



CENTAR ZA PROMOCIJU
ZDRAVLJA ŽENA

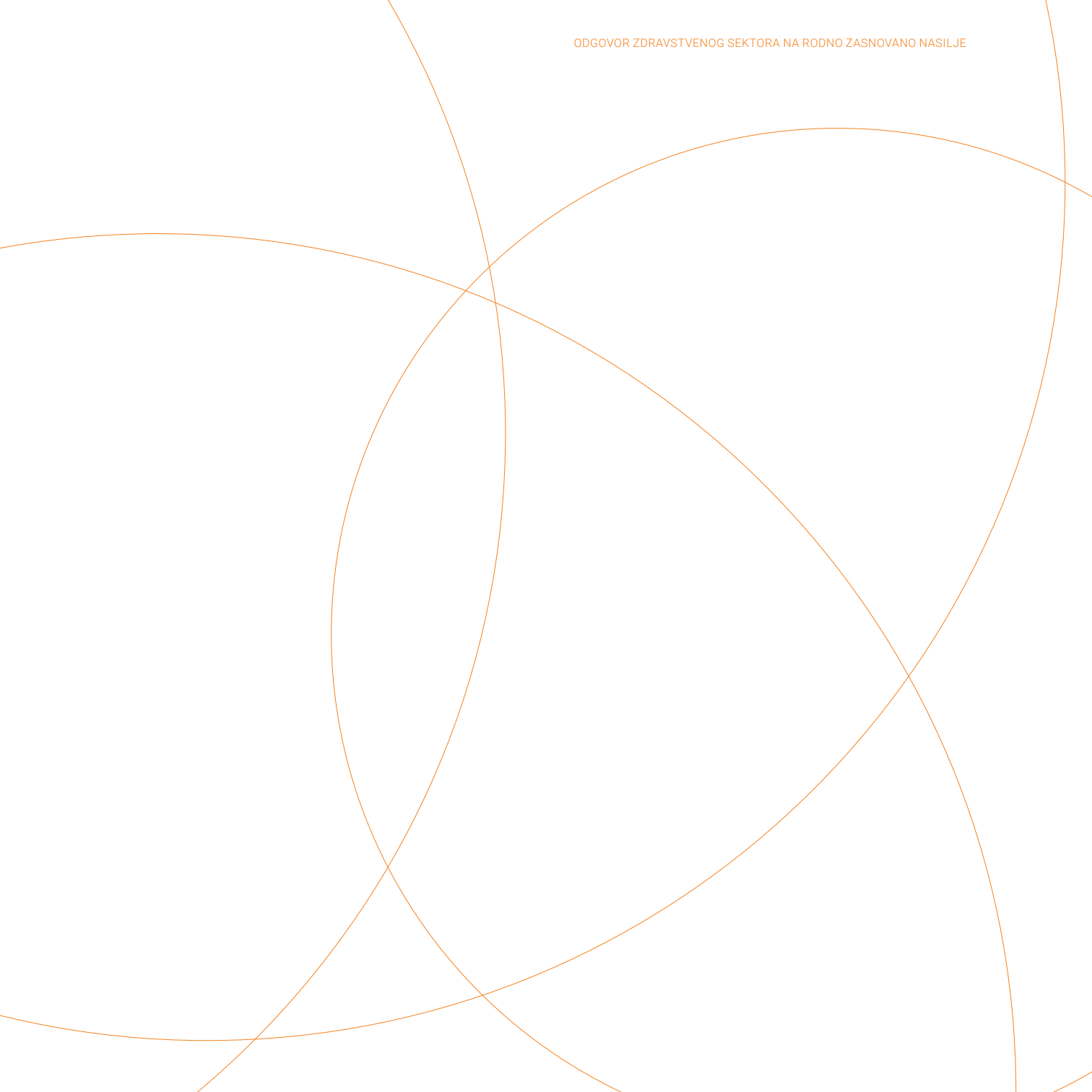


ODGOVOR

ZDRAVSTVENOG SEKTORA NA
RODNO ZASNOVANO NASILJE

VODIČ ZA ZDRAVSTVENE
RADNIKE/CE

BEOGRAD, 2015.



UVOD

Rodno zasnovano nasilje obuhvata širok spektar različitih formi zlostavljanja baziranih na rodnoj pripadnosti, koje je usmereno prema ženama i devojčicama u različitim periodima života i pokazuje epidemijske razmere u gotovo svim društvenim zajednicama i sredinama. Nasilje nad ženama rezultat je neravnoteže moći između muškaraca i žena, što uslovljava diskriminaciju žena kako u okviru društva, tako i unutar porodice i partnerskih odnosa. Ono predstavlja kršenje ljudskih prava i lišava žene mogućnosti da uživaju osnovna prava i slobode, što predstavlja veliku prepreku u prevazilaženju nejednakosti između žena i muškaraca na svim ličnim i društvenim nivoima. Zbog toga je rodno zasnovano nasilje problem i odgovornost šire društvene zajednice, jer su njegove posledice višestruke i odražavaju se na sve segmente društva i učešća žena u društvenim procesima. Nasilje ne samo da ugrožava fizičko i mentalno zdravlje i socijalno blagostanje žene, već remeti i kvalitet njenog života.

Zdravstveni sektor često je prva i jedina instanca kojoj se žene izložene rodno zasnovanom nasilju obraćaju, zbog čega su zdravstveni radnici/ce, u okviru svoje profesionalne delatnosti, u obavezi da doprinesu prevenciji, ranom otkrivanju, dokumentovanju i prijavljivanju nasilja nad ženama.

Ponuđeni program namenjen je unapređenju odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje i rezultat je saradnje i partnerstva Populacionog fonda Ujedinjenih nacija (*United Nations Population Fund – UNFPA*), Evropske mreže žena protiv nasilja (*Women Against Violence Europe – WAVE*) i Centra za promociju zdravlja žena (CPZŽ), čiji je zajednički cilj da se daju smernice koje će obezbediti održiva rešenja u poboljšanju odgovora zdravstvenog sistema u okviru ovog problema. Cilj smernica je unapređenje znanja i veština zdravstvenih radnika/ca u Srbiji, koji neposredno pružaju zdravstvene usluge, ali i rukovodstava zdravstvenih usluga od čije dobre i usklađene saradnje zavisi unapređenje i poboljšanje odgovora zdravstvenog sistema na rodno zasnovano nasilje.

Cilj ovog priručnika je da što više zdravstvenih radnika/ca stekne znanja i veštine da prepozna, pruži odgovarajuću medicinsku zaštitu, adekvatno dokumentuje nasilje i njegove posledice, i da uputi ženu koja je preživela nasilje na postojeće resurse u

zajednici. Pored toga, Priručnik omogućava zdravstvenim radnicima/cama i da se upoznaju i steknu komunikacijske vještine da procene životnu ugroženost žene koja je preživela rodno nasilje. Priručnik, takođe, daje i veoma jasne i praktične odgovore na veliki broj pitanja koja sebi postavljaju zdravstveni radnici/ce, a tiču se njihovih uloga u postupanju i brizi o ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje. Pored navedenog, Priručnik obezbeđuje unapređenje i poboljšanje i svih ostalih usluga u okviru zdravstvenog sistema.

Priručnik u okviru ovog programa nudi zdravstvenim radnicima/cama detaljne informacije o:

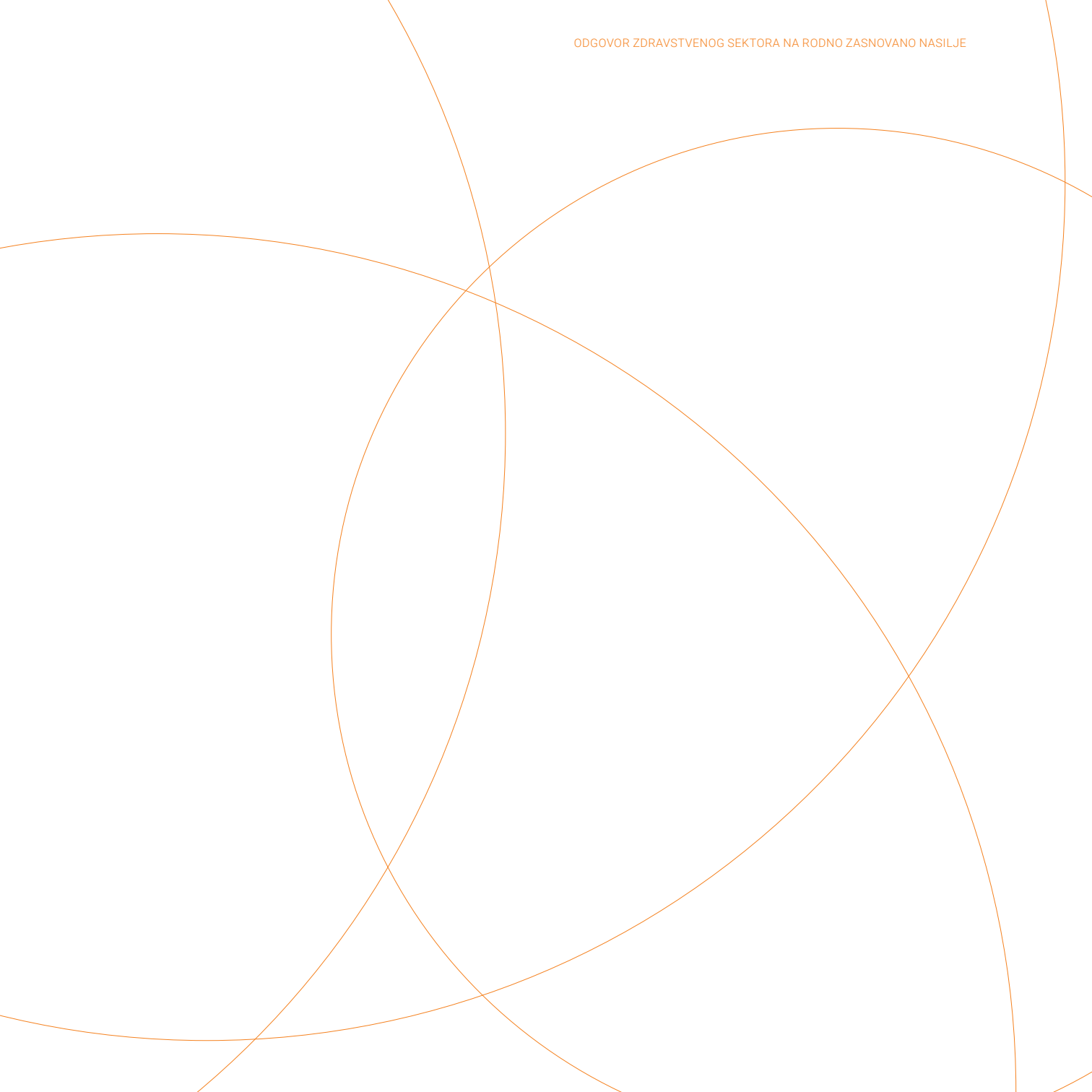
- podacima za razumevanje prirode i dinamike rodno zasnovanog nasilja i uloge zdravstvenog sistema u odgovoru na ovu pojavu;
- praktičnim koracima i preporukama za planiranje i izvođenje postupaka koji će omogućiti integrisanje odgovora na rodno zasnovano nasilje u okviru zdravstvenog sektora;
- smernicama za stvaranje novih ili jačanje/poboljšanje postojećih usluga u okviru međusektorske saradnje; i
- sticanju znanja i veština zdravstvenih radnika/ca da prepoznaju rodno zasnovano nasilje i njegove simptome, i pruže odgovarajuću pomoć i podršku ženama koje su ga preživele.

Reagovanjem i prepoznavanjem žena koje su preživele rodno zasnovano nasilje, zdravstveni radnici/ce i ceo zdravstveni sistem u poziciji su da učine iskorak u svom profesionalnom pristupu i aktivno utiču, zajedno sa ostalim članovima u zajednici, da se nasilje smanji, prevenira, sankcioniše i prestane.

U reviziji materijala za potrebe edukacije zdravstvenog sektora u Srbiji učestvovao je Centar za promociju zdravlja žena – dr Stanislava Otašević i prof. dr Slobodan Savić, Institut za sudsku medicinu „Milovan Milovanović“ i Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, a proces je podržan od strane Kancelarije Populacionog fonda Ujedinjenih nacija u Srbiji. Materijal je rađen po uzoru na UNFPA/WAVE paket „Jačanje odgovora zdravstvenog sektora na rodno zasnovano nasilje u Istočnoj Evropi i Centralnoj Aziji“¹, a prema poslednjim međunarodnim standardima i dobrim praksama u ovoj oblasti.

Nadamo se da ćete materijal koji je pred vama uspešno koristiti u svom daljem radu.

¹ UNFPA/WAVE, *Strengthening Health System Response to Gender-based Violence in Eastern Europe and Central Asia*, Internet, <http://www.health-genderviolence.org/>.





SADRŽAJ

1. RODNO ZASNOVANO NASILJE	13
1.1. Pol, rod, rodne uloge i rodna ravnopravnost	14
1.2. Definicije rodno zasnovanog nasilja	15
1.3. Vrste rodno zasnovanog nasilja	18
1.4. Rasprostranjenost rodno zasnovanog nasilja	20
1.5. Faktori rizika za nastanak rodno zasnovanog nasilja	23
1.6. Dinamika rodno zasnovanog nasilja	25
1.7. Zdravstvene posledice rodno zasnovanog nasilja	37
2. ULOGA ZDRAVSTVENOG SISTEMA U ODGOVORU ZDRAVSTVENOG SISTEMA NA RODNO ZASNOVANO NASILJE	49
2.1. Uloga zdravstvenih radnika/ca u odgovoru na rodno zasnovano nasilje	49
2.2. Prepreke za efikasan odgovor zdravstvenog sektora na rodno zasnovano nasilje	53
2.3. Principi i standardi za pružanje zdravstvenih usluga	57
3. POSTUPANJE U OKVIRU ZDRAVSTVENOG SEKTORA SA ŽENOM KOJA JE PREŽIVELA RODNO ZASNOVANO NASILJE	61
3.1. Prepoznavanje i potvrda rodno zasnovanog nasilja	61
3.2. Pregled i medicinsko zbrinjavanje zdravstvenih posledica rodno zasnovanog nasilja	69
3.3. Dokumentovanje rodno zasnovanog nasilja	73
3.3.1. Značaj adekvatnog medicinskog dokumentovanja telesnih posledica rodno uslovljenog nasilja	73

3.3.2. Karakteristike telesnih povreda nastalih usled porodičnog nasilja	74
3.3.3. Klinička sudska medicina i njen značaj za adekvatno medicinsko dokumentovanje telesnih posledica porodičnog nasilja	78
3.3.4. Sudskomedicinska dijagnostika telesnih povreda	80
3.3.5. Primena Posebnog protokola Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju	94
3.4. Procena bezbednosti / životne ugroženosti žene koja preživljava rodno zasnovano nasilje	96
4. MULTISEKTORSKA SARADNJA	101
4.1. Definisane međusektorske saradnje za zaštitu žene koja je preživela rodno zasnovano nasilje	101
4.2. Proces multisektorske zaštite žene koja je preživela nasilje	104
5. ZAKONSKI OKVIR ZAŠTITE ŽENA OD RODNO ZASNOVANOG NASILJA U REPUBLICI SRBIJI	117
5.1. Porodični zakon (PZ)	117
5.2. Krivični zakonik (KZ RS)	120
6. PRILOZI	127



SKRAĆENICE

CAADA	<i>Coordinated Action Against Domestic Abuse</i> (Koodinirana akcija protiv nasilja u porodici)
CEDAW	<i>Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women</i> (Konvencija UN o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena)
CPŽŽ	Centar za promociju zdravlja žena
GR	<i>General Recommendation</i> (Opšta preporuka)
HIV/AIDS	<i>Human Immune Deficiency Virus</i> – virus humane imunodeficijencije / <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> – sindrom stečene imunodeficijencije
HRDA	<i>Human Resources Benchmarking Association</i> (Udruženje za benč-marking ljudskih resursa)
KZ RS	Krivični zakonik Republike Srbije
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i> (Panamerička zdravstvena organizacija)
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
PZ RS	Porodični zakon Republike Srbije
SZO	Svetska zdravstvena organizacija (<i>World Health Organization</i> – WHO)
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i> (Program Ujedinjenih nacija za razvoj)
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> (Populacioni fond Ujedinjenih nacija)
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fond Ujedinjenih nacija za decu)
WAVE	<i>Women Against Violence Europe</i> (Evropska mreža žena protiv nasilja)



1

RODNO ZASNOVANO NASILJE

1. RAZUMEVANJE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Rodno zasnovano nasilje obuhvata širok spektar različitih formi ponašanja, baziranih na rodnom obeležju i usmerenih prema ženama i devojčicama u različitim periodima života. Rodno zasnovano nasilje proizilazi iz neravnoteže moći između žena i muškaraca, što dovodi do diskriminacije žena kako unutar porodice, tako i u okviru društva. Rodno zasnovano nasilje uslovljeno je društvenim kontekstom na više načina. Pre svega ono je determinisano strukturnim i kulturnim činiocima koji oblikuju rodne odnose u porodici, zajednici i društvu. Karakter rodnih odnosa, stepen i priroda rodnih nejednakosti, predstavljaju kontekst u kojem se uspostavljaju intimni porodični i partnerski odnosi, utemeljeni na odgovarajućim odnosima moći i rodnim ulogama. Rodno zasnovano nasilje lišava žene mogućnosti da uživaju osnovna ženska ljudska prava, zbog čega ih ostavlja ranjivim za dalje zlostavljanje i predstavlja veliku prepreku u prevazilaženju neravnopravnosti između žena i muškaraca u intimnim odnosima i društvu.

Nasilje nad ženama u značajnoj meri narušava život žena i onemogućava im da uživaju svoja ljudska prava, posebno prava na: život, bezbednost, slobodu, zdravlje, dostojanstvo i fizički i psihički integritet.

Uopšteno govoreći, počinioci nasilja mogu biti i muškarci i žene, ali rodna dimenzija je njegova suštinska karakteristika. Prema dostupnim podacima o kretanju i obeležjima nasilja u Republici Srbiji u okviru nasilja u porodici i partnerskim odnosima, najčešće žrtve su osobe ženskog pola, različite životne dobi i porodičnog statusa, a najčešći počinioci su lica muškog pola – aktuelni i bivši bračni i/ili vanbračni partneri, ili drugi muški članovi

porodice. Rodno zasnovano nasilje dešava se u svim socioekonomskim grupama i gotovo svim kulturama. Međutim, potrebno je istaći da su većem riziku posebno izložene žene koje pripadaju već diskriminiranim grupama kao što su žene sa invaliditetom, devojčice/adolescentkinje, žene izbeglice, psihički izmenjene žene, žene smeštene u institucijama, žene na selu, žene drugačije seksualne orijentacije, žene sa HIV/AIDS (*Human Immune Deficiency Virus* – virus humane imunodeficijencije / *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – sindrom stečene imunodeficijencije), zavisnice i starije žene.

Rodno zasnovano nasilje ne ugrožava samo žene već takođe predstavlja i pretnju društvu kao celini, zbog čega zahteva odgovarajući odgovor, celovitu, kontinuiranu i blagovremenu intervenciju relevantnih aktera na svim nivoima (institucija, zajednica, država). Radi unapređenja rodne ravnopravnosti, a samim tim i borbe protiv rodno uslovljenog nasilja, organi Republike Srbije pruzeli su obavezu da realizuju sledeće:

- jačanje kapaciteta ustanova i institucija koje se bave rodno zasnovanim nasiljem;
- ustanovljavanje i primenjivanje mehanizama koji će obezbediti postupanje u skladu sa međunarodnim dokumentima i obavezama u vezi sa ljudskim pravima i rodno zasnovanim nasiljem; i
- podizanje svesti javnosti i građana o neprihvatljivosti nasilja kao modela ponašanja.

1.1. POL, ROD, RODNE ULOGE I RODNA RAVNOPRAVNOST

U cilju omogućavanja skretanja pažnje na problem nasilja nad ženama, kao rodno zasnovan fenomen, i njegovog integrisanja u zdravstveni sistem, od izuzetne je važnosti prepoznavanje i uvažavanje razlika između pola i roda.

Pol se, uopšteno, odnosi na biološke i fiziološke determinante i razlike između muškaraca i žena. Međutim, i ovde je potrebno imati u vidu da biološke i fiziološke razlike ne postoje samo na nivou žena – muškarac, već moramo imati u vidu i osobe koje se po biološkim karakteristikama nalaze između ova dva termina, odnosno na tzv. interseksualne osobe.

Pod pojmom „rod“ definišu se one karakteristike, identitet i uloge žena i muškaraca koje su društveno konstruisane i rezultat su naučenih ponašanja formiranih u okviru odrastanja u određenoj porodici, sredini, kulturi, religiji i društvu u celini. Ovaj fenomen nastaje i manifestuje se u hijerarhijskoj, nejednakoj raspodeli moći i prava koje imaju žene i muškarci, i to po pravilu u korist muškaraca, a na štetu žena.

S obzirom na to da se rodne uloge uče i proizvod su društvene konstrukcije u toku vremena i razvoja društvenih odnosa, podložne su promenama.

Rodne uloge i raspodela moći ne formiraju se izolovano, u odnosu na pol, već su definisane međusobnim odnosom žena i muškaraca i devojčica i dečaka. Svi ovi faktori dodeljuju ženama i muškarcima određene uloge koje se, najšire shvaćeno, ogledaju u podeli na „ženske“ i „muške“ poslove, i vrlo specifično se manifestuju na različitim nivoima kao što su pristup i kontrola nad: resursima (porodičnim, ekonomskim, društvenim, političkim); položajem; informacijama; obrazovanjem; odnosno kroz rodnu diskriminaciju žena.

Rodna ravnopravnost odnosi se na jednakost žena i muškaraca, bez rodno zasnovane diskriminacije. Rodna ravnopravnost podrazumeva jednakost i pravičnost u raspodeli dobiti i odgovornosti između žena i muškaraca. Koncept prepoznaje da žene i muškarci imaju različite potrebe i moć, i da bi te razlike trebalo da budu identifikovane i obrađene na način koji ispravlja neravnotežu između polova. To zahteva specifične programe okrenute ženama i politike koje služe okončanju postojeće nejednakosti. Rodna jednakost se tiče i podrazumeva jednaka prava, odgovornosti i mogućnosti za žene i muškarce, devojčice i dečake. Pod ovim pojmom podrazumeva se da se uzimaju u obzir interesi, potrebe i prioriteti i žena i muškaraca – priznajući njihove različitosti. Rodna ravnopravnost, takođe, znači i jednaku prisutnost, jačanje i učešće oba pola u svim oblastima javnog i privatnog života.

Rodna ravnopravnost je osnovna vrednost koja se mora odraziti u mogućnostima izbora pojedinaca/ki, i razvoju institucionalnih praksi u prevazilaženju rodni stereotipa i korena uzroka diskriminacije ostvarenih redistribucijom resursa i moći između žena i muškaraca. Rodna ravnopravnost mora da obezbedi jednako uživanje prava, jednake prihode za isti rad, učešće i uticaj na donošenje odluka, kao i odsustvo nasilja za oba pola.

RODNA RAVNOPRAVNOST NIJE „ŽENSKO“
VEĆ DRUŠTVENO PITANJE!!!

1.2. DEFINICIJE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

1.2.1. DEFINICIJE RODNO ZASNOVANOG NASILJA U MEĐUNARODNIM DOKUMENTIMA

Definicije rodno uslovljenog nasilja i nasilja nad ženama sastavni su deo svih međunarodnih dokumenata koji se odnose na eliminaciju diskriminacije nad ženama kao opšti pojam, kao i onih koji se specifično odnose na rodno zasnovano nasilje.

Za efikasno i adekvatno postupanje sa ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje neophodno je poznavati definicije bazirane na dokazima (istraživanja i praksa) i iskustvu žena koje su preživele nasilje, usvojene

od relevantnih institucija i organizacija. Definicije je potrebno istaći i koristiti u svim pisanim materijalima, propisima, protokolima i vodičima dobre prakse kako bi svi zdravstveni radnici/ce bili upoznati sa njima u svrhu prepoznavanja sopstvene lične i profesionalne uloge u suzbijanju i prevenciji nasilja nad ženama.

Međunarodni pravni dokumenti nude sledeće definicije:

a) Konvencija UN o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena – CEDAW, 1992.

„(...) svaki čin nasilja zasnovanog na rodnoj/polnoj osnovi koji ima za ishod, ili može imati za ishod, fizičke, seksualne ili psihološke posledice ili patnju žene, uključujući i pretnje takvim delima, prisilu ili oduzimanje slobode, bez obzira da li se dešava u privatnom ili javnom životu.“

(Konvencija UN o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena (*Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women*) – CEDAW, 1992)

b) Savet Evrope: Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici, član 3; Istanbul, 11. maj 2011.

„(...) kršenje ljudskih prava i oblik diskriminacije nad ženama i predstavlja sva dela rodno zasnovanog nasilja koja dovode ili mogu da dovedu do: fizičke, seksualne, psihičke, odnosno finansijske povrede ili patnje za žene, obuhvatajući i pretnje takvim delima, prinudu ili proizvoljno lišavanje slobode, bilo u javnosti ili privatnom životu.“

„Nasilje u porodici“ označava svako delo fizičkog, seksualnog, psihičkog odnosno ekonomskog nasilja do kojeg dolazi u okviru porodice ili domaćinstva bivših ili sadašnjih supružnika ili partnera, nezavisno od toga da li učinilac deli ili je delio isto boravište sa žrtvom.“

„Rodno zasnovano nasilje nad ženama“ označava nasilje, koje je usmereno protiv žene zato što je žena, odnosno ono koje nesrazmerno pogađa žene.

RODNO ZASNOVANO NASILJE PREDSTAVLJA KRŠENJE
ŽENSKIH LJUDSKIH PRAVA I JEDAN OD NAJČEŠĆIH
POJAVNIH OBLIKA DISKRIMINACIJE NAD ŽENAMA

1.2.2. DEFINICIJE NASILJA U PORODICI U NACIONALNOM ZAKONODAVSTVU

U zakonodavstvu Republike Srbije definicije nasilja u porodici sadrže Krivični zakonik i Porodični zakon.

a) Krivični zakonik Republike Srbije² definiše ovaj vid nasilja kao:

„Ko primenom nasilja, pretnjom da će napasti na život ili telo, drskim i bezobzirnim ponašanjem ugrožava spokojstvo, telesni integritet ili duševno stanje člana svoje porodice (...)“

(Krivični zakonik, član 194, stav 1)

b) Porodični zakon³ daje širu definiciju:

(1) **Nasilje u porodici**, u smislu ovog zakona, jeste ponašanje kojim jedan član porodice ugrožava telesni integritet, duševno zdravlje ili spokojstvo drugog člana porodice.

(2) **Nasiljem u porodici**, u smislu stava 1. ovog člana, smatra se naročito:

1. nanošenje ili pokušaj nanošenja telesne povrede;
2. izazivanje straha pretnjom ubistva ili nanošenja telesne povrede članu porodice ili njemu bliskom licu;
3. prisiljavanje na seksualni odnos;
4. navođenje na seksualni odnos ili seksualni odnos sa licem koje nije navršilo 14. godinu života ili nemoćnim licem;
5. ograničavanje slobode kretanja ili komunikacije sa trećim licima;
6. vređanje, kao i svako drugo drsko, bezobzirno i zlonamerno ponašanje.

(Porodični zakon, član 197, st. 1 i 2)

1.2.3. OSTALI IZVORI RODNE RAVNOPRAVNOSTI U REPUBLICI SRBIJI

Nacionalne izvore rodne ravnopravnosti podržavaju Ustav Republike Srbije, zakoni, ali i podzakonski akti.

Ustav Republike Srbije (2006) daje zakonski osnov za uređivanje rodne ravnopravnosti u Srbiji i definiše ravnopravnost polova kao osnovno ustavno načelo. Njime je utvrđena obaveza države da garantuje ravnopravnost žena i muškaraca i razvija politiku jednakih mogućnosti, i da zabrani sve vrste diskriminacije, pa i one zasnovane na polu/rodu.

² Krivični zakonik Republike Srbije, Službeni glasnik RS, br. 85/2005, 88/2005 – ispr., 107/2005 – ispr., 72/2009, 121/2012, 104/2014 i 108/2014.

³ Porodični zakon Republike Srbije, Službeni glasnik RS, br. 18/2005 i 72/2011.

Zakon o ravnopravnosti polova (2009) obavezuje organe vlasti da vode aktivnu politiku jednakih mogućnosti i da prate ostvarivanje načela ravnopravnosti zasnovane na polu/rodu u svim oblastima društvenog života u skladu sa međunarodnim standardima i Ustavom RS. Zakon reguliše oblasti zapošljavanja, zdravstvene zaštite, porodičnih odnosa, obrazovanja, sudske zaštite, političkog i javnog života, kulture i sporta.

Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređenje rodne ravnopravnosti (2009) je dokument kojim se reguliše celovita i dosledna politika države u cilju eliminacije diskriminacije žena, poboljšanja njihovog položaja i integrisanja principa ravnopravnosti u sve oblasti delovanja institucija sistema. Strategija obuhvata sledeće oblasti: ekonomija, obrazovanje, zdravlje, suzbijanje nasilja nad ženama i pitanje rodnih stereotipa u medijima.

Institucionalni mehanizmi koji u Republici Srbiji sprovode i nadgledaju proces unapređenja rodne ravnopravnosti su:

- Odbor za ravnopravnost polova Narodne skupštine RS (2002);
- Zaštitnik građana (2005);
- Povernik/ca za zaštitu ravnopravnosti (2010);
- Odsek za unapređenje rodne ravnopravnosti u okviru Ministarstva za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja (2014); i
- Koordinaciono telo za rodnu ravnopravnost Vlade RS (2014).

U Srbiji deluju i pokrajinski mehanizmi za rodnu ravnopravnost.

1.3. VRSTE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Rodno zasnovano nasilje obuhvata čitav niz štetnih ponašanja koja se kvalifikuju kao fizičko, seksualno, psihološko i ekonomsko nasilje, u zavisnosti od predominantnih nasilnih radnji. Pored fizičkog i seksualnog nasilja koja prouzrokuju povrede, pa ih je tako relativno lako prepoznati, iskustva žena koje su izložene rodnom nasilju govore da psihološko i ekonomsko takođe imaju veoma velike, negativne posledice po zdravlje žena. Pored toga, u oblike rodnog nasilja takođe spada i čitav niz štetnih običaja i praksi kao što su rano stupanje u brak, prisilni brak, ili selekcija pola još pre rođenja. Zbog toga je za zdravstvene radnike/ce veoma važno da razumeju i prepoznaju sve radnje koje pripadaju nasilnim odnosima, a zasnovane su na rodnoj pripadnosti.

Rodno zasnovano nasilje gotovo se nikada ne javlja izolovano, u jednom obliku, već je karakterisano istovremenom pojavom/preklapanjem više oblika nasilja. Ispitivanje korelacija/povezanosti više vrsta nasilja pokazalo je da najveća korelacija postoji između pretnji fizičkim nasiljem i samog čina nasilja, zatim psihičkog nasilja i pretnji fizičkim nasiljem, kao i fizičkog nasilja.

U tabeli koja sledi nabrojane su radnje karakteristične za pojedine oblike rodno zasnovanog nasilja.

Tabela 1. Vrste rodno zasnovanog nasilja

VRSTA NASILJA	NASILNE RADNJE
FIZIČKO	<ul style="list-style-type: none"> • ćuškanje, šamaranje, guranje, ubadanje, batine, grebanje, davljenje, prebijanje, drmusanje, stezanje, pljuvanje, paljenje, prisila na nasilno gutanje supstanci • spećavanje u traženju medicinske i/ili druge pomoći • upotreba predmeta i oružja (nož, revolver, puška) u cilju nanošenja povrede
SEKSUALNO	<ul style="list-style-type: none"> • silovanje ili neki drugi oblik seksualnog napada • neželjeni seksualni predlog ili uznemiravanje, uključujući i seksualne zahteve u vezi sa privilegijama/unapređenjem na poslu, fakultetu, školi i sl. • trgovina ljudima u cilju seksualne eksploatacije • prisilno pokazivanje pornografskih sadržaja • prisila na trudnoću, sterilizaciju, abortus • prisila na brak, maloletnički brak • genitalna mutilacija (sakaćenje) • potvrda/dokazi nevinosti • incest
PSIHOLOŠKO	<ul style="list-style-type: none"> • pretnje nasiljem ženi ili nekom njoj bliskom (rećima, radnjama –pokazivanjem/igranjem oružjem) • uznemiravanje ili mobing na radnom mestu • ponižavanje i omalovažavanje • izolacija i ogranićavanje u komunikaciji (npr. zaključavanje u kuću/stan, prisiljavanje žene da napusti posao, zabrana da ode na lekarski pregled i sl.) • zloupotreba dece u cilju kontrolisanja i/ili povređivanja žene (npr. napad na dete/decu, primoravanje dece da gledaju kako nasilnik udara majku, pretnje da će joj oduzeti decu ili kidnapovanje deteta/dece) – ovi ćinovi uključuju i nasilje nad decom
EKONOMSKO	<ul style="list-style-type: none"> • zabranjivanje ženi da radi • onemogućavanje žene da donosi finansijske odluke u porodici • uskraćivanje novca i uvida u zajednićke finansije • odbijanje plaćanja računa i izdržavanja za ženu i decu • uništavanje zajednićke imovine

Izvor: Warsaw/Ganley, 1996, SZO, 2003. i SZO, 2013.

1.4. RASPROSTRANJENOST RODNO ZASNOVANOG NASILJA

1.4.1. RASPROSTRANJENOST RODNO ZASNOVANOG NASILJA U SVETU

Rodno zasnovano nasilje je veoma raširena pojava u celom svetu i u svim socioekonomskim, kulturnim i religijskim grupama.

Istraživanje Svetske zdravstvene organizacije sprovedeno u više zemalja sveta⁴ pokazalo je da prevalenca rodno zasnovanog nasilja, u zavisnosti od zemlje u kojoj je istraživanje sprovedeno, na globalnom nivou iznosi:

Tabela 2. Rasprostranjenost nasilja u svetu

VRSTA NASILJA	RASPROSTRANJENOST U SVETU
FIZIČKO NASILJE	13–61%
SEKSUALNO NASILJE	6–59%
PSIHOLOŠKO/EMOCIONALNO NASILJE	20–75%

Podaci o učestalosti nasilja, na osnovu estimacije, u svetskim i evropskim razmerama, dati su u donjoj tabeli.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je 2013. godine publikovala podatke o rasprostranjenosti fizičkog i seksualnog nasilja počinjenih u partnerskom odnosu i van njega. U zaključku je izneto da je „(...) nasilje nad ženama problem javnog zdravstva epidemijskih razmera. Budi zabrinutost u svetskim razmerama, jer predstavlja rizik za zdravlje žena, ograničava njihovo puno učestvovanje u društvu i uzrokuje veliku ljudsku patnju“.

1.4.2. RASPROSTRANJENOST RODNO ZASNOVANOG NASILJA U SRBIJI

Prvo istraživanje o porodičnom nasilju u Srbiji sproveo je 2003. godine Viktimološko društvo Srbije⁵ na uzorku od 700 punoletnih žena iz gradskih i seoskih područja sa teritorije sedam gradova. Rezultati učestalosti nasilja: fizičko nasilje – 30,6%, psihičko – 46,1% i seksualno – 8,7%. Najčešće je nasilnik bio muž ili partner.

Drugo istraživanje u Srbiji sprovedeno je u saradnji SZO i Centra za promociju zdravlja žena, 2005. godine. Uzorak je obuhvatio 1.456 žena u Beogradu. Istraživanjem su sakupljeni podaci o incidenci, prevalenci i zdrav-

⁴ Ovo su rezultati iz 10 zemalja (Bangladeš, Brazil, Peru, Tajland, Etiopija, Tanzanija, Japan, Namibija, Srbija i Samoa) na uzorku od 24.000 ispitanica – *WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women*, Geneva, 2005.

⁵ V. Nikolić-Ristanović, *Porodično nasilje u Srbiji*, Prometej, Beograd, 2003.

Tabela 3. Prevalenca preživljenog fizičkog i seksualnog nasilja u svetu i u Evropi

PREVALENCIA PREŽIVLJENOG NASILJA	U SVETU	U EVROPI
% ŽENA KOJE SU PREŽIVELE SEKSUALNO NASILJE OD MUŽA/ PARTNERA ILI VAN PARTNERSKE VEZE (PREVALENCIA)	35%	27,2%
% ŽENA KOJE SU PREŽIVELE FIZIČKO NASILJE OD MUŽEVA/ PARTNERA (PREVALENCIA)	30%	25,4%
% ŽENA KOJE SU PREŽIVELE SEKSUALNO NASILJE VAN PARTNERSKE VEZE (PREVALENCIA)	7,2%	5,2%

Izvor: SZO, 2013.

stvenim posledicama nasilja. Prevalenca ukupnog nasilja iznosila je 23,7%. Fizičko nasilje prijavilo je 22,8%, a seksualno 6,3% ispitanica. Preko 40% žena koje su prijavile fizičko nasilje izjavilo je da su deca bila prisutna kada se nasilje odigravalo. Najveći broj žena (78,2%) nikada nije zatražio pomoć od institucija, bilo da se radilo o fizičkom, bilo seksualnom zlostavljanju. U 12,1% slučajeva žene su se za pomoć obraćale policiji, u 9,6% pomoć su zatražile od zdravstvenih radnika, u 8,9% slučajeva od centara za socijalni rad, a 2,1% se obratilo za pomoć ženskim organizacijama.

S obzirom na to da je ovo jedino istraživanje koje se široko bavilo zdravstvenim posledicama nasilja, a ovaj priručnik je namenjen zdravstvenim radnicima/cama, podaci o ovom aspektu priloženi su u odeljku „Dodaci“.

Poslednje istraživanje sprovedeno je u užoj Srbiji 2010. godine, na uzorku od 2.500 žena životne dobi 18–75 godina (925 domaćinstava i žena iz Beograda, 725 iz Južne i Istočne Srbije i 850 iz Centralne i Zapadne Srbije).⁶ Istraživanje je sproveo SeConS za UNDP (*United Nations Development Programme – Program Ujedinjenih nacija za razvoj*). Prikupljeni su podaci o prevalenci nasilja počinjenog od strane muža/partnera i drugih članova porodičnog domaćinstva. Oblici nasilja uključeni u istraživanje bili su: fizičko, psihološko, ekonomsko i seksualno.

Potrebno je naglasiti da su sva do sada izvršena istraživanja sprovedena prema različitim metodologijama, tako da ih je nemoguće upoređivati – ova činjenica predstavlja prepreku u interpretaciji rezultata i daljem donošenju

⁶ Mapiranje porodičnog nasilja prema ženama u užoj Srbiji, SeConS, Beograd, 2010.

Tabela 4. Rezultati istraživanja SeConS za UNDP o prevalenci nasilja od strane muža/partnera i drugih članova porodičnog domaćinstva

OBLICI NASILJA	INCIDENCA U POSLEDNJIH GODINU DANA	UKUPNA PREVALENCIA TOKOM ŽIVOTA
EKONOMSKO	11,4%	15,8%
FIZIČKO	10,1%	21,6%
PSIHIČKO	31,8%	48,7%
SEKSUALNO	1,2%	3,8%
SILOVANJE U PORODICI	0,2%	1,4%

zaključaka u pogledu definisanja politike i regulative u okviru svih sektora, pa i zdravstvenog. Zato je potrebno organizovati nacionalnu studiju o prevalenci i incidenci nasilja nad ženama u Republici Srbiji. Takva studija trebalo bi da obezbedi pouzdane podatke ne samo o veličini pojave već i o svim ostalim aspektima, uključujući i faktore rizika, kako bi se na osnovanim podacima i dokazima mogle planirati mere i politika suzbijanja i prevencije rodno zasnovanog nasilja u Republici Srbiji.

Veoma je važno izneti podatke o broju ubijenih žena u kontekstu rodno zasnovanog nasilja u Srbiji. Ovi podaci postaju više nego zabrinjavajući i govore o nedostatku angažmana nadležnih ustanova u postupanju sa ženama koje su preživjele nasilje, tako da se kao imperativ i prioritet pojavljuje hitna potreba za izmenom zakonodavstva i okvira delovanja nadležnih institucija kao što su policija, sudstvo, socijalni rad i zdravstvo.

U toku 2013. godine u Srbiji je ubijena 41 žena, u 2014. počinjeno je 27 femicida, a u 2015. je samo za nešto više od četiri meseca (1. januar – 18. maj) ubijeno 26 žena.⁷

Počinitelji su osobe bliske ženi, i to: muž, bivši muž, partner, sin, bivši partner, svekar ili brat.

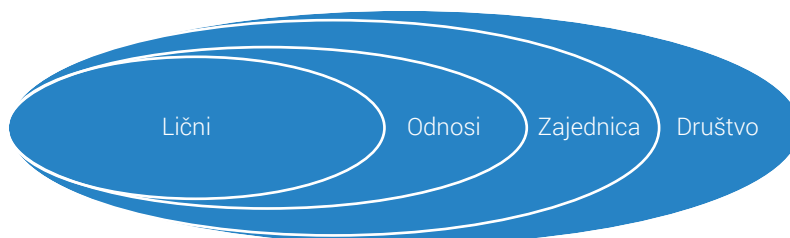
U mnogim od tih slučajeva bilo je dobro poznato da je žena žrtva porodičnog nasilja, ali je pravovremena i adekvatna društvena intervencija zakasnila – što je imalo tragične posledice. U nekoliko najaktuelnijih slučajeva nije se radilo samo o usmrćivanju jedne žrtve, već o višestrukome ubistvu svih članova porodice, kao i osoba iz njihove bliže ili dalje okoline.

⁷ Femicid je namerno ubistvo žene samo zato što je žena; šira definicija može se protumačiti kao bilo koje ubistvo žene ili devojčice (definicija SZO).

1.5. FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Rodno zasnovano nasilje ne javlja se kao pojedinačni događaj i nije uslovljeno samo jednim faktorom, već predstavlja kombinaciju više faktora koji povećavaju rizik od ispoljavanja nasilja.

Slika1: Ekološki model za razumevanje faktora rizika za nastanak nasilja nad ženama (Heise, 1998)



„Ekološki model“ prikazuje faktore rizika na individualnom nivou u kombinaciji sa faktorima rizika u odnosima (porodica, bračna/partnerska veza, odnosi sa drugim osobama), zajednici i na širem društvenom/institucionalnom nivou.

