

ПРОФ. Д-Р ТОЗИЈА ФИМКА
ПРОФ. Д-Р КАТАРИНА СТАВРИЌ
НЕРМИНА ФАКОВИЌ
ВЕСНА МАТЕВСКА
ЕЛЕНА КОЧОВСКА



ПРИРАЧНИК

ПОСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ КАКО ОДГОВОР НА РОДОВО
БАЗИРАНО НАСИЛСТВО, ВКЛУЧУВАЈЌИ ГИ И ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО



Република Северна Македонија
Министерство за здравство



ЦЕНТАР ЗА
СЕМЕЈНА МЕДИЦИНА
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ СКОПЈЕ, УКИМ, Р. МАКЕДОНИЈА

CIP

ПРОФ. Д-Р ТОЗИЈА ФИМКА
ПРОФ. Д-Р КАТАРИНА СТАВРИЌ
НЕРМИНА ФАКОВИЌ
ВЕСНА МАТЕВСКА
ЕЛЕНА КОЧОВСКА



ПОСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ КАКО ОДГОВОР НА РОДОВО
БАЗИРАНО НАСИЛСТВО, ВКЛУЧУВАЈЌИ ГИ И ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО

ПРИРАЧНИК

>> СОДРЖИНА

Листа на кратенки.....	4
Предговор.....	5
Вовед.....	6
Дефиниции.....	6
Политики и интервенции за одговор на РБН.....	8
Обединети нации.....	10
Совет на европа	13
Организација за безбедност и соработка во Европа	14
1.Прашањето на попреченост и услугите во здравствената заштита	16
2.Дискриминација кон лицата со попреченост	18
МОДУЛ 1. РАЗБИРАЊЕ НА ПОИМОТ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО.....	24
Дефиниции и форми	24
Меѓународни дефиниции	25
Митови околу РБН	26
Тактики на моќ и контрола употребени врз жени со попреченост	28
МОДУЛ 2. УЛОГАТА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ ВО ОДГОВОРОТ НА РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО (РБН).....	29
Зошто здравствените работници играат важна улога во одговорот на РБН	29
Улогата на здравствените установи	31
Улогата на персоналот за здравствена заштита	31
Улогата на креаторите на здравствената политика и јавната администрација	33
Бариери за ефективен одговор на здравството на РБН	33
Бариери со кои се соочуваат жените поранешни жртви	33
Бариери за давателите за здравствена заштита за ефективен одговор на РБН	34
Принципи и стандарди за обезбедување услуги	35
Родово чувствителен пристап	35
Пристап фокусиран на жените жртви	36

Обезбедување на безбедноста на жртвата	36
Обезбедување на достоинството на пациентот и обезбедување на поддршка и процена на животната средина	37
Обезбедување на приватност и доверливост	37
Обезбедување на јакнење, самостојност и учество на жртвата	38
Пристап базиран врз човекови права	39
Додадена вредност со пристапот базиран врз човекови права	39
Импликации од пристапот базиран врз човекови права	39
Интегирање на одговорот на РБН во постојните здравствени услуги	39

МОДУЛ 3. ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО.....41

Истражување на сомнеж за РБН	42
Знаци и однесување кои побудуваат сомнеж за насилство	42
Примери на однесување што може да укажува на насилство од интимниот партнер	43
Дали е безбедно да се прашува за РБН	43
Клучни прашањакои треба и не треба да се постават за РБН	43
Комуникациски вештини – поставување на прашања	44
Неколку препораки за комуникација со лица со различни видови на попреченост	45
Комуникација со лица со пречки во видот	45
Комуникација со лица со оштетен говор	46
Комуникација со лица со интелектуална попреченост	46
Комуникација со лица со психосоцијални попречености	46

МОДУЛ 4. ЛЕКАРСКИ ПРЕГЛЕД И ГРИЖА..... 47

Анамнеза и преглед	48
Соети при консултација со пациентот/пациентката	48
Во случај на ризик од забременување	49
Ризик од ХИВ-инфекција	49
Во случај на ризик од СПИ	50
Третман на последици за психолошкото/менталното здравје	50

МОДУЛ 5. ПРОЦЕНА НА РИЗИК И ПЛАНИРАЊЕ НА БЕЗБЕДНОСТА.....52

Фактори на ризик 52

Идентификување на ризични фактори кај лицата со попреченост 53

Развивање на план за безбедност 54

Контролна листа за развивање на план за безбедност и заштита заедно со жртвата 54

