

Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Federalno ministarstvo zdravstva

**PRIRUČNIK ZA TRENING I EDUKACIJU
ZDRAVSTVENIH RADNIKA ZA POSTUPANJE
U SLUČAJEVIMA NASILJA U
PORODICI/OBITELJI**

**Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Federalno ministarstvo zdravstva**

**PRIRUČNIK ZA TRENING I EDUKACIJU ZDRAVSTVENIH
RADNIKA ZA POSTUPANJE U SLUČAJEVIMA
NASILJA U PORODICI/OBITELJI**

Sarajevo, 2009. godine

Autori:

Prim.dr Emira Tanović-Mikulec
Prim.dr Milan Mioković
Jasmina Čosić
Zlatan Hrnčić
Mirsada Poturković
Suvada Kuldija

Izdavač:

Federalno ministarstvo zdravstva

Za izdavača:

Prim. dr Safet Omerović

Lektura:

Udruženje mladih lingvisti i prevodilaca u BiH

Recenzenti:

Prim.dr Senadin Ljubović
Mr. sci dr Aida Pilav

DTP:

Zlatan Hrnčić

Štampa:

Cober d.o.o.

Tiraž:

1000 primjeraka

Godina izdanja:

2009.

CIP -Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo

364.4:[316.356.2:179.8(035)

PRIRUČNIK za trening i edukaciju zdravstvenih radnika za postupanje u slučajevima nasilja u porodici/obitelji / [autori Emira Tanović-Mikulec ... [et al.]. - Sarajevo: Federalno ministarstvo zdravstva, 2009. -72 str. : graf. prikazi; 21 cm

Bibliografija: str. 67-69

ISBN 978-9958-813-09-2

Tanović-Mikulec, Emira

COBISS.BH-ID 17782790

SADRŽAJ:

UVOD.....	5
1. POJAM NASILJA U PORODICI	6
1.1 Pojam nasilja.....	6
1.1.1 Vrste nasilja u porodici	6
1.1.2 Oblici nasilja.....	7
2. PREGLED MEĐUNARODNE I DOMAĆE PRAVNE REGULATIVE ZA NASILJE U PORODICI	8
2.1 Međunarodni pravni okvir	8
2.2 Domaći pravni okvir	12
2.2.1 Zakon o zaštiti od nasilja u porodici	12
2.2.2 Krivični zakon	13
2.2.3 Ostali značajni dokumenti koji su na snazi u Bosni i Hercegovini a u pojednim svojim segmentima reguliraju i oblast nasilja u porodici	14
3. ANALIZA aktivnosti i dimenzija problema	15
3.1. Analiza aktivnosti	15
3.2. Dimenzija problema.....	16
3.2.1 Globalno	16
3.2.2 Regionalno.....	17
4. FAKTORI RIZIKA I DINAMIKA NASILJA.....	18
4.1 Faktori rizika za nasilje u porodici.....	18
4.2 Dinamika nasilja	21
5. POSLJEDICE NASILJA	23
5.1 Posljedice nasilja u partnerskim odnosima	23
5.1.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje.....	23
5.1.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje	25
5.2 Posljedice nasilja nad djecom	27
5.2.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje.....	27
5.2.1.1. Sindrom tresenog djeteta (engl. <i>Shaken Baby Syndrom</i>)	27
5.2.1.2. Minhauzenov sindrom	28
5.2.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje	28
5.3. Posljedice nasilja nad starijim osobama	29
5.3.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje.....	29
5.3.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje.....	30

6. PREPOZNAVANJE SLUČAJEVA NASILJA	30
7. POSTUPANJE SA ŽRTVOM NASILJA.....	32
7.1 Intervju, pregled, skrining.....	32
7.2 Intervju i pregled.....	33
7.2.1 Nasilje u partnerskim odnosima.....	33
7.2.2 Nasilje nad djecom	34
7.2.2.1 Fizikalni pregled djeteta kod sumnje ne seksualno zlostavljanje....	35
7.2.3 Nasilje nad starijim osobama	36
7.3 Skrining	38
7.3.1 Uputstva za skrining na nasilje nad ženama u porodici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	40
8. DOKUMENTIRANJE NASILJA.....	55
8.1 Evidentiranje nasilja	56
8.2 Vođenje i čuvanje dokumentacije.....	56
8.3 Jedinstvena baza podataka o žrtvama nasilja i nasilnim osobama	57
9. PRIJAVLJIVANJE NASILJA.....	58
9.1 Obaveze i odgovornosti zdravstvenih radnika	58
10. SARADNJA SA NADLEŽNIM INSTITUCIJAMA I PRAVILNO UPUĆIVANJE ŽRTVE NASILJA U PORODICI	60
10.1 Aktivnosti policije	60
10.2 Aktivnosti Centra za socijalni rad.....	62
10.3 Aktivnosti NVO.....	64
10.4 SOS Telefon 1265.....	64
10.5 Sigurne kuće	65
10.5.1 Usluge koje pružaju sigurne kuće.....	65
LITERATURA	67
IZ RECENZIJA:	70

UVOD

Ovaj priručnik je namijenjen svim zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji se u svom radu susreću sa žrtvama nasilja u porodici. Izrada ovog priručnika predviđena je Strateškim planom za prevenciju nasilja u porodici za Federaciju Bosne i Hercegovine – 2009–2010 („Službene novine Federacije BiH“, broj 75/08).

Priručnik će biti osnova za edukaciju zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji prvi dolaze u neposredan kontakt sa žrtvom nasilja u porodici, kako bi se obezbijedio adekvatan zdravstveni tretman žrtve nasilja, pravovremeno registriranje slučajeva nasilja, prevencija i rana intervencija, koordinacija sa ostalim nadležnim službama i pravovremeno upućivanje na ostale nivoe zdravstvene zaštite. Priručnik je prvi korak ka uspostavljanju jedinstvenog modela postupanja sa žrtvama nasilja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na području Federacije Bosne i Hercegovine.

Osnovni ciljevi ovog priručnika su:

- Podizanje svijesti zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o problemu nasilja u porodici;
- Edukacija zdravstvenih radnika o postupanju u slučajevima nasilja u porodici;
- Podizanje svijesti o obaveznom prijavljivanju žrtve nasilja u porodici u skladu sa važećim zakonskim propisima;
- Unapređenje komunikacije i koordinacije sa nadležnim institucijama u oblasti nasilja u porodici.

Edukacija i treninzi zdravstvenih radnika za postupanje u slučajevima nasilja u porodici provodit će se u ustanovama primarne zdravstvene zaštite, tj. domovima zdravlja u Federaciji BiH i službama za hitnu medicinsku pomoć, a zdravstveni radnici koji će biti obuhvaćeni edukacijama i treninzima su: specijalisti porodične i opće medicine, specijalisti urgentne medicine, specijalisti pedijatrije i ginekologije, specijalisti psihijatrije i zdravstveni saradnici – psiholozi i socijalni radnici u centrima za mentalno zdravlje, kao i medicinske sestre / tehničari.

Pod pojmom zdravstveni radnik, doktor, pacijent, njegovatelj, bolesnik, stručnjak u zdravstvu, policijski službenik, socijalni radnik i sl. podrazumijevaju se osobe oba spola (npr. doktor/doktorica, bolesnik/bolesnica i dr.)

1. POJAM NASILJA U PORODICI

1.1 Pojam nasilja

Pojam nasilja u porodici¹ podrazumijeva bilo koje djelo koje nanosi fizičku, psihičku, seksualnu ili ekonomsku štetu ili patnju, kao i prijetnje takvim djelima, ili propuštanje dužnog činjenja i pažnje koje ozbiljno sputavaju članove porodice da uživaju u svojim pravima i slobodama na principu ravnopravnosti u javnoj ili privatnoj sferi života.

Nasilje u porodici, kao jedan od oblika nasilja, dugo se smatralo privatnom stvari i nije bilo tretirano kao javnozdravstveni problem. Nasilje u porodici ima značajan utjecaj na funkcionalnost i stabilnost porodice, ali i na zdravlje članova porodice sa brojnim posljedicama koje zahtijevaju dugotrajno liječenje i veliki angažman resursa u zdravstvu. Nasilničko ponašanje unutar porodice često može biti naučeni obrazac koji se prenosi kroz generacije, pa prema tome aktivnosti vezane za prevenciju i ranu intervenciju u slučajevima nasilja, pored pozitivnog utjecaja na očuvanje zdravlja i preveniranje bolesti u porodici, imaju i pozitivan učinak na ukupno zdravlje u društvu.

1.1.1 Vrste nasilja u porodici

Nasilje u porodici može biti prouzrokovano od bilo kojeg člana porodice, nad bilo kojim članom porodice, a najčešće se manifestira kao nasilje nad ženama u partnerskim odnosima, nasilje nad djecom i nasilje nad starijim osobama u porodici.

Nasilje u partnerskim odnosima je specifično, najčešće se dešava kao nasilje nad ženama, a definira se kao nastavak nasilnog ponašanja između bivših ili trenutnih partnera, koji su ostvarili prisne relacije, bilo da se radi o bračnoj ili izvanbračnoj zajednici.

Kada se govori o zlostavljanju djece, najsveobuhvatnijom možemo smatrati definiciju koju je dao Nacionalni komitet za zaštitu djece Velike Britanije, prema kojoj: „Zlostavljanje i zloupotreba djece predstavlja sve ono što članovi porodice, pojedinci, institucije, ili određeni procesi čine, odnosno ne

¹ Pod pojmom porodice u smislu Porodičnog zakona Federacije BiH („Službene novine Federacije BiH“, broj 35/05) smatra se životna zajednica roditelja i djece i drugih krvnih srodnika, srodnika po tazbini, usvojlaca i usvojenika i osoba iz vanbračne zajednice ako žive u zajedničkom domaćinstvu.

čine, a što direktno škodi djetetu i narušava njegove izgleda za zdrav i siguran razvoj ka odraslom životnom dobu.“.

Definiciju zlostavljanja starijih osoba razvila je britanska organizacija *Akcija protiv zlostavljanja starijih osoba*, koju je preuzela i Svjetska zdravstvena organizacija, a prema kojoj je „zlostavljanje starijih osoba pojedinačna ili ponovljena radnja, ili pak nedostatak odgovarajuće akcije koja je izostala u odnosima u kojima je očekivano povjerenje zbog čega je nastala šteta ili neprilika za osobu starije životne dobi.“. Odnosi koje karakterizira povjerenje značajni su, bilo da se radi o partnerima, primarnim njegovateljima, djeci, unucima, zdravstvenim i socijalnim radnicima, bližoj i daljoj rodbini, pomagačima u kući itd. Povjerenje starije osobe je ključno za pitanje zlostavljanja bez obzira da li se radi o rodbinskim, formalnim, neformalnim, prisnim ili profesionalnim odnosima.

Bez obzira na intenzitet i frekvenciju nasilja u porodici, ne postoji nivo nasilja koji bi se mogao smatrati društveno prihvatljivim.

1.1.2 Oblici nasilja

FIZIČKO NASILJE

Odnosi se na svaki oblik fizičkog zlostavljanja, bez obzira na to kojeg je pojavnog oblika i intenziteta te uključuje guranje, šamaranje, premlaćivanje, čupanje kose, udaranje rukama, nogama ili predmetima, nanošenje povreda različitim vrstama oružja, opekotine i dr. U fizičko nasilje spada i seksualno nasilje, kao što je silovanje i drugi oblici seksualnog zlostavljanja.

PSIHIČKO NASILJE

Odnosi se na oblike zlostavljanja s ciljem dobivanja moći i kontrole nad žrtvom. Razarajuće je za psihičko zdravlje i ličnost. Obuhvata različite zabrane, omalovažavanje, izolaciju, marginaliziranje problema, prijetnje, uvrede, podcjenjivanje, zastrašivanje, ucjene, kontrolu kretanja i dr. Psihičko nasilje je često mnogo teže od fizičkog jer dolazi do razaranja strukture ličnosti, a kao metod se često koristi izolacija osobe s ciljem manipulacije i prihvatanja stavova nasilne osobe. Ovdje spadaju i radnje usmjerene na osobe bliske žrtvi.

SEKSUALNO NASILJE

Obuhvata oblike tjelesnog i psihičkog seksualnog nasilja, a odnosi se na seksualno uznemiravanje i silovanje. Često se silovanje u partnerskim odnosima, naročito silovanje u braku, ne prepoznaje kao takvo zbog tradicionalnih stavova.

EKONOMSKO NASILJE

Obuhvata različite oblike ekonomske manipulacije, kao što su prijetnja ili stvarno uskraćivanje sredstava za život ili zabrana rada. Uključuje uskraćivanje i oduzimanje finansijskih sredstava, neplaćanje alimentacije i sve druge oblike ostavljanja žrtve nasilja bez sredstava za život.

2. PREGLED MEĐUNARODNE I DOMAĆE PRAVNE REGULATIVE ZA NASILJE U PORODICI

Danas, na početku 21. stoljeća, nasilje u porodici prepoznato je kao globalni problem koji bitno narušava temeljna ljudska prava članova porodice, ali i demokratizaciju i prosperitet društva. Brojne međunarodne organizacije kao što su Ujedinjene nacije, Svjetska zdravstvena organizacija, UNICEF, Vijeće Europe, posljednjih su godina intenzivno radile na razvijanju strateških dokumenata čiji je cilj sprečavanje i zaustavljanje nasilja u porodici. Zajedničko svim tim dokumentima je sljedeće:

- određenje nasilja u porodici kao društveno neprihvatljivog i kriminalnog ponašanja,
- poticanje zajedničkog i koordiniranog međusektorskog pristupa prevenciji i zaustavljanju nasilja u porodici na svim društvenim nivoima: od porodice, lokalne zajednice do državnog nivoa,
- stalni razvoj i unapređivanje usluga žrtvama nasilja u porodici, kao i
- naglašavanje potrebe razvoja programa usmjerenih na nasilnike.

2.1 Međunarodni pravni okvir

Ustavom Federacije Bosne i Hercegovine, članom II A. 2. (1) k.) i Amandmanom V utvrđeno je da će Federacija osigurati primjenu najvišeg nivoa međunarodno priznatih prava i sloboda utvrđenih u dokumentima navedenim u Aneksu ovog ustava. Kada govorimo o nasilju u porodici, u Aneksu Ustava Federacije BiH kao instrumenti zaštite ljudskih prava koji imaju pravnu snagu ustavne norme sadržani su, između ostalih, i sljedeći: Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima (1948.), Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda, i dopunski protokoli (1950.), Konvencija o nacionalnosti udatih žena (1957.), Europska socijalna povelja (1961.) i dopunski protokol 1, Međunarodna konvencija o eliminaciji svih vrsta rasne diskriminacije (1965.), Međunarodni ugovor o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966.), Međunarodna konvencija o eliminaciji svih vrsta diskriminacije žena (1979.), Konvencija protiv

mučenja i drugih vrsta okrutnog, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (1984.), Europska konvencija o sprečavanju mučenja, nehumanog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (1987.) i Konvencija o pravima djeteta (1989.).

Posebno su važne obaveze koje proizlaze iz Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima (1966.) i Konvencije o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama (poznatije kao CEDAW). Ovi međunarodni ugovori obavezuju zemlje potpisnice da, neovisno o rasi, boji kože, spolu, religiji ili bilo kojem drugom statusu, svim osobama na svom području garantiraju pravo na život i zabranu arbitrarnog lišavanja slobode (član 6.), zabranu mučenja i ponižavajućeg tretmana (član 7.), pravo na slobodu i sigurnost (član 9.), te pravo na jednaku pravnu zaštitu (član 26.). Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama obavezuje sve zemlje potpisnice na usklađivanje prava i propisa s odredbama Konvencije, kao i na uključivanje načela eliminacije diskriminacije žena u svoja zakonodavstva, te na ukidanje diskriminirajućih zakonskih propisa, običaja i prakse.

Konvencijom Ujedinjenih nacija o pravima djeteta (CRC), koja je usvojena 1989. godine i potpisana od strane 192 zemlje članice UN-a, zemlje potpisnice preuzele su obavezu sveobuhvatne zaštite prava djece među kojima se, između ostalih, ističe i zaštita djeteta od svakog oblika tjelesnog ili duševnog nasilja ili zlopotreba, zanemarivanja ili zapuštenosti, zlostavljanja ili iskorištavanja, uključujući i spolno zlostavljanje. Konvencija podiže prava djeteta na najviši nivo i obavezuje zemlje članice da se zalažu za potpuno ostvarivanje ovih prava.

Osim u navedenim dokumentima, definiciju nasilja nad ženama nalazimo i u Deklaraciji Ujedinjenih nacija o uklanjanju nasilja nad ženama iz 1993. godine, kojom se nasilje nad ženama opisuje kao: (...) *bilo kakav akt nasilja koje se temelji na rodu i spolu, a koji kao posljedicu ima, ili je vjerovatno da će imati, fizičku, seksualnu ili psihološku štetu ili patnju kod žena, uključujući prijetnje takvim radnjama, prisilu ili samovoljno lišavanje slobode, bilo u javnom ili privatnom životu.*

Nadalje, Pekinškom platformom za djelovanje, usvojenom na Četvrtoj svjetskoj konferenciji o ženama 1995. godine, nasilje u porodici određeno je kao (...) *bilo koji čin rodno baziranog nasilja koje rezultira, ili bi moglo rezultirati u fizičkoj, seksualnoj ili psihološkoj šteti i patnji žena, uključujući prijetnje takvim činom, prinudom ili samovoljnim lišavanjem slobode, u javnom i privatnom životu.*

Svjetska medicinska organizacija (WMA) je na svojoj 48. Generalnoj skupštini, održanoj u oktobru 1996. godine, usvojila Deklaraciju o nasilju u porodici kojom je pozvala sve nacionalne medicinske asocijacije da intenziviraju i prošire svoja nastojanja u rješavanju univerzalnog problema nasilja u porodici. Ovom Deklaracijom navodi se da *doktori moraju imati značajnu ulogu u prevenciji i tretmanu nasilja u porodici (...) da se kao građani, kao lideri u zajednici i medicinski eksperti mogu uključiti u lokalne i nacionalne aktivnosti za smanjenje nasilja u porodici*. Preporuke ove Deklaracije, između ostalog, navode i sljedeće: svi doktori trebaju biti adekvatno educirani o medicinskim, sociološkim, psihološkim i preventivnim aspektima svih tipova nasilja u porodici; doktori trebaju biti educirani da rutinski ispituju i prepoznaju znakove koji ukazuju na postojanje sadašnjeg ili prošlog nasilja; treba ih podstaći da osiguraju brošure, video trake i druge edukativne materijale za čekaonice i odjeljenja hitne pomoći koji će pacijentima ponuditi informacije o nasilju u porodici i informirati ih gdje mogu dobiti pomoć i savjet; doktori trebaju znati koje su to socijalne, općinske i druge službe koje mogu pružiti pomoć žrtvama nasilja, upućivati na njih i koristiti ih; trebaju biti posebno svjesni potrebe čuvanja povjerljivosti podataka u slučaju nasilja u porodici, kao i adekvatno educirani za dokumentiranje slučajeva nasilja; doktore treba podsticati da učestvuju u koordiniranim aktivnostima u zajednici kojima se pokušava smanjiti broj i posljedice nasilja u porodici.

Svjetska zdravstvena organizacija je na 49. zasjedanju Skupštine (1996.) donijela Rezoluciju WHA 49.25 „Prevenција nasilja: javnozdravstveni prioritet“ kojom je prepoznala nasilje kao vodeći javnozdravstveni problem širom svijeta.

Europska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama i njeni protokoli reguliraju zabranu diskriminacije po bilo kom osnovu, kao i zabranu mučenja koje je utvrđeno na način da *niko neće biti podvrgnut torturi, neljudskom ili ponižavajućem postupku ili kažnjavanju*. Potrebno je posebno istaknuti Protokol 12 o općoj zabrani diskriminacije iz 2003. godine, kojim se propisuje obveza ugradnje odredbi o zabrani diskriminacije u nacionalno zakonodavstvo te o zaštiti toga prava pred Europskim sudom za ljudska prava.

Također, Bosna i Hercegovina je u obavezi uvažavati i Preporuku Rec (2002)5 Odbora ministara o zaštiti žena od nasilja, kojom se nasilje nad ženama određuje kao: *(...) bilo koji čin nasilja utemeljenog na spolu, koji rezultira ili bi mogao rezultirati psihičkim, seksualnim ili psihološkim*

ozljedama ili patnjama žene, uključujući prijetnju, prisilu, ili arbitrarno oduzimanje slobode, bilo u javnom ili privatnom životu.

