Primena protokola Ministarstva zdravlja za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju u kliničkoj praksi

Application of the protocol of the Ministry of health for protection and treatment of women facing violence in clinical practice

Snežana B. Knežević¹, Ivan Gajović¹

1. Dom zdravlja "Kraljevo", Kraljevo

PRIMLJEN 31.10.2015.

PRIHVAĆEN 22.09.2016.

Snezana B Knezevic¹, Ivan Gajovic¹

1. Community Health Centre "Kraljevo", Kraljevo, Serbia

RECEIVED 31.10.2015.

ACCEPTED 22.09.2016.

APSTRAKT

Nasilje nad ženama je svaki vid rodno zasnovanog nasilja koje može da ima za posledicu fizičku, psihičku ili seksualnu povredu ili patnju žene, uključujući pretnje takvim radnjama, ograničenje ili proizvoljno lišavanje slobode, bez obzira da li se dešava u sferi javnog ili privatnog života. Najčešći oblik nasilja nad ženama je rodno zasnovano nasilje, odnosno nasilje gde je počilac muški intimni partner. Nasilje je problem javnog zdravlja, a ne privatni problem. Zdravstveni radnici mogu imati ključnu ulogu u prepoznavanju i identifikovanju nasilja. Zdravstvene ustanove su često prva institucija kojoj se žene žrtve nasilja u porodici obraćaju. Ipak, otkrivanje nasilja među njima se najčešće tretira kao sporadična dužnost a ne kao profesionalna obaveza. Posebni protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju na snazi je od 2011. god. Dokument definiše postupke i precizira uloge zdravstvenih radnika, standardizuje medicinske procedure što predstavlja olakšanje u svakodnevnom radu jer nedostaje znanja i literature o ovom fenomenu. Zdravstvene ustanove treba da preporučenu dobru kliničku praksu pretvore u način rada svih zaposlenih kao i da sačine plan stalnog, sistematskog i kontinuiranog obučavanja i zaposlenih i korisnika usluga o pitanjima nasilja u porodici. Edukacija zaposlenih olakšava da se prepozna i dokumentuje nasilje, uputi žrtva na resurse u zajednici, prate posledice, smanji štetan uticaj po celokupno zdravlje i blagovremenom reakcijom sačuva život ženi.

Ključne reči: žena; izloženost nasilju; primarna prevencija; sekundarna prevencija; zdravstveno osoblje.

ABSTRACT

Violence against women is any form of gender-based violence that can result in physical, mental or sexual harm or suffering for women, including threats of such acts, limitation or deprivation of liberty, regardless of it occurring in their private life or in public. The most common form of violence against women is gender-based violence, i.e. where the perpetrator is the intimate male partner. Violence is a public health problem, not a private one. Healthcare professionals may have the key role in recognizing and identifying cases of such violence. Healthcare institutions are usually the first who victims of domestic violence turn to. However, recognizing violence among those victims is often treated as if it is an optional task, rather than as a professional obligation. The special protocol of the Ministry of Health of the Republic of Serbia for the protection and treatment of women who are subjected to violence was put into effect in 2011. The document defines how medical doctors ought to behave and what their role is, standardizes medical procedures, which overall makes tackling the issue less difficult since there is little knowledge and skill necessary for dealing with victims of violence. Healthcare institutions should turn this medical practice into the common way of working for everyone hired, as well as making a plan that focuses on the constant, systematic and continuing education on the matter for the medical doctors and patients. Education makes it easier for the doctors to recognize and document violence, refer the victim to community resources, follow the consequences and reduce the harmful effect on the health of the woman overall and may sometimes save the woman's life.

Key words: female; exposure to violence; primary prevention; secondary prevention; health personnel.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Snežana B Knežević, Dom zdravlja Kraljevo, Jug Bogdanova 62/7, 36000 Kraljevo, Tel: 0658817673, E-mail: lesta59@yahoo.com

Snezana B. Knezevic, Community Health Centre, Jug Bogdanova 62/7, 36000 Kraljevo, Serbia, Phone: +381658817673, E-mail: lesta59@yahoo.com

„Nasilje nad ženama je možda najsravnije kršenje ljudskih prava. Ono ne poznaje ni geografske ni kulturne granice, niti granice bogatstva. Sve dok se ono nastavlja, mi ne možemo tvrditi da činimo istinski pomak ka jednakosti, razvoju i miru.”