Ovaj model nudi kompletan okvir za razumevanje faktora rizika i njihove međusobne uloge u nastanku rodno zasnovanog nasilja. Ekološki model se može upotrebiti kao vodič za kreiranje intervencija na polju prevencije i zaštite žena od nasilja.

1. INDIVIDUALNI NIVO faktora rizika podrazumeva biološke i lične faktore koji povećavaju rizike za nastanak nasilja. U njih spadaju: pol, godine, obrazovanje, podaci o nasilju u primarnoj porodici, zlostavljanje i zanemarivanje u detinjstvu, iskustvo nasilja u prethodnoj vezi, trudnoća, navike i lični stav u odnosu na nasilje, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, invaliditet, izbeglice/interno raseljena lica, poremećaji ličnosti.

2. FAKTORI RIZIKA U ODNOSIMA doprinose riziku od rodno zasnovanog nasilja na nivou odnosa sa vršnjacima, partnerom/kom, mužem/ženom i članovima porodice. Kao primeri mogu se navesti: disfunkcionalnost porodice, intergeneracijsko nasilje, loše roditeljstvo, sukobi među roditeljima koji uključuju nasilje, druženje sa nasilnim i kriminogenim osobama, nizak društveni i materijalni status, alkoholizam / bolesti zavisnosti u porodici, i ostali koji nastaju na osnovu relacijskih odnosa.

3. FAKTORI RIZIKA U ZAJEDNICI odnose se na: visok stepen tolerancije rodno zasnovanog nasilja u školama, na radnom mestu, u komšiluku; visoku nezaposlenost; prenaseljenost; društvenu izolaciju žena; nedostatak informisanosti; nedovoljnu/ineadekvatnu brigu o ženama koje preživljavaju nasilje; okrivljavanje žrtve za preživljeno nasilje; široku prihvaćenost tradicionalnih rodni uloga; slabu osudu počinjenog rodno zasnovanog nasilja; i ostale rizike koji su kreirani stanjem i postojećim odnosima u zajednici.

4. FAKTORI RIZIKA U DRUŠTVU obuhvataju društvene i kulturološke norme u kojima se određene rodne uloge i nejednaka raspodela moći između žena i muškaraca događaju. Rodno zasnovano nasilje se češće javlja u društvima u kojima muškarac ima ekonomsku moć i moć odlučivanja u domaćinstvu a žena ima ograničen pristup razvodu, kao i tamo gde odrasli svoje sukobe rešavaju nasiljem, odnosno postoji visok stepen društvene tolerancije na nasilje uopšte, a posebno na rodno zasnovano nasilje. Rizicima nasilja na društvenom nivou takođe doprinosi i nedovoljna razvijenost pravnog sistema i neprimenjivanje postojećih mehanizama i instrumenata za suzbijanje i prevenciju nasilja nad ženama.

1.6. DINAMIKA RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Nasilne odnose obeležavaju moć i kontrola. Pojam „nasilje u partnerskim odnosima“ odnosi se na obrazac ponašanja koji se događa tokom dužeg vremenskog perioda, a čiji je cilj kontrola, dominacija i zastrašivanje. Takvo ponašanje uključuje verbalno nasilje, pretnje, psihičko, fizičko i seksualno zlostavljanje. Pojedinačni čin nasilja nije slučajan i izolovan događaj gubitka kontrole, već je deo složenog i kontinuiranog obrasca ponašanja u kojem je nasilje sastavni deo dinamike odnosa.

1.6.1. TOČAK MOĆI I KONTROLE (POWER AND CONTROL WHEEL)

Točak moći i kontrole nudi okvir za razumevanje manifestacija i mehanizama moći i kontrole u intimnim/partnerskim odnosima.

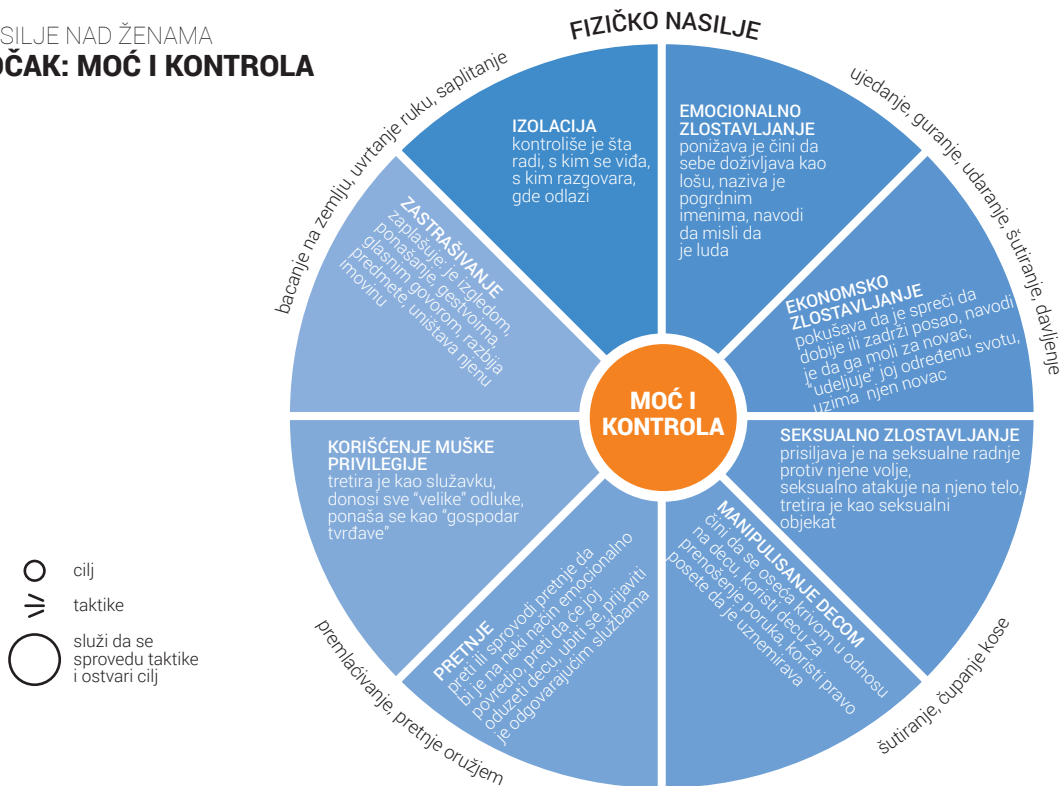
Točak nasilja nad ženama upoznaje nas sa obrascem nasilja u porodici i konkretizuje kako se odvija život u vezi u kojoj postoji nasilje nad ženom.

Točak se sastoji od osam polja u kojima se rezimiraju načini ponašanja koje nasilnik koristi sa namerom da kontroliše i dominira nad svojom partnerkom upotrebljavajući: ponižavanje; emocionalno zlostavljanje; izolaciju; minimiziranje, poricanje i okrivljavanje; ucenu decom; koristi muške privilegije; ekonomsko zlostavljanje; prinudu i pretnje. Ovi oblici

ponašanja funkcionišu u službi ispoljavanja „moći i kontrole“ koji se nalaze u centru točka. Obod točka zaokružen je fizičkim i seksualnim nasiljem kojima sve navedene strategije i taktike u datom momentu rezultiraju.

Slika 2: Točak moći i kontrole

NASILJE NAD ŽENAMA
TOČAK: MOĆ I KONTROLA



U sagledavanju ovog šematskog prikaza najvažnije je kako se točak nasilja i kontrole čita.

Naime, centralni krug pokazuje cilj, odnosno uzrok svakog nasilnog ponašanja, koji se ogleda u demonstraciji moći i uspostavljanju kontrole nad osobom koja trpi nasilje. Praktično, centralni krug točka nasilja i kontrole nad ženama odgovara na pitanje „zašto“ se nasilnik odlučuje na nasilje.

Dakle, koren nasilja ne može biti pronađen u sferi psihopatologije. Nalazi se u društvenoj konstrukciji neravnopravne raspodele moći između polova.

Strategije/taktike (emocionalno, ekonomsko, seksualno zlostavljanje, manipulisanje decom, pretnje, korišćenje muške privilegije, zastrašivanje, izolacija) odgovaraju na pitanje „kako“ nasilnik vrši nasilje. Njima se nasilnik služi za postizanje sopstvenog željenog cilja, i to je zbir radnji koje mogu biti korišćene pojedinačno ili u kombinaciji pojedinačnih. U ovom trenutku važno je uočiti činjenicu da, kada se čuje priča zlostavljane žene, nije teško „provući je kroz točak nasilja“ i vrlo brzo prepoznati obrazac nasilja. Dve i više korišćenih taktika uspostavljaju obrazac nasilja i više se ne može govoriti o nepovezanim incidentima za koje se najčešće okrivljuje žena, a bez imenovanja sistemskog društvenog problema i isključive odgovornosti izvršioca za nasilje.

Nije neophodno da izvršilac koristi istovremeno više taktika ili da koristi čitav niz. Izbor, načini primene, intenzitet, učestalost itd., zavise od procene nasilnika šta će i kako u određenom trenutku postići željeni cilj. Sofisticiranost metoda upravo i počiva na tome da nasilnik odlično poznaje svoju žrtvu i to zloupotrebljava. Emocionalno zlostavljanje može imati svoje radnje suptilnije od fizičkog zlostavljanja, ali to ne znači da su one manje destruktivne po ženu. Veliki broj žena izjavljuje da „emocionalne rane znatno duže zarastaju nego slomljene kosti“.

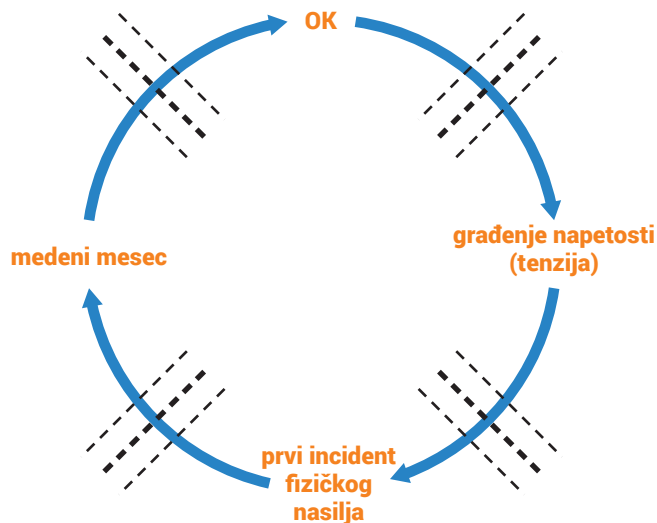
NASILJE IZVRŠIOCA JE NJEGOV IZABRANI NAČIN PONAŠANJA I PLANSKI SMIŠLJENA AKCIJA

Uloga fizičkog nasilja u celini obrasca. Spoljašnji krug točka nasilja i kontrole označava radnje koje pripadaju fizičkom nasilju na koje se najčešće odmah i pomisli kada se kaže „nasilje nad ženom“ ili „nasilje u porodici“. Međutim, izjednačavati nasilje u porodici sa fizičkim nasiljem je suženo shvatanje i kod građanki/a, ali jednako i kod profesionalki/aca i odražava potpuni izostanak razumevanja dinamike nasilja. Fizičkom nasilju izvršilac pribegava samo kada mu prethodno navedene strategije ne donose željeni cilj, ili kada sprovođenje strategija želi da olakša/učvrsti. Dakle, evidentan je redosled, odnosno trenutak kad se javlja fizičko nasilje. Zbog toga, nije neobično što postoji veliki broj partnerskih odnosa u kojima postoji nasilje, a da uopšte nema fizičkog nasilja. To znači da izvršiocu nije bilo potrebno da upotrebi fizičko nasilje, jer su mu sve druge taktike obezbedile da u potpunosti upravlja životom žene. Neverbalna indicija kao što je prst povučen ispod brade znači pretnju ubistvom i snažna je demonstracija moći. Takođe, rizično je gradirati nasilne radnje koje pripadaju fizičkom nasilju, jer odgurkivanjem, šamaranjem i skrivenim povredama nastaje zločin i tu počinje ubistvo. Potrebno je obratiti pažnju i zapamtiti ove mogućnosti.

1.6.2. KRUG NASILJA U PARTNERSKOM ODNOSU

Krug nasilja, komplementaran sa točkom nasilja i kontrole nad ženama, je šematski prikaz koji u svom prvom obrtu prikazuje četiri koraka u odvijanju nasilja, školski, svaki pod uglom od devedeset stepeni.

Slika 3: Krug nasilja u partnerskom odnosu



Prvi korak ukazuje na to da i partnerski odnos u kojem postoji nasilje ima periode bez nasilja (tzv. „OK“ period). Drugi korak opisuje građenje tenzije koja se pojavljuje u svakodnevnim situacijama kada nasilni partner zahteva ili uskraćuje različite potrebe ženi i/ili deci. Na primer: „Šta ćeš kod svojih, bila si prošle nedelje?“; „Drugi put ću na utakmicu sa detetom, sad bih išao sam (ili s prijateljima)“; „Nemamo sada novca za te tvoje kupovine (bioskop, pozorište, i sl.), toliko toga nam je preče, vidiš i sama“; „Kako nema hleba? Deca pojela zadnje parče? A znam da sam ostavio dovoljno novca da se kupi...“ Građenje napetosti može proizvesti prvi incident fizičkog nasilja koji kod žene izaziva šok i nevericu, jer teško je poverovati da osoba koja kaže da vas voli, može da vas i na taj način povredi.

Posle događaja fizičkog nasilja, sledi faza „medenog meseca“, koja uključuje izvinjenje i izražavanje žaljenja od strane izvršioca, njegovo obećanje da se to nikada više neće ponoviti, kajanje. Ipak, izvršilac ne preuzima, autentično, odgovornost za nasilje koje je počinio, jer objašnjava da je do incidenta došlo

„uzročno-posledično“, tj. da je postojao „razlog“ koji je van njega – neka reč ili postupak žene, stres na poslu, alkohol, ljubomora, itd., te je „morao“ tako da postupi. U ovom koraku, tipično je da će izvršilac pribeći ispunjavanju pojedinih potreba žene ili deteta, koje je u koraku građenja tenzije ograničio ili potpuno uskratilo, a kako bi je ponovo povratio u svoj sistem kontrole. Kupiće detetu već ranije potrebne patike ili izaći u bioskop sa suprugom, ili joj „dozvoliti“ da poseti svoje roditelje ili započeti terapijski program protiv alkoholizma – i ubrzo odustati kad ženu vrati u krug nasilja. Za profesionalce/ke – pomagače/ice, ovo je period kada neće biti poziva u pomoć i zamka je pomisliti da je sve u redu i smatrati eventualnu prethodnu asistenciju „uspešnom“, odnosno biti zadovoljan/na da je pozitivan rezultat ostvaren. Najčešće, sukob se nastavlja, i jednostavno žena se ponovo obraća za pomoć. Pripadnici policije su npr. skloni da kažu: „Da sam znao za ovaj krug nasilja, shvatio bih šta znači to što sam sinoć išao na intervenciju kod njih u kuću a sutradan ih vidim zagrljene kao golupčiče...“

Nakon „medenog meseca“, izvesno vreme je opet „OK“, odnosno „sve u redu“ u partnerskom odnosu, nakon čega se sukcesivno ponavljaju opisani koraci. Protekom vremena, period svakog koraka se skraćuje, odnosno krug nasilja dobija na ubrzanju. Individualno je, od slučaja do slučaja, ali važno je imati u vidu da korak u kojem postoji fizičko nasilje možda uopšte neće biti zastupljen. Drugo, nakon niza godina, kad se oseća potpuno sigurno u svojoj moći, izvršilac se „više neće izvinjavati“ za počinjeno nasilje. „Medeni mesec“ se gubi. Može se eventualno pojaviti onda kad se izvršilac oseća naročito zaprečenim da će žena izaći iz situacije nasilja, te se dinamika „medenog meseca“ ovoga puta odigrava tako što on privremeno ne pribegava ranijim nasilnim taktikama, ali razvija nove. Na primer, žena ostaje u drugom stanju, rađa još jedno dete i on komotno nastavlja sa nasiljem, jer je ona sada još više vezana za njega. Čak i one/i najjstrajnije/i u podršci ženi, sklone/i su da u ovom procesu odustanu od žene ne razumevajući da se radi o samo još jednoj od manipulativnih taktika izvršioca koju žena ne prepoznaje, a okruženje lako proglašava „da je sve to njen izbor“.

1.6.3. KADA IZVRŠILAC POČINJE SA FIZIČKIM NASILJEM?

Žene koje imaju iskustvo zlostavljanja u partnerskom odnosu identifikuju četiri prepoznatljive situacije kada se javlja fizičko nasilje. Dakle, tzv. „prvi šamar“ ili prvo premlaćivanje događa se samo onda kad druge taktike opisane u točku nasilja i kontrole nisu urodile plodom za izvršioca. Poznavajući obrazac nasilja, zna se da nasilje nikad ne započinje prvim šamarom i da već dugo traje, odnosno „da je već mnogo vode proteklo“ dok se fizičko nasilje ne pojavi.

S tim u vezi, nedopustivo je suditi ili minimizirati ako se zna samo za jedan incident. Naprotiv, saznanjem o jednom incidentu saznaje se da je u pitanju dugotrajan obrazac nasilja iz kojeg žena teško poziva u pomoć.

KADA SE POJAVLJUJE FIZIČKO NASILJE?

1. PO ZASNIVANJU BRAČNE ZAJEDNICE – nakon venčanja, npr. u prvoj godini braka. Izvršioци često neće pribeći fizičkom nasilju pre ozvaničavanja bračne zajednice, procenjujući da bi takav incident kod žene eventualno podstakao svesnost da je partner nasilan i da bi mogla da ga napusti, što izlazi iz stereotipa da se samo fizičko nasilje prepoznaje kao „pravo nasilje“. Za one osobe muškog pola koje su nasilne, zasnivanje bračne zajednice predstavlja legitimnu dozvolu za vršenje nasilja.

2. U TRUDNOĆI – žena će saopštiti da je prvi put premlaćena tako što će npr. reći: „Kada sam bila u drugom stanju s ovim mlađim (ili starijim)...“

3. PO ROĐENJU DETETA – „Kada se srednja rodila, bio je nervozan, još smo živeli sa njegovima...“

Za svaki od tri navedena tipična trenutka kada izvršilac započinje sa fizičkim nasiljem kažemo da su to „najlepši životni trenuci“. Time je za ženu intenzivnija konfuzija i otežano reagovanje. I trudnoća i rođenje deteta, iako zajednički planirani događaji, iz perspektive izvršioца mogu biti doživljeni rivalizirajuće, kao pretnja i ugrožavanje njegovog prostora. Pažnju, ljubav i vreme partnerke koja je do tog časa bila okrenuta samo njemu, ubuduće će „morati da deli sa detetom“.

4. PO ŽENINOM POKUŠAJU USPOSTAVLJANJA EKONOMSKE SAMOSTALNOSTI – svako osamostaljenje žene u smislu povišice plate ili otvaranja sopstvenog biznisa, stručnog usavršavanja ili slično – pretnja je za nasilnika.

FAZE VIKTIMIZACIJE

Još jedan uvid koji rasvetljava celinu odvijanja nasilja tiče se faze viktimizacije. Uobičajeno se beleže tri faze. Svaka, od slučaja do slučaja, ima svoje individualno vremensko trajanje.

U PRVOJ FAZI VIKTIMIZACIJE žena ne prepoznaje da je ponašanje partnera nasilno. Rodne uloge nameću stalno preispitivanje lične odgovornosti za ženu, dok se za izvršioца pretpostavlja da je „sigurno u pravu“. Time, žena u toku građenja tenzije pokušava maksimalno da „ispravi“ sve što joj izvršilac zamera, čime preuzima odgovornost za nasilje koja joj ne pripada, nastojeći da ispuni očekivanu društvenu ulogu supruge i majke koja u svoju osnovu postavlja poslušnost. Povinuje se stereotipu koji unosi izvršilac – „da nije to učinila, onda ne bi došlo do...“ U ovoj fazi, zlostavljana žena se najčešće neće obraćati za pomoć, jer još ne imenuje postojanje

problema i teškoće pokušava da reši samostalno, korigovanjem sopstvenog ponašanja. Normalno je da ne želite o sebi da mislite kao o žrtvi nasilja i „trenutak“ prepoznavanja nasilja se odlaže i zamenjuje poricanjem i minimiziranjem kao dragocenim mehanizmima preživljavanja.

DRUGU FAZU VIKTIMIZACIJE karakteriše to što žena prepoznaje obrazac nasilja. Zlostavljana žena uočava da problem postoji i da se neće sam od sebe rešiti, te se odlučuje da potraži pomoć. Najčešće, poveriće se najpre osobama od poverenja iz privatnog okruženja kao što su drugarica, prijateljica, sestra, majka... Zavisno od njihove reakcije, osetiće se podržano ili ne. Nažalost, uobičajeno je poricanje problema i njegove ozbiljnosti, jednako kao ono kroz koje je i sama prolazila u prvoj fazi viktimizacije, kroz aktiviranje rodnih mitova u porukama kao što su: „On to sigurno nije tako mislio“; „Mesto je ženi kraj muža“; „Šta hoćeš, dobro zarađuje i brine o tebi i deci, što si besna“; „I ja sam trpela, tako i ti“; „Ne mogu ja tu da se mešam“; itd. Sledeća instanca kojoj će se žena obratiti jesu resorne ustanove odgovorne za suzbijanje nasilja u porodici, i odgovor se najčešće ponavlja. Da li će žena uspeti da izađe iz situacije nasilja, zavisi direktno od toga da li joj neko veruje kada saopštava da je zlostavljana ili se iskaz relativizuje ili je okrive pomeranjem odgovornosti na nju (npr. za partnerski izbor ili nerazumevanje „što već nije otišla od njega“). Druga faza viktimizacije daje šansu za prekid situacije nasilja, jer žena aktivno traži pomoć. Ovo je period u kojem takođe pokušava i da se fizički odvoji od izvršioca i pronađe sebi i detetu, ako ga ima, bezbedno mesto daleko od njega. Hoće li u tome uspeti, zavisi od okruženja. Ukoliko se zatekla u trećoj fazi viktimizacije znači da, bilo u privatnoj bilo u profesionalnoj ulozi, postoji odgovornost za neadekvatnu podršku. Ovo ukazuje na činjenicu da je naše postupanje direktno pomoglo izvršiocu da nastavi sa nasiljem.

U TREĆOJ FAZI VIKTIMIZACIJE, žena je iscrpljena nasiljem koje već dugo traje. U ovoj fazi žena je obeshrabrena izostankom podrške kako privatnog okruženja tako i profesionalaca, i vrlo joj je teško da odgovori bilo čim drugim osim „sindromom prilagođavanja“ situaciji koja poništava sve njene granice i celokupan integritet. U stvarnosti, zapravo se u drugoj fazi viktimizacije suočila s tim da joj niko ne veruje kad saopštava strah od izvršioca koji ključno utiče na njeno zadržavanje u situaciji nasilja. Uviđajući da trenutno nema izlaza, ne preostaje joj drugo do da nastoji da racionalizuje okolnosti u smislu da će „sačekati da izvede decu na put“, da „sad nije realno jer nema ekonomskih mogućnosti“, itd. U trećoj fazi viktimizacije usamljena je, izolovana, „jedan na jedan“ sa izvršiocem koji likuje: „Eto, niko ti nije pomogao, jesam li ti rekao... ostao sam ti samo ja.“

Često, primećuje se nijansiranje taktika koje izvršilac „prilagođava“ fazi. Npr., dok ju je u prvoj fazi viktimizacije emocionalno zlostavljao tako što je atakovao na njen izgled, „afirmišući“ njenu privlačnost rečima: „Za koga si se tako sredila i doterala“; „Video sam da si ga gledala, i još si jedno dugme otkopčala kad smo stigli kod njih“ – sada, u trećoj fazi, ponovo atakuje na njen izgled, ali isključivo kako bi podrio i poslednji atom njenog samopoštovanja: „Pogledaj se na šta ličiš, stalno ti je masna kosa, ko bi s tobom... niko... još te samo ja trpim.“

Uprkos dugotrajnoj patnji, i u ovoj fazi moguće je izaći iz situacije nasilja. Dobijanje podrške od osoba koje su za ženu važne, ključan je faktor. Takođe, „okidač“ može biti neko sledeće ugrožavanje njenih granica, npr. izvršilac je nasilan prema detetu ili počinje da koristi silovanje u braku kao taktiku moći i kontrole. Silovanje u braku je perfidna taktika koja naročito izoluje ženu. Žena misli da je sigurno jedina na svetu kojoj se seksualno nasilje u braku dešava. Ne zna ni koje bi reči pronašla da ispriča ovo iskustvo niti misli da ima pravo da se požali, jer „seksualne aktivnosti pripadaju bračnim dužnostima“. Jedan izvršilac je navršio staž dug četrdeset godina zlostavljanja partnerke, ona se nadala da će prestati „kad decu izvedu na put“, pa kad „ode u penziju“, „čak je pre par godina prestao i da pije“, a onda je kad su oboje bili u šezdesetim započeo da je seksualno zlostavlja više puta nedeljno uz gledanje pornografskih sadržaja na jednom od TV kanala u Srbiji. U toku godine i po dana, zlostavljanje je trajalo satima. Između ostalog je i flomasterima ucrtavao polja na njenom telu i od jednog do drugog različitim nasilnim seksualnim radnjama postizao svoje zadovoljenje.

1.6.4. ZAŠTO ŽENA OSTAJE U NASILNIM ODNOSIMA?

Činjenica je da mnoge žene ostaju u nasilnim vezama. Porodica, prijatelji, susedi, pa čak i stručnjaci, često ne razumeju zašto žene trpe nasilje. Istraživanja i iskustvo pokazali su da žene kao najčešće razloge prihvatanja života u nasilnom odnosu navode one koji se uklapaju u opštedruštveno prihvaćene predrasude o nasilju.

Zašto žene ostaju u nasilnom odnosu

Najčešći razlozi za ostajanje u nasilnom odnosu su:⁸

- strah od nasilnika
- deca
- osećanje stida i krivice
- nedostatak samopouzdanja
- izolovanost i iscrpljenost
- ekonomska zavisnost
- nedovoljna informisanost o procedurama i pravima
- iskustvo nasilja u primarnoj porodici
- drugi razlozi

Preživljavanje nasilja određeno je kako društvenim shvatanjem tako i brojnim psihološkim/ličnim razlozima. Objašnjenje se, delimično, može naći u dinamici nasilnog odnosa u kojem se smenjuju faze nasilja – kada celokupnu moć poseduje nasilnik, i faza kajanja, „medeni mesec“, u kojoj žena ima privid sopstvene moći i kontrole situacije.

⁸ Nabrojani su najčešći razlozi ostanka u nasilnoj vezi prema iskustvu CPŽŽ.

Okolina, a često i stručnjaci, pa i zdravstveni radnici, osećaju se bespomoćni da pruže podršku ženi. Nije retko da okolina ispoljava otvoreno nerazumevanje, pa čak i ljutnju, što žena „pristaje“ na nasilje, ne traži ili ne prihvata ponuđenu pomoć. Međutim, važno je znati da donošenje odluke o promeni nije lako i da joj uvek prethodi dugotrajani i težak proces, za koji su potrebni vreme, podrška, ohrabrenje i razumevanje da se napravi sopstveni izbor. Literaturni podaci ukazuju da se žene i do jedanaest puta vraćaju nasilniku, što govori o potrebi da stručnjaci ovu činjenicu imaju na umu i da razumevanjem dinamike nasilnih odnosa svojim profesionalnim stavom i znanjem pomognu ženi u procesu razrešavanja i izlaska iz nasilne situacije.

STOKHOLMSKI SINDROM

Pojam „stokholmski sindrom“ koristi se za objašnjenje zašto žene ostaju u nasilnom partnerskom odnosu. Ovaj fenomen prvi put je primećen 1973, kada su pljačkaši banke u Stokholmu kao taoce držali četiri osobe, u toku šest dana. Tokom tog perioda taoци su razvili tesan odnos sa pljačkašima, smatrajući policajce neprijateljima. U istraživanju na više od 400 žena koje su preživele nasilje od strane svojih partnera, *Graham* i *Rawlings* su identifikovali sličan obrazac odgovora. Žene koje su preživljavale nasilje, pored toga što imaju veze sa nasilnikom, razvijaju i mehanizme preživljavanja tako što se čak identifikuju sa njim. Ukoliko nasilnik pokaže makar i najmanju volju ili stepen prijateljstva, kod žena se javlja nova nada i spremne su da zlostavljaču daju još jednu priliku u cilju održanja odnosa.

Stokholmski sindrom se razvija ako su zadovoljena četiri uslova:

1. život žene koja preživljava nasilje je ugrožen;
2. žena koja preživljava nasilje ne može ili misli da je napuštanje nasilnika nemoguće;
3. žena koja preživljava nasilje je potpuno izolovana od spoljnog sveta; i
4. nasilnik pokazuje izvestan stepen naklonosti prema ženi koja preživljava nasilje.

Navedeni autori, *Graham* i *Rawlings*, otkrili su da je stokholmski sindrom karakterističan i da se javlja kod osoba koje su preživele ozbiljnu traumu i nasilje i ne vide mogućnost izlaska iz postojeće situacije. Tokom vremena one se identifikuju sa nasilnikom u nameri da prežive. Prema tome, žene koje preživljavaju nasilje ne razvijaju posebne psihološke obrasce, već reaguju kao i većina ostalih osoba koje se nađu u sličnoj, pretećoj situaciji.⁹

KONCEPT NORMALIZACIJE NASILJA razvila je švedska sociološkinja Eva Lundgren u nameri da objasni zašto žene koje žive u nasilnim partnerskim odnosima smatraju teškim da imenuju i definišu sopstveno iskustvo.

⁹ D. L. R. Graham, E. Rawlings, N. Rimini, "Survivors of terror, Battered women, hostages, and the Stockholm Syndrome", in: K. Yllo, M. Bograd (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*, Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, 1988, pp. 217–233.

Život u nasilnoj vezi menja i njihovu sopstvenu interpretaciju i razumevanje nasilja kojem su izložene. One prihvataju tumačenje nasilnog partnera i odnosa po nasilnikovom obrascu i tumače nasilje kao sopstvenu grešku. One, takođe, odbijaju da budu „pretučene žene“ i da svog partnera nazovu „nasilnikom“, jer to doprinosi saznanju da se njihovi partneri i partnerski odnosi razlikuju od onih koji se uklapaju u normu jednakosti u partnerskim odnosima. Takođe je važno razumeti i da definisanje nasilja kao nečeg drugog, a ne nasilja, može da se protumači kao strategija preživljavanja u nasilnom partnerskom odnosu. Istraživanja ukazuju na činjenicu da tek posle napuštanja nasilnog odnosa, kada žena više nije izložena izolaciji, kontroli i riziku ponovljenog nasilja od strane bivšeg partnera, proces „denormalizacije nasilja“ započinje i omogućava da žena svoje iskustvo i nazove pravim imenom – nasilje.

1.6.5. DRUŠTVENE PREDRASUDE I RODNO USLOVLJENO NASILJE¹⁰

PREDRASUDE kao pojam odnose se na usvojene tvrdnje, postavke ili učenja o pojavama i odnosima i retko su bazirane na činjenicama, ali snažno utiču na ponašanja. Predrasude nude pojednostavljena objašnjenja složenih socijalnih pojava i ako se ponavljaju dovoljno često poprimaju privid činjenica.

PREDRASUDE O MUŠKOM NASILJU
IMAJU CILJ DA ODRŽE I UČVRSTE
DOMINACIJU MUŠKARAČA NAD ŽENAMA

NAJČEŠE PREDRASUDE O NASILJU NAD ŽENAMA:

UOBIČAJENO SHVATANJE: NASILJE JE LIČNI PROBLEM ŽENE/PORODICE **ČINJENICA: NASILJE JE OZBILJAN DRUŠTVENI PROBLEM**

Rasprostranjeno je shvatanje da su odnosi u porodici privatna stvar i da se u njih ne treba mešati. Kada je žena izložena nasilju to više nije njen privatni problem, jer se on odražava sem privatne i na sveukupnu društvenu ulogu/aktivnost žene. U tom slučaju češće izostaje sa posla, ne može dovoljno efikasno da ispunjava svoje profesionalne i društvene obaveze, i češće i lakše se razboljeva. Pored toga, deca koja su odrasla u porodicama u kojima je bilo nasilja, preneće ga i u svoje porodice i tako se ciklus nasilja nikada neće prekinuti.

¹⁰ Najčešće predrasude o rodno zasnovanom nasilju u Srbiji.

UOBIČAJENO SHVATANJE: ŽENA JE KRIVA ZA NASILJE, „TO JE TRAŽILA“**ČINJENICA: ZA NASILJE JE ODGOVORAN NASILNIK**

Često se smatra da žene svojim ponašanjem ili rečima izazivaju nasilje i da su same krive za posledice. Okrivljavati ženu za preživljeno nasilje znači štiti nasilnika. Nasilniku to daje pravo i moć da nastavi sa nasilnim ponašanjem.

UOBIČAJENO SHVATANJE: MUŠKARAC IMA PRAVO DA PONEKAD OŠAMARI/UDARI SVOJU ŽENU**ČINJENICA: NIKO NEMA PRAVA DA ZLOSTAVLJA**

Patrijarhalna podela uloga u braku daje muškarcima više moći i prava. Neki muškarci veruju da imaju pravo da tuku svoje supruge. Venčanje nije dozvola za zlostavljanje.

UOBIČAJENO SHVATANJE: ŽENE VOLE NASILJE**ČINJENICA: ŽENE NE VOLE NASILJE**

Žene ne vole nasilje, ne uživaju u njemu i ne žele ga. Logika patrijarhata proizvela je i predrasudu o „poželjnoj“ muškoj grubosti i ženama koje „vole muškarčine“.

UOBIČAJENO SHVATANJE: MALO NASILJA JE DOBRO ZA BRAK**ČINJENICA: NASILJE JE DEO SLOŽENOG OBRASCA MOĆI I KONTROLE U PARTNERSKOM ODNOSU**

Postoji predrasuda izražena u poslovice „ko se voli, taj se bije“. Malo nasilja, pokoji šamar, „obogaćuje“ bračne odnose. Iskustva žena govore da nasilje proizvodi bol, udaljavanje i mržnju između supružnika/partnera.

UOBIČAJENO SHVATANJE: ŽENI JE SUDBINA DA ĆUTI I TRPI**ČINJENICA: ŽENE NE BI TREBALO DA ĆUTE I DA TRPE**

Okolina vrlo često vrši pritisak na ženu, čak i kada trpi teške oblike nasilja, da ostane u takvom braku/odnosu. Socijalni pritisak je takav da žena često nema pravo na izbor da li će biti udata, živeti vanbračno sa nekim/nekom, ili ostati sama. Žena je slobodno biće i nije dužna da ćuti, trpi i da nema prava na izbor.

UOBIČAJENO SHVATANJE: NASILJE SE DEŠAVA SAMO U NIŽIM DRUŠTVENIM SLOJEVIMA**ČINJENICA: NASILJE SE DEŠAVA U SVIM DRUŠTVENIM SLOJEVIMA**

Iskustva svih organizacija koje rade sa ženama govore da je muško nasilje podjednako prisutno u svim socijalnim slojevima, i da ne poznaje granice u obrazovanju, ekonomskoj moći, socijalnom statusu. Dešava se svugde oko nas.

UOBIČAJENO SHVATANJE: NASILNICI SU OBIČNO ALKOHOLIČARI

ČINJENICA: ALKOHOLIZAM NIJE UZROČNIK NASILJA

Rodno zasnovano nasilje postoji sa i bez alkoholizma. U više od 70% slučajeva nasilje čine muškarci koji nisu pod dejstvom alkohola. Opšte govoreći, alkohol nije razlog za nasilje, ali može da ga intenzivira. Društveno je prihvatljivo okriviti alkohol za nasilno ponašanje, jer je to razlog što nasilnik nije mogao da se kontroliše.

UOBIČAJENO SHVATANJE: NASILNIK JE PSIHIČKI POREMEĆENA OSOBA / ON NIJE NORMALAN

ČINJENICA: MENTALNA BOLEST NIJE PREDUSLOV ZA NASILJE

Statistike pokazuju da je procenat psihički poremećenih nasilnika jednak procentu psihički poremećenih u opštoj populaciji (10%). Najveći broj nasilnika uglavnom dobro funkcioniše na radnom mestu i u društvenoj zajednici. Cilj ove predrasude je da nasilje tumači kao individualno svojstvo koje nasilnika oslobađa od odgovornosti.

RAZBIJAJUĆI PREDRASUDE O MUŠKOM NASILJU
NAD ŽENAMA, DOPRINOSIMO DELOVANJU
U BORBI PROTIV RODNO ZASNOVANOG NASILJA

1.6.6. RODNO ZASNOVANO NASILJE I VIŠESTRUKA DISKRIMINACIJA ŽENA

Oblici i manifestacije nasilja nad ženama leže u rodnim nejednakostima. Ipak, žene nisu homogena grupa i mnogo dodatnih faktora može uticati na to koji oblik nasilja žene preživljavaju, kao i kojim mogućnostima raspolazu u traženju pomoći. Ovi faktori, na primer, uključuju: društveni status, pripadnost nacionalnoj manjini, žene sa invaliditetom, godine starosti, seksualnu orijentaciju, bračno stanje, žene migrantkinje, žene sa mentalnim smetnjama ili žene sa HIV infekcijom.

Zdravstveni radnici/ce moraju da imaju u vidu povezanost nabrojanih faktora sa rodom i da razumeju posebne rizike i potrebe žena koje pripadaju marginalizovanim grupama. U tekstu koji sledi prikazan je pregled ovih grupa žena koje su zahvaljujući svojoj posebnoj situaciji, u većem riziku od nasilja i/ili se sreću sa većim preprekama da dođu do zdravstvenih i/ili drugih usluga koje su im potrebne.

ROMKINJE su žrtve dvostruke diskriminacije i nasilja, i kao žene i kao pripadnice svoje etničke grupe. Gotovo po pravilu one nailaze na loš prijem u većini društvenih institucija. Zvanične institucije, npr. centri za socijalni rad,

policija, sudovi, zdravstvene ustanove, nisu u dovoljnoj meri zainteresovane da pomognu Romkinjama tako da se one sreću sa različitim oblicima diskriminacije u okviru sistema.

Nasilje nad **ženama sa invaliditetom** čine najčešće oni od kojih žene fizički zavise. Žene sa invaliditetom su često žrtve prinude, i to najčešće zloupotrebom službenog položaja. Takođe, nije retko da budu zlostavljane u institucijama za osobe sa invaliditetom. U dve trećine slučajeva, žrtve ne zatraže pomoć ni od jedne državne institucije. Razlozi za neobraćanje su arhitektonske barijere, strah od osude okoline, strah od osvete i nepoverenje u institucije i profesionalce/ke.

Posebno je težak položaj **žena koje su migrantkinje/strankinje** i žrtve nasilja u porodici. Njima je dodatno otežan izlazak iz situacije nasilja time što, npr., u slučaju razvoda od nasilnika teško ostvaruju pravo na boravak u zemlji, nemaju pravo na rad i socijalnu pomoć, starateljstvo nad decom itd.

Takođe, **žene sa psihički izmenjenim ponašanjem** žrtve su višestruke diskriminacije, ne samo zbog činjenice da su posebno izložene nasilju, već institucije od kojih bi trebalo da dobiju zaštitu uglavnom ne veruju njihovim iskustvima. Pored toga, beleži se i veliki broj slučajeva nasilja koje one preživljavaju u pojedinim ustanovama zatvorenog/poluzatvorenog tipa (psihijatrijske bolnice, prihvatilišta za odrasle i sl.).

Državne institucije ne prepoznaju **specifičnosti lezbejske egzistencije**, a ne postoje ni pomoci na zakonskom prepoznavanju i sankcionisanju nasilja nad lezbejkama. Takođe, institucije se oglašuju o svakodnevnu diskriminaciju i govor mržnje uperen prema istopolno orijentisanim osobama. Prema primerima prakse nevladinih organizacija koja se bave LGBT pravima¹¹ (lezbejki, gejeva, biseksualnih i transrodnih osoba), nasilje se policiji najčešće ne prijavljuje iz straha od dodatne diskriminacije u institucijama, kao i zbog straha od „objavljivanja“ seksualne orijentacije.

ADOLESCENTKINJE se nalaze u dobu dosta teškog perioda prelaska iz detinjstva u odraslo doba, što ih dovodi u rizik od više formi nasilja, kao što su maloletnički brak, trgovina ljudskim bićima i nasilje u partnerskoj vezi. Adolescentkinje u većini slučajeva poznaju nasilnika, a neretko su i zavisne od njega (CAADA, 2011). Kada preživljavaju rodno zasnovano nasilje one često imaju i dodatne prepreke u odnosu na odrasle žene. Manje su obaveštene o postojećim službama i uslugama koje one pružaju, nemaju finansijskih sredstava da plate usluge i ustežu se da traže pomoć jer nemaju poverenja da će institucije pružiti zaštitu poverljivosti. One mnogo manje prijavljuju nasilje, jer često ne prepoznaju ponašanje partnera kao nasilno, ili se boje da im oni kojima se poveravaju neće verovati ili ih shvatiti ozbiljno (CAADA 2011, *UN Women Virtual Knowledge Centre*).¹²

Zdravstvene posledice nasilja, posebno seksualnog, zavise delom i od godina adolescentkinje, ali se najčešće ogledaju u: maloj telesnoj težini bebe na rođenju, višoj smrtnosti dece na rođenju i/ili u ranom detinjstvu, i

¹¹ Labris, Organizacija za lezbejska ljudska prava, Beograd.

¹² *Coordinated Action Against Domestic Abuse; UN Women Virtual Knowledge Centre to end violence against women and girls.*

komplikacijama u trudnoći. Komplikacije trudnoće kod adolescentkinja u zemljama u razvoju, vodeći su uzrok smrti kod devojaka starih 15 do 20 godina. Maloletnički brakovi ostavljaju ozbiljne posledice u fizičkom, intelektualnom, psihološkom i emotivnom životu ove grupe (SZO, 2011a, UNFPA, 2014). Maloletnički brakovi takođe ometaju devojčice da se školuju i one tako ostaju bez ikakvih profesionalnih kvalifikacija, što povećava rizik od rodno zasnovanog nasilja.