Vijeće Europe je 2007. i 2008. godinu posvetilo provedbi Kampanje za borbu protiv nasilja nad ženama uključujući i nasilje u porodici, te je pozvalo sve zemlje članice, **među kojima je i Bosna i Hercegovina, da se aktivno uključe u provedbu ove aktivnosti.**

Nasilje u porodici je ozbiljna povreda temeljnih ljudskih prava svakog člana porodice, a posebno žene, koja je najčešće izložena ovom riziku, te se u širem smislu može smatrati i kao povreda cijelog društva kao i budućih generacija. Ciljevi Kampanje su: među članicama Vijeća Europe podići svijest da je nasilje nad ženama povreda ljudskih prava te potaknuti građane da mu se suprotstave, poticati zemlje članice da osiguranjem odgovarajućih sredstava pokažu političku volju za postizanje konkretnih rezultata u okončavanju nasilja nad ženama, kroz zakone i nacionalne akcijske planove, uz puno uvažavanje preporuka Vijeća Europe Rec (2002)5 o zaštiti žena od nasilja, promovirati primjenu učinkovitih mjera za sprečavanje i borbu protiv nasilja nad ženama, kao i redovno nadgledanje postignutog napretka.

Iz svega navedenog proizlazi da je na međunarodnom nivou usvojen veliki broj dokumenata, deklaracija, rezolucija, političkih sporazuma, političkih smjernica, preporuka i praktičnih savjeta koji direktno ili indirektno tretiraju pitanje nasilja u porodici², a kojima se države obavezuju da poduzmu mjere i aktivnosti koje će osigurati sljedeće:

² Povelja Ujedinjenih naroda (1945.); Univerzalna deklaracija o pravima čovjeka (1948.); Konvencija o zabrani trgovine ljudima i iskorištavanju prostitucije drugih (1949.); Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda (1950.); Europska socijalna povelja (1961.) i Revidirana Europska socijalna povelja (1996.); Konvencija o pristanku na brak, minimalnoj dobi za brak i registriranju brakova (1962.); Konvencija o eliminaciji rasne diskriminacije (1965.); Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (1966.); Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1966.); Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (1979.) i opće preporuke UN Komiteta za eliminaciju svih oblika diskriminacije žena (br. 12. iz 1989. godine i br. 19. iz 1992. godine); Rezolucija o nasilju nad ženama (1986.); Konvencija o pravima djeteta (1989.); Europska konvencija o sprečavanju mučenja i nehumanog ili ponižavajućeg tretmana ili kažnjavanja (1989.); Pekinška deklaracija sa Platformom za akciju (1995.); Rezolucija o potrebi pokretanja kampanje širom Europske unije za nultu toleranciju prema nasilju nad ženama (1997.); Deklaracija UN-a o eliminaciji nasilja nad ženama (1999.); Milenijska deklaracija i milenijski razvojni ciljevi (2000.); Preporuka br. R (85) o nasilju u porodici; Preporuka br. R (2000) 1450 o nasilju nad ženama u Europi; Preporuka br. R (2001) 16 o zaštiti djece od seksualne eksploatacije; Preporuka br. R (2002) 5 o zaštiti žena od nasilja; Preporuka br. R (1582) o nasilju nad ženama u porodici; Preporuka br. R (2004) 1681 kampanja za borbu protiv nasilja u porodici; Preporuka br. R (90) 2 o socijalnim mjerama u vezi sa nasiljem u porodici; Rezolucija o borbi protiv muškog nasilja nad ženama (2006.); Mapa puta od 2006. do 2010. (Putokazi ka ravnopravnosti žena i muškaraca)

- usklađeno preventivno djelovanje svih subjekata u društvu (porodica, obrazovno-odgojne institucije, zdravstvo, sudstvo, organi sigurnosti, institucije u oblasti socijalne zaštite, nevladine organizacije i dr.) u cilju sprečavanja nasilja u porodici;
- primjenu međunarodnih standarda u domaćem zakonodavstvu;
- podizanje svijesti šire javnosti o problemima nasilja u porodici;
- kontinuiranu edukaciju svih subjekata koji učestvuju u procesu sprečavanja nasilja u porodici (članovi porodice, nastavno osoblje u svim školama, zdravstveni radnici, zaposleni u centrima za socijalni rad, policija, sudstvo, tužilaštvo, nevladine organizacije i dr.);
- postojanje jedinstvene statističke baze podataka o žrtvama nasilja kao i o nasilnim osobama;
- postojanje potrebnih servisa koji rade na prevenciji nasilja u porodici te pružaju pomoć žrtvi nasilja i nasilnoj osobi.

2.2 Domaći pravni okvir

2.2.1 Zakon o zaštiti od nasilja u porodici

Zakon o zaštiti od nasilja u porodici („Službene novine Federacije BiH“, br. 22/05 i 51/06) uređuje pojam porodice i nasilja u porodici, zaštitu od nasilja u porodici, vrstu i svrhu zaštitnih mjera za osobe koje su počinile radnje nasilja u porodici, način i postupak izricanja zaštitnih mjera, zaštitu žrtava od nasilja u porodici i način saradnje svih subjekata koji provode ovaj zakon.

Radnje nasilja u porodici prema ovom zakonu su:

- **svaka primjena fizičke sile ili psihičke prinude** na fizički ili psihički integritet člana porodice,
- svako postupanje jednog člana porodice koje može prouzrokovati ili izazvati opasnost da će prouzrokovati **fizičku ili psihičku bol** ili ekonomsku štetu,
- **prouzrokovanje straha ili osobne ugroženosti ili povrede dostojanstva** člana porodice ucjenom ili drugom prinudom,
- **fizički napad** člana porodice na drugog člana porodice, bez obzira na to da li je nastupila fizička povreda ili nije,

- **verbalni napad, vrijeđanje, psovanje**, nazivanje pogrdnim imenima te drugi načini grubog uznemiravanja člana porodice od drugog člana porodice,
- **seksualno uznemiravanje**,
- **uhodjenje** i svi drugi slični oblici uznemiravanja drugog člana porodice,
- **oštećenje ili uništenje zajedničke imovine** ili imovine u posjedu,
- **propuštanje dužne pažnje, nadzora** prema drugom članu porodice ili ne pružanje pomoći i zaštite tom članu porodice iako za to postoji obaveza prema zakonu i moralu što može imati za posljedicu ili osjećaj fizičke, psihičke ili ekonomsko-socijalne ugroženosti tog člana porodice.

Zakon izričito regulira obavezu prijavljivanja nasilja u porodici za zdravstvene i socijalne radnike, nastavnike, vaspitače, za medicinske, obrazovne i druge ustanove i organe, kao i za nevladine organizacije koji u obavljanju svoje dužnosti saznaju za učinjeno nasilje u porodici. Oni su dužni odmah po saznanju prijaviti učinjeno nasilje u porodici nadležnoj policijskoj upravi.

Učiniocima nasilja u porodici sud izriče jednu od sljedećih zaštitnih mjera:

- udaljenje iz stana, kuće ili nekog drugog stambenog prostora i zabrana vraćanja u stan, kuću ili neki drugi stambeni prostor,
- zabrana približavanja žrtvi nasilja u porodici,
- zabrana uznemiravanja ili uhodjenja osobe izložene nasilju,
- obavezni psihosocijalni tretman i
- obavezno liječenje od ovisnosti.

2.2.2 Krivični zakon

Krivični zakon Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH“, br. 36/03, 21/04 i 18/05) članom 222. definira svaki čin nasilja u porodici kao krivično djelo, bilo da ima psihološki, emocionalni, ekonomski ili fizički karakter. Ovim zakonom je jasno definirano da su zdravstveni radnici obavezni prijaviti slučajeve nasilja nadležnoj policijskoj upravi kada se radi o:

- teškim tjelesnim ozljedama,
- povredama koje su nanesene vatrenim oružjem, opasnim oruđem ili drugim sredstvom podobnim za nanošenje teških tjelesnih ozljeda,
- krivičnim djelima seksualnog kriminaliteta (silovanje, protuprirodni blud i dr.),

- nasilju u porodici (član 222. KZ FBiH).

Navedena krivična djela ljekari trebaju prijaviti, a u slučaju neprijavlivanja krivičnog djela mogu i sami prema članu 345. snositi krivičnu odgovornost: (...) *kaznit će se doktor medicine, doktor stomatologije, babica ili zdravstveni radnik, psiholog, notar i radnik socijalne zaštite, ako je krivično djelo učinjeno prema djetetu ili maloljetniku.*

2.2.3 Ostali značajni dokumenti koji su na snazi u Bosni i Hercegovini a u pojedinim svojim segmentima reguliraju i oblast nasilja u porodici:

- Zakon o ravnopravnosti spolova u Bosni i Hercegovini („Službeni glasnik BiH“, broj 16/03)
- Gender akcioni plan Bosne i Hercegovine, usvojen od Vijeća ministara (septembar 2006. godine)
- Rezolucija o borbi protiv nasilja nad ženama u porodici („Službeni glasnik BiH“, broj 15/08)
- Rezolucija o sprečavanju maloljetničke delikvencije i postupanju u slučaju nasilja među djecom i mladima („Službene novine Federacije BiH“, broj 10/08)
- Državna strategija za borbu protiv nasilja nad djecom 2007–2010 BiH („Službeni glasnik BiH“, broj 64/07)
- Strategija protiv maloljetničkog prestupništva u Bosni i Hercegovini (2006–2010), („Službeni glasnik BiH“, broj 14/08)
- Rezolucija o unapređenju zaštite porodice u Bosni i Hercegovini („Službeni glasnik BiH“, broj 50/09)
- Strateški plan za prevenciju nasilja u porodici za Federaciju Bosne i Hercegovine – 2009–2010 („Službene novine Federacije BiH“, broj 75/08)
- Strategija prevencije i borbe protiv nasilja u porodici za Bosnu i Hercegovinu za period 2009–2011 godine („Službeni glasnik BiH“, broj 70/09)
- Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica s djecom („Službene novine Kantona Sarajevo“, br. 16/02, 8/03, 2/06 i 21/06)
- Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica s djecom („Službene novine Tuzlanskog kantona“, broj 12/00)

3. ANALIZA aktivnosti i dimenzija problema

3.1. Analiza aktivnosti

Analizom stanja u oblasti nasilja u porodici na području Federacije Bosne i Hercegovine mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Na nivou Federacije BiH doneseni su propisi kojim se regulira oblast nasilja u porodici³; definiše se svaki čin nasilja u porodici kao krivično djelo⁴, što je osiguralo da nasilje u porodici postane javni, a ne samo privatni problem;
- U svim kantonima poduzimaju se određene aktivnosti vezane za nasilje u porodici i to u sljedećim oblastima: obrazovanje, zdravstvo, socijalna zaštita, sigurnost i pravosuđe;
- Prve korake u oblasti zaštite žrtava nasilja u porodici poduzele su nevladine organizacije;
- Prve zajedničke aktivnosti vladinog i nevladinog sektora u oblasti zaštite žrtve nasilja u porodici poduzete su na području Kantona Sarajevo⁵, što je rezultiralo i definiranjem žrtve nasilja u porodici kao kategorije korisnika socijalne zaštite⁶;
- Kanton Sarajevo je prvi izradio Priručnik za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: „Nasilje nad ženama u partnerskim odnosima“;
- Iskustva u radu Kantona Sarajevo (tzv. sarajevski model) djelimično se koriste na područjima Tuzlanskog, Hercegovačko-neretvanskog i Zeničko-dobojskog kantona;
- Federalni zavod za zapošljavanje pokrenuo je poseban program sufinansiranja zapošljavanja i samozapošljavanja osoba sa invaliditetom, te drugih teže zapošljivih grupa nezaposlenih osoba i žena žrtava nasilja;
- Nevladine organizacije koje se bave problematikom nasilja u porodici ostvarile su izuzetne rezultate u zaštiti žrtava nasilja i pružanju stručne pomoći nasilnim osobama te su prepoznati kao izuzetno važan partner vladinim institucijama u ovoj oblasti.

³ Krivični zakon Federacije BiH, Porodični zakon i Zakon o zaštiti od nasilja u porodici.

⁴ Član 222. Krivičnog zakona Federacije Bosne i Hercegovine.

⁵ Potpisani protokoli o saradnji nadležnih kantonalnih organa uprave i NVO „Fondacija lokalne demokratije“. Vlada Kantona Sarajevo donijela je u septembru 2007. godine Akcioni plan prevencije, zaštite i borbe protiv nasilja u Kantonu.

⁶ Zakon o socijalnoj zaštiti, zaštiti civilnih žrtava rata i zaštiti porodica sa djecom.

- Na području Federacije BiH, u pet kantona, egzistira šest 'sigurnih kuća'⁷ za pomoć i zaštitu žrtava nasilja u porodici. U njima se žrtvi nasilja prvenstveno pružaju sljedeće usluge: direktna fizička zaštita, psihosocijalna podrška, terapijski i savjetodavni tretman, pravna zaštita, savjetovanje žrtava nasilja, prevencija trgovine ljudima, ekonomsko osnaživanje žena, jačanje kapaciteta stručnjaka u institucijama, rad sa nasilnom osobom, medijske kampanje i dr.

3.2. Dimenzija problema

3.2.1 Globalno

Nasilje u porodici je globalno pitanje i nije ograničeno na određene religijske, klasne, kulturalne i etničke grupe. Veliki broj različitih studija i istraživanja u svijetu ukazuje na to da su uzroci ovog nasilja mnogobrojni. Pojava više različitih faktora odjednom može povećati mogućnost da će određene osobe biti nasilne prema članovima svoje porodice.

Mada su nerijetko i muškarci žrtve porodičnog nasilja, ipak su većina žrtava žene. Također, u slučajevima nasilja u porodici gotovo su uvijek žrtve i djeca, bilo direktno ili indirektno. Nasilje nad ženama je jedno od najozbiljnijih oblika kršenja ljudskih prava koji se zasnivaju na spolu. Bez obzira na pozitivne pomake u zakonodavstvu, politikama i praksi, ono se još uvijek dešava u svakoj od zemalja članica Vijeća Europe i na svim nivoima društva.

Studija Vijeća Europe iz 2006. pokazuje da je od 5 do 25 % žena iskusilo fizičko nasilje barem jednom u životu, a više od jedne desetine je pretrpjelo i seksualno nasilje. Procjenjuje se nadalje, da je između 12 i 15 % svih žena iznad 16 godina starosti pretrpjelo nasilje u porodici.

Vijeće Europe je poduzelo niz inicijativa za promociju zaštite žena od nasilja. U periodu 2006–2008. vođena je kampanja za suzbijanje nasilja nad ženama uključujući i nasilje u porodici kako bi se podigla svijest o tome da je nasilje nad ženama kršenje ljudskih prava i kako bi se promovirale provedbe mjera za efikasno sprečavanje i suzbijanje nasilja nad ženama u svim europskim zemljama.

⁷ Fondacija lokalne demokratije – Sarajevo, Udruženje građana „Medica” – Zenica, Udruženje žena „Vive Žene” – Tuzla, Udruženje „Žena BiH” – Mostar, Udruženje „Žene sa Une” – Bihać i Prihvatilište za žene i djecu u nevolji „Mirjam” Caritas – Mostar.

3.2.2 Regionalno

Srbija

Prema podacima Zavoda za statistiku Srbije, u 2008. godini zabilježen je porast broja slučajeva nasilja u porodici za tri puta u odnosu na 2004., a nasilje najčešće trpe žene. Stvarni broj slučajeva nasilja u porodici mnogo je veći, svaka druga žena trpi neki oblik psihičkog ili fizičkog nasilja u porodici, dok su počinioci u 90 posto slučajeva muškarci. Prema strukturi, porodično nasilje je najčešće između supružnika, zatim slijedi nasilje nad djecom, srodničko, a zatim nasilje djece nad roditeljima. Prema statističkim podacima u 2008. godini nasilje je zabilježeno u 5233 porodice. Ukupan broj žrtava nasilja bio je 7666, od tog broja djece je bilo 3112, a žena žrtava nasilja 3226.

Oružje ili oruđe u nanošenju povreda koristi 7,4 % nasilnika, i to najčešće pod utjecajem alkohola.

Hrvatska

Nasilje u porodici i dalje je konstanta u hrvatskom društvu. Tokom 2007. godine prekršajno je prijavljeno 17.391 osoba zbog nasilničkog ponašanja u porodici, što je za 14 % više nego 2006. godine. U prvoj polovini 2008. godine prijavljeno je 7478 počinitelja nasilja u porodici, što je dvostruko više u odnosu na sve godine od 2001. do 2006. Crne brojke o kojima svjedoče autonomne ženske kuće daleko su više od službene statistike i govore da je svaka četvrta žena izložena nasilju u porodici. Među žrtvama nasilja u porodici udio žrtava ženskog spola iznosio je 64,89 %. Najčešći počinitelji prekršaja bili su suprug nad suprugom u 27,49 % slučajeva, otac nad kćeri u 19,59 % slučajeva, sin nad majkom u 12,44 % slučajeva te izvanbračni partner nad izvanbračnom partnericom u 5,29 % slučajeva.

Federacija BiH

U Federaciji BiH nema sveobuhvatnih i pouzdanih podataka o problemu nasilja u porodici kada je u pitanju zdravstveni sektor.

Prema raspoloživim podacima kantonalnih ministarstava unutrašnjih poslova vidljivo je da se iz godine u godinu povećava broj prijavljenih slučajeva nasilja u porodici. Tako je u 2008. godini ukupan broj prijavljenih slučajeva nasilja u porodici bio 2272 što je za 101 % više u odnosu na podatke iz 2007. godine. Ukupan broj podnesenih izvještaja o počinjenom krivičnom djelu nasilja u porodici za 2008. godinu iznosio je 889 slučajeva, što je za 26 % više u odnosu na 2007. godinu.

U tabeli 1. prikazan je broj zaprimljenih tužbi i broj izrečenih presuda za krivično djelo nasilja u porodici od strane općinskih sudova u Federaciji Bosne i Hercegovine, za 2007. i 2008. godinu.

Tabela br.1.

PODACI OPĆINSKIH SUDOVA VEZANO ZA ČLAN 222. KRIVIČNOG ZAKONA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE		
	2007. godina	2008. godina
Broj primljenih tužbi	399	463
Broj pravosnažno izrečenih presuda	177	228
Broj nepravosnažno izrečenih presuda	73	61

4. FAKTORI RIZIKA I DINAMIKA NASILJA

4.1 Faktori rizika za nasilje u porodici

Individualni faktori rizika vezani za žrtvu:

- životna dob
- spol
- iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu i prisustvo nasilja u vlastitom domu
- stepen kognitivnog i fizičkog oštećenja kod djece i starijih osoba
- funkcionalna sposobnost kod djece i starijih osoba
- život sa mentalno bolesnim roditeljima
- seksistički stavovi o ulogama muškaraca i žena
- prisustvo problema vezanih za mentalno zdravlje
- Prijevremeno rođena djeca, djeca sa niskom porođajnom težinom, ili niskom vrijednošću APGAR-a imaju povećan rizik za zlostavljanje. (Uzrok je možda u početnoj pokidanoj vezi na relaciji dijete–majka zbog odvajanja djeteta od majke na rođenju.)

Osobe sa kognitivnim ili fizičkim oštećenjem pod većim su rizikom za nasilje; zdraviji imaju veće šanse da izbjegnu zlostavljanje nego oni lošijeg zdravlja. Postoje brojni dokazi koji dokumentiraju da se stepen stresa kod primarnih njegovatelja povećava sa pogoršanjem zdravstvenog stanja bolesnog člana porodice kojeg njeguju, a naročito ako se radi o starijim osobama s invaliditetom i djeci sa težim fizičkim i mentalnim oštećenjima. Značajan broj istraživanja ukazuje da su najčešće žrtve žene sa ozbiljnim zdravstvenim poremećajima i to u dobi od 75 godina ili starije, kada su u pitanju starije osobe; djeca do 5 godina i žene trudnice mlađe od 18 godina.

Individualni faktori rizika vezani za zlostavljača:

- spol
- ovisnost o alkoholu i drugim psihoaktivnim supstancama
- problemi vezani za mentalno zdravlje uključujući probleme vezane za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja
- socijalni problemi (socijalne restrikcije zbog uloge primarnog njegovatelja kada su u pitanju mala djeca i starije osobe, nezaposlenost, socijalna neprilagođenost)
- ekonomski problemi (nedostatak novca, nemogućnost obavljanja punog radnog vremena zbog njege starije osobe ili malog djeteta, nepostojanje stalnih vlastitih prihoda, itd.)
- Osobe koje su bile fizički zlostavljane kao djeca imaju veći rizik za moguće fizičko zlostavljanje svoje djece (teorije o transgeneracijskom prenošenju).

