

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO  
SVEIKATOS MOKSLŲ INSTITUTO VISUOMENĖS SVEIKATOS KATEDRA

**Ada Ibijanskaitė**

*Asmens sveikatos priežiūros specialistų pasirengimas teikti asmens sveikatos priežiūros  
paslaugas moterims patyrusioms smurtą artimoje aplinkoje*

.....  
*Personal health care specialists preparation to provide personal health care services to women  
victims of domestic violence*  
.....

**MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Leidžiama ginti  
Visuomenės sveikatos  
katedros vedėjas  
prof.dr.(HP) Rimantas Stukas

\_\_\_\_\_  
(parašas)

Studentas

\_\_\_\_\_  
(parašas)

Darbo vadovas dr. Aušra Beržanskytė

\_\_\_\_\_  
(parašas)

Darbo įteikimo data \_\_\_\_\_

Registracijos Nr. \_\_\_\_\_

## TURINYS

SANTRAUKA.....	3
SUMMARY .....	4
SANTRUMPOS.....	6
SAVOKOS.....	6
1. ĮVADAS .....	7
2. LITERATŪROS APŽVALGA .....	10
2.1. ASPĮ specialistų veiklos Lietuvoje reglamentavimas, pareigos bei kompetencijos smurto priežiūros srityje.....	10
2.2. ASPĮ specialistų pasirengimas atpažinti SAA .....	11
2.2.1. Asmeninės ASPĮ specialisto patirtys bei nuostatos .....	13
2.2.2. ASPĮ specialisto advokatavimas .....	15
2.2.3. Pasitikėjimu paremti santykiai .....	15
2.2.4. Bendradarbiavimas su komanda .....	16
2.2.5. Sveikatos sistemos palaikymas .....	17
2.3. Moterų patyrusių SAA atpažinimas ASPĮ .....	20
2.4. Veiksniai trukdantys atpažinti SAA.....	20
3. TYRIMO APIMTYS IR METODAI .....	23
4. TYRIMO REZULTATAI.....	27
5. REZULTATŲ APTARIMAS.....	48
6. IŠVADOS .....	53
7. REKOMENDACIJOS .....	55
8. NAUDOTI LITERATŪROS ŠALTINIAI.....	56
9. PRIEDAI .....	69

## SANTRAUKA

Smurtas artimoje aplinkoje (toliau – SAA) yra viena iš rimčiausių sveikatos problemų. Anot Pasaulio sveikatos organizacijos viena iš trijų moterų pasaulyje yra patyrusi SAA. Sveikatos priežiūros įstaigos reaguodamos į SAA gana stipriai atsilieka nuo kitų kontaktų su nukentėjusiais turinčių įstaigų, nepaisant to, kad dauguma šeimų, patiriančių SAA, dažnai lankosi tokio tipo įstaigose.

**Tyrimo tikslas:** įvertinti asmens sveikatos priežiūros specialistų pasirengimą teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims patyrusioms SAA.

**Tyrimo uždaviniai:** 1. Įvertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – API) specialistų žinias bei gebėjimus teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims patyrusioms SAA, 2. Atskleisti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką darančius veiksnius SAA patyrusioms moterims API specialistų požiūriu.

**Metodai:** Taikyta mišri tyrimo metodologija, integruojanti kiekybinio ir kokybinio tyrimų metodus. Kiekybiniame tyrime dalyvavo API specialistai. Iš viso gauta 217 užpildytų anketų. Kokybiniame tyrime dalyvavo asmens sveikatos priežiūros specialistai, kurie pildydami kiekybinio tyrimo anketą, paskutiniame klausime pažymėjo, kad sutinka jame dalyvauti bei paliko savo kontaktinius duomenis tolimesniam susisiekimui. Kokybiniame tyrime taikytas pusiau struktūruotas individualaus interviu metodas, vadovaujantis interviu gairėmis. Interviu dalyvavo 5 API specialistai. Kiekybiniai apklausų duomenys buvo analizuojami taikant aprašomąją ir analitinę statistikas. Skirtumų tarp analizės metu suformuotų grupių įvertinimui atliktas hipotezių tikrinimas, skaičiuojant  $\chi^2$  testą. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo  $\alpha = 0,05$  ir skirtumai statistiškai reikšmingais laikyti, kai  $p \leq \alpha$ .

**Rezultatai ir išvados:** Daugiau nei pusė apklaustųjų žino, kur galėtų rasti reikiamos informacijos smurto prevencijos klausimais, tačiau per pastaruosius dvejus metus net 8 iš 10 nėra dalyvavę smurto prevencijos ir atpažinimo mokymuose. Didžioji dauguma specialistų identifikavo 6 iš 11 fizinius ir 9 iš 10 psichologinių / elgesio smurto požymius. Žvelgiant į paslaugų prieinamumui įtaką darančius veiksnius buvo išskirtos keturios pagrindinės temos: ekonominis, komunikacinis, organizacinis bei organizacinis prieinamumas susijęs su žmogiškaisiais ištekliais. Taip pat išryškėjo ir penkta tema: lūkesčiai galintys pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą artimoje aplinkoje smurtą patyrusioms moterims.

**Raktažodžiai:** smurtas prieš moteris artimoje aplinkoje, asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, asmens sveikatos priežiūros specialistai.

## SUMMARY

Domestic violence (DV) is one of the most serious health problems. According to the World Health Organisation, one in three women in the world has experienced DV. Health care institutions response to DV lags far behind than the other institutions that have contact with the victims, despite the fact that most families experiencing DV frequently visit such institutions.

**Aim of the study:** to assess the preparedness of personal health care professionals to provide personal health care services to women who have experienced DV.

**Objectives of the study:** 1. To assess the knowledge and skills of personal health care professionals in providing personal health care services to women who have experienced DV, 2. To reveal the factors influencing the accessibility of personal health care services to women who have experienced DV from the point of view of personal health care professionals.

**Methods:** A mixed methodology was applied, integrating quantitative and qualitative research methods. The quantitative research involved professionals from personal health care institutions (PHCIs). A total of 217 completed questionnaires were received. The qualitative research was carried out with the participation of personal health care professionals, who in the last question of the quantitative research questionnaire indicated that they agreed to take part in the research and left their contact details for further contact. The qualitative research used a semi-structured individual interview method, following the interview guidelines. The interviews were conducted with 5 professionals from the PHCIs. The unit of data analysis was the interview texts. Qualitative data from the interviews were analysed using descriptive and analytical statistics. P-value was calculated using the  $\chi^2$  test for differences between the groups formed in the analysis. The level of statistical significance  $\alpha = 0.05$  was chosen and differences were considered statistically significant when  $p \leq \alpha$ .

**Results and conclusions:** More than half of the respondents know where they can find information on violence prevention, but 8 out of 10 have not received training on violence prevention and recognition in the last two years. The vast majority of professionals identified 6 out of 11 physical and 9 out of 10 psychological/behavioural signs of violence. Looking at the factors influencing service accessibility, four main themes were identified: economic, communication, organisational and organisational accessibility related to human resources. A fifth

theme also emerged: expectations that could improve the quality and accessibility of personal health care services for women who have experienced domestic violence.

**Keywords:** domestic violence against women, access to personal health care, personal health care professionals.

## SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

LR – Lietuvos Respublika

SAA – smurtas artimoje aplinkoje

## SĄVOKOS

**Artima aplinka** – aplinka, kurią sudaro asmenys, siejami arba praeityje sieti santuokiniais, partnerystės, svainystės ar kitais artimais ryšiais, taip pat asmenys, kartu gyvenantys ir tvarkantys bendrą ūkį [1].

**Pasirengimo** sąvoka apibūdinama, kaip teigiama jėga, kuri gali motyvuoti žmones imtis teigiamų pokyčių [2,3].

**Smurtą artimoje aplinkoje patyręs asmuo** – asmuo, prieš kurį panaudotas smurtas artimoje aplinkoje, taip pat vaikas, tapęs smurto artimoje aplinkoje liudininku ar gyvenantis aplinkoje, kurioje buvo smurtauta [1].

**Smurtas** – veikimu ar neveikimu asmeniui daromas tyčinis fizinis, psichinis, seksualinis, ekonominis ar kitas poveikis, dėl kurio asmuo patiria fizinę, materialinę ar neturtinę žalą [1].

**Sveikatos priežiūros prieinamumas** – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei [4].

Šiame tyrime asmens **sveikatos priežiūros paslaugos** suprantamos kaip asmens sveikatos priežiūra, apimanti šiuos aspektus: paslaugų teikimą, jų kokybę bei grįžtamąjį ryšį, jei sveikatos priežiūros specialistas nukreipė į įstaigas, teikiančias specializuotą kompleksinę pagalbą.

## 1. ĮVADAS

Smurtas artimoje aplinkoje (toliau – SAA) yra viena iš rimčiausių sveikatos problemų, todėl būtina suvokti šio reiškinio specifiką. Svarbus ir reikalingas naujas požiūris į SAA reiškinį, pažvelgiant į jį iš žmogaus teisių pažeidimo pozicijų [5]. Vienas iš Jungtinių Tautų organizacijos Darbotvarkės 2030 darnaus vystymosi uždavinių – eliminuoti smurtą prieš moteris ir mergaites [6]. Pagrindinės priemonės, kuriomis siekiama realizuoti uždavinį yra lyčių lygybės užtikrinimas bei moterų ir mergaičių įgalinimas [7]. Europos Tarybos konvencijoje dėl smurto prieš moteris ir SAA prevencijos bei kovos su juo yra pabrėžiama, kad smurtas prieš moteris yra istoriškai susiklosčiusių nelygių vyrų ir moterų galios santykių išraiška, kuri lėmė vyrų dominavimą moterų atžvilgiu bei moterų diskriminavimą ir užkirto kelią visavertei moterų pažangai [8]. Taigi, struktūriniu požiūriu smurtas prieš moteris yra smurtas dėl lyties ir smurtas prieš moteris yra suprantamas kaip žmogaus teisių pažeidimas ir moterų diskriminacijos forma ir reiškia visus smurto dėl lyties veiksmus, dėl kurių moterys patiria arba gali patirti fizinę, seksualinę, psichologinę arba ekonominę žalą, įskaitant grasinimą įvykdyti tokius veiksmus, prievartą arba savavališką laisvės atėmimą [8]. Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas smurtą apibrėžia taip: „Smurtas – veikimu ar neveikimu asmeniui daromas tyčinis fizinis, psichinis, seksualinis, ekonominis ar kitas poveikis, dėl kurio asmuo patiria fizinę, materialinę ar neturtinę žalą“ ir šiuo įstatymu siekiama ginti asmenis nuo SAA, kuris dėl jo žalos visuomenei priskiriamas prie visuomeninę reikšmę turinčių veikų, greitai reaguoti į iškilusią grėsmę, imtis prevencijos priemonių, taikyti apsaugos priemones ir teikti tinkamą pagalbą [1]. Užsienio literatūroje kalbant apie SAA, dažnai naudojama sąvoka – intymaus partnerio smurtas ar smurtas šeimoje, buityje, apimantis fizinį, seksualinį ar psichologinį smurtą ar/ir moters izoliaciją [9,10].

Anot Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) viena iš trijų moterų pasaulyje yra patyrusi SAA [11]. Jaunesnėms moterims kyla didesnė prievartos tikimybė, ypač jei jos kilusios iš kaimiškų vietovių, taip pat joms gali kilti specifinių kliūčių atskleidžiant informaciją dėl patiriamo smurto specialistams arba teikiant tinkamą pagalbą [12,13]. SAA skaičius dar labiau išaugo visame pasaulyje 2020 metais COVID–19 pandemijos metu [14,15]. 2020 m. liepos mėn. „Moterų informacijos centras“ užsakymu atlika reprezentatyvi Lietuvos gyventojų apklausą apie SAA. Rezultatai parodė, kad 2020 m. balandžio 1 d. - 2020 m. birželio 30 d., nusistovėjus

visuotinio karantino režimui specializuotas kompleksinės pagalbos centras gavo net 7,0 proc. Daugiau pranešimų dėl SAA lyginant su prieš tai buvusiu ketvirčiu [16].

PSO yra nurodžiusi, kad veiksminga sveikatos apsaugos sistema atlieka lemiamą vaidmenį mažinant didelę žalą, kurią sukelia SAA, ypač kalbant apie vaikus [17,18,19]. Asmenys bei jų vaikai patyrę SAA patiria dideles kančias ir skundžiasi prastesne sveikata, todėl dažniau naudojami medicininėmis paslaugomis ir praranda daugiau darbinių darbo dienų [17]. Sveikatos priežiūros įstaigos reaguodamos į SAA gana stipriai atsilieka nuo kitų kontaktų su nukentėjusiais turinčių įstaigų [19], nepaisant to, kad dauguma šeimų, patiriančių SAA, dažnai lankosi asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) [17]. Bendrosios praktikos gydytojai, akušerinės klinikos, vaikų sveikatos priežiūros ir skubios pagalbos skyriai dažnu atveju gali būti pagrindinės vietos, kur specialistas gali įsikišti dėl patirto smurto ar prievartos. Sveikatos priežiūros specialistai yra pagrindinė profesinė grupė, kuriai pacientai gali noriau atskleisti informaciją [20]. Tačiau tik labai maža dalis moterų, patyrusių SAA yra atpažįstamos sveikatos priežiūros įstaigose [19]. Yra žinoma, kad pacientės nori, jog jas palaikantis gydytojas pasistengtų tiesiogiai pasiteirauti apie patiriamą SAA. Jei pacientė nusprendžia tai padaryti pati, dažnu atveju prieš atsiverdama ji paprastai ASPĮ apsilanko keletą kartų [20]. Deja, tyrimų rezultatai rodo, kad pacientei atskleidus jautrią informaciją gydytojui, jis dažnai nežino ar neturi reikiamų įgūdžių bei patirties, kad galėtų tinkamai sureaguoti ir suteikti reikalingą pagalbą bei informaciją nukentėjusiajai [18]. Nepaisant to, kad yra atlikta ne mažai tyrimų, kuriuose nagrinėti veiksniai, trukdantys atpažinti ir tinkamai reaguoti į pacienčių patiriamą SAA, vis dar pastebimas realių pavyzdžių trūkumas su būdais, kaip padėti sveikatos priežiūros specialistams, kaip juos mokyti, kad būtų užtikrintas įrodymais pagrįstas asmenų saugumo užtikrinimas sveikatos priežiūros sistemoje [18,20-24]. Literatūroje daugiau dėmesio skiriama rodikliams, kurie atskleidžia jog trečdalis moterų nors kartą prisipažino patirianti SAA ir tai, jog tik 10 - 30 proc. praktikuojančių gydytojų apie tai pasiteirauja atėjusių moterų [18,25]. Norėdami geriau suprasti, kas leidžia asmens sveikatos priežiūros specialistams imtis šio sudėtingo darbo susijusio su smurtu, turime atidžiau pažvelgti į tai kas lemia, kad specialistai jaustųsi pasirengę prisidėti prie smurtinio atvejo identifikavimo ir tolesnės pagalbos suteikimo [2,3]. Apsaugos nuo SAA įstatyme yra minima, kad turi būti organizuojami tyrimai, statistinių duomenų rinkimas apie SAA ir šių duomenų analizė [1]. Tačiau Lietuvoje trūksta tyrimų nagrinėjančių ASPĮ specialistų pasirengimą teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas šiai



pažeidžiamai asmenų grupei, todėl šio **tyrimo tikslas** – įvertinti asmens sveikatos priežiūros specialistų pasirengimą teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims patyrusioms SAA.

**Tikslui pasiekti iškelti uždaviniai:**

1. Įvertinti ASPĮ specialistų žinias bei gebėjimus teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims patyrusioms SAA.
2. Atskleisti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką darančius veiksnius SAA patyrusioms moterims ASPĮ specialistų požiūriu.

**Autorės atlikti darbai:** parengta anoniminė apklausos anketa, parengtos interviu gairės, organizuotas duomenų rinkimas, savarankiškai surinkta ir apžvelgta literatūra, atlikta jų analizė ir palyginimas su kitų mokslinių tyrimų duomenimis, suformuluotos išvados bei rekomendacijos. Atliktas tyrimas Higienos institute [26] bei publikuoti du straipsniai žurnalo Visuomenės sveikata 2021/4(95) ir 2022/1(96) numeriuose, apimantis dalį tyrimo metu gautų duomenų, t.y. SAA patyrusių moterų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką darantys veiksniai, susiję su žmogiškaisiais ištekliais [27] bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas SAA patyrusioms moterims ir jį sąlygojantys veiksniai [28].

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

### 2.1 ASPI specialistų veiklos Lietuvoje reglamentavimas, pareigos bei kompetencijos smurto priežiūros srityje

Pagrindinis viso pasaulio sveikatos priežiūros specialistų veiklos reguliavimo tikslas - užtikrinti aukščiausią visuomenei teikiamų paslaugų kokybę. Dalis šios užduoties yra sekti bei kontroliuoti, ką ir kaip sveikatos priežiūros specialistai daro savo praktikuojamoje srityje. Idealiu atveju tai reiškia įrodymais pagrįstų profesinės praktikos standartų taikymą užduotims, kurias atlikti sveikatos priežiūros specialistas buvo apmokytas dar studijų metais ar/ir tobulindamas savo kvalifikaciją papildomai (paskaitos, mokymai, seminarai) [29].

Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklos licencijavimas bei profesinės kvalifikacijos pripažinimas yra reglamentuojamas Europos sąjungos teisės aktais, Lietuvos Respublikos (toliau - LR) įstatymais, LR vyriausybės teisės aktais, LR sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktais ir Asmens sveikatos priežiūros specialistų medicinos normomis [30].

Kaip teigiama Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos internetiniame puslapyje: „Lietuvos medicinos normos – tai teisės aktai, apibrėžiantys asmens sveikatos priežiūros specialistų teises, pareigas, profesinę kompetenciją ir veiklos reikalavimus. Kiekviena medicinos norma tvirtinama sveikatos apsaugos ministro įsakymu, todėl yra privaloma visiems Lietuvoje praktikuojantiems atitinkamos profesinės kvalifikacijos specialistams, jų darbdaviams, taip pat institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus bei kontroliuojančioms jų veiklą.“ [31]. Peržvelgus 89 Sveikatos apsaugos ministro patvirtintas Lietuvos medicinos normas, pastebėta, kad smurto sąvoka pastebima tik keleto specialistų kompetencijų bei pareigų aprašuose [30]. Kaip matyti iš užsienyje atliktų tyrimų, pagrindinis vaidmuo atpažįstant moterų artimoje aplinkoje patiriamą smurtą tenka šeimos gydytojams [32,33,34]. Ne išimtis ir Lietuva. Šeimos gydytojams skirtoje Lietuvos medicinos normoje [35] smurto identifikavimui skiriamas didžiausias dėmesys. Šeimos gydytojas privalo: „nediskriminuoti pacientų dėl lyties, amžiaus, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų; teisės aktų nustatyta tvarka pranešti teisėsaugos bei kitoms įgaliotoms valstybės institucijoms apie sužalotus pacientus, kuriems žala galėjo būti padaryta nusikalstama veika.“ Taip pat šeimos gydytojas privalo žinoti kaip įtarti SAA apraiškas. Skubiosios medicinos gydytojas [36] ir išplėstinės praktikos slaugytojas [37] pagal savo kompetenciją privalo atpažinti prievartą prieš senyvus žmones, prieš vaikus ir jų nepriežiūrą, SAA,

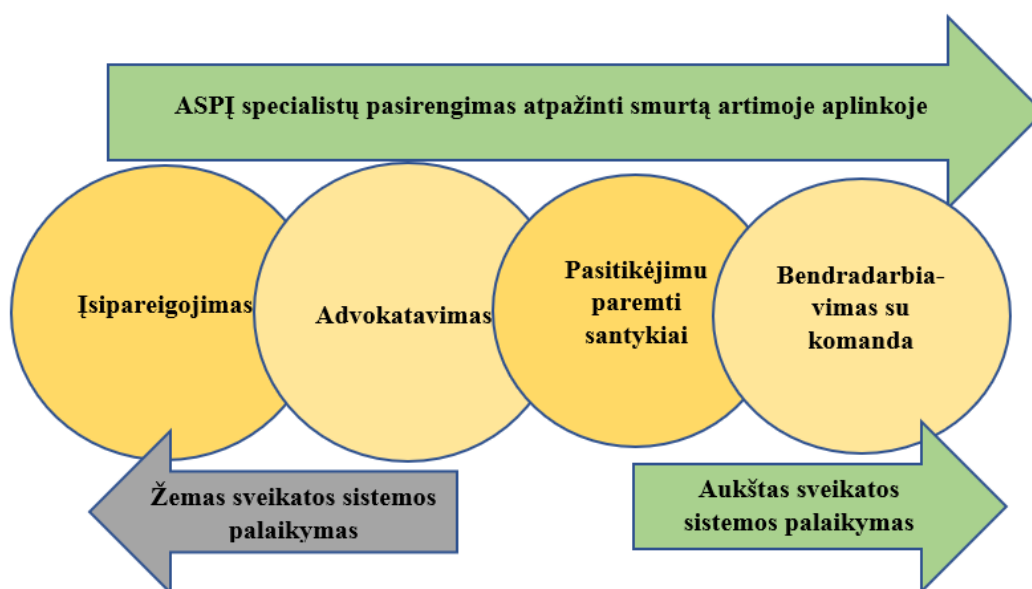
seksualinę prievartą. Kaip pareiškia šiems ir kitiems specialistams (bendrosios praktikos slaugytojas [38], akušeris [39], medicinos gydytojas [40]) yra pranešti „teisėsaugos ir kitoms valstybės institucijoms apie sužalotus ar smurtą patyrusius asmenis, kuriems dėl nusikalstamos veikos galėjo būti padaryta žala, LR teisės aktų, reguliuojančių tokios informacijos teikimą, nustatyta tvarka“. Atkreiptinas dėmesys, kad tokių specialistų, kaip psichiatras [41], medicinos psichologas [42], dermatovenerologas [43], akušeris – ginekologas [44], chirurgas [45], radiologas [46], neurologas [47], kineziterapeutas [48] bei ortopedas traumatologas [49] Lietuvos medicinos normose nėra užsiminta apie smurto atpažinimą ar jo pranešimą suinteresuotoms institucijoms.

Remiantis PSO, sveikatos priežiūros sistemoje yra įvairių „įėjimo“ taškų, kuriuose specialistai turėdami tinkamų žinių apie smurto atpažinimą galėtų nesunkiai identifikuoti SAA patiriančią moterį. Didelė dalis moterų patyrusių intymaus partnerio smurtą pirmiausiai patenka į pirminės ASPĮ. Taip pat skubios pagalbos skyriai dažnai aptarnauja moteris patyrusias sužalojimus, seksualinę prievartą. Kita dalis moterų gali turėti ne tokių specifinių nusiskundimų ir kreiptis į kitokio profilio specialistus, tokius kaip akušerius – ginekologus, psichiatrus, bendrosios praktikos gydytojus ir kt. [50]

## **2.2.ASPĮ specialistų pasirengimas atpažinti SAA**

ASPĮ specialistai atlieka svarbų vaidmenį atpažįstant ir reaguojant į SAA. Hegarty K. su kolegomis atliko kokybinę meta – analizę [51], kurioje buvo išsikėlę pagrindinį klausimą: „Ką ASPĮ specialistai suvokia, kaip stiprinančius jų pasirengimą atpažinti smurtą ir prievartą artimoje aplinkoje veiksnius?“. Į tyrimą buvo įtraukti 47 straipsniai nuo 1992 m. iki 2018 m., daugiausiai iš dideles pajamas turinčių šalių. Kokybinės meta – analizės rezultatai išskyrė 5 pagrindines temas, kurios gerina ASPĮ specialistų pasirengimą atpažinti SAA: įsipareigojimas (*having a commitment*), advokatavimas (*adopting an advocacy approach*), pasitikėjimu paremti santykiai (*trusting the relationship*), bendradarbiavimas su komanda (*collaborating with a team*), sveikatos priežiūros sistemos parama (*being supported by the health system*). Tyrėjai iš gautų rezultatų sukūrė „*The CATCH Model - Commitment, Advocacy, Trust, Collaboration, Health system support*“ (1 paveikslas). Iš žemiau pateiktos modelio schemos galime matyti, kad visų ASPĮ specialistų pasirengimo pagrindą sudaro sveikatos sistemos palaikymas. Nuo jos suinteresuotumo smurto tema priklauso ir pačių sveikatos priežiūros įstaigų ir jose dirbančių specialistų požiūris į smurto prieš moteris fenomeną. Anot tyrėjų, kadangi iki tol jiems nepavyko rasti tokio

konceptualaus modelio, tai yra pirmasis literatūroje paskelbtas ASPĮ specialistų pasirengimui įtaką darančių veiksnių modelis [51].