STARIJE ŽENE trpe mnogostruke oblike diskriminacije na osnovu roda i godina (CEDAW, GR (*General Recommendation* – Opšta preporuka) 27). Faktori specifični za godine su fizička ranjivost, postojanje određene bolesti, izolacija, demencija ili zavisnost od članova porodice i/ili socijalne zaštite, što povećava rizik od nasilja u odnosu na žene mlađe životne dobi. Starije žene imaju ozbiljne zdravstvene posledice nasilja kao što su: strah, bes, depresija, pogoršanje postojeće bolesti, konfuzna stanja i povrede opasne po život (SZO, 2011a).

Najčešće poznaju nasilnika i zavise od njega, što ih onemogućava da koriste odgovarajuće usluge. One se vremenom naviknu na nasilje i ne prepoznaju zlostavljanje u okviru porodičnog nasilja.

ŽENE SA SELA su zahvaljujući izolaciji, nižem nivou obrazovanja / nepismenosti, i manjoj dostupnosti uslugama i resursima zajednice, više izložene riziku za preživljavanje rodno zasnovanog nasilja. Kao faktor rizika, kod njih postoji i tradicionalno shvatanje potčinjene uloge žene, koja je karakteristična za sve seoske sredine.

Posledično, žene sa sela imaju teškoća u korišćenju usluga zbog nepostojanja servisa u njihovoj sredini, velike udaljenosti od institucija ili nepostojanja prevoza. Čak i ako ustanove postoje, s obzirom na malu sredinu žene im se ne obraćaju jer nemaju poverenja da će njihovo iskustvo ostati poverljivo. Ukoliko žele da napuste seosku sredinu, izložene su opasnosti od nasilja i seksualne eksploatacije.

1.7. ZDRAVSTVENE POSLEDICE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Rodno zasnovano nasilje, bez sumnje, dovodi do posledica po zdravlje, bilo da se radi o akutnim bilo hroničnim manifestacijama, ili fatalnim i nefatalnim ishodima. Iako nasilje ima direkne posledice po zdravlje, npr. povrede, žene koje su preživele nasilje su, takođe, izložene i rizicima po opšte zdravlje u bližoj ili daljoj budućnosti.

Usvajanje loših životnih navika žena koje trpe nasilje, može se takođe smatrati rizičnim faktorom i za čitav niz bolesti i stanja. Istraživanja ukazuju na činjenicu da žene koje su preživele nasilje u detinjstvu, ali i u odrasloj dobi, mnogo češće imaju opšte zdravstvene probleme od žena koje nasilje nemaju u svom iskustvu.¹³ Nasilje povećava rizik od depresije, pokušaja samoubistva, hroničnog bolnog sindroma, psihosomatskih smetnji, po-

¹³ Heise, Ellsberg, Goettemoeller, "Ending violence against women", *Popul Rep.*, L 27:1–43,1999.

vreda, gastrointestinalnih smetnji i niza stanja povezanih sa reproduktivnim zdravljem. Važnost povezanosti zdravstvenih posledica i zlostavljanja sadržana je u sledećem: uticaj zlostavljanja na zdravlje traje još dugo pošto je nasilje prestalo. Što je zlostavljanje teže, ozbiljnije su i posledice po fizičko i mentalno zdravlje žene koja ga preživljava, a i tokom vremena trpljenja zlostavljanja i ponavljanog nasilja, posledice na zdravlje se kumuliraju.

Posledice nasilja na zdravstveno stanje žene mogu biti fatalne i nefatalne. Fatalne posledice podrazumevaju ubistvo, samoubistvo, maternalnu smrt i smrt kao posledicu AIDS.

Kliničke manifestacije zlostavljanja uključuju: povrede, različite zdravstvene probleme, hronične zdravstvene probleme povezane sa stresom prouzrokovanim životom u nasilnom i opasnom okruženju, posledice po reproduktivno zdravlje, mentalno zdravlje i ponašanja štetna po zdravlje (videti Sliku 4).

Zdravstvene posledice mogu biti neposredne – akutne, kao i odložene – hronične, štaviše one mogu da traju veoma dugo i pošto je nasilje prestalo. Što je nasilje ozbiljnije/surovije ono ima veći uticaj na zdravlje žena. Takođe, izloženost višestrukom nasilju, npr. fizičkom/seksualnom/psihičkom, ili nasilju koje se često ponavlja, daje ozbiljnije zdravstvene posledice (SZO, 2002; SZO/PAHO (*Pan American Health Organization* – Panamerička zdravstvena organizacija, 2012a).

Slika 4. Šematski prikaz zdravstvenih posledica rodno zasnovanog nasilja

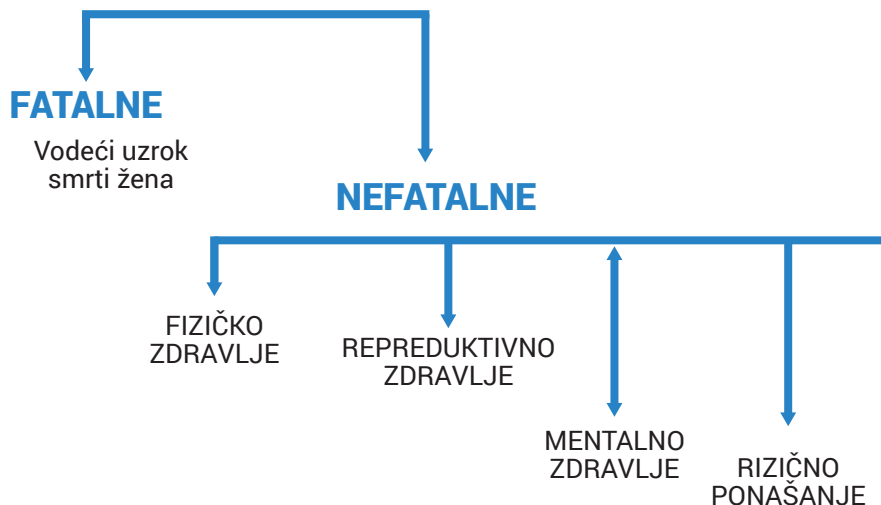


Tabela 5. Podaci o vrsti i učestalosti zdravstvenih posledica rodno zasnovanog nasilja u svetu¹⁴

VRSTE ZDRAVSTVENIH POSLEDICA	UČESTALOST
Povrede	19–55%
Opšte zdravlje	8–48%
Mentalno zdravlje	5–47%
Reproduktivno zdravlje	11–44%

PODACI O ZDRAVSTVENIM POSLEDICAMA RODNO ZASNOVANOG NASILJA U SRBIJI¹⁵

1. Povrede: 28,8%

- lake telesne povrede: **25,4%**
- teške telesne povrede **19,9%**

2. Posledice po opšte zdravlje:

- nemogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti: **20,0%**
- jaki bolovi: **42,7%**
- problemi sa pamćenjem i koncentracijom: **22,7%**
- vrtoglavica: **29,9%**

3. Posledice po reproduktivno zdravlje:

- ginekološki problemi: **20,7%**
- spontani pobačaj: **21,1%**
- namerni pobačaj: **65,0%**

4. Posledice po mentalno zdravlje:

- pomisao na samoubistvo: **38,1%**
- pokušaj samoubistva: **40,9%**

¹⁴ WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women, op. cit.

¹⁵ „Nasilje u partnerskim odnosima i zdravlje“, CPZZ, iz istraživanja u okviru WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women, Beograd, 2005.

1.7.1. POSLEDICE RODNO ZASNOVANOG NASILJA PO TELESNO ZDRAVLJE ŽENA

Mnogobrojni zdravstveni problemi i potreba za zdravstvenom pomoći kod žena koje trpe nasilje česti su i dobro dokumentovani u literaturi. Podaci iz dve populacione studije ukazuju na činjenicu da žene koje su izložene nasilju, od muža ili partnera, mnogo češće nego ostale ispitanice definišu svoje zdravstveno stanje kao podnošljivo i loše, iako su ispitanicama postavljena pitanja omogućavala da svoje zdravlje procene kao dobro i odlično.¹⁶ Zlostavljane žene, takođe češće izjavljaju da imaju potrebu za zdravstvenom intervencijom. Broj dana koje su žene provele u krevetu zbog bolesti skoro je dvostruk u odnosu na žene koje ne trpe nasilje.¹⁷ U jednoj studiji 4 na ispitanicama koje su uspešno izašle iz situacije nasilja nađeno je da se većina njih za pomoć obratila zdravstvenim radnicima/cama, a manje ostalim službama nadležnim za problem (policija, sklonište, centar za socijalni rad). Druge studije¹⁸ ukazuju na to da se procenat zlostavljanih žena u kalendarskoj godini, koje traže pomoć u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kreće od 5,5% do 25% (podaci za Srbiju 10%).¹⁹ Navedene studije ukazuju na činjenicu da nije samo veliki procenat zlostavljanih žena koje se obraćaju zdravstvenim institucijama, već je za šest do osam puta povećan i procenat njihove dece kojoj je potrebna zdravstvena pomoć u odnosu na kontrolnu grupu.

Telesne povrede su najčešći zdravstveni problem zlostavljanih žena, posebno kod pacijentkinja koje se javljaju hitnim službama. Iako prevalenca povreda značajno varira u zavisnosti od kriterijuma prijavljivanja (samoprijavljivanje, poveravanje, pregled dokumentacije, itd.), jasno je da je partnersko nasilje najčešći razlog obraćanja urgentnim službama u okviru zdravstvene zaštite u slučaju telesnih povreda.

Posledice povreda nastale fizičkim zlostavljanjem, kao što su bol, frakture kostiju ili povrede lica i tetiva/ligamenta, uobičajena su stanja koja se sreću u ambulantama. Ujedno ova stanja, i pri ponovljenim pregledima, mogu ukazati na izloženost nasilju.²⁰

Hronični bol je takođe jedan od najčešćih simptoma zbog kojih se žene žrtve nasilja obraćaju hitnim, ali veoma često i drugim zdravstvenim službama. Iako se hronični bol često opisuje kao somatizacija, o njemu se može razmišljati i kao o posledici starih, nedijagnostifikovanih i nelečenih povreda.

Uporne glavobolje, koje se često ne dovode u vezu sa nasiljem, ukazuju na neurološko oštećenje kao posledicu partnerskog nasilja.²¹ Dijagnostički nejasni problemi sa sluhom, vidom i koncentracijom, takođe sugerišu i moguća neurološka oštećenja izazvana povredom.²²

¹⁶ Gin i sar., "Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics", *Journal of Internal Medicine*, 6:317–322, 1991.

¹⁷ J. McCauley i sar. "The Battering Syndrome: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices", *Annals of Internal Medicine*, 123:737–746, 1995.

¹⁸ D. Saunders, i sar., "Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center", *Archives of Family Medicine*, 2: 537–543, 1993.

¹⁹ „Nasilje u partnerskim odnosima i zdravlje”, op. cit.

²⁰ A.C. Gielen i sar., "Domestic violence screening and reporting by health care providers: Women's opinions and policy preferences", *American Journal of Preventive Medicine*, 19:279–285, 2000.

²¹ J.C. Campbell "Health consequences of intimate partner violence", *Lancet*, Vol. 359, 2002.

²² C Garcia-Moreno i sar., "Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study", *Lancet*, Vol. 371, 2008; *WHO World Report on Violence and Health*, Geneva, 2002.

Ostala telesna stanja i simptomi koji se mogu povezati sa nasiljem u partnerskim odnosima, više su povezani sa stresom i sugerišu da su njegov rezultat. U okviru ovih simptoma i stanja značajni su sindrom iritabilnog kolona, problemi sa varenjem i poremećaji ishrane. Jedna kontrolisana studija²³ i najmanje dve deskriptivne studije²⁴ sugerišu da se hipertenzija takođe može povezati sa životom u nasilnim odnosima.

Nažalost, uticaj nasilja na imuni sistem relativno malo je ispitivan u okviru ove problematike. Može se pretpostaviti da stres i posledična supresija imunog sistema igraju ulogu u etiologiji čestog oboljevanja od zaraznih i alergijskih bolesti zlostavljanih žena i njihove dece, iako nije istraživana.

1.7.2. POSLEDICE PO REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE ŽENA

Nasilje može da dovede do direktno ili indirektno izazvanih posledica po reproduktivno zdravlje žene. Brojna istraživanja ukazuju na to da su najčešće zdravstvene posledice po reproduktivno zdravlje: česti ginekološki problemi, polno prenosive bolesti uključujući i HIV/AIDS, neželjena trudnoća, maloletnička trudnoća, namerni pobačaji, neplodnost i neprimenjivanje kontracepcije, uključujući i upotrebu kondoma.²⁵

Žene koje žive u nasilnim partnerskim vezama imaju poseban problem da se zaštite od neželjene trudnoće, kao i od velikog broja polno prenosivih bolesti.

1.7.2.1. POSLEDICE NASILJA U TRUDNOĆI

Istraživanja koja su sprovedena ukazala su na to da fizičko zlostavljanje u toku trudnoće dovodi do ozbiljnih zdravstvenih posledica kako po majku, tako i po nerođeno dete.²⁶ Značajan broj studija sprovedenih u SAD i Kanadi pokazuje da je prevalenca nasilja u toku trudnoće zastupljena od 1% do 20%, dok je prevalenca pre trudnoće iznosila od 3 do 9 procenata.²⁷ Ako se uporede rezultati studija vidljivo je da je prevalenca zlostavljanja tokom trudnoće značajno veća u grupi trudnica adolescentkinja u odnosu na odrasle žene, 21% prema 15%. U nekoliko deskriptivnih studija, batinanje u toku trudnoće bilo je udruženo sa izrazitim nasiljem, pretnjom oružjem i rizikom od ubistva, što ukazuje da su nasilnici koji zlostavljaju svoje partnerke u toku trudnoće izrazito opasne osobe.²⁸ Dve studije o ubistvima počinjenim u urbanoj sredini ukazale su na činjenicu da je vodeći uzrok materne smrtnosti u Čikagu i Njujorku bio izazvan direktnim nasiljem partnera ili je nastao kao njegova posledica.²⁹

Jedna od kvantitativnih analiza podataka povezanih isključivo sa nasiljem tokom trudnoće pokazuje da su zastupljeni veoma različiti oblici ispoljavanja nasilja. Procenat od 15% ispitanica, kod kojih su partneri sumnjali u

²³ R. Rodriguez, "Perception of health needs by battered women", *Response*, 12:22–23, 1989.

²⁴ S. Kerouac i sar., "Dimensions of health in violent families", *Health Care for Women International*, 7:413–426, 1986.

²⁵ WHO *World Report on Violence and Health*, op. cit., 2002.

²⁶ J.C. Campbell, "Health consequences of intimate partner violence", op. cit.

²⁷ Internet, www.thelacet.com, WHO, 2006.

²⁸ WHO *World Report on Violence and Health*, op. cit., 2002.

²⁹ S.B. Plichta i sar., "Violence and gynecologic health in women <50 years old", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174: 903–907, 1996.

očinstvo, izjavio je da su ih partneri mnogo više zlostavljali u toku trudnoće sa ciljem da izazovu pobačaj. Ovaj važan podatak ukazuje na vezu sa podacima iz populacionih studija o kasnijim ubistvima partnerki i dece.

Studije ukazuju i na to da se u 15% do 19% partnersko nasilje prvi put javilo u toku trudnoće. Ipak, u najvećem broju slučajeva (46%) žene izjavljuju da se nasilje samo nastavilo na nasilje koje je postojalo i ranije. Ova činjenica ilustruje podatak da je najčešći faktor rizika za nasilje u toku trudnoće, postojanje nasilja i pre ovog stanja. Fizičko zdravlje žena tokom trudnoće korelira sa nasiljem, uključujući i stres, zloupotrebu lekova i psihoaktivnih supstanci, prekomerno pušenje, zaostajanje u optimalnom dobijanju na težini i neadekvatnoj ishrani. Ukoliko se govori o ishodu trudnoće kod žena koje su trpele nasilje, studije dokumentuju malu telesnu težinu novorođenčadi na rođenju, prerani porođaj, infekcije i egzacerbaciju hroničnih oboljenja kod majki kao posledicu traume (hipertenzija, dijabetes). Mehanizmi pojave navedenih posledica još nisu u potpunosti jasni i ostaje da se njihov pravi uzrok tek ispita.

Period posle porođaja takođe je značajan. *Gielen* i saradnici ukazuju na to da se u ovom periodu registruje veća prevalenca nasilja (19% prema 10% pre porođaja). Istraživanjima do sada nije obuhvaćeno razmatranje moguće veze između postporođajne depresije i trpljenja nasilja, iako su mnoge ispitanice navodile nedostatak emotivne brige i ostale podrške svojih partnera. Bez obzira na ovu činjenicu, u slučaju postpartalne depresije potrebno je uvek proveriti da li je žena izložena nasilju u partnerskim odnosima.

Nasilje u toku trudnoće i zlostavljanje dece mogu se dovesti u direktnu vezu, što potvrđuju brojne studije.³⁰ Postavka je *Judy McFarlane* (1998), da bez obzira na broj žena koje su zlostavljane pre i u toku trudnoće, trudnoća sama po sebi predstavlja „polje mogućnosti“ za procenu samog nasilja kao i postupaka koji se mogu primeniti, jer žene koje su u najvećem riziku u toku ovog perioda češće se obraćaju svom lekaru/ki. Zbog toga trudnoća pruža važne mogućnosti za sekundarnu prevenciju i ranu detekciju ozbiljnih zdravstvenih problema, pre nego što se dogodi ozbiljno povređivanje ili smrtni ishod.

1.7.3. POSLEDICE NASILJA PO MENTALNO ZDRAVLJE ŽENE

Posledice nasilja po mentalno zdravlje žena su značajne i česte. Učestalost traženja zdravstvene intervencije zbog mentalnih posledica može se uporediti sa učestalošću traženja medicinske pomoći kod telesnih zdravstvenih problema. Najčešće, žene koje dugotrajno trpe nasilje, traže pomoć u zdravstvenim službama primarne zaštite zbog kliničke slike depresije.³¹

U kontrolisanim studijama opšte populacije, sprovedenim u različitim sredinama, zaključeno je da žene koje žive u situaciji nasilja pokazuju daleko više simptoma depresije od ostalih.³² Prevalenca depresije kod zlostavljanih

³⁰ WHO World Report on Violence and Health, op. cit., 2002.

³¹ J.C. Campbell i sar., "Predictors of depression in battered women", *Violence Against Women*, 3:276–293, 1997.

³² Jaffe, P. i sar., *Canadian Journal of Psychiatry*, 1986.

žena iznosi od 10% do 32% ukoliko se uzmu u obzir i stanja anksioznosti.³³ U dva različita uzorka zlostavljanih žena³⁴ nađeno je da 39–43% njih pokazuje srednje jake ili jako izražene simptome depresije (*Beck Depression Inventory*). Primenom psihijatrijskih dijagnostičkih procedura, nađena je signifikantno veća prevalenca ozbiljne depresije kod žena koje žive u situaciji nasilja. Ista studija ukazuje na to da je prevalenca depresije iznosila 9%, a da se rizik od pojave depresije u toku života penje na 20–25%.

Ovo ukazuje na činjenicu da lečenje depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ima veoma važnu ulogu, kao i procena postojanja nasilja u slučajevima kada se postavi dijagnoza depresije. U dinamici razvoja depresije koja se javlja kod žena koje žive u situaciji nasilja, mnogo je značajnija učestalost i jačina postojećeg nasilja, nego ranija istorija mentalne bolesti, demografske, kulturne ili neke druge determinante ili karakteristike.³⁵

1.7.3.1. TRAUMATSKI OKVIR MENTALNIH POSLEDICA NASILJA (TRAUMA FRAMEWORK)

Posledice po mentalno zdravlje nastale u okviru nasilnih odnosa veoma su slične onima koje nastaju usled traumatskih iskustava, tako da ih mnogi praktičari i istraživači u oblasti mentalnog zdravlja koncipiraju i smeštaju u tzv. traumatski okvir, pokušavajući da ih svrstaju u posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Ovakva sistematizacija ima opravdanja ukoliko se radi o silovanju i seksualnoj zloupotrebi dece, dok se teško može generalizovati i na žene koje trpe dugotrajno nasilje. Ispitivanja pokazuju da je prevalenca PTSP kod zlostavljanih žena znatno niža nego što se očekuje i da iznosi oko 12%.³⁶ Žene koje trpe nasilje uglavnom se ne žale na PTSP simptome kao takve, već se zdravstvenom radniku obraćaju zbog poremećaja spavanja ili stresa. Zato, postoji osnovana mogućnost da PTSP ostane nedijagnostikovano od strane zdravstvenih radnika koji se ne bave posebno mentalnim zdravljem.

Istraživanja³⁷ ukazuju na kompleksnost odgovora na traumatski stres osoba koje su izložene akutnom nasilju, kontroli i/ili teroru od strane nasilnika, i da se odgovarajuće objašnjenje u simptomatologiji žena koje su zlostavljane ne može naći u okviru samo jednog nasilnog događaja. Odgovor zlostavljane žene uključuje i promene afekta, sa predominacijom depresivnosti, promenama u percepciji karakteristika zlostavljača (tendencija kod zlostavljanih žena da zlostavljača smatraju svemoćnim) i/ili poremećajima sopstvenih osećanja – samookrivljanje ili samoponištavanje. Ulogu vezanosti žrtve za zlostavljača ne bi trebalo potceniti kao deo razumevanja psihološkog odgovora zlostavljanih žena, što čini razumevanje reagovanja na traumu još kompleksnijim. Može se zaključiti da kumulativno/dugotrajno iskustvo nasilja uz dodatni učinak jačine i kompleksnosti traume značajno koreliraju sa pojavom depresije kod zlostavljanih žena.³⁸

³³ Gleason, W.J., "Mental disorders in battered women: An empirical study", *Violence and Victims*, 8:53–68, 1993.

³⁴ Ibid.

³⁵ J.C. Campbell i sar., "Predictors of depression in battered women", op. cit.

³⁶ N. Breslau i sar., "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults", *Archive of General Psychiatry*, 48:216–222, 1991.

³⁷ WHO *World Report on Violence and Health*, op. cit., 2002.

³⁸ J.C. Campbell i sar., "Predictors of depression in battered women", op. cit.

1.7.4. ZLOUPOTREBA ALKOHOLA, LEKOVA I DROGE

Zloupotreba ovih supstanci često se sreće kao sastavni deo odgovora na traumatski događaj ili događanje. Zloupotreba alkohola i droga značajno korelira sa zlostavljanjem u toku trudnoće u okviru brojnih studija.³⁹ Plichta je objavio rezultate studije 1996. godine, koji potvrđuju zloupotrebu lekova i droga kod žena koje su zlostavljane. Analiza više studija ukazala je na to da je prevalenca zloupotrebe alkohola kod zlostavljanih žena 19%, a da je prevalenca zloupotrebe droga 9%. Ove vrednosti su znatno više nego kod žena u opštoj populaciji. Iz ovoga jasno proizilazi da programi za lečenje zavisnosti kod žena moraju da uključe problem partnerskog nasilja i adekvatnu intervenciju.

1.7.5. KORIŠĆENJE SLUŽBI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dugotrajni učinak nasilja na zdravlje žena uslovljava da one koje trpe nasilje mnogo češće od ostalih korisnika/ca posećuju različite službe zdravstvene zaštite. U proseku, kod žena koje žive u nasilnoj zajednici češće su hirurške intervencije, posete lekarima/kama, hospitalizacija, kao i posete institucijama i profesionalcima/kama iz oblasti mentalnog zdravlja. Takođe, žene izložene nasilju uzimaju više lekova nego korisnice iz grupe žena koje ne trpe nasilje.⁴⁰

1.7.6. UTICAJ NASILJA NA DECU

Slično nasilju nad ženama, nasilje nad decom je, takođe, globalni problem. Ono se događa u velikom broju različitih oblika u svim sredinama: porodici, školi, domovima za decu bez roditeljskog staranja, hraniteljskim porodicama, društvenoj zajednici, ulici ili bilo kojem drugom mestu. Deca najčešće preživljavaju nasilje od osoba koje su im bliske i/ili su deo njihovih života, a to su roditelji, staratelji, školski drugovi/rice, učitelji, nastavnici, vaspitači i drugi pomagači u ustanovama zatvorenog tipa.

Ogroman deo nasilja učinjen prema deci ostaje neotkriven. Deca se boje da prijave nasilje koje preživljavaju. Strah je tesno povezan sa stigmom od prijavljivanja nasilja, posebno ako se radi o silovanju ili seksualnom nasilju. Prihvatljivost svih vrsta nasilja, gotovo u svim sredinama, takođe je jedan od faktora koji sprečava dete/decu da prijave nasilje. Pored toga, činjenica da deca najčešće preživljavaju nasilje od bliskih osoba dodatno otežava prijavljivanje. Odrasli kojima se deca obraćaju veoma retko veruju deci i njihovim iskazima o preživljenom nasilju.

Nasilje u porodici najčešće se odigrava u kontekstu disciplinovanja i vaspitavanja deteta i praćeno je fizičkim i okrutnim/ponižavajućim kažnjavanjem, i u tom kontekstu se još više prikriva i ostaje neprepoznato.

³⁹ WHO World Report on Violence and Health, op. cit., 2002.

⁴⁰ P.J. Wagner i sar., 1995.

Deca su direktno i/ili indirektno izložena nasilju ukoliko ga njihova majka preživljava. Načini na koje dete preživljava nasilje u ovakvim okolnostima su:⁴¹

- namerno povređivanje, fizičko ili seksualno, u cilju pretnje ili kontrole žene od strane nasilnika;
- namerno povređivanje dece u toku fizičkog zlostavljanja majke od strane nasilnika;
- prisustvovanje nasilju nad majkom kao svedok/inja direktno ili posredno/indirektno (posmatranje, slušanje, uvid u posledice povređivanja majke); i
- zloupotreba deteta da kontroliše majku, bilo da žive u zajednici ili su odvojeni od nasilnika.

Nasilje nad decom, u svojim različitim oblicima, negativno utiče na njihovo fizičko, psihičko i seksualno zdravlje.

Prisustvovanje nasilju nad majkom, čak i indirektno, može da izazove posledice uključujući uznemirenost, depresiju, slab uspeh u školi, kao i posledice po opšte zdravlje deteta (WHO 2002, WHO/PAHO 2012b). Procenat dece koja su agresivna ili mokre u krevet skoro je tri puta veći među decom izloženom nasilju koje je preživljavala njihova majka (UNFPA, 2010). Utvrđeno je, takođe, da izloženost dečaka nasilju koje trpi majka povećeva rizik da će docnije u životu, i oni ponoviti nasilni obrazac ponašanja prema svojoj partnerki, dok će devojčice trpeti nasilje.

Precizni/sistematski podaci o nasilju nad decom, direktnom i indirektnom, ne postoje za Republiku Srbiju, kao ni podaci o uticaju porodičnog nasilja na decu.

Potrebno je naglasiti da žene koje preživljavaju nasilje, uglavnom nisu u stanju da zaštite svoju decu, ma koliko se trudile. Zbog toga bi zdravstveni radnici/ce ovu činjenicu trebalo da imaju na umu kada planiraju zaštitu deteta.

1.7.7. RODNO ZASNOVANO NASILJE U OKVIRU ŽIVOTNOG CIKLUSA ŽENE

Nasilje može da se javi tokom bilo kog perioda života žena i devojčica. Mnoge žene su iskusile višestruke oblike nasilja koji su započeli još u prenatalnom dobu, a nastavili se tokom detinjstva, mladosti, zrelog doba života i starosti.

Razumevanje rodno zasnovanog nasilja u okviru životnog ciklusa žene važno je za zdravstvene radnike kako bi bio shvaćen kumulativni uticaj nasilja, posebno njegovih dugotrajnih efekata na živote i zdravlje žena i devojčica. Nasilje preživljeno u jednoj fazi života ima dugotrajne posledice koje predisponiraju žene za ozbiljne sekundarne zdravstvene posledice, kao što su samoubistvo, depresija i/ili zloupotreba psihoaktivnih supstanci (Heise i sar., 1994). Podaci pokazuju da što ranije u životu žena iskusi nasilje, posebno seksualno, njegove posledice su dublje i pogubnije (Heise i sar., 1994).

⁴¹ Walker/Edwall (1987), Warshaw/Ganley 1996.

Tabela 6. Oblici rodno zasnovanog nasilja povezani sa životnim ciklusom žene

PREVALENCIA PREŽIVLJENOG NASILJA	U EVROPI
PRE ROĐENJA	Polno selektivni abortusi, prebijanje u trudnoći (emocionalni i fizički učinci na ženu, posledice po ishod rođenja); prinudna trudnoća; infanticid
DETINJSTVO	Maloletnički brakovi; genitalno osakaćenje; seksualno nasilje u porodici ili van nje; nedovoljan pristup zdravstvenoj zaštiti; dečja prostitucija; dečji rad; zanemarivanje ženskog deteta
ADOLESCENCIJA	Rani i prisilni brakovi; fizičko i seksualno nasilje u okviru zabavljanja; ekonomski uslovljeni prisilni seksualni odnosi; seksualno zlostavljanje na radnom mestu; silovanje; seksualno uznemiravanje; prisilna prostitucija; trgovina ljudskim bićima; ograničenja u mogućnostima za edukaciju; različiti kulturološki obrasci povezani sa brakom
REPRODUKTIVNI PERIOD	Silovanje u braku, ubistvo, psihološko nasilje, prebijanje, prebijanje u toku trudnoće i ostali oblici partnerskog nasilja; zlostavljanje od strane partnerove rodbine i rođaka; seksualno nasilje ili uznemiravanje na radnom mestu; silovanje; eksploatacija u okviru domaćih poslova; kidnapovanje; prisilni abortus
STAROST	Zlostavljanje udovica; svi ostali oblici nasilja nad starijim ženama

Istraživanja, sprovedena u svetu, ukazuju na to da je prevalenca nasilja najveća u populaciji mladih žena, kao i da se rodno zasnovano nasilje ispoljava najčešće već na početku partnerske veze. U grupi žena starosne dobi 15–19 godina, koje su ikada bile u partnerskoj vezi, njih 29% su preživele fizičko i/ili seksualno nasilje od strane svog partnera. Prevalenca nasilja je najviša u grupi žena starosti 40–44 godine (37,8%), a smanjuje se u grupi žena od pedeset i više godina. To ne znači da starije žene manje trpe rodno zasnovano nasilje. Može se reći da su samo manje poznati obrasci nasilja koje preživljavaju žene iz ove starosne grupe (SZO, 2013).



2

ULOGA ZDRAVSTVENOG SISTEMA U ODGOVORU ZDRAVSTVENOG SISTEMA NA RODNO ZASNOVANO NASILJE

2.1. ULOGA ZDRAVSTVENIH RADNIKA/CA U ODGOVORU NA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Rodno zasnovano nasilje ugrožava žene tokom celog životnog ciklusa i glavni je uzrok povreda, invalidnosti i smrti među ženama.

Zdravstveni radnici/ce, u okviru zdravstvenog sistema, često su prvi i jedini profesionalci/ke koji imaju priliku da se susretnu sa ženama koje preživljavaju nasilje.

Praktično svaka žena, u nekom momentu svog života, koristi usluge zdravstvenog sistema, bilo da se radi o trudnoći, porođaju, bolesti, povredi, kontroli zdravlja ili u okviru zdravstvene brige o deci ili starijima. Žene koje preživljavaju nasilje od strane partnera posećuju zdravstvene ustanove i onda kada ne prijavljuju da trpe nasilje. Zdravstveni radnici/ce uživaju veliko poverenje i idenifikovani/e su kao profesionalci/ke sa kojima žene mogu i žele da govore o nasilju.⁴² Trebalo bi imati na umu da žene koje preživljavaju rodno zasnovano nasilje češće traže zdravstvenu pomoć od onih koje nasilje nemaju u svom iskustvu (SZO, 2013).⁴³

Rodno zasnovano nasilje je predmet kojim se bavi javno zdravlje, a SZO ga je 2002. godine proglasila prioriternim problemom javnog zdravstva (SZO, 2002).⁴⁴ To je pojava koja ima značajan uticaj na fizičko, psihološko i reproduktivno/seksualno zdravlje žena i devojčica.

⁴² Procena potreba korisnica zdravstvenih usluga primarne zdravstvene zaštite, CPZŽ, 2006.

⁴³ *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines*, WHO, 2013.

⁴⁴ *WHO World Report on Violence and Health*, op. cit., 2002.

Zdravstveni sistem predstavlja jednu od značajnih komponenti opšteg odgovora na nasilje nad ženama (L. Laing, 2003).⁴⁵ Ne govori se, naravno, o trenutnom odgovoru već o procesu koji se sastoji od niza aktivnosti koje se realizuju od strane organizacija i institucija, među kojima izuzetno važnu ulogu imaju institucije zdravstvenog sistema.

Nijedan sistem, a još manje ustanova koja ga predstavlja, ne može sam da reši probleme nasilja nad ženama i njegove posledice, niti da zadovolji sve potrebe žena koje preživljavaju nasilje. Ovo se odnosi i na zdravstveni sistem. Zdravstveni sistem se od drugih sistema izdvaja kao jedinstveno mesto na kojem se ženama može višestruko pomoći i omogućiti im dalje uključivanje u mrežu institucija koje bi trebalo da budu uključene u rešavanje ovog društvenog problema.

U otkrivanju porodičnog nasilja izuzetno značajnu ulogu, u Srbiji, trebalo bi da ima **izabrani lekar** koji je po prirodi svog posla u čestom kontaktu sa pacijentkinjom i na taj način je u prilici da uoči ne samo postojanje povreda kao jasnih pokazatelja fizičkog nasilja, već i niza suptilnih znakova na telu i u ponašanju žene, koji mogu opravdano pobuditi sumnju na nasilje.

Zdravstveni sistem je značajan faktor koji doprinosi formiranju ili promeni stavova javnog mnjenja o samom nasilju i njegovim posledicama (A. Taket, 2003).⁴⁶ Da bi ove svoje uloge realizovao, zdravstveni sistem mora da ispuni čitav niz preduslova, i to od nacionalnog nivoa – politika u vezi sa problemom nasilja / upravljački mehanizmi za sprovođenje te politike – pa do lokalnog nivoa svake zdravstvene institucije i svakog pojedinačnog zdravstvenog radnika odnosno svakog zaposlenog u zdravstvenoj ustanovi.

a) Nacionalni nivo

Nacionalni, strateški nivo, najznačajniji je jer bez njega niži nivoi ne mogu da funkcionišu. Na nacionalnom nivou moraju se poštovati međunarodni dokumenti usvojeni i ratifikovani od strane države, i na osnovu njih postaviti nacionalni standardi postupanja.⁴⁷

Na osnovu prihvaćenih međunarodnih standarda, na ovom nivou neophodno je definisati **preporučene dobre prakse, strategija i upravljanje** u oblasti nasilja nad ženama, odnosno odrediti šta je potrebno učiniti kroz implementaciju kako bi bili stvoreni uslovi za prevenciju, dijagnostiku, suzbijanje nasilja i smanjenje njegovih posledica.⁴⁸

Najznačajniji indikatori dobre prakse su:

⁴⁵ L. Laing, *Australian Domestic and Family Violence Clearing House*, 2003.

⁴⁶ A. Taket, *Routinely Asking Women About domestic Violence in health setting*, BMJ, 2003.

⁴⁷ Konvencija UN o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena – CEDAW, 1992; Savet Evrope: Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici, Istanbul, 2011.

⁴⁸ *Domestic Violence – Good Practice Indicators*, University of Warwick, London, 1999.

- **Jedinstvena definicija rodno zasnovanog nasilja**, čije je usvajanje neophodno, prihvaćena od relevantnih institucija i organizacija, koja će biti korišćena u svim pisanim materijalima, propisima i vodičima i sa kojom će biti upoznati svi zdravstveni radnici, i koja će biti jedinstveni parametar za njihovo postupanje u praksi.
- **Usvajanje jasne javnozdravstvene politike o nasilju nad ženom i publikovanje vodiča dobre prakse**. Na nacionalnom nivou neophodno je definisati javnozdravstvenu politiku u odnosu na nasilje nad ženama, kao deo politike zdravstvenog sistema. Izrada vodiča sa standardima dobre prakse za zdravstveni sistem u celosti, a zatim specifičnih vodiča za posebne nivoe odnosno oblasti zaštite zdravlja omogućava usklađen i kvalitetan rad. Sva dokumenta moraju jasno da naglase prvi i osnovni princip rada zdravstvene službe, onaj koji čini najstariju paradigmu zdravstvene struke: **Najpre ne naškoditi!**, odnosno ničim ne ugroziti sigurnost žene od strane zdravstvenog radnika/ce i zdravstvenog sistema kao celine.
- **Otkrivanje i praćenje žena koje su preživjele nasilje**. Obezbeđivanje sistematskog prikupljanja podataka o nasilju, što podrazumeva beleženje, opisivanje i prikazivanje vidljivog nasilja i njegovih posledica kao i otkrivanje onog nevidljivog, a prepoznatog od strane zdravstvenih profesionalaca/ki i zdravstvenog sistema. Ovo je izuzetno značajna obaveza zdravstvenog sistema, jer se bez poznavanja veličine i prirode problema nasilja ne mogu preduzeti adekvatne mere. Raspolaganje podacima o problemu je, isto tako, značajno za uticaj i podizanje svesti opšte populacije i profesionalaca i pokazatelj sistemskog pristupa rada na njegovom rešavanju.
- **Trening zdravstvenih radnika i drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu**. Edukacija je ključni faktor za efikasno uključivanje zdravstvenog sektora u uvođenje standarda za pružanje adekvatne podrške u okviru sopstvenih nadležnosti. Osnovni ciljevi edukacije su:
 - da zdravstvenim radnicima omogući sticanje znanja i ovladavanje praktičnim veštinama u radu sa ženama koje su preživjele nasilje, definisanih principima dobre prakse;
 - da obuhvati što je moguće veći broj zdravstvenih radnika i zaposlenih u zdravstvu, metodom „edukacije edukatora“, čime se omogućava širenje znanja i veština u zdravstvenom sistemu sve dotle dok ne postanu opšta svojina.
- **Evaluacija**. Efekte definisane politike i prakse neophodno je pratiti i vrednovati. U zavisnosti od neposredno definisanih ciljeva mogu biti izabrani različiti parametri za praćenje kao što su: broj i struktura zdravstvenih ustanova koje su donele svoje planove i programe u oblasti nasilja nad ženama, broj i struktura kadra u institucijama obuhvaćenim edukacijom, porast broja prepoznatog i registrovanog nasilja kao i

preduzetih mera nakon toga, stavovi žena o postojećim aktivnostima i efikasnosti zdravstvenih radnika.

- **Razvoj međusektorske saradnje.** Kako je već rečeno, nijedan sektor ne može samostalno rešiti brojne kompleksne probleme povezane sa nasiljem, pa ni zdravstveni. Zbog toga je zdravstveni sektor obavezan da predvidi i detaljno definiše svoje načine i oblike saradnje sa drugim sektorima u zajednici, koji takođe realizuju definisane zadatke u prevenciji i otkrivanju nasilja, u cilju prevencije i smanjenja društvenih i zdravstvenih posledica. Ovde se prevashodno misli na sektore kao što su policija, pravosuđe, socijalna zaštita, pa zatim obrazovanje i mediji.

b) Nivo zdravstvene ustanove

Na svakom nivou zdravstvenog sistema, primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj zaštiti, sve aktivnosti koje se razvijaju u oblasti prevencije i postupanja sa ženama koje preživljavaju nasilje moraju biti bazirane na identičnim principima:

- uvažavanje glasa, stava i mišljenja žena bez obzira da li ili ne preživljavaju nasilje;
- osnaživanje i podrška ženi koja je preživela nasilje;
- potpuno poštovanje principa jednakosti i nediskriminacije;
- primena senzitivnog i na kulturalnom obrascu zasnovanog kompetentnog pristupa ženi koja preživljava nasilje;
- definisanje minimuma standardnih „usluga“ za žene koje su izložene nasilju i obezbeđivanje da te usluge budu brze, pravovremene i efikasne;
- u svakoj situaciji imati na umu sigurnost žene;
- razvijanje posebnih intervencija i usluga za posebno ranjive grupe žena (manjinske grupe, izbeglice i raseljena lica, osobe sa invaliditetom, migrantkinje, sa drugačijom seksualnom orijentacijom, adolescentkinje, starije žene); i
- obezbeđenje infrastrukturnih uslova za rad zdravstvenog radnika u „senzitivnim“ uslovima (obezbeđenje privatnosti, skraćivanje vremena čekanja, pojednostavljenje pristupa zdravstvenom radniku/ci).

Svaka zdravstvena ustanova, pored toga, treba da obezbedi:

- adekvatne informacije o mogućnostima i resursima koji stoje na raspolaganju ženama žrtvama nasilja kao pomoć i podrška;

- edukaciju za sve svoje zaposlene iz oblasti nasilja nad ženom;
- podatke o veličini problema nasilja na datoj teritoriji;
- jasan plan i program postupaka u ustanovi za pružanje usluga ženama koje su preživele nasilje;
- pravila i postupke međusektorske saradnje u zajednici; i
- uslove obaveznog prijavljivanja rodno zasnovanog nasilja.

Najefikasniji način za razvoj i jačanje međusektorske saradnje je sačinjavanje, usvajanje i primena lokalnih protokola o saradnji, kojima se precizno definišu zadaci i odgovornosti svakog pojedinog sektora u lancu pružanja usluga ženama koje su preživele nasilje.

c) Nivo zdravstvenog radnika/ce.

Uloga zdravstvenih radnika/ca je da:

- razumeju i prepoznaju simptome rodno zasnovanog nasilja;
- pruže ženi informaciju o rodno zasnovanom nasilju i njegovim zdravstvenim posledicama;
- postavljaju pitanja o rodno zasnovanom nasilju u slučaju kliničnih simptoma koji ukazuju na iskustvo rodno zasnovanog nasilja bez obzira da li žena govori ili ne govori o preživljenom nasilju;
- obezbede prijateljsko i poverljivo okruženje, aktivno slušaju iskaz žene i veruju joj;
- uzmu anamnezu i obave lekarski pregled;
- pruže odgovarajuću medicinsku i psihološku pomoć;
- dokumentuju zdravstvene posledice;
- informišu o uslugama koje mogu dobiti u ostalim nadležnim ustanovama i organizacijama u zajednici;
- pomognu ženi u planiranju bezbednosti; i
- obezbede dalje praćenje žene koja je preživela nasilje.