Kofi Annan, Generalni sekretar Ujedinjenih nacija

U današnje vreme, zaštita ljudskih prava, posebno zaštita od nasilja je vrlo važna oblast delovanja na svim nivoima. Ljudska prava i slobode su postali glavna tema o kojima se globalno diskutuje. Eliminacija svih oblika diskriminacije podrazumeva i borbu protiv nasilja u najširem smislu, počev od uličnog pa sve do rata u svim njegovim oblicima ali i sveprisutnog oblika koji predstavlja muško nasilje nad ženama. Taj vid nasilja se dešava u partnerskim vezama, u njihovoj privatnosti i intimi i do skora je posmatran kao privatni problem i država nije imala mehanizme da stane u zaštitu žrtve.¹

Detaljna studija Generalnog sekretara UN o nasilju nad ženama,² obuhvatila je 71 državu na svetu, i ono je registrovano kod 13–61% žena, u najvećem broju zemalja 23 i 49%. Podaci istraživanja iz deset država (ista istraživačka metodologija), govore da je fizičko nasilje od strane partnera doživelo 13–61% starosti od 15 do 49 god. a seksualno 6–59% žena. Počinioци nasilja koje je dovelo do smrti u 40–70% slučajeva su intimni partneri ubijenih žena. O psihičkom i emotivnom nasilju ima malo istraživanja, Studija SZO pokazuje prevalencu 20–75%.³ Incidence godišnjih stopa nasilja su različite zbog različitih metoda prikupljanja podataka međutim nema dileme da to nije „stranac koji vreba iza žbuna“ već da žene najčešće povredi, siluje ili ubije muškarac kog one poznaju i intimne su sa njim.⁴

Nasilje u porodici i u partnerskim odnosima je poznato svim kulturama i društvenim sistemima, oduvek i svuda. Prva ozbiljna i sistematična istraživanja ovog fenomena su počela 70tih godina, pod okriljem nevladinih organizacija,⁵ a 90tih godina je nasilje nad ženama počelo da se tretira kao kršenje ljudskih prava. Često se naziva rodno zasnovano nasilje, u skladu sa Deklaracijom o eliminaciji nasilja nad ženama.⁶

Pripadnost ženskom polu je glavni faktor rizika. Rasna, klasna, etnička, religiozna i nacionalna pripadnost, seksualna orijentacija, starost, fizički izgled kao i nivo obrazovanja nisu od presudnog uticaja da žena doživi iskustvo nasilja. Međutim, žene sa visokim obrazovanjem teže otvoreno govore o tome.⁷

Nasilje je posledica nejednake raspodele moći između muškarca i žene odnosno uvek je uzrokovano zloupotrebom moći i vršenjem kontrole nad članovima porodice koji raspolažu manjim resursima a u uslovima poverenja

i privrženosti. U većini društava muškarci su ti koji imaju znatno više moći: fizičke, ekonomske, socijalne, obrazovne i kroz društvene uloge. Zbog toga su najčešće žrtve nasilja u porodici: žene, deca, stara i bolesna lica kao i lica sa invaliditetom. Moć može da bude uvećana ili umanjena nekim stavovima, očekivanjima, predrasudama, običajnim ili religijskim praksama koje određuju „tipične“ karakteristike članova porodice. U porodicama uglavnom ne postoji balans moći, čak ni među partnerima. Moć se može upotrebiti za brigu, podršku, zaštitu, podsticanje razvoja članova porodice ili se može zloupotребiti za kontrolu, izolaciju, zastrašivanje, ucenivanje, ponižavanje, prinudu, pretnje i zlostavljanje.⁴

Akcentat je samo na nasilnim muškarcima a ne na svim osobama muškog pola. Nasilan muški partner je izabrao da se tako ponaša i smislio brojne načine da održi kontrolu nad ženom, da iznova demonstrira svoju moć i tako održava svoj autoritet. Takvi muškarci ne napuštaju svoje žene, koliko god da im ne odgovara partnerski odnos. Nasilnička relacija ne može da se odjasni time da on ne može da kontroliše svoj bes, jer postoji kontrola u drugim konfliktnim okolnostima. Besnim reakcijama, psihološkim maltretiranjem, emotivnim zlostavljanjem, povređivanjem i sličnim radnjama uspostavljanja i zadržava zadovoljavajuću kontrolu nad ženom.

Žene izložene nasilju nerado pričaju o tome. Razlozi su brojni, poput straha od nasilnika, ekonomske zavisnosti, kulturološkog obrazca tolerantnog na nasilje, brige za decu, straha od samoće, lojalnosti i emocionalnoj vezanosti sa nasilnikom, osećanja krivice, neprijatnosti, stida, poniženja, disfunkcionalnih porodičnih odnosa, nasilja pretrpljenog u detinjstvu, nedostatka poverenja u bilo koga, nedovoljno znanja o nasilju, sažaljevanja nasilnika i uverenja da će „to vremenom proći“, brige da će misliti da izmišlja, neinformisanosti da može pomoć potražiti u ordinaciji, nepovezivanja vlastitih simptoma i stanja sa nasiljem.⁸

Često se od žena može čuti da je i dalje sa nasilnim partnerom jer imaju zajedničku decu. Tu se ipak radi o strahu od partnera međutim prihvatljiviji su motiv deca kao osnovni razlog njenih nedoumica. Najrazličitiji su njeni razlozi ostajanja : nada za promenom, izolacija, društveno poricanje, barijere, opasnosti koje označava odlazak, ekonomska nesamostalnost. Izlazak iz nasilja je proces, sedam do jedanaest puta u proseku žene pokušaju da napuste partnera pre nego to i uspešno realizuju.⁷

VRSTE NASILJA

- Fizičko nasilje se definiše kao namerna upotreba fizičke sile sa mogućnošću da dovede do povrede ili oštećenja, uključujući (ali ne ograničavajući se na) širok spektar nasilnog ponašanja: guranje, šamaranje, drmsanje, povlačenje za kosu, udaranje nogama, ugrize, udaranje, upotreba ili pretnja upotrebom oružja (pištolja, noža ili drugog predmeta).

