

УДК 342.9; 343.8
DOI 10.52452/19931778_2022_6_130

**О БАРЬЕРАХ И ФАКТОРАХ,
ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ РАСКРЫТИЮ ИНФОРМАЦИИ
О ФАКТАХ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАК ИСТОЧНИКАХ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПОЛИЦИИ
(ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ)**

© 2022 г.

А.В. Равнюшкин, А.О. Дрозд

Санкт-Петербургский университет МВД Российской Федерации, Санкт-Петербург

ravnyushkin@mail.ru

Поступила в редакцию 06.07.2022

Учитывая, что совершение актов семейного насилия оказывает влияние на психическое состояние жертвы (как правило, женщины), во многих случаях они остаются латентными, носят закрытый характер от посторонних лиц и даже родственников и близких. Однако став жертвой семейного насилия, женщины в определенных случаях вынуждены обращаться за медицинской помощью в медицинские организации, в которых имеется возможность сообщить об обидчиках и актах совершенного ими насилия.

Актуальность темы исследования определяется тем, что в организациях здравоохранения потерпевшие при раскрытии информации о фактах семейного насилия наталкиваются на барьеры и факторы, препятствующие передаче такой информации.

Цель данного исследования – изучение восприятия и опыта потерпевших от семейного насилия при передаче ими информации об этом организациям здравоохранения, а также выявление барьеров и факторов, препятствующих раскрытию информации о фактах семейного насилия (исследование опыта России и Великобритании).

Методологическую основу исследования составил диалектический подход к научному познанию общественных отношений, складывающихся при раскрытии женщинами информации о фактах семейного насилия, когда они наталкиваются на барьеры и факторы, препятствующие передаче такой информации в медицинских организациях; анализ выявленных барьеров и факторов; синтез результатов, полученных в ходе исследования, позволивших представить предложения по их устранению. К числу специальных методов, примененных в исследовании, относятся метод исследования нормативных правовых актов и документов, эмпирический метод, метод обработки и анализа данных.

В работе были исследованы статистические данные Англии и Уэльса, научные труды английских ученых по изучаемой проблематике.

Результаты проведенного анализа материалов показывают, что имеется целый ряд барьеров и факторов, препятствующих раскрытию информации о фактах семейного насилия в организациях здравоохранения как источниках информации:

- а) неготовность значительного количества медицинских работников к приему информации от жертв семейного насилия о фактах такого насилия;
- б) эмоциональные и психологические барьеры самой жертвы;
- в) барьеры, связанные с партнерами;
- г) организационные барьеры.

Соглашаясь с мерами, предлагаемыми английскими учеными по преодолению выявленных барьеров и факторов, авторы формулируют собственные предложения.

Ключевые слова: семейное насилие, органы здравоохранения, обращение женщин, медицинские работники, полиция, взаимодействие.

Введение

Насилие в отношении женщин, особенно со стороны интимного партнера, и сексуальное насилие над женщинами являются серьезной проблемой общественного здравоохранения и нарушением прав человека.

Во всем мире почти треть (27%) женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоявших в отноше-

ниях, сообщают о том, что на протяжении жизни подвергались физическому и/или сексуальному насилию в той или иной форме со стороны своего интимного партнера. Во всем мире до 38% всех убийств женщин совершается их интимными партнерами¹.

Организация Объединенных Наций определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия, совершенный на основании поло-

вого признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, включая угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или в личной жизни»².

Немаловажное значение для выявления фактов семейного насилия, совершаемых в формах преступлений и административных правонарушений, имеют различные источники информации об их совершении.

Проведенное И.В. Сошниковой социологическое исследование показало, что «основными объектами семейного насилия продолжают оставаться женщины и дети (54% респондентов указало на это), а также престарелые члены семьи (23%). Главными субъектами насилия остаются мужья (52%). О женском и материнском насилии сообщили лишь 9% участников опросов. Сами мужчины становятся жертвами семейного насилия чаще всего в пожилом возрасте» [1].

Осознавая справедливость и точность определения насилия в семье, понимаемого И.В. Сошниковой «как властно-силовое действие, причиняющее вред (ущерб) человеку как члену семьи и ущемляющее его права и свободу как личности» [1, с. 177], складывается устойчивое понимание того, как последствия совершения насильственных действий оказывают влияние на психическое состояние жертвы.