Kada je u pitanju nasilje u partnerskim odnosima, najčešći zlostavljači su muškarci (mladići, muževi), a nerijetko trudnoća može biti okidač za nasilje u partnerskim odnosima. Neke statistike zapadnoeuropskih zemalja navode da je prevalenca fetalnog mortaliteta čiji je uzrok nasilje u partnerskim odnosima veća od prevalencije mortaliteta čiji su uzroci gestacijski dijabetes ili preeklampsija (Velika Britanija, Francuska).

Kada su u pitanju starije osobe, najčešći zlostavljači su odrasla "djeca" žrtve, rođaci ili unuci. Prema podacima dostupnim iz istraživanja, počinitelji nasilja prema starijim osobama su u više od polovice slučajeva žene (kćeri ili snahe) koje, u pravilu, pružaju svakodnevnu i cjelodnevnu njegu žrtvama nasilja.

Njega starijih osoba je izuzetno zahtjevna i jedan je od čestih uzroka 'njegovateljskog stresa', naročito kada je u pitanju pružanje primarne njege starijim osobama sa teškim fizičkim i mentalnim oboljenjima. Istraživanja su pokazala da su nasilnici češće najstarije odraslo dijete ili dijete koje je u odrasloj dobi i dalje ovisno o materijalnoj podršci svojih roditelja i živi u zajedničkom domaćinstvu. Prema tome, u obzir se mora uzeti i činjenica da je zlostavljanje vlastitog roditelja, ukoliko je odraslo dijete primarni njegovatelj, često potaknuto osjećajem vlastitog neuspjeha i slabim mehanizmima za suočavanje sa stresom i razrješavanje konflikata.

Zlostavljanje djece pojavljuje se u svim društvima bez obzira na socijalnu, ekonomsku, klasnu, rasnu ili religijsku pripadnost, no ipak postoji nekoliko značajnih epidemioloških faktora koji su vezani za prevalenciju i incidenciju nasilja nad djecom i rizik kada je u pitanju zlostavljač. Majke najčešće

fizički zlostavljaju djecu. Sa druge strane, najveći broj smrtnih ishoda vezanih za zlostavljanje pojavljuje se *od ruke* osoba muškog spola: roditelj / skrbnik / njegovatelj – najčešće su to muške osobe koje žive sa majkom zlostavljanog djeteta kao partneri, a zatim očevi.

Faktori rizika na nivou porodice:

1. članovi koji su dugo u poziciji smanjene moći unutar porodice,
2. ili koji su u ovisnoj poziciji, bilo da se radi o fizičkoj ili mentalnoj nesposobnosti ili su u materijalnoj ovisnosti,
3. porodice koje su bez socijalne, psihološke i finansijske podrške,
4. porodice u kojima je izrazita kontrola muškaraca nad ukupnom dobiti i odlukama unutar porodice,
5. porodice u kojima postoji ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim supstancama.

Faktori rizika na nivou zajednice:

1. nepostojanje sigurne, inkluzivne i brižne zajednice, što negativno utječe na mogućnost transmisije normi i ponašanja koje upućuju na nenasilje i stoga doprinose izolaciji i nedostatku socijalne podrške za žrtve kao i za one koji se brinu o žrtvama nasilja,
2. snažan utjecaj različitih grupa istomišljenika koji imaju moć u zajednici i legitimiraju obrazac nasilja kao obrazac ponašanja u porodici (nasilje nad ženama i nasilje nad djecom),
3. različite vrste barijera za aktivno učešće u zajednici kao što su siromaštvo, kulturalno otuđenje, rasizam, nacionalizam, diskriminacija, itd., koje pogoduju kreiranju nasilja i održavaju društvenu izolaciju i izolaciju zajednica.

Faktori rizika na nivou društva:

1. društveno prihvatanje nasilja kao sredstva rješavanja nesuglasica i različitog mišljenja,
2. socijalno prihvatanje fizičkog kažnjavanja djece i žena,
3. nedovoljno sankcioniranje nasilja,
4. rigidno definiranje uloga muškaraca i žena,
5. povezivanja identiteta muškaraca sa pameću i dominacijom,
6. žene i djeca se percipiraju kao "vlasništvo" muškaraca,
7. uspostavljanje barijera za neovisnost, učešće, samoispunjenje, dignitet svake osobe što rezultira izolacijom i smanjenjem samopouzdanja i samopoštovanja,
8. nedovoljno finansiranje programa prevencije nasilja.

4.2 Dinamika nasilja

Vremenom nasilje u porodici, ukoliko nema pravovremenu intervenciju, ima tendenciju pogoršanja kada je pitanju učestalost i ozbiljnost. Američka psihologinja Lenor Walker identificirala je tri faze 'ciklusa nasilja' koje su najviše primjenjive kada je u pitanju nasilje u partnerskim odnosima i nasilje nad starijim osobama koje su funkcionalno i kognitivno sposobne.

Kada je u pitanju nasilje nad djecom i starijim osobama u teškom psihofizičkom stanju, dinamika nasilja ide u pravcu kontinuiranog demonstriranja moći nasilnika.

Ciklus nasilja je termin koji se koristi da bi se objasnio obrazac nasilja u kojem sa povećanom tenzijom dolazi do nasilnih epizoda, koje se zatim stišavaju sve dok incident zlostavljanja ne izbljedi i ne pređe u fazu mirnog perioda, a zatim se čitav ciklus ponavlja.

Zadnja etapa 'ciklusa nasilja' ima za cilj da zadrži ženu u vezi, jer će se ona *uvjeriti* da se užas završio, iako on, ustvari, tek počinje. U fazi nasilnog ponašanja moć je na strani zlostavljača, dok se u fazi pomirenja zlostavljač prepušta na milost i nemilost žrtve, te ona prividno *ima svu moć*. Upravo to smjenjivanje dobrog i lošeg ponašanja daje ženi žrtvi nasilja u partnerskim odnosima lažnu nadu da će nasilnik promijeniti svoje ponašanje, što je ujedno i snažan motivator da se žena vrati u zlostavljačku vezu, čak i u situacijama kad je već napustila zlostavljača. Kod žrtve se učvršćuje iluzija o apsolutnoj međusobnoj zavisnosti.

Iz perspektive žrtve objašnjenje pojedinih dijelova ciklusa nasilja je sljedeće:

I . Faza povećanja napetosti u odnosima

Ova faza podrazumijeva incidente vezane za fizičko zlostavljanje kao npr.: prijeteće udarcima, gurkanje, ćuškanje, verbalno/psihološko zlostavljanje itd.

Sa povećanjem napetosti povećava se strah žrtve i nesigurnost (strah od fizičkog zlostavljanja i posljedica). Obično u ovoj fazi, ukoliko se žrtva opredijeli za traženje pomoći, nema izlaza ili stvarne podrške i žrtva često dobije odgovor da "ništa ne može biti pokrenuto dok se ne pojave evidentni znakovi zlostavljanja".

U ovoj fazi žrtva može:

- pokušavati smanjiti vlastiti osjećaj ljutnje i izbjegavati i najmanju 'eksplozivnu' situaciju;
- pokušavati kontrolirati situaciju i mijenjati okruženje u cilju preveniranja eskalacije nasilja;
- minimizirati, trivijalizirati i opovrgavati nasilje;
- skrivati nasilje, opravdavati nasilno ponašanje;
- pokušavati se emocionalno izolirati.

Nemogućnost žrtve da se suoči sa realnošću i ozbiljnošću situacije omogućava nasilnicima eskalaciju nasilja, a ova faza može trajati duži vremenski period (sedmica, sedmice, mjesec, mjeseci itd.).

II. Faza nasilne epizode

Tokom ove faze, epizode nasilja se pojavljuju sa velikim intenzitetom što rezultira teškim fizičkim povredama, a ponekad i povredama sa smrtnim ishodom. Ovo je obično najkraća faza ciklusa nasilja i traje od nekoliko sati do 24 sata.

U ovoj fazi žrtva može:

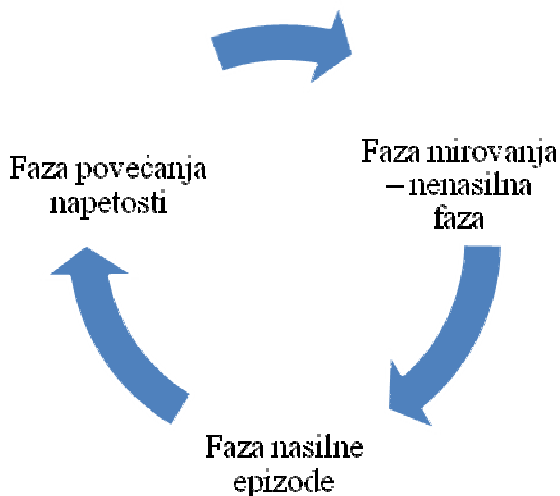
- osjećati potpuni gubitak kontrole nad situacijom, svojim okruženjem i svojim životom;
- osjećati se uhvaćenom u psihološku zamku;
- razmišljati o traženju medicinske pomoći;
- imati iskustvo traumatskog događaja;
- imati nepovjerenje u policiju i pravnu zaštitu i uvjerenje da bi traženje takve vrste podrške pogoršalo situaciju (u nekim slučajevima žrtva štiti nasilnika od policijske intervencije).

III. Nenasilna faza – faza mirovanja (pomirenja)

Okruženje u kojem se nalazi žrtva je mirnije, nekada je čak i ugodno. Ovo je najduža faza u početku odnosa u kojima se razvija nasilje, ali vremenom se unutar takvih odnosa ova faza progresivno skraćuje i u vrlo kratkom vremenskom periodu prelazi u fazu povećanja napetosti.

U ovoj fazi žrtva može:

- iskusiti iluziju dobrobiti;
- vjerovati da je ona ključ podrške za emocionalnu stabilnost nasilnika;
- vjerovati mnogim obećanjima nasilnika;
- osjećati se odgovornom za dobrobit nasilnika.



Ciklus nasilja i faze u nasilnim odnosima
Prilagođeno prema L. Walker: *Cycle of violence* (1996.)

5. POSLJEDICE NASILJA

5.1 Posljedice nasilja u partnerskim odnosima

5.1.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje

Prema dostupnim statističkim pokazateljima u svijetu, najčešće žrtve nasilja u partnerskim odnosima su žene, koje posjećuju doktore medicine različitih specijalnosti u ambulantom primarne zdravstvene zaštite, ambulantom hitne medicinske pomoći, centrima urgentne medicine, ali i doktore u privatnoj praksi. Nerijetko se uočava da prilikom objašnjenja razloga posjete žrtve nasilja u partnerskim odnosima navode čitav set specifičnih, ali i nespecifičnih zdravstvenih tegoba.

Kada priznaju da su žrtve zlostavljanja, najčešće prijavljuju fizičko nasilje: šamaranje, udarce šakama, udarce nogama, premlaćivanje (snažni udarci

nogama i rukama), gađanje i udaranje različitim predmetima, čupanje kose itd.

Fizičke povrede koje nastaju kao posljedica fizičkog zlostavljanja najčešće su: modrice, posjekotine, abrazije (najčešće na licu), vanjska krvarenja, (nos, usta, uši), frakture kostiju, povrede mišića i ligamenata, gubitak zuba, povrede unutarnjih organa i unutarnja krvarenja, pobačaji itd.

Posebnu pažnju potrebno je obratiti na sljedeće fizičke povrede i pritužbe koje se nerijetko mogu dovesti u vezu sa zlostavljanjem kod žrtava nasilja koje zatraže medicinsku pomoć, a ne prijavljuju nasilje:

Fizičke povrede koje se mogu dovesti u vezu sa nasiljem:

- **povrede glave, lica, vrata, grudnog koša, dojki, abdomena i genitalnih organa;**
- **bilateralna i multipla distribucija povreda;**
- **opекotine (bilateralna i multipla distribucija opекotina);**
- **kontuzije, laceracije, abrazije, potkožna krvarenja, ugrizi (ljudski), frakture – posebno nosa i orbite;**
- **pritužbe na akutni i hronični bol sa prethodnom evidencijom o povredama;**
- **povrede i vaginalna krvarenja tokom trudnoće, spontani pobačaji;**
- **multiple povrede, modrice, ožiljci u različitim fazama zacjeljivanja.**

Često žrtve nasilja oklijevaju potražiti medicinsku pomoć odmah po nanošenju povrede. Stoga je neophodno da doktori posebno obrate pažnju na slučajeve odgođenog traženja ljekarske pomoći u odnosu na vrijeme nastanka povrede, kao i na prepoznavanje obrasca takvog ponašanja od strane pacijenata.

Posljedice zlostavljanja na ukupno fizičko zdravlje žrtava nasilja mogu biti akutne i hronične i nerijetko se mogu dovesti u vezu sa kontinuitetom trpljenja zlostavljanja. Veliki broj žrtava nasilja u partnerskim odnosima kontinuirano ima pritužbe na generalno loše zdravlje, hronični umor, hronične bolove itd, a najčešće se žale na sljedeće bolesti, stanja i simptome:

- **glavobolja, migrene,**
- **mišićno-skeletni bolovi,**
- **ginekološki problemi,**
- **hronična bol,**

- umor,
- bol u prsima, palpitacije,
- gastrointestinalni poremećaji,
- hiperventilacija,
- poremećaji u ishrani.

Kod žrtava nasilja često je prisutna i egzacerbacija i nemogućnost uspostavljanja adekvatne kontrole kada su u pitanju hronična oboljenja, kao što su: hipertenzija, hronična kardiovaskularna oboljenja i diabetes mellitus.

Zdravstveno stanje žrtava koje boluju od hroničnih nezaraznih bolesti može se značajno pogoršati, kao posljedica života u uvjetima permanentne izloženosti stresu, što je jedna od najznačajnijih karakteristika života u nasilnim odnosima.

Seksualno zlostavljanje u odnosima među partnerima, kada su u pitanju žene, stavlja ih u poziciju rizika od seksualno prenosivih bolesti i neželjene trudnoće. Seksualno zlostavljane žene u partnerskim odnosima također mogu prijavljivati hronične bolove u maloj karlici, dispareuniju i ostale seksualne disfunkcionalnosti, česte vaginalne i urinarne infekcije, kao i probleme u toku trudnoće.

5.1.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje

Žrtve nasilja u partnerskim odnosima pate od brojnih poremećaja mentalnog zdravlja, a kontinuitet i stepen zlostavljanja direktno su povezani sa jačinom i frekvencijom psihičkih problema.

Teorija naučene bespomoćnosti objašnjava zašto zlostavljane osobe, posebno žene u nasilnim partnerskim odnosima postaju žrtve i kako ih proces viktimizacije kontinuirano drži u klopci i onemogućava da napuste nasilnu vezu.

Teorija ima tri osnovne komponente: **informacija** o tome što će se dogoditi (mogućnost), **kognitivna predstava o mogućnosti da se nešto dogodi** (učenje, očekivanje, vjerovanje, percepcija) i **ponašanje**. **Za osjećanje bespomoćnosti nije važno da li zaista postoji kontrola nad događajima u vlastitom životu, već je važno očekivanje, vjerovanje, odnosno predstava koju žrtva nasilja ima o tome.**

U tom smislu je ova teorija primjenjiva na objašnjenje nasilja u braku i partnerskim odnosima općenito, i to kao kritika na one stavove koji objašnjavaju da žena ostaje u nasilnoj vezi jer je "mazohist".

Važno je istaknuti da socijalizacijom žene uče tradicionalnu žensku rodnu ulogu (gender ulogu), koja u njima stvara pogrešno vjerovanje da imaju malo direktne kontrole nad svojim životom, te paralizira svaku njihovu pomisao o aktivnom suprotstavljanju i promjeni. Na taj je način objašnjena tendencija nenapuštanja nasilne bračne veze ili nasilnih dugotrajnih partnerskih odnosa. Osjećaj naučene bespomoćnosti nije samo stvarnost manje obrazovanih žena ili žena koje su domaćice, već i zaposlenih žena koje su naučene da svoj brak ili dugotrajnu vezu sa partnerom moraju održati, pa zbog toga, ma kako nasilni bili odnosi sa partnerom, skrivaju nasilje.

Traumatsko iskustvo žrtava nasilja u partnerskim odnosima ostavlja dugotrajne i duboke tragove na mentalno zdravlje, emocije, proces spoznaje, kognitivne funkcije kao što su pamćenje i upamćivanje i često ima dezintegrativan utjecaj na njihovu funkcionalnu povezanost. Preživljavanje psihološke traume kod jednog broja žrtava nasilja manifestira se kao akutni PTSP, a prema dostupnim istraživanjima, čak kod 15–20 % žrtava nasilja razvija se kao hronični, odnosno odloženi PTSP. Najčešći znaci i stanja koji se mogu definirati kao posljedice zlostavljanja po mentalno zdravlje su: **uznemirenost, napetost, strah, osjećaj bespomoćnosti, osjećaj krivnje, poremećaji spavanja i ishrane, napadi panike, depresija, samozanemarivanje, nedostatak strpljenja i tolerancije, agresivnost, problemi sa koncentracijom, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, fatalno i nefatalno suicidalno ponašanje** itd.

Važno je istaknuti da seksualno zlostavljanje u partnerskim odnosima predstavlja izrazito intenzivno traumatsko iskustvo, a kada su u pitanju žene, nerijetko se može razviti i "sindrom traume silovanja", koji se ispoljava kao akutni, a u pojedinim slučajevima kao hronični, odnosno odloženi PTSP.

Doktori i zdravstveni stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebaju istražiti uzroke poremećaja mentalnog zdravlja, te dati adekvatnu podršku žrtvama nasilja u partnerskim odnosima, uz uvažavanje dostojanstva žrtve radi sprečavanja sekundarne viktimizacije. Istovremeno je potrebno razviti adekvatnu saradnju sa centrima za mentalno zdravlje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i razviti uspješan sistem upućivanja kada su u pitanju poremećaji mentalnog zdravlja koji traže dugotrajni terapijski

angažman koji bi trebali pružati doktori u privatnom i javnom sektoru sa dokumentiranim iskustvom i praksom u tretmanu ovih zdravstvenih problema.

5.2 Posljedice nasilja nad djecom

5.2.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje

Spoljne i unutrašnje povrede kod male djece i dojenčadi često se mogu dovesti u vezu sa zlostavljanjem i nerijetko su praćene visokom stopom smrtnosti. Prilikom pregleda posebno je potrebno obratiti pažnju na sljedeće:

- **atipičnu lokalizaciju modrica koje najčešće susrećemo kod djece, kao što su modrice na licu, ušima, vratu, nadlakticama, na leđima, genitalnom i analnom području,**
- **frakture u različitim fazama zacjeljivanja,**
- **opекotine,**
- **intrakranijalne povrede praćene krvarenjem i subduralnim hematomom,**
- **promjene svijesti i retinalnu hemoragiju kod djece ispod tri godine starosti i**
- **povrede u abdomenu praćene krvarenjem, nespecifičnim bolovima, povraćanjem ili opstrukcijom.**

Pored navedenih fizičkih povreda kod djece, doktori trebaju obratiti i posebnu pažnju na sljedeća dva sindroma koja se uvijek dovode u vezu sa nasiljem nad djecom.

5.2.1.1. Sindrom tresenog djeteta (engl. *Shaken Baby Syndrome*)

Sindrom tresenog djeteta nastaje uslijed snažnog tresenja djeteta. Glava djeteta prilikom snažnog tresenja leti naprijed–nazad, udarajući o prsa i ramena kao da će se odvojiti od trupa. Sindrom se javlja kod male djece uglavnom do **18 mjeseci života**.

U ovom uzrastu dijete ima slabo razvijene vratne i ramene mišiće te pošto je glava dosta teška ne može dati otpor tresenju. Uspostavljanje dijagnoze nije lagano, tim prije što nema vidljivih znakova preloma lubanje, a često niti

drugih spolja vidljivih znakova traume. Klasični simptomi koji prate ovaj sindrom su:

- retinalna hemoragija – često obostrana,
- subduralni i subarahnoidalni hematomi,
- promjene svijesti i teškoće pri disanju,
- proširene ili nejednake zjenice,
- napadi gubitka svijesti,
- nemogućnost podizanja glave,
- slabo disanje i gutanje,
- posterioarne frakture rebara.