- Seksualno nasilje predstavlja seksualno zadirivanje, nepoželjne komentare, upotrebu sile, prisiljavanje ili fizičku intimizaciju od strane jedne osobe da bi prisilila drugu osobu na seksualne aktivnosti protiv volje, bez obzira da li je taj čin završen.

- Psihološko nasilje (ili zlostavljanje) odnosi se na konstantno omalovažavanje i ponižavanje od strane partnera, kao i zastrašivanje da će se izvesti bilo koja od gore navedenih radnji. Ovu vrstu nasilja nikako ne treba potcjenjivati. Ono može da ostavi još izraženije posledice po zdravlje žene, bez obzira na to da li je praćeno fizičkim nasiljem i povredama ili ne.

- Ekonomsko nasilje predstavlja ali ne isključuje i druge oblike: nejednaku dostupnost zajedničkih sredstava, onemogućavanje da radi ili da se obrazuje, sprečavanje vlasništva, prodaja stvari bez saglasnosti vlasnice itd.⁹

NORMATIVNI OKVIR

Brojna dokumenta kao što su Povelja Ujedinjenih nacija (1945), Bečka deklaracija i program za akciju (1993), Druga svetska konferencija u Kopenhagenu (1980), Konvencija UN o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW 1979), Deklaracija UN o eliminisanju nasilja nad ženama (DEVAW 1993), Pekinška deklaracija i platforma za akciju (1995), Milenijumska konferencija UN (2000), Svetska konferencija protiv rasizma, rasne diskriminacije, ksenofobije i odnosnim netolerancijama (2001) a u evropskom kontekstu Konvencija Saveta Evrope za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda (ECHR), Deklaracija o politikama za borbu protiv nasilja nad ženama u demokratskoj Evropi (1993), Rezolucija o potrebi ustanovljenja kampanje širom Evropske unije o nultoj toleranciji prema nasilju nad ženama (1997) i Preporuka o socijalnim merama u vezi sa nasiljem unutar porodice Komiteta ministara Saveta Evrope, Kampanja za borbu protiv nasilja nad ženama u Evropi Saveta Evrope (2004) kao i standardi Evropske unije u smislu nulte tolerancije nasilja nad ženama, Evropski parlament (2006) uslovili su promene u zakonodavstvu država članica i kandidata za članice kao i čitav niz sistemskih mera zaštite od nasilja u porodici.

Međunarodno pravo je bilo tako organizovano da nisu mogli jasno da se razgraniče javna i privatna sfera što je otežavalo odgovor države na nasilje nad ženama. Pod snažnim pritiskom ženskih pokreta koji su postavili zahteve za radikalno drugačijim pristupom u rešavanju ovog problema, što podrazumeva da se ovaj široko rasprostranjeni fenomen ne tretira kao „unutrašnja stvar porodice“ već kao ozbiljan društveni problem, u mnogim zemljama, uključujući i Srbiju, ovaj oblik nasilja postaje „vidljiv“ i prepoznatljiv. Nasilje u porodici je oblik diskriminacije ženskog pola. Svaka država ima ustavnu i pravnu zaštitu od diskriminacije.¹⁰

Ustav Republike Srbije pruža garanciju svojim građanima u oblasti ljudskih prava, između ostalog i pravo na rodnu ravnopravnost.¹¹ Porodično nasilje je u Srbiji prvi put sankcionisano u Zakonu o izmenama i dopunama Krivičnog zakona Republike Srbije, članovi 118, 194 i 332,¹² u Porodičnom zakonu,¹³ član 197 i Prekršajnom zakonu, član 61.¹⁴ Pored donošenja zakona koji se odnose na nasilje u porodici, Zakona o ravnopravnosti polova,¹⁵ Zakona o zabrani diskriminacije,¹⁶ Zakona o socijalnoj zaštiti,¹⁷ u toku je inicijativa da se u Zakon o prekršajima i Zakon o javnom redu i miru uvede kao poseban prekršaj nasilje u porodici. Vlada R Srbije je 2011. godine usvojila Nacionalnu strategiju za sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u porodici i u partnerskim odnosima za period 2010-2015. god.¹⁰ Pod okriljem Ujedinjenih nacija u R Srbiji se od 2012. godine sprovodi projekat „Integrisani odgovor na nasilje nad ženama u Srbiji“, radi unapređenja institucionalnog odgovora na počinjeno nasilje. Publikacija „Multisektorska saradnja-institucionalni odgovor na nasilje nad ženama“ predstavlja zainteresovanoj javnosti i službama podrške institucionalne smernice za delovanje profesionalnog osoblja u sistemu zaštite, kao i okvir saradnje u kome su jasno definisani postupci i dužnosti unutar svakog od zainteresovanih resora (Opšti protokol o postupanju i saradnji ustanova, organa i organizacija).⁵

