

УДК 616-082:616.89-008.442

*А.Н. Горшеев, Е.Б. Кривелевич, Н.В. Лохматкина,
Ю.К. Поспелов*

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Дальневосточный окружной медицинский центр
Росздрава (г. Владивосток)

*Ключевые слова: домашнее насилие, женщина,
медицинские работники.*

Насилие в семье является одной из наиболее распространенных проявлений гендерной проблемы. По определению Всемирной организации здравоохранения «насилием со стороны интимного партнера (насилием в семье, домашним насилием, семейным насилием) считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений» [3].

По материалам 48 обследований населения, проведенных в разных странах мира, от 10 до 69% женщин сообщали о физических нападениях на них партнера-мужчины в тот или иной момент жизни [3]. Н. Римашевская приводит данные о том, что 1/4 часть женщин, проживающих в Москве, сообщили о физическом насилии той или иной степени. Около 1/3 женщин, состоявших в разводе, говорили о насилии в своем прежнем браке [4]. По мнению И. Шешченко, 20% замужних российских женщин время от времени терпят насилие со стороны своих мужей [6]. В сельской местности насилие распространено в гораздо большей степени, чем в Москве [4]. Исследования в Иркутске и Набережных Челнах показали, что до 14% женщин, обратившихся в поликлиники и женские консультации за медицинской помощью, указывали на эпизоды домашнего насилия (ДН) в настоящем или прошлом.

Все большее число научных данных подтверждает, что жизнь с применяющим насилие партнером может оказать негативное влияние на женское здоровье, проявляющееся сразу или через некоторое время. Быть жертвой насилия — это такой же фактор риска для развития ряда болезней и болезненных состояний, как курение и злоупотребление алкоголем [3].

Поскольку насилие оказывает длительное воздействие на здоровье, женщинам, пострадавшим от жестокого обращения, приходится чаще посещать медицинские учреждения, и, следовательно, затраты на их медицинское обслуживание повышаются. В среднем жертвы жестокого обращения в течение

жизни переносят больше хирургических операций, чаще посещают врачей, лежат в больницах, посещают аптеки и консультируются по вопросам психического здоровья, чем женщины, не подвергавшиеся насилию (даже с учетом всех других возможных факторов) [3]. Однако в отечественной литературе имеется небольшое число публикаций об обращаемости за медицинской помощью женщин, подвергшихся насилию в семье [1].

Широкое распространение ДН делает медицинские учреждения важным местом, где можно не только выявить женщин, подвергшихся жестокому обращению, оказать им медицинскую помощь, но и обеспечить их поддержкой и направить, если это необходимо, в специальные службы. Однако медицинские работники не всегда готовы своевременно выявить проявления насилия у своих пациентов. Врачи и медсестры редко задают женщинам вопрос, подвергаются ли они плохому обращению, и даже не всегда фиксируют явные признаки насилия по разным причинам: личные убеждения и стереотипы, внутренние барьеры системы здравоохранения [2, 5, 8]. Это определяет необходимость проведения подготовки медицинских работников по данной проблеме.

Во многих странах мира реализуются программы по тренингу медицинских работников, направленному на идентификацию жестокого обращения и борьбу с ним [2, 3]. В России такие пилотные проекты были реализованы силами женских общественных организаций в Москве, Санкт-Петербурге, Твери, Набережных Челнах, Иркутске, Владивостоке.

В настоящее время научно-практический проект «ДН: практический подход к проблеме в рамках медицинского учреждения» осуществляется в поликлинике ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр (ДВОМЦ) Росздрава». Проектная деятельность начата с января 2005 г. при финансовой поддержке Бюро по образовательным и культурным связям Госдепартамента США и администрируется Бюро по международным исследованиям и обмену. Составляющей частью проекта являются обучающие занятия для медсестер и врачей по профилактике ДН в рамках медицинского учреждения. Особенностью данного исследования является изучение представлений врачей и медсестер относительно важности и полезности включения темы ДН в обучающие программы их последипломной подготовки.

В настоящей публикации представлены материалы фрагмента исследования, касающиеся сравнительной характеристики готовности врачей и медсестер к оказанию медицинской помощи и поддержке женщин, подвергшихся семейному насилию.

Проведено анонимное анкетирование 93 врачей и 93 медсестер, работающих в ФГУ «ДВОМЦ Росздрава». Критериями включения в группу исследования было добровольное информированное согласие на участие в проекте и текущая практическая работа с пациентами в амбулаторных или стационарных

подразделениях ДВОМЦ Росздрава. Группы врачей и медсестер не были рандомизированы.