МОДУЛ 6. ДОКУМЕНТИРАЊЕ ПРИ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО.....55

Законска рамка 55 Мандат 56

Интервенција 57

Мапирање 57

Евидентирање, документирање и пријавување 58

Пријавување при сомнение на злоупотреба и злоставување на деца 59

Известување 60

Резиме 60

МОДУЛ 7. УПАТУВАЊЕ ПРИ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО.....61

Институционална рамка 61

Обезбедување континуирана здравствена заштита и упатување 62

Утврдување на идни ризици 62

Упатување 63

Имплементација на план за безбедност 64

РБН кај деца 65

Реинтеграција и ресоцијализација 65

Насилство врз лица со инвалидност 66

Заклучоци и препораки 67

Анекси 68

Литература 72

КРАТЕНКИ

ИМП	Итна медицинска помош
КПД	Конвенција на Обединетите нации за правата на детето
КПЛП	Конвенција за правата на лицата со попреченост
МКБ 10	Меѓународна класификација на болестите и здравствено сродните проблеми – десетта ревизија
МКФ	Меѓународната класификација за функционирање, попреченост и здравје
МЗ	Министерство за здравство
МВР	Министерство за внатрешни работи
МТСП	Министерство за труд и социјална политика
НВО	Невладина организација
ПЗЗ	Примарна здравствена заштита
Протокол	Протокол за постапување на здравствените работници во случај на семејно насилство
ОН	Обединети нации
ПБЧП	Пристап базиран врз човекови права
ПТСР	Посттравматско стресно растројство
РБН	Родово базирано насилство
СЗО	Светска здравствена организација
СПБ	Сексуално пренослива болест
СРЗ	Сексуално и репродуктивно здравје
ХПВ	Хуман папилома вирус
ХСВ-2	Херпес симплекс вирус тип 2
ЦЕДАВ	(CEDAW) Конвенцијата за борба против сите форми на дискриминација врз жената
ЦОР	Цели за одржлив развој
ЦСР	Центар за социјална работа



Предговор

Овој Прирачник е наменет за здравствените работници со цел да им послужи како водич и да им ја олесни работата во секојдневната пракса и примената на протоколите за постапување^{1,2,3} во случај на родово базирано насилство (РБН), вклучувајќи ги и лицата со попреченост.

Примарно е наменет за здравствените работници (лекари, медицински сестри и други здравствени работници) кои работат во првата линија на здравствена заштита во случај на РБН, со цел да им овозможи да ги извршуваат активностите за кои имаат мандат: превенција, третман на жртвата на РБН, заштита и упатување низ системот за одговор на РБН, во здравствениот сектор и во други сектори согласно позитивната легислатива.

Прирачникот има за цел да обезбеди практични совети за евидентирање, документирање, пријавување и системско собирање на податоци и следење на родово базираното насилство и попреченоста, согласно Законот за евиденции во областа на здравството и препораките на Светската здравствена организација (СЗО), за зачувување на телесното и психичкото здравје на жртвата, како и за санација на настанатите повреди и психолошки трауми.

Содржината на Прирачникот е релевантна и за други здравствени професионалци, истражувачи на РБН и

раководители на здравствени установи. Во таа насока, неговата цел е да помогне во воспоставувањето на интегриран систем за следење и одговор на РБН, на национално, регионално и локално ниво.

Прирачникот се состои од следните делови: разбирање на концептот на родово базирано насилство, пристап кон попреченоста, улогата на здравствениот систем во одговор на родово базирано насилство, клучни стандарди за здравствените услуги ориентирани кон жртвите на родово базирано насилство, препознавање на жртвата на овој вид насилство, процена на ризикот и правење план за безбедност на жртвата, документирање и евидентирање на родово базирано насилство и упатување на жртвите.

1 Протокол за постапување на здравствените работници во случај на семејно насилство. „Службен весник на РМ“ 2010, бр. 33-07

2 Протокол за меѓусебната соработка на надлежните институции и здруженија за заштита и спречување на семејното насилство. „Службен весник на РМ“ бр. 143/15

3 Закон за евиденции во областа на здравството. „Службен весник на РМ“ бр. 20/2009



Вовед

ДЕФИНИЦИИ

Во овој Прирачник се користени подолу изложените општоприфатени меѓународни и домашни дефиниции кои се однесуваат на насилството, природата и видовите на насилство, а кои се применуваат во здравството во Република Северна Македонија.