**1 paveikslas.** „The CATCH Model“ (liet. ASPĮ specialistų pasirengimui atpažinti SAA įtaką darančių veiksnių modelis)[51].

Manuela Colombini su kolegomis [52] dar 2012 m. sukūrė schemą, atskleidžiančią apibendrintus ir kiek išsamesnius studijos rezultatus. Žemiau pateikta schema (2 paveikslas) parodo kokie komponentai turi būti įdiegti siekiant padėti paslaugų teikėjams (ASPĮ specialistams) pasiūlyti išsamią ir į klientą orientuotą atsaką sprendžiant smurto prieš moteris problemas. Jis yra pagrįstas prielaida, kad visi elementai - individualūs, organizaciniai, kontekstiniai ir struktūriniai - turi įtakos visapusiškai SAA priežiūrai sveikatos priežiūros įstaigose, todėl į juos visus reikėtų atsižvelgti. SAA požiūrio integravimas į esamą aplinką yra ne tik vieno veiksnio intervencija, bet ir daugiapakopis požiūris į įvairius elementus, kuriems įgyvendinti reikalingi veiksmai skirtinguose lygmenyse bei sektoriuose. Kai kurios problemos gali priklausyti nuo organizacinių ar struktūrinių iššūkių, o jų nepaisymas gali lemti nesėkmingas sveikatos apsaugos priemones

moterims

patyrusioms

SAA.



**2 paveikslas.** Ratas padedantis sveikatos sistemai reaguoti į moterų patiriamą SAA [52].

### 2.2.1. Asmeninės ASPĮ specialisto patirtys bei nuostatos

ASPĮ specialistai pabrėžė, kad pasirengimą spręsti SAA problemas lemia asmeninės nuostatos. Šis veiksnys atsiranda dėl asmeninės smurto patirties šeimoje ar šeimyniniame gyvenime arba dėl feministinės ar žmogaus teisėmis pagrįstos ideologinės smurto koncepcijos [51]. Gydytojai, slaugytojai bei akušeriai, dirbantys skubios medicinos ir pirminės asmens sveikatos priežiūros srityse, išryškino tai, kad jų asmeninė patirtis lėmė įsipareigojimą spręsti SAA problemas. Kanadoje atliktame mišrių metodų tyrime [53], kuriame dalyvavo 769 gydytojai ir slaugytojai, autoriai nustatė, kad asmeninė smurto patirtis palengvino ASPĮ specialistų pasirengimą sprendžiant su smurtu susijusias problemas. Viena iš tyrime dalyvavusių slaugytojų teigė: „*Mano asmeninė patirtis, susijusi su prievarta, suteikia man komforto lygį, sistemos*

*išmanymą ir norą padėti moterims bei jas įgalinti.*“ Leung su kolegomis interviu metodu apklausė 19 pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojų ir nustatė, kad daugumą dalyvių atkreipti dėmesį į SAA motyvuoja supratimas, jog smurtas yra žmogaus teisių pažeidimas [54]. Turkijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pirminėse ASPĮ intymaus partnerio smurtas identifikuojamas gana dažnai, tačiau daugiau nei trečdalis šeimos gydytojų ir pusė kartu su jais dirbančių akušerių/slaugytojų sureaguoja netinkamai. Netinkamo atsakymo priežastys buvo įvairios. Dauguma manė, kad auka ir toliau gyvens su smurtautoju, todėl bet koks pranešimas bus neveiksmingas. Kai kurie išreiškė susirūpinimą dėl moterų ir savo asmeninio saugumo, nurodydami, kad per pastaruosius kelerius metus padaugėjo smurtautojų užpuolimo atvejų [55]. Taip pat klaidingas ASPĮ specialistų mąstymas, kad SAA gali patirti tik moterys gyvenančios žemesniame socialiniame bei ekonominiame sluoksnyje užveria duris patikrai moterų, kurios galbūt atrodo labiau išsilavinusios ir pasiturinčios [56]. Tuo tarpu Kuboje yra nepakankamas ASPĮ specialistų informuotumas lyčių lygybės klausimais bei egzistuoja kultūrinės smurto prieš moteris šaknys, kurių poveikis gali prisidėti prie smurtinių santykių palaikymo ar net sustiprinimo [57]. Palestinoje atliktame tyrime moterų patyrusių smurtą nuomonės išsiskyrė. Dalis moterų buvo patenkintos, kad apžiūros metu gydytojas nekreipė dėmesio į akivaizdžiai matomas mėlynės ant jų kūno ir nesiteiravo apie patirtą smurtą. Jų nuomone, smurtas šeimoje yra privatus reikalas ir jos liko patenkintos gydytojų supratingumu [58]. Toks požiūris yra paplitęs Libane, Sudane, Pakistane ir Jordanijoje, tai kultūriškai susiformavę įsitikinimai [59]. Tačiau kitos moterys pasigedo kitokio ASPĮ specialistų požiūrio, joms neužteko, kad buvo apžiūrėtas tik fizinis jų kūnas, jos norėjo ir psichologinės pagalbos, pasiteiravimo apie patirtą smurtą. Moterų teigimu, specialistai turėtų užduoti klausimą net kelis kartus, kad nukentėjusioji spėtų įsidrąsinti ir pajauti jog gali atsiverti [58]. Seksistiniai įsitikinimai dažnu atveju daro įtaką ASPĮ specialistų apsisprendimui kaip reaguoti į pas juos atvykusią smurtą patyrusią moterį. Gajus mitas, kad dėl SAA yra kalta pati moteris arba alkoholio/narkotikų vartojimas. Noriega ir kt. nustatė tiesioginį ryšį tarp seksistinio požiūrio ir mažesnio smurto prieš moteris atvejų aptikimo [60]. Taip pat yra manančių, kad skubiosios pagalbos skyriuose nevertėtų teirautis moterų apie patiriamą SAA, neva specialistai turi per mažai laiko atlikti šią funkciją. Tačiau yra atlikta tyrimų, kurie gavo priešingus rezultatus – turint daugiau laiko, SAA atpažinimas netapo efektyvesnis [61-64].

### 2.2.2. ASPĮ specialisto advokatavimas

Asmeninis ASPĮ specialisto įsipareigojimas spręsti SAA problemas gali padėti imtis veiksmų ir taikyti advokatavimo metodus sprendžiant iškilusius klausimus, padedant nukentėjusioms moterims lengviau pasiekti saugumo bei gerovės pojūtį. ASPĮ specialistai jau nuo seno manė, kad tik jie turi išspręsti iškilusias pacientų problemas, tačiau šiai dienai specialistai pradeda suprasti, kad būtina taikyti advokatavimo požiūrį į SAA, dirbant kaip sąjungininkams kartu su pacientais [51]. Jau prieš gerą dešimtmetį tradicinio "taisytojo" vaidmens atsisakymas atsispindi viename JAV atliktame etnografiniame tyrime, kuriame dalyvavo 38 bendrosios praktikos gydytojai. Tyrimo autoriai nustatė, kad bendrosios praktikos gydytojai savo vaidmenį suvokė, kaip paciento jausmų patvirtinimą, saugumo klausimų aptarimą ir pacientų nukreipimą į atitinkamas institucijas [65]. ASPĮ specialistai pažymi ir tai, jog svarbu taikyti tokį požiūrį praktikoje, kurioje daugiausia dėmesio skiriama moterų įtraukimui į jų saugumo užtikrinimo kelionę [66]. Ši praktika apima nesmerkiantį elgesį ir aktyvaus klausymosi įgūdžius bendraujant su moterimis. Kitame JAV atliktame tyrime [67], kuriame dalyvavo 32 slaugytojos, dalyvaujančios vizitų į namus programoje, autoriai nustatė, kad slaugytojos, norėdamos įtraukti moteris į pokalbius apie patiriamą SAA, naudoja atvirus klausimus ir moterų patirties patvirtinimą. Slaugytojos pabrėžė, kad svarbu su klientais kalbėtis, o ne tradiciškai „nurodinėti“ ar „mokyti“ kaip, ką reikia daryti. Toks specialistų požiūris tik dar labiau įgalina moteris ir leidžia pasijausti savo gyvenimo šeimininkėmis. Jau minėtame Leung ir kolegų Australijoje atliktame tyrime buvo atrasta, kad ASPĮ specialistai dirbdami turi stengtis kaip įmanoma labiau vadovautis moters pasirengimu spręsti savo situaciją: *„Ar ji tikrai nepasirengusi pripažinti (smurto), ar ji tai pripažįsta, bet nenori nieko daryti, ar ji ruošiasi kažko imtis, ir mes kaip specialistai suteikiame jai skirtingą paramą ir pagalbą, priklausomai nuo to, kokioje stadijoje yra nukentėjusi moteris“* (tyrime dalyvavęs gydytojas).

### 2.2.3. Pasitikėjimu paremti santykiai

Gebėjimas tinkamai bendrauti su pacientais stipriai prisideda prie sveikatos priežiūros specialistų tinkamo pasirengimo atpažinti SAA ir į jį sureaguoti empatiškai bei profesionaliai. Gydytojai mano, kad jų klinikinis vaidmuo idealiai tinka reaguoti į asmenis išgyvenusius SAA. Pacientai dažnu atveju labiau pasitiki asmens sveikatos priežiūros specialistu, net tuomet, kai jį mato pirmą kartą, ypač tokiuose priežiūros modeliuose, kurie leidžia specialistams su pacientais kalbėtis ilgesnį laiką [51]. Jungtinėje Karalystėje [68] ir Kanadoje [69] atlikti tyrimai pabrėžė, kad

asmens sveikatos priežiūros specialisto vaidmuo pacientams kelią didelį pasitikėjimo jausmą, o tai palengvina bendradarbiavimą ir SAA identifikavimą. Vienas iš minėto Kanados tyrime dalyvavusių chirurgų teigė: *„Kartais nustembu, kokie naujai ateinantys pacientai yra atviri. Per trumpą laiką kai juos pažįsti, jie papasakoja tokių dalykų <...> čia yra tam tikras įgimtas pasitikėjimas medikų profesija“* [69]. Šią idėją, kad klinikinis vaidmuo puikiai tinka įsikišti į paciento patiriamą SAA, sustiprina ir teigiami moterų atsiliepimai. Atliktuose tyrimuose praktikuojantys gydytojai teigia, kad moterys yra pozityvios ir dėkingos, kai jų pasiteiraujama apie patiriamą SAA. Vieno iš tyrimo dalyviu teigimų, moters pasiteiravimas apie artimoje aplinkoje patiriamą smurtą buvo lyg „vartų atvėrimas“, suteikiantis aukai naujų galimybių. Kitas tyrimo dalyvis iškėlė klausimą *„Kiek dažnai gyvenime kas nors to pasiteirauja moterų?“*, o moterys teigė, kad jos tiesiog laukia, kol kas nors to pasiteirautų, tačiau niekas to neklausė [70]. Naujojoje Zelandijoje atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 11 skubios pagalbos skyriaus slaugytojų taip pat patvirtina, kad teigiami moterų atsiliepimai padrąsina patį specialistą toliau tęsti tai rutiniškai. Viena dalyvė teigė: *„Aš manau, kad teigiamas grįžtamasis ryšys yra labai svarbu, nes kiek kartų aš įprastai paklausdavau moterų apie patiriamą smurtą artimoje aplinkoje, jų atsakymas dažnu atveju būdavo toks: manau, kad tai, ką jūs darote, yra tikrai gerai“* [63]. Henriksen ir kt. atliktame tyrime gydytojai taip pat pritarė šiai nuomonei kad teigiamas grįžtamasis ryšys padeda spręsti SAA problemas: *„Ir kai aš supratau, kad kai išdrįstame paklausti, kai išdrįstame atsiverti ir galbūt parodyti, kad galime susidoroti su tuo, jų atsakymas dažniausiai būna „taip“. Žymiai dažniau nei aš galvojau.“* [71].

#### **2.2.4. Bendradarbiavimas su komanda**

Dar vienas iš veiksnių, galinčių pagerinti ASPĮ specialistų pasirengimą atpažinti ir spręsti su SAA susijusias problemas yra bendradarbiavimas, tiek su savo įstaigos komandos nariais, tiek su išorėje dirbančiais kitų įstaigų specialistais [51]. Atlikti tyrimai rodo, kad specialistai dirbantys pirminėje asmens sveikatos priežiūros sistemoje ir turintys juos palaikančią komandą yra labiau linkę atpažinti ir gilintis į smurto problemas [72]. Kokybinėje meta-analizėje [73] autoriai išskyrė tarpdisciplininių komandų, teikiančių emocinę paramą svarbą bei kolektyvinės priežiūros strategijų taikymą pirminėse ASPĮ. Vieno gydytojo teigimu: *„Tik kalbėdamasis bei pasidalindamas patirtimi, tu gali gauti paramą iš kolegų ir tuomet palengvėja našta, lengviau su tuo susidoroti“*. Kitų asmens sveikatos priežiūros specialistų teigimu, komandinis darbas bei palaikymas buvo svarbus ne tik dėl emocinės paramos, bet tai yra ir kaip įkvėpimas atpažinti bei



spręsti iškilusias smurto problemas. Goicolea ir kt. [74] atliktame tyrime buvo nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai pasiekė didesnę pasitikėjimo savimi pojūtį bei tapo efektyvesni savo atliekamose užduotyse tik rutiniškai įsitraukdami į nedidelių specialistų grupelių veiklą, kurie būdavo nuoširdžiai įsipareigoję spręsti SAA problemas. Specialistai taip pat pabrėžė ir kas mėnesį rengiamų dirbančios komandos susirinkimų svarbą, kuriuose jie aptaria kiekvieno patirtis sprendžiant SAA problemas, stengiasi atsakyti į iškilusius klausimus. Pasirengimą spręsti SAA problemas sustiprino ne tik palaikantis kolektyvas įstaigos viduje, bet ir bendradarbiavimas su kitais specialistais. Tai ypač paskatino tuos gydytojus, kurie turėjo galimybę savo įstaigoje pasikonsultuoti ar pasinaudoti slaugytojų, dirbančių su SAA paslaugomis [75]. Taip pat pabrėžiama ir socialinio darbuotojo nauda [76]. Viena iš tyrimų, kaip gerosios praktikos pavyzdžiu minimas, budinčių socialinių darbuotojų, telefoninės konsultacijos skirtos asmens sveikatos priežiūros specialistams SAA klausimais. Toks sprendimas padeda sumažinti jausmą, kad specialistai turi viską išspręsti vieni. Viena iš tyrimo dalyvių teigė: „*Moteriai sutikus, galėjau iškart paskambinti socialiniam darbuotojui, kuris viską metė ir tuoj pat atvyko. Dėl to iš karto pajutau: „O, viskas gerai“.* Toliau man reikėjo tik palaikančiai klausinėti moterį ir atsakyti į jai iškilusius klausimus“ [70].

### **2.2.5. Sveikatos sistemos palaikymas**

ASPI specialistų pasirengimas atpažinti ir spręsti SAA problemas priklauso nuo įstaigos, kurioje jie dirba palaikymo, požiūrio į pacientą, darbo kultūros ir svarbiausia, kaip stipriai pati sveikatos sistema yra pasiruošusi kovoti su SAA. Specialistai išreiškia norą, kad sveikatos sistema juos palaikytų ir skatintų tobulėti: keltų kvalifikaciją SAA atpažinimo klausimais, skatintų teirautis pacientų apie patiriamą smurtą rutiniškai, skirtų daugiau laiko jautriam darbui su pacientais bei sukurtų organizuotą ir autoritetinę darbo aplinką. Taip pat svarbią vietą užima reflekyvi praktika bei stebėseną, kurios metu specialistai galėtų pamatyti ką jie daro bei kur dar gali tobulėti [51,77,78].

Ne viename tyrime specialistai pabrėžia, kad be galo svarbus yra jų kompetencijų kėlimas, kaip atpažinti ir reaguoti į SAA jų klinikinėje praktikoje [60]. Pavyzdžiui Kolumbijoje atlikta studija [62] su 27 skirtingo profilio ASPI specialistais patvirtino, kad dauguma tyrimo dalyvių išreiškė norą gauti daugiau apmokymų SAA tematika. Ši išvada, kad tęstinis mokymasis yra labai svarbu siekiant pagerinti specialistų pasirengimą sprendžiant SAA problemas, patvirtina Saletti-Cuesta ir kt. [73] sisteminėje 46 kokybinių tyrimų apžvalgoje. Italijoje [79] atliktas tyrimas su

akušerėmis parodė, kad tęstinis specialistų mokymas yra būtinas, siekiant pagerinti pasirengimą sprendžiant SAA problemas. Vienos tyrimo dalyvės teigimu: *„Dabar, kai baigiau studijas, būtų naudinga dalyvauti kursuose apie tai, tobulinti savo žinias ir įgūdžius, susijusius su smurto artimoje aplinkoje atpažinimu bei sprendimu.“*

Be kvalifikacijos kėlimo mokymų ASPĮ specialistams yra labai svarbus ir pakankamas išteklių turėjimas [72], kuris pagelbėtų lengviau identifikuoti SAA, bei palengvintų patį specialistų darbą. JAV atliktame tyrime [80], šeimos planavimo klinikoje dirbantys specialistai išreiškė poreikį turėti rekomendacinės medžiagos, kaip pavyzdžiui empatiškų ir mandagių kortelių su tekstu ar lankstinukų. Taip pat darbą palengvintų rekomendacijos su nurodytomis praktikinėmis gairėmis, kaip reaguoti ir bendrauti su pacientėmis patyrusiomis SAA konsultacijos metu [81].

Apie komunikaciją bei rutinišką visų moterų pasiteiravimą apie patiriamą SAA kalba ne vienas ASPĮ specialistas. Tai nebūtinai reiškia, kad specialistai ragina konsultacijos metu oficialiai tikrinti visas moteris, bet veikiau tai, kad klausimas apie patiriamą smurtą turėtų tapti rutiniška įprasto vertinimo proceso dalimi. Dažnu atveju ASPĮ specialistai bendrojo pobūdžio patikros metu SAA atpažinimą grindžia objektyviais, matomais plika akimi rodikliais [62,82,83]. Ispanijoje, skubios pagalbos teikimo protokoluose, tokiais atvejais specialistai skatinami prašyti moterų, turinčių konkrečių požymių ar simptomų, kad patvirtintų patirtą SAA [84]. Tokie veiksmai atliekami remiantis PSO rekomendacijomis [85], nors plačiai paplitę dokumentai rodo, kad tokie veiksmai ne visai prisideda prie moterų patiriamo smurto identifikavimo [61,23]. Jungtinėje Karalystėje, Kanadoje bei Australijoje tai taip pat yra įprastos praktikos dalis [82,83,86], tačiau JAV rekomenduojama atlikti SAA nustatymo testus kiekvienai reprodukcinio amžiaus moteriai, ypač skubios pagalbos skyriuose [87,64]. Todėl vis dar kyla abejonių, kurių gairių bei rekomendacijų geriau laikytis. Minėtame Kolumbijos [62] tyrime dalyviai išskyrė poreikį klausti apie patiriamą SAA, kaip bendrinio klausimo, kuriuo būtų padaroma įžanga į tolimesnius klausimus apie pacientės psichikos sveikatą, siekiant surinkti išsamesnę anamnezę. Australijoje [70] atliktos studijos dalyvis teigė, kad būtų labai paprasta jei kiekvienas specialistas atsivertęs pirmąjį anamnezės rinkimo puslapį paprastai užduotų klausimą, kaip ir sekančius kitus, toks formatas nesukeltų nepatogumų nei gydytojui, nei pacientei. Amerikoje [65] atlikto tyrimo autoriaus teigė: *„Buvo du gydytojai, kurie išsiskyrė iš kitų savo komfortišku elgesiu susidūrus su smurto artimoje aplinkoje. . . Jie mokėjo neutraliai, patogiai ir empatiškai klausinėti klausimų susijusių su patirtu smurtu“*. Šiuo metu yra įvairių SAA atpažinimo įrankių (*angl. screening tools*),

kuriuos būtų galima paprastai ir santykinai lengvai pritaikyti medicininėje praktikoje [88]. Tačiau verta paminėti, kad daugelis šių priemonių buvo įvertintos tik ribotais tyrimų skaičiais ir jų psichometrinės savybės nėra iki galo nusistovėjusios [88,89] „Partnerio patiriamo smurto“ įrankis (*angl. The Partner Violence Screen*) yra dažnai naudojamas ir apima tris klausimus: 1) „Ar per pastaruosius metus jus kas nors mušė, spardė ar kitaip sužalojo? 2) Ar savo dabartiniuose santykiuose jaučiatės saugus? 3) Ar yra partneris iš ankstesnių santykių, dėl kurio dabar jaučiatės nesaugiai?“ [89]. Pirmasis klausimas yra susijęs su patiriamu fiziniu smurtu, o antrajame ir trečiajame klausimuose kalbama apie moters saugumo suvokimą. Bet koks teigiamas atsakymas yra fiksuojamas kaip pirminis ženklas, kad moteris galimai artimoje aplinkoje patiria smurtą. Minėtasis patikros įrankis buvo validuotas su moterimis, kurios atvykdavo į miesto skubiosios pagalbos skyrius [90]. Nustatyta, kad šios priemonės jautrumas yra 35 - 71 proc., o specifiskumas – 80 - 94 proc. [91].

Kad būtų užtikrintas tokių veiklų vykdymas ASPĮ yra būtina pasitelkti palaikančią organizacinę aplinką. Atlikti tyrimai [92] rodo, kad ASPĮ specialistai dirbantys įstaigose, kuriose vadovai remia bei skatina prisidėti prie smurto problemos mažinimo, dažniau ir reguliariau savo pacienčių pasiteiraudavo ar jos savo artimoje aplinkoje patiria smurtą. Taip pat aiškūs protokolai bei smurto politika [93,74] yra svarbūs organizaciniai veiksniai galintys prisidėti prie geresnio ASPĮ specialistų pasirengimo suteikti paslaugas moterims patyrusioms SAA. Vieno tyrimo metu buvo nustatyta, kad Kanados Ontarijo provincijos ligoninėje nėra jokios oficialios ligoninės politikos, susijusios su paslaugų teikimu smurtą patyrusioms moterims [94]. Brazilija prieš keletą metų pasitvirtino viešąją politiką, skirtą smurtą šeimoje patyrusioms moterims valdyti bei jomis rūpintis. Atsižvelgiant į šią politiką, vienas iš tyrimų siekė išsiaiškinti, kaip smurtas prieš moteris artimoje aplinkoje dažniausiai yra valdomas Brazilijos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, tiriant pagrindinį sveikatos priežiūros padalinį ir jo šeimos sveikatos strategiją. Ši studija atrado didelį atotrūkį tarp teisės aktų lygmens visuomenės sveikatos politikos, skirtos smurtui prieš moteris, bei jos praktinio taikymo vietos ir (arba) decentralizuotu lygmeniu, todėl tiek specialistai, tiek moterys gali jaustis esantys nesaugūs. Taip pat pagrindinį vaidmenį smurto prevencijoje atlieka vietos bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojai, paraprofesionalūs sveikatos stiprinimo specialistai, kurių tikslas - skatinti dialogą tarp smurtą patiriančių moterų, sveikatos priežiūros specialistų bei sveikatos priežiūros sistemos [95]. Politika yra svarbi, nes ji suteikia ASPĮ specialistų darbui teisėtumo ir yra laikoma stipriu pripažinimo ženklu (įteisinimo ir

pripažinimo mechanizmai) [74]. Siekiant tinkamai pritaikyti ir naudoti organizacinio lygmens politiką ASPI yra būtinas teisinis reglamentavimas ir visuomenės palaikymas. Taip pat visuomenės sveikatos kampanijos, į kurias įsitrauktų žiniasklaida, o tai galėtų padėti padidinti bendruomenės informuotumą smurto prieš moteris tema.