По качеству проведенного анкетирования можно судить о значимости исследуемой проблемы для респондентов. Из 216 специалистов, согласившихся принять участие в опросе, 186 человек (81%) заполнили анкеты. Такой высокий процент участия говорит об актуальности проблемы для медработников.

Респонденты никогда не обучались по проблеме ДН. Средний возраст врачей и медсестер составил 41–45 лет. 95,65% медсестер и 75,26% врачей были женщинами, 61,29% медсестер и 67,39% врачей состояли в браке. 159 медработников имели детей. Средний стаж работы составил 16–26 лет, средняя нагрузка в день — 15–20 пациентов. Для изучения представлений медработников о проблеме ДН нами были переведены на русский язык и адаптированы 3 вопроса, разработанные F.F. Varvaro [7]. На их использование получено письменное разрешение автора.

Первый вопросник для измерения убеждений медицинских работников относительно физического насилия над женщинами со стороны их интимных партнеров состоял из 31 вопроса и самостоятельно заполнялся респондентом. Ответы оценивались по 7-уровневой шкале от «решительно согласен» до «решительно не согласен». Наименьшее значение («не согласен», «решительно не согласен») имели утверждения, что физическое насилие над женщинами в семье имеет оправдания и что женщины провоцируют и получают выгоду от насилия. Наибольшее значение («согласен», «решительно согласен») имели утверждения, что семейный обидчик должен нести ответственность и наказание за свое поведение и что по-

страдавшим женщинам должна быть предоставлена помощь.

Второй вопросник — оценка способности женщин, пострадавших от домашнего насилия, к самостоятельным поступкам и переменам — подразделялся на 12 позиций со шкалами от 0 до 100, где 0 — очень низкая, 50 — средняя и 100 — очень высокая способность пострадавших женщин к самостоятельным поступкам и переменам.

Третий вопросник был ориентирован на оценку важности включения различных тем о ДН в программы подготовки медработников. Оценка производилась респондентами по 7-уровневой шкале, где 0 — «не имею представления», 1 — «неважно», 6 — «крайне важно». Для оценки было предложено 14 тем, входящих в программу изучения проблемы ДН.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Microsoft Office® Excel 2003 сотрудником Приморского краевого медицинского информационно-аналитического центра М.В. Миргородской.

Мнения медицинских работников о важности различных аспектов проблемы ДН для обучения приведены в табл. 1.

Как видно из представленных материалов, медработники понимали, что им не достает базовых знаний об изучаемой проблеме. Ведь не зная, о чем идет речь, сложно представить, насколько это важно для работы. Поэтому чаще как «важные» они оценивали темы: определения и понятия ДН, осознание проблемы ДН, правовые аспекты проблемы, признаки ДН у пациенток, как диагностировать ситуацию ДН у пациентки при расспросе и осмотре, как оценивать

Таблица 1

Оценка медицинскими работниками важности различных тем проблемы домашнего насилия, для обучения (по нарастающей), баллы ($M \pm \sigma$)

Тема	Медсестры	Врачи
Разбор случая домашнего насилия из практики	3,26±1,91	3,34±1,56
Как прямо спрашивать пациентов о домашнем насилии	3,31±2,22	3,79±1,69
Ведение медицинской документации для случаев домашнего насилия	3,34±1,52	3,61±1,65
Культурные различия и барьеры	3,41±1,64	3,78±1,47
Цикл насилия и его влияние на женское здоровье	4,01±1,82	3,98±1,50
Исследование психоэмоционального состояния пациентки для диагностики ситуации домашнего насилия	4,10±1,81	4,39±1,15
Признаки домашнего насилия у пациенток	4,10±1,76	4,18±1,30
Контактная информация для направления пострадавших в специализированные службы	4,17±1,74	4,40±1,43
Процесс диагностики ситуации домашнего насилия при осмотре пациентки	4,18±1,62	4,26±1,20
Определения и понятия «Домашнее насилие»	4,20±1,34	4,30±1,11
Правовые аспекты проблемы	4,21±1,87	4,35±1,60
Осознание проблемы домашнего насилия	4,35±1,50	4,45±1,26
Оценка безопасности пациентки	4,38±1,70	4,09±1,59
Направление к специалистам как способ оказания помощи пострадавшим от домашнего насилия	4,59±1,35	4,60±1,02

Таблица 2

Уровень убеждений и представлений медицинских работников относительно проблемы семейного физического насилия над женщинами, баллы ($M \pm o$)