Светската здравствена организација го дефинира насилството како намерно користење физичка сила или моќ, заканувачка или реална, против себеси, друго лице, група или заедница, чија последица, или голема веројатност за последица, е повреда, смрт, психолошка повреда, нарушен развој или некој вид загуба⁴.

Злоупотребата на деца или злоставувањето го сочинуваат сите форми на физичко и/или емоционално лошо постапување, сексуална злоупотреба, запоставување или запоставувачко однесување или комерцијална или друг вид експлоатација што резултира со актуелно или можно наштетување на здравјето на детето, на неговото преживување, развој или достоинство во контекст на односите на одговорност, доверба или моќ.⁵ Физичката злоупотреба се однесува на физичка или телесна повреда, или можност за тоа, нанесена на децата од страна на нивните негуватели. Сексуалната злоупотреба се дефинира како акт при кој детето се користи за сексуално задоволување на возрасниот (негувателот). Емоционалната злоупотреба се однесува

на потфрлање на негувателот да обезбеди поддржувачка средина и вклучува дејства какви што се рестрикција на движење, омаловажување, исмевање, заканување или застрашување, дискриминација и други форми на нефизичко отфрлување. Запоставувањето или запоставувачкото однесување се однесува на потфрлање на негувателот да обезбеди поддржувачка средина за детето, иако родителите се во состојба да го обезбедат тоа, и се однесува на здравјето, образованието, емоционалниот развој, исхраната, живеалиштето и на безбедните услови за живеење.

Секаков акт на родово засновано насилство чијашто последица е, или веројатно ќе биде физичка, сексуална или психолошка штета или страдање за жената, вклучувајќи ги и заканите од ваквите дејства, присилите, или самоволното лишување од слобода, без оглед дали се случува во јавниот или приватниот живот⁶.

Злоупотребата на постари лица може да се дефинира како „еднократно или повторувачко дејство, или недостиг на соодветно дејствување, коешто се јавува во секој однос при кој наместо очекуваната доверба се предизвикува загрозување или повредување на постарото лице⁷.

Инструментална употреба на сила од страна на лица кои себеси се идентификуваат како припадници на група –

4 Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002

5 C30. Консултација за Превенција на злоупотреба на децата. 1999

6 Resolution No 48/104 United Nations General Assembly, 1993

7 TEACH VIP. C30. 2006.

било да се работи за преодна група или за група со потра-
ен идентитет – против друга група или индивидуи, со цел
да се постигнат по-литички, економски или социјални цели.⁸

Во Кривичниот законик на Република Северна Маке-
донија под **семејно насилство** се подразбира малтре-
тирање, навредување, загрозување на сигурноста,
телесно повредување, полово или друго психолошко,
физичко или економско насилство со кое се предизви-
кува чувство на несигурност, загрозување или страв,
вклучувајќи и закани за такви дејствија спрема брачен
другар, родителите или децата или други лица кои жи-
веат во брачна или вонбрачна заедница или заедничко
домаќинство, како и спрема сегашен или поранешен
брачен другар, вонбрачен партнер или лица кои имаат
заедничко дете или се наоѓаат во блиски лични односи,
без оглед дали сторителот го дели или го делел истото
живеалиште со жртвата или не.“

Под жртва на родово-базирано насилство се подразби-
ра секоја жена и девојчиња до 18 години спрема кои под
тие околности е сторено кривичното дело.“

Во законот за семејство се подразбира малтретирање,
навредување, загрозување на сигурноста, телесно по-
вредување, полово или друго психолошко или физичко
насилство со кое се предизвикува чувство на несигур-
ност, загрозување или страв спрема: - брачниот другар,
родителите или децата или други лица кои живеат во
брачна или вонбрачна заедница или заедничко до-
маќинство, - поранешен брачен другар или лица кои
имаат заедничко дете или се наоѓаат во блиски лични
односи, вклучувајќи ги односите кои настануваат со
посвојувањето и старателството, - браќа и сестри, полу-
браќа и полусестри, - постарите членови во семејството
или заедничкото домаќинство и - лица - членови на се-
мејството или заедничкото домаќинство чија деловна
способност е делумно или целосно одземена⁹.