### **2.3. Moterų patyrusių SAA atpažinimas ASPI**

Kanadoje atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad bendrai tarp visų nagrinėtų pacientų sveikatos kortelių (n= 366), dokumentų, kurie apimtų SAA buvo rasta tik 4,6 proc. Daugiau nei pusės (52,4 proc.) pacientų, patyrusių tyčinius sužalojimus, užpuoliko tapatybė dokumentuose nebuvo nustatyta. 16,4 proc. skubiosios pagalbos specialistų niekada neklausė moters ar ji patyrė SAA, 83,6 proc. klausė, kai manė, jog tai yra reikalinga, tačiau nei vienas specialistas to nesiteiravo reguliariai. 45,5 proc. tyrime dalyvavusių respondentų nežinojo, kaip interpretuoti SAA laukelį, jei jis būtų teigiamas [82]. Australijoje atlikto tyrimo rezultatais 37,5 proc. respondentų per paskutinius 6 mėnesius nesiteiravo nei vienos moters apie patiriamą SAA. Tuo tarpu 58 proc. pranešė, kad tikrino moteris dėl SAA, iš jų 35 proc. nurodė, kad naudojo bendrojo pobūdžio klausimus, o ne formalizuotas SAA patikros priemones [96]. Apklausus Irane, Isfahano mieste dirbantį medicinos personalą (skubiosios pagalbos ir gimdymo skyriai) paaiškėjo, kad specialistų susidūrusių su SAA aukomis vidurkis siekė 25,3. Tyrėjams taip pat nepavyko rasti daugiau studijų, kurios būtų apskaičiavusios su kiek smurto aukų susiduria sveikatos priežiūros specialistai [97]. Tačiau Hamburge, Vokietijoje atlikto tyrimo duomenis, susidūrimų su aukomis skaičius siekė 1 - 2 atvejus per metus [98]. Kito Libane atlikto tyrimo duomenimis, gydytojai per savo profesinę karjerą susiduria su 0,5 - 70 proc. SAA atvejų [59]. Jau minėtame Irano tyrime taip pat nustatyta, kad specialistui identifikavus moters patirtą SAA, traumos žymėjimas kūno žemėlapyje buvo mažiausiai taikyta priemonė. 80,6 proc. nukentėjusiųjų buvo nukreiptos pas psichologą ar psichiatrą, tačiau beveik 85,0 proc. tyrimo dalyvių neskė nukentėjusiosios būklės po išvykimo iš ligoninės [97].

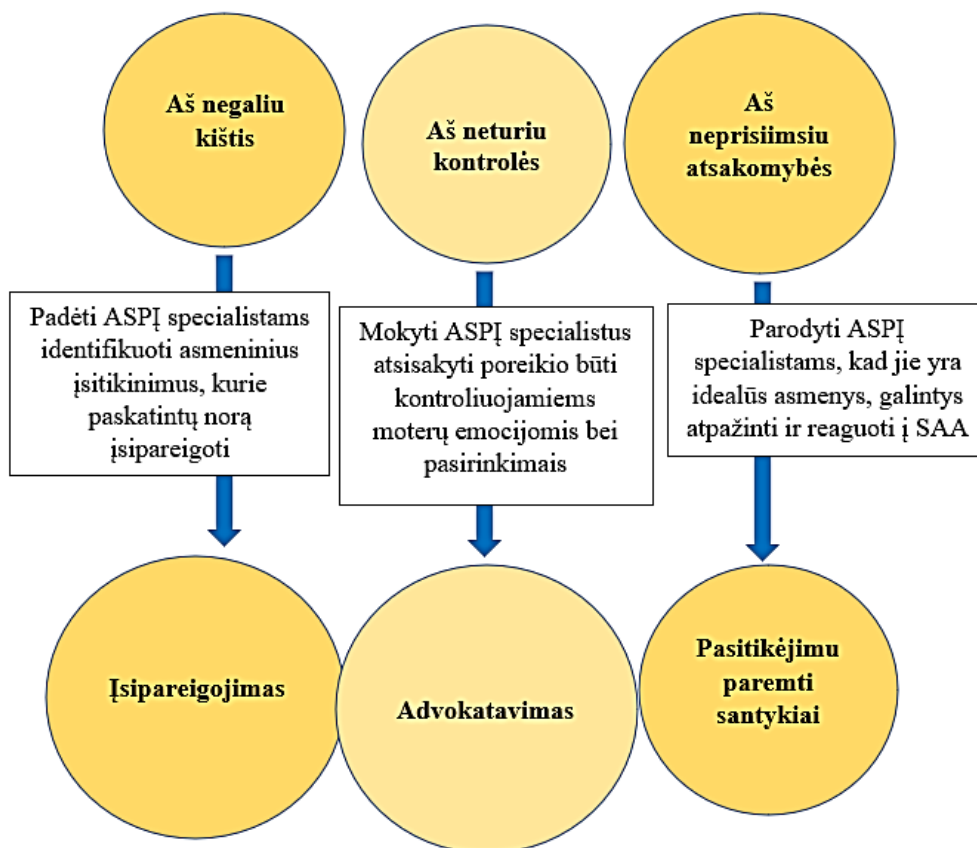
### **2.4. Veiksniai trukdantys atpažinti SAA**

Tuo pat metu nustatyti smurtą prieš moterį ir į jį sureaguoti tinkamai nėra lengva. Tyrimais nuolat nustatoma daugybė kliūčių, trukdančių ASPI specialistams spręsti SAA problemas savo kasdienėje praktikoje [91,73,99]. Saletti-Cuesta ir kolegos [73] atliko sistemine 46 kokybinių tyrimų apžvalgą ir apibendrino sveikatos priežiūros specialistų nuomones ir suvokimą apie SAA. Skyriuje apie kliūtis jie nurodė organizacines problemas, pavyzdžiui, laiko ir žinių trūkumą, taip

pat pažymėjo, kad praktikoje pernelyg pasikliaujama biomedicinos modeliu bei asmeninėmis problemomis, susijusiomis su emocijų valdymu susidūrus su SAA. Nepaisant to, kad yra sukurta klinikinių gairių [18] bei perspektyvių mokymų, kvalifikacijos kėlimo programų [100,101], daugelis šių kliūčių išlieka. Tai yra didelė problema, atsižvelgiant į žalingą poveikį moterų gerovei, nes jų asmens sveikatos priežiūros paslaugų lūkesčiai tampa nepatenkinti [102]. Kanadoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad pagrindinė priežastis trukdanti specialistui įsigilinti ir įdentifikuoti moters patirtą smurtą buvo partnerio buvimas šalia konsultacijos metu (23,0 proc.). Toliau sekė tokie veiksniai kaip: informacijos trūkumas apie SAA valdymo strategijas (18,0 proc.), žinių, mokymų trūkumas, ko pasekoje atsiranda nepasitikėjimas savo jėgomis (17,2 proc.) bei laiko stoka [82]. Rebecca O'Reilly ir Kath Peters [96] atliktos studijos rezultatai tik papildė prieš tai išsakytus trukdančius SAA atpažinimą veiksnius. Paaikškėjo, kad kai kurie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai neatlieka SAA patikros. Veiksniai, lemiantys nepakankamus patikrinimus buvo šie: galvojimas, kad tai yra ne jų darbo dalis bei trūkumas aiškios SAA tikrinimo politikos. 48,0 proc. respondentų nurodė, kad nėra tikri, ar ASPĮ kurioje jie dirba yra SAA patikros politika, o 35,0 proc. respondentų nurodė, kad įstaigoje nėra jokios tokio pobūdžio politikos. Kiti trukdantys veiksniai buvo laiko ir išteklių stoka, pasitikėjimo savimi nebuvimas kai identifikuojamas smurtas prieš moterį. Toje pačioje studijoje minima, kad kiek daugiau nei pusė respondentų (54,0 proc.) nebuvo dalyvavę jokiuose SAA atpažinimo mokymuose. 38,0 proc. buvo išklause tam tikro pobūdžio mokymus, tačiau tik nedidelė dalis respondentų manė, kad mokymai buvo naudingi. Dauguma tų, kurie buvo apmokyti, nurodė, kad tai buvo savišvieta arba mokymai organizuoti darbo vietoje.

2021 metais atliktos kokybinės meta - analizės rezultatai [104] išskyrė tris asmenines ASPĮ specialistų kliūtis, trukdančias jiems atpažinti intymaus partnerio smurtą: 1) *Aš negaliu kištis* (tai apibūdina įsitikinimą, kad SAA yra "privatus reikalas" bei ASPĮ specialistų baimę, kad įsikišimas sukels dar daugiau žalos), 2) *aš neturiu kontrolės* (pabrėžiama, kad gydytojai nusivilia, kai moterys nesilaiko jų rekomendacijų), 3) *aš neprisiimsiu atsakomybės* (atskleidžia įsitikinimus, kad spręsti SAA problemas turėtų būti kieno nors kito darbas). Šios studijos tyrėjai pasinaudodami anksčiau minėtu „The CATCH Model“ (liet. ASPĮ specialistų pasirengimui atpažinti SAA įtaką darančių veiksnių modelis) sukūrė schemą (3 paveikslas) [103], kurią pasitelkus būtų galima atsikratyti prieš tai minėtų ribojančių asmeninių įsitikinimų, trukdančių atpažinti moterų patiriamą SAA.

### ASMENINIAI ĮSITIKINIMAI



### GERESNIO PASIRENGIMO ATPAŽINTI SMURTĄ ARTIMOJE APLINKOJE ELEMENTAI

**3 paveikslas.** Trys ASPĮ specialistų suvokiamos kliūtys trukdančios atpažinti SAA bei šių kliūčių šalinimo sprendimai [103].

### 3. TYRIMO METODAI IR APIMTYS

2020–2021 metais Higienos institute vykdžiau tyrimą, kurio metu buvo vertintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą [27]. Prieinamumas buvo vertintas moterų, patyrusių SAA, specializuotų kompleksinės pagalbos centrų bei ASPĮ specialistų požiūriu. Šio tyrimo metu gauti duomenys iš ASPĮ specialistų sudaro mano baigiamojo magistrinio darbo pagrindą. Dalis kokybinio tyrimo duomenų nebuvo viešinti ir taip plačiau atskleidžiami šiame baigiamajame darbe.

Ši pasirinkta tema praplečia nagrinėjamą SAA fenomeną iš asmens sveikatos priežiūros specialistų perspektyvos, todėl leidžia papildyti jau turimus tyrimo rezultatus.

#### 3.1. Tyrimo metodai

**1 uždavinys. Kiekybinis tyrimas.** Kiekybinio tyrimo klausimynui sudaryti pasinaudota specialia PSO metodika, skirta įvertinti ASPĮ pasirengimą suteikti pagalbą artimoje aplinkoje patyrusioms smurtą moterims [104]. Dalis klausimyno buvo išversta į lietuvių kalbą ir jis išbandytas su 2 pilotinėmis ASPĮ. Pasitelkus galutinę „ASPĮ specialisto anketą“ buvo rinkti duomenys apie specialistų sociodemografinius rodiklius, gebėjimą atpažinti SAA, tinkamą palaikymą ir pagalbos suteikimą nukentėjusioms, ASPĮ ir joje dirbančių specialistų pasirengimą teikti paslaugas moterims nukentėjusioms nuo SAA, paslaugų kokybę bei organizavimą. Anketos paskutiniame klausime prašyta specialistų pažymėti kas sutinka dalyvauti kokybiniame tyrime - individualiame interviu. Sutikusieji paliko kontaktinius duomenis susisiekimui.

**2 uždavinys. Kokybinis tyrimas.** Kokybiniame tyrime taikytas pusiau struktūruotas individualaus interviu metodas, vadovaujantis iš anksto parengtomis interviu gairėmis (2 priedas). Tikintis gauti įvairesnių duomenų ir siekiant gilesnio supratimo apie tiriamąjį reiškinį, atsižvelgiant į tyrimo dalyvių pasisakymus buvo užduodami kelių tipų klausimai: patikslinantys, zonduojantys, priminimo, perfrazuojantys, hipotezėmis grindžiami klausimai, taip pat paliekama laisvė interpretacijoms.

#### 3.2. Duomenų rinkimas bei tyrimo organizavimas

##### 1 uždavinys. Kiekybinis tyrimas.

ASPĮ specialistų imčiai sudaryti taikyta daugiapakopė tyrimo imties formavimo strategija. Iš 10 Lietuvos apskričių atsitiktinai atrinkta po 4 ASPĮ – dvi mieste ir dvi rajone – iš viso 42 ASPĮ. Remiantis 2019 metų personalo ataskaita Nr. 3 (sveikata) šeimos (bendrosios praktikos) gydytojų buvo – 2022, ginekologų akušerių – 579, vaikų ligų gydytojų (pediatrų) – 505, vaikų ir paauglių

psichiatrų, psichoterapeutų – 60, medicinos psichologai – 523, psichiatrai ir teismo psichiatrai – 458, chirurgai – 280, ortopedai traumatologai – 360 [105]. Naudojantis imties skaičiuokle, su 95 % tikimybe, 5 % paklaida apskaičiuota reikalinga imtis – 356 ASPĮ specialistai. Oficialiu Higienos instituto raštu buvo kreiptasi į 42 atrinktų ASPĮ specialistus prašant užpildyti „Google forms“ platformoje patalpintą anketą. Anketos buvo pildomos 2020 m. spalio 29 – lapkričio 18 dienomis. Per šį laikotarpį buvo užpildytos 64 anketos (18,0 proc.) iš planuotų 356. Esant mažam ASPĮ specialistų atsakui, iš dalies sąlygotam COVID–19 pandemijos buvo sudarytas naujas ASPĮ sąrašas, naudojantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos skelbiamu Juridinių asmenų asmens sveikatos priežiūros licencijų sąrašu [106]. Tyrimui tinkamų įstaigų sąrašui sudaryti taikyti 3 kriterijai: 1) ASPĮ atrankos dieną turėjo galiojančią licenciją teikti paslaugas, 2) išimtos ASPĮ, kurios buvo atrinktos I tyrimo etapu, 3) į sąrašą nebuvo įtraukiamos ligoninės, odontologines, grožio, urologines, oftalmologines, ortopedines, anesteziologines paslaugas teikiančios įstaigos. Taip pat reabilitacijos, sporto, socialinių paslaugų centrai, globos ir slaugos namai, specialiosios mokyklos, sanatorijos, SPA. Galutinį sąrašą sudarė 316 ASPĮ, kurių specialistai oficialiu Higienos instituto raštu kviesti dalyvauti tyrime prašant užpildant „Google forms“ platformoje patalpintą anketą. Bendrai iš visų atrinktų ASPĮ gauta 217 specialistų užpildytų anketų (61,0 proc.). Tyrime dalyvavo šie ASPĮ specialistai: šeimos gydytojai, gydytojai akušeriai ginekologai, vaikų ligų gydytojai, psichologai, psichiatrai, ortopedai – traumatologai, slaugytojos, kineziterapeutai, taip pat klinikų vadovai. ASPĮ specialistai anketas pildė 2021 m. kovo 8–gegužės 3 dienomis.

## **2 uždavinys. Kokybinis tyrimas.**

Kokybiniam tyrimui atlikti buvo atrinkti 5 ASPĮ specialistai (detali tyrimo dalyvių charakteristika pateikta 7 lentelėje), kurie, pildydami kiekybinio tyrimo anketą, paskutiniame klausime („Ar sutiktumėte dalyvauti kokybiniame tyrime ir duoti individualų interviu?“) pažymėjo, kad sutinka dalyvauti bei paliko savo kontaktinius duomenis. Taikyti tokie ASPĮ specialistų patekimo į tyrimą kriterijai: sutinka dalyvauti tyrime; per pastaruosius metus į juos kreipėsi dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos moterys ar (ir) mergaitės, patyrusios SAA.

Su sutikusiais dalyvauti ASPĮ specialistais susisiekė tyrimo vykdytojas ir susitarė dėl susitikimo laiko. Nuotoliniai interviu organizuoti 2020 m. gruodžio – 2021 m. balandžio mėn. Vidutinė interviu trukmė – 37 min. (ilgiausias – 43,5 min, trumpiausias – 30,6 min).



Visi interviu vyko nuotoliniu būdu naudojant Microsoft Teams platformą. Tyrėjo ir informantų pokalbiai buvo įrašomi, prieš tai informavus dalyvius ir gavus jų sutikimą.

### 3.3. Duomenų analizės metodai

#### 1 uždavinys. Kiekybinis tyrimas.

Siekiant išsiaiškinti kokius klausimus specialistai užduotų nukentėjusiai nuo SAA moteriai, kas jų nuomone suteiktų jai tinkamą palaikymą ir pagalbą bei kokios įstaigos, specialistų žiniomis dirba su moterimis patyrusiomis smurtą, buvo atliekamas atsakymų grupavimas pagal pateiktus jų variantus (buvo galima pasirinkti kelis specialistų manymų teisingus atsakymus).

Atsakymai apie bendrą teikiamų paslaugų prieinamumo ASPĮ įvertinimą pagal specialistų specialybes, buvo sustambinti, apjungiant 2 gretutinius atsakymus „labai gerai“ ir „gerai“ bei „blogai“ ir „labai blogai“ ir analizuojami kaip: „gerai“, „vidutiniškai“ ir „blogai“.

Siekiant atlikti analizę, grupės formuotos pagal tris aspektus:

a) specialybe: 1 grupę sudarė psichikos sveikatos specialistai (medicinos psichologas/-ė, psichologas/-ė; psichiatras/-ė, teismo psichiatras/-ė; psichoterapeutas/-ė; vaikų ir paauglių psichiatras/-ė); 2 grupę – visi kiti tyrime dalyvavę specialistai (šeimos gydytojas/-a; gydytojas akušeris/-ė ginekologas/-ė; vaikų ligų gydytojas/-a ir kt. specialistai).

Kitą grupę sudarė tik šeimos gydytojai ir visi kiti tyrime dalyvavę specialistai (medicinos psichologas/-ė, psichologas/-ė; psichiatras/-ė, teismo psichiatras/-ė; psichoterapeutas/-ė; vaikų ir paauglių psichiatras/-ė; gydytojas akušeris/-ė ginekologas/-ė; vaikų ligų gydytojas/-a ir kt. specialistai).

b) susidūrimą su moterimis patyrusiomis SAA: pagal susidūrimą/ nesusidūrimą su moterimis patyrusiomis SAA sudarytos dvi grupės.

c) darbo stažo trukmę: sudarytos dvi grupės, specialistai dirbantys 5 ir mažiau metų bei dirbantys daugiau nei 5 metus.

Suformuotos grupės buvo lygintos, atsižvelgiant į jų gebėjimus atpažinti smurtinius požymius (11 fizinių smurto požymių ir 10 psichologinių/ elgesio smurto požymių).

Duomenų analizei taikyti aprašomosios ir analitinės statistikos metodai. Tolydžiųjų kintamųjų (amžius ir darbo stažas) skirstinių normalumui įvertinti naudotas Šapiro – Vilko testas. Skirtumų tarp analizės metu suformuotų grupių įvertinimui atliktas hipotezių tikrinimas, skaičiuojant  $\chi^2$  testą. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo  $\alpha = 0,05$  ir skirtumai statistiškai reikšmingais laikyti, kai  $p \leq \alpha$ .

Statistinei duomenų analizei naudotas duomenų statistinio apdorojimo paketas „SPSS 22.0 for Windows“ bei Microsoft Office Excel 2016 programa.

## **2 uždavinys. Kokybinis tyrimas.**

Kokybiniame tyrime duomenų analizei naudoti interviu tekstai. Pirmu analizės etapu transkribuoti interviu tekstai buvo skaitomi kelis kartus, siekiant suprasti kokias prasmes tyrimo dalyviai suteikė nagrinėjamam reiškiniui. Taikytas turinio analizės metodas [107,108]. Tekstai buvo suskirstyti į subkategorijas, jos stambinamos į kategorijas, o pastarosios į temas. Atlikta pirminė tyrėjo duomenų analizė aptarta su tyrimo vadovu ir bendru sutarimu padaryti pataisymai.

## 4. Tyrimo rezultatai

### 4.1. ASPĮ specialistų žinios bei gebėjimai teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims patyrusioms SAA

#### Kiekybiniame tyrime dalyvavusių ASPĮ specialistų charakteristika

Kiekybiniame tyrime dalyvavo ir anketas užpildė 217 ASPĮ specialistų. Jų amžiaus mediana siekė 51 metus. Bendras profesinis darbo stažas svyravo nuo 1,2 iki 50 metų, mediana - 22 metai. Daugiausiai (30,9 proc.) tyrimo dalyvių sudarė ASPĮ specialistai, kurių darbo stažas siekė 28–38 metus. Vidutiniškas aptarnaujamų pacientų skaičius per mėnesį buvo nevienodas, mediana - 250 vidutiniškai per mėnesį aptarnaujamų pacientų, tačiau skaičius svyravo nuo 1 iki 2600 aptarnaujamų pacientų. Pagal pareigybes 41,0 proc., tai yra didžiąją dalį tyrime dalyvavusių specialistų sudarė šeimos gydytojai. Dauguma specialistų paslaugas teikė miestuose (76,0 proc.). Detali kiekybiniame tyrime dalyvavusių ASPĮ specialistų charakteristika pateikta 1 lentelėje.

#### 1 lentelė. Kiekybiniame tyrime dalyvavusių ASPĮ specialistų charakteristikos.

Charakteristika	Mediana	Min	Max
Amžius (metais)	51	25	75
Bendras profesinis darbo stažas (metais)	22	1,2	50
Vidutiniškas aptarnaujamų pac. sk. (per mėn.)	250	1	2600
Charakteristika	Abs. sk.	Proc.	
<b>Pareigos</b>			
Šeimos gydytojas/-a	89	41,0	
Medicinos psichologas/-ė, psichologas/-ė	32	14,7	
Psichiatras/-ė, teismo psichiatras/-ė	28	12,9	
Gydytojas akušeris/-ė ginekologas/-ė	26	12,0	
Vaikų ligų gydytojas/-a	16	7,4	
Vaikų ir paauglių psichiatras/-ė	7	3,2	
Psichoterapeutas/-ė	1	0,5	
Kita	18	8,3	
<b>Savivaldybė</b>			
Didžiųjų miestų savivaldybės (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys)	103	47,5	
Mažesniųjų miestų ir rajonų savivaldybės	113	52,1	
<b>Sveikatos priežiūros paslaugas teikia</b>			
Mieste	165	76,0	
Miestelyje	24	11,1	
Kaime	6	2,8	
Kita*	22	10,1	
<b>Susidūrimas su moterimis ar (ir) mergaitėmis teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 12 mėn.</b>			
Taip	125	57,6	
Ne	92	42,4	

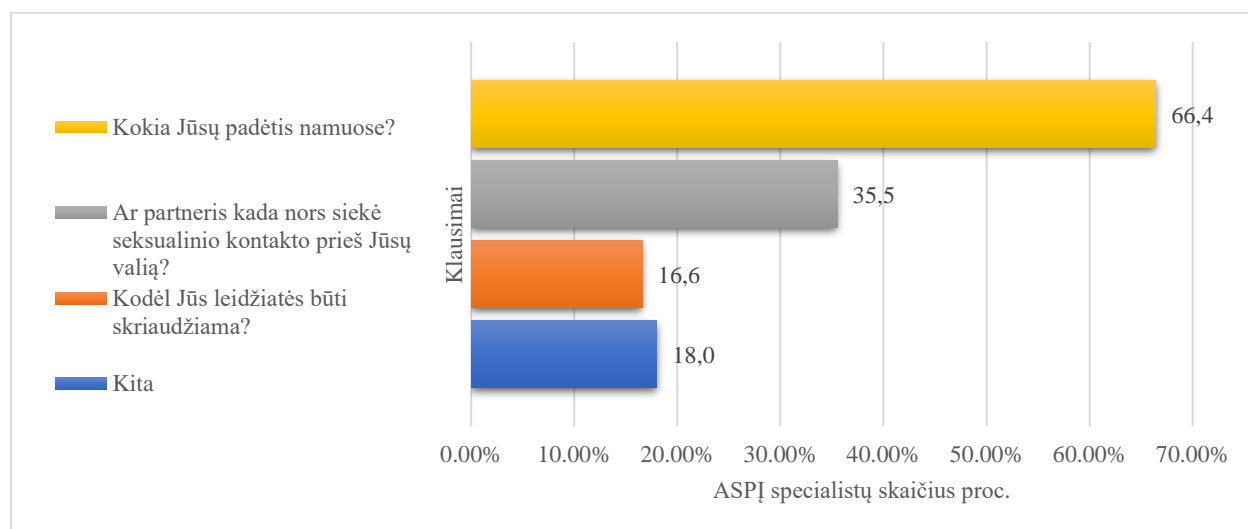
\* Paslaugos teikiamos ne vienoje geografinėje vietoje (mieste-kaime, mieste-miestelyje, mieste-miestelyje-kaime, miestelyje-kaime)

## SAA atpažinimas

Per pastaruosius 12 mėnesių daugiau nei pusė (57,6 proc.) visų apklaustų specialistų, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas bent kartą susidūrė su moterimis patyrusiomis SAA (1 lentelė). Miestų savivaldybėse specialistams kiek mažiau nei rajonų savivaldybėse teko susidurti su moterimis patyrusiomis SAA - atitinkamai 44,8 proc. (n=56) ir 55,2 proc. (n= 69), tačiau šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas (p= 0,267).