Представление	Медсестры	Врачи
Муж не имеет права бить свою жену, даже если она не соблюдает данные ему обещания	6,44±1,41	6,06±1,63
Жена не заслуживает физического наказания, даже если она постоянно напоминает мужу о его недостатках	6,39±1,13	6,08±1,54
Женщины, которых бьют, сами виноваты, они должны были это предвидеть	3,12±1,81	3,14±1,80
Женщины сами провоцируют насилие со стороны мужей, привлекая таким образом к себе их внимание	2,93±1,51	2,82±1,51
Если я окажусь свидетелем нападения мужа на свою жену, я ничего не стану делать	2,84±1,71	2,98±1,42
Мужья, которые избивают своих жен, должны нести за это ответственность, потому что именно они выбирают такой способ отношений	5,82±1,54	5,67±1,62
Социальные службы должны больше помогать женщинам, которых избивают дома	6,01±1,12	6,12±1,02

ее безопасность, как влияет ДН на женское здоровье. Наиболее высоко (ближе к «очень важно») были оценены знания о направлении к специалистам как способу оказания помощи пострадавшим от ДН. Мы считаем, что такая заинтересованность объясняется личным (общечеловеческим) интересом к этим знаниям, возможностью применить их для себя лично, своих близких и родных.

Блок тем, касающихся практических аспектов работы с пострадавшими от ДН (разбор случая ДН из практики, как прямо спрашивать пациентов о ДН, ведение документации для случаев ДН), оценен медработниками как «отчасти важные», также как и знания о культурных различиях и барьерах при работе с данной проблемой. Можно предположить, что недооценка этих знаний объясняется тем, что врачи и медсестры на практике не работают с пострадавшими и не представляют себе, насколько важны знания этих аспектов проблемы.

Ни одна из предложенных тем для обучения проблеме ДН не была оценена как «крайне важно» или «очень важно». Можно предположить, что врачи и медсестры не считают проблему ДН медицинской, не имеют высокой заинтересованности и мотивации в приобретении подобных знаний для профессиональной деятельности.

На момент исследования они полагали, что перенаправить пострадавшего к другому специалисту — это все, что они могут для него сделать. Убеждения и представления врачей и медсестер относительно физического насилия над женщинами в семье представлены в табл. 2. Здесь приведены семь утверждений, отобранных из 31. Данная комбинация вопросов отражает отношение к физическому насилию, представления об ответственности мужчины и женщины за такую ситуацию, готовность помочь пострадавшей. Ответы именно на эти вопросы оказались наиболее достоверными ($p < 0,05$).

Общие выводы, сделанные при анализе этой анкеты, следующие: нет оправдания физическому насилию над женщинами, женщины не провоцируют

и не получают выгоды от жестокого обращения в семье, пострадавшим от домашнего насилия женщинам должна быть предоставлена помощь. Медработники убеждены, что ответственность за жестокое обращение несет обидчик, который должен быть наказан.

Наибольшее значение «решительно согласен — согласен — скорее согласен» (5,67—6,44 балла) означает, что, с точки зрения медицинских работников, физическое насилие в семье не имеет оправдания, обидчики должны нести наказание за свое насильственное поведение, а социальные службы должны больше помогать женщинам, которых избивают дома.

Наименьшее значение «решительно не согласен — не согласен — скорее не согласен» (2,82—3,14 балла) имели убеждения в том, что женщины сами провоцируют физическое наказание и заслуживают его. Медработники «скорее не согласны» (2,82—2,98 балла) с собственным бездействием относительно семейных инцидентов. Чем старше были респонденты, тем меньше они оправдывали ДН и больше ответственности за насильственное поведение возлагали на обидчиков.

Большинство женщин «не согласны» с тем, что «женщины, которых бьют, сами виноваты». Мужчины «скорее согласны» с этим утверждением. При ответе на утверждение: «Если я окажусь свидетелем нападения мужа на свою жену, я ничего не стану делать» — большинство женщин ответили: «Не согласна». Мужчины оказались менее решительными: «не уверен». Конечно, полученные данные отражали скорее личное, а не профессиональное отношение респондентов к проблеме физического насилия над женщинами.