Usvajanjem Posebnog protokola Ministarstva zdravlja R Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju (2011) zdravstveni sistem postaje partner u rešavanju ovog problema. Protokolom se obezbeđuje unapređenje i poboljšanje zdravstvenih usluga, zdravstveni radnici su dobili vodič koji im pomaže da prepoznaju i dokumentuju nasilje, upute žrtvu na resurse u zajednici i prate posledice, pružajući kontinuiranu pomoć, omogućeno im je da pruže standardizovanu zaštitu žena.⁹

ULOGA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Zdravstvene ustanove su te koje treba da stvore uslove u kojima svi zapošljeni nasilje nad ženama tretiraju kao i druge probleme od većeg socio-medicinskog značaja, poput hroničnih nezaraznih bolesti. Nasilje je faktor rizika za zdravlje poput zloupotrebe alkohola, pušenja, nepravilne ishrane i fizičke neaktivnosti. Informisanost je osnovni uslov koji treba ispuniti, kako svih korisnika zdravstvenih usluga tako i zaposlenih u ustanovi, kroz edukaciju kadra za poslove na otkrivanju nasilja, dokumentovanju, pružanju pomoći, evidentiranju, praćenju i pružanju podrške žrtvama nasilja u porodici.⁷

Zdravstveni radnici mogu sresti žrtvu porodičnog nasilja na više načina.¹⁸ Najpre kada ona traži pomoć neposredno posle fizičkog napada. Zatim kada dolazi zbog psihosomatskih tegoba ili zdravstvenih problema koji su posledica dugotrajnog nasilja. Žene koje trpe nasilje u porodici dvostruko češće navode bolove koji nemaju patološki supstrat. Problem mentalnog zdravlja i psihosomatske tegobe su takođe učestaliji.

U ordinacijama Primarne zdravstvene zaštite kao i specijalističkim službama poput ginekologije, pedijatrije i psihijatrije svaka sledeća poseta je nova mogućnost da se ponovo opservira i postavljaju pitanja, žena otvori i prihvati razgovor o tome, dok u službama Hitne medicinske pomoći, gde se radi o jednokratnim posetama mora promptno da se reaguje jer žrtva nasilja može neprimećeno da prođe kroz zdravstveni sistem i jednom propuštena prilika za uspešnu intervenciju se možda neće ponovo ukazati.^{19,20,21}

Žene koje učestalo posećuju zdravstvene ustanove nisu imale priliku da govore o svom iskustvu nasilja jer im jednostavno pitanje o tome nije ni postavljeno. Na taj način one prolaze neotkrivene pored zdravstvenih radnika (od sto žena koje su doživele nasilje samo pet je identifikovano).^{7,22}

Razlozi zbog kojih lekari ne pitaju mogu se podeliti na lične i profesionalne. Ističu se sledeći razlozi:

- U odsustvu dovoljne informisanosti lekar očekuje da će žena sama da izloži tu vrstu problema poput ostalih tegoba u anamnezi
- Nije vešt za tu vrstu razgovora
- Nedostaju odvojene prostorije u kojima se može obezbediti privatnost
- Kada započne razgovor, nedostaje veština vođenja istog
- Ne prepoznaje simptome nasilnog odnosa, ne zna posledice

- Ne zna ništa o fenomenu nasilja i njegovoj rasprostranjenosti
- Smatra da oblast za koju ne postoje standardne metode u dijagnostici nije od značaja
- Boji se da postavljanjem privatnih pitanja ne uvredi ženu
- Strahuje da nije vešt da vodi konverzaciju u željenom pravcu
- Identifikuje se sa pacijentkinjom jer je i sam žrtva nasilja ili nasilnik
- Smatra da to nije njihova obaveza.²³

DOBRA PRAKSA U KLINIČKOM RADU

Dobra klinička praksa podrazumeva najpre ne naškoditi žrtvi kao i ne dovesti u opasnost zaposlene u zdravstvenoj ustanovi, zatim identifikovanje i potvrdu nasilja, odgovor na zdravstvene posledice nasilja, dokumentovanje nasilja, procenu bezbednosti, razvijanje bezbedonosnog plana, upućivanje na resurse u zajednici i završetak razgovora u podržavajućem tonu.

Indikatori nasilja :

- anamneza: hronični bolovi bez patološkog supstrata (glavobolje, abdominalni bolovi, bol u sredogrudi, lumbalna regija, zglobovi, mala karlica), hronična stanja (GIT manifestacije, nervozna creva, obstipacija, psihosomatske tegobe), seksualno prenosive bolesti i rizična ponašanja, prekidi trudnoće, egzacerbacija hroničnih bolesti, tegobe u usnoj duplji, neslaganje sa preduzetim lečenjem i učinkom lekova.
- fizikalni nalaz: sve povrede, opekotine, znaci seksualnog zlostavljanja, centralno raspoređene povrede, povrede podlaktica (tzv. odbrambene povrede), lokalizacija povreda na članku ruke ili noge, modrice u različitim stadijumima.
- psihološki simptomi: nesanica, poremećaji spavanja, depresija i suicidalne ideje, uznemiranost i napadi panike, poremećaji ishrane, zloupotreba lekova, psihoaktivnih supstanci i duvana, PTSP.^{18,24}
- indikatori ponašanja: naknadno traži medicinsku pomoć, učestalo dolazi, upadljivo ponašanje tokom pregleda, naglašavanje muškarčevog temperamenta, oklevanje dok je on u blizini, njegovo insistiranje da bude i on u ordinaciji, previše brižno ili agresivnost muškarca, podaci o zlostavljanju deteta u tom domaćinstvu.

