomoč s strani žrtve nasilja.*

Table 2. *Reactions of physicians on request to help victims of violence and evaluations of physicians, what would they do in situation when victims of violence ask for help.*

	Kaj so zdravniki storili?		Kaj bi zdravniki storili?	
	What did physicians do	%	What would physicians do	%
Pogovor, podpora Discussion, support	46	32,6	79	39,7
Oskrba, stalež, hospitalizacija Hospitalization, sick-leave	11	7,8	3	1,5
Napotitev k psihiatru Advise for psychiatric treatment	31	22,0	50	25,1
Uvedba antidepresivov Treatment with antidepressants	7	5,0	0	0,0
Obvestilo policiji, centru za socialno delo Notification to police, social services	15	10,6	52	26,1
Ne vem Do not know	0	0,0	11	5,5
Nič Nothing	31	22,0	4	2,0
Skupaj Total	141	100,0	199	100,0

Na podlagi ocen zdravnikov po pregledu 509 zdravstvenih kartonov so v Razpredelnici 3 predstavljene možne zdravstvene posledice nasilja v družini. Posledice so razdeljene v 3 sklope – *telesne posledice, spolne in reproduktivne ter psihološke in vedenjske posledice.*

Razpr. 3. *Zdravstvene posledice nasilja v družini – ocene zdravnikov po pregledu zdravstvenih kartonov.*

Table 3. *Medical consequences of violence in the family – evaluation of physicians after medical records examination.*

	Osebe z izkušnjo nasilja skupaj		Osebe brez izkušnje nasilja (samooocena bolnika)	
	Persons with experience of violence	No experience of violence (self-evaluation of patient)	Število No.	%
Telesne posledice Physical consequences				
Poškodbe glave, prsnega koša in predela trebušne votline Injuries of head, chest, abdominal cavity	6	1,8	4	2,3
Praske in modrice Scratches and bruises	30	8,9	6	3,5

	Osebe z izkušnjo nasilja skupaj		Osebe brez izkušnje nasilja (samooocena bolnika)	
	Persons with experience of violence	No experience of violence (self evaluation of patient)	Število No.	%
Sindrom kronične bolečine Chronic pain syndrome	27	8,0	10	5,8
Nezmožnost za delo Work incapability	13	3,9	9	5,2
Mišična vnetja Muscle inflammations	3	0,9	3	1,7
Zlomi kosti Bone fractures	7	2,1	3	1,7
Prebavne motnje Gastrointestinal disruptions	12	3,6	6	3,5
Nepravilno delovanje črevesja Irregular intestines activity	3	0,9	4	2,3
Raztrganine in vreznine Gashes and cuts	7	2,1	3	1,7
Poškodbe oči Injuries of eyes	1	0,3	3	1,7
Okrnjeno, omejeno telesno funkcioniranje Disabled/limited body functioning	7	2,1	3	1,7
Spolne in reproduktivne posledice Sexual and reproductive consequences				
Ginekološke težave Gynaecological problems	30	8,9	14	8,1
Neploidnost Sterility	0	0,0	5	2,9
Vnetja Inflammations	1	0,3	2	1,2
Komplicirane nosečnosti, spontani splavi Complicated pregnancy, abortion	2	0,6	0	0,0
Spolne disfunkcije Sexual dysfunctions	0	0,0	1	0,6
Spolno prenosljive bolezni, vključno s HIV/AIDS Sexually transmitted diseases	2	0,6	0	0,0
Neželene nosečnosti Unwanted pregnancy	1	0,3	1	0,6
Duševne in vedenjske posledice Psychological and behavioral consequences				
Zloraba zdravil, drog in alkohola Abuse of medicals, drugs and alcohol	15	4,5	10	5,8
Depresivnost in tesnoba Depression and anxiety	63	18,7	21	12,2
Motnje spanja in hranjenja Sleeping and eating disorders	21	6,2	15	8,7
Občutki sramu in krivde Feelings of shame and guilt	8	2,4	4	2,3
Fobije in panične atake Phobias and panic attacks	6	1,8	7	4,1
Telesna nedejavnost Physical inactivity	5	1,5	5	2,9
Nizek občutek lastne vrednosti Low self-esteem	10	3,0	2	1,2
Posttravmatska stresna motnja Post-traumatic stress disorder	2	0,6	2	1,2
Psihosomatske motnje Psychosomatic disorders	25	7,4	8	4,7
Kajenje Smoking	16	4,7	18	10,5
Samomorilno vedenje in samopoškodbe Suicidal behaviour and self-injuring	13	3,9	2	1,2
Nevarno spolno vedenje Risk sexual behaviour	1	0,3	1	0,6
Skupaj Total	337	100,0	172	100,0

Zdravniki so pregledali 509 zdravstvenih kartonov. Iz kartonov je bilo po ocenah zdravnikov razvidno, da je bilo 337 oseb izpostavljenih nasilju ter da so posledično te osebe utrpeli razne poškodbe.