Pirmas žingsnis, ką dauguma (89,9 proc.) specialistų darytų, jei įtartų, kad moteris patyrė SAA, jos paklaustų „Ar tikrai buvo patirtas smurtas?“. Vis tik pasitaikė ir nežinančių, kaip užduoti tinkamą klausimą - 3,2 proc., nors ir norėtų paklausti.

Iš 4 paveikslu matome, kad daugiau nei pusė ASPĮ specialistų siektų išsiaiškinti apie padėtį namuose, trečdalis – apie seksualinį kontaktą prieš moters valią, kiek mažiau nei penktadalis tiesiogiai paklaustų „Kodėl Jūs leidžiatės būti skriaudžiama?“. 18,0 proc. specialistų patys pateikė jų manymu tinkamesnį klausimą, labiausiai išryškėję buvo šie: „ar santykiai namuose geri?“, „ar Jūs patiriate tokį elgesį, kuris Jus ypatingai skaudina, kurį galėtumėte vadinti smurtu (psichologiniu, fiziniu, seksualiniu) prieš Jus?“ ir t.t.?



**4 paveikslas.** Klausimai, kuriuos užduotų specialistai siekiant išsiaiškinti ar moteris patyrė SAA.

2 lentelėje pateikti tyrimo rezultatai apie specialistų gebėjimą atpažinti fizinius ir psichologinius/elgesio smurto požymius pasiskirstymą. Visus 11 apklausoje pateiktų fizinių

smurto požymių atpažino mažiau nei pusė (42,9 proc.) specialistų. Visus 10 psichologinių/elgesio smurto požymių, galinčių išduoti, jog moteris patiria SAA atpažino kiek daugiau nei pusė specialistų (68,2 proc.). Didžioji dauguma (80,0 proc. ir daugiau) specialistų identifikavo 6 iš 11 fizinius ir 9 iš 10 psichologinių/elgesio smurto požymių. Kitą dalį fizinio smurto požymių pripažino ne visi specialistai. Tokių fizinio smurto požymių, kaip „*opos*“ pripažino tik 45,6 proc. specialistų, o 13,4 proc. šiuo klausimu neturėjo nuomonės. „*Svaigulį*“ fizinio smurto požymiui priskyrė kiek daugiau nei pusė (58,5 proc.) specialistų, 10,6 proc. neturėjo nuomonės. Taip pat kiek daugiau nei 6 iš 10 specialistų išskyrė „*lėtines būsenas, įskaitant galvos skausmus, skausmas ir gėlimas raumenyse, sąnariuose ir nugaroje*“ (62,7 proc.) bei „*kitos ginekologinės problemos*“ (65,9 proc.), kaip fizinio smurto požymių.

**2 lentelė.** Specialistų žinios apie SAA atspindinčius fizinius, psichologinius/elgesio smurto požymių.

Požymiai	Taip proc. (abs. sk.)	Ne proc. (abs. sk.)	Nenurodyta proc. (abs.sk.)
<b>Fiziniai smurto požymiai</b>			
Nepaaiškinamos kraujosruvos ir kiti sužeidimai	96,8 (210)	1,4 (3)	1,8 (4)
Galvos, kaklo ir veido sužalojimai	95,9 (208)	0,9 (2)	3,2 (7)
Įvairaus senumo mėlynės	95,4 (207)	2,3 (5)	2,3 (5)
Kaulų ir minkštųjų audinių sužalojimai	89,9 (195)	4,1 (9)	6,0 (13)
Pateikto paaiškinimo neatitinkantys sužalojimai	90,8 (197)	5,5 (12)	3,7 (8)
Įkandimo žymės, neįprasti nudegimai	89,9 (195)	4,6 (10)	5,5 (12)
Lėtinės būsenos, įskaitant galvos skausmus, skausmas ir gėlimas raumenyse, sąnariuose ir nugaroje	62,7 (136)	28,1 (61)	9,2 (20)
Opos	45,6 (99)	41,0 (89)	13,4 (29)
Svaigulys	58,5 (127)	30,9 (67)	10,6 (23)
Lytiniu keliu plintančios ligos	72,4 (157)	19,4 (42)	8,3 (18)
Kitos ginekologinės problemos	65,9 (143)	24,9 (54)	9,2 (20)
<b>Visi išvardinti požymiai</b>	<b>42,9 (93)</b>	<b>56,2 (122)</b>	<b>0,9 (2)</b>
<b>Psichologiniai/elgesio smurto požymiai</b>			
Emocinis išsekimas, pvz., nerimas, neryžtingumas, sutrikimas ir priešiškus	96,3 (209)	2,8 (6)	0,9 (2)
Miego ir mitybos sutrikimai	89,4 (194)	6,9 (15)	3,7 (8)
Nerimas / depresija / priešgimdyvinė depresija	89,4 (194)	7,4 (16)	3,2 (7)
Psichosomatiniai ir emociniai nusiskundimai	92,2 (200)	5,1 (11)	2,8 (6)
Savęs žalojimas, galvojimas apie ar mėginimas nusižudyti	93,1 (202)	3,2 (7)	3,7 (8)
Dažnas apsilankymas pacientų priėmimo skyriuose ne darbo valandomis	78,8 (171)	14,3 (31)	6,9 (15)
Socialinė izoliacija / neturi galimybių pasinaudoti transportu	81,1 (176)	13,4 (29)	5,5 (12)
Nuolankus elgesys / žemas savęs vertinimas	92,6 (201)	3,7 (8)	3,7 (8)
Partnerio akivaizdoje atrodo sunerimus	92,6 (201)	2,8 (6)	4,6 (10)

Piktnaudžiavimas alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis	85,3 (185)	9,7 (21)	5,1 (11)
<b>Visi išvardinti požymiai</b>	<b>68,2 (148)</b>	<b>31,3 (68)</b>	<b>0,5 (1)</b>

Iš 3 lentelės matome, kad statistiškai reikšmingai daugiau 1 grupės specialistų atpažino visus 11 fizinio smurto požymių, lyginant su 2 grupei priskirtais specialistais (atitinkamai 56,7 proc. ir 36,6 proc.,  $p=0,001$ ). Tokius fizinio smurto požymius, kaip lėtinės būsenos (78,7 proc. ir 64,7 proc.,  $p=0,050$ ), opos (71,2 proc. ir 44,2 proc.,  $p=0,001$ ), svaigulys (76,7 proc. ir 60,4 proc.,  $p=0,028$ ), kitos ginekologinės problemos (86,7 proc. ir 66,4 proc.,  $p=0,003$ ) taip pat geriau identifikavo 1 grupės specialistai.

Reikšmingai išsiskyrė specialistai turėję 5 metų arba mažesnę darbo stažą, jų dauguma pripažino kitas ginekologines problemas, kaip fizinio smurto požymį, lyginant su ilgesnę darbo stažą turėjusiais specialistais (atitinkamai 93,1 proc. ir 69,0 proc.,  $p=0,007$ ).

1 grupės specialistai, lyginant su 2 grupės statistiškai reikšmingai daugiau atpažino 10 psichologinių/ elgesio smurto požymių (atitinkamai 76,1 proc. ir 64,7 proc.,  $p=0,044$ ). Taip pat specialistai turėję penkių metų arba trumpesnę darbo stažą statistiškai reikšmingai geriau atpažino visus pateiktus psichologinius/ elgesio smurto požymius (atitinkamai 87,1 proc. ir 65,1 proc.,  $p=0,030$ ). Statistiškai reikšmingai daugiau 1 grupės specialistų „dažną apsilankymą priėmimo skyriuose ne darbo valandomis“ priskyrė psichologiniams/ elgesio smurto požymiams, lygiant su 2 grupe (atitinkamai 93,5 proc. ir 80,7 proc.,  $p=0,020$ ).

Lyginant šeimos gydytojų ir kitų specialistų grupes bei specialistų susidūrusių/nesusidūrusių su moterimis patyrusiomis smurtą grupes pagal aukščiau minėtų smurto požymių atpažinimą, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nenustatyta (šių minėtų grupių rezultatai plačiau pateikiami 3 priede).

**3 lentelė.** Smurtinių požymių atpažinimo įverčių skirtumai pagal gydytojų profesijas ir darbo stažą.

Požymiai	1 gr.* (n=67)	2 gr.** (n=150)	Specialistai, kurių darbo stažas ≤5 m. (n=31)	Specialistai, kurių darbo stažas >5 m. (n=186)
	proc. (abs. sk.)	proc. (abs. sk.)	proc. (abs. sk.)	proc. (abs. sk.)
<b>Atpažįsta visus 11 fizinio smurto požymių</b>	56,7 (38)	36,6 (55)	45,2 (14)	42,5 (79)
	<i>p= 0,001; <math>\chi^2= 12,420</math>; ll= 2</i>		<i>p= 0,887; <math>\chi^2= 0,281</math>; ll= 2</i>	
Lėtinės būsenos, įskaitant galvos skausmus, skausmas ir gėlimas raumenyse, sąnariuose ir nugaroje	78,7 (48)	64,7 (88)	82,1 (23)	66,9 (113)
	<i>p= 0,050; <math>\chi^2= 3,852</math>; ll= 1</i>		<i>p= 0,105; <math>\chi^2= 2,623</math>; ll= 1</i>	
Opos	71,2 (42)	44,2 (57)	57,7 (15)	51,9 (84)
	<i>p= 0,001; <math>\chi^2= 11,839</math>; ll= 1</i>		<i>p= 0,580; <math>\chi^2= 0,307</math>; ll= 1</i>	
Svaigulys	76,7 (46)	60,4 (81)	61,5 (16)	66,1 (111)
	<i>p= 0,028; <math>\chi^2= 4,822</math>; ll= 1</i>		<i>p= 0,651; <math>\chi^2= 0,205</math>; ll= 1</i>	
Kitos ginekologinės problemos	86,7 (52)	66,4 (91)	93,1 (27)	69,0 (116)
	<i>p= 0,003; <math>\chi^2= 8,594</math>; ll= 1</i>		<i>p= 0,007; <math>\chi^2= 7,193</math>; ll= 1</i>	
<b>Atpažįsta visus 10 psichologinių/elgesio smurto požymių</b>	76,1 (51)	64,7 (97)	87,1 (27)	65,1 (121)
	<i>p= 0,044; <math>\chi^2= 5,421</math>; ll= 2</i>		<i>p= 0,030; <math>\chi^2= 6,665</math>; ll= 2</i>	
Dažnas apsilankymas pacientų priėmimo skyriuose ne darbo valandomis	93,5 (58)	80,7 (113)	93,3 (28)	83,1 (143)
	<i>p= 0,020; <math>\chi^2= 5,448</math>; ll= 1</i>		<i>p= 0,181; <math>\chi^2= 2,043</math>; ll= 1</i>	

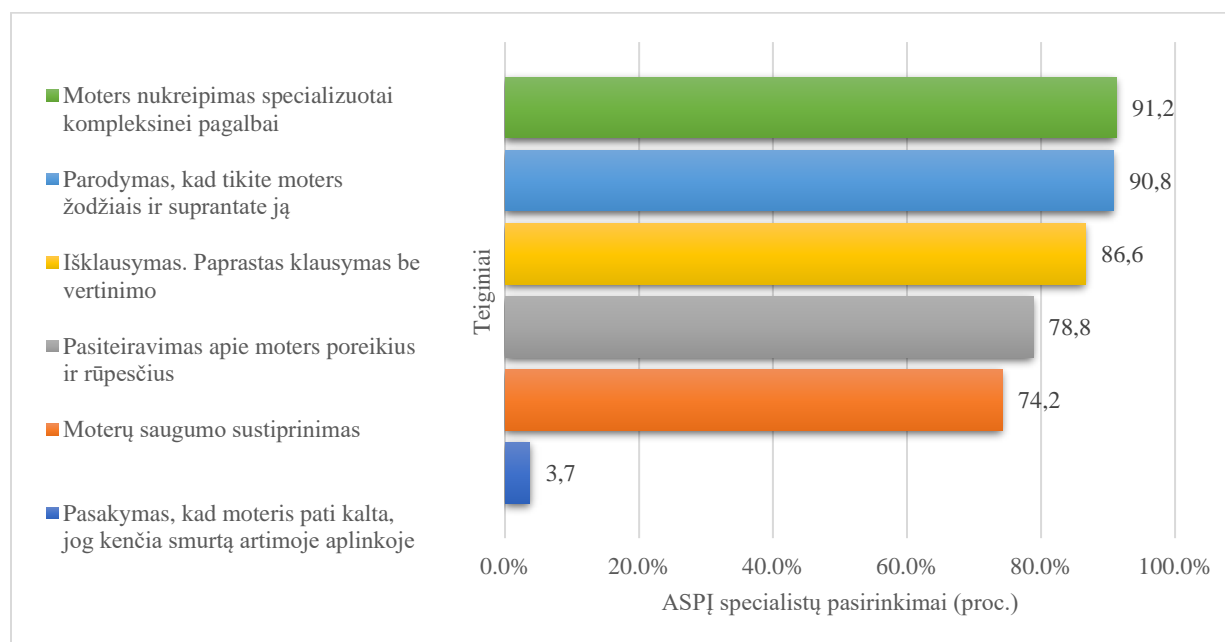
\* 1 gr.- psichikos sveikatos specialistai (medicinos psichologas/-ė, psichologas/-ė; psichiatras/-ė, teismo psichiatras/-ė; psichoterapeutas/-ė; vaikų ir paauglių psichiatras/-ė)

\*\* 2 gr. – visi kiti specialistai (šeimoms gydytojas/-a; gydytojas akušeris/-ė ginekologas/-ė; vaikų ligų gydytojas/-a ir kt. specialistai)

### SAA patyrusių moterų palaikymas ir tinkamas pagalbos suteikimas

Tyrimo rezultatai parodė (5 paveikslas.), kad siekiant palaikyti SAA patyrusią moterį ir jai suteikti tinkamą pagalbą, daugumos specialistų nuomone, svarbiausi veiksniai yra: moters nukreipimas specializuotai kompleksinei pagalbai, parodymas, kad specialistas tiki moters žodžiais ir supranta ją, išklausymas, t.y. paprastas klausymas be vertinimo, pasiteiravimas apie

moters poreikius ir rūpesčius, moterų saugumo sustiprinimas. 3 iš 10 specialistų nuomone, tinkamas yra pasakymas, kad moteris pati kalta, jog kenčia SAA.



**5 paveikslas.** ASPĮ specialistų nuomone, teisingi teiginiai apie SAA patyrusių moterų palaikymą ir tinkamą pagalbos suteikimą.

Daugiau nei pusė (63,6 proc., n= 138) tyrimo dalyvių SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelyje kaip svarbiausią elementą išskyrė tarpinstitucinį bendradarbiavimą, beveik penktadalis – smurto kriminalizavimą (19,4 proc., n= 42) ir teisinį reglamentavimą (17,0 proc., n= 37).

Didžioji dauguma specialistų mano, kad daugiausiai su moterimis patyrusiomis smurtą dirba Krizių centras (92,2 proc., n= 200) ir Psichologinės paramos ir konsultavimo centras (80,6 proc., n= 175).

6 iš 10 specialistų pasirenko Specializuotos pagalbos centrus (63,1 proc., n= 137), kaip įstaigą dirbančią su moterimis patyrusiomis SAA.

### ASPĮ specialistų žinios bei pasirengimas teikti paslaugas SAA patyrusioms moterims

Iš 4 lentelės matome, kad daugiau nei pusė (67,3 proc.) specialistų žino, kur galėtų rasti reikiamos informacijos smurto prevencijos klausimais. 4 iš 10 yra susipažinę su smurto prieš suaugusius artimoje aplinkoje atpažinimo kriterijais ir rekomendacijomis apie tai kokių reikėtų imtis veiksmų kilus įtarimui dėl galimo smurto prieš suaugusius, taip pat su smurto prieš vaikus



diagnostikos metodinėmis rekomendacijomis. 2 iš 10 turi pakankamai žinių smurto prevencijos klausimais, o 3 iš 10 abejojo dėl žinių pakankamumo. 6 iš 10 specialistų teigė, kad nėra susipažinę su Seksualinio smurto moteriškosios lyties aukos tyrimo metodika ir 8 iš 10 nėra dalyvavę smurto prevencijos ir atpažinimo mokymuose per pastaruosius dvejus metus.

**4 lentelė.** ASPĮ specialistų žinios darbui SAA srityje.

Teiginiai (N=217)	Taip proc. (abs. sk.)	Ne proc. (abs. sk.)	Nežinau proc. (abs. sk.)
Esu susipažinęs/-usi su Seksualinio smurto moteriškosios lyties aukos tyrimo metodika	22,6 (49)	64,1 (139)	13,4 (29)
Esu susipažinęs/-usi su Smurto prieš suaugusius artimoje aplinkoje atpažinimo kriterijais ir rekomendacijomis dėl veiksmų kilus įtarimui dėl galimo SAA prieš suaugusius	38,7 (84)	47,0 (102)	14,3 (31)
Esu susipažinęs/-usi su Smurto prieš vaikus diagnostikos metodinėmis rekomendacijomis	38,7 (84)	49,3 (107)	12,0 (26)
Žinau, kur reikiamą informaciją smurto prevencijos klausimais galėčiau rasti	67,3 (146)	16,1 (35)	16,6 (36)
Turiu pakankamai žinių smurto prevencijos klausimais	21,7 (47)	42,9 (93)	35,5 (77)
Esu dalyvavęs/-usi smurto prevencijos, atpažinimo mokymuose per pastaruosius 24 mėn.	13,8 (30)	80,6 (175)	5,5 (12)

Iš 5 lentelės matyti, kad beveik pusė specialistų nežino ar ASPĮ, kurioje jie dirba yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo SAA patyrusiems rekomendacijos, ar yra specialistų, kurių darbo pareigybės apraše būtų priskirta funkcija kovojanti su SAA, ar yra mechanizmai, leidžiantys teikti nuolatinį kuravimą (globą), priežiūrą ir paramą specialistams, teikiantiems paslaugas SAA patyrusiems asmenims (41,5 proc.). Apie pusę ASPĮ specialistų teigė, kad įstaigoje, kurioje jie dirba vadovai remia kovą su SAA, yra numatyta anoniminių mechanizmų, kuriais būtų gaunamas atgalinis ryšys apie gautas paslaugas, trečdalis specialistų nežinojo ar jų įstaigoje egzistuoja tokie anoniminiai mechanizmai. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių sutiko, kad ASPĮ, kurioje jie dirba yra patalpa skirta privačioms ir individualioms konsultacijoms, yra numatyta kreipimosi sistema tarp sveikatos priežiūros ir kitų sektorių (64,1 proc.), yra priimtos konfidencialumo taisyklės. Tačiau apie pusę specialistų teigė, kad sveikatos priežiūros specialistams nėra vykdomi mokymai kaip elgtis susidūrus su SAA patyrusiais asmenimis.

**5 lentelė.** Specialistų informuotumas apie ASPĮ, kurioje dirba, pasirengimą teikti paslaugas moterims nukentėjusioms nuo SAA.

Teiginiai (N=217)	Taip proc. (abs. sk.)	Ne proc. (abs. sk.)	Nežinau proc. (abs. sk.)
Ar ASPĮ yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo SAA patyrusiems rekomendacijos?	30,4 (66)	25,3 (55)	44,2 (96)
Ar yra asmens sveikatos priežiūros specialistų, kurių darbo pareigybės apraše būtų priskirta funkcija kovojant su smurtu artimoje aplinkoje?	24,4 (53)	31,3 (68)	44,2 (96)
Ar asmens sveikatos priežiūros specialistams yra vykdomi mokymai kaip elgtis susidūrus su SAA patyrusiais asmenimis?	24,4 (53)	47,9 (104)	27,6 (60)
Ar yra mechanizmai, leidžiantys teikti nuolatinį kuravimą (globą), priežiūrą ir paramą asmens sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems asmens sveikatos priežiūros paslaugas SAA patyrusiems asmenims?	20,3 (44)	38,2 (83)	41,5 (90)
Ar yra patalpa (pvz., atskiras kabinetas) skirta privačioms ir individualioms konsultacijoms (siekiant apsaugoti nukentėjusių konfidencialumą nuo aplinkinių)?	59,0 (128)	25,8 (56)	15,2 (33)
Ar ASPĮ vadovai remia kovą su SAA (nori teikti sveikatos priežiūros paslaugas, paremia darbuotojus ir siunčia į mokymus)?	48,8 (106)	13,4 (29)	37,8 (82)
Ar yra numatyta anoniminių mechanizmų, kuriais būtų gaunamas atgalinis ryšys apie gautas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant nusiskundimus, teisių pažeidimus ASPĮ (pvz., pagalbos linija, skundų dėžė ar knyga, pacientų atstovas)?	42,9 (93)	23,0 (50)	34,1 (74)
Ar yra numatyta kreipimosi sistema tarp sveikatos priežiūros ir kitų sektorių (pvz. vaiko teisių priežiūros tarnyba, policija ir kt.)?	64,1 (139)	9,2 (20)	26,7 (58)
Ar yra priimtos konfidencialumo taisyklės saugančios informaciją apie SAA patyrusių asmenų patirtis ir jiems suteiktas paslaugas (pvz., saugus informacijos saugojimas ir pašalinimas)?	67,7 (147)	6,5 (14)	25,8 (56)

### ASPĮ teikiamų paslaugų teikimo vertinimas moterims nukentėjusioms nuo SAA

Bendrai vertinant ASPĮ specialistų darbą, apie 70,0 proc. tyrimo dalyvių šeimos gydytojo (vidaus ligų) (71,4 proc., n=155), vaikų ligų gydytojo (73,7 proc., n=160), gydytojų specialistų (74,2 proc., n=161) ir kitų specialistų (71,0 proc., n=154) teikiamas paslaugas vertino gerai. Apie penktadalis apklaustųjų šių specialistų teikiamas paslaugas vertino vidutiniškai ir tik apie 2,0 proc. blogai.

Iš 6 lentelės matome, kad didžioji dauguma (70,0 proc. ir daugiau) ASPĮ specialistų pritarė, kad įstaigose, kuriose jie dirba yra sudaromos vienodos galimybės gauti paslaugas kaip ir kitiems pacientams (92,6 proc.), teikiamos reikiamos ir tinkamos paslaugos (78,8 proc.), paslaugos

suteikiamos laiku (82,0 proc.), paslaugos orientuotos į žmogų (90,3 proc.) bei darbo organizavimas vykdomas tinkamai (75,1 proc.). Apie trečdalis specialistų neturėjo nuomonės ar ASPĮ kurioje jie dirba yra sudaryta gera organizacinė struktūra siekiant suteikti paslaugas SAA patyrusioms moterims (35,4 proc.) ir ar periodiškai yra vykdoma paslaugų prieinamumo stebėseną ir analizę (32,7 proc.). Didžioji dalis (75,6 proc.) specialistų nepritarė, kad besilankančioms moterims ASPĮ tenka atsisakyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes jos yra mokamos.

**6 lentelė.** Specialistų nuomonė apie ASPĮ, kurioje dirba, apie teikiamas paslaugas moterims nukentėjusioms nuo SAA.

Teiginiai	Pritariu proc. (abs. sk.)	Neturiu nuomonės proc. (abs. sk.)	Nepritariu proc. (abs. sk.)
Sudaromos vienodos galimybės gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas kaip ir kitiems pacientams (N=217)	92,6 (201)	6,0 (13)	1,4 (3)
Besilankančioms ASPĮ tenka atsisakyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes jos yra mokamos (N=217)	9,2 (20)	15,2 (33)	75,6 (164)
Sudaryta gera organizacinė struktūra siekiant suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas SAA patyrusioms moterims ir mergaitėms (N=217)	55,3 (120)	35,5 (77)	9,2 (20)
Teikiamos reikiamos ir tinkamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (N=217)	78,8 (171)	18,9 (41)	2,3 (5)
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos laiku (N=216)	82,0 (178)	16,1 (35)	1,4 (3)
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos orientuotos į žmogų (N=217)	90,3 (196)	8,8 (19)	0,9 (2)
Darbo organizavimas vykdomas tinkamai (N=217)	75,1 (163)	19,8 (43)	5,1 (11)
Periodiškai vykdoma paslaugų prieinamumo stebėseną ir analizę (N=217)	62,7 (136)	32,7 (71)	4,6 (10)

#### 4.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką darantys veiksniai SAA patyrusioms moterims

Šioje tyrimo dalyje – kokybiniame tyrime - dalyvavo 5 ASPĮ specialistai: du psichiatrai, šeimos gydytojas, vaikų ir paauglių psichiatras, vaikų ligų gydytojas (7 lentelė).