Ukoliko ne postoje pouzdani podaci da je stanje djeteta nastalo uslijed saobraćajne nesreće ili pada sa visine na čvrsto tlo, tada sa sigurnošću možemo konstatirati da su ovakve vrste povreda nastale uslijed zlostavljanja.

5.2.1.2. Minhauzenov sindrom

Minhauzenov sindrom je specifičan način zlostavljanja djeteta u kojem odrasla osoba (roditelj, staratelj ili njegovatelj) koja skrbi o djetetu ili ga njeguje, namjerno izaziva različite povrede i simptome bolesti kod djeteta kako bi privukla pažnju doktora na sebe. U anamnezi na takav način zlostavljane djece uočavaju se česte hospitalizacije bez jasnih otpusnih dijagnoza. Dijete se najčešće hospitalizira zbog simptoma trovanja, ponovljenih napada gubitka svijesti, gušenja i sl.

Klinička slika je često nejasna, a uspostavljanje dijagnoze dosta teško. Važno je napomenuti da se simptomi bolesti i povreda pojavljuju **samo u periodima kada određena osoba vodi brigu / njegu o djetetu i ima pristup djetetu.**

5.2.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje

Zavisno od uzrasta, djeca koja su žrtve nasilja najčešće imaju promjene u obrascu ponašanja, a posebno su uočljive sljedeće promjene ponašanja i poremećaji:

- strah od fizičkog kontakta
- strah od zatvorenih vrata, od kupanja, od mraka, od određenih odraslih osoba (strahovi i fobije)

- seksualizirano ponašanje neprimjereno za uzrast djeteta:
 - o kod mlađe djece: neuobičajen interes za svoje i tuđe genitalije, česta masturbacija, crteži sa naglašenim seksualnim detaljima
 - o kod starije djece: promiskuitet i prostitucija
- samodestruktivno ponašanje (zloupotreba alkohola, psihoaktivnih supstanci, pokušaji suicida, bježanje od kuće, neuspjeh u školi kod starije djece)
- regresija, anksioznost, neprijateljsko ponašanje, agresija, izoliranost – socijalno povlačenje, česte promjene raspoloženja, PTSP (opsesivne misli, depresija, "flashback" itd.).

5.3. Posljedice nasilja nad starijim osobama

5.3.1 Posljedice nasilja po fizičko zdravlje

Starija osoba može doživjeti više različitih oblika zlostavljanja u isto vrijeme. Zbog toga je važno da stručnjaci u zdravstvu budu upoznati sa znakovima upozorenja za moguće fizičko zlostavljanje starijih osoba kako bi ga pravovremeno uočili i intervenirali.

Najčešće fizičke povrede su:

- vidljive modrice i povrede
- laceracije, abrazije
- povrede glave i frakture čiji nastanak starija osoba ne može objasniti
- **prisustvo traumatskih alopecija i hematoma na poglavini**
- pothranjenost, dehidracija
- loša higijena
- pogoršanje hroničnih oboljenja zbog neprimjene preporučene medikamentozne terapije
- opekotine
- **ulcerozni dekubitusi u zapuštenom stanju**
- rektalno i vaginalno krvarenje i eventualno prisustvo povreda u tom predjelu
- lezije na ručnim i nožnim zglobovima
- hronična nemaligna bol.

Starije osobe zbog fizičke nemoći i slabosti često podlegnu posljedicama tjelesnog zlostavljanja.

5.3.2 Posljedice nasilja po mentalno zdravlje

Kod starijih osoba, problem samozanemarivanja može biti jedan od ključnih pokazatelja poremećaja mentalnog zdravlja izazvanog akutizacijom problema sa fizičkim zdravljem i zanemarivanjem od strane njegovatelja. Kada su u pitanju posljedice nasilja po mentalno zdravlje kod starijih osoba, potrebno je posebnu pažnju obratiti i na sljedeće:

- depresija,
- anksioznost,
- psihijatrijski poremećaji kao što su delirijum i halucinacije,
- pokušaj suicida.

6. PREPOZNAVANJE SLUČAJEVA NASILJA

Tokom prijavljivanja određenih zdravstvenih tegoba, žrtve zlostavljanja koje ga ne žele prijaviti, često imaju i određene manire, odnosno određenu vrstu ponašanja, koje ispoljavaju u komunikaciji sa doktorom, kao npr:

- **oklijevanje ili izbjegavanje razgovora o detaljima prilikom opisivanja načina povređivanja;**
- **prekomjerna uplašenosť u odnosu na povredu (npr. ekstremna uplašenosť i uzbuđenost za manju posjekotinu na ruci);**
- **objašnjenje načina povređivanja koji ne odgovara povredi (npr. "povrijedila su me vrata jer nisam zatvorila prozore, a zapuhao je jak vjetar");**
- **neadekvatno oblačenje (dugi rukavi kada je izrazito vruće), ili nošenje pomoćne odjeće (šal, rukavice, sunčane naočale kada nema sunca i sl.).**

Kod žrtava nasilja često je prisutna i egzacerbacija i nemogućnost uspostavljanja adekvatne kontrole kada su u pitanju hronična oboljenja, kao što su: hipertenzija, hronična kardiovaskularna oboljenja i diabetes mellitus.

Zdravstveno stanje žrtava nasilja koje boluju od hroničnih nezaraznih bolesti može se značajno pogoršati, kao posljedica života u uvjetima permanentne izloženosti stresu, što je jedna od najznačajnijih karakteristika života u nasilnim odnosima.

Kada su u pitanju mala djeca, posebno treba obratiti pažnju u sljedećim slučajevima:

- **fizički nalaz nije u skladu sa anamnestičkim podacima;**
- **roditelj je izrazito anksiozan, nestrpljiv, neprijateljski raspoložen i ne želi dijete ostaviti samo sa ljekarom;**

- **dijete ispoljava vidljiv strah od roditelja, ili je izrazito pasivno ili potpuno ravnodušno.**

Kod svih žrtava nasilja modrice su često prvi vidljivi znak zlostavljanja. Potrebno je obratiti pažnju na sljedeće karakteristike modrica:

- **Lokalitet modrice: modrice na licu, ušima, vratu, nadlakticama (pokušaj odbrane od udaraca u glavu), na leđima, genitalnom i analnom području;**
- **Oblik modrice: ponekad se može prepoznati čime je nanesena povreda (šake, prsti, kaiš, prut itd.);**
- **Starost modrice: procjenjuje se prema boji modrice**
 - o crvena 2 dana
 - o žuta 5–7 dana
 - o smeđa 10–14 dana.

Prisustvo modrica različite starosti pobuđuje sumnju na fizičko nasilje!!!

Slučajevi teškog fizičkog nasilja rijetko predstavljaju diferencijalno dijagnostički izazov u praksi doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Faktori koji povećavaju vjerovatnoću da će žrtva nasilja potražiti medicinsku pomoć uključuju:

- **ozbiljnost povrede,**
- **dostupne resurse za medicinsku podršku i pomoć,**
- **uvjerenje da će traženje pomoći biti uspješno (da će se dobiti adekvatna pomoć),**
- **višestruke povrede vidljive na tijelu,**
- **dugotrajni poremećaji ishrane,**
- **poremećaji mentalnog zdravlja: depresija, suicidalno ponašanje, anksioznost,**
- **teške povrede grudi i povrede abdomena kod trudnica,**
- **dokazi o seksualnom zlostavljanju.**

7. POSTUPANJE SA ŽRTVOM NASILJA

7.1 Intervju, pregled, skrining

Svi stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebali bi biti svjesni i senzitivni prema problemu nasilja.

Duljina i tip kontakta s pacijentima varira kod različitih specijalnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kod nekih je taj kontakt zbog prirode zdravstvenih usluga češći, ili duži (obiteljska medicina – opća praksa, zaštita zdravlja žena, zaštita mentalnog zdravlja, itd.).

Često stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kada su u pitanju nespecifične tegobe na koje se žali žrtva, ne traže činjenice o postojanju nasilja zbog čitavog seta razloga od kojih su najčešći:

- **strah da će pokretanje pitanja o nasilju izmaći svakodnevnoj rutini**
- **strah od nemogućnosti odabira sljedećeg koraka ako se nasilje potvrdi**
- **strah da se pacijent (žrtva nasilja) ne uvrijedi.**

Ponekad odbijanje ulaska u suštinu problema nasilja može biti odraz određenih uvjerenja i stavova kod samih zdravstvenih stručnjaka kao naprimjer:

- **nasilje nije ozbiljno pitanje**
- **nasilje nije pitanje zdravstva.**

Ovakvi stavovi i uvjerenja mogu biti prepreka za potpuno sagledavanje ovog čestog i ozbiljnog javnozdravstvenog problema.

Žrtve nasilja, naročito žene, mogu također imati odbijajući stav prema otvaranju tog pitanja zbog različitih razloga od kojih su najčešći:

- **strah od nerazumijevanja**
- **strah od pogoršanja stupnja nasilja ukoliko se uključe osobe sa strane**
- **stid i nelagoda**
- **strah da njihova djeca mogu biti uključena u ciklus nasilja**
- **nedostatak povjerenja da ovaj problem mogu riješiti stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti**
- **strah da će policija ili sudbeno tijelo biti uvučeni u ovaj problem.**

Zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebali bi blagovremeno evidentirati i dokumentirati nasilje, i time omogućiti prevenciju i ranu intervenciju kroz sljedeći redoslijed postupaka:

- 1. identifikacija nasilja**
- 2. pregled i dijagnosticiranje fizičkih posljedica nasilja i posljedica po mentalno i seksualno zdravlje**
- 3. adekvatno dokumentiranje nasilja**
- 4. adekvatna registracija nasilja**
- 5. ostvarivanje adekvatne suradnje s ostalim mjerodavnim institucijama u cilju zajedničkog definiranja 'plana sigurnosti' za žrtvu nasilja**
- 6. definirati i razviti sustav upućivanja i koordinacije u cilju liječenja posljedica nasilja i psihološke potpore žrtvi nasilja.**

7.2 Intervju i pregled

Izrazita vulnerabilnost žrtava nasilja u obitelji obvezuje stručnjake u zdravstvu da u svakodnevnoj praksi obraćaju pažnju na sve čimbenike rizika uključujući i rizik po osobnu sigurnost. Prvi intervju je iznimno značajan i možemo reći odlučujući za tijek događaja. Intervju se mora voditi po određenim pravilima jer nerijetko predstavlja i ključni dokaz – ukoliko dođe do istražnog postupka. Zadatak liječnika u ovom procesu je vrlo zahtjevan i uključuje, pored pružanja pomoći (medicinske pomoći i potpore), i zadobivanje povjerenja žrtve nasilja.

Postupak kod nespecifičnih tegoba i kroničnih stanja zahtijeva, osim standardnih smjernica kod fizikalnog pregleda, i pažljivo vođenje intervjuja, uočavanje 'markera' vezanih za fizičko nasilje, stanja i poremećaja vezanih za mentalno zdravlje koji bi mogli biti prouzrokovani nasiljem, te stvaranje preduvjeta da se žrtva ohrabri i prizna izloženost nasilju.

7.2.1 Nasilje u partnerskim odnosima

U svim kontaktima sa žrtvama nasilja u partnerskim odnosima najvažnije je da i stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prvo sami sebi postave pitanje: **"Na koji način moja intervencija neće uvući žrtvu nasilja u još veću nesigurnost i opasnost?"**

Procjena rizika morala bi biti zasnovana na sljedećim segmentima:

- **Ima li žrtva nasilja neku vrstu onesposobljenja?**
- **Radi li se o trudnici?**

- Je li žrtva nasilja u partnerskim odnosima pred odlukom o napuštanju nasilnog partnera?
- Koliko rizičnom žrtva nasilja sama procjenjuje svoju situaciju?
- Imaju li žrtva ili nasilnik određenu vrstu problema kada je u pitanju mentalno zdravlje?
- U kojoj mjeri je zabrinjavajuća povijest zlostavljanja prema dostupnim podacima?
- Je li zlostavljač ovisan o alkoholu ili nekoj drugoj psihoaktivnoj supstanci?
- Evidentira li se teški oblik fizičkog ili psihičkog zlostavljanja?
- Jesu li se ozbiljnost, intenzitet i frekvencija zlostavljanja naglo povećali?
- Ima li zlostavljač kriminalnu prošlost?
- Je li zlostavljač prethodno koristio oružje?
- Jesu li djeca partnera bila zlostavljana ili ozlijeđena ili bila sredstvo ucjene zlostavljača?
- Prati li i uznemirava li zlostavljač žrtvu?
- Postoji li opasnost za suicidalno ponašanje i žrtve i zlostavljača?
- Je li bilo prijetnji ubojstvom ili davljenjem od zlostavljača?

7.2.2 Nasilje nad djecom

Kada su u pitanju djeca, posebno kada se sumnja da su djeca žrtve seksualnog zlostavljanja, ona su se istovremeno suočila sa iskustvom strašnog ozljeđivanja od strane osobe koja je odrasla i koja demonstrira moć. Zbog toga je izrazito važno obratiti pažnju na spol zdravstvenog stručnjaka koji vrši prvi intervju, a pregled uraditi s najvećim stupnjem obazrivosti i nježnosti, uz pristanak djeteta. Ukoliko je moguće (ovisno o uzrastu), dijete treba intervjuirati nasamo uz stvaranje atmosfere prihvaćanja i sigurnosti uz obrazloženje djetetu da ono nije ništa krivo, da nije učinilo ništa loše i da je liječnik tu da mu pomogne. U tijeku intervjua nužno je slijediti uzrasnu razinu i rječnik djeteta.

U intervjuu s malom djecom često se primjenjuju anatomske lutke, a pitanja usmjerena prema djetetu, je li im netko "uradio to", usklađuju se s pokazivanjem određenih dijelova tijela. Pitanja moraju biti jednostavna, konkretna i otvorenog tipa.

Seksualno zlostavljanje kod djece je veoma teško otkriti, a sam proces dokazivanja seksualnog zlostavljanja nad djetetom je nerijetko veoma spor, mukotran i težak. Najčešće se ovi slučajevi otkrivaju kada se dijete povjeri odrasloj osobi. Ovaj proces je najčešće otežan uslijed stida i osjećaja krivice djeteta, a nerijetko i straha djeteta ili odrasle osobe koja želi zaštititi dijete od kazne i osvete zlostavljača.

Nerijetko ovakva osjećanja djeteta (ili odrasle osobe od povjerenja za dijete) zlostavljač pojačava kroz prijetnje i ucjene usmjerene prema djetetu (odrasloj osobi od povjerenja za dijete). To je najčešći način kojim se zlostavljač koristi da bi izbjegao kaznu, da bi nasilje ostalo neotkriveno, a nerijetko i da bi se nasilje nad djetetom moglo nesmetano nastaviti.

Za prepoznavanje seksualnog nasilja nad djetetom nužno je imati jasne smjernice za vođenje intervjua i s odraslom osobom kojoj bi trebalo postavljati jasna sekvencijska pitanja, neosuđujućim tonom i povezivanjem događaja iz nedavne prošlosti sa sadašnjim stanjem, kao npr. „Jeste li i ranije primijetili da dijete ima modrice?“ ili „Tko vodi brigu o djetetu dok ste vi izvan kuće?“.

7.2.2.1 Fizikalni pregled djeteta kod sumnje na seksualno zlostavljanje

Identifikacija mogućeg seksualnog zlostavljanja djeteta zahtijeva posebnu edukaciju kako bi proces bio u najboljem interesu zaštite i psihološkog oporavka djeteta. Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u slučajevima sumnje na seksualno zlostavljanje djeteta trebali bi uputiti dijete specijalistima za mentalno zdravlje djece i posebno obučanim juvenilnim ginekolozima. Ukoliko nisu u prilici uputiti dijete juvenilnom ginekologu u situacijama kada se sumnja na seksualno zlostavljanje djeteta, nužno je uraditi detaljan fizikalni pregled cijelog tijela djeteta, a posebno genitalnog i analnog predjela. Pregled je potrebno obaviti iznimno pažljivo vodeći računa da ne bude izvor dodatne psihološke traume za dijete. U velikom broju slučajeva pregled izaziva pojačani strah djeteta koji može biti izražen u tako velikoj mjeri da je nužna sedacija ili čak pregled u općoj anesteziji (posebno djeca s fizičkim i mentalnim onesposobljenjima).

Nazočnost odrasle osobe u koju dijete ima povjerenje može biti korisno u ovom slučaju. **Ponavlanje pregleda od različitih vrsta medicinskih stručnjaka se ne preporučuje jer izaziva ponovljenu traumatiziranost djeteta.** Stoga je iznimno važan stupanj specifične edukacije i stečenih

vještina koju posjeduje zdravstveni stručnjak kod fizikalnog pregleda djeteta kod kojeg postoji sumnja na seksualno nasilje.

Fizički markeri za seksualno zlostavljanje djeteta uključuju:

1. ozljede u genitalnom i analnom području (modrice, oguljotine, krvarenja)
2. ozljede na grudima i u donjem dijelu trbuha
3. infekcije koje se prenose seksualnim putem (gonoreja, klamidija, trihomonas itd.)
4. bolovi i pečenje pri mokrenju
5. trudnoća (kod starijih djevojčica)
6. prisutnost sperme u regiji vulve, anusa i usta.

Osim detaljnog fizikalnog pregleda, nužno je uraditi i laboratorijske i mikrobiološke pretrage uključujući i test na trudnoću kod djevojčica koje su ušle u pubertet.

7.2.3 Nasilje nad starijim osobama

Postavljanje pitanja odnosno intervjuja najbolje je uključiti kao dodatni dio uzimanja anamneze ili funkcionalne procjene, ako se radi o starijem pacijentu mogućoj žrtvi nasilja, ili pregleda. Od posebnog značaja je uspostaviti odnos povjerenja i omogućiti okruženje privatnosti za sve žrtve nasilja.

Kada su u pitanju starije osobe, procjenu je potrebno započeti s uopćenim i jednostavnim pitanjima o sigurnosti u vlastitom domu, kao npr. „Osjećate li se sigurno u svom domu?“ ili „Tko Vam priprema obroke?“, ili „Tko vodi brigu o plaćanju Vaših računa, podizanju mirovine?“ i sl.

Razgovor zatim treba usmjeriti na specifična pitanja koja bi mogla pomoći u prepoznavanju elemenata mogućeg zanemarivanja / zlostavljanja, kao npr. „Slažete li se sa sinom ili kćerkom?“, ili „Imate li nesuglasica s članovima svoje obitelji koji Vas neguju?“

Ukoliko su odgovori pozitivni, potrebno je nastaviti s pitanjima, kao npr. „Ako imate nesuglasice, što se dešava?“ ili „Je li netko vikao na Vas u posljednje vrijeme?“ ili „Čekate li dugo da Vam donesu čistu odjeću i posteljinu ili pripreme hranu?“ ili „Je li Vas netko prisiljavao da stalno boravite u svojoj sobi?“ ili „Je li Vas netko gurnuo, udario, šutnuo, uštinuo?“ itd.

Ključne kompetencije kada je u pitanju tehnika intervjua za moguće žrtve nasilja podrazumijevaju aktivno slušanje, jasna sekvencijska pitanja koja će na adekvatan način uključiti tijekom događaja, ali i omogućiti žrtvama nasilja da ispričaju što im se u stvari događa.

Istovremeno, nužno je postaviti pitanja i njegovateljima ako se radi o starijim osobama, a intervjuirati osobu za koju sumnjate da je zlostavljač posebno je izazovno, stoga je preporuka da, ukoliko postoji ozbiljna sumnja za zlostavljanje, vođenje intervjua s mogućim zlostavljačem prepustite posebno obučanim stručnjacima iz oblasti mentalnog zdravlja (psihijatrima i psiholozima) ukoliko za to postoji mogućnost.

Kod starijih osoba dijagnozu mogućeg zlostavljanja liječnici bi morali razmotriti u svim situacijama neobjašnjivih vidljivih modrica i ozljeda, naročito ukoliko su u različitim fazama zacjeljivanja. Zanemarivanje se mora posebno razmotriti ukoliko se kod starije osobe uoči pothranjenost, loša higijena, neispunjavanje medicinskih preporuka uključujući i uporabu propisanih lijekova, a posebno kod starije osobe koja u potpunosti, zbog svoga zdravstvenog stanja, ovisi o primarnom njegovatelju.