U svakodnevnom radu treba stvoriti adekvatne uslove za razgovor, poštujući privatnost žrtve i obavezno bez prisustva drugih osoba. Ukoliko odbija da govori o tome, ne treba insistirati jer nije spremna. Treba je osnažiti, ohrabriti i biti obazriv. Zdravstveni radnik aktivno sluša, bez intimizacije, sa empatijom, ne ispituje, naređuje i ucenjuje, ne daje savete, ne nudi gotova rešenja, jer bi tako sebi pripisivao moć, poštuje samostalnost žene, veruje joj, ne okrivljuje je, ne opravdava nasilnika, oslonac joj je za budućnost, saveznik, pruža joj potrebne informacije, nikako ne umanjuje značaj nasilja, ne osuđuje je već poštuje i prihvata. Jedino na taj način šalje adekvatnu poruku da nije neutralan, da žena nije kriva za nasilje koje trpi, da nije ona pogrešila i da je za njega isključivo kriv nasilnik.

Nema standardne grupe pitanja koja se postavljaju pacijentkinji već se postupa u skladu sa trenutnom situacijom i ispoljavanjem nasilnog ponašanja. Najpre se postavljaju indirekta pitanja da bi se u daljem razgovoru nastavilo sa direktnim pitanjima.

Predlog indirektnih pitanja:

- Ne odnosi se na Vas, međutim često u ordinaciji vidim slučajeve nasilja u porodici.
- Pošto je partnersko nasilje česta pojava, šta Vi mislite o tome?
- Ne dopada mi se priroda ovih Vaših povreda.
- Da Vas neko nije možda udario?
- Često se ovakvi znaci vide kod žena koje trpe nasilje

Predlog direktnih pitanja:

- Bojite li se svog muža?
- Da li Vas je skorije partner fizički povredio, ošamario, gurnuo, udario, šutnuo?
- Jeste li skorije ponižavani, uvređeni, kontrolisani od strane partnera?
- Jel Vam pretio?

Ukoliko je odgovor pozitivan slede dodatna pitanja:

- Da li bi želeli pomoć zbog toga?
- Hoćete da pozovemo policiju, centar za socijalni radi / ili nekog drugog?²⁵

Zdravstveni radnik ne insistira na potvrdi nasilja. U svojoj aktivnosti poštuje ženinu autonomiju/odluku. Kada se radi o zlostavljanju u porodici sa teškom telesnom povre-

dom, upotrebi vatrenog i drugog oružja, opasnog oruđa i drugo, nasilja nad maloletnim licem ili je došlo do smrtnog ishoda kao i silovanja, lekar je obavezan da prijavi.¹² U svim ostalim slučajevima on šalje jasnu poruku da osuđuje nasilje i ostavlja mogućnost da, kada bude spremna, žena slobodno može govoriti o svojoj situaciji nasilja. Razgovor treba voditi u podržavajućem tonu, poštujući poverljivost informacija dobijenih od žrtve.

Poželjne izjave, koje neće dodatno da stigmatizuju žrtvu su sledeće:

- Žalim jer što vam se to dešava
- Nasilje nije Vaša krivica
- Nasilje je isključivo odgovornost nasilnika
- Niko nema prava da vas zlostavlja
- Nasilje je krivično delo
- Niste sami, ako želite možete da dobijete pomoć, mogu vam reći kome možete da se obratite
- Zlostavljanje ima ozbiljne posledice po zdravlje
- Zabrinut/a sam za vašu bezbednost

Primer korektne izjave na kraju razgovora sa žrtvom:

„Ja ću dokumentovati sve što se tiče toga koje posledice na Vaše zdravlje je ostavilo nasilje. I pokazaću Vam sve što sam zapisala/o, jer su to tragovi po Vaše zdravlje, radi se o vašem životu. Znači da je neophodno prijaviti nasilje u partnerskom odnosu. To je zakonska obaveza, i za vas i za mene. Najdelotvornije je da to učinimo zajedno. Prijava se vrši policiji, tužilaštvu i Centru za socijalni rad.⁹ Najvažnije je prijaviti policiji, jer će se tako situacija nasilja zaustaviti. Mogu pričekati da se u narednim danima za to pripremite i biću uz vas (napomena: čekanje ne važi za teške telesne povrede koje se moraju prijaviti odmah). Kažite mi šta vam je potrebno da u narednim danima ojačate da možete da date iskaz u institucijama. Međutim, ako vas partner životno ugrozi do tada, svakako ćemo prijaviti policiji, bilo vi ili ja. Zbog toga, predlažem da se usredsredimo da napravimo bezbedonosni plan, da postepeno započnemo da gradimo osećaj sigurnosti”⁷.