2.2. PREPREKE ZA EFIKASAN ODGOVOR ZDRAVSTVENOG SEKTORA NA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Iako je široko i dobro poznato da zdravstveni sektor igra ključnu ulogu u efikasnom odgovoru na rodno zasnovano nasilje, postoji čitav niz prepreka zbog kojih žene koje preživljavaju nasilje ne dobijaju zadovoljavajuću zdravstvenu zaštitu.

Prepreke postoje i kod žena koje su izložene nasilju i kod zdravstvenih radnika/ca.⁴⁹

⁴⁹ H. Hellbernd, *Hausliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Curriculum, Gefordert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Berlin, 2006.

U cilju prevazilaženja postojećih prepreka, potrebno je primeniti ne samo uputstva dobre prakse i politiku, nego uložiti i lične napore da se postojeće stanje prevaziđe.

2.2.1. PREPREKE SA KOJIMA SE SUSREĆU ŽENE KOJE PREŽIVLJAVAJU NASILJE

Najčešće prepreke sa kojima se žena suočava su:

- stid, krivica i osećanje da je ona isključivo ili delimično odgovorna za nasilje koje trpi;
- strah od ponovljenog i/ili pojačanog nasilja ili smrti;
- strah od stigmatizacije ili društvene izopštenosti njene porodice u zajednici;
- društvena izolacija i osećanje da ona sama mora da se nosi sa pretrpljenim nasiljem;
- nedostatak samopouzdanja i samopoštovanja do te mere da ne može da prihvati ničiju pomoć;
- nedostatak bezbednih rešenja za decu i strah od gubitka starateljstva nad njima;
- strah, ako je migrantkinja/strankinja, da će izgubiti prava koja je dobila zahvaljujući nasilniku; i
- nedostatak realnih egzistencijalnih mogućnosti kao što su finansijske, stanovanje, zaposlenje, bezbednost, itd.

Bez obzira na to što ove prepreke postoje na nivou odnosa među partnerima, u porodici i široj društvenoj zajednici, pa samim tim zahtevaju i intervencije van zdravstvenog sektora, potrebno je da ih zdravstveni radnici/ce budu svesni u cilju postizanja efikasne i sveobuhvatne zaštite koju ženi mogu da pruže ostale referentne institucije koje postoje u zajednici.

Ostale prepreke sa kojima se žene sreću odnose se na sam sistem:

- nedostupnost zdravstvenih usluga ženama koje žive u zabačenim krajevima;
- strah od negativne reakcije zdravstvenih radnika/ca i okrivljavanja što žive sa nasilnikom ili ga još nisu napustile (neka prošla iskustva koja imaju iz kontakata sa institucijama);
- nepoznavanje koraka koje će preduzeti zdravstveni radnici, npr. da li će obavestiti policiju ili će uspostaviti kontakt sa nasilnikom i slično;
- jezičke i kulturalne prepreke sa kojima se sreću migrantkinje ili žene iz drugih etničkih grupa;
- nepovoljni uslovi za razgovor, neadekvatne prostorije, nesenzitivno ponašanje lekara/ke, medicinske sestre ili drugog osoblja u zdravstvenoj ustanovi; i
- nepoverenje u institucije i profesionalce/ke.

2.2.2. PREPREKE SA KOJIMA SE SREĆU ZDRAVSTVENI RADNICI/CE

Prepreke koje sprečavaju zdravstvene radnike/ce da prepoznaju nasilje kao uzrok zdravstvenih simptoma na koje se pacijentkinja žali, pitaju o nasilju i/ili pruže efikasnu zdravstvenu zaštitu i pomoć su:

- nedovoljno znanje o uzrocima, posledicama i dinamici rodno zasnovanog nasilja;
- sopstveni stavovi i zablude o rodno zasnovanom nasilju kao što su „nasilje je lični problem“, okrivljavanje žene za nasilje koje preživljava, itd.;
- sopstveno iskustvo nasilja u sadašnjosti/prošlosti;
- nedostatak znanja i veština da odgovore na nasilje („ne otvarati Pandorinu kutiju, jer šta onda...“);
- neinformisanost o postojećim službama kojima može da uputi ženu radi adekvatne pomoći;
- nedostatak vremena za medicinsku i ostalu pomoć;
- nedostatak podrške unutar zdravstvene ustanove (protokol, obrasci za dokumentovanje, nedostatak edukacije, primedbe/osuda kolega što se bave „tim“ problemom, nedostatak podrške rukovodećih osoba, itd.); i
- nepostojanje standardnih procedura, politike i protokola koji bi obezbedili postupanje po principima dobre kliničke prakse.

2.2.3. PREPREKE SA KOJIMA SE SREĆU ZDRAVSTVENI RADNICI/CE U SRBIJI U PRUŽANJU EFIKASNE POMOĆI ŽENAMA KOJE PREŽIVLJAVAJU RODNO ZASNOVANO NASILJE⁵⁰

Sprovedena formativna evaluacija, koja se do danas nije bitno izmenila, dala je sledeće podatke:

- prikupljen je 621 popunjen upitnik iz 20 zdravstvenih ustanova širom Srbije (19 domova zdravlja i jedna opšta bolnica);
- anketirano je 86% žena i 12% muškaraca zdravstvenih radnika, od čega je 64% lekara/lekarki; 30% medicinskih sestara – tehničara i 5% su ostala zanimanja na radu u zdravstvenoj ustanovi (psiholozi, socijalni radnici, više medicinske sestre);
- više od četiri petine zdravstvenih radnika/ca ili 82% do sada nije pohađalo nikakav vid edukacije iz oblasti nasilja nad ženama (predavanje, seminar, trening);
- skoro polovina anketiranih, 49%, u svom okruženju poznaje žene koje su imale iskustvo sa nasiljem od strane muža/partnera;
- jedna trećina, 33% od svih anketiranih zdravstvenih radnika uopšte nije odgovorila na pitanje koliko često u svojoj praksi viđa žene koje su izložene nasilju; **ovaj podatak je alarmantan i ukazuje na visok stepen ignorisanja postojanja nasilja od strane zdravstvenih radnika;**

⁵⁰ Formativna evaluacija znanja, veština i stavova zdravstvenih radnika u pogledu nasilja nad ženama, CPZZ, Beograd, 2010.

- visok procenat anketiranih zdravstvenih radnika/ca, 92%, u svojoj praksi viđao je žene koje su bile izložene nasilju, tokom prethodnih godinu dana;
- 23% zdravstvenih radnika/ca je u toku prethodne godine videlo barem pet žena – pacijentkinja koje su bile izložene nasilju;
- svakodnevno i/ili često žene koje su preživele nasilje viđa 14% zdravstvenih radnika/ca;
- 81% zdravstvenih radnika/ca je pokušalo da razgovara sa ženama o tome, a 19% nije;
- najčešći razlozi za nepokretanje razgovora o nasilju bili su: „nemam vremena“, „iz straha“, „žene nisu raspoložene za razgovor“ ili „žene ne žele da se zna“;
- zdravstveni radnici/e su najčešće žene upućivali na policiju (35%), zatim centar za socijalni rad (47%), na viši nivo zdravstvene zaštite, najčešće psihijatru i hirurgu (25%), kao i ženskoj nevladinoj organizaciji (18%);
- kao najveću prepreku za neupućivanje navodili su nepoverenje u institucije, nedostatak zainteresovanosti žena da o tome govore, i nepreduzimanje inicijative žena da govore o nasilju;
- kada su u pitanju **stavovi** zdravstvenih radnika o nasilju nad ženama i svojoj profesionalnoj ulozi, prosečnu srednju ocenu iznad 4,00 (na skali od 1 do 5) imali su stavovi da je zadatak izabranog lekara da identifikuje zlostavljane žene; da je postavljanje pitanja u vezi sa nasiljem korisno, kao i to da nasilje ima negativne posledice na decu u porodici;
- najnižu prosečnu ocenu, ispod 3,00, imali su stavovi zdravstvenih radnika da razgovor o partnerskom nasilju zahteva neprihvatljivo mnogo vremena, kao i stav da odgovornost za nasilje leži na oba partnera; **ovakav podatak je alarmantan i on ukazuje na sklonost zdravstvenih radnika/ca da relativizuju nasilje;**
- što se tiče **samoprocene spremnosti** zdravstvenih radnika za rad sa ženama koje su bile izložene nasilju, najbolji odgovori su dobijeni za sposobnost da prepoznaju nasilje na osnovu istorije bolesti i fizikalnog pregleda (srednja vrednost 3,06), i da upute pacijentkinje u druge službe i institucije (srednja vrednost 3,09);
- slabije procenjeni elementi spremnosti (srednja vrednost ispod 3,00) odnose se na pripremljenost da postave pitanja o nasilju (srednja vrednost 2,78); da na odgovarajući način reaguju kada saznaju za nasilje (srednja vrednost 2,91); da izvrše procenu bezbednosti (srednja vrednost 2,80); i da dokumentuju povrede odnosno ispune zahteve o izveštavanju nasilja (srednja vrednost 2,52).

Rezultati ukazuju na trenutno izuzetno malu pripremljenost zdravstvenih radnika/ca da sa ženama razgovaraju o nasilju što je, na neki način, i očekivan odgovor s obzirom na to da 82% zdravstvenih radnika do sada nije pohađao nikakvu edukaciju iz ove oblasti, a dodiplomske studije i redovni nastavni programi ovakvu vrstu znanja ne obezbeđuju.

2.3. PRINCIPI I STANDARDI ZA PRUŽANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Žene koje su izložene rodnom nasilju imaju različite potrebe, što zavisi od njihove lične situacije, ozbiljnosti nasilja kojem su izložene i posledica samog nasilja. Bez obzira na izneto, postoje osnovni principi i standardi za pružanje usluga ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje (SZO, 2013).

Usluge namenjene ženama koje preživljavaju rodno zasnovano nasilje zasnovane su na razumevanju rodne zasnovanosti nasilja nad ženama sa fokusom na ljudska prava i bezbednost žene izložene nasilju. Takođe, usluge se oslanjaju i na integrativni pristup koji u obzir uzima odnos preživele, nasilnika, dece i njihove šire društvene okoline. Usluge su usmerene na izbegavanje sekundarne viktimizacije, osnaživanje i stvaranje uslova za ekonomsku nezavisnost žene. Gde god je moguće sve vrste usluga u cilju zaštite i podrške ženama i deci trebalo bi da budu na jednom mestu. Usluge su prilagođene potrebama posebno ranjivih grupa žena i stoje im na raspolaganju.

Boks 2. Standardi za pružanje usluga ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje⁵¹

Usluge su bazirane **na razumevanju rodne uslovnosti nasilja nad ženama** i usmerene su na ljudska prava i bezbednost žene koja preživljava nasilje.

Usluge se baziraju na **integrisanom pristupu** koji podrazumeva odnos žene koja preživljava nasilje i nasilnika, dece i šireg socijalnog okruženja.

Usluge imaju cilj da izbegnu **sekundarnu viktimizaciju**.

Usluge **podržavaju osnaživanje i ekonomsku nezavisnost žene** koja preživljava nasilje.

Usluge obezbeđuju da, tamo gde je to moguće, **različiti vidovi zaštite budu smešteni na jednom mestu**.

Usluge su **namenjene i zadovoljenju potreba ranjivih grupa žena i dece** žene koja preživljava nasilje.

Potrebno je da zdravstveni radnici/ce, takođe, promovišu i učešće žena, korisnica usluga, u razvoju i evaluaciji usluga koje si im potrebne.

Principi i standardi koje bi zdravstveni radnici/ce trebalo da slede opisani su u daljem tekstu. Potrebno je imati u vidu da se u odnosu na iznete pristupe u nekim stavkama oni preklapaju, jer prepoznaju iste ili slične vrednosti

⁵¹ Savet Evrope: Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici, član 18, Istanbul, 2011.

na kojima bi trebalo da se zasnivaju usluge zdravstvenog sektora. Kvalitet pruženih zdravstvenih i ostalih usluga zavisi od poznavanja i prihvatanja načina na koji se pristupa ženi koje je preživela nasilje.

a) Rodno osetljiv pristup

Zdravstveni radnici/ce trebalo bi da razumeju/prihvate da je nasilje nad ženama rodno uslovljeno. Potrebno je da uzmu u obzir i potrebe koje imaju posebne grupe žena koje su izložene nasilju, posebno onih koje pripadaju marginalizovanim/diskriminisanim grupama. To su grupe žena i devojčica koje imaju fizičke i mentalne probleme, koje su sa sela, trudnice i žene sa malom decom, žene koje potiču iz nacionalnih manjina, strankinje/migrantkinje/izbeglice, lezbejke/biseksualne/transseksualne, HIV pozitivne, zavisnice od alkohola i/ili drugih psihoaktivnih supstanci, beskućnice, starije žene i adolescentkinje. Zdravstveni radnici/ce trebalo bi da poštuju njihove različitosti i da se ne ponašaju diskriminatorno prema njima (WAVE, 2011). Ovo se odnosi i na sve žene koje su preživele rodno zasnovano nasilje i koje moraju da imaju jednak i potpun pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama. Zdravstvene usluge, takođe, moraju biti pružene kao odgovor na potrebe i posebnosti korisnica.

Kada žena preživi nasilje od strane svog muža/partnera, u nasilni čin su uključena i njena deca i to direktno (preživela čin nasilja) ili indirektno (bila prisutna činu nasilja nad majkom). Zdravstveni radnici/ce moraju da znaju da nasilje utiče na decu i da im omogućuje da i ona dobiju odgovarajuću pomoć u istoj ili nekoj drugoj ustanovi (WAVE, 2010).

b) Pristup usmeren na ženu koja je preživela rodno zasnovano nasilje

Ovaj pristup podrazumeva da bi oni/one koji pružaju zdravstvene usluge ženama koje su preživele nasilje u prvi plan trebalo da stave njihova prava, potrebe i želje (UNICEF (*United Nations Children's Fund* – Fond Ujedinjenih nacija za decu), 2010). S tim u vezi potrebno je da oni/one:

- obezbede podržavajuće okruženje i postupaju poštujući ženu i njeno dostojanstvo;
- staraju se o njenom oporavku; i
- omogućuje joj da izrazi i prepozna svoje potrebe kako bi joj pružili priliku da ojača svoje kapacitete i donese odluke.

Za usvajanje ovog pristupa potrebno je da zdravstveni radnici/ce imaju na raspolaganju potrebne resurse (prostorije, znanje, veštine i slično).

Boks 3. Elementi za pristup ženi koja je preživela nasilje

Ženama koje govore o preživljenom nasilju od strane muža/partnera i/ili seksualnom nasilju potrebno je odmah pružiti neodložnu pomoć.

Zdravstveni radnici/ce bi trebalo najmanje da pruže prvu pomoć (*first-line*) koja uključuje:

- ne suditi, biti podržavajući i potvrditi ženin iskaz
- pružiti praktičnu pomoć i podršku koja odgovara njenim brigama
- pitati je o preživljenom nasilju, pažljivo slušati, podsticati je, ali je ne terati da priča
- dati joj informaciju o resursima u zajednici

- pomoći joj da planira bezbednost za sebe i decu, ako je potrebno
- obezbediti socijalnu pomoć

Zdravstveni radnici/ce moraju da obezbede:

- privatnost
- poverljivost

Ukoliko nisu u mogućnosti, iz bilo kojih razloga, da pruže prvu pomoć, potrebno je da pozovu kolegu/inicu koji/a je slobodan/na i koji/a odmah može da je pruži.

Izvor: SZO, 2013, Preporuka 1

c) Pristup koji se zasniva na poštovanju ljudskih prava⁵²

Ovaj pristup kao prioritet uzima poštovanje ljudskih prava koja se odnose na uzroke i posledice rodno zasnovanog nasilja. Ovaj pristup se oslanja na principe i standarde univerzalnih ljudskih prava, tzv. poštovanje „imalaca“ prava – u ovom slučaju se misli na žene koje su preživele rodno zasnovano nasilje, i „imalaca“ dužnosti pod čime se podrazumevaju država i različiti sistemi koji pružaju pomoć i usluge, kako iz državnog tako i iz privatnog sektora. Podržava kreaciju i primenu mehanizama odgovornosti (zakoni, politike, instrumenti). Ovaj pristup se, takođe, bazira i na širokom spektru građanskih, političkih, ekonomskih, socijalnih i kulturoloških prava.

U zdravstvenom sistemu se zalaže (usluge i zdravstveni/e radnici/ce) za:

- politiku, programe i protokole usklađene sa standardima poštovanja ljudskih prava;
- usmerenost usluga na osnaživanje žene;
- monitoring i evaluaciju kvaliteta usluga; i
- državnu odgovornost za nepoštovanje međunarodnih i nacionalnih standarda pružanja usluga ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje.

⁵² HRDA – Human Resources Benchmarking Association (Udruženje za benčmarking ljudskih resursa).



3

POSTUPANJE U OKVIRU ZDRAVSTVENOG SEKTORA SA ŽENOM KOJA JE PREŽIVELA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Dobra praksa u postupanju sa ženom koja je preživela nasilje podrazumeva sledeće radnje i postupke:

1. prepoznati i potvrditi nasilje;
2. odgovoriti na zdravstvene posledice nasilja;
3. dokumentovati nasilje;
4. proceniti bezbednost žene i pomoći da se razvije bezbednosni plan; i
5. uputiti je na resurse u zajednici.

3.1. PREPOZNAVANJE I POTVRDA RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Otkrivanje i potvrda postojanja rodno zasnovanog nasilja nisu sami po sebi cilj, već ih je prvenstveno potrebno iskoristiti da se ženi koja je preživela nasilje odmah stave na raspolaganje svi neposredni i posredni resursi, kako bi se podigla njena spremnost i mogućnost da ih iskoristi. Zbog toga je potrebno da zdravstveni radnici/ce budu spremni i obučeni da kada prepoznaju nasilje, kroz svoj stav i ostale mere pružanja pomoći na njega adekvatno reaguju.

Bez obzira da li žena potvrđuje svoje iskustvo nasilja ili ne, zdravstveni radnici/ce bi svojim stavom nedvosmi-sleno trebalo da ukažu da je nasilje nedozvoljeno, da je krivično delo, da se sankcioniše i da ničim ne može biti opravdano. Pri tome je izuzetno važno da se sačuvaju samopoštovanje i dostojanstvo žene.

Zdravstveni radnici/ce mogu posumnjati ili otkriti postojanje nasilja na više načina:

- žena sama prijavljuje nasilje;
- opservacijom i pregledom zdravstveni radnik/ca sam prepoznaje nasilje;
- u istoriji bolesti, kartonu ili ranijoj medicinskoj dokumentaciji i rezultatima postoje indicije koje ukazuju na nasilje;
- zdravstveni radnik/ca dobija informaciju od nekog drugog (policija, rodbina, centar za socijalni rad i slično); i
- zdravstveni radnik/ca pita o nasilju.

3.1.1. PRISTUP NAČINU POSTAVLJANJA PITANJA O NASILJU

U zdravstvenim ustanovama moguće je primeniti dva pristupa, kako bi se žena podstakla da govori o nasilju koje preživljava.⁵³

a) Rutinsko postavljanje pitanja o preživljenom nasilju, poznato i kao skrining,

podrazumeva postavljanje pitanja o preživljenom nasilju svim ženama koje se javljaju na pregled, i o njihovom iskustvu preživljavanja nasilja.

b) Kliničko postavljanje pitanja o preživljenom nasilju, odnosno postavljanje pitanja ženi, na osnovu anamneze i pregleda.

Rutinsko postavljanje pitanja o preživljavanju nasilja nije preporučeno (SZO, 2013, Preporuka 2) jer, iako povećava stopu otkrivanja nasilja, ne doprinosi smanjenju stope nasilja niti donosi značajni boljitak za ženu koja se javlja na pregled.

Kliničko postavljanje pitanja o preživljavanju nasilja se preporučuje. Potrebno je da zdravstveni radnici/ce postave pitanje o izloženosti nasilju kada procene stanje koje bi moglo biti prouzrokovano ili pogoršano ukoliko je žena preživela nasilje, u cilju postavljanja prave dijagnoze i daljeg adekvatnog lečenja i brige o ženi (SZO, 2013, Preporuka 3).

Ipak, rutinsko postavljanje pitanja može se primeniti u posebnim okolnostima:

- kada žena ima simptome mentalnog poremećaja (depresija, uznemirenost, PTSP, samopovređivanje / pokušaj samoubistva), kao posledicu snažne korelacije zdravstvenih poremećaja i nasilja od strane partnera;
- ako je žena HIV pozitivna pa njeno stanje može da utiče na otkrivanje HIV statusa ili smanji njenu sposobnost da primeni strategije rizika/zaštite; i
- kod trudnica zbog dvostruke vulnerabilnosti u tom periodu, s jedne strane zbog trudnoće, a sa druge bi trebalo uzeti u obzir i (ne)mogućnosti praćenja i kontrolnih pregleda žene u trudnoći (SZO, 2013).

3.1.2. KLINIČKI ZNACI ZA PREPOZNAVANJE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

U tabeli su prikazana stanja i simptomi kada je potrebno da se zdravstveni radnik/ca odluči da postavlja pitanja o mogućem preživljenom nasilju.

Tabela 7. Klinički indikatori rodno zasnovanog nasilja⁵⁴

Anamnestički podaci	<p>Hronični bol nepoznate etiologije (glavobolja; bol u stomaku, grudima, krstima, zglobovima, maloj karlici)</p> <p>Hronična stanja (hronične tegobe u GIT, iritabilni kolon, hroničan zamor, različite somatske tegobe)</p> <p>Seksualno prenosive bolesti, rizično ponašanje (HIV infekcija)</p> <p>Višestruki pobačaji (namerni/spontani)</p> <p>Egzacerbacija simptoma hroničnih bolesti (šećerna bolest, astma)</p> <p>Povrede usne duplje</p> <p>Nezadovoljstvo preduzetim lečenjem i učinkom lekova</p> <p>Izbegavanje dolaska na zakazane preglede</p>
Psihološki simptomi	<p>Depresija i suicidalne ideje</p> <p>Uznemirenost i napadi panike</p> <p>Poremećaji ishrane</p> <p>Zloupotreba lekova, psihoaktivnih supstanci, alkohola i duvana</p> <p>Posttraumatski stresni sindrom</p> <p>Često obraćanje psihijatrijskoj službi oba partnera</p>

⁵⁴ WHO PATH *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*, 2005.

<p>Fizikalni nalaz Karakteristike povreda</p>	<p>Sve povrede, posebno one lokalizovane na vratu, grudima, stomaku, u genitalnoj regiji Povrede temporomandibularnog zgloba Opekotine Znaci seksualnog zlostavljanja Centralno raspoređene povrede na pokrivenim delovima tela Povrede podlaktice (tzv. odbrambene povrede) Ogrebotine na člancima ruku i nogu Povrede koje nisu u skladu sa nastankom koji se navodi Višestruke povrede Modrice koje odgovaraju obliku oruđa kojim su nanete Modrice u različitim stadijumima</p>
<p>Indikatori ponašanja</p>	<p>Odlaganje traženja medicinske pomoći Učestali odlasci u hitne ili službe primarne zdravstvene zaštite Upadljivo ponašanje tokom pregleda Pominjanje partnerove naravi ili besa Ustezanje pacijentkinje da govori u prisustvu partnera Partner odgovara na pitanja postavljena pacijentkinji, ili se suviše brižno ili agresivno ponaša Zlostavljanje dece, starih ili nemoćnih koji žive u istom domaćinstvu</p>
<p>Indikatori u toku trudnoće i porođaja</p>	<p>Izbegavanje redovnih pregleda Malo dobijanje težine tokom trudnoće Komplikacije u trudnoći i porođaju (spontani pobačaji, mala težina novorođenčeta, krvarenje) Nedovoljna briga o sebi Zloupotreba lekova, alkohola, droga i duvana tokom trudnoće</p>

Važno je imati na umu da nijedan od nabrojanih indikatora ne znači automatski da je žena preživela nasilje. Ipak, otkrivanje bilo kog od ovih znakova trebalo bi da probudi sumnju kod zdravstvenog radnika/ce, da razgovara nasamo sa ženom i da je pita o iskustvu nasilja. Čak i onda kada žena ne odluči da govori o trpljenju nasilja zdravstveni radnik/ca treba da bude svestan/na ove činjenice i da pokuša kasnije, pri nekom drugom susretu, da razgovara o nasilju.

3.1.3. USLOVI KOJI MORAJU BITI OBEZBEĐENI ZA ZAPOČINJANJE RAZGOVORA O RODNO ZASNOVANOM NASILJU

Kada se zdravstveni radnik/ca odluči da povede razgovor i postavi pitanje o rodno zasnovanom nasilju mora da obezbedi sledeće uslove (SZO, 2013):

- protokol ili uputstva za standardnu proceduru trebalo bi da budu pripremljeni kako bi se prema njemu/njima vodila procedura;
- zdravstveni radnik/ca mora da bude edukovan/a o načinu na koji se vodi razgovor sa ženom;
- zdravstveni radnik/ca mora da obezbedi sigurnost, uključujući i mere koje obezbeđuju poštovanje pravila privatnosti i poverljivosti; i
- zdravstveni radnici bi trebalo da budu upoznati sa resursima u zajednici i načinima upućivanja na njih.

Kriterijumi kojih bi zdravstveni radnici/ce trebalo da se pridržavaju kada započinju razgovor o rodno zasnovanom nasilju su:

- obezbediti privatnost i poverljivost prostora u kojem se razgovor vodi;
- razgovor ne bi trebalo voditi pred partnerom, članom porodice, prijateljem/icom, detetom starijim od dve godine i/ili trećom osobom, pa makar ona bila i zdravstveni radnik/ca; i
- za žene koje ne govore jezikom zdravstvenih radnika potrebno je obezbediti prevođenje (ako je to moguće).

Potrebno je imati na umu i prava korisnica usluga u zdravstvenom sistemu, i to:⁵⁵

PRAVO NA OBAVEŠTENJE. Pacijent ima pravo da od nadležnog zdravstvenog radnika blagovremeno dobije obaveštenje koje mu je potrebno za donošenje odluke da pristane ili ne pristane na predloženu medicinsku meru. Obaveštenje iz stava 1. ovog člana obuhvata:

- 1) dijagnozu i prognozu bolesti;
- 2) kratak opis, cilj i korist od predložene medicinske mere, vreme trajanja i moguće posledice preduzimanja, odnosno nepreduzimanja predložene medicinske mere;
- 3) vrstu i verovatnoću mogućih rizika, bolne i druge sporedne ili trajne posledice;
- 4) alternativne metode lečenja;
- 5) moguće promene pacijentovog stanja posle preduzimanja predložene medicinske mere, kao i moguće nužne promene u načinu života pacijenata; i
- 6) dejstvo lekova i moguće sporedne posledice tog dejstva (član 11).

⁵⁵ Zakon o pravima pacijenata, *Službeni glasnik RS*, br. 45/2013.

PRAVO NA SLOBODAN IZBOR. Pacijent ima pravo na slobodan izbor doktora medicine, odnosno doktora stomatologije i zdravstvene ustanove, kao i slobodan izbor predloženih medicinskih mera, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast zdravstvene zaštite i zakonom kojim se uređuje oblast zdravstvenog osiguranja (član 12).

PRAVO NA PRIVATNOST I POVERLJIVOST. Pacijent ima pravo na poverljivost svih ličnih informacija koje je saopštio nadležnom zdravstvenom radniku, odnosno zdravstvenom saradniku, uključujući i one koje se odnose na stanje njegovog zdravlja i potencijalne dijagnostičke i terapijske procedure, kao i pravo na zaštitu svoje privatnosti tokom sprovođenja dijagnostičkih ispitivanja i lečenja u celini (član 14).

PRAVO NA PRISTANAK. Pacijent ima pravo da slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih lica. Bez pristanka pacijenta ne sme se, po pravilu, nad njim preduzeti nikakva medicinska mera (član 15).

3.1.4. KAKO PITATI O NASILJU?

Pitati žene o preživljenom nasilju nije nimalo lak zadatak. Zdravstveni radnici/ce se ustežu da pitaju, jer se boje da će pitanjima uvrediti ženu, nemajući dovoljno znanja ili hrabrosti da pitaju i intervenišu. Istovremeno, postaviti pitanje o preživljavanju rodno zasnovanog nasilja veoma je važno, pošto žene čak i kada ne govore same o svom iskustvu žele/očekuju da budu pitane i prihvataju razgovor.

Edukacija zdravstvenih radnika/ca presudna je u sticanju znanja i samopouzdanja za postavljanje pitanja o rodno zasnovanom nasilju kao i za preduzimanje ostalih koraka i intervencija.

Zdravstveni radnici su obavezni da razgovor o preživljenom nasilju prilagode i objasne na način koji odgovara uzrastu, obrazovanju i kulturnom kontekstu pacientkinje. Važno je da se u razgovoru izbegnu pravni, profesionalni ili medicinski izrazi, jer je neophodno da žena koja preživljava nasilje razume termine koji se koriste i da se identifikuje sa njima. Kada zdravstveni radnik/ca postavi pitanje o rodno uslovljenom nasilju, potrebno je da razgovor započne uvodnim pitanjima i da objasni kako je nasilju izložen veliki broj žena, a da su njegove zdravstvene posledice brojne i ozbiljne, kao i da ih stavi u okvir svog profesionalnog delovanja i brige.

Potrebno je istaći da su primeri pitanja okvirni i da daju samo ideju i smernice, i da svaki zdravstveni radnik/ca svakako ima mogućnost da ih prilagodi i izgradi sopstveni način za započinjanje razgovora.

Tabela 8. Šta uraditi a šta ne kada pitate o nasilju

ŠTA URADITI	ŠTA NE URADITI
<ul style="list-style-type: none"> • Preuzeti inicijativu i pitati, a ne čekati da žena sama započne razgovor. Ovaj korak pokazuje profesionalnu odgovornost u odnosu na ženu i pomaže da se izgradi poverenje. • Objasniti da je razgovor poverljiv, uz objašnjenje o granicama poverljivosti. • Ostvariti kontakt očima i posvetiti joj pažnju bez istovremenog čitanja, pisanja ili nekih drugih radnji. • Voditi računa o govoru svog tela, načinu stajanja, držanja ruke i glave, izrazu lica, načinu izražavanja, jasnoći poruka o njenoj situaciji. • Pokazati neosuđujući stav i stav podrške, uz potvrdu onoga što kaže. • Govoriti blagim glasom. • Pažljivo slušati njenu priču i uveriti je da su njena osećanja ispravna. • Pokazati da joj verujete. • Biti strpljiv/a, imajući na umu da je žena u krizi i da su joj osećanja često kontradiktorna. • Istaći da nije ona kriva za nasilje i da isključivu krivicu snosi nasilnik. • Izreći podržavajuće mišljenje, npr.: „Žao mi je što vam se to dešava“; ili: „Zaista ste mnogo toga prošli“, što će je ohrabriti da pruži više informacija. • Podvući da postoji niz mogućnosti i resursa za izlazak iz nasilne situacije i dozvoliti da sa vama izabere adekvatan način. Ostaviti joj „otvorena vrata“ da ponovo dođe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pitati o nasilju pred partnerom, članom porodice i/ili prijateljicom. Imati na umu da je bezbednost žene na prvom mestu. • Izbegavati pasivno slušanje bez postavljanja pitanja, što ostavlja utisak da joj se ne veruje, da ona greši, a da je nasilnik u pravu. • Ne kriviti ženu. Izbegavati pitanja kao što su: „Zašto ste sa njim?“, „Da li ste se svađali pre nego što se nasilje dogodilo?“, „Šta ste tražili sami na ulici?“, „Kako ste bili obučeni?“, itd. • Izbegavati slanje poruka govorom tela da vas nervira, da joj ne verujete, da vam se ne dopada ili da ste na nju ljuti. • Ne suditi o ženinim kulturološkim i verskim stavovima. • Ne terati je da se poverava.

Adapirano prema Perttu/Kaselitz et al., 2006, *Warsaw/Ganley* 1996, SZO, 2003, SZO, 2013.

PRIMERI UVODNIH PITANJA:⁵⁷

„Nasilje nad ženama je veoma često i ima značajne posledice po zdravlje. Zato sve svoje pacijentkinje pitam da li ih neko, u neposrednom okruženju, plaši, preti im ili ih povređuje na bilo koji način.“

„Veoma me brine činjenica da je nasilje nad ženama rasprostranjeno u našoj sredini, tako da svaku svoju pacijentkinju pitam o nasilju na isti način kao što je pitam o svim ostalim stvarima u vezi sa njenim zdravstvenim stanjem.“

„Prema iskustvu koje imam, znam da je zlostavljanje i nasilje u porodici problem sa kojim se sreću mnoge žene. Da li je to i vaš problem?“

„Poznato mi je da mnoge žene imaju iskustvo sa nasiljem u porodici i da nasilje ugrožava njihovo zdravlje. Pitam se, da li i vi imate takvo iskustvo?“

„Znam da je nasilje nad ženama veoma rašireno u našoj sredini i da svaka treća žena trpi nasilje od svog partnera. Da li se nasilje i vama dešava?“

„Neke žene misle da su zaslužile da budu 'kažnjene' za ono što su ili nisu učinile, a njihov partner je to od njih očekivao. Siguran/a sam da niko, iz bilo kojih razloga, nije zaslužio da dobije batine. Da li vas je neko udarao ili vam pretio ako ste nešto uradili ili niste uradili?“

PRIMERI DIREKTNIH PITANJA:⁵⁸

„Brine me način na koji ste zadobili povrede. Da li vas je neko povredio?“

„Ovakve povrede često vidimo kod pacijentkinja koje su izložene nasilju. Da li vas je vaš partner bilo kada povredio?“

„Da li vas je neko povredio? Ko je to bio? Da li je to bio vaš muž/partner?“

„Da li je vaš muž/partner ili bivši muž/partner ikada udario ili fizički povredio vas ili nekog bliskog vama?“

⁵⁷ Ibid.; Internet, www.brighamandwomens.org.

⁵⁸ Internet, www.brighamandwomens.org.

„Da li vas je muž/partner ikada prisilio na seksualni odnos kada vi to niste želeli?“

„Da li vas muž/partner često ponižava, napada ili okrivljuje?“

„Da li vas je muž/partner sprečavao da radite stvari koje su vam bile važne (npr. da se školujete, radite, vidate sa svojom porodicom i/ili prijateljima)?“

NAČINI OHRABRENJA ŽENE DA GOVORI O NASILJU KOJE PREŽIVLJAVA

U okviru zdravstvenih ustanova važno je ohrabriti žene da govore o nasilju koje preživljavaju. Ovo se može postići štampanim materijalima koje je potrebno postaviti u čekaonicama i ordinacijama, na šalterima ili u bilo kojim prostorijama u okviru zdravstvene ustanove (SZO, 2013, Preporuka 4). To mogu biti posteri, pamfleti, lifleti i sličan materijal namenjen ohrabrenju žena da progovore o nasilju.

Rukovodstvo i radnici/ce zdravstvenih ustanova takođe bi sebi trebalo da obezbede načine dolaženja do informacija neophodnih za zbrinjavanje žena koje preživljavaju nasilje, kao što su forme za beleženje i dokumentovanje nasilja, podsetnik za kliničke indikatore rodno zasnovanog nasilja, vođenje razgovora i korake u pružanju ostalih usluga zaštite.

3.2. PREGLED I MEDICINSKO ZBRINJAVANJE ZDRAVSTVENIH POSLEDICA RODNO ZASNOVANOG NASILJA

Posle razgovora o mogućem ili pretrpljenom nasilju, pristupa se lekarskom pregledu i pružanju medicinske pomoći. Ovaj postupak sledi i u slučajevima u kojima žena negira preživljeno nasilje. Postupci se sprovode sledeći zdravstvene potrebe i zdravstveno stanje pacijentkinje.

Potrebno je da zdravstveni radnici/ce tokom celokupnog trajanja pregleda i medicinskog zbrinjavanja vode računa o okruženju u kojem se pregled vrši, posebno ako se radi o ženama koje su preživele seksualno nasilje. Pažnja i ljubaznost zdravstvenog osoblja prema ženi koja je preživela nasilje doprinose njenom bržem emocionalnom oporavku, dok neumesni komentari lekara, policajaca i drugih prisutnih osoba pojačavaju simptome preživljene emocionalne i fizičke traume (pogledati Tabelu 4).

3.2.1. NEPOSREDNA POMOĆ – PRVA LINIJA POMOĆI⁵⁹

Kada žena progovori o nasilju potrebno je da joj zdravstveni radnik/ca ponudi neposrednu pomoć koja obuhvata:

- neosuđujući, podržavajući i potvrđujući stav u odnosu na ženin iskaz;
- pružanje praktične pomoći koja odgovara ženi i ne omalovažava je;
- pažljivo slušanje ženine priče o pretrpljenom nasilju, bez „pritiskanja“ da priča;
- informacije o relevantnim službama/uslugama koje joj mogu pomoći;
- pomoć u povećanju sopstvene bezbednosti i bezbednosti svoje dece (ako je potrebno);
- pružanje ili mobilisanje ostalih resursa pomoći ženi; i
- obezbeđenje privatnosti i poverljivosti postupaka koji se preduzimaju.

3.2.2. ANAMNEZA I LEKARSKI PREGLED

Zdravstveni radnik/ca trebalo bi da dobije saglasnost žene za sprovođenje svih potrebnih postupaka. Potrebno joj je objasniti sve potrebe i mogućnosti zbrinjavanja. Takođe joj je potrebno objasniti i ograničenja, ako postoje, koja se odnose na poštovanje poverljivosti u slučaju da postoje zakonske obaveze zdravstvenog radnika/ce da prijavi počinjeno nasilje policiji i/ili nekoj drugoj instituciji.

Sledeći korak je uzimanje iscrpne anamneze, beležeći i sam nasilni događaj čijim ishodom će biti određene i odgovarajuće zdravstvene intervencije. Ovo obuhvata i detaljan opis nasilnog događaja, njegovo trajanje, primenu oruđa/oružja kojim je izvršen (kaiš, neki predmet, nož, pištolj i sl.), kao i datum i vreme događaja. U slučaju seksualnog nasilja takođe je potrebno zabeležiti i sledeće: oblik seksualnog nasilja, vreme koje je proteklo od događaja, rizik od trudnoće, HIV ili seksualno prenosive infekcije i psihološko stanje žene (SZO, 2013, Preporuka 11).

Kada se uzimaju podaci o događaju, potrebno je da zdravstveni radnik/ca:

- zapiše iskaz rečima žene;
- izbegne prekidanje i postavljanje pitanja o razjašnjenju pre nego što žena završi svoj iskaz;
- bude pripravan/a i razume da žena namerno izbegava da opiše detalje događaja koji je opterećuju;
- postavlja otvorena pitanja i izbegne ona koja počinju rečima „zašto“, „kako“, i sl.;
- obraća se ženi sa empatijom, mirnim tonom, i da održi kontakt očima ako je takav način kulturološki prihvatljiv.

Posle uzimanja anamneze, lekar/ka pristupa pregledu koji bi trebalo da bude potpun i sproveden bukvalno „od glave do pete“ (SZO, 2013, Preporuka 11), obraćajući pažnju na sledeće:⁶⁰

- informisati ženu o postupcima koji se preduzimaju u okviru pregleda (zašto, kako), izbegavajući time da pregled sam po sebi za ženu bude traumatičan događaj;
- dati ženi priliku da postavlja pitanja;
- pitati ženu, posebno ako se radi o seksualnom nasilju, da li želi da je pregleda lekarka umesto lekara;
- ne ostaviti ženu samu dok čeka pregled;
- zatražiti da skine svoju odeću (dati joj odeću zdravstvene ustanove), kako bi se mogle videti i skrivene povrede;
- posebno pregledati kosmate delove tela;
- uraditi kompletan telesni pregled i kod žena koje su preživele seksualno nasilje, a ne samo ginekološki;
- pregledati pažljivo sve povrede, bez obzira na njihovu težinu;
- zabeležiti emotivno i psihološko stanje pacijentkinje;
- obavestiti ženu o tome šta nameravate da uradite tokom pregleda (dodir, instrumenti, sakupljanje materijala za analizu, itd.); i
- tokom pregleda moraju biti prikupljeni svi potrebni dokazi, medicinski i forenzički.

3.2.3. DALJE LEČENJE I PRAĆENJE (KONTROLNI PREGLEDI)

LEČENJE TELESNIH POVREDA

Pacijentkinje sa ozbiljnim povredama, opasnim po život, potrebno je odmah uputiti na dalje lečenje u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu ili na odeljenje. Žene sa manje opasnim povredama, kao što su posekotine, modrice i površinske rane, potrebno je zbrinuti na licu mesta po svim pravilima dobre medicinske prakse. Pored toga, potrebno je pacijentkinji propisati: antibiotike, antitetanus vakcinu ili serum, analgetike, i ako je potrebno anksiolitike/hipnotike (SZO, 2003).

PREVENCIJA NEŽELJENE TRUDNOĆE, HIV I POLNO PRENOSIVIH INFEKCIJA⁶¹

Potrebno je da zdravstveni radnik/ca ponudi preparate za urgentnu kontracepciju ženama koje su preživele seksualno nasilje, vodeći se sledećim:⁶²

- primeniti kontracepciju što pre je moguće posle čina seksualnog nasilja;
- izabrati najefikasnije kontraceptivno sredstvo (prvi izbor: levonorgestrel u jednoj dozi od 1,5 mg), a mogu se prepisati i preparati sa kombinacijom estrogena i progesterona.

⁶⁰ Perttu/Kaselitz, *Addressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health Care*, 2006; WHO *Guidelines for medico-legal cares of victims of sexual violence*, 2003.

⁶¹ *Preventing intimate partner and sexual violence against women*, 2010; *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines*, WHO, 2013; Preporuke 12, 13, 14 i 15.

⁶² NEDOSTAJE FUSNOTA BROJ 62

Abortus bi trebalo predložiti, poštujući zakonsku regulativu, u slučaju da:

- se žena javlja kasnije od 5 dana od nasilnog događaja;
- urgentna kontracepcija nije uspjela; i/ili
- trudnoća je nastala kao posledica silovanja.

Zdravstveni radnik/ca će odlučiti da li da predloži profilaksu HIV infekcije (HIV PEP) ženama koje su se javile u roku od 72 sata posle čina seksualnog nasilja. Potrebno je da pacijentkinja i lekar/ka zajednički odluče da li je ovaj vid profilakse odgovarajući.