Razlike vezane za povijest bolesti od strane starije osobe i njegovatelja, česte posjete hitnoj medicinskoj pomoći, laboratorijske i ostale dijagnostičke pretrage koje su u potpunoj suprotnosti s poviješću bolesti koju je dao primarni njegovatelj također su vrlo važni elementi koji upućuju na opravdanu sumnju na zlostavljanje.

U procjeni mogućeg nasilja nad starijom osobom tijekom uzimanja intervjua (anamneze) i fizikalnog pregleda potrebno je obratiti pažnju na sljedeće:

- intervju sa starijom osobom obaviti nasamo
- posebno posvetiti pažnju na ukupni aspekt i ponašanje starije osobe (uplašenost i povlačenje)
- posebno obratiti pažnju na ponašanje njegovatelja prema starijem pacijentu (npr. infantilizacija starijeg pacijenta ili insistiranje njegovatelja da se od njega/nje uzme povijest bolesti za starijeg pacijenta, npr. „Ja ću Vam objasniti“, „Neće Vas razumjeti“ „Pitajte mene“ i sl.)
- u suradnji sa starijom osobom popuniti obrazac Indeks sumnje na zlostavljanje starijeg pacijenta, EASI (engl. *Elder Abuse Suspicion Index*)

- obratiti pažnju i definirati opće stanje pacijenta, posebno: osobnu higijenu, čistoću, odjeću i je li odgovarajuća u odnosu na vremenske uvjete itd.
- pažljivo pregledati kožu i mukozne membrane, pažnju obratiti na turgor kože i ostale znakove moguće dehidracije
- razmotriti lezije na koži i njihov oblik ukoliko ih ima, posebno ukoliko ste uočili da se radi o lezijama u različitim fazama zacjeljivanja, obvezno evaluirati i pruženi tretman i njegu za sve uočene lezije uključujući i ulcerozne dekubituse
- pregledati glavu i vrat, a naročito obratiti pažnju na eventualnu prisutnost traumatskih alopecija i hematoma na poglavini
- kada je u pitanju genitourinarni trakt, obratiti pažnju na rektalno i vaginalno krvarenje i eventualnu prisutnost ozljeda u tom predjelu
- pregledati ekstremitete, posebno lezije na ručnim i nožnim zglobovima koje mogu biti posljedica vezanja u cilju ograničenja kretanja teško bolesne starije osobe
- obratiti pažnju na uočene simptome depresije i anksioznosti, zatim postojanje određenih psihijatrijskih poremećaja kao što su delirij i halucinacije
- procijeniti potrebu i primijeniti formalno testiranje mentalnog stanja uz primjenu Mini mental status upitnika po Folsteinu
- odrediti se za dijagnostičke procedure ovisno o medicinskoj evaluaciji, npr. nužne laboratorijske, radiološke i UV pretrage
- popuniti obrazac Indikatori za skrining na zlostavljanje (IOA Screen)
- postaviti pitanja vezana za financijsko stanje starije osobe, te pitanja vezana za ostale osobe koje čine socijalnu mrežu starije osobe (pitanja su značajna za iniciranje aktivnosti ostalih službi koje mogu pomoći starijoj osobi u slučajevima zlostavljanja ili zanemarivanja).

7.3 Skrining

Sektor zdravstvene zaštite treba imati značajnu ulogu u prevenciji nasilja u obitelji. Veliki se broj osoba svake godine obraća liječnicima i zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti neizravno zbog nasilja; zdravstveni radnici često liječe žrtve nasilja, a da ih ne pitaju o zlostavljanju, tako da se ne prepoznaju pravi razlozi njihovih zdravstvenih tegoba, niti se k njima usmjeravaju ključne intervencije.

Čak i kada nasilje u obitelji rezultira ozljedama za koje je očigledno da ih je nanijela druga osoba, zdravstveni radnici često registriraju ozljedu i liječe

tekući zdravstveni problem, bez ispitivanja o uzroku ozljede. Prema rezultatima istraživanja rađenih u svijetu, uočeno je da manje od 10 % liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja, tijekom redovnih pregleda, rutinski skrining na nasilje u obitelji.

Povijesno promatrano, sustav zdravstvene zaštite imao je važnu ulogu u identifikaciji i sprječavanju rasprostranjenih javnozdravstvenih problema. Vjerujemo da se modeli razvijeni za sprječavanje drugih kroničnih problema djelotvorno mogu primijeniti i na problem nasilja u obitelji. Rutinski skrining koji se fokusira na ranu identifikaciju nasilja, s mogućnošću dopiranja do pacijenta bez obzira jesu li simptomi odmah vidljivi, najvažnija je početna točka preventivnog pristupa. U mnogim zemljama stručnjaci u zdravstvenoj zaštiti već rutinski rade skrininge za veliki broj kroničnih masovnih nezaraznih oboljenja, čija je prevalencija slična ili čak manja od nasilja.

Skrining pruža mogućim žrtvama nasilja u obitelji važnu mogućnost – da liječnicima ispričaju svoja iskustva s nasiljem, npr. zlostavljane žene izvještavaju da je jedna od najvažnijih vrijednosti odnosa koji imaju s liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti upravo prilika da se požale na zlostavljanje.

Rutinski i višestruki skriningzi koje provode dobro obučeni zdravstveni stručnjaci, kada se provode u osobnom kontaktu s pacijenticom na razini primarne zdravstvene zaštite, značajno uvećavaju identifikaciju nasilja u obitelji.

Rutinski skrining, nasuprot skriningu zasnovanom na indikatorima nasilja, povećava mogućnost identifikacije i intervencije kod pacijenata sa simptomima koji se ne povezuju uvijek s nasiljem u obitelji. Kada se rano otkriju žrtve ili oni koji bi to mogli postati, stručnjaci mogu intervenirati i pomoći pacijentima shvatiti što mogu uraditi u cilju ostvarivanja sigurnijeg života. Mišljenja stručnjaka ukazuju da ovakve intervencije mogu utjecati na smanjenje morbiditeta i mortaliteta kada je u pitanju nasilje u obitelji.

Stručnjacima u zdravstvu trebale bi biti dostupne sve informacije koje se odnose na postojeće službe za potporu žrtvama nasilja u obitelji, uključujući brojeve SOS telefona (**1265**), odgovorne osobe itd. Istovremeno bi morali registrirati pojavu nasilja u obitelji radi adekvatnog praćenja zdravstvenih posljedica i dimenzije ovog javnozdravstvenog problema.

Nužno je razviti i unaprijediti sustav upućivanja žrtava nasilja u odgovarajuće institucije kao što su socijalni rad, psihološko savjetovanje, pravna pomoć, itd.

7.3.1 Upute za skrining na nasilje nad ženama u obitelji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Tko treba biti obuhvaćen skriningom za nasilje u obitelji

Minimum

→ *Žene za koje postoje indicije da su žrtve nasilja u obitelji.*

Idealno

→ *Sve žene iznad četrnaest godina.*

Tko treba obavljati skrining?

Minimum uvjeta: skrining treba obavljati zdravstveni radnik koji je:

- educiran za dinamiku nasilja u obitelji, pitanje sigurnosti i autonomije zlostavljane pacijentice, kulturalno kompetentan
- obučen za postavljanje pitanja o zlostavljanju i interveniranje kada utvrdi da se radi o žrtvi nasilja
- u prilici s pacijenticom razgovarati nasamo
- ovlašten za unošenje ovih podataka u zdravstveni karton pacijentice.

Idealno: skrining treba obavljati liječnik koji je:

- prethodno uspostavio odnos povjerenja s pacijenticom.

Kako treba obavljati skrining?

Minimum uvjeta: skrining nasilja u obitelji treba biti:

- dio osobnog susreta pacijentice sa zdravstvenim radnikom
- izravan i neosuđujući
- uz osiguranu privatnost: tijekom skrininga u prostoriji ne trebaju biti prijatelji ili rođaci pacijentice, ni djeca starija od dvije godine
- povjerljiv: pacijentici treba naglasiti povjerljivost razgovora, kao i granice ove povjerljivosti, uključujući i ograničenja povjerljivosti liječničkih nalaza.

Idealno: skrining nasilja nad ženama u obitelji treba biti:

- dio pismenog upitnika o zdravstvenom stanju

- obavljen sa setom pitanja razumljivih za pacijenticu.

Kada treba obavljati skrining?

- tijekom rutinskog uzimanja anamneze ('provjere sustava')
- kao dio standardne zdravstvene dijagnostike
- prilikom prve posjete zbog novog, krupnijeg problema na koji se pacijentica žali
- prilikom svakog susreta s novom pacijenticom
- poslije uspostavljanja novih partnerskih odnosa pacijentica kod kojih je prethodno uočeno nasilje
- tijekom periodičnih sveobuhvatnih pregleda.

Na što treba obratiti pažnju?

- prilikom prve posjete pacijentice treba pitati o bilo kojoj vrsti nasilja u obitelji, u bilo kojem razdoblju zajedničkog života s partnerom
- godišnje sa ženama treba obaviti skrining na nasilje za proteklu godinu.

Prijedlozi za skrining pitanja

Uvodna pitanja:

- Budući da je nasilje toliko često u životima mnogih ljudi, svojim pacijentima postavljam pitanja o tome.
- Ne znam predstavlja li Vam ovo problem, ali jedan broj žena koje dolaze kao pacijentice žrtve su nasilja u odnosu s partnerom s kojim žive ili su živjele. Nekima od njih je ili neugodno ili ih je strah same nešto kazati o tome, pa sam im počeo/la postavljati rutinski pitanja u svezi s tim problemom.

Izravna, verbalna pitanja:

- Jeste li u vezi s osobom koja Vas fizički ozljeđuje ili Vam prijeti?
- Je li Vam ove ozljede nanijela neka Vama bliska osoba? Je li to bio Vaš partner / muž?
- Je li Vas partner ili bivši partner ikada udario ili fizički ozlijedio? Je li ikada prijetio da će Vas ili nekog Vama bliskog ozlijediti?
- Imate li osjećaj da Vas partner kontrolira ili izolira?

- ➔ Jeste li se ikada plašili svog partnera? Imate li osjećaj da ste u opasnosti? Smijete li se sigurno vratiti kući?
- ➔ Je li Vas partner ikada prisilio na seksualni odnos kada to niste željeli? Je li Vaš partner ikada odbio siguran seks?

Pitanja za anamnezu/upitnik za nove pacijentice:

Opcija 1:

- ➔ Je li Vas mladić / muž / partner ikada ozlijedio ili Vam prijetio?
- III:
- ➔ Je li Vas mladić / muž / partner ikada udario, šutnuo, ošamario ili gurnuo?
- III:
- ➔ Je li Vas mladić / muž / partner ikada udario, šutnuo, ošamario ili gurnuo tijekom trudnoće?
- I:
- ➔ Jeste li ikada bili silovani ili prisiljeni na seks protiv svoje volje u vezi sa svojim sadašnjim ili bivšim mužem / partnerom?

Opcija 2:

- ➔ Jeste li sada, ili nekada ranije, bili u vezi u kojoj ste fizički ozljeđivani, ili Vam je prijećeno, ili ste zastrašivani?

Opcija 3:

- ➔ Jeste li ikada bili prisiljeni ili nagovoreni na seks kada ga niste željeli?
- ➔ Je li Vas mladić / muž / partner ikada udario, šutnuo, ošamario ili gurnuo?

Opcija 4:

ABUSE ASSESSMENT SCREEN – TEST ZA UTVRĐIVANJE NASILJA NAD ŽENAMA U PARTNERSKIM ODNOSIMA

1. Je li Vas, emocionalno ili fizički, zlostavljao partner ili neka Vama važna osoba?

Da Ne

2. Je li Vas netko tijekom prošle godine udario, šutnuo, ošamario ili ozlijedio na neki drugi način?

Da Ne

Ako jeste, tko? _____ Koliko puta? _____

3. Je li Vas netko tijekom trudnoće udario, šutnuo, ošamario ili ozlijedio na neki drugi način?

Da Ne

Ako jeste, tko? _____ Koliko puta? _____

**Označite na tjelesnoj mapi područje ozljede.
Saberite sve incidente prema sljedećoj skali:**

- 1 = prijetnja zlostavljanjem
2 = šamaranje, guranje, bez ozljede i/ili trajnog bola
3 = udaranje pesnicom, šutiranje, modrice, posjekotine i/ili trajniji bolovi
4 = prebijanje, teške kontuzije, opekotine, polomljene kosti
5 = ozljeda glave, unutarnje ozljede, trajne ozljede
6 = uporaba oružja; rana od oružja

Ukoliko se bilo koji opis odnosi na viši broj na skali, upotrijebite taj viši broj.

4. Je li Vas netko tijekom prošle godine prisilio na seks?

Da Ne

Ako jeste, tko? _____ Koliko puta? _____

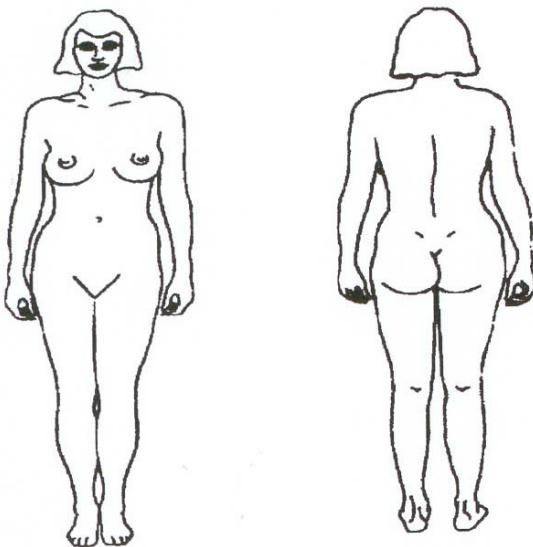
5. Bojite li se svog partnera ili nekih osoba koje ste gore naveli?

Da Ne

ABUSE ASSESSMENT SCREEN / OBRAZAC ZA DOKUMENTACIJU

PN TEST	DATUM SKRININGA _____ JMBG _____
PN (utvrđeno)	Broj zdrav. kartona _____ Ime i prezime pacijentice _____
PN (sumnja)	Ime zdrav. radnika _____
	Trudnoća? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

PN NASILJE NAD ŽENAMA U PARTNERSKIM ODNOSIMA



SIGURNOST PACIJENTICE

- Da Ne Je li nasilnik sada nazočan?
- Da Ne Boji li se pacijentica partnera?
- Da Ne Boji li se pacijentica povratka kući?
- Da Ne Povećava li se fizičko nasilje u težini ozljeda?
Opis: _____
- Da Ne Je li partner fizički zlostavljao djecu?
- Da Ne Jesu li djeca nazočila scenama nasilja u obitelji?
Opis: _____
- Da Ne Prijetnje ubojstvom?

KONTAKTI

- Dan SOS telefon
- Obaviještena mjerodavna tijela unutarnjih poslova
- Dan telefon sigurne kuće
- Druge akcije

- Osoba? _____
- Da Ne Prijetnje samoubojstvom?
Osoba? _____
- Da Ne Nalazi li se u kući pištolj ili drugo oružje?
- Da Ne Ima li zlouporabe alkohola ili drugih supstanci?
- Da Ne Je li razmotren plan sigurnosti?

IZVJEŠĆE PODNESENO

- Mjerodavnom tijelu unutarnjih poslova
 Centru za socijalni rad

FOTOGRAFIJE

- Da Ne Uz suglasnost pacijentice
 Da Ne Bez suglasnosti
Priložite fotografije i pismeni pristanak.

Osnovna načela za proces procjene rizika nasilja nad djecom

Proces procjene rizika treba započeti ukoliko stručnjak u oblasti zdravstvene zaštite djeteta uoči elemente koji pobuđuju sumnju na nedostatnu njegu i brigu vezanu za dijete, zanemarivanje, ili uoči moguće naznake koje upućuju na fizičko i seksualno nasilje.

Procjena rizika je jedan od instrumenata koji bi trebao omogućiti djetetu primanje minimuma dostatne zaštite i njege koja mu je nužna za adekvatno odrastanje, zdravlje i sigurnost.

Procjena rizika je istovremeno i instrument koji adekvatno uključuje članove obitelji djeteta u identifikaciju problema vezanih za dijete koje je uočio ili u čiju prisutnost sumnja stručnjak u oblasti zaštite zdravlja djeteta.

Matrica za procjenu rizika u odnosu na zanemarivanje i zlostavljanje djece

Stanje /aktivnost	A. Nizak rizik	B. Srednji rizik	C. Visok rizik
1. Dob djeteta, fizičke i mentalne sposobnosti	Dijete starije od 10 godina koje je u stanju voditi brigu o sebi, ili uz manju potporu odraslih, bez fizičkih i psihičkih onesposobljenja, ili ograničenja	Dijete u uzrastu od 5 do 9 godina kojem je potrebna potpora odraslih za vođenje brige o sebi, emocionalno stabilno s manjim fizičkim oboljenjima, mentalnim onesposobljenjima, ili blagim odnosno umjerenim poremećajima u psihofizičkom razvoju	Dijete u uzrastu mlađem od 5 godina, koje nije u stanju voditi brigu o sebi ili se zaštititi bez potpune pomoći odrasle osobe, s ozbiljnim fizičkim/mentalnim onesposobljenjem, hiperaktivno dijete, ili dijete s ozbiljnim poremećajima u psihofizičkom razvoju

2. Ozbiljnost /frekvencija fizičkog ili seksualnog zlostavljanja	Nema uočenih fizičkih ozljeda niti manjih ozljeda pri pregledu (nema uočenih izoliranih incidenata)	Manje fizičke ozljede ili ozljede manje ozbiljnosti čiji se karakter ne može objasniti, a uočene su tijekom pregleda/dijagnoze; u anamnezi i heteroanamnezi definiran obrazac fizičkog kažnjavanja djeteta	Dijete koje zahtijeva trenutni medicinski tretman ili hospitalizaciju; u anamnezi ili heteroanamnezi uočen obrazac ekscesivnog fizičkog kažnjavanja djeteta, ili elementi koji upućuju na seksualno zlostavljanje
3. Ozbiljnost /frekvencija zanemarivanja	Nema uočenih efekata na dijete, izolirani incident	Roditelj/skrbnik pobuđuje sumnju da ne izvršava u potpunosti aktivnosti koje bi zadovoljile potrebe djeteta (zdravlje, hrana, smještaj itd.) – sumnja na obrazac življenja u kojem dijete provodi određeno razdoblje bez nadzora skrbnika / roditelja / njegovatelja	Roditelj / skrbnik za kojeg je uočeno da ne izvršava aktivnosti nužne za zadovoljenje osnovnih potreba djeteta (zdravlje, hrana, smještaj), nezaštićeno dijete i dijete bez nadzora u duljem razdoblju, dijete kod kojeg je zbog stanja roditelja / skrbnika uočen veliki rizik za štetu (fizičku, psihičku) po dijete
4. Lokacija uočene ozljede	Noge (koljena, butine, stražnjica)	Torzo	Glava, lice i vrat, spolni i analni predio
5. Problemi u školi /vrtiću	Redovno pohađanje bez izvješća o problemima u školi/vrtiću	Češći izostanci iz škole, vrtića, uočeni određeni problemi vezani za ponašanje, dijete ponekad dolazi neuredno i gladno	Teški problemi vezani za ponašanje djeteta, izrazito nekooperativni roditelji, uočen strah u kontaktu djeteta s roditeljima
6. Fizičke/intelektualne i emotivne sposobnosti roditelja /skrbnika	Nema intelektualnih/ fizičkih /mentalnih ograničenja, realistična očekivanja od djeteta, potpuni nadzor nad djetetom	Moguća fizička i emocionalna onesposobljenja, blaža intelektualna ograničenja, prethodna povijest vezana za kriminalnu prošlost, prethodno registrirana mentalna oboljenja, slabe mogućnosti zaključivanja i rezoniranja, potreba za potporom u zaštiti i brizi za dijete	Izražena fizička i mentalna onesposobljenja, loša percepcija realnosti, nerealistična očekivanja /percepcija vezana za ponašanje djeteta, ozbiljna intelektualna ograničenja, nedostatak roditeljskih kapaciteta zbog teške ovisnosti o alkoholu ili o drogi