SKRINING NA NASILJE

U literaturi se mogu naći dva paralelna termina: skrining na nasilje i pitati o nasilju. SZO u svojim preporukama za zdravstvene radnike predlaže da što veći broj žena, treba rutinski pitati o iskustvu nasilja, kao sastavnom delu pregleda.²⁶ Ukoliko zdravstveni radnik posumnja da je žena žrtva nasilja, postaviće pitanja koja bi navela ženu da se oslobodi

I počne o tome da govori i to bi bio selektivni skrining. Rutinski skrining na nasilje ima svoje pristalice i oponente. Razlog koji ide u prilog rutinskom skriningu, kojim bi bile obuhvaćene sve osobe ženskog pola iznad 14. godina pri svakoj poseti, kao deo prijemnog statusa je što bi se tako povećala proporcija otkrivenog nasilja a samim tim i broj žena kojima se može pomoći. Rutinski skrining ispunjava svoju svrhu ukoliko prati preventivne intervencije kojima se može pomoći ženi čim se otkrije nasilje u porodici. Odluka o vrsti skrininga prepušta se svakoj pojedinačnoj zdravstvenoj ustanovi, koja će to definisati u zavisnosti od sopstvenih načela a u skladu sa konkretnim prilikama i raspoloživim materijalnim mogućnostima za pomoć ženama.^{3,27}

DOKUMENTOVANJE NASILJA

Dokumentovanje nasilja je od presudnog značaja za žrtvu. Da bi se izbegla neujednačenost i nepotpunost pregleda žrtve, šturost i nečitkost u vođenju evidencije u zdravstvenim kartonima, neadekvatni lekarski izveštaji, bez odgovarajućeg opisa povreda, shema i fotografija, pored upisivanja anamneze i objektivnog nalaza u zdravstveni karton, uveden je jedinstven Obrazac za evidentiranje i dokumentovanje nasilja (prilog u Posebnom protokolu).⁹ Na prvoj strani obrazca se nalaze opšti podaci kao i razlog posete, na drugoj je prostor za opis vrste nasilja i istorije zlostavljanja, sledeća je predviđena za detaljan sudskomedicinski opis povreda a na poslednjoj se nalazi tabela za procenu rizika. Popunjava se čitko, detaljno i razumljivo, sudskomedicinskim opisom povreda, unose se specijalistički izveštaji, rezultati laboratorijskih testova, rentgen snimci, rezultati ostalih dijagnostičkih procedura, fotografije povreda kao i psihičko stanje pacijentkinje. Evidentiraju se u zdravstvenu dokumentaciju šifre Y05.0-Y07.0 po MKB 10 Kvalifikaciji bolesti i stanja,²⁸ upisuje gde je upućena, kada je zakazan kontrolni pregled a obrazac se ulaže u zdravstveni karton žrtve, gde stoji i može biti iskorišćen kao dokazni materijal u toku sudsko medicinskog veštačenja. To je validan pokazatelj vrste i težine nanešenih povreda tako da predstavlja važan, ne tako retko i odlučujući dokaz o pretrpljenom nasilju. Svako nasilje kao i sumnja na nasilje se evidentira na taj način, bez obzira da li žena pokazuje spremnost ili ne da pokrene sudski postupak u tom trenutku. Ukoliko ne dokumentuje povrede na adekvatan način, zdravstveni radnik krši pravo pacijenata i na taj način indirektno opravdava i odobrava počinjeno nasilje. Na poziv suda tokom sudskog postupka žrtve nasilja, lekar je u obavezi da se kao svedok odazove pozivu.¹² Poverljivost razgovora, podataka i dokumenata se podrazumevaju.

PROCENA BEZBEDNOSTI

U određenom broju slučajeva, nasilje u partnerskom odnosu se može završiti i ubistvom žene. Stoga je je uvek neophodno izvršiti procenu njene bezbednosti. Primeri konkretnih pitanja za procenu ugroženosti su:

- Da li se plašite da će Vas muž/partner ponovo povrediti?
- Da li Vaš muž/partner zna da ste došli na pregled?
- Da li je Vaš muž/partner pretio da će povrediti sebe/Vas/decu?
- Da li se osećate bezbednom da odete kući ili na posao?
- Da li je agresivnom ponašanju Vašeg muža/partnera prethodila upotreba alkohola ili droge?²⁹

Ukoliko je žena makar na jedno pitanje odgovorila potvrdno, zdravstveni radnik procenjuje da je žena u neposrednoj životnoj opasnosti u kom slučaju treba da se razvije bezbedonosni plan. Aktivnosti u tom pravcu podrazumevaju da se pozove policija ukoliko žena to želi (poštovanje njene autonomije), pita o tome da li ima gde da ode ukoliko se nasilje ponovi i eskalira, daju joj se brojevi telefona i adrese službi koje pružaju zaštitu, ukaže joj se na postojanje sigurnih ženskih kuća, SOS telefona, nevladinih organizacija. Uspostavljeni mehanizmi postupanja i koordinacije kroz multisektorsku saradnju na lokalnom nivou između zdravstvenog sistema, policije, Centara za socijalni rad, tužilaštva, nevladinih organizacija i aktiva škola obezbeđuju efikasnu komunikaciju i funkcionalan sistem za pružanje pomoći.⁵