**7 lentelė.** Kokybinio tyrimo dalyvių charakteristikos.

Psichiatras	Darbo stažas 15 metų. Teikia paslaugas pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje (valstybiniame psichikos sveikatos centre) bei antrinėje (asmenins privatus kabinetas). Švenčionys/Vilnius.
Šeimos gydytojas	Darbo stažas 20 metų. Baigtos psichologijos studijos, trumpai dirbo kaip psichologė rehabilitaciniame skyriuje, dešimt metų dirbo greitosios medicinos skyriuje. Dabar šeimos gydytoja. Telšiai.
Vaikų ligų gydytojas	Darbo stažas 9 mėn. Paslaugas teikia pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje, kartais atlieka budėjimus ir lignoninėje. Vilkaviškis.
Vaikų ir paauglių psichiatras	Darbo stažas 1.5 metų. Paslaugas teikia pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje (poliklinikoje) bei antrinėje (asmenins privatus kabinetas). Druskininkai/Vilnius.
Psichiatras	Darbo stažas virš 25 metų. Paslaugas teikia privačiame centre. Yra Kauno psichoanalizės ir psichoterapijos studijų draugijos narė bei viena iš psichoanalitinės psichoterapijos prie LSMU, kvalifikacijos kėlimo kursų mokytoja.

Išskirtos 8 SAA patyrusioms moterims asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kategorijos ir 26 subkategorijos, atspindinčios ASPĮ specialistų požiūrį į šių paslaugų ekonominę, komunikacinę, organizacinę prieinamumą (8, 9, 10, 11 lentelės). Taip pat 4 kategorijos ir 19 subkategorijų atskleidžiančių ASPĮ specialistų nuomonę, kokie aspektai galėtų pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims patyrusioms SAA (12 lentelė).

**8 lentelė.** Ekonominiai veiksniai darantys įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, moterims patyrusioms SAA.

Kategorija	Subkategorija	Citata
Ekonominiai veiksniai		
Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo būdai	Savivaldybės kompensuojamos mokamos paslaugos	„ <i>Tai tada nebent savivaldybė iš kažkokių paramos šeimai lėšų skiria tuos pinigėlius.</i> “  „ <i>&lt;...&gt; yra iš savivaldybės lėšų, kaikiuriem vaikam psichoterapija tiesiog kompensuojama, nes šeimos negali sau leisti.</i> “ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)
	Valstybės apmokamos paslaugos	„ <i>&lt;...&gt; psichologas gali suteikti dešimt konsultacijų nemokamų&lt;...&gt;</i> “ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)
Papildomų finansų reikalaujančios priemonės	Konfidencialumo siekis	„ <i>Bet kiti sutinka mokėti, kad tik nebūtų viešumo&lt;...&gt;</i> “ (ASPĮ – šeimos gydytojas)  „ <i>&lt;...&gt; dauguma ateina į privačius dėl konfidencialumo, dėl tos gėdos &lt;...&gt; kurie gali</i> “

		<i>susimokėti už konsultacijas. Ir jiems tas prieinamumas yra geresnis.“ (ASPĮ – psichiatras)</i>
	ASPĮ požiūris į psichologinę pagalbą	<i>„&lt;...&gt; tikrai tai poliklinikos vengia, visą kiekį skirti tų konsultacijų, nes per daug yra mažas įkainis.“ (ASPĮ – psichiatras)</i>
	Nemokamų paslaugų trūkumas	<i>„Jeigu žmogus nori psichoterapijos, tai jau jos niekur nėra.“ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)</i>  <i>„&lt;...&gt;trūksta&lt;...&gt;Nemokamų tesinių konsultacijų&lt;...&gt;“</i>  <i>„&lt;...&gt;manau gal ir psichologinės nemokamos trūksta.“ (ASPĮ – psichiatras)</i>

**Ekonominiai veiksniai.** Pasak tyrimo dalyvių, asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti kompensuojamos iš savivaldybės lėšų ar kompensuojamos valstybės. Tačiau vis tiek yra pastebimas nemokamų paslaugų stygius, dauguma specialistų pažymėjo nemokamos psichologinės pagalbos trūkumą bei teisinės pagalbos. Pastaroji nepriskiriama prie prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų tačiau moterims patyruosioms smurtą ji yra be galo svarbi ir reikalinga. Ne vienas specialistas išryškino, kad moteris dažnu atveju renkasi privačias medikų konsultacijas, siekdamos išlaikyti konfidencialumą. Vieno iš tyrime dalyvavusio psichiatro teigimu, mes retu atveju pagalvojame, kad SAA gali patirti moterys užimančios aukštas pareigas profesinėje veikloje, tačiau būtent tokios moterys ir yra priverstos rinktis privačias medikų paslaugas. Nes bet koks psichinis sutrikimas, net ir patirtas potrauminis stresas gali pakenkti profesinei karjerai, kaip pavyzdys buvo pateikta teisininkės profesija.

Taip pat buvo išskirtas ir pačių ASPĮ įstaigų požiūris į teikimas paslaugas, kaip buvo minėta anksčiau yra pastebimas psichologinės pagalbos trūkumas, o viena iš tyrimo dalyvių pabrėžė, kad Valstybinės ligonių kasos kompensuoja psichoterapinį gydymą, tačiau esant mažam konsultacijų įkainiui, ASPĮ nededa visų turimų kaštų.

**9 lentelė.** Komunikaciniai veiksniai darantys įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, moterims patyrusioms SAA.

Kategorija	Subkategorija	Citata
Komunikaciniai veiksniai		
Paslaugų išdėstymo tinklas	Naudojimasis paslaugomis kitame mieste	<p>„Na tai yra mažas miestelis, kartais yra ir kolegų kur pasiūlai tą telefoną ir Klaipėdoje, ir Šiauliuose, ir Vilnių važinėja.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Nu jo, dažniausiai į kitą miestą persirašo &lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p>
	Probleminis susisiekimasis	<p>„&lt;...&gt; bet tai toli važiuoti (nusijuokia). Neprivožinėsi jeigu jau taip reikia dažniau.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; nes dar yra tas nenoras kontaktuoti vieni su kitais ir tas vykimas į namus yra apsunkintas, tai vat šitas tai labai trukdo.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
Informacijos sklaida	Informacijos apie teikiamas paslaugas stoka	<p>„&lt;...&gt; kaimo, rajono vietovėse trūksta tos informacijos ir kad reikėtų kreiptis, kad galima kreiptis pagalbos.“</p> <p>„Kaimuose, kur nėra tiek socialinės reklamos, kur mažiau žmonės matyt naudojasi internetu, tai gal ir trūksta tenai.“ (ASPI – psichiatras)</p>
	Duomenų apsauga	<p>„Tas pasakymas, kad aš čia gydytoja ir kas čia nutiko, turbūt neleistų man išsiaiškinti, kaip kas ten baigėsi.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
	Bendradarbiavimas su kitais suinteresuotais specialistais	<p>„&lt;...&gt; vienas gydytojas jau yra nebepajėgus visko padaryti. Bet jeigu gydytojas pamato problemą tikrai gali pagal savo išsilavinimą ir socialinis darbuotojas ir bendrosios praktikos slaugytojas, tiesiog komandiškai toliau galima.“</p> <p>„&lt;...&gt; mūsų slaugytojos važiuoja į namus &lt;...&gt; Tai jie dar labiau mato, mūsų slaugytojai, tą vidinį, gyvenimišką jų pusę.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Kiek teko su socialiniais darbuotojais pavyzdžiui bendrauti &lt;...&gt;.“</p> <p>„Ten buvo konkrečiai mergaitė, kuriai yra psichoterapija teikiama, ten įsijungusios yra vaiko teisės, atvejo vadyba, soacialiniai darbuotojai ir ten mama, tai iš viso nieko nedaro, tik su socialiniais darbuotojais viskas vyksta, jie ten viskuo pasirūpina.“</p> <p>„&lt;...&gt; aš skambinuosi socialiniam darbuotojui, jeigu tėvai davė numerį ir leido susisiekti, ir tada aš ten</p>

		<p><i>klausinėjuosi kaip kas vyksta šeimoj ir ką jisai turi (šypsosi).“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</i></p> <p><i>„&lt;...&gt; su socialiniais darbuotojais galima susisiekti. Tai jie ištikrųjų pataria kaip geriau &lt;...&gt;“</i></p> <p><i>„&lt;...&gt; šeima, kuri pati sunkiai gali atvykti, nu tai tada mes kreipiamės į socialinius darbuotojus &lt;...&gt; kad jie padėtų atvykti jiems, jeigu tai yra reikalinga &lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</i></p>
--	--	---

**Komunikaciniai veiksniai.** Tyrime dalyvavusių ASPI specialistų nuomone, paslaugų prieinamumą moterims patyrusioms SAA apsunkina, tai, kad jos negali gauti joms reikiamų paslaugų savo gyvenamojoje vietoje, dažnu atveju dėl specialistų trūkumo ar ilgo laukimo laiko. Todėl tenka rinktis paslaugas kitame mieste. Šioje vietoje problema tampa susisiekimas, nes ne visos moterys turi nuosavus automobilius ar geba vairuoti.

Pastebėta informacijos sklaidos problematika. Žvelgiant iš moterų perspektyvos, specialistų teigimu joms trūksta tinkamos informacijos apie teikiamas ir joms reikalingas paslaugas. Pačių asmens sveikatos priežiūros specialistų teigimu, jiems taip pat trūksta aiškios informacijos kas vyksta su pavyzdžiui į policiją nukreipta moterimi. Specialistai negauna jokio atgalinio ryšio. Buvo išryškintas ir glaudus bendradarbiavimas su kitomis institucijomis dirbančiomis su nuo SAA nukentėjusiomis moterimis, tai specialistų teigimu, labai palengvina visą procesą.

**10 lentelė.** Organizaciniai veiksniai darantys įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, moterims patyrusioms SAA.

Kategorija	Subkategorija	Citata
Organizaciniai veiksniai		
Teikiamos paslaugos	Tinkamai teikiamos paslaugos	<p><i>„&lt;...&gt; tiek moterų ir vyrų yra, jie patenka į psichikos sveikatos centrą. Tada jau ten būna labiau pažiūrėti, kompleksiskai jie ten turi ilgesnį laiką ir gali pažiūrėti konsultacijoje.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</i></p> <p><i>„&lt;...&gt;kaikurios poliklinikos turi psichoterapeutą&lt;...&gt;“</i></p> <p><i>„Na Vilniuje tai yra tų paslaugų ir nemažai ir prieinama ir visą kitą.“ „&lt;...&gt;bent jau ten kur aš dirbu &lt;...&gt;tai laukimo nėra&lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</i></p>

		<p>„&lt;...&gt;psichologai, psichoterapeutai, psichiatrai ar socialiniai darbuotojai, vis tiek tai yra specifinis ratas ir jie tikrai yra pasiruošę&lt;...&gt;“</p> <p>„Ir tikrai žinau labai puikių, kurie dirba Kaune, psichikos sveikatos centruose, kurie absoliučiai susipažinę, įsigilinę ir atpažįsta ir ten tėvus nusiunčia ir su vaikų teisėm susisiečia.“ (ASPĮ – psichiatras)</p>
	Operatyvus paslaugos gavimas	„Kai moteris pati pasakė, kad vyras smurtavo, tai tada gydytoja šeimos pranešė policijai<...>“ (ASPĮ – šeimos gydytojas)
	Paslaugos teikimas įprasta tvarka	<p>„Jeigu pavyzdžiui žmogus patyręs, nu kažkokę prievartą ir turi potrauminį streso sutrikimą, aš privalau pranešti policijai &lt;...&gt;“</p> <p>„&lt;...&gt;mes turime pranešti policijai.“</p> <p>„Bet teoriškai, tai mes turėtumėm kreiptis į policiją ir viską pranešti&lt;...&gt;“ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„Bet vis tiek tokiu atveju kaip ir kaip ir neturėjau pasirinkimo, reikėjo pranešti vaikų teisių apsaugai.“ (ASPĮ – vaikų ligų gydytojas)</p>
Apsunkintas paslaugos teikimas bei gavimas	Eilės patekti pas specialistą	<p>„&lt;...&gt;ekspertizų labai labai ilgai laukia. &lt;...&gt; daugiau nei pusę metų laukia, ekspertizės teismo.“</p> <p>„Vilniuje aš dirbu dienos stacionare, tai ten tragiškos eilės &lt;...&gt;tai tikrai labai ilgos eilės yra&lt;...&gt;“ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt;nu praktiškai visi mes turim eilę.“ (ASPĮ – psichiatras)</p>
	Kompleksinių paslaugų trūkumas	„<...>mažai tų paslaugų, tokių jau kompleksinių.“ (ASPĮ – vaikų ir paauglių psichiatras)

**Organizaciniai veiksniai.** Asmens sveikatos priežiūros specialistų teigimu, dalis paslaugų moterims patyrusioms smurtą yra teikiamos tinkamai, operatyviai, tam tikra nustatyta tvarka. Tačiau vis dar pastebimas kompleksinių paslaugų trūkumas bei eilės patekti pas reikiamus specialistus. Ši kliūtis, kaip buvo minėta anksčiau, priverčia moteris kreiptis į specialistus dirbančius kituose miestuose, dalį moterų tai apriboja nuo reikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos gavimo.



**11 lentelė.** Organizaciniai veiksniai, susiję su žmogiškaisiais ištekliais darantys įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, moterims patyrusioms SAA.

Kategorija	Subkategorija	Citata
Organizaciniai veiksniai, susiję su žmogiškaisiais ištekliais		
Smurtinio reiškinių fenomenas	Smurtinio fakto identifikavimas	<p>„Tiesiog aplinkui supranti, kad yra ta problema šeimoje. &lt;...&gt; Nes nu matai, kad visi slepia, o yra akivaizdu. &lt;...&gt; Mes būname aktyvūs &lt;...&gt; pasimato mėlynė, ar tai jam skauda, ar kažkas tai darosi, ar jis ten alpsta, na kažkas tai turi nutikti su sveikata, kad medikui tas vaikas būtų parodomas. &lt;...&gt; Viskas priklauso nuo to kiek būni, kiek tu pats nori giliai lįsti.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Kalbant išaiškėja, kad yra smurtaujama šeimose, bet tai jau renkant anamnezę.“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„Reikia specialisto kažkokio tai pajautimo labai stipriai.“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„Įtarti labai sudėtinga, reikia labai atidžiai mums žiūrėti tuos dalykus, jeigu kažką tik įtari.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
	Smurtinio fakto ignoravimas	<p>„Ir gydytojai kiti nereaguoja sako: „nu (atsidūsta) taip, čia šeimos problemos, čia vat..“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; smurtas prieš mergaites ir berniukus yra ta tema, kur tikrai yra žmonės linkę nematyt, labai nori nematyt, tikrai nepaklausia.&lt;...&gt; Ir net jeigu smurtauja prieš mamą, kažkodėl mano, kad vaikų tai neliečia. &lt;...&gt; Linkę užsimerkti, išvengti problemų, išvengti sprendimų.“ (ASPI – psichiatras)</p>
	Stigmatizavimas	<p>„Stereotipai, tam tikri iš praeities ateinantys, kad tai yra šeimos problema, o šeimos problemų negalima viešinti.“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„Stigmatizacijos klausimas, tu muštas, nemuštas.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„Jeigu mama negali apginti vaiko, vėl tas iškyla klausimas, mūsų visuomenėje baisiai baisus, tarsi visi norėtų tik atiminėti vaikus, o ne juos apsaugoti.&lt;...&gt; Kažkokių tokių komentarų pasakydavo, kurie nuskambėdavo, kaip šaipymasis iš pacientų, kurie lankosi.“ (ASPI – psichiatras)</p>
Veiksniai stabdantys efektyvų SAA identifikavimą	Suinteresuotumo egzistuojančia smurto problema stoka	<p>„&lt;...&gt; kiek patys. Kiek kam yra įdomu, na iš principo gaunasi taip.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p>

	<p>„Galbūt galėtų daugiau sužinoti, bet nežino nuo ko pradėti, daug tų sričių ką ten gilintis.“</p> <p>„Mažai žinių įgavau, daugiau ką savarankiškai susirankiojau.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; bet visa eilė šeimos gydytojų sakysim klausdami apie nemigą, nu neišdrįsta paklausti apie padėtį šeimoj, apie santykius &lt;...&gt; nepaklausia prie to, kad yra labai sudėtinga situacija su tėvu &lt;...&gt; neklausia jaunų ypač &lt;...&gt; net nepaklausia apie santykius su artimu žmogum“ (ASPI – psichiatras)</p>
Blogai organizuotas gydytojų darbas	<p>„Kaip šeimos gydytojui, ta institucija aš galvoju mes esame truputėlį palikti.. nu mes turim labai daug informacijos, mes galim labai daug jos turėti, bet mes kartais neturime kur jos padėti, tos informacijos..&lt;....&gt; nėra to mechanizmo, to tokio išgryninto mechanizmo, kaip mes turėtumėm, kaip sakant vos ne papunkčiui darbuotis &lt;...&gt; Mes ištikrųjų labai daug rašėme vaistų – raminančių vaistų. Ir tai buvo vienas iš lengvesnių būdų padėti žmogui, duoti tabletes ir žmogui gera..“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Darbo daug yra ir to tiesioginio ir gydomojo &lt;...&gt; Žmonės tikrai perdege, manau 50% medikų turi perdegimo sindromą.“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; gydytojai tikrai neturi savo laiko, jie ten labai savo specialybės klausimus glaustai ir trumpai klausinėja, tai jie tikrai neturi laiko išsamiai kažkaip tą išsiaiškinti.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p>
Nepakankama specialistų kompetencija	<p>„Kartais specialistų kompetencija nėra pakankama.“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„Psichologus kai kas turi, bet ten irgi skiriasi ir asmenybės ir kvalifikacijos klausimai ir visa kita.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„Kai ateina pacientai ir pasakoja apie pokalbius su šeimos gydytojais ar chirurgais, tikrai manau, kad yra labai daug nepasiruošusių.“ (ASPI – psichiatras)</p>
Tikslinis specialistų rengimas	<p>„Buvome užsiraše ir kaip įstaiga (dvidešimt žmonių) būtent savižudybių prevencijos mokymuose“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Buvau paramos vaikams centro konferencijoje.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„Yra šeimos gydytojų, kurie baigę ir individualios psichoterapijos kursus, jie yra ir psichoterapeutai ir tokių yra, jų nėra daug, bet jie tikrai yra. Tai jie būna</p>

	<i>tikrai pakankamai pasiruošę. &lt;...&gt; Konferencijos tai taip, artimoje aplinkoje esu dalyvavęs.“ (ASPI – psichiatras)</i>
Tikslinių mokymų poreikis	<p><i>„Kiek patys. Kiek kam yra įdomu, na iš principo gaunasi taip. &lt;...&gt; mes medikai, kaip šeimos gydytojai, mes nesame turėję kažkokių tai mokymų, kurie būtų priklausomai mums, kad mes galėtumėm pasimokinti.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</i></p> <p><i>„Konkrečiai apie smurtą &lt;...&gt; manęs kaip gydytojos rezidentūros metu niekas konkrečiai nemokino, kaip konkrečiai dirbti, ten kažkokių technikų &lt;...&gt; Mažai žinių įgavau, daugiau ką savarankiškai susirankiojau.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</i></p> <p><i>„Iš viso medicinos studijos labai labai iš psichologinės pusės labai ten mažai yra, nors darbas yra bendravimas su žmonėmis, bet pačios psichologijos yra minimalus, labai mažai.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</i></p>
Informacijos apie SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelių stoka	<p><i>„Gal tiesiog trūksta to modelio išaiškinimo patiems medikams. &lt;...&gt; tos sklaidos trūkumas. Tų žinių visiems užtektų, bet sklaida, kad paskui žinotum kur pažiūrėti. &lt;...&gt; Yra buvę tokių atvejų netgi, kaip pats pasijunti tokiu bejėgiu, nes nelabai žinai, kaip reikia teisingai pasielgti.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</i></p> <p><i>„Informacijos tokios kaip nėra baisiai daug, kaip aiškiai, tiksliai ten kam nukreipti. Ir kas tada bus ir kaip tada...“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</i></p>
Grėsmė gydytojo saugumui/ baimė	<i>„&lt;...&gt; o vyras gąsdina gydytoją, jeigu nepanaikinsi, tai susidorsime (šypteli). &lt;...&gt; gaunasi irgi ne visai apsaugotas.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</i>
Neadekvatus atlygis už gydytojo darbą	<i>„&lt;...&gt; dauguma žmonių, kurie tampa kvalifikuotais tikrai, jie nesutinka dirbti už ligonių kasų siūloma kainą, nes tai nėra adekvatu. Nu niekaip nėra adekvatus &lt;...&gt;“ (ASPI – psichiatras)</i>

**Organizaciniai veiksniai, susiję su žmogiškaisiais ištekliais.** ASPI specialistų teigimu, jie stengiasi būti aktyvus ir pastebėti, kad ir mažiausias detales, kurios leistų įtarti, kad moteris patiria SAA. Tačiau taip dirba ne visi specialistai. Buvo pateikta pavyzdžių, kaip ASPI specialistai teikdami moterims patyrusioms smurtą paslaugas sumenkindavo ir nuvertindavo jų patirtis, tai versdavo jas pasijausti nejaukiai.

Tyrimo dalyviai išryškino ir keletą svarbių veiksnių, kurie jiems trukdo suteikti geresnes paslaugas moterims patyrusioms SAA. Visi šie veiksniai susiję su žmoniškųjų išteklių stoka. Išryškintas egzistuojantis menkas suinteresuotumas smurto problema medikų tarpe. Dažnu atveju tam įtakos turi specialisto nekompetencija smurto tematikoje, laiko trūkumas – tai vienas iš veiksnių rodančių, prastai organizuotą gydytojų darbą. Akcentuotas ir informacijos trūkumas apie SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelį. Tyrimo dalyviai taip pat minėjo, kad siekiant pagerinti specialistų kompetencija smurto klausimais yra būtina organizuoti tikslinius mokymus, nes dabar specialistai šia tema domisi asmeniškai, jeigu tai jiems atrodo aktualu.

Tyrimo metu išryškėjo ir du veiksniai, labiau sietini su asmeniniais gydytojų nuogastavimais. Tai baimė dėl savo saugumo bei iškilusi grėsmė, kai įsitraukiama į šeimos patiriančios smurtą santykius. Ir be abejo motyvaciją dirbti labiau prieinamose moterims vietose, tokiose, kaip poliklinikos mažina neadekvatus siūlomas valstybės atlygis už gydytojo darbą.

**12 lentelė.** Lūkesčiai galintys pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą artimoje aplinkoje smurtą patyrusioms moterims.