Според Закон за превенција, спречување и заштита од се-
меј-но насилство, под семејно насилство се подразбира
малтре-тирање, навредување, загрозување на сигурно-
ста, телесно повредување, полово или друго психолошко,
физичко или економско насилство со кое се предизвикува
чувство на не-сигурност, загрозување или страв, вклу-
чувајќи и закани за такви дејствија, спрема брачен другар,
родителите или децата или други лица кои живеат во брач-
на или вонбрачна заедница или заедничко домаќинство,
како и спрема сегашен или пора-нешен брачен другар,
вонбрачен партнер или лица кои имаат заедничко дете или
се наоѓаат во блиски лични односи, без ог-лед дали стори-
телот го дели или го делел истото живеалиште со жртвата
или не.¹⁰

Според Законот за спречување и заштита од насил-
ство врз жените и семејното насилство под семејно
насилство се подразбира малтретирање, навредување,
загрозување на сигурноста, телесно повредување,
полово или друго психичко, физичко или економско
насилство со кое се предизвикува чувство на несигур-
ност, загрозување или страв, вклучувајќи и закани за
такви дејствија, спрема брачен другар, родителите
или децата или други лица кои живеат во брачна или
вонбрачна заедница или заедничко домаќинство, како
и спрема сегашен или поранешен брачен другар или
вонбрачен партнер или лица кои имаат заедничко дете
или се наоѓаат во блиски лични односи, без оглед дали
сторителот го дели или го делел истото живеалиште со
жртвата или не

СЗО¹¹ го дели насилството во три широки категории, спо-
ред карактеристиките на лицата кои го извршуваат на-
силниот акт: насилство насочено кон себе, интерперсо-
нално насилство и колективно насилство. Овие широки
категории дополнител-но се поделени за да можат да се

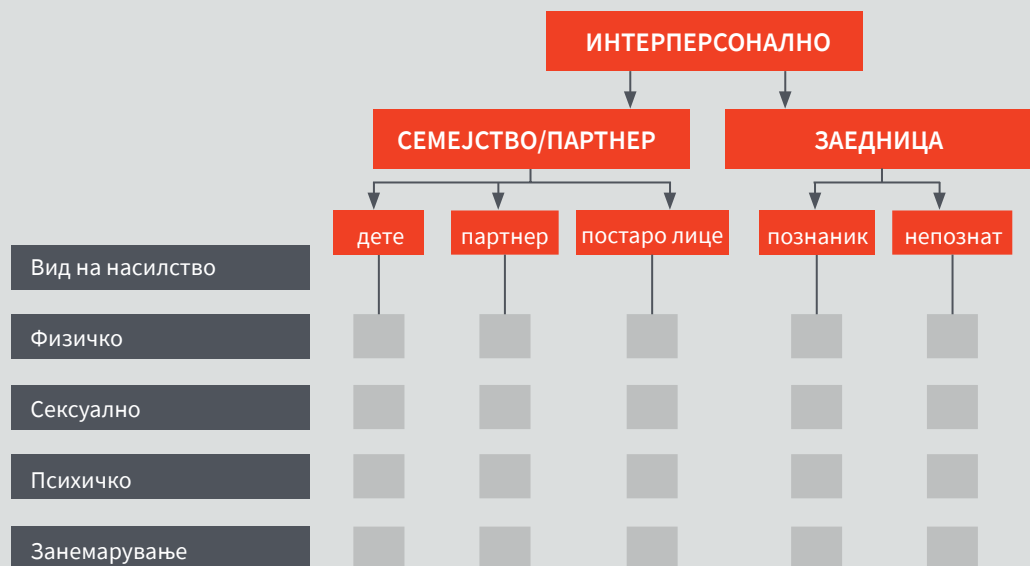
8 Krug et al., eds. World Report on Violence and Health. C30. Geneva, 2002

9 Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство (24/21)

10 Закон за превенција, спречување и заштита од семејно насилство. „Службен весник на РМ“ бр. 138/14

11 Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното
насилство (24/21)

прикажат посспецифичните видови насилство. Природата на насилството може да биде физичка, сексуална, психолошка, вклучувајќи лишување или занемарување (Слика 1). Оваа типологија претставува корисна рамка за разбирање на комплексните обрасци на насилството општо, како и за РБН.



Слика 1: Типологија на насилството
Извор: Светски извештај за насилство и здравје (Круг и др. 2002)

ПОЛИТИКИ И ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ОДГОВОР НА РБН

Насилството претставува сериозен јавно-здравствен проблем кој има големо влијание врз здравјето и благосостојбата. Во Светскиот извештај за насилство и здравје за 2002 година се става особен акцент врз превенцијата на злоупотребата и занемарувањето на децата, жените и лицата со попреченост.