Razpravljanje

Pri razlagi rezultatov moramo upoštevati omejitve, da raziskava ni bila izvedena na splošnem vzorcu, temveč na vzorcu obiskovalcev splošnih ambulant pri zdravnikih, ki jih nismo izbrali naključno. Kljub temu so ugotovitve lahko relevantne za vse ambulante in zdravnike družinske medicine, saj smo v vzorec zajeli 509 bolnikov.

Pregled zdravstvenih kartonov (za nazaj) in iskanje možnih (zdravstvenih) posledic nasilja pri obravnavanih bolnikih sta se pokazala kot manj uspešna, povsem neustrezno pa je bilo ocenjevanje možnih dejavnikov tveganja, pri katerih so zdravniki bolj pripisovali vzročnost in odgovornost kot pa razčlenjevali vsebino zdravstvenih kartonov. Pri 16 posameznikih so tako npr. menili, da depresivnost povečuje verjetnost nasilne viktimizacije, tretji najpogostejši dejavnik (za alkoholizmom in nizkimi dohodki) tveganja pa so (po ocenah) razne osebnostne motnje. Ob tem žal ne vemo, kako so zdravniki do ocene »osebnostne motnje« prišli. Osebnostne značilnosti bolnika so za dosledno neposredno rabo biopsihosocialnih konceptov v (družinski) medicini manj pomembne, saj psihodiagnostika ne sodi v pristojnost zdravnikov družinske medicine. Seveda pa je pomembno in potrebno ustrezno razumevanje odnosa med osebnostjo in zdravjem/boleznijo.

Od bolnikov, ki so se obrnili po pomoč zaradi nasilja, zdravniki kar pri petini niso storili ničesar, kar je lahko posledica pomanjkanja časovnih in materialnih možnosti in smernic za obravnavo oseb z izkušnjo nasilja, verjetno tudi nejasne zakonodaje na tem področju in neopredeljenih algoritmov ukrepanja. Deloma je mogoče (ne)odzivnost zdravnikov pojasniti tudi z motivacijo zdravnikov za obravnavo izpostavljenosti nasilju. Na vprašanje, kaj bi storili, če bi se zaradi izpostavljenosti nasilju oseba obrnila po pomoč, so zdravniki odgovorili le v vsakem petem primeru. Vsakega četrtega bi napotili k psihiatru oz. bi vsak četrti primer prijavili policiji ali centru za socialno delo. Dve petini bi skušali podpreti s pogovorom. Stvarno je mogoče pričakovati, da v takšnem pogovoru neustrezno (z znanjem) podprt strokovnjak deluje s svoje subjektivne, zasebne ravni ter sporoča predvsem lastna prepričanja in implicitne teorije.

Zaključki

Naše ugotovitve se ujemajo z rezultati raziskav iz tujine, kjer avtorji poročajo, da izvajalci zdravstvenega varstva ne presegajo dovolj na nasilje in da znake nasilja (pre)slabo prepoznajo. Predvsem pa jim manjkajo usmeritve/protokoli za ukrepanje, če prosí za pomoč oseba z izkušnjo nasilja.

Na polju družinske medicine kot posebne paradigme skrbi za zdravje na bio-psiho-socialnih oseh na primarni ravni zdravstvenega varstva je potrebno:

- opremiti zdravnike družinske medicine z znanjem o dinamiki in znakih nasilja v družini;
- zdravnike okrepiti na področju veščin v medosebnih odnosih in s tem zmanjšati odpor/nelagodje ob preseganju za nasilje;
- pripraviti smernice/protokole za ukrepanje v primeru družinskega nasilja;
- zagotoviti ustrezno beleženje pritožb v zdravstvene kartone.

Kljub omejeni veljavnosti rezultatov bi kazalo vse zdravnike podpreti, naj usmerijo/namenijo več pozornosti neustreznim vedenjskim vzorcem in napačnim strategijam reševanja problemov. Te lahko opazijo, prepoznajo in opišejo. Med osebnostnimi značilnostmi so raziskave sicer pokazale, da imata največjo diagnostično vrednost (pri vsakršnih pritožbah o zdravju) depresivnost in nevrotičnost. Vendar osebe z visoko stopnjo nevrotičnosti rade zamenjujejo psihične in funkcionalne težave. Tako jih zdravniki, ki ne preverijo narave pritožb, neredko zdravijo brez potrebe oziroma na napačnem področju. Depresija je lahko vzročna ali posledično povezana s telesnimi motnjami in/ali izpostavljenostjo nasilju, kar zahteva različne pristope.