Общеизвестно, что совершение фактов семейного насилия происходит в большинстве случаев латентно, носит закрытый характер от посторонних лиц и даже родственников и близких лиц. «О сложной, конфликтной ситуации в семье могут знать родственники, знакомые, соседи, однако сами конфликтующие стороны, как правило, стараются об этом не распространяться. К помощи полиции прибегают только тогда, когда иным способом нельзя разрешить сложившуюся ситуацию в семейно-бытовых отношениях» [2, с. 121].

Результаты проведенного опроса сотрудников полиции, выезжающих по сообщениям о происшествиях в сфере семейно-бытовых отношений, показывают, что в большинстве случаев любые факты оскорбления, унижения чести и достоинства, физическая боль, телесные повреждения скрываются, замалчиваются, их не разглашают вплоть до наступления самых тяжелых последствий, когда принудительное вмешательство государства в сферу семейно-бытовых отношений носит обязательный, публичный характер [3, с. 58].

Властно-насильственное воздействие оказывает разрушающее негативное воздействие на психическое состояние потерпевшего, в боль-

шинстве случаев это женщина. В большей степени источниками информации о фактах семейного насилия становятся организации здравоохранения, в которые обращаются женщины за оказанием медицинской помощи.

В качестве основной проблемы исследования обозначается, что в организациях здравоохранения потерпевшие от семейного насилия при раскрытии информации о фактах семейного насилия наталкиваются на барьеры и факторы, препятствующие передаче такой информации.

Описание исследования

Исследование российского опыта работы медицинских организаций с потерпевшими. В соответствии с пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях информирования органов внутренних дел медицинские организации предоставляют сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя в следующих случаях:

- о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
- о поступлении пациента, который по состоянию здоровья, возрасту или иным причинам не может сообщить данные о своей личности;
- о смерти пациента, личность которого не установлена.

Министерство здравоохранения РФ конкретизирует указанную норму. Так, в пункте 1 Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Порядок), закреплено, что медицинские организации передают сведения в территориальные органы МВД России о поступлении (обращении) пациентов в случаях наличия у них следующих признаков причинения вреда здоровью в результате совершения противоправных действий, которые могут быть причинены при семейном насилии: колотые, резаные, колото-резаные, рваные раны; переломы костей, гематомы, ушибы мягких тканей; гематомы внутренних органов; ушибы, сотрясения головного мозга; повреждения, связанные с воздействием высоких или низких температур, высокого или низкого барометрического давления; механическая асфиксия; поражения электрическим током; отравления наркотическими средствами, ядовитыми веществами, психотропными, ток-

сичными, сильнодействующими, одурманивающими и (или) другими психоактивными веществами, в том числе алкоголем; признаки изнасилования и (или) иных насильственных действий сексуального характера; истощение; иные признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий³.

Требования к содержанию сведений о пациенте регламентируются пунктом 6 Приложения, они включают данные:

1) фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст (при наличии таких сведений);

2) адрес регистрации по месту жительства либо по месту пребывания, место фактического проживания (при наличии таких сведений);

3) дата, время поступления (обращения) пациента;

4) адрес, с которого был доставлен пациент (при наличии таких сведений);

5) характер имеющегося состояния, возможные его причины, степень тяжести состояния пациента, предварительная причина смерти.

Как видится, в подпункте 5 сообщаются только сведения о характере имеющегося состояния, возможные его причины, а необходимые сведения об обстоятельствах получения телесных повреждений не указываются.

Согласно пункту 2 Порядка следует, что руководитель медицинской организации организует работу по передаче в орган МВД России обозначенных сведений и назначает медицинских работников, ответственных за своевременное информирование органов МВД России. От уровня подготовленности работы медицинских работников с лицами, прежде всего женщинами, пострадавшими от фактов семейного насилия, умения наладить с ними психологический контакт зависит степень полноты сведений об обстоятельствах получения телесных повреждений и об обидчике.

В большинстве случаев за оказанием медицинской помощи пострадавшие обращаются в травмпункты. В соответствии с пунктом 4 Правил организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии на должности заведующего травмпунктом и врача-травматолога-ортопеда травмпункта назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения⁴.