Ženi koja je preživela seksualno nasilje potrebno je propisati profilaksu za sledeće polno prenosive infekcije:

- infekciju klamidijom;
- gonoreju;
- trihomonas; i
- sifilis.

Profilaksa se sprovodi po važećim principima dobre medicinske prakse u ovoj oblasti.

Vakcinacija protiv hepatitisa B preporučuje se posle sprovođenja testa na ovu vrstu infekcije.⁶³

3.2.4. POSTUPCI PSIHOLŠKE POMOĆI

U sredinama u kojima postoje mogućnosti, potrebno je da lekari/ke opšte prakse upute žene sa ranije dijagnostikovanim psihološkim/psihijatrijskim poremećajima lekaru/ki psihijatru ili psihologu/psihološkinji.

Neke postupke iz ove oblasti mogu da izvedu i lekari/ke primarne zdravstvene zaštite. Ovi postupci odnose se na: pružanje praktične pomoći i brige; procenu potreba i brige žene u vezi sa preživljenim nasiljem, obezbeđenjem osnovnih potreba (hrana, voda), slušanjem, davanjem informacija o drugim izvorima koji mogu da im pruže pomoć, zaštitom od daljeg povređivanja i slično.

3.3. DOKUMENTOVANJE RODNO ZASNOVANOG NASILJA

3.3.1. ZNAČAJ ADEKVATNOG MEDICINSKOG DOKUMENTOVANJA TELESNIH POSLEDICA RODNO USLOVLJENOG NASILJA

Porodično nasilje nad ženama predstavlja veoma značajan, ubikvitaran društveni problem, prisutan u svim društvenim sredinama i svim istorijskim periodima. Ono može imati ozbiljne posledice po telesno i psihičko zdravlje žene, a po pravilu direktno ili indirektno ugrožava i porodicu kao celinu. Pojavljuje se u četiri osnovna oblika: fizičko (telesno), seksualno, psihičko (emocionalno) i ekonomsko, ali su u većini slučajeva dva ili više, a nekada i sva četiri oblika nasilja međusobno udružena. Višestruki su razlozi zbog kojih lekari i drugi zdravstveni radnici moraju da se bave problemom nasilja u porodici i o njemu poseduju adekvatna teorijska i praktična znanja. Na prvom mestu to je potreba za medicinskim zbrinjavanjem povređenih, kako u cilju dijagnostike i lečenja nastalih telesnih povreda, tako i radi pružanja psihijatrijske pomoći zbog mentalnih poremećaja prouzrokovanih ponavljanim porodičnim nasiljem.

U znatnom broju slučajeva porodičnog nasilja, naročito u njegovoj početnoj fazi, nastale povrede imaju obeležja lakih telesnih povreda koje često i ne zahtevaju neki terapijski tretman, ali im i pored toga lekari moraju posvetiti dužnu pažnju u cilju njihovog adekvatnog dokumentovanja. Naime, lekari imaju profesionalnu obaveznu da o svom radu vode odgovarajuću medicinsku dokumentaciju u kojoj bi trebalo da budu zabeleženi svi ustanovljeni nalazi, uključujući tu svakako i podatke o dijagnostikovanim telesnim povredama. Za lekare je veoma važno poznavanje činjenice da **medicinski dokument koji se odnosi na dijagnostiku i eventualno lečenje telesnih povreda nastalih u okviru porodičnog nasilja, može u sudskom postupku biti upotrebljen u toku sudskomedicinskog veštačenja kao objektivni pokazatelj vrste i težine nanesenih povreda** i na taj način predstavljati **značajan, a često i presudan dokaz pretrpljenog nasilja i njegovog karaktera i ozbiljnosti**. Na taj način, pored medicinske pomoći, lekari pružaju i dodatnu pomoć ženi koja doživljava porodično nasilje da u sudskom postupku „pobedi“ nasilnika na osnovu objektivno medicinski dokumentovanih telesnih posledica zlostavljanja.

Godinama je **edukacija lekara i zdravstvenog osoblja u vezi sa problemom nasilja u porodici** i medicinskog dokumentovanja njegovih posledica bila **nedovoljna**, kako u dodiplomskoj nastavi studenata medicine, tako i u toku obavljanja praktične medicinske delatnosti. Takvo stanje je dobrim delom bilo posledica nedostatka domaće medicinske literature o ovom problemu.

Nedovoljno poznavanje problema prouzrokovalo je višestruke negativne posledice. Prva se odnosi na **neprepoznavanje slučajeva porodičnog nasilja**, naročito u onim situacijama u kojima žena namerno prikriva od okoline (uključujući tu i lekare) da je zlostavljana u porodici. Druga se ogleda u **nepostojanju usaglašene prakse o načinu pregleda žena koje su doživele nasilje i dokumentovanja telesnih povreda**, tj. u odsustvu standardizovanih

medicinskih protokola. Dosadašnja praksa je, takođe, pokazala da lekari kliničari, koji medicinski zbrinjavaju žene povređene u porodičnom nasilju, nemaju ne samo dovoljno znanja već ni dovoljno vremena da sve dijagnostikovane telesne povrede registruju i adekvatno opišu u medicinskoj dokumentaciji. Čak ni lekarska uverenja, koja su izdavana na zahtev povređenog upravo kako bi se dobio medicinski dokaz za sud o zadobijenim povredama, najčešće nisu bila napisana na odgovarajući način.

Krajnji rezultat postojeće negativne prakse bili su **neadekvatni lekarski izveštaji o telesnom povređivanju žena koje su doživele nasilje**, koji su po pravilu bili nepotpuni, bez odgovarajućeg opisa povreda, bez fotografija i shema. Takva **nekompletna medicinska dokumentacija je neupotrebljiva kao dokazno sredstvo u sudskom postupku**. Stoga se dešavalo da krivično delo nasilja u porodici, koje je sigurno postojalo, ne može biti dokazano na sudu najvećim delom zbog neodgovarajućeg medicinskog dokumentovanja telesnih povreda od strane lekara. **Nebeleženjem, odnosno nedokumentovanjem povreda lekari grubo krše prava pacijenata** i time, iako nehotično, staju na stranu zlostavljača.

3.3.2. KARAKTERISTIKE TELESNIH POVREDA NASTALIH USLED PORODIČNOG NASILJA

U okviru porodičnog nasilja žene mogu zadobiti raznovrsne povrede, kako po vrsti i izgledu, tako i po težini. Najčešće se radi o **mehaničkim** povredama (ozlede i rane), relativno su česte i **asfiktičke** povrede (npr. stezanje vrata ili zapušenje nosa i usta), a u manjem broju slučajeva registruju se **fizičke** (opekotine i oparotine) i **nutritivne** povrede (nasilna glad i žeđ). Neretko se kod žena izloženih nasilju dijagnostikuje postojanje brojnih povreda, i to kombinacija različitih vrsta i tipova povreda.

MEHANIČKE POVREDE najčešće bivaju nanesene **tupinom mehaničkog oruđa**. Spoljašnje povrede nastale dejstvom tupine mehaničkog oruđa su **krvni podlivi, oguljotine, nagnječine i razderine kože i sluzokoža**. Ove povrede mogu biti prisutne na raznim delovima tela i u različitom broju, i uglavnom su višestruke, znatno ređe pojedinačne. Na Slici 1. prikazan je krvni podliv na spoljašnjoj strani leve butine, na Slici 2. oguljotine, krvni podlivi i nagnječine na licu, kao i razderina na levoj ušnoj školjki, a na slikama 3. i 4. razderine na koži poglavine.

Spoljašnje povrede kože po pravilu su praćene i dubokim krvnim podlivima potkožnog i mišićnog tkiva, koji su često i većeg intenziteta i ekstenziteta u odnosu na spolja vidljive povrede. Pored povreda kože, potkožnog i mišićnog tkiva, kod žena povređenih u porodičnom nasilju mogu se naći prelomi kostiju (npr. prelomi nosnih kostiju usled udarca pesnicom, frakture rebara) i traumatske lezije unutrašnjih organa (kontuzije mozga, traumatska intrakranijalna krvarenja, nagnječine i rascepi grudnih i trbušnih organa), sa odgovarajućim kliničkim manifestacijama (traumatski odnosno hemoragijski šok, koma i znaci kompresije mozga, nestabilni grudni koš i hemopneumotoraks, peritonitis itd.).

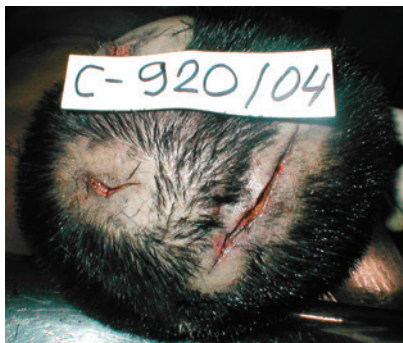
Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.



U smrtnim slučajevima porodičnog nasilja koji su obdukovani u Institutu za sudsku medicinu u Beogradu, po pravilu su, uz druge povrede, dijagnostikovani i višestruki krvni podlivi kože, praćeni opsežnim nagnječenjima potkožnog masnog i mišićnog tkiva, tako da je smrtni ishod nastupao zbog udruženog dejstva gubitka krvi u nagnječeno meko tkivo i masne embolije uzrokovane nagnječenjem potkožnog masnog tkiva. Ilustrativan primjer je slučaj iz 1999. godine, sa brojnim pojedinačnim i slivenim krvnim podlivima kože trupa i udova, koje su prikazane na slikama 5. i 6.

U okviru porodičnog nasilja ženama mogu biti nanesene i **ujedine** koje imaju oblik dva linearna lučna niza isprekidanih, često polukružnih krvnih podliva, ponekad kombinovanih sa oguljotinama. Ovi lukovi postavljeni su jedan naspram drugog i odgovaraju dentalnim (zubnim) lukovima (Slika 7). U zavisnosti od načina

Slika 5.



Slika 6.



zagrižaja i površine na koju zubi deluju, lukovi mogu biti nekompletni, a jedan od njih može i nedostajati. Ujed može ostaviti trag i u vidu kontinuiranog lučnog krvnog podliva, pri čemu se na istoj površini vide i pojedinačne oguljotine koje odgovaraju pojedinim zubima. Postoje dva tipa ujedina – za prvi tip karakteristično je isključivo dejstvo zuba – tzv. agresivne ujedine koje su znak agresije – besa, naročito kada dovode do prekida kontinuiteta kože; drugi tip ujedina, koji se češće viđa kod seksualnog zlostavljanja, nastaje istovremenim dejstvom zuba i usisavanja kože usnama i jezikom, što se manifestuje prisustvom krvnog podliva između dva luka otisaka zuba (Slika 8).

Slika 7.



Slika 8.



Na osnovu detaljnog opisivanja i preciznog merenja otisaka zubnih lukova može se izvršiti identifikacija osobe koja je nanela ujedine. U dijagnostici se preporučuje i uzimanje brisa sa površine ujedine, na kojoj mogu biti ostaci pljuvačke, tako da se njihovim ispitivanjem primenom DNK analize može pouzdano identifikovati osoba koja je nanela ujedinu. Kod jedne žene pregledane u Institutu za sudsku medicinu u Beogradu, konstatovane su brojne ujedine različite starosti, u raznim fazama saniranja (Slika 9), koje joj je naneo nevenčani suprug.

U nekim slučajevima kod žena povređenih u porodičnom nasilju nalaze se i rane nanese **oštricom i/ili šiljkom mehaničkog oruđa (sekotine i ubodine, najčešće nanese nožem ili žiletom)**, uglavnom u kombinaciji sa povredama nanesenim tupinom. Na Slici 10. prikazana je sekotina na desnoj šaci žene smrtno povređene od strane supruga.

Pored mehaničkih povreda, kod žena povređenih u porodičnom nasilju mogu se naći i znaci **ASFIKTIČKIH POVREDA**, najčešće **stezanja vrata i to šakama**, koje za sobom ostavlja tragove u vidu krvnih podliva i oguljotina kože vrata (Slika 11).

Slika 9.



Slika 10.



Slika 11.



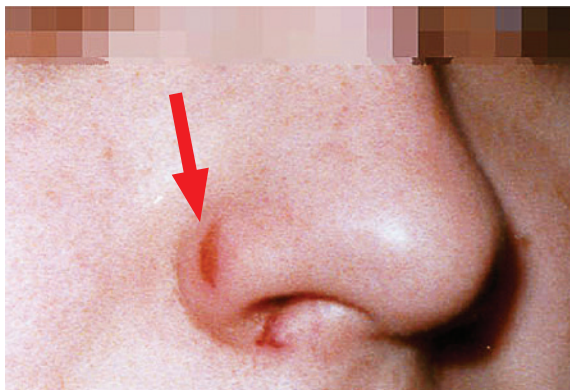
U okviru nasilja u porodici **TERMIČKE POVREDE**, odnosno opekotine, nisu tako česte kao mehaničke, ali se u nekim slučajevima dijagnostikuju i najčešće su nanese **vrhom zapaljene cigarete**, što ostavlja karakteristične kružne ili ovalne opekotine od I do III stepena, prečnika oko 5 do 10 mm. Dublje opekotine za sobom ostavljaju kružne ožiljke sa tipično mrko pigmentisanim prstenastim rubom.

3.3.3. KLINIČKA SUDSKA MEDICINA I NJEN ZNAČAJ ZA ADEKVATNO MEDICINSKO DOKUMENTOVANJE TELESNIH POSLEDICA PORODIČNOG NASILJA

KLINIČKA SUDSKA MEDICINA predstavlja oblast medicinskog delovanja koja se odnosi na **preglede živih povređenih osoba**, čiji cilj nije pružanje lekarske pomoći, već da se sve postojeće povrede dijagnostikuju i dokumentuju na način koji omogućava da **izveštaj o kliničkom sudskomedicinskom pregledu u sudskom postupku bude validan dokaz o broju, vrsti, težini, poreklu, načinu i vremenu nastanka povreda**. Drugim rečima, **svrha kliničkog sudskomedicinskog pregleda** nije lečenje povređenog već **prikupljanje medicinskih dokaza za sud o izvršenju nekog krivičnog dela**.

Dosadašnja praksa pokazala je da u svojim izveštajima lekari po pravilu registruju i manje-više dobro opišu samo one povrede koje zahtevaju medicinsko zbrinjavanje, npr. rane, prelome kostiju, povrede krvnih sudova i unutrašnjih organa. Ostale spoljašnje povrede, koje ne zahtevaju nikakvo zbrinjavanje i uglavnom su u krivičnopravnom smislu lake telesne povrede, najčešće uopšte ne bivaju registrovane u medicinskoj dokumentaciji ili se navedu zbirno bez ikakvog opisa (npr. „više oguljotina i krvnih podliva na rukama i trupu“), što u dokaznom smislu za sud praktično nema nikakvu vrednost. Činjenica je da u mnogim slučajevim upravo ove **lake spoljašnje povrede**, zbog svoje lokalizacije i izgleda, **moгу da budu veoma značajan dokaz nasilja i načina njegovog izvršenja**. Ilustrativan primer za ovu tvrdnju je povreda na desnom nosnom krilcu, prikazana na Slici 12. Radi se o uzdužno položenoj polumesečastoj oguljotini kože, promera oko 8 x 2 mm, ružičaste boje. Ova povreda je sa stanovišta lekara

Slika 12.



lečioca potpuno beznačajna jer ne zahteva nikakvo lečenje i po pravilu neće biti registrovana u medicinskoj dokumentaciji. Međutim, sa aspekta kliničke sudske medicine ova povreda je izuzetno značajna jer u potpunosti potvrđuje navode povređene osobe da je nasilnik pre nekoliko sati pokušao da joj zapuši nos i usta šakom i pri tom je noktom zagrebao po nosu. Štaviše, uzimanjem uzorka krvi ili brisa bukalne sluznice od povređene osobe i utvrđivanjem njenog DNK profila može biti pouzdano identifikovan napadač ukoliko se od osumnjičenog uzme i analizira podnokatni materijal koji sadrži delove oguljenog epiderma povređene žene.

Postojanje prethodno navedenih lakih telesnih povreda (oguljotina, krvnih podliva i nagnječina), koje su ubedljivi objektivni pokazatelj izvršenog nasilja, uvek treba prihvatiti kao **ozbiljno upozorenje da već u sledećem ataku nasilja ženi mogu biti nanesene teške, pa i po život opasne povrede**. Njihovo blagovremeno dijagnostikovanje i adekvatno opisivanje značajno je i stoga što **ove povrede posle kraćeg perioda potpuno iščezavaju bez ikakvog traga** tako da se **naknadnim lekarskim pregledom njihovo ranije postojanje ne može dokazati**. Čak i kada su u pitanju rane, koje zarastaju ostavljajući ožiljke kao trajni znak prethodnog povređivanja, odsustvo dobrog opisa njihovog primarnog izgleda onemogućava pouzdano utvrđivanje vrste rane, a time i dejstvenog principa mehaničkog oruđa, što je za sudsku procenu krivičnog dela nasilja veoma značajno.

Slika 13.



Slika 14.



Primer za to je ožiljak na pogravini (Slika 13), koji može imati vrlo sličan crtast izgled kada je na tom mestu postojala sekotina (rana nanescena oštricom mehaničkog oruđa, npr. nožem), ali i prskotina kao podvrsta razderine (rana nastala dejstvom tupine mehaničkog oruđa na koži koja je zategnuta preko kosti, npr. prskotina nanescena

udarцем tupim predmetom po glavi). Ukoliko prilikom prvog lekarskog pregleda nije opisano eventualno prisustvo očuvanih tkivnih mostića između naspramnih strana rane (Slika 14), što je ključno obeležje prskotine, a nikada se ne nalazi kod sekotina, naknadna diferencijalna dijagnoza između ovih dveju vrsta rana po njihovom zarastanju, a na osnovu izgleda ožiljka, neće biti moguća.

Iz svega navedenog proizilazi zaključak da medicinski dokument koji sadrži dobar opis svih konstatovanih povreda predstavlja **objektivan i trajan dokaz povređivanja**. Ukoliko prilikom pokretanja sudskog postupka žena podnese veći broj ovakvih medicinskih dokumenata iz različitih vremenskih perioda, to može biti veoma značajan i za donošenje sudske presude često ključni **dokaz ponavljano povređivanja, odnosno dugotrajnog porodičnog nasilja**.

Značajno je naglasiti da pojmove kliničke sudske medicine i kliničkog sudskomedicinskog pregleda ne bi trebalo povezivati isključivo sa lekarima specijalistima sudske medicine. Naprotiv, **svi lekari koji dolaze u kontakt sa ženama koje doživljavaju porodično nasilje, uključujući tu i lekare koji leče povređene** zbog posledica pretrpljenog nasilja, dakle hirurge, ginekologe i lekare drugih kurativnih specijalnosti, mogu adekvatno obaviti klinički sudskomedicinski pregled i napisati validan medicinski dokument o telesnim povredama ukoliko su za taj posao na odgovarajući način edukovani.

3.3.4. SUDSKOMEDICINSKA DIJAGNOSTIKA TELESNIH POVREDA

Pre obavljanja kliničkog sudskomedicinskog pregleda od pregledane osobe bi po pravilu trebalo tražiti **pristanak za vršenje pregleda**. Potrebno je da lekar pregledanoj osobi detaljno objasni o kakvoj vrsti pregleda se radi, tj. da joj kaže da nije u pitanju klasičan lekarski pregled namenjen lečenju, već da se radi o posebnoj vrsti pregleda čije će rezultate u određenim slučajevima lekar morati da saopšti nadležnim organima unutrašnjih poslova ili pravosuđa, jer se pregled upravo i vrši u cilju prikupljanja medicinskih dokaza o nasilju. Nakon datog objašnjenja potrebno je da osoba na odgovarajućem formularu svojeručno **potpiše pristanak za vršenje kliničkog sudskomedicinskog pregleda** (tzv. pristanak informisane osobe – engl. *informed consent*), pri čemu joj je potrebno reći da u svakom trenutku u toku pregleda ovaj pristanak može da povuče i da zahteva prekid daljeg vršenja pregleda. Ovo se, naravno, ne odnosi na slučajeve u kojima se klinički sudskomedicinski pregled radi po zahtevu suda i u situacijama kada prema Zakoniku o krivičnom postupku nije potreban pristanak osobe za vršenje njenog pregleda.

Neposredno pre pregleda potrebno je uzeti **ličnu anamnezu** od pregledane osobe o ranijim težim oboljenjima, povredama i operacijama, zatim o trenutnom opštem zdravstvenom stanju (uključujući i eventualno postojanje trudnoće), bolestima zavisnosti (alkoholizam, narkomanija), mentalnim oboljenjima i ostalim značajnim podacima u svakom konkretnom slučaju. Potom je potrebno uzeti **podatke o konkretnom događaju i načinu**

povređivanja, tako šte se navode reči pregledane osobe o tome kada je povređena, koliko povreda je zadobila, na koji način i po kojim delovima tela.

Osnovni zadaci kliničkog sudskomedicinskog pregleda su sledeći:

1. objektivno utvrđivanje i adekvatno dokumentovanje svih telesnih povreda;
2. obezbeđivanje tragova i drugih dokaza značajnih za dokazivanje nasilja;
3. utvrđivanje povrednog oruđa;
4. utvrđivanje načina nastanka povreda, odnosno mehanizma povređivanja;
5. procenjivanje vremena nastanka povreda; i
6. ocena težine povreda, odnosno kvalifikacija telesnih povreda.

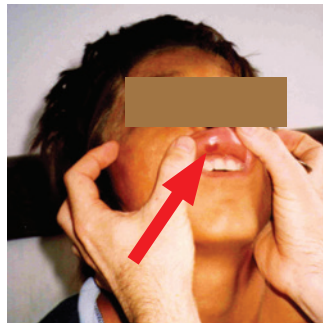
1. OBJEKTIVNO UTVRĐIVANJE I ADEKVATNO DOKUMENTOVANJE TELESNIH POVREDA ostvaruje se medicinskim pregledom žene koja je doživela nasilje.

Detaljan i sveobuhvatan telesni pregled podrazumeva kompletan pregled celog tela, pri čemu je potrebno pregledati sve delove tela koji su spolja vidljivi, kao i one delove tela koji se mogu učiniti vidljivim jednostavnim zahvatima u toku pregleda. Prema tome, za povredama bi trebalo aktivno tragati čak i onda kada nisu spolja lako uočljive. Tako, npr., povrede tkiva poglavine u vidu krvnih podliva i otoka mogu biti maskirane gustom kosom, te ih je potrebno tražiti inspekcijom i palpacijom uz proveru postojanja bolne osetljivosti. U izvesnom broju slučajeva unutrašnje povrede u usnoj duplji (unutrašnjih strana usana, desni, zuba i zidova usne duplje) nisu praćene spoljašnjim povredama na usnama, te se mogu prevideti ukoliko se prilikom pregleda ne izvrši detaljna inspekcija cele usne duplje i izvrtnje gornje i donje usne kako bi bili pregledani njihovi svodovi i frenulum.

Slika 15.



Slika 16.



Ilustrativni primer za navedeno je pregled osebe, prikazan na slikama 15. i 16. Na licu dečaka spolja se ne uočavaju nikakve povrede (Slika 15), dok se nakon izvrtnja gornje usne na njenoj unutrašnjoj strani jasno uočava krvni podliv sluzokože (Slika 16). Ovaj krvni podliv predstavlja još jedan dobar primer razlike između kurativne i kliničke sudske medicine u pristupu telesnim povredama. Naime, za lekara koji leči povređenog ovakav krvni podliv je potpuno beznačajan i po pravilu ostaje neregistrovan u medicinskom nalazu o pregledu. S druge strane, sa kliničkog sudskomedicinskog aspekta ovaj krvni podliv je veoma značajan pokazatelj nasilja, s obzirom na to da su lokalizacija i izgled ove povrede u potpunosti u skladu sa anamnestičkim podatkom da je pregledana osoba udarena pesnicom u predelu usta. Slično tome, obavezan je detaljan **pregled beonjača i vežnjača**, na kojima se mogu naći povrede uglavnom u vidu krvnih podliva.

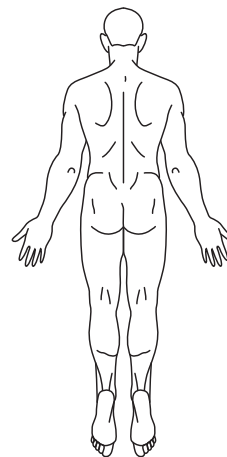
Telesnim pregledom osebe koja je doživela nasilje treba **utvrditi broj povreda**, izvršiti njihovo **opisivanje** i na osnovu utvrđenih karakteristika dijagnostikovati o kojoj **vrsti povreda** se radi (**klasifikacija povreda**). Utvrđivanje tačnog broja povreda značajno je sa krivičnopravnog aspekta jer podatak o velikoj brojnosti povreda može ukazivati na ozbiljnost namere nasilnika da ženu teško povredi.

Opis povreda mora da bude detaljan, i naveden po principima sudskomedicinskog opisivanja. Za svaku pojedinačnu povredu potrebno je navesti preciznu *lokalizaciju, položaj, oblik, veličinu i izgled* (npr. boju krvnog podliva). Tako bi, npr., krvni podliv sluzokože prikazan na Slici 16. mogao biti opisan na sledeći način: *na unutrašnjoj strani gornje usne, neposredno udesno od srednje uzdužne linije, približno kružno, u prečniku od oko 15 mm, sluzokoža je krvlju podlivena, tamnocrvene boje.*

Slika 17.



Slika 18.



Kada su u pitanju rane, pre njihove hirurške obrade i ušivanja potrebno je opisati *lokalizaciju, položaj, oblik otvora, izgled ivica i strana* (neravne i krvlju podlivene kod razderina nanesenih tupinom mehaničkog oruđa; ravne i krvlju nepodlivene kod sekotina i ubodina, nanesenih npr. nožem), *izgled uglova, dubinu, dno, sadržaj prostora* i eventualne povrede kože u okolini rane (npr. nagnječine u okolini razderine).

U idealnim uslovima trebalo bi **fotografisati** sve uočene povrede. Prilikom fotografisanja uz povredu je potrebno postaviti razmernik, kako bi veličina povrede bila objektivno prikazana (Slika 17). Značajno je, takođe, da se **na odgovarajućim shemama tela skiciraju povrede**. Shematskim prikazivanjem povreda može se donekle pojednostaviti procedura registrovanja povreda, pri čemu shema slikovito odražava raspored svih postojećih povreda, što može olakšati zaključivanje o načinu povređivanja, odnosno mehanizmu nastanka povreda. Na Slici 18. prikazana je jedna od mogućih shema tela sa tri ucrtane povrede koje su prikazane različitim bojama – crvenom bojom označena je rana na glavi, a plavom bojom dva krvna podliva, od kojih je jedan u levom plečnom predelu ovalnog oblika, a drugi u zadnjičnom predelu prugast. Na shemu se mogu upisati i skraćenice naziva pojedinih vrsta povreda (npr. KP za krvni podliv, OG za oguljotinu, VLC za razderinu – *vulnus lacerococtusum* i sl.), a uz njih se mogu navesti i dimenzije povreda.

Ako se **klinički pregled radi neposredno posle povređivanja**, moguće je da neke povrede (prvenstveno krvni podlivi) ne budu vidljive spolja na koži, jer je za dublje krvne podlive potrebno izvesno vreme (nekada i više časova) da postanu spolja vidljivi. U takvim situacijama **pregled žene koja je bila izložena fizičkom nasilju potrebno je ponoviti posle 24 sata**, što predstavlja vreme koje je dovoljno da se spoljašnji izgled krvnih podliva u potpunosti manifestuje.

Prilikom vršenja pregleda lekar mora uzeti u obzir **mogućnost postojanja unutrašnjih povreda koje nisu prućene vidljivim spoljašnjim povredama**. Tako se npr. može desiti da udarci u glavu i naročito udarci u predelu trbuha ne ostave za sobom nikakve spoljašnje povrede, a da istovremeno prouzrokuju teške intrakranijalne odnosno abdominalne povrede. Slično tome, stezanje vrata šakom preko debljeg sloja odeće može prouzrokovati duboke povrede vratnih struktura (npr. prelome štitaste hrskavice i podjezične kosti) i ozbiljno oštećenje zdravlja zbog asfiksije ili poremećaja cirkulacije u vratnim krvnim sudovima, a da pritom spoljašnje povrede kože budu neznatne ili čak potpuno odsutne.

U vezi sa navedenim, ukoliko se klinički sudskomedicinski pregled vrši pre drugih lekarskih pregleda, na osnovu karakteristika ustanovljenih spoljašnjih povreda potrebno je da lekar u određenim slučajevima zahteva **vršenje dodatnih dijagnostičkih procedura**, sem telesnog pregleda (npr. rendgensko snimanje, ultrazvučni pregled), kao i **pregled od strane lekara odgovarajućih kliničkih specijalnosti**. Ovo je neophodno radi konstatovanja svih povreda koje su kod žene nastale kao posledica nasilja, kao i radi pružanja ženi odgovarajuće medicinske pomoći

u skladu sa dijagnostikovanim povredama. Kod žene prikazane na Slici 19. uočava se difuzan otok i krvni podliv kapaka desnog oka, kao i krvni podliv i otok gornje polovine nosne piramide. Za kompletnu dijagnostiku povreda u ovom slučaju potrebno je obavezno angažovati oftalmologa i otorinolaringologa i izvršiti rendgensko snimanje kostiju lica, jer se s pravom može očekivati postojanje povreda dubljih struktura oka i preloma nosnih kostiju.

Slika 19.



2. OBEZBEĐIVANJE TRAGOVA I DRUGIH DOKAZA ZNAČAJNIH ZA DOKAZIVANJE NASILJA

Obezbeđivanje tragova u toku pregleda vrši se u skladu sa konkretnim slučajem. Uzorci za *traseološku i DNK analizu* mogu biti tragovi za koje se sumnja da su na ženi zaostali od napadača (npr. tragovi krvi, dlake, ostaci semene tečnosti, pljuvačke), koje je potrebno tražiti na telu žene i na njenoj odeći. Jedan od uzoraka koji se u novije vreme često uzima je podnokatni sadržaj koji se može sastojati od ostataka epiderma napadača u slučajevima kada je žena pokušala da se brani grebanjem nasilnika. U slučajevima seksualnog nasilja obavezno je uzimanje briseva iz predela spoljašnjih polnih organa, usmine, grlića materice, čmara i usne duplje. Utvrđivanjem DNK profila eventualno postojećih tragova zaostalih od napadača može se izvršiti njegova identifikacija upoređivanjem sa referentnim DNK profilom utvrđenim analizom odgovarajućeg biološkog uzorka uzetog od osumnjičenog. Slično tome, od žene je potrebno obavezno uzeti uzorak krvi ili bris bukalne sluznice za utvrđivanje njenog referentnog DNK profila.

U nekim slučajevima od žene koja je doživela nasilje potrebno je uzeti odgovarajuće **uzorke za toksikološku analizu** (krv, mokraća i dr.), ukoliko se sumnja da je bila pod dejstvom alkohola, droga ili drugih psihoaktivnih supstanci. Ove uzorke potrebno je uzeti onda kada se prema anamnestičkim podacima o vremenu povređivanja može očekivati da su toksične supstance ili njihovi metaboliti još prisutni u biološkom materijalu žene, tj. da nisu potpuno završeni njihovo metabolisanje i eliminacija.

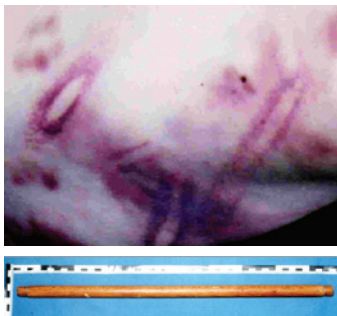
Pregled odeće može biti značajan deo pregleda, ukoliko se pregled vrši ubrzo posle akta nasilja i ukoliko žena na pregled dođe u odeći u kojoj je bila u vreme povređivanja. Na odeći je potrebno utvrditi i opisati sva postojeća oštećenja i eventualno prisutne tragove (krv, semena tečnost, dlake i dr.). Ukoliko se žena u periodu od povređivanja do pregleda presvukla, a odeću je sačuvala, ta odeća može i naknadno biti dostavljena radi vršenja pregleda i traseološkog veštačenja, što će obaviti za to nadležni stručnjaci.

3. UTVRĐIVANJE POVREDNOG ORUĐA

Na osnovu dobrog opisa karakteristika povreda potrebno je da lekar izvrši njihovu klasifikaciju prema dejstvenom principu kojim su nanesene (npr. mehaničke, asfiktičke, fizičke), a u okviru svake od navedenih kategorija vrši se bliže određivanje vrste dijagnostikovanih povreda (npr. mehaničke povrede se dele na ozlede i rane, a u okviru rana postoje razderine, ubodine, sekotine i ustreline). Utvrđena dijagnoza vrste povrede ukazuje i na sredstvo, odnosno oruđe kojim je ta povreda nanesena. U nekim slučajevima lekar može dati samo **uopšteno mišljenje o povrednom oruđu tj. njegovom dejstvenom principu**. Tako se npr. za krvni podliv koji nema neki karakterističan izgled (Slika 1) može samo reći da je nastao dejstvom tupine mehaničkog oruđa, bez preciznijeg određenja o tome koje je oruđe zaista bilo upotrebljeno, jer isti krvni podliv može nastati npr. udarcem pesnicom, kolenom, stopalom ili nekim zamahnutim predmetom. Slično tome, kod površne sekotine može se jedino reći da je nanesena oštricom mehaničkog oruđa, ali se samo na osnovu njenih karakteristika ne može tvrditi da li je oruđe bilo npr. nož, žilet ili neki drugu oštar predmet.

Međutim, u nekim slučajevima izgled povrede može da bude direktan odraz ili, ilustrativnije rečeno, **„otisak“ izgleda povrednog oruđa** (engl. *patterned injuries* – „šablon“ povrede). Dobar primer za takve povrede su prugasti krvni podlivi koji se upoređuju sa izgledom tramvajskih ili železničkih šina. Radi se o povredi koja se sastoji od dva međusobno paralelna prugasta krvna podliva između kojih se nalazi zona blede kože, a koji nastaju dejstvom duguljastih obličastih ili četvrtastih predmeta koji mogu biti čvrsti (štap, pendrek, noga stolice i sl.) ili savitljivi (kaiš, gajtan). Na Slici 20. prikazan je veći broj ovakvih krvnih podliva koji su postavljeni u različitim pravcima, kao i odgovarajuće povredno oruđe. Očigledno je da se dobrim opisivanjem može utvrditi ne samo izgled povrednog oruđa, već i broj udaraca kojima su ovi krvni podlivi naneseni (na slici se vidi najmanje 8 pojedinačnih prugastih krvnih podliva koji pouzdano ukazuju na to da je žena tokom akta nasilja zadobila najmanje 8 udaraca drvenom motkom u prikazanom telesnom predelu). Na slikama 21. i 22. prikazan je veći broj prugastih krvnih podliva na leđima i zadnjičnom predelu žene koja je smrtno stradala u porodičnom nasilju. Brojni krvni podlivi istog izgleda prethodno su već prikazani na slikama 5. i 6.

Slika 20.



Slika 21.



Slika 22.



Na Slici 23. prikazan je veći broj krvnih podliva na leđima, koji predstavljaju otisak šnale kaiša kojim je osoba pretučena. Na Slici 24. vidi se na levom obrazu crvenilo u vidu jasnog izraženog otiska prstiju šake, koji ukazuje na to da je povredno oruđe otvorena šaka, a način povređivanja šamar. Još jednom bi trebalo naglasiti da tačno utvrđivanje broja povreda, precizno opisivanje njihovog izgleda, uz fotografisanje, omogućava identifikaciju povrednog oruđa, a na taj način dobija se veoma značajan dokaz da su konstatovane povrede nastale kao posledica nasilja.

Slika 23.



Slika 24.



Utvrđivanje povrednog oruđa značajno je i u krivičnompravnom smislu za procenu težine krivičnog dela nasilja u porodici. Naime, Krivični zakonik Republike Srbije (u daljem tekstu: KZ RS) predviđa teže kažnjavanje nasilnika koji je koristio oružje, opasno oruđe ili drugo sredstvo podobno da telo teško povredi ili zdravlje teško naruši (stav 2. člana 194. KZ RS).

4. UTVRĐIVANJE NAČINA NASTANKA POVREDA

Načini nanošenja mehaničkih povreda veoma su raznovrsni i praćeni su nastankom različitih, prethodno navedenih spoljašnjih i unutrašnjih telesnih povreda. Najčešće je u pitanju **šamaranje i udaranje** pesnicama, drugim delovima tela (kolenom, stopalom – šutiranje), ili nekim predmetima, uglavnom onima koji su nasilniku na dohvata ruke u domaćinstvu (kaiš, metalne i drvene šipke, npr. oklagija, noga stolice). Pored udaraca, teške telesne povrede mogu biti nanosene i **udaranjem glave o neku čvrstu podlogu** (zid ili delovi nameštaja), **snažnim odguranjem žene na tlo**, kao i **pritiskom na telo žene** npr. kolonom ili stopalom na trbuh. **Čupanje kose** može dovesti do nastanka lokalizovanih zona alopecije, a **ujedanjem** nastaju karakteristične povrede ujedine (slike 7. i 8).

Na osnovu lokalizacije i izgleda povrede ponekad se može doneti pouzdan zaključak o načinu njihovog nastanka. **Utvrđivanje načina povređivanja veoma je značajno za dokazivanje nasilja u sudskom postupku, naročito u situacijama u kojima žena i nasilnik daju različite podatke o tome kako je neka povreda nastala.** U takvim situacijama se na osnovu dobrog nalaza kliničkog sudskomedicinskog pregleda medicinski veštak može izja-

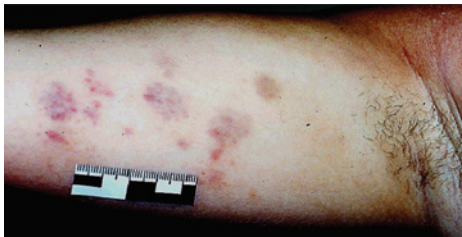
Slika 25.



sniti o načinu nastanka povreda, ponekad sa sigurnošću, a ponekad sa manjom ili većom verovatnošću. Tako je npr. u toku jednog kliničkog sudskomedicinskog pregleda žena izjavila da je krvni podliv i otok kapaka desnog oka (Slika 25) zadobila udarcem pesnice u predeo oka, a osumnjičeni nasilnik je tvrdio da je ta povreda nastala usled pada i udara o podlogu, a ne od njegovog udarca. Za prikazanu povredu u predelu desnog oka, na osnovu njene lokalizacije i izgleda, može se pouzdano tvrditi da je nastala usled udarca (npr. pesnicom), a ne kao posledica pada. Logično objašnjenje ovakve tvrdnje proizilazi iz činjenice da su krvnim podlivom zahvaćeni kapci kao strukture koje su uvučene iza ravni okolnih čvrstih i isturenih struktura lica (obrtni luk, nos i jagodični predeo). Da je mehanizam povređivanja bio pad, povrede bi bile lokalizovane upravo na navedenim isturenim delovima lica, a ne na kopcima. Kod krvnih podliva kapaka uvek je potrebno imati na umu činjenicu da oni mogu nastati ne samo kao rezultat direktnog udarca u predeo oka, već i kao indirektni krvni podlivi zbog slivanja krvi npr. kod preloma baze lobanje ili kostiju nosa, kao i usled udaraca u predeo čela.

U toku fizičkog zlostavljanja udovi predstavljaju pogodan predeo za **hvatanje i stezanje**, te se na njima često nalaze multipli krvni podlivi, najčešće obostrano u predelu nadlaktica, podlaktica ili ručnih zglobova. Ovi krvni podlivi, koji imaju oblik otisaka jagodica ili celih prstiju, svojim brojem, rasporedom i izgledom mogu nedvosmisleno ukazivati na stezanje šakama nasilnika. Na Slici 26. prikazani su krvni podlivi u vidu otisaka prstiju na

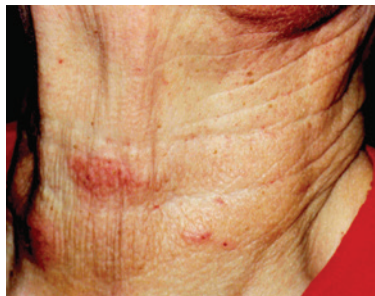
Slika 26.



unutrašnjoj strani nadlaktice, nastali usled stezanja prstima u toku akta nasilja. Povrede nastale usled **štipanja** obično su u vidu dva mala naspramna polukružna ili trouglasta krvna podliva između kojih se nalazi zona nepromenjene kože, što se upoređuje sa izgledom leptira raširenih krila.

Sledeći prikazani slučaj dobro ilustruje značaj detaljnog pregleda žene i preciznog opisa svih konstatovanih povreda i promena, za utvrđivanje načina povređivanja. U pitanju je starija žena koja je od strane člana svoje porodice stegnuta lančićem oko vrata. U anamnestičkim podacima ona je navela da se radilo o jakom stezanju vrata, koje je duže trajalo i kod nje dovelo do gubitka svesti i amnezije za deo događaja, dok je napadač tvrdio da je samo jednom kratko povukao lančić na vratu (vidi se na Slici 28). Usled stezanja lančićem nastala je povreda u vidu crvenkastog prugastog krvnog podliva na prednjoj strani vrata (Slika 27), koja je sa sigurnošću ukazivala na stezanje vrata kao način povređivanja, ali se samo na osnovu te povrede nije mogao doneti zaključak o tome koliko dugo je trajalo stezanje, a što je bilo veoma bitno za donošenje sudske odluke. Međutim, lekarskim pregledom je iznad mesta traga stezanja na koži vrata i lica, kao i na vežnjačama i sluznici usne duplje, konstatovano prisustvo brojnih tačkastih krvnih podliva (slike 28. i 29). Prema dosadašnjim saznanjima, ovakva tačkasta krvarenja (koja nastaju kao posledica venskog zastoja iznad mesta stezanja kojim je izvršen pritisak na velike vratne vene) počinju da se pojavljuju ukoliko je snažno stezanje vrata trajalo najmanje 15 do 30 sekundi, a u konkretnom slučaju velika brojnost petehija i ekhimoza ukazuje na to da je jako stezanje vrata trajalo i duže od navedenog minimalnog vremenskog perioda. U konkretnom slučaju dobar lekarski nalaz, opis i fotodokumentovanje traga stezanja i brojnih tačkastih krvarenja, omogućili su da se u sudskom postupku sa sigurnošću odbaci verzija događaja koju je dao napadač.