В табл. 3 представлены средние значения оценок медработниками способности пострадавших от ДН женщин контролировать свою жизнь, совершать в ней самостоятельные поступки и перемены. Эти данные представляют интерес, так как неверие в то, что пострадавшие от ДН женщины в состоянии самостоятельно принимать решения о переменах

Таблица 3

Оценка медицинскими работниками способности женщин, пострадавших от домашнего насилия, к самостоятельным поступкам и переменам в жизни, баллы ($M \pm \sigma$)

Представления о женщинах, обращающихся в медицинские учреждения по поводу последствий ДН	Медсестры	Врачи
Я считаю, что женщина, испытывающая домашнее насилие, может обратиться за помощью к врачу (медсестре)	71,09±28,80	73,55±28,92
Использовать время врача, медсестры, рассказывая им о своей ситуации	80,11±23,34	83,44±21,44
Просить о помощи, звоня на телефон доверия, обращаясь в другие специализированные службы	84,04±22,69	87,13±18,06
Планировать свою безопасность, если она только собирается уйти от обидчика или уже ушла	71,61±27,75	72,42±23,16
Делать то, что ей нравится, не боясь подвергнуться очередной агрессии	43,33±28,57	45,81±28,07
Избавиться от самообвинений	63,96±29,66	63,12±26,58
Планировать собственную жизнь без насильственных отношений	83,80±21,16	85,81±21,18
Признать, что это не ее вина	74,46±24,01	75,48±22,72
Принимать самостоятельные решения о небольших переменах в своей жизни	76,88±25,79	78,57±23,40
Принимать самостоятельные решения о серьезных переменах в своей жизни	72,77±28,68	79,26±23,93
Справляться с ежедневными обязанностями	70,97±26,21	70,33±22,94
Говорить о своих мыслях и чувствах без страха	55,11±33,07	62,69±24,98
Контролировать свою жизнь	66,20±31,65	70,22±27,31

в своей жизни и реализовать свои планы, ведет к нежеланию им помогать. Оно побуждает медработников не верить в то, что женщина может прекратить насильственные отношения, а значит, оказывать ей помощь — бесполезная трата времени и сил. На самом деле пострадавшие от ДН женщины, сами имеющие заниженную самооценку, крайне нуждаются в дополнительных ресурсах для перемен в своей жизни. Одним из таких ресурсов может и должен стать подготовленный медицинский работник.

Значение от 0 до 49 соответствует низкой оценке самодостаточности женщин, пострадавших от ДН, их способности изменить свою жизнь, значение от 50 до 71 — умеренной оценке, и выше 72 — высокой.

При анализе влияния пола на уровень оценки самодостаточности женщин оказалось, что большинство мужчин-медицинских работников умеренно оценивают способности пострадавшей от домашнего насилия женщины признать, что это не ее вина, справляться с ежедневными обязанностями и контролировать свою жизнь, тогда как женщины оценивают эти позиции высоко. Очень незначительные колебания уровня оценки медицинскими работниками самодостаточности женщин, пострадавших от ДН, и их способности к переменам зависели от возраста и стажа работы.

Таким образом, и врачи, и медицинские сестры продемонстрировали высокий уровень симпатии и сочувствия к женщинам, испытывающим ДН. Все респонденты согласны с тем, что таким женщинам должна быть предоставлена помощь. Между группами врачей и медсестер не оказалось достоверных отличий в оценке их убеждений и представлений относительно проблемы ДН. Это означает, что образо-

вательные программы для обеих групп можно проводить по единой программе. При составлении обучающих программ необходимо учитывать гендерные различия в оценке врачами и медсестрами самодостаточности пострадавших женщин и их готовности к переменам. В начале занятий необходимо повысить заинтересованность обучаемых в получении знаний по ДН, проработав медицинские аспекты проблемы, обратившись к личному опыту слушателей. Наиболее важные вопросы, которые должны быть освещены, это — осознание проблемы ДН, направление к специалистам как способ оказания помощи пострадавшим от ДН, контактная информация для направления пострадавших в специализированные службы, правовые аспекты проблемы, процесс диагностики ситуации ДН при исследовании пациентки.

Выводы

1. Медицинские работники осуждают жестокое обращение с женщинами в семье, сочувствуют пострадавшим от насилия женщинам, высоко оценивают их способность к самостоятельным действиям и переменам в жизни. Они убеждены, что социальные службы должны больше помогать женщинам, которых избивают дома; женщины должны быть защищены законом от жестокого обращения в семье;
2. Вопросы медико-социальной помощи женщинам, пострадавшим от ДН, должны быть включены в программы постдипломной подготовки врачей и медсестер разных специальностей. При этом необходимо учитывать гендерные различия при формировании групп обучающихся, использовании форм и методов обучения.