Подготовка обучающихся по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» осуществляется по программе высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации

по программам ординатуры⁵, предусматривающим формирование профессиональных компетенций, предусмотренных в федеральном государственном образовательном стандарте высшего образования по специальности 31.08.66 «Травматология и ортопедия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)⁶.

Несмотря на соответствующую профессиональную подготовку, позволяющую в необходимой степени решать профессиональные задачи, вопрос выявления, фиксации и передачи в полицию информации о случаях противоправного причинения телесных повреждений и других вредных для здоровья последствий при опросе прибывших на медицинский прием граждан остается решенным не в полной мере.

На различных медицинских форумах, страницах сайтов медицинских организаций обозначенная проблема приобретает острый характер. Так, в одном из них говорится, что «законодатель ставит врача в положение следователя, когда ему необходимо определить, могут ли быть связаны нарушения здоровья с каким-либо совершенным преступлением. Излишняя внимательность и осторожность врачей в этом случае может приводить к перегрузке правоохранительной системы, когда врачи, соблюдая требования законодательства, инициируют криминальные расследования по бытовым ситуациям ... Также требует дополнительных прояснений и комментариев пункт 14 Положения, в соответствии с которым перечень не является исчерпывающим и может быть дополнен любыми иными признаками. Как возможно увидеть, в качестве данных «иных признаков» может выступить все что угодно. Данный факт, в свою очередь, дает возможность правоохранительным органам требовать от врачей информирования в отношении практически любых поступающих пациентов ... Представляется, что сообщение сведений в правоохранительные органы при наличии данных признаков должно происходить не автоматически, а при наличии тщательного опроса и обследования врачом»⁷.

Большое значение при выявлении и фиксации фактов причинения вреда здоровью, побоев и других противоправных действий насильственного характера имеют личные и профессиональные качества лица – медицинского работника, который непосредственно осуществляет прием пострадавших лиц, преимущественно женщин не только в России, но и за рубежом. Однако если в российской науке этот вопрос практически не поднимается, то в европейской относится к числу актуальных.

Изучение зарубежного опыта: статистических данных Англии и Уэльса и английской науч-

ной литературы. В Англии и Уэльсе этот вопрос приобрел остроту из-за высокого уровня бытовых преступлений. Согласно данным Обзора о домашнем насилии в семье в Англии и Уэльсе Офиса национальной статистики (Office for National Statistics) за год (с марта 2020 г. по март 2021 г.) полиция в Англии и Уэльсе зарегистрировала в общей сложности 1 459 663 инцидента и преступления, связанные с бытовым насилием. Из них 845 734 были зарегистрированы как преступления, связанные с домашним насилием, что на 6% больше, чем в предыдущем году, что составляет 18% всех преступлений, зарегистрированных полицией за год (с марта 2020 г. по март 2021 г.).

Число сообщений по вопросам домашнего насилия по телефонам доверия, обслуживаемым Национальной линией доверия по вопросам домашнего насилия в Англии, увеличилось в рассматриваемый период на 22%⁸.

В рассматриваемом периоде жертвой 73% преступлений, связанных с домашним насилием, была женщина. Наибольшая доля женщин-жертв преступлений насилия в отношении личности, идентифицированных как связанные с бытовым насилием, были в возрасте от 30 до 34 лет, в то время как жертвы мужского пола, как правило, были старше, с наибольшей долей жертв в возрасте 75 лет и старше⁹.

Офис национальной статистики Англии и Уэльса заключает, что домашнее насилие часто является скрытым преступлением, о котором не сообщается в полицию. Таким образом, данные, которыми располагает полиция, могут дать лишь частичную картину фактического уровня бытового насилия¹⁰.

Опираясь на указанные и иные данные, британские исследователи отмечают целый ряд факторов, которые препятствуют фиксации фактов семейного насилия в медицинских организациях:

– врачи и медсестры редко спрашивают о насилии со стороны интимного партнера и часто не могут определить признаки домашнего насилия [4; 5];

– нерешительность медицинских работников спрашивать о домашнем насилии [6] привела к тому, что они стали оказывать неадекватную помощь [7];

– многие специалисты в области психического здоровья не чувствуют себя компетентными или уверенными, чтобы реагировать на бытовое насилие в своей практике [8], а медицинские работники испытывали психологический дискомфорт при обсуждении домашнего насилия и чувствовали свою некомпетентность как специалисты [9].