Slika 27.



Slika 28.



Slika 29.



Slika 30.



Slika 31.



Slika 32.



Slika 33.



Slika 34.



Slika 35.



Odbrambene povrede – Kod žena povređenih u porodičnom nasilju često se nalaze povrede koje nastaju kao posledica pokušaja žene da se odbrani od napadača. Ovo se obično čini na dva načina, od kojih jedan podrazumeva instinktivno isturanje ruku, tj. šaka i podlaktica ispred glave i tela u cilju zaštite od udaraca. Usled takvog načina odbrane nastaju povrede na spoljašnjim stranama nadlaktica i nadlanelim stranama šaka i podlaktica (tzv. defanzivne odbrambene povrede – slike 30. i od 32. do 35). Pored povreda kože i potkožnog tkiva, kod jakih udaraca čvrstim predmetima (npr. metalnom šipkom) mogu nastati i prelomi kostiju podlaktice, naročito laktice, koja je u odbrambenom položaju ruke izloženija dejstvu oruđa.

Drugi način odbrane ostavlja tragove uglavnom ukoliko se radi o napadu oštrim oruđem (npr. nožem), a sastoji se u tome da žena instinktivno šakom hvata oštricu noža, što prouzrokuje nastanak sekotina na dlanenoj strani šake i prstiju, a najtipičnije u pregibu između korena palca i kažiprsta (Slika 31. – tzv. ofanzivne odbrambene povrede). Prisustvo odbrambenih povreda ukazuje na to da je u toku akta nasilja žena bar izvesno vreme bila svesna. Štaviše, brojnost odbrambenih povreda može da ukaže na to koliko dugo se žena branila, odnosno koliko dugo je bila svesna u toku povređivanja. Na fotografijama su prikazana dva slučaja porodičnog nasilja sa smrtnim ishodom, u kojima su žene bile brutalno pretučene od strane svojih bračnih partnera. Upadljiva je razlika u broju odbrambenih povreda, koje su u prvom slučaju (slike 32. i 33) malobrojne, u vidu krvnih podliva samo na nadlanelim stranama šaka, dok su u drugom slučaju (slike 34. i 35) odbrambeni krvni podlivi izuzetno brojni, praktično sliveni na celoj površini spoljašnjih strana nadlaktica i nadlanelih strana šaka i podlaktica. Objašnjenje ove razlike može se naći u postojanju teških kraniocerebralnih povreda u prvom slučaju, koje su najverovatnije brzo prouzrokovale besvesno stanje povređene, sa sledstvenim prestankom pružanja otpora i daljeg nastanka odbrambenih povreda. S druge strane, izuzetno veliki broj odbrambenih povreda u drugom slučaju upućuje na zaključak da je žena znatno duže bila svesna u toku zadobijanja povreda, koje je, prema izjavi samog nasilnika, ukupno trajalo oko 15 sati. Ovaj podatak je izuzetno značajan u krivičnopravnom smislu, jer je dugotrajna očuvanost stanja svesti žene prilikom nanošenja povreda povezana sa njenim trpljenjem jakih telesnih bolova i psihičkih patnji, što je za sud veoma važan podatak prilikom donošenja presude, naročito kada se odlučuje o tome da li je krivično delo izvršeno na svirep način.

5. PROCENJIVANJE VREMENA NASTANKA POVREDA

Na osnovu izgleda povreda može se aproksimativno proceniti vreme njihovog nastanka, odnosno vreme kada se odigralo povređivanje. Najbolji primer za ovo je utvrđivanje starosti krvnog podliva na osnovu promene njegove boje od modroljubičaste preko smeđe, zelene i žute do potpunog iščezavanja. Na Slici 36. prikazan je krvni podliv kože dojkinog predela star 6 dana, na Slici 37. vidi se krvni podliv nastao dva dana pre pregleda, a na Slici 38. isti taj krvni podliv fotografisan sledećeg dana, odnosno 3 dana po povređiva-

nju, sa očiglednom promenom boje. Trebalo bi naglasiti da je procena starosti krvnog podliva (kao i svih drugih povreda) uvek aproksimativna jer je brzina promena boje varijabilna i uslovljena brojnim faktorima kao što su starost osobe, debljina sloja podlivena krvi, individualna svojstva povređenog i dr. Starost rana utvrđuje se na osnovu znakova zarastanja, a oguljotina na osnovu izgleda kruste i prisutne zapaljenske reakcije okolne kože.

Slika 36.



Slika 37.



Slika 38.



Prisustvo **povreda različite starosti** kod jedne osobe **ukazuje na ponavljano povređivanje**, odnosno na **dugotrajno nasilje** kojem je žena bila izložena. Na sledećim slikama prikazana su dva slučaja porodičnog nasilja sa smrtnim ishodom. Na Slici 39. na tkivu poglavine sa desne strane vidi se nekoliko razderina koje su nastale usled udaraca tupinom mehaničkog oruđa u toku akta smrtnog povređivanja, dakle radi se o skorašnjim povredama. Međutim, u njihovoj neposrednoj okolini vidi se potpuno formiran, crtast, beličastosedefast ožiljak koji je nastao na mestu rane nanesene najmanje nekoliko meseci pre smrtonosnog povređivanja, pri čemu lokalizacija ožiljka u spoljašnjoj trećini temenog predela sa desne strane ukazuje na to da je ta rana prouzrokovana udarcem, a ne padom.

Slika 39.



Slika 40.



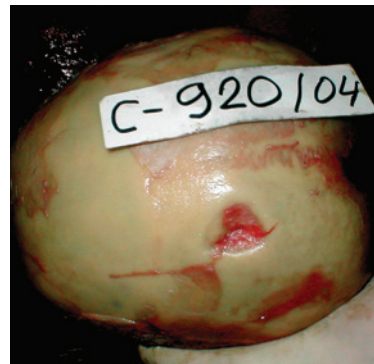
Slika 41.



Slika 42.



Slika 43.



Drugi slučaj prikazan je na sledeće četiri slike – na Slici 40. vide se brojni krvni podlivi, delom mrljasti i liveni, delom prugasti u vidu tramvajskih šina. Svi ovi podlivi su modroljubičasti, dakle sveži i nastali su usled udaraca nanesenih prilikom smrtonosnog povređivanja. Na Slici 41. prikazana je sekotina na mestu tipičnom za lokalizaciju odbrambene sekotine, za koju je na osnovu makroskopskog i mikroskopskog izgleda ustanovljeno da je stara nekoliko dana, dok je na Slici 42. prikazana takođe sekotina, ali je za nju procenjeno da je nastala pre nekoliko nedelja. Na Slici 43. prikazan je u središnjem delu leve temene kosti kalus (koštani ožiljak) na mestu ranije postojećeg utisnutog preloma kosti, čija lokalizacija i izgled sa sigurnošću ukazuju na to da je ova povreda nastala udarcem, i to najmanje nekoliko meseci pre vršenja obdukcije. Prema tome, na osnovu sagledavanja izgleda svih povreda konstatovanih kod ove žene sa sigurnošću se moglo zaključiti da se nanošenje povreda odigralo u najmanje četiri različita vremenska perioda, što je na sudu bio presudan dokaz ponavljano i dugotrajnog porodičnog nasilja.

6. OCENA TEŽINE POVREDA, ODNOSNO KVALIFIKACIJA TELESNIH POVREDA

Jedan od važnih zadataka lekara koji vrši klinički sudskomedicinski pregled je da proceni težinu povreda, odnosno da izvrši njihovu kvalifikaciju i to svake povrede pojedinačno, kao i njihovog skupnog dejstva. Kvalifikacija povreda vrši se u skladu sa odredbama Zakonika o krivičnom postupku RS i KZ RS, na osnovu kojih se sve povrede dele na lake i teške, a teške se stepenuju u dve kategorije – tzv. obične i kvalifikovane teške telesne povrede.

Utvrđivanje težine (kvalifikacija) povreda nastalih u sklopu porodičnog nasilja veoma je **značajno za procenjivanje krivičnog pravnog karaktera i težine krivičnog dela** za koje će nasilnik biti optužen, te za njegovo adekvatno sankcionisanje u sudskom postupku. Ukoliko su kao posledica nasilja u porodici nastupili teška telesna povreda

ili teško oštećenje zdravlja, izvršilac krivičnog dela može biti kažnjen zatvorom od dve do 10 godina (stav 3. člana 194. KZ RS), što je znatno više u poređenju sa kaznom od 3 meseca do 3 godine zatvora, kojom se sankcioniše osnovni oblik ovog krivičnog dela (stav 1. člana 194. KZ RS).

Najteže zakonske sankcije za izvršioca predviđene su kada usled porodičnog nasilja nastupi smrt zlostavljanog člana porodice (stav 4. člana 194. KZ RS). U ovim slučajevima predviđena je zatvorska kazna u trajanju od 3 do 15 godina (u prethodnoj verziji KZ RS kazna za ovaj kvalifikovani oblik krivičnog dela nije mogla biti niža od 10 godina zatvora).

Lekarski izveštaj o kliničkom sudskomedicinskom pregledu u slučajevima porodičnog nasilja trebalo bi da se sastoji od sledećih delova:

- **zaglavlje** – sa **generalijama** povređene osobe i **anamnestičkim podacima** o vremenu i načinu odigravanja konkretnog događaja u kojem je pregledana osoba doživela porodično nasilje;
- **nalaz** – koji sadrži detaljan **opis svih ustanovljenih povreda**;
- **mišljenje** o vrsti i težini povreda, vremenu i načinu njihovog nastanka, u odnosu na dobijene anamnestičke podatke o povređivanju (lekar daje mišljenje o tome da li je nalaz ustanovljen telesnim pregledom u skladu sa navedenim anamnestičkim podacima o vremenu i načinu nastanka povreda);
- **fotodokumentacija** – koja se daje u prilogu pismenog izveštaja, a potrebno je da sadrži prikaz svih dijagnostikovanih povreda.

U praksi je nedvosmisleno potvrđeno da je u sudskom postupku dokazivanje porodičnog nasilja znatno olakšano i ubrzano korišćenjem izveštaja o kliničkim sudskomedicinskim pregledima i prateće fotodokumentacije. Naime, na osnovu prethodno navedenih karakteristika povreda i načina povređivanja, utvrđenih kompletnim i adekvatno dokumentovanim kliničkim sudskomedicinskim pregledom, sud je u mogućnosti da rekonstruiše način odigravanja predmetnog događaja i donese odluku o tome da li je u konkretnom slučaju uopšte postojalo nasilje u porodici i kakva su krivičnopravna obeležja tog krivičnog dela.

U Institutu za sudsku medicinu „Milovan Milovanović“ Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu 2004. godine počela je sa radom ambulanta za kliničku sudsku medicinu, u kojoj se pregledi povređenih osoba mogu obaviti na njihov lični zahtev, ali i na zahtev policije i pravosudnih organa. Svakom kliničkom sudskomedicinskom pregledu koji se obavlja na lični zahtev prethodi usmeno informisanje osobe o tome kakva je svrha pregleda, na koji način se obavlja i da će sve konstatovane povrede biti fotografisane. Nakon toga osoba svojeručno potpisuje formular pristanka za vršenje pregleda, u kojem je navedeno da u svakom trenutku može da odustane od pregleda. Pregled osobe i dijagnostikovanje i dokumentovanje povreda vrši se u skladu sa prethodno navedenim sudskomedicinskim principima opisivanja povreda. Izveštaj (zapisnik) o kliničkom sudskomedicinskom

pregledu ima standardizovanu formu i sastoji se od zaglavlja u kojem se, pored ostalog, navode generalije pregledane osobe. U drugom delu navode se opšti podaci o slučaju, koji uključuju ličnu anamnezu o prethodnom zdravstvenom stanju. Treći deo posvećen je detaljnom opisu predmetnog događaja u kojem je osoba zadobila telesne povrede zbog kojih se vrši pregled. Četvrti deo čini opis povreda. U završnom delu lekar koji vrši pregled daje svoje mišljenje o broju, vrsti i težini konstatovanih povreda, kao i o tome da li je nalaz ustanovljen telesnim pregledom u skladu sa podacima koje je pregledana osoba dala o vremenu i načinu nastanka povreda. Lekarski izveštaj se daje lično na ruke pregledanoj osobi i ona odlučuje šta će sa njim da uradi. Neretko se dešava da žena koja je bila izložena porodičnom nasilju pri preuzimanju izveštaja kaže lekaru da trenutno nema nameru da ga iskoristi za pokretanje postupka protiv nasilnika, ali da želi da sačuva izveštaj kao dokaz o prethodnoj epizodi nasilja u slučaju da u kasnijem toku taj postupak bude pokrenut.

Praktični problem u vezi sa kliničkim sudskomedicinskim pregledima žena izloženih porodičnom nasilju odnosi se na plaćanje troškova. Naime, ovaj pregled nije pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem žene, tako da ona sama mora da snosi troškove ukoliko se pregled vrši na njen lični zahtev. Duskora je u toku jednoipogodišnjeg perioda Gradski sekretarijat za zdravlje grada Beograda plaćao troškove ovih pregleda kada su u pitanju bile žene povređene u porodičnom nasilju, ali je ta praksa iz nama nepoznatih razloga prekinuta.

3.3.5. PRIMENA POSEBNOG PROTOKOLA MINISTARSTVA ZDRAVLJA REPUBLIKE SRBIJE ZA ZAŠTITU I POSTUPANJE SA ŽENAMA KOJE SU IZLOŽENE NASILJU

Kako je prethodno navedeno, ozbiljan nedostatak u radu naše zdravstvene službe u odnosu na dokumentovanje telesnih posledica porodičnog nasilja predstavlja velika neujednačenost u pristupu pregledu žena koje su doživele nasilje i pisanju medicinskih nalaza, na koju se nailazi u različitim zdravstvenim ustanovama, pa čak i u okviru jedne zdravstvene ustanove između različitih lekara. Štaviše, lekarski nalazi o telesnom pregledu žena povređenih u porodičnom nasilju nisu samo neujednačeni, već su po pravilu nepotpuni, preciznije rečeno izrazito šturi i stoga sasvim neupotrebljivi kao dokazno sredstvo u sudskom postupku. Već je prethodno rečeno da na ovakvo stanje bitno utiče nedostatak adekvatne edukacije lekara u toku dodiplomskih studija i posle diplomskog usavršavanja o prepoznavanju i adekvatnom dokumentovanju porodičnog nasilja. Takvom stanju značajno je doprineo i nedostatak odgovarajuće literature na srpskom jeziku, kao i ranije nepostojanje jedinstvenog protokola za pregled žena povređenih u porodičnom nasilju. Jedan od značajnih koraka unapred u popravljajući ove negativne situacije načinjen je objavljivanjem priručnika za praksu u zdravstvenim ustanovama, sa naslovom „Nasilje nad ženama, moja profesionalna odgovornost“ 2007. godine. Međutim, verovatno najznačajniji doprinos budućoj efikasnoj zaštiti žena koje doživljavaju porodično nasilje predstavljalo je usvajanje Posebnog protokola Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju, u oktobru 2011. godine. Protokol je formiran nakon višegodišnjeg procesa edukacije zdravstvenih radnika, brojnih

konsultacija, predloga i korekcija. Sastavni deo ovog Protokola je obrazac za evidentiranje i dokumentovanje nasilja, koji je namenjen efikasnom i kompletnom dokumentovanju povreda nastalih kao posledica nasilja. U prvom delu obrasca navode se podaci o zdravstvenoj ustanovi u kojoj se vrši pregled, lekaru i generalijama pregledane osobe; slede informacije o aktu porodičnog nasilja (vreme i mesto odigravanja, ko je nasilnik, vrsta nasilja, opis toka događaja, da li je policija intervenisala), podaci o trenutnom i prethodnom zdravstvenom stanju pregledane osobe, kao i o istoriji zlostavljanja; nalaz telesnog pregleda upisuje se u vidu opisa povreda, a data je i shema tela u koju je potrebno ucrtati povrede; sledeći značajan deo obrasca je procena rizika za ženu, koja se daje na osnovu dobijenih podataka o sadašnjem aktu i prethodnim epizodama nasilja; na kraju obrasca navodi se šta je preporučeno pregledanoj osobi u daljem postupku (obraćanje lekarima odgovarajućih specijalnosti, policiji, centru za socijalni rad i nevladinim organizacijama, i dobijanje pravne pomoći); u zaključnoj oceni obrasca potrebno je da se lekar izjasni o tome da li je nalaz ustanovljen telesnim pregledom u skladu sa podacima o vremenu i načinu povređivanja, dobijenim od pregledane osobe.

Obrazac je dizajniran tako da se većim delom zaokružuju ponuđene opcije, uz mogućnost dopunjavanja podataka koji nisu predviđeni obrascem. Ovakav način popunjavanja obrasca značajno doprinosi brzini dokumentovanja podataka o konkretnom aktu porodičnog nasilja i dijagnostikovanim povredama. Pored papirnog formulara, načinjena je i elektronska verzija obrasca, koja omogućava njegovo kompjutersko popunjavanje, čime se taj postupak dodatno olakšava i ubrzava. U toku edukacija i treninga sa zdravstvenim radnicima, uz primenu konkretnih primera porodičnog nasilja iz arhive ambulante za kliničku sudsku medicinu Instituta za sudsku medicinu u Beogradu, pokazalo se da lekari u praksi mogu samostalno i za kratko vreme vrlo uspešno popuniti obrazac, iako su na početku po pravilu zazirali od naizgled glomaznog formulara.

Mišljenja smo da bi poštovanje usvojenog protokola i obavezno popunjavanje obrazaca za evidentiranje i dokumentovanje nasilja bilo od višestruke koristi. Na prvom mestu bilo bi obezbeđeno kompletno prikupljanje svih potrebnih anamnestičkih podataka od žene, zatim adekvatno dijagnostikovanje, opisivanje i shemiranje svih ustanovljenih povreda. Na taj način bila bi izbegnuta mogućnost izostavljanja nekih značajnih medicinskih činjenica. Na kraju, prikupljanjem i analiziranjem obrazaca sa cele teritorije naše zemlje bilo bi omogućeno kompletno sagledavanje podataka o učestalosti i drugim bitnim karakteristikama nasilja u porodici u našoj populaciji uopšte, kao i u različitim lokalnim sredinama, dakle prikupljanje onih epidemioloških podataka kojima naša zdravstvena služba trenutno ne raspolaže.

Uz uvođenje protokola, moglo bi se preporučiti i otvaranje ambulanti za kliničku sudsku medicinu, što bi omogućilo da žene koje su bile izložene nasilju sve potrebne preglede obave na jednom mestu, bez nepotrebnog višestrukog ponavljanja anamnestičkih podataka o aktu zlostavljanja i povređivanja, čime se značajno može smanjiti sekundarna viktimizacija žena koje doživljavaju porodično nasilje.

Primena obrazaca osmišljena je na taj način da se formulari jedinstvenog obrasca nalaze u svakoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj lekari mogu da dođu u kontakt sa ženama povređenim u porodičnom nasilju, tako da bi svi lekari bili obavezni da vrše pregled u skladu sa ovim protokolom i da predviđeni obrazac kompletno popune. Nažalost, iako je Ministarstvo zdravlja Republike Srbije prihvatilo i usvojilo Protokol i u njemu sadržani obrazac za evidentiranje i dokumentovanje nasilja, primena ovog dokumenta još nije uvedena kao obavezujuća za zdravstvene radnike, zbog čega bi u narednom periodu trebalo uložiti sve napore u cilju uvođenja obavezne i zakonom regulisane primene ovog dokumenta u okviru zdravstvene službe na celoj teritoriji Republike Srbije.

3.4. PROCENA BEZBEDNOSTI / ŽIVOTNE UGROŽENOSTI ŽENE KOJA PREŽIVLJAVA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Procena i briga za bezbednost žene koja je preživela rodno zasnovano nasilje mora zauzimati centralno mesto svih intervencija u zdravstvenom sektoru. Jedanput kada se ispolji, nasilje nad ženama gotovo uvek ima tendenciju da se ponovi i to sve učestalije i u ozbiljnijem obliku. Većina ubistava, pokušaja ubistva i ozbiljnih činova nasilja dešava se kada žena koja preživljava nasilje želi ili se sprema da napusti nasilnika. Ironija leži u činjenici da je izgleda za ženu bezbednije da nastavi život u nasilnoj situaciji.

Zdravstveni radnici/ce igraju važnu ulogu u proceni potencijalnih rizika od daljeg nasilja. Njihov zadatak je da podrže ženu u planiranju bezbednosti, kao i da joj ponude da zatraži pomoć u skloništu („sigurnoj kući“), ili na nekom drugom mestu u sistemu ili van njega.

ŽENA KOJA PREŽIVLJAVA NASILJE BRIGA JE
ZDRAVSTVENIH RADNIKA/CA I KADA SE ZAVRŠI
INTERVENCIJA, I KADA NAPUSTI ORDINACIJU I/ILI
ZDRAVSTVENU USTANOVU

Važno je da se zdravstveni radnici/ce upoznaju sa faktorima rizika koji dovode do ponavljanja i eskalacije nasilja.

Faktori rizika koji dovode do stepena opasne ugroženosti su:⁶⁴

- raniji činioci nasilja nad ženom, decom, ostalim članovima porodice i/ili bivšim partnerkama nasilnika koji su često počinili ozbiljne činove nasilja i imaju prijave i/ili presude za ta dela (upotreba oružja, davljenje i sl.);
- raniji činioci nasilja počinjeni van porodice (prema pružaocima usluga, zaposlenima u institucijama i sl.);
- separacija ili razvod;
- posedovanje i/ili upotreba oružja (legalnog ili nelegalnog);
- zloupotreba alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci;
- pretnje koje upućuje nasilnik, i koje je uvek potrebno shvatiti ozbiljno – pogrešno je pretpostaviti da osoba koja samo pretila nije spremna da te pretnje i ostvari; u stvari se te pretnje uvek i ostvare, i žene kojima je nasilnik pretio ubistvom u jednom momentu najčešće i budu ubijene;
- izražena ljubomora ili posesivnost nasilnika, koje takođe mogu dovesti do ubistva ili opasnih povreda;
- izraženi patrijarhalni obrasci i stavovi („žena mora da sluša svog muža/partnera“); i
- nepoštovanje ograničenja postavljenih od suda ili policije.

„Okidači“ za nasilnika, koji mogu dovesti do neočekivane eskalacije nasilja, takođe su i promene koje se dešavaju u vezi kao što je, na primer, zapošljavanje žene bez odobrenja muža/partnera, traženje pomoći od institucija, podnošenje zahteva za razvod braka i sl.

Deca su takođe ugrožena u slučaju odvajanja i/ili razvoda. Bes nasilnika se sa žene/partnerke preusmerava na decu na kojoj se sveti, a to može dovesti i do njihovog ubistva.

Procena bezbednosti žene i dece koji su izloženi nasilju omogućava sudovima da odluče koje je mere potrebno preduzeti. Takođe bi i zdravstvenim radnicima/cama i ostalim pomagačkim službama trebalo da posluži u pomoći ženi da razume opasnost i pronađe načine da poveća sopstvenu bezbednost i bezbednost dece.

Procena bezbednosti žene koja preživljava nasilje, sastavni je deo obrasca za beleženje i dokumentovanje nasilja u okviru Posebnog protokola Ministarstva zdravlja Republike Srbije za postupanje i brigu o ženama koje su izložene nasilju. Od izuzetne je važnosti da svaki zdravstveni radnik/ca proceni bezbednost pacijentkinje koja govori o nasilju, ili za koju sumnja da preživljava nasilje.⁶⁵

⁶⁴ E.W. Gondolf, *Batterer Intervention Systems. Issues, Outcomes and Recommendations*, Thousand Oaks, London, New Dehli, 2001; C.T. Humphreys at al., *Prevention not prediction? A preliminary evaluation of the Metropolitan Police Domestic Violence Risk Assessment Model, final Report*, University of Warwick, Centre For The Study of Safety and Wellbeing; London Metropolitan University, *Child and Women Abuse Studies Unit*, London, 2005; *Women against Violence Europe*, 2006, Bridging Gaps – From Good Intentions to Good Cooperation, Manual for effective inter-agency cooperation in tackling domestic violence, WAVE, 2006.

⁶⁵ Posebni protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za postupanje i brigu o ženama koje su izložene nasilju.

Tabela 9. Pitanja za procenu bezbednosti / životne ugroženosti žene

A*	DA	NE	B**	DA	NE
Da li je postojala pretnja ili upotreba oružja?			Da li postoji istorija zlostavljanja u braku/vezi?		
Da li su se vremenom povećale učestalost i ozbiljnost nasilja?			Da li nasilnik trenutno živi u zajedničkom domaćinstvu?		
Da li pacijentkinja procenjuje da joj je povratkom kući bezbednost ugrožena?			Da li je u prethodnom periodu intervenisala policija?		
Da li je pacijentkinja pokušala samoubistvo ili pamišljala na samoubistvo?			Da li je još neko iz okoline upoznat sa zlostavljanjem?		
Da li su deca bila izložena pretnjama ili nasilju?			Da li je zlostavljanje počelo ili se povećalo za vreme trudnoće?		
			Da li pacijentkinja traži medicinsku pomoć?		

Rizik:

A*) Ako je pacijentkinja pozitivno odgovorila na bilo koje pitanje iz grupe A, potrebno je da zdravstveni radnik iskaže brigu za situaciju u kojoj se žena nalazi i pomogne joj da pronađe rešenje. Trebalo bi je podstaći da ostvari kontakt sa osobama i/ili ustanovama/organizacijama koje bi joj mogle pružiti zaštitu i obezbediti sigurnost.

B)** Ako je pacijentkinja pozitivno odgovorila na jedno ili više pitanja iz grupe B, potrebno je da joj zdravstveni radnik/ca pomogne da sagleda sve mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju. Trebalo bi joj pružiti informacije i dati brojeve telefona ustanova i organizacija koje se bave i/ili su odgovorne za brigu o rodno zasnovanom nasilju.

Postoji veliki broj obrazaca za procenu opasnosti od ubistva žene od strane sadašnjeg ili bivšeg muža/partnera. Instrument koji se najčešće koristi je procena bezbednosti.⁶⁶ Sastoji se od dva dela: kalendara u kojem žena beleži učestalost i jačinu nasilja (skala od 1 do 5) u toku mesec dana i liste od dvadeset pitanja na koje je potrebno odgovoriti sa „da“ ili „ne“. Pitanja se odnose na značajne faktore rizika kao što su odvajanje od nasilnika, upotreba oružja, zlostavljanje u toku trudnoće, ali i na faktore nižeg rizika kao što su činjenice da nikada nisu živeli zajedno, da žena nikada nije bila trudna sa nasilnikom, i sl.

Procena bezbednosti žene i dece nalazi se u dodacima ovog priručnika.

3.4.1. RAZVOJ BEZBEDNOSNOG PLANA

Razvoj bezbednosnog plana deo je ukupnog procesa čiji je cilj da se prevenira nasilje utičući na faktore rizika s jedne, i faktore zaštite sa druge strane.

Razvijanjem bezbednosnog plana ženi se pruža pomoć izlaska iz situacije nasilja na siguran način u slučaju da nasilje eskalira. Potrebno je da zdravstveni radnik/ca proveri da li žena ima prihvatljiva sigurna mesta na koja bi mogla da se skloni – npr. kod roditelja, rođaka, prijatelja. Takođe, žena može da bude upućena i u sklonište („sigurnu kuću“) ili neku žensku NVO koja se bavi ovim problemom i može da joj pomogne.

Pored upućivanja u ustanove i institucije sistema i ženske NVO, potrebno je da zdravstveni radnik/ce porazgovara sa ženom i o praktičnom aspektu njenog napuštanja kuće. To znači da bi trebalo da ženi predoči da pored izabranog mesta na koje će otići, napravi plan i pripremu za odlazak. Ovo obuhvata pripremu torbe sa neophodnim stvarima kao što su odeća (za sebe i decu), novac, važni dokumenti i rezervni ključevi stana. Torbu bi trebalo skloniti na sigurno mesto u kući ili je ostaviti kod poverljive osobe (npr. sestra, komšinic, prijateljica). Takođe, trebalo bi ženi predložiti da dogovori lozinku sa poverljivom osobom, kako bi dok je nasilje u toku mogla da telefonira, izgovori je, i time signalizira da neko drugi za nju pozove policiju. Ipak, ako ne postoji druga mogućnost da pobegne iz kuće pred nasiljem muža/partnera, trebalo bi joj reći da ispuni ono što nasilnik od nje zahteva, ako je to jedini način da se spase.



4

MULTISEKTORSKA SARADNJA

4.1. DEFINISANJE MEĐUSEKTORSKE SARADNJE ZA ZAŠTITU ŽENE KOJA JE PREŽIVELA RODNO ZASNOVANO NASILJE

Rodno zasnovano nasilje je ozbiljan društveni i lični problem, koji žene ne mogu same da reše, već zahteva reakciju i intervenciju različitih institucija i stručnjaka. Nijedan sistem, a ni pojedinačna institucija koja ga predstavlja, ne mogu sami da reše probleme nasilja nad ženama i njegove posledice, niti da zadovolje sve potrebe žene koja preživljava nasilje. Potrebno je znati da zlostavljana žena nije u stanju da situaciju sagleda realno i probleme reši sama, već joj je potrebna profesionalna pomoć. Razumevanje dinamike nasilja može pomoći da stručnjaci razumeju ženu, podrže je i pruže joj odgovarajuću pomoć. Ono što ne bi trebalo zaboraviti jeste da samo uspešna intervencija može prekinuti ciklus nasilja, a da je osnovno pravo žene – život bez nasilja.

Međusektorska/međuinstitucionalna saradnja definiše se kao sveobuhvatan institucionalni okvir, koji povezuje različite ustanove/institucije koje imaju jasno definisane nadležnosti, odgovornosti i moć u sistemu u cilju ostvarivanja saradnje na zaštiti i prevenciji nasilja i kažnjavanju nasilnika za počinjeno nasilje.

Institucije koje su profesionalno zadužene da se bave pitanjima suzbijanja i prevencije nasilja, kao i krivičnog gonjenja i kažnjavanja nasilnika, su: centri za socijalni rad, policija, zdravstvo, pravosuđe i nevladine organizacije. Njihova prvenstvena uloga je da obezbede i ostvare uspešnost intervencija koje profesionalno pružaju.

Saradnja ovih institucija veoma je važan preduslov za nivo uspešnosti zaštite žena od nasilja. Za efikasnost saradnje institucija i njihovo delovanje u okviru sistema neophodno je postojanje institucionalizovanih meha-

nizama njihove saradnje. Takođe, potrebno je da svaki sistem koji je odgovoran za bavljenje ovim problemom, poznaje zaduženja i mogućnosti drugih institucija koje pružaju usluge u zaštiti žena koje su izložene nasilju. Zaštita od nasilja definisana je kao proces kroz koji žena koja preživljava nasilje treba da prođe u susretu sa pojedinačnim profesionalcima/kama i/ili institucijama, i zavisi od načina na koji ti profesionalci/ke i institucije međusobno saraduju u cilju pružanja sveobuhvatne, efikasne pomoći. U tom cilju partnerstvo među akterima zaduženim za pomoć ženama čine različite državne, medicinske i lokalne ustanove, uključujući i ženske nevladine organizacije.

Multisektorska saradnja podrazumeva sveukupni institucionalni okvir koji povezuje pojedine delove sistema koji imaju jasno utvrđene i razdvojene mandate, odgovornosti i mogućnosti saradnje sa zajedničkim ciljem da se osigura zaštita i podrška ženama koje preživljavaju nasilje, doprinese njihovom punom oporavku, kao i da se obezbede prevencija rodno uslovljenog nasilja i kažnjavanje nasilnika.

Za dobro funkcionisanje međusektorskog pristupa u zaštiti žena koje su preživele nasilje neophodno je da:

- svi učesnici imaju jasnu predstavu o zajedničkom cilju i procesu zaštite žena;
- dobro poznaju uloge svog i osnovne uloge drugih sektora, kao i svoje profesionalne obaveze u odnosu na te uloge (pravila, ograničenja i načine delovanja); i
- dobro poznaju načine i instrumente razmene informacija i konsultacija praćene pisanim dokumentima i povratnim informacijama.

Multisektorska saradnja zasnovana je na efikasnoj komunikaciji i jasno postavljenim načelima i procedurama delovanja, koje su jednostavne i koje se dopunjavaju. Njihovo delovanje mora biti zasnovano na zakonskim odredbama i standardima koji tačno definišu uloge i odgovornosti svih relevantnih institucija.

Mehanizmi multisektorske saradnje deluju na različitim nivoima – nacionalnom i lokalnim. Lokalna saradnja u pružanju zaštite ženama koje preživljavaju rodno zasnovano nasilje, zasniva se na nacionalnim zakonima i nacionalnoj politici iz ove oblasti.

MULTISEKTORSKA SARADNJA POMAŽE I
PACIJENTKINJAMA KOJE SU PREŽIVELE
NASILJE I ZDRAVSTVENIM RADNICIMA

Multisektorska saradnja obezbeđuje ženama sveobuhvatnu osnovnu i specijalističku zaštitu, usmerenu na zadovoljenje potreba žena. Zdravstvenim radnicima, multisektorska saradnja obezbeđuje mogućnost da se oslo- ne na druge izvore pomoći, da se ohrabre da postavljaju pitanja o nasilju, i da pruže efikasnu zaštitu onda kada identifikuju nasilje.

Cilj multisektorske saradnje je pružanje brze i efikasne zaštite ženama odmah posle nasilnog događaja, nešto kasnije posle nasilnog događaja, tokom krivičnog/prekršajnog postupka, po okončanju ovih postupaka ili neza- visno od njih. Na taj način se obezbeđuje suzbijanje nasilja, i to preventivno slanjem jasne poruke da je nasilje neprihvatljivo ponašanje, ali i represivno kažnjavanjem i isticanjem da je za nasilje isključivo odgovoran nasilnik.

Efikasna multisektorska saradnja zdravstvenim radnicima omogućava:

- prepoznavanje nasilja i pomoć da ohrabre ženu da govori o nasilju, kao i da pruže neodložnu (*first-line*) podršku;
- procenu lične situacije i potreba pacijentkinje; i
- izbor najboljeg rešenja za upućivanje na službe koje mogu zaštititi ženu.

PRINCIPI PRUŽANJA MULTISEKTORSKE ZAŠTITE ŽENAMA KOJE PREŽIVLJAVAJU RODNO ZASNOVANO NASILJE

Multisektorska saradnja trebalo bi da na opšti (krovni) i poseban način (svaka institucija prema svojoj nad- ležnost) sačini, uredi i da smernice za postupanje, dobru praksu i saradnju državnih organa, organizacija i profesionalaca/ki u slučajevima rodno zasnovanog nasilja. Ta saradnja trebalo bi da obezbedi:⁶⁷

- unapređenje zaštite žena koje preživljavaju ili su pod rizikom nasilja, smanjenje broja neotkrivenih sluča- jeva i povećanje broja procesuiranih nasilnika;
- poboljšanje položaja žena izloženih nasilju u njihovom najboljem interesu;
- pružanje brze, blagovremene i efikasne zaštite ženama koje preživljavaju nasilje u toku trajanja, nepo- sredno posle, u krivičnom/prekršajnom postupku i posle njihovog okončanja;
- obezbeđenje primene sveobuhvatnog pristupa procesu zaštite i podrške prema njihovim potrebama kroz protokole o postupanju koji regulišu postupanja svakog učesnika u pružanju pomoći;
- podizanje svesti o rodno zasnovanom nasilju među profesionalcima/kama u sistemu zaštite, akademske i opšte javnosti; i
- smanjenje društveno negativnih posledica rodno zasnovanog nasilja.

⁶⁷ Opšti protokol o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija u situacijama nasilja u porodici i u partnerskim odnosima Vlade Republike Srbije, Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike, Beograd, 2013.

Radi uspostavljanja efikasnog sistema zaštite neophodno je da se uspostavi kontinuirana multisektorska saradnja između institucija koje su nosioci sistema zaštite. To, pre svega, podrazumeva saradnju ustanova kao što su centri za socijalni rad, policije, tužilaštva, istražnih sudova, zdravstvenih i obrazovnih ustanova. U sistem zaštite potrebno je uključiti i organizacije civilnog društva, posebno ženske, čije su aktivnosti povezane sa uslugama ženama i deci koji preživljavaju rodno uslovljeno nasilje. Bezbednost i zaštita prava kao i neposredno zaustavljanje nasilja spadaju u delokrug rada kojim se bave policija i tužilaštvo, dok druge službe pored obezbeđenja podrške i profesionalne pomoći imaju veoma važan zadatak na suzbijanju, prevenciji i podršci usmerenoj na smanjenje društvenih i zdravstvenih posledica života u situaciji nasilja.⁶⁸

Multisektorski pristup rešavanju problema rodno zasnovanog nasilja preporučuje veliki broj međunarodnih dokumenata. Saradnja između ustanova, organa i organizacija jedan je od bitnih preduslova za organizovanje zaštite žena koje su preživele rodno nasilje. Uključivanje različitih službi u proces zaštite od nasilja zasniva se na sledećem:⁶⁹

- učesnici koji su nosioci sistema zaštite imaju različite nadležnosti i odgovornosti tako da probleme povezane sa nasiljem mogu rešavati efikasnije kroz multisektorsku saradnju; i
- učesnici sistema zaštite dužni su da postave prava žene koja je preživela nasilje u središte svih mera koje se primenjuju.

4.2. PROCES MULTISEKTORSKE ZAŠTITE ŽENE KOJA JE PREŽIVELA NASILJE

Potrebno je da zdravstveni radnici/ce budu upoznati sa mogućnostima multisektorske zaštite, kako bi mogli da uspostave saradnju sa institucijama, kao i da znaju šta od njih mogu da očekuju u okviru zaštite žene koja je preživela nasilje i obratila se zdravstvenoj instituciji za pomoć.

U Republici Srbiji su od 2010. do 2014. godine usvojena četiri protokola o postupanju sa ženama koje su preživele rodno nasilje i postupanju u obrazovno-vaspitnim ustanovama u slučajevima nasilja nad devojkicama i porodičnog nasilja, a koje su donele ustanove nadležne za zaštitu od rodnog nasilja i usvojila resorna ministarstva. To su sledeći dokumenti:

1. Opšti protokol o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija u situacijama nasilja nad ženama u porodici i u partnerskim odnosima Vlade Republike Srbije;

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ *Nasilje nad ženama i posledice po zdravlje*, Centar za promociju zdravlja žena, Beograd, 2005.

2. Posebni protokol Ministarstva rada, zapošljavanja i socijalne politike Vlade Republike Srbije o postupanju centara za socijalni rad – organa starateljstva u slučajevima nasilja u porodici i ženama u partnerskim odnosima;

3. Posebni protokol Ministarstva unutrašnjih poslova Vlade Republike Srbije o postupanju policijskih službenika u slučajevima nasilja nad ženama i u partnerskim odnosima;

4. Posebni protokol Ministarstva zdravlja Vlade Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju;

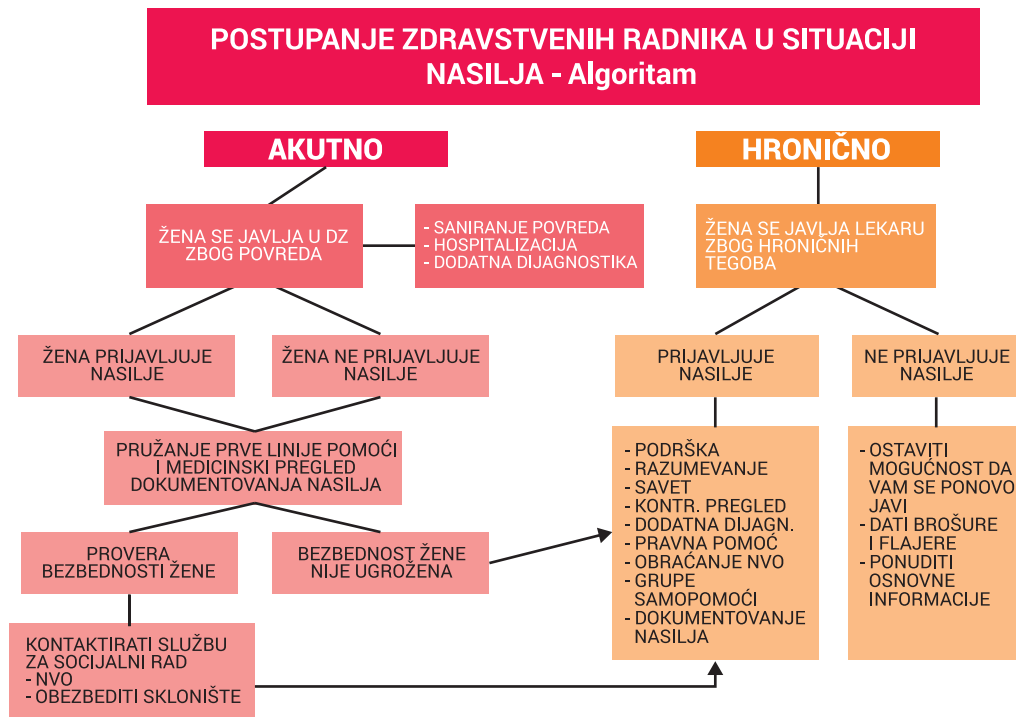
5. Prikaz postupanja obrazovno-vaspitnih ustanova u slučajevima nasilja nad devojčicama i porodičnog nasilja;

6. Posebni protokol za pravosuđe u slučajevima nasilja nad ženama u porodici i partnerskim odnosima.

4.1.1. MULTISEKTORSKA SARADNJA U ZAŠTITI I POSTUPANJU SA ŽENAMA I DEVOJČICAMA KOJE SU PREŽIVELE RODNO ZASNOVANO NASILJE PREMA POSTOJEĆIM PROTOKOLIMA

Proces zaštite žene koja preživljava nasilje, prema Opštem protokolu o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija u situacijama nasilja u porodici i u partnerskim odnosima Ministarstva za rad, zapošljavanje i socijalnu politiku, podrazumeva sledeće aktivnosti:

- prepoznavanje i prijavljivanje nasilja nad ženama;
- dokumentovanje nasilja;
- informisanje o drugim učesnicima u postupku;
- podizanje svesti i osnaživanje žene koja je preživela nasilje;
- postupanje u slučaju neposredne opasnosti;
- procena bezbednosnih rizika;
- prijava policiji i javnom tužilaštvu;
- podnošenje tužbe za izricanje mera zaštite žena od nasilja; i
- pružanje pomoći ženi koja je preživela nasilje i praćenje.