Со Резолуцијата 56.24 на Собранието на Светската здравствена организација насилството се става на меѓународната агенда, нагласувајќи ја важноста од справување со овој сериозен здравствен проблем¹². Потоа, во 2005 годи-

на, со Резолуцијата на Регионалниот комитет ЕУР/РЦ55/10 за повреди во европскиот регион на СЗО, висок приоритет и се дава на превенцијата на насилството и ненамерните повреди.¹³ Студијата на генералниот секретар на Обединетите нации за насилството врз децата повторно го привлече вниманието за борба против насилството врз децата¹⁴. Исто така, Конвенцијата на Обединетите нации за правата на детето (КПД) претставува влијателен инструмент во заштитата и превенцијата на децата од насилство, при што се зема предвид најдобриот интерес на детето.¹⁵

¹² World Health Organization. World Health Assembly resolution WHA56.24 on implementing the recommendations of the world report on violence and health. Geneva: C3O; 2003

¹³ World Health Organization. Resolution Prevention of injuries in the C3O European Region [Internet]. Copenhagen: C3O Regional Office for Europe; 2005 [cited 2016Oct27]. Available from: http://www.euro.c3o.int/data/assets/pdf_file/0017/88100/rc55_eres09.pdf

¹⁴ Pinheiro PS. Violence against children: a global report. World report on violence against children [Internet]. 2006 [cited 2016Oct27]; 11(2):453–60. Available from: [http://www.unicef.org/lac/full_text\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/full_text(1).pdf)

¹⁵ UNICEF. Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989

Примената на пристапот „здравје во сите политики“ во превенцијата на насилството врз децата има суштинско значење и е во насока на европската политичка рамка за здравјето и благосостојбата, „Здравје 2020“.¹⁶ Европскиот извештај за превенција на злоупотребата и занемарувањето на децата за 2013 година на креаторите на политики им презентира практики засновани врз докази за справување со насилство врз деца-та¹⁷. Резолуцијата ЕУ/РЦ64/Р6 на Регионалниот комитет на СЗО „Инвестирање во децата: европска стратегија за здравјето на децата и адолесцентите 2015 – 2020“ и „Инвестирање во децата: европски акционен план за превенција на злоупотреба и занемарување на децата 2015 – 2020“ ставаат акцент врз унапредувањето на здравјето и благосостојбата на децата и намалување на оптовареноста од злоупотреба и занемарување и другите негативни искуства од детството.¹⁸

Собранието на Светската здравствена организација во 2014 г. ја усвои Резолуцијата WXA67.15 за „Зајакнување на улогата на здравствениот систем во справување со насилството, особено врз жените и девојчињата, и врз децата“.¹⁹ Важно е да се придонесе за спроведување на целите поставени со „Глобалниот акционен план за јакнење на улогата на здравствениот систем во справување со интерперсоналното насилство, особено врз жените и девојчињата, и врз децата“²⁰, како и на „Целите за одржлив развој (ЦОР) на Обединетите нации“ и целите од Агендата 2030.²¹ Целите за одржлив развој се директно и/или индиректно насочени кон превенција на насилството (Рамка 1).

Рамка 1. Цели за одржлив развој на Обединетите нации за превенција на насилството

ЦЕЛИ ДИРЕКТНО НАСОЧЕНИ КОН ПРЕВЕНЦИЈА НА НАСИЛСТВОТО	ЦЕЛИ ИНДИРЕКТНО НАСОЧЕНИ КОН ПРЕВЕНЦИЈА НА НАСИЛСТВОТО
Цел 16.1: Секаде значително да се намалат сите облици на насилство и поврзаните смртни случаи	Цели 1.3 и 10.2: Социјална заштита и намалување на сиромаштијата
Цел 16.2: Да се стави крај на злоупотребата, експлоатацијата, трговијата и сите облици на насилство и тортура врз децата	Цел 3.5: Превенција и третман на употребата на дроги и штетната употреба на алкохол
Цел 5.2: Да се елиминираат сите облици на насилство врз жените и девојчињата	Цел 4.3: Ран детски развој и грижа, и предучилишно образование
Цел 5.3: Да се елиминираат сите штетни практики, како што се детски, рани и присилни бракови, како и сакатење на женските гениталии	Цел 11.1: Соодветно, безбедно и финансиски достапно домување и основни услуги, и подобрување на сиромашните населби и села
	Цел 16.3: Владеење на правото на национално и меѓународно ниво и еднаков пристап до правда за сите