Эти результаты дополняются другими исследованиями, показывающими, что выявляется

лишь небольшое число жертв бытового насилия [10].

Выделенные английскими учеными негативные факторы, препятствующие надлежащему выполнению медицинскими работниками обязанностей по реагированию на информацию о семейном насилии от их жертв, показывают, что они могут неадекватно реагировать на жертв насилия в семье. При беседах с медицинскими работниками жертвы бытового насилия сообщили о низком уровне удовлетворенности ответом, полученным от службы здравоохранения [11].

Чтобы подтвердить или опровергнуть обозначенные выводы, сделанные цитируемыми исследователями, группа ученых – Р.Л. Херон, М.К. Эйсма, К. Браун – методом опроса женщин – жертв домашнего насилия в возрасте от 21 до 49 лет, которые различались по возрасту, этнической принадлежности и жизненному опыту, изучили процесс приема информации о семейном насилии, их состояние. Результаты опроса женщин показали, что выделяются три основные категории или темы, касающиеся причин, по которым женщинам трудно раскрываться в службе здравоохранения. К ним относятся эмоциональные барьеры (69%), барьеры, связанные с партнерами (38%), и организационные барьеры (38%) [12, с. 536].

Среди первостепенных эмоциональных причин более половины женщин ($n = 17$; 59%) заявили, что на их решение не раскрывать информацию службе здравоохранения повлиял страх. Этот страх был разделен на три типа: «страх, что жертвы потеряют своих детей», «страх, что партнер жертвы узнает» и «страх, что жертвам не поверят».

Треть женщин ($n = 10$; 34%) заявили, что не раскрывают информацию в службе здравоохранения из-за *боязни вовлечения специалистов и удаления их детей* (забрать детей от матери, лишиться ее родительских прав). В качестве специалистов во многих случаях выступают *фасилитаторы*¹¹.

К барьерам, связанным с партнерами, английские авторы отнесли три подкатегории: *физическое присутствие партнера* (партнеры сопровождают жертв на встречи со специалистами в медицинских организациях и находятся рядом с ними) (34%), *контролирующее поведение партнера* (затрудняют им выход из дома) (10%) и *партнер (сожитель) манипулирует специалистами (врачами)* (преступник эмоционально манипулирует медицинским персоналом: может разрыдаться и выглядеть жалким, а затем, когда профессионал уходит, возвращается к прежнему насильственному поведению) (3%).

И почти треть женщин ($n = 9$; 31%) сообщили, что столкнулись с организационными барьерами, которые мешали им раскрыть информацию службе здравоохранения: это *целесообразность постановки вопроса* (служба здравоохранения не является подходящим местом для раскрытия информации о насилии) (24%) и *время для раскрытия информации* (не было достаточно времени для раскрытия информации в медицинских учреждениях) (14%).

Межличностные отношения между жертвой насилия и медицинским работником (фасилитатором) при беседе были разделены на три подкатегории: *умение слушать* (выслушивание их медицинским работником помогло им раскрыться), *доверие* (доверие к медицинскому работнику помогло им в раскрытии информации) и *сопереживание* (сочувствие со стороны медицинского работника является еще одним важным фактором, который может помочь раскрытию информации). Участие фасилитаторов в беседах с жертвами семейного насилия способствует увеличению раскрытия информации об исследуемых фактах, выстраиванию доверительных отношений с потерпевшими.

Результаты изучения английской научной литературы. Таким образом, проведенное исследование английской литературы показывает, что медицинские организации являются важнейшим местом получения информации о семейном насилии. Однако существует целый ряд барьеров, препятствующих в большей степени охватить и расширить количество жертв семейного насилия с целью получения от них достоверной информации о противоправных насильственных действиях:

- а) неготовность значительного количества медицинских работников к приему информации от жертв семейного насилия о фактах такого насилия;
- б) эмоциональные и психологические барьеры самой жертвы;
- в) барьеры, связанные с партнерами;
- г) организационные барьеры.