Postupci u okviru zdravstvenog sektora koji su definisani Posebnim protokolom Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju, operacionalizovani su u ovom Priručniku. Međutim, potrebno je istaći da je za uspešnu i efikasnu intervenciju neophodno mobilisati strukture na svim nivoima, kako bi se zdravstvenim radnicima/cama omogućilo da steknu znanja i veštine o brizi i zaštiti žena koje su preživele nasilje, i da budu podržani u profesionalnom bavljenju ovim problemom.

4.1.2. POSTUPANJE CENTARA ZA SOCIJALNI RAD⁷⁰

4.1.2.1. NEODLOŽNE INTERVENCIJE

Centar za socijalni rad kao organ starateljstva obavezan je da neposredno i u saradnji sa drugim službama, organima i organizacijama, i drugim službama u lokalnoj zajednici, pruži usluge neodložne intervencije ženi koja je preživela nasilje.

⁷⁰ Poseban protokol o postupanju centara za socijalni rad – organa starateljstva u slučajevima nasilja u porodici i ženama u partnerskim odnosima, Beograd, 2013.

Neodložna pomoć podrazumeva hitno obezbeđenje:

- bezbednosti žene;
- zdravstvene zaštite žene; i
- egzistencijalnih uslova žene.

Bezbednost žene i dece može se osigurati na sledeće načine:

- izmeštanjem nasilnika iz zajedničkog porodičnog domaćinstva (kuće, stana) ili iz neposrednog okruženja;
- izmeštanjem žene koja je preživela ili je u riziku od nastanka nasilja, iz zajedničkog porodičnog domaćinstva (kuće, stana), ili neposrednog okruženja nasilnika.

Žene i deca smeštaju se u sklonište – „sigurnu kuću“, ili ustanovu socijalne zaštite – prihvatilište, u hraniteljsku porodicu – maloletna lica, porodicu koja pruža usluge smeštaja za odrasla lica, srodničku porodicu, ili neki drugi vid smeštaja.

Zdravstvena zaštita žene koja je preživela nasilje osigurava se:

- hitnim zdravstvenim pregledom u cilju utvrđivanja fizičkog i/ili seksualnog nasilja;
- hitnom zdravstvenom pomoći u cilju saniranja povreda nastalih u okviru fizičkog i/ili seksualnog nasilja; i
- obezbeđenjem psihološke ili psihijatrijske pomoći u cilju utvrđivanja stepena psihološke traume kao posledice preživljenog nasilja.

Egzistencijalne potrebe žene i dece koji su preživeli nasilje obezbeđuju se u:

- ishrani;
- higijeni; i
- odeći i obući.

Mere zaštite od rodno uslovljenog nasilja:⁷¹

- izdavanje naloga za iseljenje iz stana ili kuće bez obzira na svojinu;
- izdavanje naloga za useljenje u porodični stan ili kuću, bez obzira na svojinu;
- zabrana približavanja ženi i deci na određenoj udaljenosti;
- zabrana pristupa u prostor oko mesta stanovanja ili radnog mesta; i
- zabrana uznemiravanja.

⁷¹ Porodični zakon, *Službeni glasnik RS*, br. 18/2005, član 198, stav 2.

Obaveza centra za socijalni rad je da:

- tužbom pokreće postupak za zaštitu od rodno zasnovanog nasilja;
- pruža pomoć sudu u pribavljanju potrebnih dokaza;
- daje mišljenje o opravdanosti tražene mere; i
- vodi evidenciju i dokumentaciju o rodno uslovljenom nasilju.

Na osnovu utvrđenih okolnosti preduzimaju se mere na osnovu prioriteta postupanja:

- **„neodložno“** – ako u konkretnom slučaju postoji akutno nasilje sa neposrednim ugrožavanjem fizičkog i psihološkog integriteta, i sprovodi se odmah ili najdalje u roku od 24 sata (jedan dan) po prijavi/saznanju;
- **„hitno“** – ako prikupljeni podaci ukazuju na to da je nasilje preživelo dete ili se radi o umerenom riziku od ugrožavanja fizičkog i psihološkog integriteta, procena počinje odmah ili najkasnije u roku od 72 sata (tri dana) po prijavi/saznanju; i
- **„redovno“** – ako prikupljeni podaci ukazuju na nizak rizik od pojave nasilja i da neće u bliskoj budućnosti doći do nasilnog događaja, postupak počinje najkasnije u roku od pet dana po prijavi/saznanju.

4.1.3. POSTUPANJE POLICIJSKIH SLUŽBENIKA POSLE SAZNAJANJA O SLUČAJU NASILJA NAD ŽENAMA⁷²

4.1.3.1. PRIJAVA NASILJA NAD ŽENOM

Policija saznaje o nasilju od žene koja je preživela nasilje, od anonimnog ili poznatog lica (telefonom, pisanim putem), suda ili tužilaštva, zdravstvene ustanove, centra za socijalni rad, i/ili od neke druge ustanove, slučajno – obavljanjem drugih policijskih poslova i zadataka.

4.1.3.2. UPUĆIVANJE I DOLAZAK POLICIJSKIH SLUŽBENIKA NA MESTO NASILNOG DOGAĐAJA

Cilj policijske intervencije je da zaustavi nasilje u granicama svojih ovlašćenja.

Po dolasku na mesto događaja policijski službenici su dužni da:

- izvrše identifikaciju nasilnika (ili više njih), žene koja je preživela nasilje i svedoka događaja (ako ih ima);
- razdvoje ženu i nasilnika, a ženi obezbede fizičku zaštitu i omogućće joj da dâ izjavu bez prisustva nasilnika;

⁷² Poseban protokol o postupanju policijskih službenika u slučajevima nasilja nad ženama i u partnerskim odnosima.

- prikupe sve podatke za rasvetljavanje i dokazivanje krivičnog/prekršajnog dela (okolnosti nasilnog događaja, vrstu nasilja, trajanje, kontinuitet, postojanje ranijeg nasilja, ranije postupanje nadležnih ustanova);
- uzmu u obzir prisustvo dece nasilnom događaju;
- obaveste ženu da će o nasilnom događaju biti obavešten nadležni centar za socijalni rad; i
- preduzmu i obaveste nasilnika o konkretnim merama koje će protiv njega preduzeti.

4.1.3.3. KONTROLA NASILNIKA

Zadatak policije je da uspostavi narušeni red i mir, odnosno kontrolu nad nasilnikom, ali i drugim licima koja su zatečena na mestu događaja.

4.1.3.4. POSTUPANJE POLICIJSKIH SLUŽBENIKA NAKON PRIKUPLJENIH INFORMACIJA

Prema informacijama dobijenim od žene koja je preživela nasilje, shodno težini izvršenog dela i posledicama, odlučuje se o nastavku rada (uniformisanih službenika ili kriminalističke policije). Policijski službenici izveštavaju starešinu ili dežurnu službu radi daljeg obaveštavanja nadležnog tužioca, koji vrši kvalifikaciju dela i daje nalog o daljem postupanju (prikupljanje dokaza/obaveštenja, kriminalistička obrada, izveštavanje istražnog sudije, vršenje uviđaja i slično). Ako nema elemenata krivičnog dela (izjašnjenje tužioca), policijski službenici obaveštavaju ženu i informišu je da može podneti privatnu tužbu.

4.1.3.5. DOKUMENTOVANJE NASILNOG DOGAĐAJA

Dokazi na mestu nasilnog događaja veoma su bitni za kvalitetno dokumentovanje krivične prijave.

U tom smislu neophodno je:

1. preciziranje vrste i lokalizacije povreda žene koja je preživela nasilje, a uz njenu saglasnost i fotografisanje povreda;
2. prikupljanje odeće i predmeta sa kojih je potrebno uzeti tragove poštujući pravila kriminalistike; i
3. fotografisanje žene koja je preživela nasilje i opisivanje mesta nasilnog događaja.

4.1.3.6. BEZBEDNOST ŽENE KOJA JE PREŽIVELA NASILJE I UPUĆIVANJE U SISTEM ZAŠTITE

Policijski službenici na odgovarajući i jasan način moraju da obaveste ženu o njenim zakonskim pravima, posebno zaštitnim merama i uslovima njihovog izricanja, merama koje će se preduzeti u odnosu na nasilnika (odvođenje u službene prostorije, određivanje i trajanje zadržavanja, prosleđivanje prekršajnom/istražnom sudiji, određivanje pritvora, puštanje), i o važnosti ponašanja u cilju samozaštite i postizanja sigurnosti.

4.1.3.7. SARADNJA SA DRUGIM USTANOVAMA KOJE SE BAVE NASILJEM U PORODICI I PARTNERSKIM ODNOSIMA

Potrebno je da policijski službenici izrade i upute pisane informacije nadležnom centru za socijalni rad o preduzetim merama i utvrđenom stanju u cilju preduzimanja socijalnih mera i mera porodičnopravne zaštite.

4.1.4. PRIKAZ POSTUPANJA OBRAZOVNO-VASPITNIH USTANOVA U SLUČAJEVIMA NASILJA NAD DEVOJČICAMA I PORODIČNOG NASILJA⁷³

Uloga obrazovno-vaspitnog sistema je prvenstveno prevencija nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja.

U cilju efikasne koordinacije, pokretanja i organizacije praćenja i realizacije aktivnosti u oblasti zaštite dece Ministarstvo prosvete, neuke i tehnološkog razvoja osnovalo je Jedinicu za prevenciju nasilja (2012). Zabrana nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja u vaspitno-obrazovnoj ustanovi odnosi se na decu, učenike/ce, zaposlene, roditelje i treća lica u nameri da ova ustanova bude sigurno mesto za boravak dece, učenika i zaposlenih.

Pravilnikom o protokolu postupanja u vaspitno-obrazovnoj ustanovi propisane su preventivne i interventne aktivnosti, sadržaji i načini sprovođenja, procene rizika, načini zaštite od nasilja i praćenje efekata preduzetih mera i aktivnosti.

Obrazovna ustanova je dužna da:

- postupak vodi efikasno i ekonomično;
- obezbedi zaštitu i poverljivost podataka pre i u toku postupka; i
- da dete ili učenika/cu ne izlaže ponovnom i nepotrebnom davanju izjava.

Takođe, ovaj pravilnik predviđa:

- rešavanje nasilnog događaja u samoj obrazovnoj ustanovi vrši se na nivou odeljenja (prvi nivo nasilja), ustanove (drugi nivo nasilja) i uz uključivanje drugih sistema – treći nivo nasilja (socijalna zaštita, policija);

⁷³ Prikaz postupanja obrazovno-vaspitnih ustanova u slučajevima nasilja nad devojkicama i porodičnog nasilja.

- u situacijama nasilja u porodici direktor obaveštava centar za socijalni rad i policiju koji dalje preduzimaju mere u skladu sa zakonom; i
- kod sumnje da je nasilnik treće odraslo lice direktor je obavezan da istovremeno obavesti roditelje deteta, nadležni centar za socijalni rad i policiju.

Ovakvim pristupom sistem omogućava devojčicama da budu zaštićene od nasilja bilo da je počinjeno od strane vršnjaka, odraslih ili članova porodice.

4.1.5. POSTUPANJE I OBAVEZE MINISTARSTVA U ČIJOJ SU NADLEŽNOSTI POSLOVI ZA PRAVDU (MINISTARSTVO PRAVDE I DRŽAVNE UPRAVE)

Predstavnici sudova i javnih tužilaštava preduzimaju aktivnosti u cilju informisanja, odnosno obaveštavanja svih zaposlenih u pravosudnom sistemu. Obezbeđuju statističke evidencije podataka o nasilju nad ženama u porodici i partnerskim odnosima. Dužni su da podnesu krivičnu prijavu ako imaju saznanja o nasilju nad ženom u porodici ili partnerskom odnosu.

Ciljevi u procesu zaštite su:

1. hitnost u postupanju;
2. blagovremeno informisanje žene koja je preživela nasilje o njenim pravima i mehanizmima zaštite;
3. obaveštavanje se vrši na jeziku koji žena razume;
4. obraćanje pažnje na uvažavanje potreba i stavova žene; i
5. detaljno upoznavanje žene sa njenom ulogom u krivičnom postupku.

4.1.5.1. ULOGA JAVNOG TUŽILAŠTVA

Javno tužilaštvo je državni organ koji ima ovlašćenje da rukovodi predistražnim postupkom, odlučuje o nepreduzimanju ili odlaganju krivičnog gonjenja, sprovodi istragu, zaključuje sporazum o priznanju krivičnog dela i podiže i zastupa optužbu pred nadležnim sudom.

Javno tužilaštvo, u slučajevima nasilja u porodici, postupa kako u krivičnom tako i u prekršajnom postupku.

U cilju kvalitetnog i efikasnog postupanja, javna tužilaštva vode evidenciju o slučajevima nasilja u porodici i partnerskim odnosima.

4.1.5.2. ULOGA I POSTUPANJE SUDOVA/SUDIJA

U predmetima povezanim sa nasiljem u porodici i partnerskim odnosima, sudije postupaju tako što: poštuju obavezu hitnosti; postupaju poštujući ličnost žene; imaju/pokažu poverenje u iskaz žene; predоче sve raspoložive mogućnosti zaštite; zaštite i ne izlažu ženu sekundarnoj viktimizaciji i broj dolazaka žene u sud svedu na neophodnu meru.

POSTUPANJE PREKRŠAJNIH SUDOVA.

Prekršajni sudovi su značajan partner u prepoznavanju nasilja nad ženama. Ovaj organ, često, rešava granične slučajeve nasilja u porodici i partnerskim odnosima kada nisu prepoznati kao krivično delo od strane bilo kog od partnera u zaštiti.

Posebni protokol navodi i načine saradnje učesnika u postupku.

4.1.6. UČEŠĆE ŽENSKIH NEVLADINIH ORGANIZACIJA U ZAŠTITI ŽENA KOJE SU PREŽIVELE NASILJE

Ženske nevladine organizacije su, od početka devedesetih godina, bile prve koje su se bavile nasiljem nad ženama i ženskim ljudskim pravima. Godinama su to bila jedina mesta koja su pružala usluge ženama koje su preživele rodno zasnovano nasilje.

To je razlog što je učešće ženskih organizacija u međusektorskoj saradnji veoma značajno. Ove organizacije imaju dugogodišnje iskustvo u radu sa ženama koje su preživele rodno nasilje. Pored toga, ženske organizacije su u okviru svoje delatnosti razvile mnogobrojne službe podrške tako da su u mogućnosti da prate ženu kroz ceo proces. Usluge ženskih organizacija su komplementarne, ali ne mogu i ne bi trebalo da zamene usluge koje pružaju institucije sistema.

Ženske organizacije koje su specijalizovane za rad sa ženama koje su preživele nasilje pružaju niz usluga, među kojima su skloništa/„sigurne kuće“, SOS telefoni i ženski centri. Ove organizacije pružaju veliki broj različitih usluga kako u okviru porodičnog i seksualnog nasilja, tako i drugih oblika rodno zasnovanog nasilja i trgovine ljudskim bićima (*trafficking*), a takođe i ženama koje pripadaju višestruko diskriminisanim grupama.

U Srbiji postoji nacionalna SOS linija za žene koje su preživele seksualno nasilje i 24 SOS telefona koji rade u okviru ženskih organizacija. Postoje i dva specijalizovana telefona, i to za osobe koje su žrtve trafikinga i za žene sa invaliditetom. U ovom momentu postoji 13 skloništa – „sigurnih kuća“, od kojih 11 vode centri za socijalni rad u različitim gradovima, a tri vode ženske nevladine organizacije. U Srbiji postoje 23 ženska centra koja pružaju usluge savetovanja za žene koje su preživele nasilje, a takođe i pravne usluge. Mnoge od ovih organizacija bave se i zastupanjem žena pred institucijama i obezbeđuju praćenje žena u toku celog procesa. U nacionalnu mrežu „Žene protiv nasilja“ povezano je 26 ženskih organizacija koje se bave prvenstveno rodno zasnovanim nasiljem. U Srbiji postoji samo jedan ženski centar koji se bavi seksualnim nasiljem nad ženama i decom, a to je *Incest Trauma Centar*.

Boks 4. Primer dobre međusektorske saradnje

Primer međusektorske saradnje u opštini Lazarevac⁷⁴

Dom zdravlja Lazarevac, u saradnji sa Centrom za promociju zdravlja žena (CPZŽ) iz Beograda, uključio se u rad na realizaciji modela međuinstitucionalne saradnje čiji je cilj da se uspostave odgovarajući efikasni standardi za postupanje sa ženama koje su preživele nasilje u službama primarne zdravstvene zaštite. Edukacija i saradnja sa CPZŽ o nasilju nad ženama datira još od 2003. godine, kada su se zdravstveni radnici/ce Doma zdravlja iz Lazarevca prvi put sreli/e sa ovom problematikom. Činjenica je da se zdravstveni radnici/ce u periodu posle prvog susreta sa ovim problemom nisu aktivno uključili i osmislili svoj rad na prepoznavanju i dokumentovanju nasilja i njegovih zdravstvenih posledica. Situacija se znatno promenila u periodu mart 2006. – jun 2007. godine, kada je aktivno angažovanje u konkretnim aktivnostima dalo rezultate koji su prikazani u daljem tekstu.

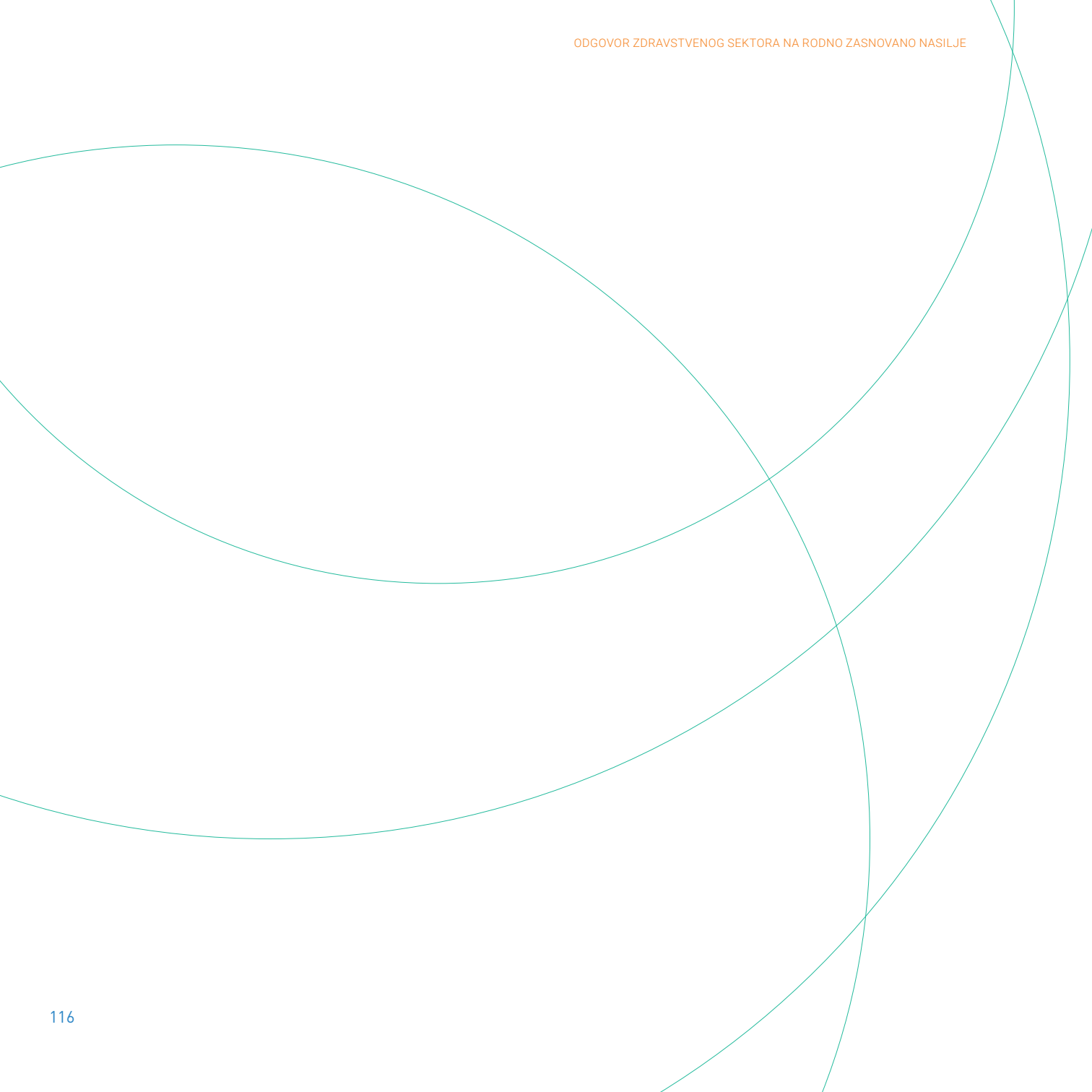
Rad je organizovan tako što je uspostavljen tim za prevenciju i suzbijanje nasilja sastavljen od 13 članica: devet lekarki, dve više medicinske sestre, jedne ginekološke sestre i jedne socijalne radnice.

Članice tima definisale su sledeće zadatke: 1. prepoznavanje rodno zasnovanog nasilja u službama Doma zdravlja; 2. dokumentovanje nasilja, popunjavanjem standardnih obrazaca za beleženje i dokumentovanje nasilja nad ženama; 3. praćenje žene posle upućivanja na druge institucije; 4. prikupljanje podataka o postupcima u drugim institucijama na koje su bile upućene – kako je i da li je slučaj pozitivno rešen (redovni usmeni i telefonski kontakti, konferencije slučajeva); 5. informisanje ostalih zaposlenih o načinu rada sa ženama koje preživljavaju nasilje i upućivanje na ostale resurse u zajednici; 6. informisanje žena o postojanju i radu tima (spisak imena članica tima postavljen je na prijemnim šalterima) i anketiranje pacijentkinja putem upitnika „Govorimo otvoreno o nasilju“. Spisak imena članova timova postavljen je na prijemnim šalterima.

Tim je održavao redovne sastanke na mesečnoj bazi (razmena iskustava o radu u proteklom periodu, prikaz slučajeva, savetovanje i planiranje, suočavanje i rešavanje problema).

⁷⁴ Iz arhive Centra za promociju zdravlja žena.

Rezultati: Saradnja sa institucijama ostvarena je na uspostavljanju mehanizama za praćenje i intervencije u oblasti nasilja u porodici u opštini Lazarevac: zdravstveni radnici/ce u Domu zdravlja, Centar za socijalni rad, policija i sudstvo. Sačinjeni su spiskovi sa imenom i prezimenom, funkcijom koju obavlja u svojoj službi i kontakt telefonom za sve relevantne radnike iz pojedinih službi. Sačinjen je spisak dužnosti i obaveza za svaku službu posebno. Obaveštena je šira javnost – kontaktirani su lokalni mediji preko kojih je stanovništvo upoznato o postojanju i načinu rada tima za žene koje trpe nasilje i koordiniranoj akciji na suzbijanju nasilja u okviru odgovarajućih službi na opštini Lazarevac. U Domu zdravlja Lazarevac dokumentovano je **279 slučaja nasilja**; Centar za socijalni rad registrovao je u istom periodu **334 slučaja nasilja**; izrečeno je: **10 sudskih mera zabrane prilaska**; doneta su **4 rešenja obavezne mere lečenja od alkoholizma**; **3 žene i dvoje dece** smešteno je u **sigurnu kuću**; **2 nasilnika** su **prinudno iseljena iz kuće**; **1 žena sa bebom** smeštena je u **hraniteljski dom**; **5 dece** smešteno je u **hraniteljske porodice**; **5 lišavanja roditeljskog prava**; **279 žena koje su preživele nasilje** dobile su **potpune potrebne informacije, psihološku podršku i medicinsko zbrinjavanje**; **podignuta je svest građana/ki i pojedinaca/ki u nadležnim institucijama** za problem rodno zasnovanog nasilja.



5

ZAKONSKI OKVIR ZAŠTITE ŽENA OD RODNO ZASNOVANOG NASILJA U REPUBLICI SRBIJI

5.1. PORODIČNI ZAKON (PZ)

Zakonima Republike Srbije predviđena je **zaštita od svih oblika rodno uslovljenog nasilja**. (u daljem tekstu PZ), donetim 24. februara 2005. godine, prvi put je u oblasti porodičnopravne zaštite regulisano nasilje u porodici. U okviru građanskopravne zaštite vodi se parnični postupak u cilju zaštite od nasilja, što znači da je **zaštita preventivno usmerena prema osobi koja je izložena nasilju**. U članu 10. PZ decidirano je navedeno da svako, u skladu sa zakonom, ima pravo na zaštitu od nasilja u porodici.

Član 10. Nasilje u porodici

Zabranjeno je nasilje u porodici.

Svako ima, u skladu sa zakonom, pravo na zaštitu od nasilja u porodici.

Deveti deo PZ u celini je posvećen zaštiti od nasilja u porodici. U članu 197. definiše se **nasilje u porodici** kao **ponašanje kojim jedan član porodice ugrožava telesni integritet, duševno zdravlje ili spokojstvo drugog člana porodice**, a potom se detaljno navodi koji su vidovi nasilja, koji se mogu svrstati u tri osnovna oblika: telesno (fizičko), emocionalno (psihičko) i seksualno.

Član 197. Nasilje u porodici

- (1) Nasilje u porodici, u smislu ovog zakona, jeste ponašanje kojim jedan član porodice ugrožava telesni integritet, duševno zdravlje ili spokojstvo drugog člana porodice.
- (2) Nasiljem u porodici, u smislu stava 1. ovog člana, smatra se naročito:
1. nanošenje ili pokušaj nanošenja telesne povrede;
 2. izazivanje straha pretnjom ubistva ili nanošenja telesne povrede članu porodice ili njemu bliskom licu;
 3. prisiljavanje na seksualni odnos;
 4. navođenje na seksualni odnos ili seksualni odnos sa licem koje nije navršilo 14. godinu života ili nemoćnim licem;
 5. ograničavanje slobode kretanja ili komuniciranja sa trećim licima;
 6. vređanje, kao i svako drugo drsko, bezobzirno i zlonamerno ponašanje.
- (3) Članovima porodice u smislu stava 1. ovog člana smatraju se:
1. supružnici ili bivši supružnici;
 2. deca, roditelji i ostali krvni srodnici, te lica u tazbinskom ili adoptivnom srodstvu, odnosno lica koja vezuju hraniteljstvo;
 3. lica koja žive ili su živela u istom porodičnom domaćinstvu;
 4. vanbračni partneri ili bivši vanbračni partneri;
 5. lica koja su međusobno bila ili su još uvek u emotivnoj ili seksualnoj vezi, odnosno koja imaju zajedničko dete ili je dete na putu da bude rođeno, iako nikada nisu živela u istom porodičnom domaćinstvu.

U PZ **nema odrednice pola osobe koja doživljava nasilje u porodici, niti lica koje ga vrši**, što znači da kod nasilja u porodici osobe oba pola mogu i vršiti i trpeti nasilje, mada je iz prethodno navedenih statističkih podataka očigledno da žene izrazito brojčano dominiraju kao osobe koje su ugrožene u porodičnom nasilju. Iz 3. stava člana 197. proizilazi da je **žena zaštićena u svim oblicima porodičnih veza sa nasilnikom**.

U članu 198. PZ navedene su **mere zaštite koje se mogu odrediti (jedna ili više) protiv člana porodice koji vrši nasilje**. Cilj ovih mera je da se privremeno zabranjuje ili ograničava održavanje ličnih odnosa sa drugim članom porodice, **čime se sprečava da izvršilac ponovi nasilje**. U članu 199. PZ navedeno je da se mera zaštite od nasilja u porodici može produžavati sve dok ne prestanu razlozi zbog kojih je mera bila određena, što je donekle u suprotnosti sa stavom 3. člana 198. u kojem se kaže da mera zaštite od nasilja u porodici može trajati najviše godinu dana. Naime, opravdano se postavlja pitanje kakav će biti sudski postupak ako razlozi zbog kojih je mera

bila određena ne prestanu u periodu od godinu dana, koliko je maksimalno predviđeno trajanje svih mera zaštite. Članom 200. reguliše se prestanak mera zaštite, na taj način da mera zaštite može biti ukinuta i pre isteka njenog trajanja, ako u međuvremenu prestanu razlozi zbog kojih je bila određena.

Član 198. Mere zaštite

- (1) Protiv člana porodice koji vrši nasilje sud može odrediti jednu ili više mera zaštite od nasilja u porodici, kojom se privremeno zabranjuje ili ograničava održavanje ličnih odnosa sa drugim članom porodice.
- (2) Mere zaštite od nasilja u porodici jesu:
1. izdavanje naloga za iseljenje iz porodičnog stana ili kuće, bez obzira na pravo svojine odnosno zakupa nepokretnosti;
 2. izdavanje naloga za useljenje u porodični stan ili kuću, bez obzira na pravo svojine odnosno zakupa nepokretnosti;
 3. zabrana približavanja članu porodice na određenoj udaljenosti;
 4. zabrana pristupa u prostor oko mesta stanovanja ili mesta rada člana porodice;
 5. zabrana daljeg uznemiravanja člana porodice.
- (3) Mera zaštite od nasilja u porodici može trajati najviše godinu dana.
- (4) Vreme provedeno u pritvoru kao i svako lišenje slobode u vezi s krivičnim delom odnosno prekršajem uračunava se u vreme trajanja mere zaštite od nasilja u porodici.

Član 199. Produžavanje mere zaštite

Mera zaštite od nasilja u porodici može se produžavati sve dok ne prestanu razlozi zbog kojih je mera bila određena.

Član 200. Prestanak mere zaštite

Mera zaštite od nasilja u porodici može prestati pre isteka vremena trajanja ako prestanu razlozi zbog kojih je mera bila određena.

U članu 284. PZ definisano je pokretanje postupka u sporu zaštite od nasilja, a član 285. propisuje da je **sudski postupak u ovim slučajevima hitan**.

Član 284. Pokretanje postupka

- (1) Postupak u sporu zaštite od nasilja pokreće se tužbom.
- (2) Tužbu za određivanje mere zaštite od nasilja u porodici, kao i za produženje mere zaštite od nasilja u porodici, mogu podneti: član porodice prema kome je nasilje izvršeno, njegov zakonski zastupnik, javni tužilac i organ starateljstva.

Član 285. Naročita hitnost postupka

- (1) Postupak u sporu za zaštitu od nasilja u porodici naročito je hitan.
- (2) Prvo ročište zakazuje se tako da se održi u roku od osam dana od dana kada je tužba primljena u sudu.
- (3) Drugostepeni sud je dužan da donese odluku u roku od 15 dana od dana kada mu je dostavljena žalba.

5.2. KRIVIČNI ZAKONIK (KZ RS)

Član 194. KZ RS

- (5) Ko prekrši mere zaštite od nasilja u porodici koje mu je sud odredio na osnovu zakona, kazniće se **ZATVOROM OD TRI MESECA DO TRI GODINE I NOVČANOM KAZNOM.**

Značajna preventivna mera u odnosu na stalnu opasnost koja pretili od ponavljanja porodičnog nasilja postignuta je mogućim zatvorskim kažnjavanjem lica koje prekrši zakonom određene mere zaštite od nasilja u porodici, a što je regulisano u stavu 5. člana 194. KZ RS.

Krivičnopravno sankcionisanje izvršilaca rodno uslovljenog nasilja moguće je u okviru većeg broja krivičnih dela. Na činjenicu da je u Srbiji porodično nasilje prepoznato kao značajan društveni problem ukazuje i **uvođenje**

posebnog krivičnog dela pod nazivom „Nasilje u porodici“, koje se u KZ RS prvi put pojavilo 2002. godine kao član 118a, a u aktuelnom KZ RS regulisano je u članu 194.

Član 194. KZ RS Nasilje u porodici

- (1) Ko primenom nasilja pretnjom da će napasti na život ili telo, drskim ili bezobzirnim ponašanjem ugrožava spokojstvo, telesni integritet ili duševno stanje člana svoje porodice, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.
- (2) Ako je pri izvršenju dela iz stava 1. ovog člana korišćeno oružje, opasno oruđe ili drugo sredstvo podobno da telo teško povredi ili zdravlje teško naruši, učinilac će se kazniti zatvorom od šest meseci do pet godina.
- (3) Ako je usled dela iz st. 1. i 2. ovog člana nastupila teška telesna povreda ili teško narušavanje zdravlja ili su učinjena prema maloletnom licu, učinilac će se kazniti zatvorom od dve do deset godina.
- (4) Ako je usled dela iz st. 1, 2. i 3. ovog člana nastupila smrt člana porodice, učinilac će se kazniti zatvorom od tri do petnaest godina.

Slično odredbama PZ, i prema KZ RS osobe oba pola mogu biti i izvršioci nasilja i lica koja ga trpe. Sa aspekta pravne zaštite žena od porodičnog nasilja potrebno je naglasiti da se ovo krivično delo, kada je na odgovarajući način dokazano, **goni po službenoj dužnosti**, nezavisno od želje i volje žene kao oštećene stranke u sudskom postupku. Naime, neretko se u praksi dešava da u toku sudskog postupka žena odustane od daljeg krivičnog gonjenja nasilnika i ne želi o tome dalje da svedoči. Međutim, ukoliko je u toku dotadašnjeg toka sudskog postupka prikupljen dovoljan broj validnih dokaza o postojanju porodičnog nasilja, organ postupka je i pored odustajanja oštećene dužan da nastavi vođenje postupka i da na adekvatan način sankcioniše izvršioca ovog krivičnog dela. Trebalo bi posebno naglasiti da je u slučajevima odustajanja žene od krivičnog gonjenja nasilnika, validna medicinska dokumentacija o telesnim povredama jedan od najubedljivijih dokaza, a neretko i presudan dokaz o tome da se porodično nasilje zaista dogodilo.

Na ublažavanje kaznene politike u odnosu na najteže slučajeve porodičnog nasilja ukazuje činjenica da je u 4. stavu člana 194. KZ RS predviđeno da će, ukoliko usled nasilja u porodici nastupi smrt člana porodice, učinilac biti kažnjen zatvorom od tri do petnaest godina, dok je u prethodnoj verziji KZ RS u ovom slučaju minimalna kazna bila 10 godina zatvora.

Sa pravnog aspekta zanimljivo je uporediti sankcionisanje nasilnika u porodici prema stavu 4. člana 194. KZ RS sa kaznom koja je predviđena za jedan od oblika teškog ubistva iz stava 8. člana 114. KZ RS. Naime, zanimljivo je pitanje za

koje će od ova dva krivična dela biti podignuta optužnica u slučaju kada kod osobe koja je trpela nasilje nastupi smrtni ishod, s obzirom na činjenicu da je mogući raspon zatvorske kazne zaista začuđujuće veliki – od 3 do 40 godina.

Član 114. KZ RS Teško ubistvo

Zatvorom **NAJMANJE DESET GODINA** ili zatvorom od **TRIDESET DO ČETRDESET GODINA** kazniće se:

8) ko **liši života člana svoje porodice** kojeg je prethodno **zlostavljao**;

Član 119. KZ RS Navođenje na samoubistvo i pomaganje u samoubistvu

(5) Ko surovo ili nečovečno postupa sa licem koje se prema njemu nalazi u odnosu kakve podređenosti ili zavisnosti, pa ono usled takvog postupanja izvrši ili pokuša samoubistvo koje se može pripisati nehatu učinioca, kazniće se zatvorom **OD ŠEST MESECI DO PET GODINA**.

Poznati su slučajevi da je osoba koja je doživljavala nasilje duže ili kraće vreme, naročito kada se radilo o teškom fizičkom nasilju, izlaz iz takve teške životne situacije nalazila u izvršenju samoubistva. U takvim slučajevima nasilnik može biti optužen i osuđen za krivično delo navođenja na samoubistvo prema stavu 5. člana 119. KZ RS.

Seksualno nasilje u okviru porodice je u našoj sredini još tabu tema o kojoj se retko i nerado govori, mnogo manje nego o drugim oblicima porodičnog nasilja. U porodičnoj sredini žena može biti žrtva svih oblika krivičnih dela protiv polne slobode, od kojih je najčešće silovanje.

Član 178. KZ RS Silovanje

(1) Ko prinudi drugog na obljubu ili sa njom izjednačen čin upotrebom sile ili pretnjom da će neposredno napasti na život ili telo tog ili njemu bliskog lica, kazniće se zatvorom od tri do dvanaest godina.

(2) Ako je delo iz stava 1. ovog člana učinjeno pretnjom da će se za to ili njemu blisko lice otkriti nešto što bi škodilo njegovoj časti ili ugledu ili pretnjom drugim teškim zlom, učinilac će se kazniti zatvorom od dve do deset godina.

(3) Ako je usled dela iz st. 1. i 2. ovog člana nastupila teška telesna povreda lica prema kojem je delo izvršeno ili ako je delo izvršeno od strane više lica ili na naročito svirep ili naročito ponižavajući način ili prema maloletniku ili je delo imalo za posledicu trudnoću, učinilac će se kazniti zatvorom od pet do petnaest godina.

(4) Ako je usled dela iz st. 1. i 2. ovog člana nastupila smrt lica prema kojem je delo izvršeno ili je delo učinjeno prema detetu, učinilac će se kazniti zatvorom najmanje deset godina.

Ne ulazeći detaljnije u objašnjenje krivičnog dela silovanja, zanimljivo je napomenuti kako je zakonodovac u toku različitih vremenskih perioda tretirao silovanje u braku, što je do pre dve decenije odražavalo još duboko ukorenjene patrijarhalne stavove o odnosima u porodici. Naime, u jednoj od starijih verzija KZ RS silovanje je bilo definisano na sledeći način:

(1) Ko prinudi na **OBLJUBU ŽENSKO LICE SA KOJIM NE ŽIVI U BRAČNOJ ZAJEDNICI...**

To je podrazumevalo da samo osoba ženskog pola može biti silovana, kao i da silovanje u braku nije bilo kažnjivo. U sledećoj verziji KZ RS tekst je izmenjen na sledeći način:

(1) Ko prinudi na **OBLJUBU ŽENSKO LICE...**

Zakon je i dalje podrazumevao da samo ženska osoba može biti silovana, ali je uveo mogućnost kažnjavanja silovanja u braku. I na kraju, najnovija verzija KZ RS uvodi da žrtve silovanja mogu biti osobe oba pola.

(1) Ko prinudi **DRUGOG NA OBLJUBU ILI SA NJOM IZJEDNAČEN ČIN...**

I pored značajnog napretka u zakonskom pristupu poštovanju prava žena u porodičnoj zajednici, ipak treba naglasiti da ni današnji KZ RS nema isti odnos prema silovanju u braku i van braka. Naime, silovanje kao krivično delo goni se po službenoj dužnosti u svim slučajevima sem kada je učinjeno prema bračnom drugu jer se, prema članu 186. KZ RS, gonjenje za silovanje bračnog druga preduzima po predlogu. To drugim rečima znači da ako žena ne pokrene postupak protiv muža koji ju je silovao, on po službenoj dužnosti neće biti gonjen kao silovatelj.

Član 186.

Gonjenje za krivična dela iz čl. 178. (...) ovog zakonika (...) učinjena prema bračnom drugu preduzima se po predlogu.

Pored brojnih medicinskih obaveza koje lekari imaju u slučajevima suočenja sa osobom koja je doživela nasilje u porodici, zdravstveni radnici u tim situacijama imaju i **zakonsku obavezu** koja se odnosi na **prijavljivanje** krivičnog dela, što je regulisano članom 332. KZ RS. U skladu sa navedenim odredbama zakona lekari su obavezni da prijave sledeća dela za koja je zakonom predviđena kazna od pet ili više godina zatvora, ukoliko za njih saznaju u toku obavljanja svoje profesionalne dužnosti:

- teške telesne povrede;
- sve povrede nanesene vatrenim i drugim oružjem, opasnim oruđem i drugim sredstvima podobnim da telo teško povrede ili zdravlje teško naruše;
- sva krivična dela iz oblasti seksualnog kriminaliteta (silovanje i dr.);
- nasilje u porodici koje je dovelo do teške telesne povrede ili teškog narušenja zdravlja ili je učinjeno prema maloletnom licu ili je dovelo do smrti člana porodice (stav 3. i 4. člana 194. KZ RS).

Član 332. KZ RS Neprijavljivanje krivičnog dela i učinioca

(2) **SLUŽBENO ILI ODGOVORNO LICE KOJE SVESNO PROPUSTI DA PRIJAVI KRIVIČNO DELO ZA KOJE JE SAZNALO U VRŠENJU SVOJE DUŽNOSTI**, ako se **ZA TO DELO** po zakonu **MOŽE IZREĆI PET GODINA ZATVORA ILI TEŽA KAZNA**, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.

(3) Za neprijavljivanje krivičnog dela ili učinioca iz st. 1. i 2. ovog člana neće se kazniti (...) lekar (...) učinioca (...).

Kako se nasilje u porodici kao krivično delo goni po službenoj dužnosti, logično je zaključiti da lekari koji pri pregledu žene, dakle pri vršenju svoje dužnosti, opravdano posumnjaju na postojanje porodičnog nasilja, imaju obavezu prijavljivanja ovog krivičnog dela, što je u nekim slučajevima u suprotnosti sa željom pacijentkinje koja i pored zadobijenih povreda ne želi da ovo saznanje lekara bude saopšteno drugim licima. Prijavljivanje se vrši nadležnom organu unutrašnjih poslova (policiji), a za neizvršavanje obaveze prijavljivanja lekari mogu snositi krivičnu odgovornost prema članu 332. KZ RS, sa mogućom kaznom zatvora u trajanju od šest meseci do pet godina, ukoliko svesno propuste da prijave navedeno krivično delo.

Na kraju je potrebno još jednom naglasiti da je u zaštiti žena od nasilja u porodici izuzetno značajna prevencija. Zlostavljača je potrebno zaustaviti na vreme, jer ako se to ne uradi, posledice po osobu koja doživljava nasilje mogu biti katastrofalne, što u najtežim slučajevima uključuje i smrtni ishod. Blagovremeno otkrivanje nasilja i adekvatna društvena intervencija neophodni su za zaštitu žrtava porodičnog nasilja od daljeg zlostavljanja i potencijalnog smrtnog povređivanja. Lekari i drugi zdravstveni radnici u ovom procesu imaju izuzetno značajnu ulogu, zasnovanu na njihovim etičkim dužnostima i profesionalnim obavezama prema pacijentu koji doživljava nasilje u porodici.