7. Stupanj kooperacije roditelja / skrbnika	Volja i sposobnost da se angažiraju na uklanjanju svih problema u cilju najboljeg interesa djeteta – uključujući rješavanje zdravstvenih problema, problema vezanih za adaptaciju djeteta u određenoj sredini itd.	Uglavnom izražene sposobnosti za uključenje u rješavanje problema u cilju najboljeg interesa djeteta – uključujući rješavanje zdravstvenih problema, problema vezanih za adaptaciju djeteta u određenoj sredini itd.	Roditelji / skrbnici koji ne uočavaju i ne vjeruju da postoji problem vezan za dijete, odbijanje kooperacije, nezainteresiranost
8. Roditeljske vještine i znanje (roditelji / skrbnici)	Roditelji / skrbnici iskazuju odgovarajuće roditeljske vještine i znanje nužne za brigu i odgoj djeteta	Nekonzistentno iskazivanje nužnih roditeljskih vještina / znanja ključnih za osiguranje njege i zaštite djeteta	Nedostatak osnovnih vještina / znanja nužnih za osiguranje minimalne razine zaštite djeteta
9. Prisutnost osobe koja zamjenjuje roditelja (njega – čuvanje djeteta u odsutnosti roditelja / skrbnika)	Osoba koja zamjenjuje roditelje / skrbnike ima podržavajući i pozitivan utjecaj na dijete	Osoba koja zamjenjuje roditelje / skrbnike ima smanjenu odgovornost u brizi za dijete ili je povremeno nazočna u kući	Osoba koja zamjenjuje roditelje živi u zajedničkom kućanstvu i može se dovesti u vezu s nasilnim ponašanjem, ili kriminalnom prošlošću
10. Prethodna povijest vezana za zlostavljanje / zanemarivanje	Nema izvješća vezanih za prethodnu povijest zlostavljanja / zanemarivanja djeteta	Postoje indicije vezane za zlostavljanje /zanemarivanje ili povijest vezana za određene intervencije socijalnih službi	'Istraga' vezana za zlostavljanje / zanemarivanje djeteta, prethodne indicije i izvješća ozbiljne prirode o zlostavljanju / zanemarivanju, višestruka izvješća o zanemarivanju / zlostavljanju u koje je uključeno dijete, članovi obitelji, definirani nasilnik u obitelji, prethodna izvješća o teškoj ovisnosti o alkoholu ili o drogama jednog od članova obitelji

11. Jačina sustava potpore u obitelji	Obitelj, susjedi i prijatelji, dostupni i posvećeni potpori, aktivno sudjelovanje u zajednici ili određenim socijalnim skupinama s pozitivnim ciljevima	Rodbina koje daje potporu, ali se ne nalazi na istom geografskom području, određena potpora vezana za prijatelje i susjede, ograničena dostupnost socijalnih službi	Prijatelji i rodbina nisu dostupni, ili čak imaju negativan utjecaj, geografska izolacija u odnosu na službe za potporu u zajednici, nema telefona niti su dostupna ostala sredstva komunikacije i prijevoza
12. Dostupnost nasilnika u odnosu na dijete	Nema dostupnosti	Nasilnik nije dostupan u kući, pristup djetetu je otežan, dijete je pod stalnim nadzorom druge odrasle osobe	Dijete živi s nasilnikom, potpuna dostupnost djeteta, nije sigurno da druga odrasla osoba može zaštititi dijete na odgovarajući način
13. Uvjeti vezani za dom u kojem dijete živi	Dom u kojem dijete živi je uvjetan bez prisutnosti vidljivih elementa vezanih za rizik po zdravlje ili sigurnost djeteta	Dijete nije izloženo rizicima vezanim za prisutnost otpada / smeća, neadekvatnu vodu, nedostatak struje, prisutnost insekata, glodara i sl., ali uvjeti stanovanja nisu idealni	Život u neadekvatnom smještaju za dijete, dijete izloženo rizicima vezanim za higijenske i sigurnosne uvjete stanovanja
14. Stres / krize	Dijete živi u stabilnoj i funkcionalnoj obitelji, stabilan izvor financiranja, snažni rodbinski odnosi	Trudnoća ili neposredni porod, nedostatni prihodi, neprijateljski odnosi u obitelji	Smrt roditelja, skora promjena statusa vezanog za bračno stanje roditelja, akutne psihijatrijske epizode, konflikt među roditeljima, ovisnost o alkoholu/drogi, kaotičan životni stil roditelja, socijalno neadekvatno ponašanje roditelja, kriminalne radnje roditelja, česta uhićenja roditelja
15. Zloupotreba i ovisnost o drogama/alkoholu	Nema zloupotrebe	Uporaba alkohola/psihooaktivnih supstanci ima određeni utjecaj na funkcionalnost roditelja	Teška ovisnost o drogama/alkoholu koja rezultira kroničnom odsutnošću angažmana i brige za dijete

Izvor: California Risk Assessment Curriculum for Child Care Services, Child Care training program.

Obrasci za skrining za procjenu rizika na nasilje kod starijih osoba

EASI (ELDER ABUSE SUSPICION INDEX)¹ INDEKS SUMNJE NA ZLOSTAVLJANJE STARIJE OSOBE

Broj kartona:

Ime i prezime liječnika koji popunjava obrazac:

Ime i prezime pacijenta:

Datum rođenja pacijenta:

Datum popunjavanja obrasca:

Šifre do sada utvrđenih dijagnoza i stanja:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Instrukcije koje liječnik treba dati pacijentu prije popunjavanja:

Sada ću Vas informirati o istraživanju za koje trebam dobiti Vašu suglasnost da Vam postavim određena pitanja. Ukoliko se pored starije osobe nalazi i primarni njegovatelj obratite mu/joj se na sljedeći način: S obzirom na to da je moj pacijent pristao da mu postavim određena pitanja, zahtjev istraživača je da to treba biti urađeno u potpunoj privatnosti, pa bih Vas zamolio/la da nas napustite na nekoliko trenutaka kako bismo pravilno proveli tražene procedure za istraživanja. U situacijama kada primarni njegovatelj odbije napustiti ordinaciju, treba nastaviti s postavljanjem pitanja bez obzira na njegovu/njenu nazočnost.

Nastavite komunikaciju sa starijom osobom uz obrazloženje da ćete postaviti nekoliko pitanja o životnoj situaciji ili odnosima u posljednjih 12 mjeseci. Budući da je o određenim životnim situacija teško pričati, zamolite pacijenta da na postavljena pitanja isključivo odgovara s „DA“ ili „NE“.

Započnite s postavljanjem dolje navedenih pitanja i upisujte odgovore.⁸

1. Imate li pomoć od ljudi oko Vas kada je u pitanju: kupanje, oblačenje, kupovina, plaćanje računa ili priprema obroka?

⁸ Autori: M.J.Yaffe, MD, M.Lithwick, MSW, Cwolfson, PhD

DA NE BEZ ODGOVORA

Ukoliko je odgovor DA: Jesu li se pri tome javljali određeni problemi?

DA NE BEZ ODGOVORA

2. Je li netko sprječavao ili pokušao spriječiti da dobijete hranu, odjeću, lijekove, naočale, slušni aparat, nužnu medicinsku njegu ili da provedete vrijeme s osobama s kojima ste željeli?

DA NE BEZ ODGOVORA

Ukoliko je odgovor DA: Je li se to dogodilo više od jednog puta tijekom posljednjih 12 mjeseci?

DA NE BEZ ODGOVORA

3. Jeste li bili uznemireni jer je netko s Vama razgovarao na način koji je doprinio da se osjećate posramljeno ili uplašeno?

DA NE BEZ ODGOVORA

Ukoliko je odgovor DA: Jesu li se pri tome javljali neki uobičajeni problemi?

DA NE BEZ ODGOVORA

4. Je li Vas itko pokušao prisiliti da potpišete neke papire ili da koristite Vaš novac i Vaše stvari protiv Vaše volje?

DA NE BEZ ODGOVORA

Ukoliko je odgovor DA: Jesu li se pri tome javljali neki uobičajeni problemi?

DA NE BEZ ODGOVORA

5. Je li Vas itko uplašio dirajući Vas na način na koji to niste željeli ili Vas fizički ozlijedio?

DA NE BEZ ODGOVORA

Ukoliko je odgovor DA: Jesu li se pri tome javljali neki uobičajeni problemi?

DA NE BEZ ODGOVORA

Ostatak upitnika popunjava liječnik i sljedeća pitanja ne postavlja pacijentu:

6.a. Zlostavljanje starije osobe može biti povezano sa: izbjegavanjem izravnog pogleda od strane starije osobe prilikom postavljanja pitanja,

uplašenošću i povučenošću pacijenta, pothranjenošću, lošom higijenom, posjekotinama, modricama, neadekvatnom odjećom, nekorištenjem lijekova. Jeste li primijetili išta od toga danas ili u posljednjih 12 mjeseci?

DA

NE

NISAM SIGURAN/NA

6.b. Pored vas liječnika i vašeg pacijenta, starije osobe, je li još netko nazočan u vašoj ordinaciji tijekom postavljanja pitanja?

DA

NE

Obrazac Folstein Mini Mental Status se koristi kao skrining alatka za otkrivanje demencije kod starijih osoba. U slučajevima kada se sumnja da je starija osoba žrtva nasilja, određivanje Folstein Mini Mental statusa može biti esencijalno u smislu procjene sposobnosti starije osobe da daje odgovore na različita pitanja, uključujući pitanja u svezi s mogućim nasiljem u obitelji.

Obrazac Mini Mental Status

M. br.

Ime i prezime

Datum rođenja

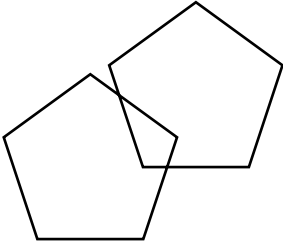
Mjesto rođenja

Stupanj školske naobrazbe nema osnovna (završio/la razreda) ____
 viša ili visoka

Relevantne dijagnoze (ŠIFRE):

MMSE – Mini Mental State Exam.

1.	Pitajte bolesnika za ime, tekuću godinu, godišnje doba, datum – dan i mjesec.	5 bodova
2.	Pitajte bolesnika za zemlju, grad, bolnicu, kat i prostoriju u kojoj se nalazi.	5 bodova
3.	Zamolite bolesnika da ponovi tri nepovezana pojma. (Zbog pitanja br. 5 te mu pojmove možete ponoviti do ukupno šest puta, a boduje se njegov prvi pokušaj ponavljanja.)	3 boda

4.	Zamolite bolesnika da od 100 oduzima 7 do ukupno pet puta (93, 86, 79, 72, 65) ili da pokuša jednostavniju riječ izgovoriti od kraja, slovo po slovo.	5 bodova
5.	Zamolite bolesnika da ponovi tri pojma koja je prethodno naučio.	3 boda
6.	Pokažite bolesniku ručni sat i pitajte ga što je to. Isto ponovite s olovkom.	2 boda
7.	Zamolite bolesnika da za vama ponovi tri vrlo jednostavne fraze. (Npr. Dobro sam. Nema potrebe. Nemam pojma ili sl.)	1 bod
8.	Naložite bolesniku slijed jednostavnih radnji: uzeti papir sa stola u desnu ruku, saviti ga na pola i vratiti na stol.	3 boda
9.	Napišite bolesniku: „Zatvorite oči“ i zamolite ga da to pročita i učini.	1 bod
10.	Zamolite bolesnika da spontano napiše rečenicu. (Ona mora biti razumljiva, sadržavati subjekt i predikat, prvenstveno mora imati smisla.)	1 bod
11.	Zamolite bolesnika da prostoručno kopira dva nacrtana peterokuta koji se sijeku. Svih deset uglova mora biti prisutno i adekvatno priloženo. Tremor i rotacija se ignoriraju (crtež dolje).	1 bod
		
UKUPAN BROJ BODOVA:		

Bodovanje: 23–30 normalno, 19–23 graničan nalaz, manje od 19 demencija.

Indikatori za skrining na zlostavljanje (IOA Screen)² Indicators on Abuse Screen⁹

Indikatori zlostavljanja su navedeni u donjoj tablici i numerirani po značaju. Većina najznačajnijih indikatora se nalazi u stupcu koji se odnosi na njegovatelja. Molimo vas da nakon opsežne medicinske procjene i evaluacije urađene u vašoj ordinaciji ili tijekom kućne posjete starijoj osobi pored svakog dolje navedenog indikatora u oba stupca ubilježite broj u skali 0–4. Nemojte propustiti niti jedan navedeni indikator.

Indikatore rangirajte sukladno svom mišljenju, zasnovanom na prethodno temeljito obavljenoj medicinskoj procjeni i evaluaciji, prema dolje navedenoj skali za bodovanje.

Veći broj bodova naglašava veći rizik.

Skala: procjena veličine navedenog problema:

0 = ne postoji

1 = neznatno

2 = umjereno

3 = vjerojatno/prilično ozbiljno

4 = da/ozbiljno

00 = nije primjenjivo

000 = ne znam

Broj godina primarnog njegovatelja.....

(navesti u godinama, a ne godište)

Srodstvo njegovatelja i primatelja njege:

U srodstvu

Nisu u srodstvu

Skala procjene	Njegovatelj	Skala procjene	Starija osoba – primatelj njege
	1. Ima probleme vezane za ponašanje		1. Zlostavljanje se bilježi u prošlosti
	2. Financijski je ovisan/a o starijoj osobi		2. Ima bračni / obiteljski sukob
	3. Ima emocionalne i mentalne teškoće		3. Pokazuje nedostatno znanje i razumijevanje vezano za osobno zdravstveno stanje
	4. Ima probleme s alkoholom /zlouporabom psihoaktivnih supstanci		4. Socijalna izoliranost
	5. Ima nerealna očekivanja		5. Nedostatak socijalne

⁹ Izvor: Reis, M. (2000, Sumer)

			potpore
	6. Pokazuje nedostatno znanje i razumijevanje vezano za zdravstveno stanje starije osobe		6. Ima poremećaje ponašanja
	7. Pokazuje znakove odbijanja aktivnosti vezanih za njegu starije osobe (odbija ulogu njegovatelja)		7. Financijski ovisan/na
	8. Ima bračne i obiteljske konflikte		8. Ima nerealna očekivanja
	9. Trenutačno slabo uspostavljeni odnosi sa starijom osobom kojoj se pruža njega		9. Ima probleme s alkoholom/zlouporabom psihoaktivnih supstanci
	10. Nema iskustvo u pružanju njege		10. Trenutačno slabo uspostavljeni odnosi s njegovateljem
	11. Sklonost k ukoravanju		11. Ima sumnjive padove/ozljede
	12. Loši odnosi u prošlosti s osobom kojoj se pruža njega		12. Ima emocionalne i mentalne teškoće
			13. Sklonost k ukoravanju, prekoravanju
			14. Emocionalna ovisnost
			15. Nema svog određenog liječnika u primarnoj zaštiti

Napomena: Obje procjene popunjava liječnik (za njegovatelja i stariju osobu primatelja njege). Procjenu za svaku stavku sukladno gore navedenoj skali za procjenu veličine problema potrebno je unijeti u odgovarajući stupac za skalu procjene u tablici. Bijela boja je za njegovatelja i siva boja za stariju osobu primatelja njege.

INDIKATORI DOBRE PRAKSE ZA RJEŠAVANJE PITANJA NASILJA

Indikator 1: Uporaba definicije nasilja koja je 'gender senzitivna'

- definicija mora biti inkluzivna (fizičko, seksualno, emocionalno i druge vrste nasilja)
- definicija mora biti gender senzitivna (uključiti pitanja moći i kontrole).

Indikator 2: Način monitoringa procesa i skrininga

- sustavan skrining + protokol za pitanja
- stručnjaci moraju biti obučeni za rutinsko postavljanje teških pitanja
- načini i mehanizmi registracije.

Indikator 3: Politika (zdravstvo) i vodiči za praktičan rad stručnjaka na rješavanju ovog pitanja

Indikator 4: Mjere sigurnosti i na sigurnost orijentirana praksa

- sigurnosni plan za žrtvu nasilja i edukacija osoblja vezana za pitanje sigurnosti žrtve nasilja
- mjere sigurnosti u ustanovi
- potpora majkama da zaštite sigurnost svoje djece
- sigurnost osoblja koje pruža potporu.

Indikator 5: Trening – podizanje svijesti, ispitivanje vrijednosti, razvijanje vještina

- trening velikog broja stručnjaka (interdisciplinarnost)
- trening sa specijalističkim tečajevima (mentalno zdravlje, fizičke ozljede, nasilje itd.)
- integracija strategije edukacije i treninga za operativno planiranje za prevenciju nasilja u okviru segmenta, kao npr. zajednica, službe i sl.
- strategija financiranja i omogućavanje treninga
- definiranje profila trenera.

Indikator 6: Evaluacija – osiguranje efektivnog odgovora

- neovisna evaluacija
- evaluacija (stavovi i iskustva) žrtava nasilja
- identifikacija područja unutar prakse koja zahtijevaju promjene.

Detaljno i precizno dokumentiranje nasilja i zanemarivanja (ozljede i okolnosti pod kojima su nastale ozljede) od ključnog su značaja za proces zaštite djeteta. U vođenju dokumentacije nužno je primjenjivati X reviziju Međunarodne statističke klasifikacije bolesti, ozljeda i uzroka smrti (ICD-10), koja pod **kategorijama T74 koja se eksplicitno odnosi na zlostavljanje i kategorijama Z61 i Z62 omogućava registraciju slučajeva nasilja u medicinskoj praksi.**

8. DOKUMENTIRANJE NASILJA

Detaljno i precizno registriranje nasilja u obitelji od ključnog je značaja za definiranje dimenzije problema, uključujući i pitanje prevalencije morbiditeta i mortaliteta. Zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebali bi blagovremeno evidentirati i dokumentirati nasilje, i time omogućiti prevenciju i ranu intervenciju.

8.1 Evidentiranje nasilja

Pri vođenju evidencije o slučajevima nasilja nužno je primjenjivati **X reviziju Međunarodne statističke klasifikacije bolesti, ozljeda i uzroka smrti (ICD-10)**, koja se pod kategorijama T74 eksplicitno odnosi na zlostavljanje i omogućava registraciju slučajeva nasilja u medicinskoj praksi.

T74 – sindromi zlostavljanja

Ako želite označiti određenu ozljedu, upotrijebite dodatnu šifru:

T74.0 – zapuštanje ili napuštanje

T74.1 – tjelesno zlostavljanje

Pretučen/a:

- sindrom (zlostavljanog) dojenčeta ili djeteta bez posebnih obilježja (BPO)
- bračni sindrom BPO.

T74.2 – spolno zlostavljanje

T74.3 – psihološko zlostavljanje

T74.8 – ostali sindromi zlostavljanja

Miješani oblici

T74.9 – sindrom zlostavljanja, nespecifičan

Učinci:

- zlostavljanje odraslog BPO
- zlostavljanje djeteta BPO.

8.2 Vođenje i čuvanje dokumentacije

Liječnici su obvezni voditi točnu, iscrpnu i datiranu dokumentaciju o stanju pacijenata i njihovom liječenju. Također su obvezni tu dokumentaciju na pismeni zahtjev predati mjerodavnim policijskim i pravosudnim tijelima.

Čuvanje dokumentacije je inače predmet Zakona o arhivskoj građi Federacije Bosne i Hercegovine i Uredbe o organiziranju i načinu vršenja arhivskih poslova u pravnim osobama Federacije Bosne i Hercegovine. To su propisi koji uređuju kako čuvanje dokumentacije tako i kategorije razvrstavanja dokumentacije. Zdravstvena dokumentacija spada u arhivsku građu. Nijedan od navedenih propisa ne određuje konkretan rok za čuvanje arhivske građe, već je to nešto što mora propisati sam stvaratelj konkretne građe internim propisima. Naime, to znači da svaka ustanova ili pravna osoba mora svojim internim aktima urediti način čuvanja arhivske građe,

koji mora sadržavati obvezno tzv. listu kategorija kojom se konkretiziraju vrste dokumentacije koju pravna osoba čuva, u kojoj se mogu odrediti rokovi i način čuvanja različito za različite kategorije, ovisno o važnosti određene dokumentacije.

Dakle, suglasno važećim propisima, svaka zdravstvena ustanova donosi svoj interni akt o načinu i rokovima čuvanja dokumentacije. Također, mora imati svoj arhivski prostor koji ispunjava određene uvjete da bi arhivska građa ostala neoštećena.

Bitno je istaći da Zakon o arhivskoj djelatnosti Kantona Sarajevo, naprimjer, propisuje da rokovi za čuvanje arhivske građe moraju biti propisani u "godinama", s tim da je najmanji rok čuvanja "dvije godine". I da, najkasnije 30 godina od dana nastanka, građa mora biti predana mjerodavnom arhivu (kantona, općine, grada ili pak Federacije BiH).