В качестве предложений, направленных на преодоление барьеров, английские ученые предлагают ряд нововведений. Среди них нововведение о том, что медицинские работники должны пройти обучение, чтобы понять влияние бытового насилия на здоровье и научить их активно реагировать на раскрытие информации о бытовом насилии.

Следующее предложение состоит в предоставлении медицинским работникам, принявшим информацию о фактах семейного насилия, возможности проведения последующих встреч

со своими пациентами, поскольку непрерывность ухода может помочь завоевать у жертв больше доверия и, вероятно, облегчить процесс последующего раскрытия информации. Более четверти (28%) женщин-жертв в этом исследовании предположили, что безопасность и конфиденциальность являются ключевыми факторами, помогающими жертвам раскрывать информацию.

Показательны результаты эксперимента, проведенного в одной из английских медицинских организаций: первой группе врачей было поручено носить пуговицы с надписью: «Можно говорить со мной о насилии в семье и жестоким обращении», а другая группа врачей не носила такие пуговицы. Врачам, которые носили такие пуговицы, удалось вызвать значительно больше разговоров о злоупотреблениях и насилии, несмотря на то, что специалисты прошли одинаковую подготовку [12, с. 540].

В качестве меры по снижению контролирующего воздействия обидчика на жертву предлагается расширить возможности онлайн-вмешательства в процесс получения информации, это может быть эффективным способом достучаться до жертвы домашнего насилия [13].

Общие выводы исследования. Рекомендации. Обозначенные факты, выявленные в результате анализа английской научной литературы по исследуемой теме, являются показательными и демонстрирующими определенное состояние процесса выявления информации о фактах семейного насилия в медицинских организациях. Думается, что показательное обозначенное состояние и для России. Поэтому полагаем, что сформулированные английскими учеными рекомендации могут быть приемлемыми и для российских медицинских организаций.

В 2021 году на Всероссийский телефон доверия для женщин, пострадавших от домашнего насилия, поступило **58 180** обращений. По сравнению с 2020 годом, когда было **48 869** обращений, – увеличение почти на 20%. На первых местах по количеству обращений – Москва, Санкт-Петербург, Краснодарский край, Нижегородский регион и Ростовская область. От физического насилия пострадали **72.3%** позвонивших женщин. Большинство женщин пострадали от насилия со стороны мужа и/или партнера (**76.4%**) и бывшего мужа (**10.6%**)¹².

Свою эффективность по работе с женщинами, пострадавшими от разного рода насилия, доказывают функционирующие в России кризисные центры для женщин, предоставляющие онлайн возможности по сообщению о случае насилия¹³.

Следует отметить, что барьеры и факторы, обозначенные в научных исследованиях английских ученых, встречаются и в российской действительности. Например, о их наличии говорится в видеороликах этих центров¹⁴.

В качестве меры по совершенствованию механизма приема информации о фактах семейного насилия следует обозначить предложение о том, чтобы медицинские работники медицинских организаций, которые контактируют с потерпевшими, прежде всего женщинами, рекомендовали им, помимо прочего, обращаться в соответствующие кризисные центры для женщин. Для этого следует не только предусмотреть тиражирование и размещение проспектов и стендов об этих центрах в соответствующих медицинских организациях, но и разработать и принять нормативный правовой акт о взаимодействии между этими медицинскими организациями и кризисными центрами для женщин.

Кроме того, необходимо предусмотреть, чтобы работники кризисных центров для женщин с согласия потерпевших от семейного насилия передавали об этом информацию в полицию.

Примечания

1. Насилие в отношении женщин // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

2. Декларация об искоренении насилия в отношении женщин. Нью-Йорк, ООН, 1993 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 июня 2021 г. № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Правила организации кабинета неотложной травматологии и ортопедии (Приложение № 11 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия») [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://base.garant.ru/12171975/#block_2000.

5. Перечень специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры: Приложение № 6 к приказу Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (в ред. от 13 декабря 2021 г. № 1229).

6. Приказ Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. № 1109 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.66

Травматология и ортопедия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».

7. Когда врач обязан информировать полицию о пациенте. Что говорит закон? / ООО «БО Барристерс». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://barrister.ru/kogda-vrach-dolzhen-informirovat-policiyu-o-paciente> (дата обращения: 17.04.2022).