6

PRILOZI



PRILOG 1. - OBRAZAC ZA EVIDENTIRANJE I DOKUMENTOVANJE NASILJA

Zdravstvena organizacija: _____ Mesto: _____

Lekar/ka (radno mesto): _____ Sestra (radno mesto): _____

Dokumentovanje nasilja

Formular

Datum pregleda: _____ Vreme pregleda: _____

Osnovni podaci:

Ime i prezime: _____ Starost: _____

Deca: Broj: _____ Godine: _____

Razlog obraćanja:

a) pacijentkinja prijavljuje nasilje: DA NE

b) Ako „ne“, na osnovu čega je posumnjano na nasilje: _____

Da li je policija intervenisala:Ne Da (Naziv policijske stanice: _____)**Informacije koje se odnose na nasilni događaj :**

Gde se nasilje dogodilo: _____

Datum: _____ Vreme: _____

Nasilnik: Poznat Nepoznat Ako je **poznat**, navesti odnos sa žrtvom:muž bivši muž sadašnji partner bivši partner istopolni partner otac brat sin rođak staratelj drugo: _____**Opis događaja** (koristite reči pacijentkinje):

Vrsta nasilja**Fizičko nasilje** Da Ne

2. Seksualno nasilje:

prisiljavanje na seksualni odnos prisiljavanje na neželjene seksualne radnje ponižavajući seksualni odnos prisiljavanje na prostituciju

drugo: _____

2. Emocionalno/ psihološko nasiljevređanje zabrane zastrašivanje pretnje

drugo: _____

Orijentaciona procena psihičkog stanja:

komunikativna **nekomunikativna** **uznemirena**

drugo: _____

A. Medicinske informacije:a) Da li je pacijentkinja trudna? Ne Ne zna Da (Upisati nedelju trudnoće: _____)b) Da li boluje od neke hronične bolesti? Ne Ne zna Da Ako **DA** od koje? _____**Istorija zlostavljanja:**1. Postoje li podaci ili znaci o povređivanju u prošlosti? Da Ne 2. Da li daje podatke o povređivanju u prošlosti? Da Ne

3. Ostali važni medicinski podaci:

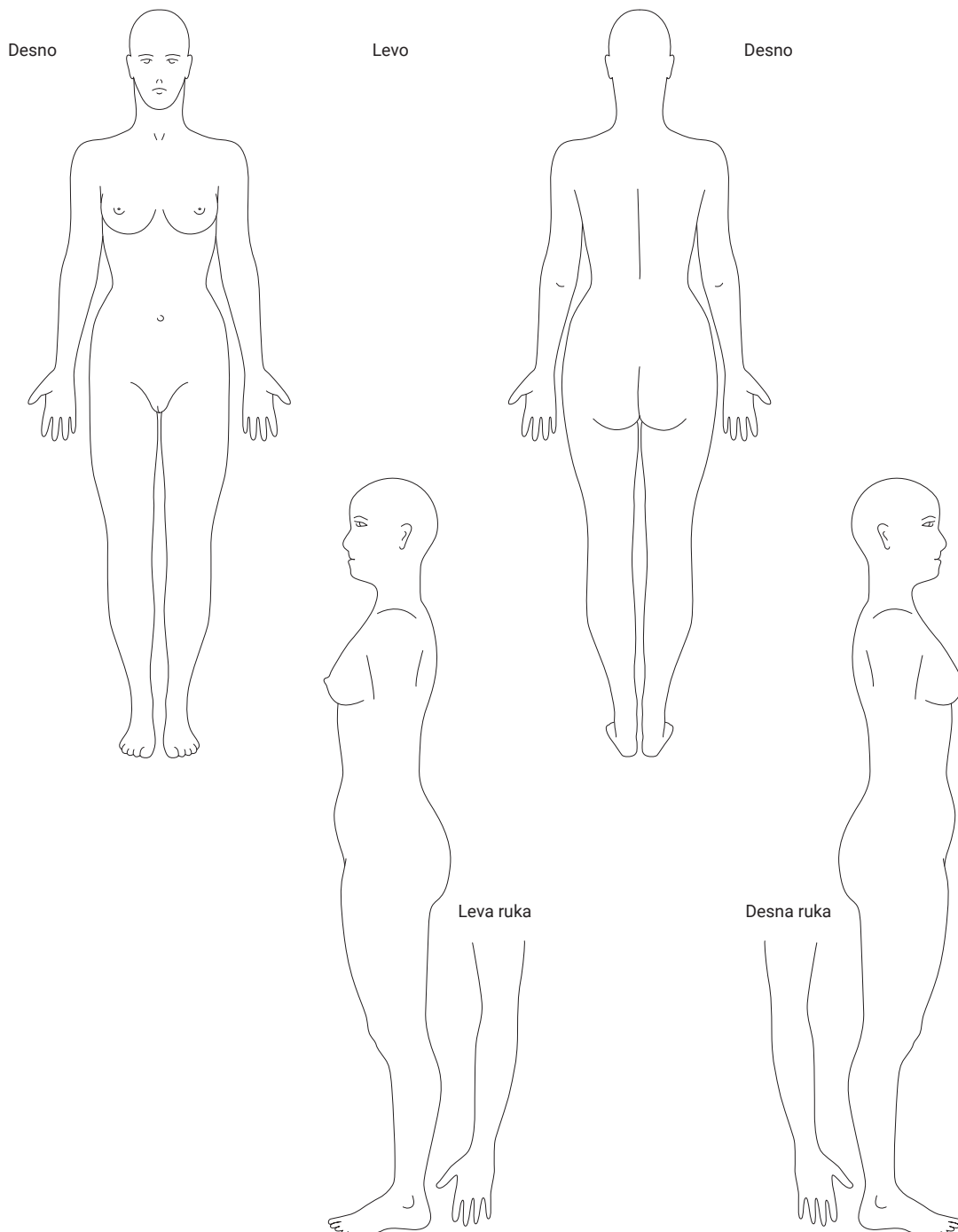
poremećaji spavanja hronični bolovi glavobolje zloupotrebe lekova ili drugih psihoaktivnih supstanci

drugo(navesti): _____

B. Objektivni pregled:**1. Izgled odeće** (opisati eventualne tragovi nasilja):

2. Telesne povrede (zabeležiti vrstu, oblik, veličinu, boju povrede i ucrtati ih što verodostojnije na telesnoj mapi):

Označite – ucrtajte mesto povrede na telesnoj mapi



C. Procena rizika (upisati „X“ u odgovarajuća polja):

A*	DA	NE	B**	DA	NE
Da li je postojala pretnja ili upotreba oružja?			Da li postoji istorija zlostavljanja u braku/vezi?		
Da li se u toku vremena povećavala učestalost i ozbiljnost nasilja?			Da li nasilnik trenutno živi u zajedničkom domaćinstvu?		
Da li pacijentkinja procenjuje da joj je bezbednost ugrožena povratkom kući?			Da li je u prethodnom periodu policija intervenisala?		
Da li je pacijentkinja pokušala samoubistvo ili pomišljala na samoubistvo?			Da li je još neko iz okoline upoznat sa zlostavljanjem?		
Da li su deca bila izložena pretnjama ili nasilju?			Da li je zlostavljanje počelo ili se povećalo za vreme trudnoće?		
			Da li pacijentkinja traži medicinsku pomoć?		

Rizik:

A*) Ako je pacijentkinja pozitivno odgovorila na bilo koje pitanje iz grupe **A**, iskažite brigu za situaciju u kojoj se nalazi i pomozite joj da pronađe rešenje (podstaknite je da ostvari kontakt sa osobama ili organizacijama koje bi joj mogle pružiti zaštitu i obezbediti sigurnost).

B)** Ako je pacijentkinja pozitivno odgovorila na jedno ili više pitanja iz grupe **B**, pomozite joj da sagleda sve mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju. Pružite joj informacije i brojeve telefona organizacija i ustanova koje se bave problemom nasilja.

Šta je preporučeno:

- a) Kontrolni pregled
- b) Specijalistički pregled
- v) Obraćanje Centru za soc. rad
- g) Obraćanje policiji
- d) Pravna pomoć
- e) Pomoć psihologa/ psihijatra
- ž) Obraćanje NVO koji radi sa žrtvama nasilja
- z) Drugo _____

Zaključna ocena:

Nalazi jesu u skladu sa navedenim vremenom i načinom povređivanja

Nalazi nisu u skladu sa navedenim vremenom i načinom povređivanja



PRILOG 2. - PROCENA ŽIVOTNE UGROŽENOSTI ŽENE

Postoji nekoliko faktora rizika koji mogu da ukažu na povećanu opasnost od ubistva žene u nasilnom odnosu. Tačno se ne može predvideti da li će se ubistvo dogoditi, ali mora da postoji svest i o toj mogućnosti u situaciji nasilja, tako da treba prepoznati faktore koji se odnose na određenu ženu.

Upotrebite kalendar, tako što ćete označiti približne datume tokom prethodne godine kada se dogodilo nasilje od strane muža/partnera ili bivšeg muža/partnera. Potrebno je napisati koliko je nasilje bilo ozbiljno, koristeći skalu:

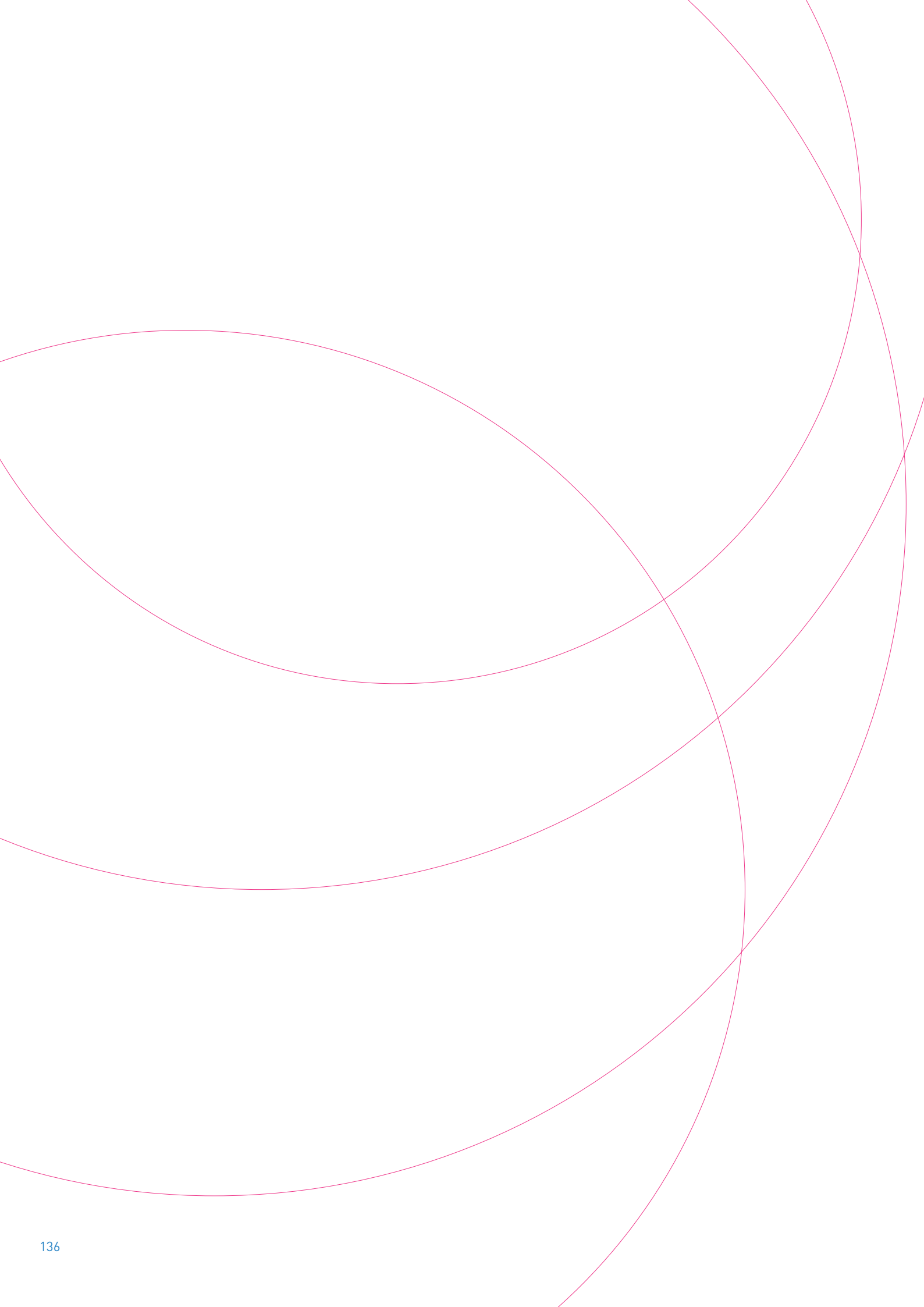
- 1 ćuškanje, guranje; povrede i bol koji traje ne postoje
- 2 ubadanje, šutiranje; postoje modrice, posekotine i/ili bol koji traje
- 3 „prebijanje“; ozbiljne kontuzije, opekotine, prelomi kostiju
- 4 pretnje oružjem; povrede glave, unutrašnje povrede, trajne povrede, spontani abortus
- 5 upotreba oružja; rane nanete oružjem (navesti broj)

Pod „on“, u donjoj tabeli podrazumeva se: muž, partner, bivši muž, bivši partner, drugi/ko? (navesti)

DA	NE	A*
		1. Da li se nasilje povećalo ili učestalo u toku poslednjih godinu dana?
		2. Da li on poseduje oružje?
		3. Da li ste ga napuštali u toku poslednjih godinu dana zajedničkog života?
		3a. Nikada nismo živeli zajedno.
		4. Da li je on nezaposlen?
		5. Da li je on ikada upotrebio oružje ili vam njime pretio smrću?
		5a. Ako jeste, koje je oružje u pitanju?
		6. Da li je pretio da će vas ubiti?
		7. Da li je izbegao da bude priveden zbog nasilja?
		8. Imate li dete koje nije zajedničko?
		9. Da li vas je ikada primoravao na seksualni odnos?
		10. Da li je ikada pokušao da vas udavi?
		11. Da li on koristi drogu?
		12. Da li je on alkoholičar?
		13. Da li on kontroliše vaše dnevne aktivnosti (posete porodici, prijateljima, koliko trošite)?
		14. Da li je nasilno i stalno ljubomoran na vas?
		15. Da li vas je ikada tukao dok ste bili trudni?
		16. Da li je ikada pretio ili pokušao da izvrši samoubistvo?
		17. Da li je pretio da će povrediti vašu decu?
		18. Da li mislite da je sposoban da vas ubije?
		19. Da li vas prati, špijunira, ostavlja preteće poruke, uništava imovinu ili zove kada to ne želite?
		20. Da li ste ikada pretili ili pokušali da se ubijete?
		UKUPNO odgovora DA

Porazgovarajte o svojoj sigurnosti na osnovu rezultata iz table sa zdravstvenim radnikom/com, socijalnim radnikom/com ili nekim nadležnim.

Danger Assessment, J.C. Campbell, Johns Hopkins University, School of Nursing, 2004.



PRILOG 3. - BEZBEDNOSNI PLAN – MODEL (OVAJ PRILOG JE ZA ŽENU)

SAČINJAVANJE LIČNOG BEZBEDNOSNOG PLANA

Lični bezbednosni plan je način koji može da ti pomogne da zaštitiš sebe i svoju decu. Pomaže ti da planiraš u odnosu na moguće nasilje u budućnosti. Takođe ti pomaže i da razmisliš kako možeš da uvećaš svoju bezbednost, kako unutar nasilnog odnosa, tako i kad odlučiš da odeš.

Ne možeš zaustaviti nasilje svog partnera – to može da učini samo on. Ali, postoje stvari koje možeš da učiniš da uvećaš svoju bezbednost i bezbednost svoje dece. Verovatno već neke od tih stvari radiš – na primer, možda prepoznaješ obrazac nasilja i pravilnosti u njemu pomažu ti da planiraš.

Planiraj kako možeš da odgovoriš u različitim situacijama, uključujući i krizne situacije. Razmotri različite opcije koje su ti na raspolaganju:

- Imaj kod sebe sve važne i krizne brojeve telefona (npr. lokalnog ženskog centra, skloništa za žene i decu žrtve nasilja i dr.; lokalne policijske stanice; svog lekara/ke; svog socijalnog radnika/ce, ako ga/je imaš);
- Nauči svoju decu da pozovu 192 u kriznoj situaciji, i šta treba da kažu od podataka kao što su puno ime i prezime, adresa i broj telefona.
- Ima li suseda/tki kojima možeš da veruješ i kod kojih možeš da se skloniš u krizi? Ako je odgovor „da“, ispričaj im šta se događa i zamoli ih da pozovu policiju ako čuju zvuke koji upućuju na nasilni napad.
- Vežbaj plan za bekstvo tako da u krizi ti i deca možete bezbedno da pobegnute.
- Spakuj torbu za kriznu situaciju, za sebe i za decu, i sakrij je na sigurno mesto (npr. u kući suseda/tke ili prijatelja/ice).
- Pokušaj da izbegneš zajedničke prijatelje/ice i porodicu.
- Pogledaj sugestije niže u okviru „Šta spakovati“, kad planiraš da napustiš svog partnera.
- Pokušaj da u svako vreme imaš izvesnu količinu novca sa sobom – uključujući i sitan novac za telefon i autobuske karte.
- Saznaj gde se nalazi najbliži telefon, a ako imaš mobilni telefon, pokušaj da ga imaš kod sebe.
- Ako sumnjaš da će te partner napasti, pokušaj da u kući budeš na mestu tzv. smanjenog rizika – npr. tamo gde postoji izlaz ili pristup telefonu; izbegavaj kuhinju ili garažu u kojima se verovatno mogu nalaziti noževi i druga oružja; i izbegavaj sobe i prostorije u kojima se možeš naći zarobljena, kao što je kupatilo, ili gde možeš biti zatvorena u orman ili neko drugo skućeno mesto.
- Budi spremna da napustiš kuću u kriznoj situaciji.

PRIPREMA ZA ODLAZAK

Ma koje strategije izlaženja na kraj si do sada koristila – sa manje ili više uspeha – može doći vreme kad ćeš osetiti da je jedina opcija da napustiš svog partnera.

Kada odlučiš da napustiš svog partnera, najbolje je da to pažljivo planiraš. Ponekad će nasilnik pojačati svoje nasilje ako sumnja da misliš o odlasku i nastaviće s tim i kad odeš, tako da ovo može biti opasan period za tebe. Važno je upamtiti da završetak odnosa neće neophodno označavati i kraj zlostavljanja.

Planiraj da odeš kad partner nije u kući (u blizini). Pokušaj da poneseš sa sobom sve što će ti biti potrebno za sebe i decu, uključujući i svaki bitan lični dokument – razmišljaj kao da nećeš biti u mogućnosti da se po nešto vratiš. Povedi svoju decu sa sobom, postaraj se da direktor/ka škole i svi nastavnici/ce znaju za situaciju, kao i to ko će ubuduće dolaziti po decu (pogledaj niže u okviru „Zaštititi sebe po odlasku“).

Razmišljanje o odlasku i donošenje odluke može biti dug proces. Planiranje ne znači da moraš trenutno sve da sprovedeš – ili uopšte. Ali, može pomoći da razmotriš sve opcije i razmisliš kako bi mogla da prevaziđeš teškoće koje se javljaju. Ako je ikako moguće, pokušaj da svake nedelje uštediš malu količinu novca, ili u tu svrhu otvori poseban račun u banci.

ŠTA SPAKOVATI KAD PLANIRAŠ DA NAPUSTIŠ PARTNERA

U idealnoj situaciji, potrebno je da kad odlaziš sa sobom poneseš sve navedene stvari. Neke od njih možeš da pokušaš da imaš kod sebe u svakom trenutku; druge možeš spakovati u svoju torbu za kriznu situaciju. To su:

- lična identifikaciona dokumenta za sebe i decu;
- pasoši (uključujući i pasoše za svako dete) sa svim propratnim dokumentima;
- novac, bankovna dokumentacija (izvodi, čekovna i štedna knjižica, i dr.);
- ključevi od kuće i auta, kao i sa radnog mesta (možeš da narežeš jedan poseban set ključeva i ostaviš ih u svojoj torbi za kriznu situaciju);
- dokumenta koja se tiče alimentacije, dečijeg dodatka i drugih beneficija koje ti ili deca uživate;
- vozačka dozvola (ako je imaš) i prateća dokumenta za auto (saobraćajna dozvola, i dr.);
- propisana terapija (za tebe i decu);
- kopije dokumentacije koja se tiče stana ili kuće (npr. u vezi sa hipotekom, kupovinom ili rentiranjem stambenog ili poslovnog prostora);
- dokumentacija koja se tiče različitih vidova osiguranja;
- adresar / telefonski imenik (uključujući i poslovnu agendu);
- porodične fotografije, svoj dnevnik, nakit, sitnice od sentimentalne vrednosti;
- odeća i sredstva za higijenu za tebe i decu;
- omiljene male igračke dece; kao i
- sva dokumentacija u vezi sa zlostavljanjem (npr. policijski zapisnici, mere izrečene od strane suda kao što su naredba iseljenja nasilnika iz stana i zabrana prilaska žrtvi, kao i kopije medicinske dokumentacije ako je poseduješ).

ZAŠTITI SEBE PO ODLASKU

Ako napuštaš svog partnera zbog nasilja, možda nećeš želiti da ljudi znaju razlog što si otišla. Tvoja je odluka da li ćeš ljudima reći da si bila izložena nasilju u porodici; ali ako veruješ da si i dalje pod bezbednosnim rizikom, saopštavanje može uvećati tvoju bezbednost (svojoj porodici i prijateljima/cama, u školi koju pohađaju deca, na radnom mestu pretpostavljenima ili kolegama/inicama) tako da se ne dogodi da oni/e nehotično pruže bilo kakvu informaciju tvom bivšem partneru.

Takođe, time će biti pripremljeniji i više u stanju da ti pomognu u krizi.

Ako si napustila kuću, ali ostaješ u istom gradu ili delu grada, evo nekih načina kako možeš da uvećaš svoju bezbednost:

- pokušaj da se ne zatekneš u ranjivoj poziciji ili da se ne izoluješ;
- pokušaj da izbegneš svako mesto na koje si odlazila dok ste bili zajedno (kao što su radnje, banke, kafei);
- pokušaj da menjaš svoje navike što više možeš;
- ako imaš neke redovne obaveze za koje tvoj partner zna (kao što je susret sa terapeutkinjom ili zdravstvenim radnikom/com), pokušaj da promeniš vreme ili mesto susreta;
- pokušaj da odabereš bezbednu rutu, ili promeni rutu ili prevozno sredstvo koje koristiš, kad se bližiš ili napuštaš mesto koje ne možeš da izbegneš – kao što su radno mesto, škola deteta, ili ordinacija tvog lekara/ke;
- ispričaj u školi deteta ili obdaništu šta se dogodilo i obavesti ih ko će dolaziti po decu; obezbedi da ne daju decu nikome drugom ili da ne daju tvoju novu adresu i broj telefona (možeš s njima ustanoviti lozinku kojom će ti signalizirati u slučaju opasnosti; takođe im daj i kopije sudskih mera, ako ih poseduješ);
- razmotri da ispričaš svojim pretpostavljenima ili drugima na poslu – naročito ako misliš da tvoj partner može pokušati da tamo kontaktira s tobom;
- ako si promenila deo grada i ne želiš da nasilnik zna gde si, potrebno je da obratiš posebnu pažnju na svaki detalj koji može ukazati na kojoj si lokaciji;
- promeni svoj broj mobilnog telefona i na svako eventualno uznemiravanje, to učini ponovo, a uznemiravanje prijavi policiji;
- pokušaj da izbegneš korišćenje zajedničke kreditne kartice ili zajedničkog bankovnog računa: na izvodima koji se šalju i partneru, on će imati uvid u transakcije koje si izvršila;
- postaraj se da se tvoja adresa ne pojavljuje ni u jednom sudskom spisu (ako si potražila utočište u skloništu za žene i

decu žrtve nasilja, tamo će ti to savetovati);

- ako je potrebno da telefoniraš nasilniku (ili bilo kome ko je s njim u kontaktu), obezbedi da se ne može ući u trag broju telefona s kojeg pozivaš;
- razgovaraj sa decom da je neophodno da vaša adresa i lokacija ostanu poverljivi;
- ako si ostala kod kuće ili se vratila kući nakon što ju je tvoj partner napustio, onda ćeš verovatno imati kod sebe dokaz o meri izdvajanja nasilnika iz stana ili meri zabrane prilaska – ako mera ima i snagu privođenja, postaraj se da i lokalna policijska stanica ima kopiju iste i da policija zna da je potrebno da odgovore trenutno u slučaju hitnosti; međutim, važno je da znaš da ne moraš da ostaneš u kući ako se – sa ili bez sudske mere – ne osećaš bezbedno u njoj.

Takođe, možeš razmotriti i sledeće:

- promenu brave na svim vratima;
- postavljanje brave na svim prozorima (ako to već nije slučaj);
- postavljanje svetala napolju (ispred i iza kuće) koja se uključuju automatski čim se neko približi;
- informisanje suseda da tvoj partner više tu ne živi, kao i molbu da pozovu policiju ako ga primete u blizini;
- promenu tvog kućnog broja telefona i obezbeđivanje zaštite broja u imeniku;
- korišćenje telefonskog aparata sa identifikatorom;
- čuvanje kopija svih sudskih mera sa datumima i satnicom prethodnih incidenata i sve druge p i s a n e dokumentacije na koju možeš da se pozoveš ako je potrebno da ponovo pozoveš policiju;
- ako te tvoj bivši partner uznemirava, preti ti ili te zlostavlja, postaraj se da svaki incident bude zvanično evidentiran, uključujući i datum i sat kad se dogodio, šta je rečeno ili učinjeno, i ako je moguće obezbedi fotografije štete koja je učinjena tvojoj imovini ili povreda nanetih tebi ili drugima;
- ako te tvoj partner ili bivši partner povređuje, poseti svog lekara/ku ili zatraži tretman u bolnici i traži da dokumentuju tvoju posetu;
- ako poseduješ sudsku meru koja uključuje i mogućnost njegovog privođenja, ili zabranu prilaska, zahtevaj od policije da je sprovede; i ako tvoj bivši partner krši bilo koju sudsku meru, obavesti i sud.

U KRIZNOJ SITUACIJI, UVEK POZOVI 192!



PRILOG 4. - SAČINJAVANJE BEZBEDNOSNOG PLANA

Napustiti nasilnika može biti opasno. Ti si jedina koja zna koje je najbezbednije vreme da odeš. Možda znaš da si u nasilnom odnosu i uviđaš da je potrebno da odeš čim bude moguće da to učiniš bezbedno. Ili, možda te brine partnerovo ponašanje i misliš da bi trebalo da odeš u jednom trenutku u budućnosti. U svakom slučaju, pripremljenost ti može pomoći da, ako zatreba, odeš brzo. Razmotri preduzimanje ovih mera opreza:

1. Bezbednost u toku akutnog nasilja. Mogu da koristim neke ili sve sledeće strategije:

- A. Ako odlučim da napustim kuću otići ću kod _____
- B. Reći ću (susedima/tkama) o nasilju i zamoliti ih da pozovu policiju ako čuju neku sumnjivu buku koja dolazi iz moje kuće.
- C. Mogu da naučim svoju decu kako da upotrebe telefon da pozovu policiju.
- D. Koristiću svoju unapred smišljenu „šifru“ (odabranu reč) da dam do znanja da neko pozove pomoć.
- E. Mogu da čuvam svoj novčanik i ključeve od auta (na određenom mestu), da mogu da odem brzo.
- F. Koristiću svoje prosuđivanje i intuiciju. Ako je situacija veoma ozbiljna, učiniću ono što moj partner zahteva, kako bih ga umirila. Moram da zaštitim sebe dok ne budem/budemo van opasnosti.

2. Bezbednost tokom pripreme za odlazak. Mogu da koristim neke ili sve sledeće strategije:

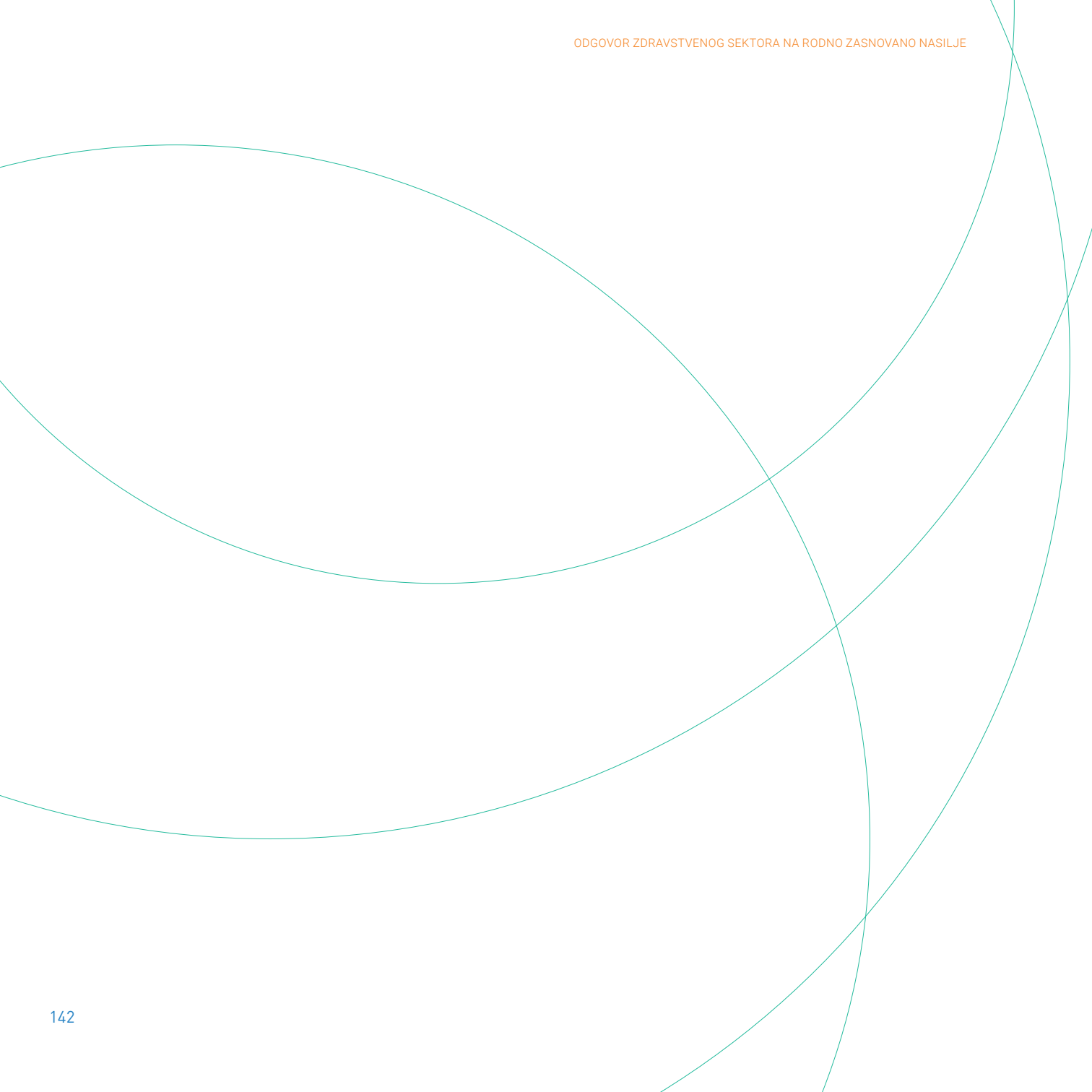
- A. Čuvaću na sigurnom mestu sve kopije važnih dokumenata, ključeve, odeću i novac.
- B. Otvoriću lični štedni račun da ojačam svoju nezavisnost.
- C. Mogu da čuvam sitan novac kako bih jednostavno telefonirala u bilo kom trenutku. Svesna sam da će pozive sa kućnog telefona koje sam obavila pre odlaska moj bivši partner moći da sazna preko listinga.
- D. Proveriću ko bi mogao da me primi da se sklonim ili da mi pozajmi nešto novca.
- E. Kad planiram odlazak, neću to reći svom nasilniku licem u lice, već ću pozvati ili ostaviti poruku kad budem na bezbednom mestu.

3. Bezbednost u mojoj kući. Bezbednosne mere koje mogu da preduzmem obuhvataju:

- A. Promeniću brave na svim vratima i prozorima što je pre moguće.
- B. Zameniću drvena vrata čeličnim/metalnim.
- C. Mogu da postavim dodatne brave, rešetke na prozorima, reze na vratima, elektronski sistem nadzora, i dr.
- D. Mogu da napolju postavim svetla (ispred i iza kuće) koja se automatski uključuju čim se neko približi kući.
- E. Naučiću decu kako da pozovu mene ili (besplatne) krizne brojeve ukoliko ih moj partner odvede.
- F. Reći ću osobama koje se staraju o mojoj deci da mom partneru nije dopušteno da ih vodi sa sobom.
- G. Mogu da obavestim (suseda/tku) da moj partner ne živi više sa mnom i da je potrebno da, ako ga uoče blizu moje kuće, pozovu policiju.

4. Bezbednost uz sudsku meru zaštite. Sledeći koraci pomažu u sprovođenju sudske mere zaštite:

- A. Uvek sa sobom nosim overenu kopiju sudske mere i još jednu fotokopiju istog dokumenta.
- B. Predaću sudsku meru policijskoj stanici u lokalnoj zajednici u kojoj radim i živim.
- C. Mogu da zatražim da sudska mera sadrži specifikaciju i opis svih oružja koje poseduje moj partner, i da uključi i nalog za njihovo oduzimanje



LITERATURA

1. Konvencija UN o eliminisanju svih oblika diskriminacija žena – CEDAW,1992
2. Savet Evrope: Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici
3. Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package, UNFPA/WAVE 2014
4. Krivični zakonik Republike Srbije, „Sl. Glasnik RS”, br.85/2005, 88/2005 – ispr., 107/2005 – ispr.72/2009,121/2012, 104/2014 i 108/2014
5. Porodični zakon Republike Srbije, “Službeni glasnik RS”, br. 18/2005, 72/2011
6. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines, (WHO 2013)
7. Nikolić-Ristanović, V.: Porodično nasilje u Srbiji, Beograd, Prometej, 2003
8. WHO Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence, Geneva, 2005
9. Nasilje u partnerskim odnosima i zdravlje, CPZŽ, Beograd, 2005
10. Mapiranje porodičnog nasilja prema ženama u užoj Srbiji, SeConS, Beograd, 2010
11. Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređenje rodne ravnopravnosti, „Sl. Glasnik RS, br.15/2009
12. Heise, Lorie L.: Violence against women: an integrated, ecological framework, Violence against women,4(3),(1998)
13. Gin i sar.: Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics, Journal of Internal Medicine, 6 (1991)
14. McCauley, J. i sar.: The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 1995
15. Saunders,D. i sar.: Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center, Archives of Family Medicine, 2 (1993)
16. Gielen, A. C. i sar.: American Journal of Preventive Medicine (2000)
17. Campbell, J.C.: Health consequences of intimate partner violence, Lancet, Vol 359 (2002)
18. Garcia-Moreno C, i sar.: Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study. Lancet, Vol. 371 (2008)
19. WHO, World Report on Violence and Health (2002)
20. Rodriguez, R.: Battered Women’s Perspectives on Medical Care. Arch. Fam. Med 5 (1989)

21. Kerouac, S. i sar., Dimensions of health in violent families, Health Care for Women International, 7,(1986)
22. Campbell, J.C., Health consequences of intimate partner violence, Lancet, Vol 359 (2002)
23. www.thelacet.com
24. Plichta, S. B. i sar.: Violence and abuse: implications for women's health. In Falik MK, Collins KS, eds. Women's Health, the Commonwealth Fund Survey. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, (1996)
25. Campbell, J.C., i sar.: Predictors of depression in battered women. Violence Against Women (1997)
26. Jaffe,P. i sar.: Emotional and physiscal problems of battered women, Canadian Journal of Psychiatry, (1986)
27. Gleason, W.J.: Mental disorders in battered women: An empirical study, Violence and Victims, 8 (1993)
28. Campbell, J.C. i sar.: Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Psychiatr. Clin. North Am. (1997)
29. Breslau, N. i sar.: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults, Archive of General Psychiatry, 48(1991)
30. Wagner, P.J. i sar.: Experiance of abuse in primary care patients, Archives of Family medicine, 12 (1995)
31. Warshaw/Ganley: Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers, Family Violence Prevention Fund. (1996)
32. WHO, World Report on Violence and Health (2002)
33. Taket, A. i sar.:Routinely asking women about domestic violence in health settings, British Medical Journal, 327, (2003)
34. Procena potreba korisnica zdravstvenih usluga primarne zdravstvene zaštite, CPZŽ, 2006
35. Domestic Violence – Good Practice Indicators, University of Warwick, London 1999
36. Hellbernd, H.: Hausliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.–Intervention-sprogramm, Curriculum, Gefordert mit Mitteln des Bundesministeriums fur Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin,(2006)
37. Formativna evaluacija znanja, veština i stavova zdravstvenih radnika u pogledu nasilja nad ženama, CPZŽ, Beograd, 2010.
38. Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, Cucic V. Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: opportunities and barriers for response improvement. Patient Educ Couns. 2010 Jul;80(1):88–93.
39. Savet Evrope: Konvencija o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici, Istanbul, 2011
40. Caring for Survivors Training Manual, UNICEF (2010)
41. Otašević, S. i sar.: Posebni protokol ministarstva zdravlja republike srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju. Radna grupa Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Beograd, oktobar 2011.
42. Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A sourcebook for Health Professionals Module on Gender-Based Violence Department of health, WHO, 2005
43. Zakon o pravima pacijenata, "Sl.glasnik RS" br. 45/2013

44. Stenson, K, Heimer, G., Lundh C., Nordström, ML, Saarinen, H, Wenker A (2001), The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(4),(2001)
45. Bacchus, L. J.: *Health Sector Responses to Domestic Violence: Promising Intervention Models in Primary and Maternity Health Care Settings In Europe*, London School of Hygiene & Tropical Medicine,(2012)
46. Perttu, S. i sar.: *Addressing Intimate Partner Violence. Guidelines for Health Professionals in Maternity and Child Health Care*,(2006)
47. www.brighamandwomens.org
48. Aneja S, Gottlieb AS, Feller E. /1471-2458-12-473. Physician intervention for intimate partner violence. *Med Health R I*. 2009 Sep;92(9):307–9.
49. Banov CH. It's the law: physicians must report abuse. *J S C Med Assoc*. 2008 Feb;104(2):42.
50. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012 Jun 21;12:473.
51. Cummings PM, Trelka DP, Springer KM. *Atlas of Forensic Pathology*. Cambridge University Press, New York, 2011.
52. DiMaio VJ., DiMaio D. *Forensic Pathology*. 2nd ed. Boca Raton London New York Washington D.C., CRC Press, 2001.
53. Kohler S, Höhne A, Ehrhardt M, Artus J, Seifert D, Anders S. General practitioners and managing domestic violence: results of a qualitative study in Germany. *J Forensic Leg Med*. 2013 Aug;20(6):732–5.
54. Liebschutz JM, Rothman EF. Intimate-partner violence--what physicians can do. *N Engl J Med*. 2012 Nov 29;367(22):2071–3
55. McLay W.D.S. *Clinical Forensic Medicine*. 2nd ed. London, Greenwich Medical Media, 1996.
56. Narula A, Agarwal G, McCarthy L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. *Fam Pract*. 2012 Oct;29(5):593–600.
57. Popović V, Atanasijević T i sar., *Sudska medicina, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu*, 2009.
58. Poseban izveštaj o situaciji porodičnog nasilja nad ženama u Srbiji, Izveštaj zaštitnika građana, Beograd, 2011.
59. Priručnik za polaznike/ce treninga za sistematizovanu podršku u postupanju, prevenciji i zaštiti od nasilja u porodici, UNDP, Program za rodnu ravnopravnost
60. Saukko P, Knight B. *Knight's Forensic Pathology*. London: Edvard Arnold (Publishers) Ltd, 2004.
61. Savić S. Značaj kliničkog sudskomedicinskog pregleda za dokazivanje nasilja u sudskom postupku. *Tužilačka reč* 2013; 23:50–62.
62. Savić S, Alempijević Đ. Dokumentovanje telesnih posledica nasilja nad ženama. U: *Nasilje nad ženama – moja profesionalna odgovornost (priručnik za praksu u zdravstvenim ustanovama)*. Grupa autora (urednik Stanislava Otašević) Autonomni ženski centar, Beograd, 2007; 73–88.
63. *Violence against women: an EU-wide survey*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.

64. Wester W, Wong SL, Lagro-Janssen AL. What do abused women expect from their family physicians? A qualitative study among women in shelter homes. *Women Health*. 2007;45(1):105–19.
65. Campbell, J.C.: Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*; 359: 1331–36 (2002)
66. Opšti protokol o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija u situacijama nasilja u porodici i u partnerskim odnosima zapošljavanje i socijalnu politiku, Beograd, 2013.
67. Nasilje nad ženama i posledice po zdravlje, Centar za promociju zdravlja žena, Beograd, 2005
68. Poseban protokol o postupanju centara za socijalni rad – organa starateljstva u slučajevima nasilja u porodici i ženama u partnerskim odnosima
69. Poseban protokol o postupanju policijskih službenika u slučajevima nasilja nad ženama i u partnerskim odnosima
70. Poseban protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju
71. Prikaz postupanja obrazovno-vaspitnih ustanova u slučajevima nasilja nad devojčicama i porodičnog nasilja
72. Watts, Charlotte (2008), Monitoring and Evaluation of IPV Prevention Programmes: Lessons from the IMAGE and SASA! Studies, Presentation at the technical seminar on Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence organized by the interagency Gender working group, Washington D.C. (Watts 2008)
73. Graham, D. L. R., Rawlings, E. Survivors of terror; Battered women, hostages, and the Stockholm syndrome. In Yllo, K., & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 217–233). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.(1988)

