



UVODNIK

LEADING ARTICLE

KAKO OBRAVNAVATI MEDOSEBNO NASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI

HOW TO ADDRESS WORKPLACE VIOLENCE IN NURSING?

Doroteja Lešnik Mugnaioni

Nasilje kot medosebni in strukturni pojav v družbi

Definiranje nasilja je vedno kulturno in družbeno pogojeno. Znotraj psihologije, prava, antropologije, sociologije, medicine, filozofije, političnih ved se je razumevanje nasilja skozi čas in razvoj znanosti spreminjalo in se razvijalo v dve smeri: v raziskovanje nasilja v medosebnih odnosih in v proučevanje strukturnega nasilja v družbi. Pri prvem naj bi šlo za neposredno in realno nasilje, pri drugem pa za nevidno, posredno, prikrito nasilje. Pri neposrednem nasilju je razmerje med subjektom nasilja (storilec nasilja) in objektom nasilja (njegovo žrtvijo) vidno, pri strukturnem nasilju pa gre za nevidne procese neenake porazdelitve moči v družbi in neenake možnosti za promocijo v sistemu. Ker je strukturno nasilje »samoumevno«, ga ne zaznavamo in ne problematiziramo (Lešnik Mugnaioni et al., 2009). Strukturno nasilje se kot prevladujoča kultura manifestira skozi različne mehanizme: ideološke aparate države, pravo, vladajočo ideologijo, moralo in skozi delovanje temeljnih institucij v družbi (družino, šolo, represivni aparat, državo). Tudi zdravstvene institucije niso imune na strukturno nasilje, ki se na primer kaže v discipliniranju pacientov, omejevanju njihove svobode in avtonomije zaradi potreb zdravljenja (Košir, 2003; Zaviršek, 2004) in pa v patriarhalnem modelu zdravstva, ki kaže na neenakost med spoloma v družbi kot strukturni problem (Klemenc, Pahor, 2004). V vsakokratnem družbenem kontekstu se obe ravni nasilnih interakcij – medosebno, institucionalno in strukturno nasilje – prepletajo in součinkujejo. Če ponazorimo s primerom: nasilje nad ženskami v partnerskih in družinskih odnosih je posledica neenake porazdelitve moči med spoloma v družbi, a hkrati tudi način, preko katerega se patriarhalna kultura neenakosti učinkovito ohranja in utrjuje.

Obravnavanje nasilja v družinskih in partnerskih odnosih

Nasilje v medosebnih odnosih, ki je najpogostejše v družinskih in partnerskih interakcijah, je bilo tradicionalno obravnavano znotraj medicine in psihologije kot psiho-socialni problem posameznih vpletenih subjektov. Žrtev in storilec sta bila »vpeta« v nasilen odnos, vsak s svojo specifično psihološko vlogo in zato soodgovorna za nasilje. Toleranca do medosebnega nasilja v družini je bila visoka. Tako imenovano »psihologiziranje« je zanemarjalo družbeni in ideološki kontekst družinskega nasilja – neenakost v družbeni moči in kulturno sprejemljivost nasilja nad pripadniki šibkejših družbenih skupin: otroki, ženskami, hendikepiranimi osebami, duševnimi bolniki, pripadniki manjšin, istospolno usmerjenimi. Tradicionalna obravnavanje nasilja v medosebnih odnosih je bila zato praviloma škodljiva za žrtve, saj je minimalizirala odgovornost storilcev za nasilna dejanja, dopuščala nasilje v družinah kot »zasebni problem« intimnih skupnosti, vzroke za pojav medosebnega nasilja pa iskala v disfunkcionalni družini, alkoholizmu, brezposelnosti, duševnih boleznih, revščini, nizki izobrazbi (Zaviršek, 2004). Prve doktrine socialnega dela so prevzele to tradicionalno (patriarhalno) razumevanje nasilja v medosebnih družinskih odnosih, kar se je kazalo v zanikanju človekovih pravic posameznic in posameznikov ter njihove varnosti in dostojanstva na račun »zaščite« in »varovanja« abstraktne družine (Zaviršek, 2005). Šele feministična teorija, ki se je razvila kot družbeno kritičen in angažiran odnos do obstoječe teorije in prakse soočanja z medosebnim nasiljem, je spremenila razumevanje nasilja, in sicer v naslednjih smereh:

- v dinamiko medosebnega nasilja je pripeljala kategorijo nadzora in moči ter njune zlorabe;
- nasilje je pričela razumevati skozi perspektivo žrtve;

Doroteja Lešnik Mugnaioni, univ. dipl. pol.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail: mugnaioni.lesnik@siol.net

Prispelo / Received: 20. 4. 2012; Sprejeto / Accepted: 23. 5. 2012

- tradicionalno definicijo nasilja kot uporabe fizične sile ali grožnje z njo je razširila tudi na »nevidne« oblike nadzovanja, discipliniranja, nadlegovanja: psihično in verbalno nasilje, spolno nadlegovanje, ekonomsko nasilje;
- odgovornost za nasilje je pričela iskati pri subjektu, ki se je za nasilno vedenje odločil, s tem pa nasilno vedenje vzpostavila kot dejanje izbire.

Feministična konceptualizacija nasilja v medosebnih partnerskih in družinskih odnosih je ob splošni uveljavitvi človekovih pravic otrok, žensk in drugih ranljivih družbenih skupin počasi prodrila v doktrino socialnega dela, od tam pa tudi v politike socialnega varstva demokratičnih držav. Uveljavila so se naslednja načela in metode dela z žrtvami nasilja v družini:

- žrtev je treba poslušati in ji verjeti;
- dati ji je treba vse potrebne informacije in jo opogumljati za izhod iz nasilja;
- nuditi ji je treba zagovornišvo v kontaktih z institucijami;
- pri svetovanju je treba uporabiti multiprofesionalna znanja;
- zagotoviti ji je treba varen prostor, ki je pogoj za reševanje drugih zadev;
- izdelati je treba individualen varnostni načrt, pri katerem mora žrtev dejavno sodelovati;
- podpora žrtvi mora biti hitra, dolgotrajna in individualna (Zaviršek, 2005).

Po sprejetju Zakona o preprečevanju nasilja v družini (Zakon, 2008) se je ta doktrina socialnega dela v Sloveniji dokončno uveljavila. Murgel (2010) jo definira kot proces, v katerem morajo Centri za socialno delo z žrtvijo in storilcem opraviti ločene pogovore (ju torej nikakor ne soočati zaradi asimetrije v psihološki moči, ki je nastala kot posledica nasilja), sodelovati z drugimi organi in organizacijami, izdelati oceno ogroženosti ter pripraviti načrt pomoči skupaj z žrtvijo. Pri načrtu pomoči poskušajo vključiti čim širši vidik življenja žrtve, da se ji lahko nudi čim učinkovitejša pomoč. Jasno poskušajo opredeliti cilje obravnave, oblike pomoči, naloge vseh vpletenih, pomembne akterje v socialni mreži, način spremljanja (zagovornišva), posredovanja informacij in trajanja pomoči. Gre torej za sistemski pristop, ki razume, da je zloraba v medosebnih odnosih destruktivna za vse vidike življenja žrtve, posebno za njeno zdravje in varnost.

Opisanim konceptualnim premikom v razumevanju medosebnega nasilja v družini, od opravičevanja in minimalizacije nasilja k zahtevi po družbeni intervenciji v nasilje, so sledile tudi politike na področju zdravstva, vzgoje in izobraževanja, dela in represivnih organov. V Sloveniji je bila med prvimi tudi zdravstvena nega, ki razume pomen neenake porazdelitve moči v družbi za pojav medosebnega nasilja v družinskih in delovnih

okoljih. Ta uvid ji je omogočila (pogojevala) njena ranljiva družbena in institucionalna pozicija, zaradi katere so medicinske sestre pogosto doživljale nasilje kot ženske in kot izvajalke zdravstvene nege.