8. Domestic abuse in England and Wales overview: November 2021 (2. Main points) [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.ons.gov.uk/people_population_and_community/crime_and_justice/bulletins/domestic_abuse_in_england_and_wales_over_view/november2021 (дата обращения: 24.05.2022).

9. Domestic abuse victim characteristics, England and Wales: year ending March 2021 (2. Main points). [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.ons.gov.uk/people_population_and_community/crime_and_justice/articles/domestic_abuse_victim_characteristics_england_and_wales/yearending_march2021 (дата обращения: 24.05.2022).

10. Domestic abuse victim characteristics, England and Wales: year ending March 2021 (3. Understanding domestic abuse). [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.ons.gov.uk/people_population_and_community/crime_and_justice/articles/domestic_abuse_victim_characteristics_england_and_wales/yearending_march_2021 (дата обращения: 24.05.2022).

11. Фасилитатор – это лицо, организующее и определяющее структуру беседы, ведет ее к результату, который устроит всех участников, при этом занимает нейтральную позицию, не навязывает своего мнения, не вступает в дискуссию и не принимает никаких решений.

12. Ресурсный центр «АННА». Итоги 2021 года: почти 60 тысяч обращений [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://anna-center.ru/tpost/i057ki9ri1-itogi-2021-goda-pochti-60-tisyach-obrasc> (дата обращения: 21.05.2022).

13. Санкт-Петербургская Региональная Общественная Организация «ИНГО. Кризисный центр для женщин» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://crisiscenter.ru/about/activity> (дата обращения: 21.06.2022).

14. РУМТУР – как устроен Кризисный центр для женщин ИНГО [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.youtube.com/watch?v=OhYtHfduyuY> (дата обращения: 22.06.2022).

Список литературы

1. Сошникова И.В., Чупина Г.А. Насилие в семье: социальные предпосылки и факторы риска // Вестник Челябинского государственного университета. 2010. № 20 (201). С. 174–188.

2. Гайдуков А.А. Полицейское реагирование на правонарушения в сфере семейно-бытовых отношений // Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2019. № 2 (56). С. 120–123.

3. Бучакова М.А., Гайдуков А.А. Пресечение полицией правонарушений в сфере семейно-бытовых отношений // Алтайский юридический вестник. 2019. № 2 (26). С. 57–61.

4. Correa N.P., Cain C.M., Bertenthal M., Lopez K.K. Women's experiences of being screened for intimate partner violence in the health care setting // *Nursing for Women's Health*. 2020. **24**. P. 185–196.
5. 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. **23**. P. 65–70.
6. Sundborg E., Törnkvist L., Saleh-Statinn N., Wändell P., Hylander I. To ask, or not to ask: The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence // *Journal of Clinical Nursing*. 2017. **26**. P. 2256–2265.
7. Bradbury-Jones C., Broadhurst K. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study // *Journal of Advanced Nursing*. 2015. **71**. P. 2062–2072.
8. Rose D., Trevillion K., Woodall, A., Morgan C., Feder G., Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: Qualitative study // *The British Journal of Psychiatry*. 2011. **198**. P. 189–194.
9. Taylor J., Bradbury-Jones C., Kroll T., Duncan F. Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study // *Health and Social Care in the Community*. 2013. **21**. P. 489–499.
10. Chapman A., Monk C. Domestic violence awareness // *American Journal of Psychiatry*. 2015. **172**. P. 944–945.
11. Trevillion K., Hughes B., Feder G., Borschmann R., Oram S., Howard L.M. Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis // *International Review on Psychiatry*. 2014. **26**. P. 430–444.
12. Heron R.L., Eisma M.C., Browne K. Barriers and Facilitators of Disclosing Domestic Violence to the UK Health Service // *Journal of Family Violence*. 2022. **37**. P. 533–543.
13. Tarzia L., Cornelio R., Forsdike K., Hegarty K. Women's experiences receiving support online for intimate partner violence: How does it compare to face-to-face support from a health professional? // *Interacting with Computers*. 2018. **30**. P. 433–443.