Kategorija	Subkategorija	Iliustracija
Lūkesčiai galintys pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą		
ASPI specialistų kompetencijos kėlimas bei pagalbinės priemonės	Specialisto kompetencijų tobulinimas	„Tobulinis tai visą laiką <...> Pradėti aišku reikėtų nuo savęs, tai nuo mokymų. Kaip atpažinti <...>“ (ASPI – psichiatras) „<...> gal per kažkokias konferencijas daugiau žinių įgytum ar per kažkur..“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras) „<...>supažindinami tie specialistai, kurie galimai dirbtų.“ „Tai tie mokymai tai tikrai taip, reikalingi.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)
	Atskiras laikas skirtas tobulinimuisi/motyvacija	„Yra šešios darbo valandos, penki pacientai, ir šešta darbo valanda yra savęs tobulinimui <...> Motyvuoja <...> jeigu parašyta, kad bus išduoti sertifikatai, atitinkamai pripažinti medicinos fakulteto, kaip tobulinimosi valandos.“ (ASPI – psichiatras) „<...> jie gauna ten už jas tas valandas – kvalifikacijos kėlimo, tai kodėl į kokią konferenciją neįtraukus tenais apie vaikų sveikatą, tarkim vieną punktą, kaip atpažinti smurtą.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)
	Bendro psichologinio raštingumo kėlimas	„bendras psichologinis išprusimas <...> keitimas pačių gydytojų, šeimos gydytojų, jų pačių požiūrio į psichologinius dalykus.“ (ASPI – psichiatras)
	Schemų ir algoritmų svarba kasdieniniame darbe	„Algoritmas bet kokių atveju yra gerai. <...> Iš principo algoritmas būtų pats geriausias įrankis.“ (ASPI – šeimos gydytojas)

		<p>„&lt;...&gt; keliais punktais, kad aiškiai vat taip, tai tikrai galėtų kiekvienas gydytojas pas save ar ten ant stalo ar ten kompiuteryje ar kažkur tokį, galėtų turėti.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; algoritmai, - jie mažina kūrybingumą &lt;...&gt; nemanau &lt;...&gt;“ (ASPI – psichiatras)</p> <p>„&lt;...&gt; ir tam atpažinimui ir kaip toliau vystyti tą jeigu įtari kažką negero, kad būtų ar tai veiksmų planas, kad turėtum žmogų į kurį galėtum kreiptis ir tada jau atsižvelgiant į tą konkrečią situaciją &lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
	Pagalbinė komanda	<p>„Aš manau, kad labai socialiniai darbuotojai, psichologai, kad tokia komanda, tai turbūt būtina turėtų būti. &lt;...&gt; norėtusi turėti tokią, kaip komadą &lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
Tarpinstitucinio bendradarbiavimo svarba	Tarpinstitucinio bendradarbiavimo poreikis	<p>„Veiktų kažkokia tai tarnybinė, tarpinstitucinė, kad aš ištikrųjū, kaip šeimos daktaras, galbūt pastebėjau, pagalvojau apie tai ir galėčiau kažkur pranešti &lt;...&gt; Komunikavimas ir tarp medikų, ir švietimo institucijų turėtų būti galbūt.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Tarpinstitucinis bendradarbiavimas, informacijos šiek tiek sklaida.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p> <p>„Norėtusi kažkokio to atgalinio ryšio.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)</p>
	Kompleksiškai teikiama pagalba	<p>„Pagalbos galbūt reikia ne tik nukentėjusiam, bet ir smurtautojui. Kad būtų kompleksiskai pažiūrėta į tą problemą, iš kur visa tai kyla.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p>
	Nukentėjusio asmens apsauga	<p>„Prioritetas, nesvarbu nuteisim, nenuteisim (juokiasi) tą kaltininką, svarbu, kad nukentėjęs būtų apsaugotas.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p>
	Didinti savivaldybių ir seniūnijų įsitraukimą	<p>„Iniciatyvos atneštos iš Vilniaus į seniūnijas kaimo regionų. &lt;...&gt; o vat kaip seniūnijos gali daugiau kalbėti apie tai, kad tai nepateisinama, kad negalima to toleruoti.“ (ASPI – psichiatras)</p>
	Didinti bažnyčios vaidmenį smurto prevencijos srityje	<p>„Bažnyčiose galėtų būti kalbama, kad žmonės, jeigu Jums kas nors sako, kad tu kaviša, kad Tu esi pati kalta, kad aš geriu dabar, kad jeigu tu išsiskirsi Tau bus dar blogiau. Pasakytų: „Netikėkit, čia yra smurtas, prieš Jus smurtaujama.“ (ASPI – psichiatras)</p>
	NVO įsitraukimas	<p>„Didesnės iniciatyvos iš organizacijų, kurioms rūpi šitie dalykai ir kurios gali tas iniciatyvas paskleisti ir po rajonus.“ (ASPI – psichiatras)</p>
	Didinti Visuomenės sveikatos biurų vaidmenį smurto prevencijos srityje	<p>„Sveikatos biurai ir mokymus dėl savižudybių prevencijos organizuoja &lt;...&gt; apjungti galbūt visą tą, kas eina, kaip saulės spinduliai. Nes jie gal ir turi tą tokį įrankį, ir prie vienos, ir prie kitos sistemos formaliai prisišlieti.“ (ASPI – šeimos gydytojas)</p> <p>„Jie gali ir informacijos sklaida užsiimti &lt;...&gt; toks pirmas žingsnis žmogaus, kuris nenori kreiptis į gydymo įstaigą ar kažkokį psichologą &lt;...&gt;“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)</p>

		„<...> paskleisti plačiau visuomenei <...>“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)
	Didinti ugdymo įstaigų vaidmenį smurto prevencijos srityje	„Mokykla irgi yra ta sritis, kur matomi tie vaikučiai. Jie ilgai matomi, stebimi auklėtojų<...> psichologinis smurtas ir tą ištikrųjų labai gerai galima pamatyti per vaikus.“ (ASPI – šeimos gydytojas) „Informacija, kurią gauna mokyklose <...> būtų taip aiškiai paaiškinama <...> žmonės saugiau jaustųsi kreiptis <...> bendrai informacijos sklaida populiacijai, kur jie gali kreiptis, ką jie gali gauti, kas tada bus, galbūt mokyklose mergaitės ar jaunesnio, ar paauglystės amžiaus.“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras) „<...> šviesti <...> vaikam, kad po to vaikai galėtų patys kreiptis nemokamos pagalbos.“ (ASPI – psichiatras)
Informacijos sklaida visuomenei	Tėvų švietimas ir mokymas	„Labai svarbu tėvų jautrumą vaikams šviesti, kiek tai įmanoma.“ (ASPI – psichiatras)
	Informacijos sklaida	„Galėtų būti informacijos kažkokia sklaida, nu ir man atrodo, kad žmogui visada svarbu žinoti, kas bus <...> bendrai informacijos sklaida populiacijai <...>“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras) „<...> labai daug kam yra išgelbėję gyvenimus kad atėję specialistai ane, psichologai, jie apie tai pasakojo, šnekėjo, kad tai buvo normalu.“ (ASPI – psichiatras)
	Socialinių reklamų nauda	„Vilniuje, tos socialinės reklamos. Nu patiko man visai stotelėse <...>“ (ASPI – psichiatras) „<...> televizoriu <...> prieš smurtą tiesiog buvo kažkokia reklama.“ (ASPI – vaikų ligų gydytojas)
ASPI specialistų kokybiško darbo užtikrinimas	Apibrėžta darbo tvarka	„Vieninga sistema, kaip šitas yra daroma. <...> sistema, nu ji kažkaip gali keistis, tos detalės, bet pats principas vis tiek turėtų būti.“ (ASPI – šeimos gydytojas) „Norėtusi aiškiai žinoti kas bus jeigu ten praneši policijai ar dar kažkam, ar vaikų teisėms <...>“ (ASPI – vaikų ir paauglių psichiatras)
	Didesnė gydytojų alga	„Jeigu tas finansavimas specialistų būtų kitoks, mes turėtumėm daugiau jų kvalifikuotų <...> Prieinamumas būtų, jeigu būtų adekvatus mokėjimas, jeigu, ar tai ligonių kasos, ar tai kažkas, ištikro skaičiuotų realių kainą.“ (ASPI – psichiatras)
	Suderintas darbo ir poilsio režimas	„Dirbam su labai sunkiais dalykais, pailsėti, turim pakankamai skirti tam laiko ir neturim to atmesti į šoną.“ (ASPI – psichiatras)

**Lūkesčiai galintis pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą artimoje aplinkoje smurtą patyrusioms moterims. ASPI specialistai dalindamiesi savo įžvalgomis bei patirtimi apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų**

prieinamumą moterims patyrusioms SAA nepamiršo pasidalinti ir galimais esamos situacijos sprendimo būdais.

Kaip jau buvo minėta anksčiau, prie egzistuojančių kliūčių, kaip reikalinga veiksmą specialistai išryškino gydytojų bei būsimų medikų švietimą smurto tema bei pažymėjo būtinybę kelti bendrą specialistų psichologinį raštingumą. Kaip pagalbą pačiam specialistui, tyrimo dalyviai išskyrė atskirą laiką skirtą mokytis ir kelti savo kvalifikaciją, taip pat kasdieniniame darbe padėtų aiškių schemų ir algoritmų sukūrimas bei pagalbines specialistų pagalba.

Kaip ir daugelyje sričių, didelę svarbą užima tarpinstitucinis bendradarbiavimas, o siekiant pagelbėti smurtą patyrusioms moterims jis yra be galo svarbus. Tyrimo dalyvių teigimu paslaugos turėtų būti teikiamos bendradarbiaujant su kitomis institucijomis ir kompleksiskai, nepamirštant išlaikyti nukentėjusių moterų saugumą. Specialistai pasidalino įstaigomis, kurias matytų, kaip svarbias siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą moterims patyrusioms SAA. Jų nuomone reikėtų skatinti savivaldybių, seniūnijų, nevyriausybinių organizacijų įsitraukimą, taip pat didinti ugdymo įstaigų, visuomenės sveikatos biurų bei bažnyčios vaidmenį smurto prevencijos srityje.

Vienas iš veiksnių galinčių padėti pagerinti esamą situaciją būtų visuomenės švietimas, ypatingą dėmesį skiriant informacijos sklaidai, socialinėms reklamoms.

Be jau minėtų svarbių dalykų, ne ką mažiau svarbus būtų ir pačių ASPĮ specialistų kokybiško darbo ir jos aplinkos užtikrinimas. Jiems padėtų apibrėžta darbo tvarka ir vieninga teisinė sistema, taip pat suderintas darbo ir poilsio režimas bei didesnis atlygis už atliktą darbą.

## 5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime buvo kombinuotos dvi tyrimo metodikos – kiekybinis bei kokybinis tyrimai, kurie pagilina vienas kito rezultatus.

Per pastaruosius 12 mėnesių daugiau nei pusė (57,6 proc.) visų apklaustų specialistų, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas bent kartą susidūrė su moterimi patyrusia SAA. Tuo tarpu Australijoje atlikto tyrimo rezultatais 37,5 proc. respondentų per paskutinius 6 mėnesius nesiteiravo nei vienos moters apie patiriamą SAA, 58,0 proc. pranešė, kad tikrino moteris dėl SAA. [96]. Dauguma tyrimo dalyvių, įtarę, kad moteris patyrė SAA, jos paklaustų „Ar tikrai buvo patirtas smurtas?“, maža dalis (3,2 proc.) norėtų paklausti, bet nežino, kaip užduoti tinkamą klausimą. Kanadoje atlikto tyrimo duomenimis 16,4 proc. skubiosios pagalbos specialistų niekada neklausė moters ar ji patyrė SAA, 83,6 proc. klausė, kai manė, jog tai yra reikalinga, tačiau nei vienas specialistas to nesiteiravo reguliariai. 45,5 proc. tyrime dalyvavusių respondentų nežinojo, kaip interpretuoti SAA laukelį, jei jis būtų teigiamas [82]. Interviu metu buvo taip pat pastebėta, kad ASPĮ specialistams reikia laiko problemos identifikavimui. Pasitaiko, kad gydytojas tai supranta iš bendro moters situacijos konteksto, jos noro malšinti simptomus vaistais ar konsultacijomis su kitais specialistais. Dažnai tai priklausė ir nuo pačio specialisto noro ir įsijautimo į pacientės problemą. Nors specialistai ir empatiškai reaguoja į moterų patiriamą smurtą, tačiau pažymėtina, kad dalis specialistų ignoruoja smurtinį faktą. Taip pat specialistai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros paslaugas gana atsainiai žiūri į patį smurtinį faktą bei smurtą patyrusią moterį. 2019 m. Turkijoje atlikto tyrimo duomenimis pirminėse ASPĮ SAA yra identifikuojamas gana dažnai, tačiau daugiau nei trečdalis šeimos gydytojų sureagoja netinkamai. Viena iš priežasčių buvo specialistų vidinis įsitikimas, kad moteris patyrusi smurtą ir toliau gyvens su smurtautoju, todėl bet koks pranešimas jiems atrodė neveiksmingas [55]. Ispanijoje [109] apklaustų sveikatos priežiūros specialistų nuomone, šalyje esant kriziniam laikotarpiui moterims sunkiau palikti smurtaujančią partnerį. Taip pat, specialistų nuomone, griežtos taupymo priemonės, taikomos pirminės sveikatos priežiūros srityje, neigiamai paveikė jų galimybes aptikti ir tinkamai prižiūrėti SAA atvejus dėl didelio darbo krūvio, sumažėjusių žmogiškųjų išteklių, prarandant išteklius, kuriuos būtų galima nukreipti darbui su moterimis. Siekiant pašalinti šias kliūtis, sveikatos specialistų motyvacija vaidino gyvybiškai svarbų vaidmenį reaguojant į SAA. Institucijos pastangos organizuoti informuotumo programas ir mokymus, siekiant pagerinti ir skatinti ankstyvą moterų patyrusių smurtą diagnostiką, priežiūrą ir rehabilitaciją, negali būti



nutrauktos krizės metu, o pirminės sveikatos priežiūros centrai turėtų palengvinti sveikatos priežiūros specialistų prieigą prie šių programų. Su panašiais sunkumais buvo susidurta ir COVID – 19 pandemijos metu, kuomet padaugėjo SAA patiriančių moterų bei paslaugos tapo sudėtingiau prieinamos, dalis jų persikėlė į nuotolinį formatą [14,15]. Hegarty K. ir kt. atliktame tyrime yra teigiama, kad ASPĮ specialistų pasirengimas, nuostatos ir požiūris į SAA labai stipriai priklauso nuo sveikatos sistemos palaikymo, suinteresuotumo smurto tema [51].

Tyrimo dalyviai išryškino ir keletą svarbių veiksnių, kurie trukdo suteikti geresnes paslaugas moterims patyrusioms SAA. Visi šie veiksniai susiję su žmogiškųjų išteklių stoka. Išryškintas egzistuojantis menkas suinteresuotumas smurto problema medikų tarpe. Dažnu atveju tam įtakos turi specialisto nekompetencija smurto tematikoje, laiko trūkumas – tai vienas iš veiksnių rodančių, prastai organizuotą gydytojų darbą. Kelių tyrimų rezultatai atskleidė, kad sveikatos priežiūros darbuotojų laiko trūkumas ir nepakankamas pasirengimas yra viena iš kliūčių, trukdančių gauti geresnę sveikatos priežiūrą moterims, kenčiančioms nuo SAA [53,110]. Goicolea ir kt. patvirtina darbo su moterimis orientuoto požiūrio svarbą integruojant atsaką į SAA. Sunku, kai konsultacijos laikas yra trumpas arba kai pirminės sveikatos priežiūros komandai trūksta tinkamų mokymų jai atlikti [74]. Akcentuotas ir informacijos trūkumas apie SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelį. Informacijos apie teikiamas paslaugas, galimus pagalbos šaltinius trūkumas išryškintas ir rajono bei kaimo vietovėse gyvenančioms moterims. Sveikatos raštingumas apibrėžiamas kaip būtinos kompetencijos priimti gerai pagrįstus sprendimus. Kadangi pacientų sprendimų priėmimas yra pagrindinis į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros elementas, pacientų sveikatos raštingumo įžvalga gali padėti sveikatos priežiūros specialistams atitinkamai organizuoti jų priežiūrą. Tai ypač svarbu asmenims, esantiems pažeidžiamoje situacijoje, galintiems turėti ribotą sveikatos raštingumą, kuriems, pavyzdžiui, yra didesnė rizika, kad jiems bus suteikta ribota prieiga prie tinkamos priežiūros [111,112]. Tyrimo dalyviai taip pat minėjo, kad siekiant pagerinti specialistų kompetencija smurto klausimais yra būtina organizuoti tikslinius mokymus, nes dabar specialistai šia tema domisi asmeniškai, jeigu tai jiems atrodo aktualu. Anketinės apklausos rezultatai parodė, kad maža dalis specialistų (21,7 proc.) turi pakankamai žinių smurto prevencijos klausimais bei per pastaruosius dvejus metus net 8 iš 10 nėra dalyvavę smurto prevencijos ir atpažinimo mokymuose. Ankstesni tyrimai parodė, kad tose vietose, kur medicinos personalas turėjo smurto atpažinimo mokymus, smurto nustatymas asmeninių apklausų metu padvigubėjo [113]. Atliktas tyrimas taip pat parodė, kad bei beveik pusė

specialistų (44,2 proc.) nežinojo ar ASPĮ, kurioje jie dirba yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo SAA patyrusiems rekomendacijos. Tačiau didelė dalis specialistų (67,3 proc.) žino, kur galėtų rasti reikiamą informaciją smurto prevencijos klausimais.

Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad didžioji dauguma ASPĮ specialistų pritarė, kad įstaigose, kuriose jie dirba yra sudaromos vienodos galimybės moterims patyrusioms smurtą gauti paslaugas kaip ir kitiems pacientams (92,6 proc.), teikiamos reikiamos ir tinkamos paslaugos (78,8 proc.), paslaugos teikiamos laiku (82,0 proc.), paslaugos orientuotos į žmogų (90,3 proc.) bei darbo organizavimas vykdomas tinkamai (75,1 proc.). Panašūs rezultatai gauti ir kokybinio tyrimo metu, specialistų teigimu asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos, suteikiamos gana operatyviai, gali būti kompensuojamos iš savivaldybės ar valstybės lėšų, tačiau pastebimas ilgas paslaugos laukimo laikas, kompleksinių paslaugų trūkumas, ypač nemokamų paslaugų bei psichologinės pagalbos. Būtent dėl šių priežasčių, dažnu atveju moterys renkasi privačias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, siekdamos apeiti ilgas paslaugos laukimo eiles, gauti kokybiškesnę paslaugą ar išlaikyti savo konfidencialumą. Ypatingai konfidencialumą siekia išlaikyti moterys užimančios labai aukštas darbinės pareigas. Vieno iš psichologo teigimu, bet koks įrašas sveikatos istorijoje apie turimą net ir menkiausią sutrikimą (įtakotą patirto ar vis dar patiriamo SAA) gali sugriauti moters karjerą. Tai patvirtina ir vienas atliktas tyrimas, kuris nustatė, kad nemaža dalis ASPĮ specialistų mano, kad SAA dažnu atveju patiria tik moterys gyvenančios žemesniame socialiniame sluoksnyje [56]. Valstybinio audito užsakymu atlikto tyrimo metu [114] gyventojų prašyta nurodyti svarbiausius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančius kriterijus ir išskirti problemiškesnius. Gyventojai šių paslaugų kokybę labiausiai sieja su medicinos personalo profesionalumu (52,0 proc.) ir veiksmingu gydymu (55,0 proc.), o pagrindine problema laiko dideles eiles pas gydytojus (55,0 proc.) bei specialistų profesionalumo ir efektyviai parinkto gydymo aspektus. Ministerijai, savivaldybėms ir gydymo įstaigoms neatliekant detalesnių pacientų patirties ir lūkesčių vertinimų, neturima objektyvaus grįžtamojo ryšio iš pacientų apie jiems suteiktų paslaugų kokybę, nežinomi pacientų lūkesčiai, kad į juos galima būtų atsižvelgti priimančiam sprendimams, išspręsti kylančias problemas ir tobulinti paslaugų teikimą. Tai lemia mažėjančių pacientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe.

Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad siekiant palaikyti SAA patyrusias moteris ir joms suteikti tinkamą pagalbą, daugumos specialistų nuomone, svarbiausi veiksniai yra: moters nukreipimas specializuotai kompleksinei pagalbai, parodymas, kad specialistas tiki moters

žodžiais ir supranta ją, išklausymas, pasiteiravimas apie moters poreikius ir rūpesčius, moterų saugumo sustiprinimas. O daugiau nei pusė (63,6 proc.) tyrimo dalyvių SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelyje kaip svarbiausią elementą išskyrė tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Interviu metu ASPĮ specialistai taip pat pabrėžė tarpinstitucinio bendradarbiavimo svarbą, paslaugų kompleksiskumą. Jų manymu į šį procesą turėtų įsijungti tokios institucijos kaip: savivaldybės, seniūnijos, visuomenės sveikatos biurai, ugdymo įstaigos, bažnyčia. Bendradarbiavimas su komanda, norint gauti paramą ir specializuotų patarimų, yra pagrindinis bet kurios srities praktikos principas [115]. Hegarty ir kt. atlikto tyrimo metu nustatyta, kad bendradarbiavimas tiek ligoninės viduje tiek su išorės tarnybomis suteikiant galimybes kalbėtis kartu, ugdant bendrą supratimą apie jų vaidmenis ir integruotą koordinuotą priežiūrą, pagerino asmenų, patyrusių smurtą, priežiūrą [116]. Informacijos sklaida plačiajai visuomenei ne tik sumažintų stigmatos reiškinį šia tema, bet ir suteiktų daugiau informacijos, palengvintų paslaugų prieinamumą. Specialistai tyrimo metu išreiškė nuomonę, kad ASPĮ specialisto kompetencijų kėlimas, mokymasis bei pagalbinių priemonių suteikimas be galo palengvintų ir paspartintų tinkamą paslaugų suteikimą moterims nukentėjusioms nuo SAA. eSveikata (angl. eHealth) vis labiau populiarėja visame pasaulyje [117]. Stigmatizuojančioms ir traumuojančioms patirtims, kaip pavyzdžiui intymaus partnerio smurtui, eSveikata yra puikus pasirinkimas, nes tai lengvai pasiekama, garantuoja anonimiškumą ir nereikalauja gyvo kontakto (angl. Face-to-face) [118]. Ši paslauga turi potencialą pasiekti didžiulį, SAA patyrusių moterų skaičių. Kai kuriose šalyse eSveikatos paslaugos SAA patyrusioms moterims jau sėkmingai veikia, pavyzdžiui I-DECIDE Australijoje [119], *isafe* Naujojoje Zelandijoje [120], IRIS Jungtinėse Amerikos Valstijose [121], iCAN Kanadoje [122]. Suteikiama informacija apie smurtą bei pagalbos galimybes.

Smurto tema reikėtų pradėti kalbėti jau medicinos studijų metais, suteikti šiam fenomenui pakankamai dėmesio bei svarbos. Siekiant sumažinti galimybę susiformuoti nepagrįstiems įsitikinimams, kurie ateityje galėtų turėti neigiamos įtakos teikiamos paslaugos kokybei. Gajūs mitai yra, kad moteris yra pati kalta ir ji vis tiek grįš pas smurtaujantį partnerį, taip pat įvairūs seksistiniai įsitikinimai ar manymas, kad dėl to kaltas alkoholio ar narkotikų vartojimas. Vienas iš atliktų tyrimų nustatė tiesioginį ryšį tarp sveikatos priežiūros specialistų turimų seksistinių įsitikinimų ir mažesnio smurto prieš moteris atvejų aptikimo [60]. Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad reikėtų organizuoti mokymus, konferencijas šia tema, padaryti jas patrauklias ASPĮ specialistams. Reikėtų nepamiršti kelti ir bendrą specialistų psichologinį raštingumą ir tai pradėti

kuo ankstesniuose medicinos studijų kursuose. Tyrimai rodo, kad gebėjimas tinkamai, empatiškai bendrauti, paklausti reikiamų klausimų stipriai prisideda prie geresnio specialistų pasirengimo atpažinti SAA ir į jį sureaguoti profesionaliai [51]. To svarbą pabrėžia ir atlikti tyrimai, kurių teigimų sveikatos priežiūros specialisto vaidmuo pacientams kelią pasitikėjimo jausmą, kas palengvina bendradarbiavimą ir SAA identifikavimą [68,69]. Buvo išsakytas poreikis, kad specialistai savo kompetencijos kėlimo kursams ir panašioms dalykams galėtų turėti atskirą laiką darbo metu. Vieno iš gydytojų teigimu, vienoje iš Skandinavijos šalių yra taikomas toks modelis, kad specialistas tam tikrą valandų skaičių konsultuoja pacientus, o kelios valandos darbo pabaigoje yra skirtos kompetencijų tobulinimui, kursams, savarankiškam mokymuisi ir pan. Aišku, sukurtos schemos, algoritmai bei pagalbinių specialistų komanda (psichologas, socialinis darbuotojas, apmokyta slaugytoja) palengvintų paslaugos suteikimą, paslaugos taptų kokybiškesnės. Smurto patikra (ang. *Screening*) kartu su pagrindinėmis terapinėmis intervencijomis, tokiomis kaip konsultavimas, psichoterapija bei švietimas, atliktų tyrimų metu parodė neblogų rezultatų [123,124,125]. O tinkamas bendradarbiavimas gali pagerinti komandos narių tarpusavio santykius, gydymo rezultatus, paslaugų kokybę, lėtinių ligų kontrolę, profilaktinių programų kokybę, paciento lūkesčių tenkinimą [126]. Svarbu nepamiršti, kad tiksliai apibrėžta darbo tvarka, didesnis atlygis, bei subalansuotas gydytojų darbo ir poilsio režimas neginčijamai pridėtų daugiau motyvacijos jų darbe.