Obravnava medosebnega nasilja v zdravstveni negi

Prva raziskava o nasilju na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji, izvedena leta 1999, je pokazala, da je bilo kar 72,3 % anketiranih že priča nasilju na delovnem mestu. Medicinske sestre so izkušnjo z nasiljem največkrat zaupale stanovski kolegici (27 %) in drugemu zaposlenemu (15 %), v skoraj 15 % pa nikomur. Kar 40 % jih je presodilo, da bi ob nasilnem dejanju najbolj potrebovale nasvet. V največji meri bi ga pričakovale od kolegic in kolegov na delovnem mestu (Klemenc, Pahor, 2004). Rezultati raziskave so pomembno vplivali na razvoj obravnave nasilja na delovnih mestih v zdravstveni in babiški negi. V letu 2000 je bila ustanovljena Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza), ki je ob različnih izobraževalnih in preventivnih aktivnostih (Planinšek, Pahor, 2004) pričela tudi z obravnavo prijavljenih primerov nasilja.

V letu 2009 jo je nadgradila z multiprofesionalnim timom, ki je sprejel naslednja načela psiho-socialne pomoči žrtvam in obravnave nasilja:

- Žrtvi verjamemo.
- Za nasilje je dogovoren storilec oziroma storilka.
- Pri psiho-socialni pomoči izhajamo iz njene zgodbe in izkušenj, njenih čustev, njenega doživljanja situacije.
- Ne minimaliziramo nasilja in vse oblike nasilja enako obravnavamo.
- Ne preverjamo žrtvine izpovedi, ne razsojamo o primeru, ne raziskujemo dogajanja. Za to so pristojne druge institucije, v kolikor se žrtev odloči za prijavo nasilja.
- Ne odločamo namesto žrtve in ne dajemo receptov, temveč jo informiramo o različnih oblikah pomoči.
- Žrtev sama sprejme odločitve o nadaljnjih korakih reševanja lastne situacije in stiske, zato sprejmemo vsako njeno odločitev, tudi to, da ne ukrepa.
- Vse primere nasilja obravnavamo po enakih načelih, ne glede na zdravstveno stanje žrtve, njen socialni položaj, izobrazbo ali druge osebne okoliščine.
- Pri opredelitvi nasilnega odnosa definiramo moč (zlorabo moči) vpletenih subjektov.

Cilj pomoči Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi je opolnomočenje žrtve, da lahko ob pomoči strokovnjakinj in strokovnjakov aktivno rešuje svojo stisko in išče sebi ustrezne poti iz nasilja po načelu pomoč za samopomoč.

Od novembra 2009 do aprila 2012 je Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi s strani zaposlenih v zdravstveni in babiški negi prejela 37 prijav nasilja oziroma prošenj po pomoči, od tega je bilo 25 primerov dolgotrajnega psihičnega nasilja in trpinčenja (mobinga), 3 primeri spolnega nadlegovanja medicinskih sester in 9 primerov posamičnih nasilnih dejanj. Pri večini primerov psihičnega nasilja in trpinčenja smo ugotovili, da je dolgotrajno in sistematično psihično nasilje žrtve poškodovalo, jim poslabšalo zdravje, onemogočilo njihov profesionalni razvoj, jih socialno osamilo (ne le na delovnem mestu), jim povzročilo čustva strahu, sramu, krivde, nezaupanja in nemoči, upad samozaupanja in samospoštovanja pa jih je ohromil pri iskanju izhoda iz nasilja. Pri svetovalnem/terapevtskem delu obstaja nevarnost, da bi zaradi naštetih posledic svetovalec/terapevt žrtev označil kot osebnostno »problematično« ali »mejno« ali »duševno bolno«. S tem bi jo sekundarno viktimiziral. Zato je treba pri svetovalnem delu izhajati iz konteksta zlorabe moči v organizaciji ter kršenja pravic žrtve in iz dejstva, da sta njena stiska ter zdravstveno stanje posledica, in ne vzrok nasilja (Sperry, Duffy, 2009; Namie, Namie, 2003). Obenem je treba razvijati **celovito in multiprofesionalno pomoč** žrtvi (Lešnik Mugnaioni, Klemenc, 2011; Robnik, Milanovič, 2008; Hubert, 2003), saj brez nje učinkovita pomoč in ustavitve nasilja nista mogoča, prav tako tudi ne reintegracija žrtve v delovno okolje po prenehanju nasilja. Model pomoči, ki ga po vzoru doktrine v socialnem varstvu in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju preprečevanja nasilja, poskušamo razvijati v Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi, obsega:

- informiranje o dinamiki, posledicah in zakonitostih nasilja, pravicah žrtve, obstoječih oblikah pomoči in ukrepanja;
- zaščito delovnopравnih pravic in položaja (v sodelovanju s sindikatom);
- usmerjanje v zdravstveno pomoč;
- psiho-socialno (terapevtsko) kontinuirano podporo;
- posredovanje pri vodstvu organizacije, naj zaščiti žrtev;
- poziv vodstvu organizacije, da sprejeme ukrepe za ustavitve nasilja;
- spodbujanje krepitve socialne mreže žrtve;
- spodbujanje psiho-fizične kondicije žrtve;
- usmerjanje v nevladne oblike pomoči (skupine za samopomoč, osebno svetovanje);
- usmerjanje v izobraževanja in treninge asertivnosti, komunikacije, reševanja konfliktov ipd;
- pomoč žrtvi pri vključevanju v interne ukrepe organizacije (mediacija, supervizija);
- usmerjanje k iskanju izhoda iz nasilja ali izbire ustrezne »strategije preživetja«, če ni druge možnosti;

- usmerjanje k iskanju druge zaposlitve, če nasilja ni mogoče ustaviti ali če se zdravstveno stanje žrtve zaradi nasilja resno poslabša.

Literatura

- Hubert AB. To prevent and overcome undesirable interaction: a systemic approach model. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper LC eds. *Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice*. London, New York: Taylor & Francis; 2003: 299–311.
- Klemenc D, Pahor M. Zmanjšanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzor Zdr N*. 2004;38(1):43–52.
- Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 238–48.
- Lešnik Mugnaioni D, Klemenc D. Trpinčenje na delovnem mestu In: Kaučič BM, Vidnar N, Majcen Dvoršak S, eds. *Odličnost v zdravstvu - odprti za nove ideje*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v management; 2011: 93–108.
- Lešnik Mugnaioni D, Koren A, Logaj V, Brejc M. Nasilje v šoli: opredelitev, prepoznavanje, preprečevanje in obravnava. *Kranj: Šola za ravnateljce*; 2009: 20–9.
- Murgel S. Nasilje v družini z vidika dejavnosti centrov za socialno delo. In: Dvoršek A, Selinšek L, eds. *Nasilje v družini: kazensko pravni, kriminalistični in kriminološki problemi*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede, Pravna fakulteta. 2010: 115–30.
- Namie G, Namie R. *The bully at work: what you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Naperville: Sourcebooks; 2003: 225–30.
- Planinšek I, Pahor M. Spolno nasilje/ nadlegovanje ter ukrepi za njegovo odpravljanje v zdravstveni negi v Sloveniji. *Obzor Zdr N*. 2004;38(1):53–9.
- Robnik S, Milanovič I. Trpinčenje na delovnem mestu: rezultati raziskave Sindikata bančništva in priporočila za delodajalce. Ljubljana: Sindikat bančništva Slovenije; 2008.
- Sperry L, Duffy M. Workplace mobbing: family dynamics and therapeutic considerations. *Am J Fam Ther*. 2009;37(5):433–42. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180902945756>
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) Uradni list Republike Slovenije št. 16/2008.
- Zaviršek D. Od aktivizma do profesionalizacije: refleksija delovanja ženskih nevladnih organizacij na področju nasilja nad ženskami in otroki v Sloveniji. In: Horvat D, Lešnik Mugnaioni D, Plaz M, eds. *Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje*. Ljubljana: Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja; 2004: 1–13.
- Zaviršek D. Vloga služb socialnega varstva pri obravnavi nasilja nad ženskami in otroki. *Javna Uprava*. 2005;41(2-3):553–70.

Citirajte kot / Cite as:

Lešnik Mugnaioni D. Kako obravnavati medosebno nasilje v zdravstveni negi? *Obzor Zdrav Neg*. 2012;46(2):109–11.