ABOUT BARRIERS AND FACTORS PREVENTING DISCLOSURE OF INFORMATION ABOUT THE FACTS OF FAMILY VIOLENCE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS AS SOURCES OF INFORMATION FOR THE POLICE (UK EXPERIENCE)

A.V. Ravnyushkin, A.O. Drozd

Considering the facts that the commission of acts of family violence has an impact on the mental state of the victim (usually a woman), in many cases they remain latent, are closed from outsiders and even relatives and loved ones. However, having become a victim of domestic violence, women in certain cases are forced to seek medical help from medical organizations where it is possible to report abusers and acts of violence committed by them.

The relevance of the research topic is determined by the fact that in healthcare organizations as places where victims of family violence, when disclosing information about the facts of family violence, encounter barriers and factors that prevent the transfer of such information.

The purpose of this study is to study the perception and experience of victims of family violence when they transmit information about this to healthcare organizations, as well as to identify barriers and factors that prevent disclosure of information about the facts of family violence (a study of the experience of Russia and the UK).

The methodological basis of the study was a dialectical approach to the scientific knowledge of social relations that develop when women disclose information about the facts of family violence, in which they encounter barriers and factors that prevent the transfer of such information in medical organizations, analysis of the identified barriers and factors, synthesis of the results obtained during the study, which allowed to submit proposals for their elimination. Among the special methods used in the study are the method of studying normative legal acts and documents, the empirical method, the method of data processing and analysis.

The paper examined the statistical data of England and Wales, the scientific works of English scientists on the studied problems.

The results of the analysis of the materials show that there are a number of barriers and factors preventing the disclosure of information about the facts of family violence in healthcare organizations as sources of information:

- a) the unwillingness of a significant number of medical professionals to receive information from victims of domestic violence about the facts of such violence;
- b) containing in the victim (emotional barriers);
- c) barriers related to partners;
- d) organizational barriers.

Agreeing with the measures proposed by English scientists to overcome the identified barriers and factors, the authors also identified their own proposals for their passage.

Keywords: family violence, health authorities, treatment of women, medical workers, police, interaction.

References

1. Soshnikova I.V., Chupina G.A. Domestic violence: social prerequisites and risk factors // Bulletin of Chelyabinsk State University. 2010. № 20 (201). P. 174–188.
2. Gaidukov A.A. Police response to offenses in the sphere of family and household relations // Bulletin of the Kaliningrad branch of the St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. 2019. № 2 (56). P. 120–123.
3. Buchakova M.A., Gaidukov A.A. Police suppression of offenses in the sphere of family and household relations // Altai Legal Bulletin. 2019. № 2 (26). P. 57–61.
4. Correa N.P., Cain C.M., Bertenthal M., Lopez K.K. Women's experiences of being screened for intimate partner violence in the health care setting // Nursing for Women's Health. 2020. **24**. P. 185–196.
5. 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. **23**. P. 65–70.
6. Sundborg E., Törnkvist L., Saleh-Stattin N., Wändell P., Hylander I. To ask, or not to ask: The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence // Journal of Clinical Nursing. 2017. **26**. P. 2256–2265.
7. Bradbury-Jones C., Broadhurst K. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study // Journal of Advanced Nursing. 2015. **71**. P. 2062–2072.
8. Rose D., Trevillion K., Woodall, A., Morgan C., Feder G., Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: Qualitative study // The British Journal of Psychiatry. 2011. 198. P. 189–194.
9. Taylor J., Bradbury-Jones C., Kroll T., Duncan F. Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: A critical incident technique study // Health and Social Care in the Community. 2013. **21**. P. 489–499.
10. Chapman A., Monk C. Domestic violence awareness // American Journal of Psychiatry. 2015. **172**. P. 944–945.
11. Trevillion K., Hughes B., Feder G., Borschmann R., Oram S., Howard L.M. Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis // International Review on Psychiatry. 2014. **26**. P. 430–444.
12. Heron R.L., Eisma M.C., Browne K. Barriers and Facilitators of Disclosing Domestic Violence to the UK Health Service // Journal of Family Violence. 2022. **37**. P. 533–543.
13. Tarzia L., Cornelio R., Forsdike K., Hegarty K. Women's experiences receiving support online for intimate partner violence: How does it compare to face-to-face support from a health professional? // Interacting with Computers. 2018. **30**. P. 433–443.