S tim u svezi podatke o liječenju i zdravstvenu dokumentaciju pacijenata liječnici su dužni čuvati najmanje dvije godine od dana posljednje posjete pacijenta, ako internim propisom zdravstvene ustanove nije propisan duži rok. Ova dokumentacija se čuva u zdravstvenoj ustanovi, a nakon proteka roka čuvanja dokumentacije, prebacuje se u arhivski prostor pravne osobe koja je stvaratelj te građe. Važno je istaknuti i da, po ovim propisima, svaki stvaratelj arhivske građe nosi određenu odgovornost za čuvanje te građe. Ni u jednom trenutku ne bi smjelo biti upitno gdje se nalaze arhivske knjige i arhivska građa svakog liječnika, u slučaju da ta građa zatreba sudu, policiji, institutu za određivanje DNK, medicinskom fakultetu itd.

8.3 Jedinствена база података о жртвима насиља и насилним особама

Jedinствена база података о жртвима насиља у обitelji као и насилним особама у Федерацији Босне и Херцеговине још увијек не постоји. Но, један од циљева Стратешког плана за превенцију насиља у обitelji је „успоставити јединствену базу података о жртвима насиља у обitelji и о насилним особама и јединствену SOS линију за пријаве насиља у обitelji“.

У Федерацији Босне и Херцеговине крајем 2008. године успостављен је јединствени SOS телефон – број 1265 – путем којег жртве насиља могу добити одговарајућу помоћ. Процес успоставе јединствене базе података о починиоцима насиља у обitelji и о жртвима насиља у обitelji је у тјеку, те се реализација ове активности очекује до краја 2010. године. Нуžno је првенствено утврдити јединствену методологију за прикупљање и обраду

podataka, izraditi jedinstvene obrasce za prijavljivanje slučajeva nasilja u obitelji i jedinstven software koji će koristiti svi mjerodavni subjekti, što će rezultirati brзом i efikasnom razmjenom podataka između svih mjerodavnih institucija u sljedećim oblastima: zdravstvo, socijalna zaštita, policija, pravosuđe.

9. PRIJAVLJIVANJE NASILJA

9.1 Obaveze i odgovornosti zdravstvenih radnika

Obaveza prijavljivanja nasilja regulisana je važećim propisima.

Zakon o zaštiti od nasilja u porodici obavezu prijavljivanja definiše u članu 7.: *Zdravstveni i socijalni radnici, nastavnici, vaspitači, medicinske, obrazovne i druge ustanove i organi, kao i nevladine organizacije, koji u obavljanju svoje dužnosti saznaju za učinjeno nasilje u porodici, dužni su odmah po saznanju prijaviti učinjeno nasilje u porodici nadležnoj policijskoj upravi.*

Prijavu iz stava 1. ovog člana dužni su dostaviti i članovi porodice, kao i svaki građanin koji sazna za učinjeno nasilje u porodici, a posebno ako je žrtva nasilja maloljetna osoba.

Osobe iz st. 1. i 2. ovog člana su ovlašteni podnosioci zahtjeva za pokretanje prekršajnog postupka. Osoba koja ne izvrši obavezu prijavljivanja nasilja u porodici čini prekršaj.

Kada je u pitanju Krivični zakon FBiH, zdravstveni radnici odnosno doktori su obavezni da prijave slučajeve nasilja nadležnoj policijskoj upravi kada se radi o:

- teškim tjelesnim povredama,
- povredama koje su nanesene vatrenim oružjem, opasnim oruđem ili drugim sredstvom podobnim za nanošenje teških tjelesnih povreda,
- krivičnim djelima seksualnog kriminaliteta (silovanje, protivprirodni blud i dr.),
- nasilju u porodici (član 222. KZ FBiH).

Navedena krivična djela doktori treba da prijave, a u slučaju neprijavlivanja krivičnog djela mogu i sami prema članu 345. snositi krivičnu odgovornost: (...) *kaznit će se doktor medicine, doktor stomatologije, babica ili zdravstveni radnik, psiholog, notar i radnik socijalne zaštite, ako je krivično djelo učinjeno prema djetetu ili maloljetniku.*

U slučaju **sumnje** da je povreda ili zdravstveno stanje posljedica nasilja u porodici, zdravstveni radnik je dužan da posebno pažljivo pristupa razgovoru sa žrtvom, da na adekvatan način dokumentuje sumnju, sačini detaljan ljekarski nalaz baziran na pravilno vođenom intervjuu (anamnezi), fizikalnom pregledu, te da, ukoliko je moguće, primijeni skrining na nasilje u skladu sa ponuđenim obrascima za različite populacione skupine u daljem praćenju pacijenta.

U slučaju **saznanja** o počinjenom nasilju u porodici, zdravstveni radnici su dužni da postupaju na sljedeći način:

1. Utvrditi uzroke i način nastanka povreda te obaviti kompletan zdravstveni pregled;
2. Razgovarati sa žrtvom o mogućnostima rješavanja problema, savjetovati je, uputiti žrtvu nasilja u ostale mogućnosti zaštite koje pružaju nadležne institucije (socijalne ustanove, NVO, sigurne kuće, itd.);
3. U slučaju tjelesne povrede nanesene od člana porodice, zdravstveni radnik je dužan da dokumentuje stanje, te da sačini detaljan ljekarski nalaz baziran na pravilno vođenom intervjuu, anamnezi i fizikalnom pregledu;
4. Slučaj nasilja prijavljuje se policiji uz podnošenje detaljnog ljekarskog nalaza;
5. Na zahtjev tužilaštva ili policije, zdravstvene ustanove dužne su da odmah dostave svu dokumentaciju koja je od značaja za razjašnjavanje i dokazivanje slučaja nasilja u porodici;
6. Ukoliko je žrtva nasilja u porodici osoba s duševnim smetnjama ili osoba liječena od alkoholizma i drugih zavisnosti, po potrebi je uputiti na liječenje odnosno prisilno hospitalizovati i o tome u roku od 24 sata obavijestiti nadležni sud i nadležni centar za socijalni rad;
7. Ukoliko je počinitelj nasilja u porodici osoba s duševnim smetnjama ili osoba liječena od alkoholizma i drugih zavisnosti, po potrebi ga uputiti na liječenje, odnosno prisilno hospitalizovati i o tome u roku od 24 sata obavijestiti nadležni sud, nadležni centar za socijalni rad i policiju.

Nasilje u porodici je problem javnozdravstvenog, sistema socijalne zaštite, sigurnosnog kao i krivično-pravnog sistema. Samim tim, oni koji pružaju zdravstvenu zaštitu moraju da budu uključeni u rješavanje ovog problema. Obavezno prijavljivanje ohrabruje zdravstvene radnike da sarađuju sa policijom, što vodi efikasnijem odgovoru na nasilje u porodici. Takođe,

omogućava vlastima da preciznije identifikuju ovaj problem, kako bi mogli da mobilizuju sredstva i javnu podršku koja su neophodna za borbu protiv ovog problema. Obavezno prijavljivanje takođe pomaže vlastima da pronađu i kazne lica koja su počinila nasilje u porodici. Kada zdravstvene ustanove prijave slučajevne nasilja u porodici, krivično-pravni sistem može osobama koje su preživjele nasilje da dodijeli odgovarajuću zaštitu. Dokaz o zlostavljanju koji zdravstveni radnici prikazuju u medicinskom dosjeu osobe koja je preživjela nasilje takođe može biti upotrijebljen za sudsko procesuiranje nasilnika.

Obaveznim prijavljivanjem poboljšava se sigurnost i zaštita zdravlja osoba koje su preživjele nasilje i stvaraju preduslovi za ukupan odgovor društva na nasilje kao početni korak za kreiranje društva bez nasilja. Ovakvim pristupom šalje se poruka da je nasilje u porodici ozbiljan zločin koji je društveno neprihvatljiv.

10. SARADNJA SA NADLEŽNIM INSTITUCIJAMA I PRAVILNO UPUĆIVANJE ŽRTVE NASILJA U PORODICI

Problemom nasilja u porodici bave se sljedeće nadležne institucije: zdravstvene ustanove, policija, centri za socijalni rad, obrazovne institucije, nevladine organizacije i dr.

Neophodno je da zdravstveni radnici u svom svakodnevnom radu budu upoznati sa obaveznim vidovima saradnje sa svim navedenim nadležnim institucijama.

10.1 Aktivnosti policije

Ukoliko zdravstveni radnik izrazi sumnju da su kod pacijenta vidljive povrede koje upućuju na mogućnost da je osoba žrtva fizičkog ili seksualnog zlostavljanja ili da simptomi upućuju na psihičko zlostavljanje, dužni su pozvati operativno dežurstvo MUP-a Kantona (122) ili nadležnu policijsku upravu i obavijestiti je o sumnji na nasilje. **Nadležna policijska uprava je policijska uprava na čijem području se dogodilo / izvršilo nasilje.**

Svaku prijavu nasilja u porodici od strane zdravstvenih radnika bez odlaganja provjeravaju policijski službenici i to na sljedeći način:

- odlazak u zdravstvenu ustanovu iz koje je prijavljeno nasilje,
- razgovor sa osobom iz zdravstvene ustanove koja je prva prijavila nasilje, te sa doktorom koji je izvršio pregled,

- sugerisanje doktorima da sačine ljekarski nalaz sa detaljnim opisom uočenih povreda i medicinskih opservacija koji može biti od presudne važnosti za pokretanje krivičnog postupka,
- obavljanje razgovora sa žrtvom u prisustvu zdravstvenog radnika, te, ukoliko žrtva želi da prijavi nasilje, u pratnji policije odlazi u policijsku upravu radi davanja detaljne izjave o okolnostima nasilja,
- u policijskoj upravi, službenik policije obavlja razgovor sa žrtvom i pravi zapisnik o saslušanju žrtve (svjedoka) o okolnostima nasilja,
- tokom razgovora sa žrtvom, policijski službenik omogućava žrtvi da bez prekida ispriča šta se desilo (aktivno sluša žrtvu),
- u prostorijama policijske uprave žrtva se fotografiše, posebno vidljive povrede (povrede konstatovane u ljekarskom nalazu),
- o počinjenom nasilju obavještava se dežurni tužilac kantonalnog tužilaštva,
- sačinjava se i upućuje službeni izvještaj o počinjenom krivičnom djelu nasilja u porodici nadležnom kantonalnom tužilaštvu,
- osigurava se da se žrtva ne susretne sa eventualnim izvršiocem nasilja ili rodbinom i prijateljima koji bi mogli uticati na žrtvu,
- ukoliko policijski službenik utvrdi da ima osnova za pokretanje zahtjeva za izricanje zaštitnih mjera uputiće ga nadležnom opštinskom sudu – odjeljenje za prekršaj,
- centar za socijalni rad se obavještava o registrovanom nasilju, ukoliko su žrtve nasilja djeca, lica kojima je oduzeta poslovna sposobnost i starija lica (lica starija od 65 godina) kako bi centar preduzeo radnje iz djelokruga svojih nadležnosti,
- ukoliko je žrtva dijete bez roditeljskog staranja ili osoba kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, policijski službenik je dužan da prvo pribavi informaciju od zdravstvenog radnika koji je prijavio nasilje o tome da li je obavijestio staratelja ili nadležni centar za socijalni rad. Ukoliko nije, policijski službenik je dužan da prije odlaska u zdravstvenu ustanovu pozove staratelja ili predstavnika centra za socijalni rad i zatraži njihovo prisustvo u zdravstvenoj ustanovi i policijskoj stanici.

Policija je dužna da obavijesti žrtvu o određenim rizicima vezanim za njenu sigurnost, s obzirom da nerijetko nasilje ima tendenciju pojačavanja, ali i da je nasilje krivično djelo, te informisati žrtvu o institucijama koje su nadležne za pružanje pomoći, kao što su centri za socijalni rad, skloništa / sigurne kuće, nevladine organizacije, sa tačnim nazivima i brojevima telefona.

Dosadašnja iskustva pokazuju da određeni broj žrtava nasilja odbija, odnosno ne želi da nasilnik bude uhapšen, smatrajući da je to njihova privatna stvar, dok istovremeno jedan broj žrtava očekuje da policija promjeni svoj odnos sa nasilnikom, i da djeluje kao medijator u rješavanju njihovog porodičnog sukoba.

Navedeno ukazuje da je i pristup policije vrlo kompleksan i da se ne mogu koristiti uniformni obrasci za rješavanje problema nasilja u porodici jer svaki pojedinačni slučaj ima specifičan kontekst.

Važno je napomenuti da činjenica koja se odnosi na hapšenje nasilnika može biti demotivirajući faktor u odluci žrtve da se obrati policiji za pomoć. Uloga policije nije da nasilnika kažnjava niti da kreira kaznenu politiku, već da postupa u skladu sa zakonom.

10.2 Aktivnosti centra za socijalni rad

Nasilje i agresivnost u porodici, prvenstveno nasilje nad ženama, djecom i starijim osobama, često ostaje skriveno od centra za socijalni rad, budući da žrtve nasilja rijetko same traže pomoć plašeći se novih posljedica.

Oni koji imaju informacije o prisustvu nasilja, takođe to ne prijavljuju zbog stavova o neuplitanju u porodične probleme drugih.

Intervencija u porodici od strane centra za socijalni rad odvija se prije svega putem zaštite interesa djece koja su, nažalost, u porodicama u kojima je prisutno nasilje izložena psihičkom zlostavljanju, zanemarivanju i zapuštanju, ali vrlo često i fizičkom zlostavljanju, kao i putem zaštite osoba kojima je oduzeta poslovna sposobnost ili osoba starijih od 65 godina.

Kada zdravstveni radnik u zdravstvenoj ustanovi izrazi sumnju na prisustvo simptoma nasilja nad djecom, ili osobama kojima je oduzeta poslovna sposobnost, ili starijim osobama, bilo da se radi o fizičkom, seksualnom ili psihičkom nasilju, može sumnju na zlostavljanje prijaviti pismenim ili usmenim putem nadležnom centru za socijalni rad. **Nadležni centar za socijalni rad je centar na čijem području dijete ili odrasla osoba ima posljednje prebivalište ili boravište.**

U slučaju da su život i zdravlje djeteta, ili osobe kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, ili starije osobe, ugroženi, zdravstveni radnici mogu usmeno pozvati socijalnog radnika i zatražiti njegovu hitnu intervenciju. Socijalni

radnik je dužan odmah donijeti usmeno rješenje o oduzimanju djeteta od roditelja odnosno staratelja, i njegovom smještaju u drugu porodicu ili ustanovu. Osobi kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, socijalni radnik je dužan da obezbijedi izmještanje iz porodice staratelja ili institucije i da je zbrine u drugu porodicu ili instituciju. Starijoj osobi socijalni radnik dužan je obezbijediti izmještanje iz njene porodice ili institucije u kojoj se desilo nasilje, i zbrinuti je u drugu porodicu ili instituciju, ukoliko to ona prihvati.

Ukoliko je dijete žrtva nasilja, a centar za socijalni rad donese usmeno rješenje o njegovom izmještanju iz biološke ili hraniteljske porodice, odnosno institucije u kojoj je bilo smješteno, i smjesti ga u drugu porodicu ili drugu instituciju, dužan je da odmah pristupi donošenju pismenog rješenja.

Nakon izmještanja a u cilju zaštite i interesa djeteta, centar za socijalni rad je dužan da kod nadležnog suda za prekršaje hitno inicira pokretanje postupka za izricanje mjere zabrane približavanju djetetu, odnosno da kod nadležnog opštinskog suda inicira pokretanje postupka oduzimanja roditelju prava da živi sa djetetom, ili postupka oduzimanja roditeljskog staranja. Nadležni sud za prekršaje je sud na čijem području dijete ima posljednje prebivalište ili boravište, a nadležni osnovni sud je takođe sud na čijem području dijete ima posljednje prebivalište, odnosno boravište.

Ukoliko centar za socijalni rad, tokom postupka izbora najboljeg oblika zbrinjavanja djeteta, konstatuje da ima indicija koje upućuju na bilo koji oblik nasilja u porodici ili instituciji u kojoj je dijete smješteno, centar o tome obavještava nadležnu policijsku upravu, ukoliko to prethodno nije učinila zdravstvena ustanova.

Istu obavezu centar za socijalni rad ima kad je u pitanju osoba kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, ili starija osoba.

Prema odredbama Porodičnog zakona Federacije BiH i Zakona o osnovama socijalne zaštite, zaštite žrtava rata i zaštite porodice sa djecom, centar je ne samo ovlašćen već i dužan preduzimati porodično-pravne mjere ali i mjere socijalne zaštite kad ocijeni da su interesi djece, ili osoba kojima je oduzeta poslovna sposobnost, ili starijih osoba, ugroženi. **Njihovi interesi su nesumnjivo ugroženi ako je u porodici ili instituciji u kojoj su smješteni prisutno nasilje. Interesi djeteta su ugroženi u porodici i ukoliko je u njoj prisutno nasilje oca nad majkom ili obratno.**

U situacijama u kojima je u porodici prisutno nasilje oca nad majkom i djecom, ili majke nad ocem i djecom, a zdravstveni radnik izrazi sumnju na prisustvo nasilja u porodici, on o tome može obavijestiti centar za socijalni rad.

Centar za socijalni rad je dužan da po prijavi zdravstvenih radnika uključi stručni tim centra (psihologa, pedagoga, socijalnog radnika, a po potrebi i druge stručnjake), te da sačini plan zaštite žrtve nasilja. Plan zaštite pretpostavlja psihosocijalnu podršku djeci i roditelju koji su žrtve nasilja, pružanje materijalne pomoći žrtvama, a ukoliko postoji potreba organizuje se i njihovo izmještanje i zbrinjavanje smještajem u sklonište / sigurne kuće, ako na tom području postoje ovakvi resursi i zakonska osnova.

10.3 Aktivnosti NVO

Žrtvama nasilja nevladine organizacije pružaju usluge direktne asistencije obezbjeđujući im smještaj u sigurnim kućama, hranu, odjeću i obuču, psihološki tretman u cilju usvajanja prikladnih obrazaca ponašanja, obezbjeđuju nadzor nad zdravstvenim i psihološkim stanjem žrtava, dnevnim obavezama, slobodnim aktivnostima, izlascima, itd.

Jedan broj organizacija koje djeluju na području Federacije BiH obezbjeđuju za djecu i odrasle preventivno-edukativne programe u cilju podizanja svijesti u opštoj populaciji i određenim profesionalnim grupama o raširenosti pojave nasilja u porodici kao i njegovim posljedicama i prevenciji.

Najkompleksnija obaveza koju su pojedine nevladine organizacije preuzele u praksi je priprema žrtve za sudski postupak i učestvovanje u sudskim postupcima u ulozi svjedoka.

10.4 SOS Telefon 1265

Krajem 2008. godine potpisan je Memorandum o saradnji između Gender Centra Federacije Bosne i Hercegovine, Centra za socijalni rad – Jajce, Fondacije lokalne demokratije – Sarajevo, Udruženja građana „Medica” – Zenica, Udruženja žena „Vive Žene” –Tuzla, Udruženja „Žena BiH” – Mostar i Udruženja „Žene sa Une” – Bihać o uspostavi i načinu funkcionisanja SOS telefona 1265 za pomoć žrtvama nasilja u porodici. Besplatnim pozivom na broj SOS telefona 1265 mogu se prijaviti slučajevi nasilja u porodici i dobiti savjeti i informacije kako se zaštititi od nasilja u

porodici. Pozivi se automatski preusmjeravaju do službe koja je najbliža mjestu poziva, gdje se dobijaju savjeti od operaterki koje su završile specijalne edukativne programe za rad na SOS telefonu i imaju iskustvo u radu sa žrtvama nasilja u porodici. Operaterke će osobu koja pozove pažljivo saslušati, savjetovati koje korake da preduzme, pružiti psihološku pomoć, te informisati o službama i procedurama za zaštitu od nasilja u porodici, a ženama i djeci u skladu sa procedurama punuditi smještaj u sigurnoj kući. U prvih deset mjeseci rada SOS linije, pomoć je zatražilo 2.024 osobe.

10.5 Sigurne kuće

U okviru djelokruga rada nevladinih organizacija koje imaju sigurnu kuću (Fondacija lokalne demokratije – Sarajevo, Udruženje građana „Medica” – Zenica, Udruženje žena „Vive Žene” – Tuzla, Udruženje „Žena BiH” – Mostar, Udruženje „Žene sa Une” – Bihać i Prihvatilište za žene i djecu u nevolji „Mirjam“ Caritas – Mostar) je i savjetovanje žrtava nasilja, prevencija trgovine ljudima, ekonomsko osnaživanje žena, jačanje kapaciteta stručnjaka u institucijama, rad sa nasilnom osobom, medijske kampanje i dr.