PREPORUKE ZA EFIKASNU PRIMENU POSEBNOG PROTOKOLA

Sistem obrazovanja lekara, srednjeg medicinskog kadra i zdravstvenih saradnika je podrazumevao minimalno i nedovoljno sticanje znanja i veština iz oblasti nasilja nad ženama. U njihovom praktičnom radu takođe nedostaju načini za edukaciju o tom problemu. Nedostaje i odgovarajuća domaća literatura. Kada se neki fenomen poput ovog ne poznaje dovoljno, sasvim očekivano se i ne prepozna rutinski u svakodnevnom radu, pogotovo kada žena nije motivisana da o tome otvoreno i spontano govori. Do donošenja protokola nije postojala usaglašenost u načinu objektivnog pregleda pacijentkinje kao i dokumentovanju rezultata pregleda, što je često vodilo neupotrebljivoj medicinskoj dokumentaciji za tužilaštvo i sudstvo. Kada se tome doda objektivni nedostatak vremena zdravstvenih radnika, događalo se da zbog neodgovarajućih lekarskih uverenja ne može da se dokaze na sudu nasilje u porodici.⁷

Mitovi i predrasude je neophodno da se razbijaju. To se najbolje postiže pružanjem informacija, počev od porodice preko vrtića i škola, putem svih medija, na tribinama i javnim skupovima. Zdravstveni radnici treba svojim stavom i znanjem da prednjače u zagovaranju nulte tolerancije nasilja. Da bi u tome bili uspešni, neophodno je da ovladaju odgovarajućim znanjem o nasilju u porodici, da pruže doprinos u primarnoj prevenciji, budu edukovani a zatim da edukuju pacijente, upoznaju se sa mogućnostima pomoći žrtvama u svojoj ustanovi i sredini u kojoj žive i rade. Poseban protokol je obavezujući i neophodno je da se obezbedi njegova primena na svim nivoima zdravstvenih ustanova.⁹

Zdravstvene ustanove treba da sačine plan stalnog, sistematskog i kontinuiranog obučavanja zaposlenih o pitanjima nasilja u porodici sa što većim obuhvatom istih kroz specijalizovane akreditovane kurseve i treninge. Novostečena znanja treba da se implementiraju u svakodnevnu praksu. Neophodne su evaluacije rada i praćenje trajanja pozitivne promene. Za zdravstvene radnike edukacija, posebno kontinuirana medicinska edukacija je najbolja opcija za razbijanje predrasuda i način da se stekne neophodna rutina u radu.³⁰ Cilj takvih obuka je informisanost, podizanje nivoa svesti, sticanje odgovarajućih veština za postupanje sa ženama koje trpe nasilje a nije beznačajno ni sticanje bodova u aktuelnom licencnom periodu. Taj moment značajno utiče na masovnost uključenih zdravstvenih radnika. Edukacija edukatora je ideja koja počiva na pretpostavci da svoja novostečena znanja veštine zdravstveni radnici prenose ostalim kolegama. Obrazovanje bazirano na pristupima i principima sadržanim u međunarodnim dokumentima, na naučnim i stručnim saznanjima i iskustvima, kao i na obuci za konkretne postupke i procedure.³¹ Svi zapošljeni treba da prođu bazični trening za primenu Protokola, koji treba da bude promovisan na stručnim sastancima. Svaka zdravstvena ustanova treba da ima lice zaduženo za sprovođenje Protokola.

Zdravstvene ustanove treba da obezbede prioritetan prijem žrtava nasilja u porodici i kada kod sebe nemaju zdravstvenu knjižicu. Trijažni list može da bude anonimno popunjen. Protokol prijema žrtve nasilja poštuje njenu privatnost i popunjava se samo inicijalima.

Brošura, u formi informatora ili imenika, kao i Poseban protokol treba da se nalaze u svakoj ordinaciji. Imenik sadrži brojeve telefona institucija kojima se žrtva nasilja može obratiti za pomoć (Centra za socijalni rad, policija, tužilaštvo, nevladine organizacije, pravna pomoć-mreža advokata, sigurne kuće). U sklopu povećanja svesti o nultoj toleranciji nasilja, preporučuje se isticanje tematskih postera na vidljivo mesto u zdravstvenim ustanovama (čekaonice, hodnici i slično). Pamfleti u različitim formatima, edukativni materi-

jal, brošure, agitke, adrese i brojevi telefona resursa u zajednici za pružanje pomoći su preduslov za uspešnu primenu Protokola.⁹

Multisektorska i multidisciplinarna saradnja među institucijama na lokalnom nivou omogućava pravovremene i sveobuhvatne intervencije, bržu i bolju razmenu informacija kao i povećanje odgovornosti svakog od sistema.^{5,31}

ZAKLJUČAK

Put žrtava nasilja u porodici od trenutka kada reše da se sa njim izbore, pa dok ne dobiju odgovarajuću podršku je izuzetno težak. Odgovornost za njegovo skraćivanje u velikoj meri nose institucije u sistemu zaštite. Nijedan sistem ne može sam rešiti taj problem, međutim zdravstvo ima presudnu ulogu u prevenciji, identifikovanju, dokumentovanju i prijavljivanju nasilja nad ženama.