**Tyrimo privalumai ir trūkumai.** Tyrimo privalumu laikyčiau tai, kad buvo taikyta mišri tyrimo strategija, leidusi susieti kiekybinio ir kokybinio tyrimo rezultatus bei gautus rezultatus analizuoti kompleksiskai. Galiu teigti, kad pavyko pasiekti tikslingo duomenų įsotinimo kokybiniame tyrime. Tyrimo trūkumu laikyčiau, tai, kad stebėtas mažesnis įsitraukimas į kiekybinį tyrimą, tikėtina dėl susiklosčiusių nepalankių aplinkybių įtakotų COVID – 19 pandemijos ir dėl to padidėjusio ASPĮ specialistų darbų apkrovos. Tačiau pavyko pasiekti visai neblogą specialistų atsaką.

## 6. IŠVADOS

1. Per pastaruosius 12 mėnesių daugiau nei pusė apklaustų specialistų, teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas bent kartą susidūrė su moterimis patyrusiomis SAA. Daugiau nei pusė apklaustųjų žino, kur galėtų rasti reikiamos informacijos smurto prevencijos klausimais, tačiau per pastaruosius dvejus metus net 8 iš 10 nėra dalyvavę smurto prevencijos ir atpažinimo mokymuose. Dauguma apklaustų specialistų įtarę, kad moteris patyrė SAA, jos apie tai paklaustų, kiti norėtų paklausti, bet nežino, kaip užduoti tinkamą klausimą. Didžioji dauguma specialistų identifikavo 6 iš 11 fizinius ir 9 iš 10 psichologinių / elgesio smurto požymius. Didžioji dalis tyrimo dalyvių SAA atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelyje kaip svarbiausią elementą išskyrė tarpinstitucinį bendradarbiavimą, taip pat siekiant palaikyti SAA patyrusias moteris bei suteikti joms tinkamą pagalbą, svarbiausi veiksniai yra: moters nukreipimas specializuotai kompleksinei pagalbai, parodymas, kad specialistas tiki moters žodžiais ir supranta ją, išklausymas, pasiteiravimas apie moters poreikius ir rūpesčius, moterų saugumo sustiprinimas.
2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas artimoje aplinkoje smurtą patyrusioms moterims buvo nagrinėtas sveikatos priežiūros specialistų požiūriu. Gauti rezultatai apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą buvo sustambinti į keturias temas: ekonominis, komunikacinis, organizacinis bei organizacinis prieinamumas susijęs su žmogiškaisiais ištekliais. Taip pat išryškėjo ir penkta tema: lūkesčiai galintys pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą artimoje aplinkoje smurtą patyrusioms moterims.
  - 2.1. Esama nemokamų paslaugų, tačiau taip pat išskirtas nemokamų bei kompleksinių paslaugų trūkumas bei naudojimasis privačiomis sveikatos priežiūros paslaugomis dėl nemokamų paslaugų stygiaus, eilių bei siekiant konfidencialumo. Kai kurios paslaugos kompensuojamos iš savivaldybės ar valstybės lėšų.
  - 2.2. Komunikacinį paslaugų prieinamumą blogina, galimybės gauti paslaugas vietoje stoka. Paslaugos gavimą apsunkina prastas susisiekimasis, dažniausia priežastis transporto priemonės nebuvimas ir tolimi atstumai. Kaimiškose vietovėse nėra daug informacijos apie SAA, ne visi turi prieigą prie interneto.
  - 2.3. Organizaciniu paslaugos prieinamumo aspektu, paslaugos yra suteikiamos tinkamai ir operatyviai, tačiau ne visos paslaugos atitinka pacienčių poreikius (specialistai nerimtai

žiūri į moters patirtą smurtą, išsakomos nepagarbios, moters savivertę menkinančios replikos). Paslaugos moterims patyrusioms SAA nėra teikiamos išskirtinai kitaip nors ASPĮ specialistams yra numatyta specifinė paslaugos teikimo tvarka. Pažymėtina, kad yra eilės pas specialistus.

- 2.4. Atsižvelgiant į organizacinę paslaugų prieinamumą susijusį su žmogiškaisiais ištekliais pastebėta, kad specialistai stengiasi atpažinti SAA, tačiau smurtinis faktas vis dar ignoruojamas, gan atsainiai žiūrima į patį smurtą bei smurtą patyrusią moterį. Pastebima egzistuojanti stigma gydytojų tarpe prieš moteris patyrusias SAA. Specialistams trūksta žinių ir kompetencijos smurto atpažinimo, prevencijos klausimais, dėl ko ne visi smurto atvejai būna išaiškinti arba specialistai nežino kaip tinkamai reaguoti į smurtinę situaciją.
- 2.5. Pasak ASPĮ specialistų esamą situaciją galėtų pagerinti: esamų ir būsimų medikų švietimas smurto tema, bendro psichologinio raštingumo kėlimas, pagalbines medžiagas suteikimas (schemos, algoritmai), atskiras, reglamentuotas laikas mokymuisi. Svarbią vietą užima tarpinstitucinis bendradarbiavimas, visuomenės švietimas bei pačių ASPĮ specialistų tam tikrų poreikių užtikrinimas (apibrėžta darbo tvarka, suderintas darbo ir poilsio režimas, didesnis atlyginimas).

## **7. REKOMENDACIJOS**

### **Mokymo įstaigoms rengiančioms sveikatos priežiūros specialistus**

Įtraukti į mokymų programas užsiėmimus, kurie didintų būsimų specialistų bendrą psichologinį raštingumą, jų gebėjimus atpažinti smurtą, informuoti bei suteikti pagalbą moterims nukentėjusioms nuo SAA.

### **Psichikos sveikatos centrams**

Pagal kompetenciją parengti ir nuolat pagal naujausias oficialias rekomendacijas atnaujinti metodinę medžiagą, skirtą ASPĮ specialistams, smurto prieš moteris artimoje aplinkoje bei bendro psichologinio raštingumo temomis, taip pat periodiškai organizuoti kvalifikacijos tobulinimo mokymus.

### **Savivaldybių visuomenės sveikatos biurams**

Didinti vaidmenį smurto prevencijos srityje. Daugiau šviesti visuomenę smurto prieš moteris artimoje aplinkoje tema. Informuoti apie atpažinimo, pagalbos, informacijos suteikimo būdus, didinti bendrą psichologinį raštingumą ir tai vykdyti cikliška nuolatos.

### **Ugdymo įstaigoms**

Didinti vaidmenį smurto prevencijos srityje. Daugiau šviesti vaikus bei mokytojus smurto prieš moteris ir mergaites artimoje aplinkoje tema. Informuoti apie atpažinimo, pagalbos, informacijos suteikimo būdus, didinti bendrą psichologinį raštingumą ir tai vykdyti cikliška nuolatos.

### **Savivaldybėms ir seniūnijoms**

Didinti įsitraukimą SAA prieš moteris prevencijos srityje. Savivaldybėms ir seniūnijoms bendradarbiauti tarpusavyje, dalintis gerąja praktika.

### **Nevyriausybiniams organizacijoms**

Didinti įsitraukimą SAA prieš moteris prevencijos srityje. Inicijuoti ir vykdyti socialines akcijas ir reklamas prieš moterų SAA.

### **Žiniasklaidai**

Masinėse informacijos priemonėse atkreipti dėmesį į SAA prieš moteris problemos mastą. Skleisti žinią visuomenei, kad tai nėra vienos moters ar tik jos šeimos problema, parodyti kad tai yra visuomenės sveikatos problema, kurią reikia spręsti.

## 8. NAUDOTI LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. XI-1425 Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.400334/asr> [žiūrėta 2022 m. vasario 12 d.].
2. Cluss PA, Chang JC, Hawker L ir kt. The process of change for victims of intimate partner violence: support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues*. 2006;16(5):262–74. pmid:17055379.
3. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, editors. *Health behaviour and health education theory research and practice*. 4th ed. San Francisco: Wiley Imprint; 2008. p. 97–118.
4. I-552 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/asr> [žiūrėta 2021 m. sausio 12 d.].
5. Vasiliauskienė H. L., Dirmotaitė E, Vasiliauskaitė Z. Metodinės rekomendacijos specializuotos pagalbos centrų darbuotojams, savanoriams bei apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymą įgyvendinančių institucijų darbuotojams ir specialistams. Vilnius; 2017. Prieiga per internetą: <http://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/veiklos-sritys/seima/seimos-politika/Metodin%C4%97s%20rekomendacijos%202018.pdf> [žiūrėta 2021-11-30].
6. World Health Statistics. Copenhagen: WHO; 2016. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en> [žiūrėta 2021-11-28].
7. Keiskime mūsų pasaulį: Darnaus vystymosi darbotvarkė iki 2030 metų. Niujorkas: JT; 2015. Prieiga per internetą: <http://am.lrv.lt/lt/veiklos-sritys-1/es-ir-tarptautinis-bendradarbiavimas/darnus-vystymasis/darnus-vystymasis-ir-lietuva/jt-darbotvarke-2030-darnaus-vystymosi-tikslai-ir-kiti-tarptautiniai-susitarimai> [žiūrėta 2021-11-28].
8. Europos Tarybos konvencija dėl smurto prieš moteris ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir kovos su juo. Stambulas: Europos Taryba; 2001.
9. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. World Health Organization, Pan American Health Organization; 2012. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432> [žiūrėta 2021-11-20].
10. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women Intimate partner violence, 2012 *Women's Health* 18, 128 (2018).



11. Violence against women. World Health Organization. Prieiga per internetą: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> [žiūrėta 2021-12-05].
12. Hooker L, Theobald J, Anderson K ir kt. Violence Against Young Women in Non-urban Areas of Australia: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2019 Oct;20(4):534-548.
13. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T ir kt. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*. 2015;129(6):611-620.
14. Godin M. Cities Around the World Go on Lockdown, Victims of Domestic Violence Look for a Way Out. *TIME*; 2020. Prieiga per internetą: <https://time.com/5803887/coronavirus-domestic-violence-victims/> [Žiūrėta 2021-12-04].
15. The Impact of COVID-19 on Women and Children Experiencing Domestic Abuse, and the Life-Saving Services that Support Them. Women's Aid UK. Prieiga per internetą: <https://www.womensaid.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-women-and-children-experiencing-domestic-abuse-and-the-life-saving-services-that-support-them/> [žiūrėta 2021-12-04].
16. Moterų informacijos centras. 2020 m. I-IV ketv. SKPC ataskaita. Prieiga per internetą: [https://www.slideshare.net/LyguSlit/2020-m-iiv-ketv-skpc-ataskaita-242172054?next\\_slideshow=242172054](https://www.slideshare.net/LyguSlit/2020-m-iiv-ketv-skpc-ataskaita-242172054?next_slideshow=242172054) [žiūrėta 2022 m. vasario 11 d.].
17. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: WHO; 2013.
18. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva, Switzerland: WHO; 2013.
19. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira A ir kt. The health systems response to violence against women. *The Lancet*. 2014;385(9977):1567–79.
20. Feder G, Hutson M, Ramsay J ir kt. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):22–37. pmid:16401807.
21. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011;5:428–39.

22. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L ir kt. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12).
23. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J ir kt. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015(7 Art No CD007007).
24. Bair-Merritt M, Lewis-O'Connor A, Goel S ir kt. Primary Care-Based Interventions for Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med.* 2014;46(2):188–94. pmid:24439354.
25. Hegarty K, Feder G, Ramsay J. Identification of partner abuse in health care settings: should health professionals be screening? *Intimate Partner Abuse and Health Professionals.* London: Elsevier; 2006. p. 79–92.
26. Smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų ir mergaičių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Baigiamosios ataskaitos santrauka. Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/tyrimai/2021/Baigiamosios\\_ataskaitos\\_santrauka\\_smurtas\\_prie\\_s\\_moteris.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/tyrimai/2021/Baigiamosios_ataskaitos_santrauka_smurtas_prie_s_moteris.pdf) [žiūrėta 2022 m. vasario 18 d.].
27. Ibijanskaitė A, Jociūtė A. Smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką darantys veiksniai, susiję su žmogiškaisiais išteklių. *Visuomenės sveikata.* 2021;4(95):36–46.
28. Jociute A, Ibijanskaitė A. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas smurtą artimoje aplinkoje patyrusioms moterims ir jį sąlygojantys veiksniai. *Visuomenės sveikata.* 2022;1(96):68–75.
29. Leslie K, Moore J, Robertson C ir kt. Regulating health professional scopes of practice: comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. *Human Resource Health.* 2021 m. sausio 28 d.;19(1):15.
30. Teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijavimu ir profesinės kvalifikacijos pripažinimu, sąrašas | VASPVT. Prieiga per internetą: <https://vaspvt.gov.lt/node/339> [žiūrėta 2022 m. sausio 6 d.].
31. Medicinos norma svarbus dokumentas medikui ir pacientui | VASPVT. Prieiga per internetą: <https://vaspvt.gov.lt/node/1075> [žiūrėta 2022 m. sausio 14 d.].
32. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med.* 2014 m. kovo 14 d.;9:10.3402/ljm.v9.23527.
33. Dicola D. Intimate Partner Violence. 2016 m.;94(8):6.

34. Lam TP, Chan HY, Piterman L ir kt. Factors that facilitate recognition and management of domestic violence by primary care physicians in a Chinese context - a mixed methods study in Hong Kong. BMC Fam Pract. 2020 m. gruodžio;21(1):155.
35. V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
36. V-1031 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 159:2021 „Skubiosios medicinos gydytojas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/54ed633070f911e6a014b8463e530a88/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
37. V-852 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 160:2017 „Išplėstinės praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/8230ddf066d411e7b85cfdc787069b42/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
38. V-591 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.7DB50471C9A5/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
39. V-1220 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2021 „Akušeris“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1bdf86b076cb11e49710918558376243/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
40. Lietuvos medicinos norma MN7-1995 „Medicinos gydytojas“.pdf. Prieiga per internetą: <https://vaspvt.gov.lt/files/Medicinos%20normos/MN7-1995.pdf> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
41. V-601 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2019 „Gydytojas psichiatras“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.260351/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
42. V-627 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/851ad52064d511e8acbae39398545bed/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].

43. V-1730 Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugšėjo 5 d. įsakymo Nr. V-1067 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2016 „Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/33be2a50ede011eb9f09e7df20500045> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
44. V-170 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.58F331EFDD24/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
45. V – 79 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 74:2018 „Gydytojas chirurgas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.46CE5928A492/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
46. V-854 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 84:2021 „Gydytojas radiologas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/975681f0222911e4b542dec0b12e28b0/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
47. V-279 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 115:2019 „Gydytojas neurologas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D4500EC2780D/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
48. V-184 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/74aed040cf3811e583a295d9366c7ab3/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
49. V-1080 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 147:2020 „Gydytojas ortopedas traumatologas“ patvirtinimo. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.73A2BA853592/asr> [žiūrėta 2022 m. sausio 16 d.].
50. World Health Organization. Scaling up the health system response to violence against women: lessons from hospital interventions in Maharashtra, India. Research brief; 2017. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350951> [žiūrėta 2022-01-04 d.].
51. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M ir kt. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. PLOS ONE. 2020 m. birželio 16 d.;15(6):e0234067.

52. Colombini M, Mayhew SH, Ali SH ir kt. An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health*. 2012 m. gruodžio;12(1):548.
53. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM ir kt. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012 m. birželio 21 d.;12(1):473.
54. Po-Yan Leung T, Phillips L, Bryant C ir kt. How family doctors perceived their 'readiness' and 'preparedness' to identify and respond to intimate partner abuse: a qualitative study. *Family Practice*. 2018 m. liepos 23 d.;35(4):517–23.
55. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 m. birželio 25 d.;20:e96.
56. Boyle A, Robinson S, Atkinson P. Domestic violence in emergency medicine patients. *EMJ*. 2004 m. sausio;21(1):9–13.
57. Using Primary Care to Address Violence against Women in Intimate Partner Relationships: Professional Training Needs. *MEDICC Rev*. 2016 m.;18(4):38.
58. Shaheen A, Ashkar S, Alkaiyat A ir kt. Barriers to women's disclosure of domestic violence in health services in Palestine: qualitative interview-based study. *BMC Public Health*. 2020 m. gruodžio;20(1):1795.
59. Usta J, Feder G, Antoun J. Attitudes towards domestic violence in Lebanon: a qualitative study of primary care practitioners. *Br J Gen Pract*. 2014 m. birželio;64(623):e313–20.
60. Noriega N, Juarros-Basterretxea J, Herrero J. Health professionals' involvement in cases of partner violence against women: The influence of attitudes toward women. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2020;11:31–41.
61. Ahmad I, Ali P.A, Rehman S. Ir kt. Intimate partner violence screening in emergency department: A rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26:3271–3285.
62. Baig AA, Ryan GW, Rodriguez MA. Provider Barriers and Facilitators to Screening for Intimate Partner Violence in Bogotá, Colombia. *Health Care Women International*. 2012 m. kovo 1 d.;33(3):250–61.
63. Ritchie M, Nelson K, Wills R. Family Violence Intervention within an Emergency Department: Achieving Change Requires Multifaceted Processes to Maximize Safety. *Journal of Emergency Nursing*. 2009;35:97–104.

64. Yonaka L, Yoder M.K, Darrow J.B ir kt. Barriers to Screening for Domestic Violence in the Emergency Department. *Tje Journal of Continuing Education in Nursing*. 2007;38:37–45.
65. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. *JAMA*. 1992 m. birželio 17 d.;267(23):3157–60.
66. Virkki T, Husso M, Notko M ir kt. Possibilities for Intervention in Domestic Violence: Frame Analysis of Health Care Professionals' Attitudes. *Journal of Social Service Research*. 2015; 41(1):6–24.
67. Jack SM, Ford-Gilboe M, Davidov D ir kt. Identification and assessment of intimate partner violence in nurse home visitation. *Journal of Clinical Nursing*. 2017 m. 26(15–16):2215–28.
68. McGarry J, Nairn S. An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: a qualitative study. *International Emergency Nursing*. 2015 m. balandžio 1 d.;23(2):65–70.
69. Sprague S, Swinton M, Madden K ir kt. Barriers to and facilitators for screening women for intimate partner violence in surgical fracture clinics: a qualitative descriptive approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2013 m. balandžio 5 d.;14(1):122.
70. Spangaro J, Poulos RG, Zwi AB. Pandora doesn't live here anymore: normalization of screening for intimate partner violence in Australian antenatal, mental health, and substance abuse services. *Violence and Victims*. 2011 m.;26(1):130–44.
71. Henriksen L, Garnweidner-Holme LM, Thorsteinsen KK. 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 m. gruodžio;17(1):165.
72. Iverson K, Wells S, Stirman S ir kt. VHA Primary Care Providers' Perspectives on Screening Female Veterans for Intimate Partner Violence: A Preliminary Assessment. *Journal of Family Violence*. 2013 m. lapkričio 1 d.;28(8).
73. Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabello I. Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence against Women: a Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Family Violence*. 2018 m. Prieiga per internetą: <https://www.semanticscholar.org/paper/Opinions-and-Experiences-of-Primary-Healthcare-a-of-Saletti-Cuesta-Aizenberg/b1a17a61f35f367698ae26b9427bfdc2a0fdfab9> [žiūrėta 2022 m. sausio 23 d.].

74. Goicolea I, Hurtig A-K, San Sebastian M ir kt. Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. *BMC Health Services Resrach*. 2015 m. gruodžio;15(1):228.
75. McGarry J. Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *Journal of Clinical Nursing*. 2017 m.;26(15–16):2266–73.
76. Chang JC, Buranosky R, Dado D ir kt. Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence & Victims*. 2009; 24 (2):193–203.
77. Murillo P, Sebastián M.S, Vives-Cases C ir kt. Factors associated with primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence in Spain. *Gaceta Sanitaria*. 2018;32:433–438.
78. Rodríguez-Blanes G.M, Vives-Cases C, Miralles-Bueno J.J ir kt. Detection of intimate partner violence in primary care and related factors. *Gaceta Sanitaria*. 2017;31:410–415.
79. Mauri EM, Nespoli A, Persico G ir kt. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*. 2015 m. gegužės 1 d.;31(5):498–504.
80. Colarossi L, Breitbart V, Betancourt G. Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on Sex and Reproductive Health*. 2010 m. gruodžio;42(4):236–43.
81. Goff H, Shelton AJ, Byrd T, Parcel G. Preparedness of Health Care Practitioners to Screen Women for Domestic Violence in a Border Community. *Health Care for Women International*. 2003 m. vasario 1 d.;24(2):135–48.
82. Vonkeman J, Atkinson P, Fraser J ir kt. Intimate Partner Violence Documentation and Awareness in an Urban Emergency Department. *Cureus*. 2019 m. 11(12):e6493.
83. Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: A review of the evidence base. *J. Clin. Nurs*. 2007;16:1736–1748.
84. Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria Ante la Violencia de género.pdf. Prieiga per internetą: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf> [žiūrėta 2022 m. sausio 24 d.].

85. WHO | Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/en/> [žiūrėta 2022 m. sausio 24 d.].
86. Saberi E, Eather N, Pascoe S ir kt. Ready, willing and able? A survey of clinicians' perceptions about domestic violence screening in a regional hospital emergency department. *Australasian. Emergency of Nursing Journal*. 2017;20:82–86.
87. US Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 m. spalio 23 d.;320(16):1678–87.
88. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic Violence Against Women: Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. *JAMA*. 1995 m. birželio 14 d.;273(22):1763–7.
89. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC ir kt. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J Prev Med*. 2009 m. gegužės;36(5):439-445.e4.
90. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL ir kt. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. *JAMA*. 1997 m. gegužės 7 d.;277(17):1357–61.
91. Sprague S, Madden K, Simunovic N ir kt. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012 m.;52(6):587–605.
92. Allen NE, Larsen SE, Javdani S ir kt. Council-Based Approaches to Reforming the Health Care Response to Domestic Violence: Promising Findings and Cautionary Tales. *American Journal of Community Psychology*. 2012 m.;50(1–2):50–63.
93. Inoue K, Armitage S. Nurses' understanding of domestic violence. *Contemporary Perspectives on Health and Violence*. 2006 m. gegužės 1 d.;21(2):311–23.
94. Mantler T, Jackson KT, Walsh EJ. Critical discourse analysis of policies impacting the intersection of health and experiences of intimate partner violence for rural women in Ontario, Canada. 2020 m. Prieiga per internetą: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5185/> [žiūrėta 2022 m. sausio 27 d.].



95. Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 m. sausio;23(1):93–102.
96. O'Reilly R, Peters K. Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Womens Health*. 2018 m. gruodžio;18(1):128.
97. Yousefnia N, Nekuei N, Farajzadegan Z ir kt. Performance of healthcare providers regarding iranian women experiencing physical domestic violence in Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2018 m. gegužės 1 d.;23(3):205.
98. Kohler S, Höhne A, Ehrhardt M ir kt. General practitioners and managing domestic violence: results of a qualitative study in Germany. *J Forensic Leg Med*. 2013 Aug;20(6):732-5.
99. LoGiudice JA, Beck CT. The Lived Experience of Childbearing From Survivors of Sexual Abuse: “It Was the Best of Times, It Was the Worst of Times”. *J Midwifery Womens Health*. 2016 m.;61(4):474–81.
100. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A ir kt. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013 m. liepos 20 d.;382(9888):249–58.
101. Feder G, Davies RA, Baird K ir kt. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2011 m. lapkričio 19 d.;378(9805):1788–95.
102. Tarzia L, Bohren MA, Cameron J ir kt. Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*. 2020 m. lapkričio;10(11):e041339.
103. Tarzia L, Cameron J, Watson J ir kt. Personal barriers to addressing intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioners' experiences. *BMC Health Service Research*. 2021 m. gruodžio;21(1):567.
104. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. World Health Organization; 2017. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489> [žiūrėta 2021-12-20].

105. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2019 metų veiklos ataskaita Nr. 1 (Sveikata). Higienos institutas; 2020. Prieiga per internetą: [http://hi.lt/spec\\_info/met\\_ata.php](http://hi.lt/spec_info/met_ata.php) [žiūrėta 2021-06-01].
106. ASPI. Įstaigų asmens sveikatos priežiūros licencijų sąrašas. Prieiga per internetą: [https://vaspvt.gov.lt/files/Istaigu\\_licencijavimas/ASPI.pdf](https://vaspvt.gov.lt/files/Istaigu_licencijavimas/ASPI.pdf) [žiūrėta 2021 m. birželio 14 d.].
107. Guest G, MacQueen K, Namey. Thematic Analysis. Teller Road, Thousand Oaks California, United States: SAGE Publications, Inc.; 2012. Prieiga per internetą: <http://methods.sagepub.com/book/applied-thematic-analysis> [žiūrėta 2022 m. vasario 18 d.].
108. Chapman A, Hadfield M, Chapman C. Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. J R Coll Physicians Edinb. 2015 m.;45(3):201–5.
109. Laura Otero-García, Erica Briones-Vozmediano, Carmen Vives-Cases ir kt. A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain, European Journal of Public Health, Volume 28, Issue 6, December 2018, Pages 1000–1005, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>
110. Kirst M, Zhang YJ, Young A ir kt. Referral to health and social services for intimate partner violence in health care settings. A realist scoping review. Trauma Violence Abuse 2012;13:198–208.
111. Sørensen K, Peilikan JM, Röthlin F ir kt. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Pub Health. 2015;25:1053–8.
112. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J ir kt. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. BioMed Central Ltd; 2012. Prieiga per internetą: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3292515&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [žiūrėta 2022 m. vasario 18 d.].
113. Hugi-Wajek JA, Cairo D, Shah S ir kt. Detection of Domestic Violence by a Domestic Violence Advocate in the ED. The Journal of Emergency Medicine. 2012 m. lapkričio 1 d.;43(5):860–5.
114. Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“ 2018 m. lapkričio 16 d. Nr. VA-2018-P-10-1-10. Prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3894> [žiūrėta 2022 m. vasario 18 d.].

115. Murray E, Treweek S, Pope C ir kt. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*. 2010;8(63).
116. Hegarty K, Tarzia L, Fooks A, Rees S. Women's Input into a Trauma-informed systems model of care in Health settings (the WITH Study): Key findings and future directions: ANROWS; 2017. Prieiga per internetą: [https://d2rn9gno7zhxqg.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/02/19025759/WITH\\_Compass\\_UPDATE\\_FINAL.pdf](https://d2rn9gno7zhxqg.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/02/19025759/WITH_Compass_UPDATE_FINAL.pdf). [žiūrėta 2022 m. vasario 18 d.].
117. N.E. van Gelder, K. A. W. L. van Rosmalen-Nooijens, S. A Ligthart ir kt. SAFE: an eHealth intervention for women experiencing intimate partner violence – study protocol for a randomized controlled trial, process evaluation and open feasibility study. *BMC Public Health*. 2020 m. gegužės 7 d.;20(1):640.
118. K. van Rosmalen-Nooijens , S. Lo Fo Wong, J Prins ir kt. Young People, Adult Worries: Randomized Controlled Trial and Feasibility Study of the Internet-Based Self-Support Method “Feel the ViBe” for Adolescents and Young Adults Exposed to Family Violence. *Journal of Medical Internet Research*. 2017 m. birželio 12 d.;19(6):e204.
119. Hegarty K, Tarzia L, Murray E ir kt. Protocol for a randomised controlled trial of a web-based healthy relationship tool and safety decision aid for women experiencing domestic violence (I-DECIDE). *BMC Public Health*. 2015 m. rugpjūčio 1 d.;15(1):736.
120. Koziol-McLain J, Vandal AC, Wilson D ir kt. Efficacy of a Web-Based Safety Decision Aid for Women Experiencing Intimate Partner Violence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2018 m. sausio 10 d.;19(12):e426.
121. Eden KB, Perrin NA, Hanson GC ir kt. Use of online safety decision aid by abused women: effect on decisional conflict in randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2015 m. balandžio;48(4):372–83.
122. Ford-Gilboe M, Varcoe C, Scott-Storey K ir kt. A tailored online safety and health intervention for women experiencing intimate partner violence: the iCAN Plan 4 Safety randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2017 m. kovo 21 d.;17(1):273.
123. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11. <https://doi.org/10.1177/1524838010378298>

124. Arroyo K, Lundahl B, Butters R ir kt. Short-term interventions for survivors of intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2017;18(2):155–71.
125. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L ir kt. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Systematic Review*. 2015;(12):Cd005043. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub3>
126. Danauskaitė D, Krančiukaitė-Butylkinienė D. Šeimos gydytojų požiūris į komandinį darbą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. *Visuomenės Sveikata*. 2019/3(86).

## 9. PRIEDAI

### 1 priedas. Kiekybinio tyrimo ASPI specialistų anketa

#### Smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų ir mergaičių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

*Vykdamas Sveikatos tausojimo ir stiprinimo politikos gairių įgyvendinimo priemonių 2020-2022 metų planą ir darbotvarkės „Moterų, taikos ir saugumo“ įgyvendinimo veiksmų planą 2020–2024 m. Higienos institutas vykdo tyrimą „Smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų ir mergaičių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas“. Tikslas - įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą.*

*Jūsų atsakymai mums labai svarbūs, gauti duomenys padės įvertinti moterims ir mergaitėms patyrusioms smurtą artimoje aplinkoje teikiamų sveikatos paslaugų prieinamumą.*

*Paprastai šios anketos pildymas užtrunka iki 15 minučių.*

*Ačiū už Jūsų nuoširdžius atsakymus!*

	Įrašykite arba pažymėkite tinkantį atsakymą
1. Jūsų amžius (įrašykite).	
2. Jūsų pareigos (pažymėkite).	<input type="checkbox"/> Šeimos gydytojas/-a <input type="checkbox"/> Gydytojas akušeris/-ė ginekologas/-ė <input type="checkbox"/> Vaikų ligų gydytojas/-a <input type="checkbox"/> Vaikų ir paauglių psichiatras/-ė <input type="checkbox"/> Psichoterapeutas/-ė <input type="checkbox"/> Psichiatras/-ė, teismo psichiatras/-ė <input type="checkbox"/> Medicinos psichologas/-ė, psichologas/-ė <input type="checkbox"/> Kita (įrašyti) _____
3. Jūsų bendras profesinis darbo stažas (įrašykite). (Jei dirbate trumpiau nei metus, nurodykite darbo stažą mėnesiais ir įrašykite mėn.).	_____
4. Savivaldybė, kurioje dirbate (įrašykite).	_____
5. Įrašykite kiek pacientų aptarnaujate vidutiniškai per mėnesį.	_____
6. Sveikatos priežiūros paslaugas teikiate	<input type="checkbox"/> Mieste <input type="checkbox"/> Miestelyje <input type="checkbox"/> Kaime

#### 7. Jei įtartumėte, kad moteris/mergaitė patyrė smurtą artimoje aplinkoje, kaip elgtumėtės (pažymėkite vieną Jums tinkamą atsakymą)?

- Paklauskčiau, ar tikrai patyrė smurtą artimoje aplinkoje  
 Nedrįsčiau klausti  
 Norėčiau paklausti, bet nežinau, kaip užduoti tinkamą klausimą  
 Tai tikrai ne mano darbo sritis  
 Kita (įrašyti) \_\_\_\_\_

**8. Kokį užduotumėte klausimą, norėdami išsiaiškinti ar moteris/mergaitė patyrė smurtą artimoje aplinkoje (pažymėkite tinkamą atsakymą/-us)?**

- Kokia Jūsų padėtis namuose?  
Ar partneris kada nors siekė seksualinio kontakto prieš Jūsų valią?
- Kodėl Jūs leidžiatės būti skriaudžiama?
- Kita (įrašykite) \_\_\_\_\_

**9. Prie teiginių pažymėkite smurto požymius (pasirinkdami Taip arba Ne).**

<b>Fiziniai požymiai</b>	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>
Nepaaiškinamos kraujosruvos ir kiti sužeidimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galvos, kaklo ir veido sužalojimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Įvairaus senumo mėlynės	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaulų ir minkštųjų audinių sužalojimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pateikto paaiškinimo neatitinkantys sužalojimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Įkandimo žymės, neįprasti nudegimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lėtinės būsenos, įskaitant galvos skausmus, skausmas ir gėlimas raumenyse, sąnariuose ir nugaroje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svaigulys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytiniu keliu plintančios ligos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kitos ginekologinės problemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visi išvardinti požymiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Psichologiniai/elgesio požymiai</b>	<b>Taip</b>	<b>Ne</b>
Emocinis išsekimas, pvz., nerimas, neryžtingumas, sutrikimas ir priešiškusmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miego ir mitybos sutrikimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerimas / depresija / priešgimdyvinė depresija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichosomatiniai ir emociniai nusiskundimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Savęs žalojimas, galvojimas apie ar mėginimas nusižudyti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dažnas apsilankymas pacientų priėmimo skyriuose ne darbo valandomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialinė izoliacija / neturi galimybių pasinaudoti transportu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuolankus elgesys / žemas savęs vertinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerio akivaizdoje atrodo sunerimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piktnaudžiavimas alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visi išvardinti požymiai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Pažymėkite teiginį/ -ius, kurie Jūsų nuomone teisingi apie smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų/mergaičių palaikymą ir tinkamą pagalbą suteikimą.**

- Išklausymas. Paprastas klausymas be vertinimo
- Pasiteiravimas apie moters poreikius ir rūpesčius
- Parodymas, kad tikite moters žodžiais ir suprantate ją
- Moterų saugumo sustiprinimas
- Moters nukreipimas specializuotai kompleksinei pagalbai
- Pasakymas, kad moteris pati kalta, jog kenčia smurtą artimoje aplinkoje

**11. Pažymėkite įstaigą/-as, kuri/-ios dirba su moterimis, patyrusiomis smurtą artimoje aplinkoje.**

- Specializuotos pagalbos centras
- Krizių centras
- Psichologinės paramos ir konsultavimo centras

**12. Kaip Jums atrodo, kuris iš išvardintų smurto artimoje aplinkoje atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelio elementų yra svarbiausias?**

- Tarpinstitucinis bendradarbiavimas
- Teisinis reglamentavimas
- Smurto kriminalizavimas

**13. Pažymėkite atsakymą prie kiekvieno teiginio.**

Teiginiai	Taip	Ne	Nežinau
Esu susipažinęs/-usi su Seksualinio smurto moteriškosios lyties aukos tyrimo metodika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esu susipažinęs/-usi su Smurto prieš suaugusius artimoje aplinkoje atpažinimo kriterijais ir rekomendacijomis dėl veiksmų kilus įtarimui dėl galimo smurto artimoje aplinkoje prieš suaugusius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esu susipažinęs/-usi su Smurto prieš vaikus diagnostikos metodinėmis rekomendacijomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žinau, kur reikiamą informaciją smurto prevencijos klausimais galėčiau rasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turiu pakankamai žinių smurto prevencijos klausimais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esu dalyvavęs/-usi smurto prevencijos, atpažinimo mokymuose per pastaruosius 24 mėn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Su kiek smurtą artimoje aplinkoje patyrusių moterų ar/ ir mergaičių susidūrėte teikdami asmens sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 12 mėn. (įrašykite skaičių)? \_\_\_\_\_**

**15. Įvertinkite Jūsų asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirbate, pasirengimą suteikti paslaugas smurtą artimoje aplinkoje patyrusioms moterims ir mergaitėms (pažymėkite Jums tinkamą atsakymo variantą).**

Klausimai	Taip	Ne	Nežinau
Ar ASPĮ yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo smurtą artimoje aplinkoje patyrusiems rekomendacijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra asmens sveikatos priežiūros specialistų, kurių darbo pareigybės apraše būtų priskirta funkcija kovojant su smurtu artimoje aplinkoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar asmens sveikatos priežiūros specialistams yra vykdomi mokymai kaip elgtis susidūrus su smurtą artimoje aplinkoje patyrusiais asmenimis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra mechanizmai, leidžiantys teikti nuolatinį kuravimą (globą), priežiūrą ir paramą asmens sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems asmens sveikatos priežiūros paslaugas smurtą artimoje aplinkoje patyrusiems asmenims?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra patalpa (pvz., atskiras kabinetas) skirta privačioms ir individualioms konsultacijoms (siekiant apsaugoti nukentėjusių konfidencialumą nuo aplinkinių)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar ASPĮ vadovai remia kovą su smurtu artimoje aplinkoje (nori teikti sveikatos priežiūros paslaugas, paremia darbuotojus ir siunčia į mokymus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra numatyta anoniminių mechanizmų, kuriais būtų gaunamas atgalinis ryšys apie gautas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant nusiskundimus, teisių pažeidimus ASPĮ (pvz., pagalbos linija, skundų dėžė ar knyga, pacientų atstovas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra numatyta kreipimosi sistema tarp sveikatos priežiūros ir kitų sektorių (pvz. vaiko teisių priežiūros tarnyba, policija ir kt.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ar yra priimtose konfidencialumo taisyklėse saugančios informaciją apie smurtą artimoje aplinkoje patyrusių asmenų patirtis ir jiems suteiktas paslaugas (pvz., saugus informacijos saugojimas ir pašalinimas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



16. Prie kiekvieno teiginio pažymėkite atsakymą, kuris atspindi Jūsų nuomonę apie Jūsų įstaigoje teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims ir mergaitėms patyrusioms smurtą artimoje aplinkoje.

Teiginiai	Visiškai pritariu	Pritariu	Neturiu nuomonės	Nepritariu	Visiškai nepritariu
Sudaromos vienodos galimybės gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas kaip ir kitiems pacientams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besilankančioms ASPĮ tenka atsisakyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nes jos yra mokamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudaryta gera organizacinė struktūra siekiant suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas smurtą artimoje aplinkoje patyrusioms moterims ir mergaitėms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teikiamos reikiamos ir tinkamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asmens sveikatos priežiūros paslaugos orientuotos į žmogų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darbo organizavimas vykdomas tinkamai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periodiškai vykdoma paslaugų prieinamumo stebėseną ir analizė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Kaip bendrai vertinate Jūsų įstaigoje teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas moterims ir mergaitėms patyrusioms smurtą artimoje aplinkoje?

Specialistai	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
Šeimos (vidaus ligų) gydytojo/-os teikiamos paslaugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikų ligų gydytojo/-os teikiamos paslaugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kitų specialistų teikiamos paslaugos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18.1. Ar sutiktumėte dalyvauti kokybiniame tyrime ir duoti individualų interviu? Jo tikslas – giliau aptarti sveikatos specialistų požiūrį į pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą.**

- Taip (nepamirškite pažymėti kontaktinius duomenys 18.2. klausime)
- Ne

**18.2. Jei sutikote dalyvauti, įrašykite kontaktinę informaciją (tel. nr., el. pašta, kad galėtume susisiekti).**

\_\_\_\_\_

## 2 priedas. Pusiau struktūruotas individualus interviu ASPĮ specialistais

### PUSIAU STRUKTŪRUOTO INDIVIDUALAUS INTERVIU SCHEMA ASPĮ SPECIALISTAMS

**ID** \_\_\_\_\_

*Interviu schemoje pateikti klausimai apie ASPĮ specialistų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims ir mergaitėms patyrusioms smurtą*

*Institucija, interviuotojo vardas* \_\_\_\_\_ -

**Data** \_\_\_\_\_

**Trukmė** \_\_\_\_\_

#### **Įvadas**

Dėkojame, kad sutikote dalyvauti šiame tyrime. Trumpai prisistatysime ir pristatysime tyrimą. Esu [vardas]. Dirbame Higienos institute Visuomenės sveikatos tyrimų skyriuje. Šiuo metu atliekame tyrimą, kurio tikslas – įvertinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą.

Jūsų nuomonė yra labai svarbi, kadangi Jūsų patirtis neabejotinai praplės supratimą apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą, Jūsų patirtis gali prisidėti prie paslaugų kokybės gerinimo ir tinkamo jų suteikimo.

Iš Jūsų gauta informacija yra konfidenciali, niekas kitas nepasinaudos šia informacija. Interviu bus įrašomas į diktofoną [atsiklausama ar neprieštarauja], tačiau įrašė Jūsų vardo nebus. Įrašą interviuotoja perrašys, atliks tekstinę analizę, kuri bus pateikta kaip apibendrinta informacija.

Norime pabrėžti, kad nėra teisingų arba neteisingų atsakymų. Mes nevertinsime Jūsų profesinės kvalifikacijos, tačiau norime išsiaiškinti ar esate savo darbe susidūrę su moterimis ir mergaitėmis, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą, kaip buvo suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos.

[pradedamas įrašas].

Jei turite klausimų, galite klausti dabar.

Jei kils klausimų, galėsite paklausti ir interviu metu.

#### *Įvadiniai klausimai*

- Trumpai papasakokite apie savo profesinę patirtį? Kiek laiko dirbate ASPĮ? Miesto ar rajono ASPĮ? Kokios Jūsų pareigos?

- Kaip Jūs vertintumėte smurtą artimoje aplinkoje patyrusioms moterims ar mergaitėms teikiamas paslaugas visumoje? (*turima galvoje ne tik sveikatos priežiūros paslaugas*)

**Patirtis teikiant sveikatos priežiūros paslaugas moterims ir mergaitėms, kurios artimoje aplinkoje patyrė smurtą**

- Papasakokite iš savo praktinės patirties, apie savo darbe atveją (us), kai teko susidurti su smurtą artimoje aplinkoje patyrusiomis moterimis ar mergaitėmis?
- Su kuo palaikote ryšius įstaigos viduje, nustačius/itarus, kad moteris patyrė smurtą?
- *Su kokiomis institucijomis palaikote ryšius?*
- Nukreipus moterį, mergaitę į specializuotos pagalbos centrą, policiją pagalbos, kiek Jums svarbus grįžtamasis ryšis?
- *Kaip manote ar smurtą artimoje aplinkoje patyrusios moterys turi pakankamai motyvacijos ir žinių kreiptis (žino kur kreiptis) į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ar kitą instituciją (policija, specializuotas pagalbos centras)?*
- *(Jei NE ar NEPAKANKAMAI) Kaip būtų galima pagerinti šios pažeidžiamos grupės informuotumą ir paskatinti kreiptis pagalbos?*

- Kaip manote, ar smurtą patyrusi moteris ar mergaitė gauna reikiamą pagalbą? Organizacine prasme ar tinkamos ir reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteikiamos / gaunamos laiku, teikia tinkami specialistai, taip pat komunikacine prasme ar tinkamas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, pasiekiamas geografiniu požiūriu ir finansine prasme ar valstybė užtikrina sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą. Jei ne, kokios trūksta (*psichologinės, teisinės, socialinės ir t. t.*)? (*kokios priežastys (organizacine, komunikacine, finansine prasme).*)
- Galbūt kiti veiksniai neleidžia kreiptis pagalbos? (*Ilgos laukimo eilės, ilgas paslaugos gavimo laikotarpis, sunku atvykti į įstaigą ir bendros eilės, gėda atvykti moteriai ir kt.*)

**ASPI smurto artimoje aplinkoje atpažinimo, pagalbos ir prevencijos būdai**

- Ką galėtumėte pasakyti apie smurto artimoje aplinkoje atpažinimo, pagalbos ir prevencijos modelį? Naudojimąsi juo, jo privalumus ar trūkumus? (*plačiau galima pasakyti, jei neatsako*)
- Papasakokite apie mokymus, jei tokie buvo kaip elgtis susidūrus su smurtą artimoje aplinkoje patiriančiomis moterimis ar mergaitėmis?
- Kas padėtų sveikatos priežiūros specialistui, kad jis galėtų suteikti reikiamą pagalbą smurtą artimoje aplinkoje patyrusiai moteriai ar mergaitei, net jei ji kreipėsi dėl kitos priežasties ar stengėsi nuslėpti smurtą? (*detalizuoti mokymai, rekomendacijos, aiškūs veiksmų algoritmai*).

**Baigiamoji dalis**

Mūsų interviu eina į pabaigą.

Labai trumpai apibendrinsiu svarbiausius Jūsų minėtus dalykus [pateikiamas apibendrinimas].

Gal ko nors svarbaus nepaklausėme apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas arba turite pasiūlymų, kaip pagerinti naudojimąsi šiomis paslaugomis ir jų kokybę.

Dar kartą dėkojame už skirtą laiką ir suteiktą informaciją.

**3 priedas. Smurtinių požymių atpažinimo įverčių skirtumai pagal gydytojų profesijas, specialistų susidūrimą/ nesusidūrimą su moterimis patyrusiomis SAA ir darbo stažo trukmę**

Požymiai	1 gr. (n=67)	2 gr. (n=150)	Šeimos gydytojai (n=89)	Kiti specialistai (n=128)	Specialistai, susidūrę su moterimis, patyrusiomis smurtą (n=125)	Specialistai, nesusidūrę su moterimis, patyrusiomis smurtą (n=92)	Specialistai, kurių stažas ≤5 m. (n=31)	Specialistai, kurių stažas >5 m. (n=186)
	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)	proc. (abs. sk)
<b>Atpažįsta visus 11 fizinio smurto požymių</b>	56,7 (38)	36,6 (55)	37,1 (33)	46,9 (60)	42,4 (53)	43,5 (40)	45,2 (14)	42,5 (79)
	$p=0,001$ ; $\chi^2=12,420$ ; $ll=2$		$p=0,156$ ; $\chi^2=3,356$ ; $ll=2$		$p=0,946$ ; $\chi^2=0,351$ ; $ll=2$		$p=0,887$ ; $\chi^2=0,281$ ; $ll=2$	
Lėtinės būsenos, įskaitant galvos skausmus, skausmas ir gėlimas raumenyse, sąnariuose ir nugaroje	78,7 (48)	64,7 (88)	67,9 (55)	69,8 (81)	71,9 (82)	65,1 (54)	82,1 (23)	66,9 (113)
	$p=0,050$ ; $\chi^2=3,852$ ; $ll=1$		$p=0,774$ ; $\chi^2=0,083$ ; $ll=1$		$p=0,303$ ; $\chi^2=1,060$ ; $ll=1$		$p=0,105$ ; $\chi^2=2,623$ ; $ll=1$	
Opos	71,2 (42)	44,2 (57)	45,9 (34)	57,0 (65)	56,6 (60)	47,6 (39)	57,7 (15)	51,9 (84)
	$p=0,001$ ; $\chi^2=11,839$ ; $ll=1$		$p=0,137$ ; $\chi^2=2,206$ ; $ll=1$		$p=0,218$ ; $\chi^2=1,517$ ; $ll=1$		$p=0,580$ ; $\chi^2=0,307$ ; $ll=1$	
Svaigulys	76,7 (46)	60,4 (81)	59,7 (46)	69,2 (81)	66,7 (74)	63,9 (53)	61,5 (16)	66,1 (111)
	$p=0,028$ ; $\chi^2=4,822$ ; $ll=1$		$p=0,174$ ; $\chi^2=1,850$ ; $ll=1$		$p=0,684$ ; $\chi^2=0,166$ ; $ll=1$		$p=0,651$ ; $\chi^2=0,205$ ; $ll=1$	
Kitos ginekologinės problemos	86,7 (52)	66,4 (91)	75,6 (62)	70,4 (81)	77,0 (87)	66,7 (56)	93,1 (27)	69,0 (116)
	$p=0,003$ ; $\chi^2=8,594$ ; $ll=1$		$p=0,422$ ; $\chi^2=0,644$ ; $ll=1$		$p=0,108$ ; $\chi^2=2,581$ ; $ll=1$		$p=0,007$ ; $\chi^2=7,193$ ; $ll=1$	
<b>Atpažįsta visus 10 psichologinių/ elgesio smurto požymių</b>	76,1 (51)	64,7 (97)	74,2 (66)	64,1 (82)	72,8 (91)	62,0 (57)	87,1 (27)	65,1 (121)
	$p=0,044$ ; $\chi^2=5,421$ ; $ll=2$		$p=0,179$ ; $\chi^2=2,853$ ; $ll=2$		$p=0,089$ ; $\chi^2=3,680$ ; $ll=2$		$p=0,030$ ; $\chi^2=6,665$ ; $ll=2$	
Dažnas apsilankymas pacientų priėmimo skyriuose darbo valandomis	93,5 (58)	80,7 (113)	83,7 (72)	85,3 (99)	87,0 (100)	81,6 (71)	93,3 (28)	83,1 (143)
	$p=0,020$ ; $\chi^2=5,448$ ; $ll=1$		$p=0,752$ ; $\chi^2=0,100$ ; $ll=1$		$p=0,296$ ; $\chi^2=1,090$ ; $ll=1$		$p=0,181$ ; $\chi^2=2,043$ ; $ll=1$	