10.5.1 Usluge koje pružaju sigurne kuće

Nevladina organizacija „**Fondacija lokalne demokratije**“ iz Sarajeva osigurava fizičku zaštitu od nasilnika (stvaranjem sigurnog ambijenta), provođenje psihosocijalnog tretmana koji podrazumijeva individualnu i grupnu terapiju, radno-okupacionu terapiju, edukativne radionice, administrativno-tehničku podršku žrtvama nasilja (saradnja sa mjesno nadležnim službama socijalne zaštite, pružanje pravne pomoći putem saradnje sa NVO „Vaša prava“, saradnja sa domovima zdravlja Kantona Sarajevo i KCUS-om radi pružanja medicinske pomoći žrtvama), podršku ekonomskom osamostaljivanju, mobilne posjete korisnicima sigurne kuće koje realizuje stručni tim sigurne kuće i predstavnik mjesno nadležne službe socijalne zaštite (porodična terapija, prevencija recidiva, podrška, donacije u hrani i odjeći).

Kontakt tel. 033/236 899, 033/237 240, web: www.fld.ba

Udruženje „**Žene sa Une**“ iz Bihaća, pored osnovne pomoći, žrtvi nasilja obezbjeđuje hranu, sredstva za higijenu, odjeću, obuču i upis djece u

najbližu školu. U saradnji sa centrima za socijalni rad, Udruženje radi na pomoći žrtvama nasilja i ekonomskom osnaživanju žena žrtava nasilja te njihovoj edukaciji.

Kontakt tel. 037/220 855, web: www.zenesaune.ba

Prihvatište za žene i djecu u nevolji „**Mirjam**“ iz **Mostara** nudi žrtvama porodičnog nasilja privremeni smještaj uz psihosocijalnu i materijalnu pomoć, te posredovanje za druge vidove pomoći, kao i individualno, bračno i porodično savjetovanje, preventivne i edukativne programe.

Kontakt tel. 036/328 917, web: www.caritas-mostar.ba

Sigurna kuća u sastavu Udruženja „**Žena BiH**“ iz **Mostara** pruža sveobuhvatnu pomoć žrtvama nasilja: siguran smještaj, pravno savjetovanje, psihosocijalnu podršku, zdravstvenu prevenciju, ekonomsko osamostaljivanje, pedagoški rad sa djecom.

Kontakt tel. 036/550 339, web: www.zenabih.ba

Udruženje građana „**Medica**“ iz **Zenice** nudi psihosocijalni i terapijski rad putem savjetovanja, individualne, grupne i porodične terapije kao i edukativno-kreativne radionice, radnu terapiju, ekonomsko osnaživanje, posredovanje prema institucijama radi ostvarivanja prava na zdravstvenu, pravnu i drugu pomoć, mjere fizičke zaštite i potpunu logističku podršku u sigurnoj kući.

Kontakt tel. 032/463 920, web: www.medicazenica.org

Udruženje građana „**Vive Žene**“ iz **Tuzle** pruža zaštitu žrtvama nasilja kroz sklonište i obezbjeđuje efikasan i odgovarajući psihoterapeutski tretman, psihosocijalnu, socijalnu i pravnu podršku te zdravstvenu prevenciju.

Kontakt tel. 035/224 310, web: www.vivezene.ba

LITERATURA

- Tanović-Mikulec E., Salihović.H., Dračić Sabaha. Priručnik za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Nasilje nad ženama u partnerskim odnosima*, 2009; Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo; Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo
- Strategija prevencije i borbe protiv nasilja u porodici za Bosnu i Hercegovinu za period 2009–2011. godine (“Službeni glasnik BiH”, broj 70/09)
- Strateški plan za prevenciju nasilja u porodici za Federaciju BiH – 2009–2010 („Službene novine Federacije BiH“, broj 75/08)
- Capacity building for preventing of injuries and violence: Strategic Plan 2009–2013, World Health Organization, 2009
- Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help, World Health Organization, 2008
- Mentor VIP programme document, World Health Organization, 2007
- TEACH-VIP user’s manual, World Health Organization, 2005
- Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes, World Health Organization, 2004
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, World Health Organization, 2003
- A Practical Approach to Gender-Based Violence, A Programme Guide for Health Care Providers and Managers, UNFPA, 2001
- Combating Gender-Based Violence: A key to Achieving the MDGS, UNFPA
- Addressing Violence Against the Women: Piloting and Programming, UNFPA
- Rodriguez M., Bauer H., McLoughlin E., Grumbach K (1999.). Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *JAMA* 282, No. 5, 4. August 1999.
- Mausner J., Kramer S. Screening in the detection of disease. *Epidemiology: An Introductory Text*. Philadelphia PA: W. B. Saunders Company; 1985.
- Fondacija Conrad N. Hilton; U.S. Department of Health and Human Services; The Family Violence Prevention Fund, San Francisco, October 1999.
- American Medical Association. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch. Fam. Med.* 1992; 1:39-47.
- American Nurses Association. *Position Statement on Physical Violence Against Women*. Washington DC: American Nurse Association; 1994.
- American Psychological Association. *Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington DC: American Psychological Association; 1996.
- National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention. *Prevalence, Incidence and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington DC: National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention: 1998.
- McCauley J., Kern D.E., Kolodner H., Dill L., Schroeder A.F., DeChant H. K., Ryden J., Bass E.B., Derogatis L.R. The ‘battering syndrome’: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann. Intern. Med.* 1995; 123: 737-746.

- Dearwater S.R., Cobern J.H., Campbell J.C., Nah G., Glass N., McLoughlin E., Bekemeier B. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA* 1998; 280: 433-438.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. *The Battered Woman*. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1989.
- American Public Health Association. Position Paper 9211 (PP): Domestic Violence. *APHA Public Policy Statements*, 1948-present, cumulative. Washington DC: American Public Health Association; 1992.
- Pakesier R.A., Lenaghan P., Muelleman R. Battered women: where they go for help. *J. Emer. Nurs.* 1998; 24:16-19.
- McGrath M.E., Peipert J.F., Hogan J.W. A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients. *Obstet.Gynecol.* 1998; 91:511-514.
- McGrath M.E., Bettacchi A., Duffy S., Peipert J., Becker B., St. Angelo L. Violence against women: barriers to intervention in emergency departments. *Acad Emerg Med.* 1997; 4:297-300.
- Abbott J., Johnson R., Kosiol-Mclain J., Lowenstein S. Domestic violence against women: incidence and prevalence in emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763-1767.
- Parsons L., Zaccaro D., Wells B., Stovall T. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *Obstet.Gynecol.* 1995; 173:381-387.
- Horan D.L., Chapin J., Klein L., Schmidt L.A., Schulkin J. Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologist. *Obstet.Gynecol.* 1998; 92:785-789.
- Rodriguez M.A., Bauer H.M., McLoughlin E., Grumbach K. Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse. *JAMA* 1999; 282: 468-474.
- Mausner J., Kramer S. Screening in the detection of disease. *Epidemiology: An Introductory Text*. Philadelphia PA: W. B. Saunders Company; 1985.
- Routine screening for adult women is the standard of care for hypertension and cervical cancer. The prevalence of hypertension is 23% (Source: Centers for Disease Control and Prevention *FASTATS*) and the prevalence of diabetes is 3% (Source: Centers for Disease Control and Prevention *FASTATS*). The prevalence of domestic violence for adult women is between 20% and 30% (see citation 4-6).
- McFarlane J., Christoffel K., Bateman L., Miller V., Bullock L. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs.* 1991; 8: 242-250.
- McFarlane J., Greenberg L., Weltge A., Watson M. Identification of abuse in emergency departments: effectiveness of a two-question screening tool. *J Emerg Nurs* 1995; 21:391-394.
- McFarlane J., Parker B., Soeken K., Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 267: 3176-3178.
- Saltzman L.E., Salmi L.R., Branche C.M., Bolen J.C. Public health screening for intimate violence. *Violence Against Women* 1997; 3:319-331.
- Hamberger L.K., Ambuel B., Marbella A., Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med* 1998; 7: 575-582.

- Parker B., McFarlane J. Nursing assessment of the battered pregnant women. *Matern Child Nurs J.* 1991; 16: 161-164.
- Feldhaus K., Koziol-McLain J., Amsbury H., Norton I., Lowenstein S., Abbott J. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277: 1357-1361.
- Foundation Conrad N. Hilton; U.S. Department of Health and Human Services; The Family Violence Prevention Fund, San Francisco, October 1999.
- Saltzman L.E., Salmi L.R., Branche C.M., Bolen J.C. Public health screening for intimate violence. *Violence Against Women* 1997.; 3:319-331.
- Hamberger L.K., Ambuel B., Marbella A., Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med* 1998; 7: 575-582.
- Feldhaus K., Koziol-McLain J., Amsbury H., Norton I., Lowenstein S., Abbott J. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277: 1357 -1361.
- Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals, Department of Health UK, London, 2000.
- Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, and Reid T: *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Saga Publication, Thousand Oaks, CA, 1996.
- Bays J, and Chadwick D. Medical diagnosis of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect* 1993;91-110
- BrowneK.,Davies C., Stratton P(eds): *Early prediction and Prevention of Child Abuse*, John Willey& Sons Ltd., Chichester, 1988
- Iwaniec D.: *The Emotionally Abused and Neglected Child:Identification,Assessment and Intervention*, John Willey and Sons Ltd., Chichester, 1995
- Muram D. Child Sexual Abuse : Relationship Between sexual Acts and Genital findings: *Child Abuse and Neglect*.1989;13:211-216
- Summit R. The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse and Neglect*. 1983; 7: 177-193.
- World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva, 2003.
- American medical association diagnostic and treatment guidelines on elderly abuse and neglect. Chicago: American Medical Association, 1992.
- O' Connor,K.G.; Finucane,T.E., MacLean, D.S., Lachs,M. (1995) Abuse and Neglect of Elderly Persons. *NEJM* 330:70-70

IZ RECENZIJIA:

„Više od jednog vijeka psihijatrijsko-psihološka praksa ukazivala je (nedovoljno uporno) da iza vrlo ozbiljnih mentalnih problema mnogih pacijenata stoji nasilje u porodici (fizičko, psihološko i seksualno). Razumljivo, najrazornije posljedice bile su kod pacijenata koji su zlostavljanje doživjeli u djetinjstvu.

I sam S. Freud, kao otac teorije ljudskog uma i psihoterapije, u svojim prvim radovima izvještavao je da tokom psihoterapijskog procesa dobivao podatke od mnogih pacijenata da su bili zlostavljani u porodici, pogotovo u periodu djetinjstva. Ta traumatska iskustva smatrao je osnovnim izvorom mnogih kasnijih mentalnih problema.

Nažalost, preovladujuća društvena svijest dugo je potcjenjivala i ignorisala te činjenice i tako svjesno i(li) nesvjesno stavljala se na stranu nasilnika. U tim društvenim okolnostima nije ni moglo biti ozbiljne prevencije nasilja u porodici. Postojala je neka zavjera ćutnje. Danas je opšteprihvaćeno da je nasilje u porodici vrlo česta i krajnje ozbiljna pojava sa teškim, pa i razornim posljedicama na mentalno i fizičko zdravlje žrtve i da su djeca, žene i starije osobe najčešći objekt nasilja.

Drugim riječima, nasilje u porodici počelo se tretirati na jedino ispravan način – kao javno-zdravstveni problem. Međutim, nasilje u porodici, pored javno-zdravstvenog, istovremeno je i problem socijalne zaštite, sistema sigurnosti, kao i krivično-pravnog sistema, tako da se ovim problemom bave i druge nadležne institucije (zdravstvene i obrazovne ustanove, policija, pravosuđe, centri za socijalni rad, nevladine organizacije i dr.). Da bi se sa problemom nasilja moglo uspješno nositi, pored ostalog, neophodna je kontinuirana edukacija svih subjekata koji učestvuju u tom složenom i zahtjevnom procesu.

Upravo iz tih razloga izdavanje *Priručnika za trening i edukaciju zdravstvenih radnika za postupanje u slučaju nasilja u porodici* od strane Federalnog ministarstva zdravstva predstavlja značajan doprinos u edukaciji i to, prije svega, zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te je njima prevashodno i namijenjen.

Grupa vrlo kompetentnih autora različitih stručnih profila, čije su aktivnosti značajnim dijelom vezane za problem nasilja u porodici, sačinila je ovaj Priručnik, koji će u našoj sredini značajno pomoći profesionalcima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti da se pravovremeno, stručno i adekvatno suoče sa problemom nasilja u porodici.

Priručnik sadržava 10 poglavlja i u svakom od njih analizira se jedan segment ovog složenog problema.

U prvom poglavlju govori se o pojmu, vrsti i oblicima nasilja u porodici. U drugom poglavlju daje se pregled međunarodne i domaće pravne regulative u vezi sa nasiljem u porodici. Čitalac se može upoznati sa svim bitnim dokumentima, deklaracijama, rezolucijama, političkim sporazumima i smjernicama, preporukama i praktičnim savjetima, koji direktno ili indirektno tretiraju nasilje u porodici. U ovom poglavlju navedeni su i svi značajniji dokumenti koji su na snazi u BiH, a koji u pojedinim segmentima regulišu i oblast nasilja u porodici. Izuzetno je važno napomenuti da su na nivou Federacije BiH doneseni svi ključni propisi kojima se

reguliše oblast nasilja u porodici. U trećem poglavlju detaljno se analiziraju aktivnosti i dimenzije problema nasilja na globalnom i regionalnom planu. Četvrto poglavlje odnosi se na faktore rizika za nasilje u porodici i samu dinamiku nasilja. Peto poglavlje detaljno informiše o posljedicama nasilja po fizičko i mentalno zdravlje žrtve s posebnim osvrtom na žrtve iz populacije djece i osoba starije životne dobi. Šesto poglavlje daje informacije o svim problemima prepoznavanja slučaja nasilja i zamkama u koje nedovoljno educirani i neiskusni profesionalac može da upadne.

Sedmo poglavlje smatram veoma bitnim, jer se u njemu govori o postupanju sa žrtvama nasilja, što je i osnovni zadatak zdravstvenih profesionalaca u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. I ovdje je posebna pažnja fokusirana na principe za proces nasilja nad djecom i starijim osobama. Prezentirane su i Matrice za procjenu rizika u odnosu na zanemarivanje i zlostavljanje djece, kao i Index sumnje za zlostavljanje starije osobe. Naglašava se i potreba da se razvije adekvatna saradnja primarne zdravstvene zaštite sa Centrima za mentalno zdravlje, kao i uspješan sistem upućivanja slučajeva sa teže narušenim mentalnim zdravljem u psihijatrijske institucije koje su osposobljene za tretman takvih osoba.

Osmo poglavlje obrađuje dokumentaciju nasilja (evidenciju, vođenje i čuvanje dokumentacije, jedinstvenu bazu podataka), dok se deveto poglavlje odnosi na obaveze i odgovornost zdravstvenih radnika u prijavljivanju nasilja.

Posljednje, deseto poglavlje, obrađuje pitanje saradnje sa nadležnim institucijama (policija, centri za socijalni rad, nevladine organizacije, SOS telefon, sigurnosne kuće), koje su uključene u zbrinjavanje žrtve nasilja, sa smjernicama za pravilno upućivanje žrtve nasilja u porodici.

Navedena je i respektabilna literatura kojom su se služili autori ovog izuzetno korisnog, jasno pisanog i preglednog Priručnika.

Zdravstveni profesionalci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kada usvoje informacije prezentirane u ovom Priručniku, biće dovoljno kvalitetno osposobljeni da stručno tretiraju žrtve nasilja, pravovremeno registruju slučajeve i adekvatno koordiniraju sa ostalim nadležnim službama i tako daju svoj vlastiti doprinos na ublažavanju ovog teškog društvenog, moralnog, medicinskog i psihološkog problema.“

Prim.dr Senadin Ljubović

„Priručnik za trening i edukaciju zdravstvenih radnika za postupanje u slučajevima nasilja u porodici predstavlja značajan stručan prilog javnozdravstvenom radu zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji se prvi susreću sa žrtvama nasilja u porodici. Prvi put se na jednom mjestu pojašnjavaju brojni aspekti nasilja u porodici, od osnovnih definicija pojma i značaja nasilja u porodici, preko formulacije, veličine i dinamike problema, pregleda međunarodne i domaće pravne regulative za nasilje u porodici do prepoznavanja i kompletnoga tretmana žrtava nasilja. Autori su ponudili i kvalitetne odgovore o načinima definisanja i koncepcija modela zaštite.

Priručnik se sastoji od deset poglavlja kroz koja su obrađeni svi aspekti nasilja u porodici čime je praktično popunjena praznina koja je postojala u stručnom socijalno-medicinskom pristupu žrtvama nasilja u porodici. Autori navode da *nasilničko ponašanje unutar porodice često može biti naučeni obrazac koji se*

prenosi kroz generacije, pa prema tome aktivnosti vezane za prevenciju i ranu intervenciju u slučajevima nasilja, pored pozitivnog utjecaja na očuvanje zdravlja i preveniranje bolesti u porodici, imaju i pozitivan učinak na ukupno zdravlje u društvu. Samim tim je sinteza znanja i vještina koje se nude u Priručniku u cilju zaštite i unapređenja zdravlja stanovništva višestruko značajna, a imajući u vidu brojne reformske pravce kroz koje prolazi i zdravstveni i društveni sistem Bosne i Hercegovine. Naglasak svakako treba staviti na reformu primarne zdravstvene zaštite u kojoj su timovi porodične medicine prva linija ulaska u sistem zdravstvene zaštite te stoga imaju značajnu ulogu u promociji zdravlja i prevenciji oboljenja, generalno, a posebno nasilja u porodici kao vrlo specifičnog i kompleksnog problema.

Krucijalni dio Priručnika čine poglavlja o prepoznavanju slučajeva nasilja i postupanja sa žrtvom nasilja sa detaljnim opisima ažuriranih metoda skrininga nasilja nad različitim ciljnim grupama (djeca, žene, starci) iz najnovije svjetske literature, što će biti od višestruke koristi praktičarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Preporučuju se rutinski i višestruki skriningzi koje trebaju sprovesti dobro educirani zdravstveni stručnjaci, koji, kada se sprovode u direktnom kontaktu s pacijentima na nivou primarne zdravstvene zaštite, značajno uvećavaju identifikaciju nasilja u porodici.

Načinu evidentiranja i dokumentovanju nasilja, sa svim obavezama i odgovornostima zdravstvenih radnika, posvećeno je jedno poglavlje, uključujući i ozbiljan osvrt na multidisciplinarni i multisektorski pristup u rješavanju ovoga problema.

Detaljno su opisane aktivnosti nevladinog sektora, uključujući i adresar nevladinih udruženja u Federaciji Bosne i Hercegovine, što je vrlo vrijedna informacija za zdravstvene radnike za postupanje u slučajevima nasilja u porodici.

Lako je uočiti da su opisane koncepcije i modeli zaštite utemeljeni na višegodišnjem iskustvu autora u zdravstvenoj, socijalnoj i pravnoj praksi, što svakako doprinosi operativnosti i praktičnoj vrijednosti Priručnika.

Priručnik je dobro koncipiran, sadržajan i praktičan, te neophodno treba biti prisutan u stručnoj praksi zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, bilo u vladinom ili nevladinom sektoru, koji se u svom radu susreću ili se mogu susretati sa osobama koje su žrtve nasilja u porodici. Priručnik može podjednako biti koristan svim zdravstvenim radnicima i zdravstvenim saradnicima koji se žele stručno usavršavati radi argumentovanoga savjetovanja svojih pacijenata i korisnika usluga, kao i svima onima koji žele dobiti spoznaje o fenomenu nasilja u porodici, o svim socijalno-medicinskim i pravnim aspektima.

Posebno pohvaljujem univerzalnu poruku za uspostavljanju jedinstvenog modela postupanja sa žrtvama nasilja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na području Federacije Bosne i Hercegovine, što bih dopunila nedvosmislenom tvrdnjom da je svako ulaganje u zdravlje porodice u aktuelnom tranzicijskom momentu u kojem se nalazi bosanskohercegovačko društvo mnogostruko isplativo.“

Mr. sci dr Aida Pilav

IZRADA PUBLIKACIJE PODRŽANA OD:
Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine
Agencija za ravnopravnost spolova Bosne i Hercegovine