Da bi zdravstveni radnici uspešno radili sa žrtvama nasilja u porodici, neophodno je da se suoče sa ličnim i društvenim stereotipima, definišu jasno problem, prihvate to kao profesionalnu obavezu i građansku dužnost i poseduju odgovarajuće informacije a kroz obaveznu primenu Posebnog protokola, kontinuiranu medicinsku edukaciju i dostupnu literaturu. Jasan kurs menadžmenta zdravstvenih ustanova da se nedvosmisleno osudi nasilje nad ženama i aktivno radi na njegovom otkrivanju i prijavljivanju je neohodan faktor u uspešnoj primeni protokola. Osuda nasilja, uzimanje u obzir uticaja nasilja na zdravlje, blagovremena i adekvatna reakcija zdravstvenih radnika predstavljaju sastavni deo uspešnog lečenja žena žrtava nasilja u porodici.

LITERATURA

1. Nikolić Ristanović V. Međunarodni standardi o nasilju u porodici i njihova primena na Zapadnom Balkanu. Beograd: Prometej, 2006.
2. Ending violence against women: from words to action. New York: United Nations, 2006. (http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAWstudyE.pdf).
3. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005
4. Ignjatović T. Nasilje prema ženama u intimnom partnerskom odnosu: model koordiniranog odgovora zajednice. Beograd: Rekonstrukcija ženski fond, 2011.

5. Svi u borbu protiv nasilja nad ženama! Arhiva - novembar 2013. Beograd: Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja Republike Srbije, 2013. (<http://www.minrzs.gov.rs/lat/arhiva/vesti/novembar-2013>)
6. Declaration on the elimination of violence against women. 48/104. New York: United Nations, 1993.
7. Otašević S. Nasilje nad ženama moja profesionalna odgovornost. Beograd: Autonomni ženski centar, 2007.
8. Ganley AL, ed. Improving the health care response to domestic violence: a trainer's manual for health care providers. Family Violence Prevention Fund, 1998. (https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal_Health/HealthTrainerManual.pdf).
9. Posebni protokol Ministarstva zdravlja Republike Srbije za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju. Beograd: Ministarstv zdravlja Republike Srbije, 2009. (<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Ostalo/ProtokolMZRSZaZastituIPostupanjeSaZenamaKojeSuIzlozeneNasilju.pdf>).
10. Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje rodne ravnopravnosti u Republici Srbiji. Službeni glasnik Republike Srbije, 2009; 15/09.
11. Ustav Republike Srbije. Službeni glasnik Republike Srbije, 2006; 98/2006.
12. Krivični zakonik. Službeni glasnik Republike Srbije 2013; 85/05, 88/05, 107/05, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13.
13. Porodični zakon. Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 18/05, 72/11.
14. Zakon o prekršajima. Službeni glasnik Republike Srbije 2013; 65/13.
15. Zakon o ravnopravnosti polova. Službeni glasnik Republike Srbije 2009; 104/09.
16. Zakon o zabrani diskriminacije. Službeni glasnik Republike Srbije 2009; 22/09.
17. Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana. Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 24/11.
18. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Pamphlet NoAA 22:92-406 20M. Washington: AMA, 1992.
19. Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbell FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. J Gen Intern Med 1991; 6: 317-22.
20. Saunders DG, Hamberger LK, Hovey M. Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center. Arch Fam Med 1993; 2: 537-43.
21. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The Battering Syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 1995; 123: 737-46.
22. Rukavina I. Nasilje u obitelji i liječnik obiteljske medicine. U: Ajduković D, ur. Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju obiteljskog nasilja. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć i UNDP, 2010.
23. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. Journal of Family Violence 1999; 14: 99-132.
24. Jaffe P, Wolfe DA, Wilson S, Zak L. Emotional and physical health problems of battered women. Can J Psychiatry 1986; 31: 625-9.
25. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002; 325: 314.
26. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)
27. Hegarty K, Taft A, James-Hanman D, Johnson M, Feder G. Interventions for intimate partner violence. Lancet 2015; 385: 111-2.
28. Međunarodna klasifikacija bolesti: MKB-10, deseta revizija. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija, 1996.
29. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999. (<https://www.k4health.org/sites/default/files/L%2011.pdf>).
30. Lo Fo Wong S1, Wester F, Mol S, Lagro-Janssen T. "I am not frustrated anymore". Family doctors' evaluation of a comprehensive training on partner abuse. Patient Educ Couns 2007; 66: 129-37.
31. Nacionalna strategija za sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u porodici i u partnerskim odnosima Službeni glasnik Republike Srbije 2011; 27/11.