Литература

1. Кузнецова О.Ю. // *Российский семейный врач*. — 2001. - №4. - С. 28-31.
2. Лысова А.В. *Насилие в семье. Основные теоретические проблемы. Введение*. — Владивосток : Изд-во Дальневосточного ун-та, 2001.
3. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире* // Круг Э.Г., Дальберг Л.Л., Мерси Д.А. и др. — Женева : Весь мир, 2003.
4. *Окно в русскую частную жизнь. Супружеские пары в 1996 г.* // Римашиевская Н., Ванной Д., Малышева М. и др. — М.: Academia, 1999.
5. *Опыт и стандарты, используемые в международной практике, по вопросам защиты женщин от насилия* — Москва, Россия.
6. *Speaking Up*. — <http://endabuse.org> [Электронный ресурс]. - 2004. - Vol. 10, Issue 7.
7. Varvaro F.F., Gesmond S. // *J. Emerg. Nurs.* — 1997. — Vol. 23.-P. 17-22.
8. *Violence Issues for Health Care Educators and Providers* / Hamberger L. K., Burge S.K., Grabam A.V. and al. — New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1997.

Поступила в редакцию 30.05.05.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 2, p. 46-50.

УДК 616.857-085.82-053.2

А.М. Ларионов

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: головная боль, дети, мануальная терапия.

Головная боль является одной из самых распространенных жалоб, с которыми больные обращаются к врачу практически любой специальности. Проблема головной боли является мультидисциплинарной, ибо эта боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы, но и проявлением многих соматических и психогенных заболеваний.

Существует около 40 классификаций головной боли. В отечественной литературе подразделение ее вариантов идет по трем основным направлениям:

- 1) *боль при органических заболеваниях головного мозга или ликвородинамических нарушениях,*
- 2) *сосудистые боли (мигренозного или немигренозного характера),*
- 3) *психогенные боли.*

Наибольшее распространение в популяции имеет так называемая головная боль напряжения (син.: головная боль мышечного напряжения, психомио-

MEDICAL PROFESSIONALS READINESS TO PROVIDE SERVICES FOR BATTERED WOMEN

A.N. Gorsheev, E.B. Krivelevich, N. V. Lokhmatkina, Y.K. Pospelov

Vladivostok State Medical University, FERMC — Far Eastern Regional Medical Center (Vladivostok)

Summary — The purpose of this study was to determine the response of the FERMC staff to domestic violence (DV) and an educational program on DV against women. An exploratory descriptive study with a two-group design was used. The sample consisted of 93 physicians and 93 nurses from four departments of FERMC. 100% of the FERMC staff had no previous training on DV against women. The instruments used included Importance of Training Topics for DV Questionnaire, Inventory of Beliefs about Wife Beating, and Self-Efficacy Scale for Battered Women-Professional Version. Topics on DV against women that the FERMC staff rated as important for training were awareness of the problem, referrals as intervention, references resources, and legal aspects of DV. The major conclusions of the study were following: 1) the staff had the positive response to training on DV against women; 2) the FERMC staff (both physicians and nurses) was similar in their beliefs that there was no justification for DV against women, that women did not gain from beating, and that help should be given to women who are abused; 3) medical professionals in both groups had a moderate and a high self-efficacy believe about battered women. The study underscored the need for continuing education for physicians and nurses on DV.

генная, психогенная, стрессорная, миалгическая). Она характеризуется напряжением мышц скальпа и своеобразной клинической картиной — боль монотонная, симметричная, умеренная, сдавливающая, длительная [3, 6, 7]. Эта форма головной боли, как правило, наблюдается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с недостаточной двигательной активностью на работе и в быту [2, 7, 13].

Р. Боконжич в своей книге «Головная боль» (1984) определял головную боль напряжения как «индуцируемую», «миалгическую», «нодулярную», «спастическую». В странах, говорящих на немецком языке, этому понятию ранее соответствовал термин «вазомоторная головная боль», а в англоязычной литературе она до сих пор обозначается как «головная боль сдавливающего типа».

Головную боль напряжения разделяют на эпизодическую и хроническую, подчеркивая, что она не имеет признаков мигрени. Первая диагностируется, когда в месяц наблюдается более 10, но не более 15 приступов, а продолжительность приступа составляет от 30 мин. до 7 дней. Хроническая головная боль напряжения определяется по критериям эпизодической, но частота приступов здесь более 15 в месяц и не менее 6 месяцев подряд. При этом допускается наличие одного сопутствующего симптома (тошноты, фотофобии, фонофобии) [2, 7, 8, 14].

Провоцирующие факторы эссенциальной головной боли многообразны, но очень похожи по характеру — часть из них приводит к усилению притока