Ugotovitve bolj kot o pogostnosti nasilja v družini govorijo o odnosu zdravnik - bolnik oz. o pripravljenosti (motivaciji, zaupanju) zdravnika in bolnika v dejanskih pogojih dela, da o tem govorita. Predpostavljamo, da je resnična izpostavljenost nasilju v družinskem krogu večja od ugotovljene, kar kaže preveriti z drugačno metodologijo.

Zahvala

Raziskavo sta leta 2006 financirala Mestna občina Ljubljana in Zavod za razvoj družinske medicine. Posebna zahvala velja vsem zdravnikom in bolnikom, ki so sodelovali pri zbiranju podatkov.

Literatura

1. Kimberg L. Addressing intimate partner violence in primary care practice. *Medscape General Medicine* 3 (1) Jul 2005. Dosegljivo na: www.medscape.com/viewarticle/408937
2. Bell CC, Fink PJ, Berg AZ, et al. Psychiatric perspectives on violence. Program and abstract from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting; 2000 May 13-18; Chicago, Illinois, Forum 1.
3. Sitterding HA, Adera T, Shields-Fobbs E. Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. *J Contin Educ Health Prof* 2003; 23: 54-63.
4. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedman PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 112-6.
5. Saltzman L, Franslow J, McMahon P, Shelley G. Intimate partner surveillance uniform definitions and data elements. Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention; 1999.
6. Lapidus G, Cooke M, Gelven E, Sherman K, Duncan M, Banco L. A state-wide survey on domestic violence behaviours among pediatricians and family physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 332-6.
7. Institute of Medicine. *Confronting chronic neglect: The education and training of health professionals on family violence*. Washington DC: National Academy Press; 2002.

8. Rodriguez M, Bauer H, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 1999; 282: 468-74.
9. Ganley A. Health care responses to perpetrators of domestic violence. In: Ganley A, Warshaw C, eds. *Improving the health care responses to violence: A resource for health care providers*. San Francisco: Family violence prevention fund; 1998.
10. Adams D. Guidelines for doctors on identifying and helping their patient who batter. *J Am Med Assoc* 1996; 51: 123-6.
11. Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of »Feeling safe at home« and prevalence results. *Am Board Fam Pract*; 16(6): 525-32.
12. Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: A review of the evidence for the US preventive task force. *Ann Fam Med*; 2(2): 61-169.
13. Barclay L. USPSTF finds evidence insufficient for routine screening for domestic violence. *Medscape* Jul 2005. Dosegljivo na: www.medscape.com/viewarticle/471244
14. Weinmann C, Agueria C, Berenson A, Volk R, Prickett V. Pregnant adolescents. Experiences and behaviours associated with physical assault by intimate partner. *Maternal and Child Health Journal* 2000; 4: 93-101.
15. Hayman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting domestic violence. Do they promote patient well-being. *JAMA* 1995; 273: 1781-7.
16. Warshaw C, Ganley A. Family violence prevention fund. In: Lee D, Durbrow N, Salber P, eds. *Improving health care response to violence: A resource manual for health care providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1998.
17. Parsons L, Zaccaro D, Wells B, Stovall T. Methods of attitudes toward screening obstetric and gynaecological patient for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 381-7.
18. McLeer S, Anvar R, Herman S, Maquiling K. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 651-3.
19. Wüst W, McFarlane J. The effectiveness of an assessment protocol in public health prenatal clinic. *Am J Pub Health* 1999; 89: 1217-21.
20. McCauley J, Yurk R, Jancker M, Ford D. Inside »Pandora's box«. Abused women's experience with clinicians and health services. *Arch Intern Med* 1998; 13: 549-55.
21. Sugg N, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: Opening Pandora's box. *JAMA* 1992; 267: 3157-60.
22. Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Abercrombie P. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med* 1999; 131: 578-84.
23. Rodriguez M, Quiroga SS, Bauer H. Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care. *Arch Fam Med* 1996; 5: 153-8.
24. Gerbert B, Johnston K, Caspers N, Bleecker T, Woods A, Rosenbaum A. Experiences of battered women in health care settings: a qualitative study. *Women Health* 1996; 24: 1-17.
25. McAfee R. Physicians and domestic violence: can we make a difference? *JAMA* 1995; 273: 1790-1.
26. WHO (World Health Organization). *World report on violence and health*. Geneva: WHO; 2002.
27. Selič P. O nasilju in zlorabljanju v družini; biopsihosocialna perspektiva. In: Peršak B. *Varna hiša Maribor, jubilejni zbornik*, 25. november 2006. Maribor: Center za socialno delo 2006; 41-60.
28. Costa PT Jr, Zonderman AB, Engel BT, Baile WF, Brimlow DL, Brinker J. The relation of chest pain symptoms to angiographic findings of coronary arterystenosis and neuroticism. *Psychosom Med* 1985; 47: 285-93.

Prispelo 2008-01-16, sprejeto 2008-08-04