16 World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Proceedings of Regional Committee for Europe. 2012:10-3

17 Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Sethi D, editor. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013

18 World Health Organization. C30 Regional Committee for Europe resolution EU/RC64/R6: Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 and Investing in children: the European child mal-treatment prevention action plan 2015–2020. Copenhagen: C30 Regional Office for Europe; 2014

19 World Health Organization. 67th World Health Assembly. Resolution WHA67.15. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: C30; 2014:19-24

20 World Health Organization. Sixty-Ninth World Health Assembly. Resolution WHA69.15 Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within a National Multisectoral Response to address Interpersonal Violence, in particular Against Women And Girls, And Against Children. Geneva: C30; 2016

21 United Nations. General Assembly Resolution [Internet]. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015 [cited 2016Oct27]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030_agenda_for_sustainable_development_web.pdf

Пристапот на човековите права се базира врз обврската што ја имаат државите да ги почитуваат, штитат и исполнуваат стандардите за човекови права и следствено на тоа да го спречуваат, елиминираат и казнуваат насилството. Овој пристап го препознава насилството како феномен кој крши поголем број човекови права: правото на живот, слобода, самостојност и безбедност на личноста; правото на еднаквост и недискриминација; правото на слобода од тортура и од сурово, нечовечко и понижувачко постапување или казнување; правото на приватност; правото на највисок можен стандард на здравје. Овие човекови права се загарантирани во меѓународни и регионални договори, но и во уставите и националните законодавства на државите, а меѓународните правни акти ги пропишуваат обврските на државите и механизмите со кои се бара од државите да се однесуваат одговорно кон тие свои обврски.

Конвенцијата за правата на детето ги дефинира обврски за државите да ги преземат сите соодветни законодавни, административни, социјални и образовни мерки за заштита на децата од сите форми на физичко или ментално насилство, повреди или злоупотреба, занемарувачко или небрежно постапување, малтретирање или експлоатација, вклучувајќи и сексуална злоупотреба, додека за нив се грижи родител(и), законски старател(и) или друго лице.

МЕЃУНАРОДНА ЛЕГИСЛАТИВНА

- Универзална декларација за човековите права од 10 декември 1948;
- Декларација за борба против насилството врз жените, вклучувајќи го и семејното насилство;
- Конвенција за борба против сите форми на дискриминација врз жената (ЦЕДАВ);
- Декларација за елиминација на насилство над жените;
- Пекиншка декларација и платформа за акција;
- Виенска декларација и Акциска програма;
- Истанбулска конвенција;
- Конвенција за правата на лицата со попреченост.

Меѓународни стандарди за зајакнување на одговорот на здравствените системи на родово базирано насилство

Родово базираното насилство претставува кршење на човековите права на жените. Според меѓународното право за човекови права, државите се обврзани да ги спречат, да вршат истрага и кривично да ги гонат таквите прекршоци, и да им обезбедат правен лек на жените жртви на насилство, што вклучува заштита, поддршка и надомест на штетата. Оваа обврска, исто така, ја вклучува и должноста да се подобри одговорот на здравствениот сектор на РБН. Содржината на обврските на државите е наведена во голем број меѓународни конвенции и декларации за човекови права.

ОБЕДИНЕТИ НАЦИИ

КОНВЕНЦИЈА НА ОБЕДИНЕТИТЕ НАЦИИ ЗА ЕЛИМИНАЦИЈА НА СИТЕ ФОРМИ НА ДИСКРИМИНАЦИЈА НА ЖЕНИТЕ (ЦЕДАВ)

Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените (ЦЕДАВ) беше усвоена од страна на Генералното собрание на Обединетите нации во 1979 година. Таа обезбедува законска обврзувачка рамка за државните мерки за ставање крај на дискриминацијата на жените во сите сфери на животот: политичка, економска, социјална, културна и граѓанска, или се- која друга област. Сите држави во Источна Европа и Централна Азија ја имаат ратификувано оваа Конвенција и затоа се обврзани да ги спроведуваат нејзините одредби во своите земји.

Интересно е што Конвенцијата не го споменува експлицитно насилството врз жените. Причината за овој пропуст е тоа што во 1970 година, кога бил изготвен текстот за Конвенцијата, РБН, особено насилството во домот, уште не се сметало како прашање на човековите права. Комитетот на ЦЕДАВ го затвори овој јаз во 1992 година, кога се донесе Општата препорака бр. 19 за насилството врз жените. Овој документ појаснува дека РБН врз жените претставува еден вид „дискриминација“ и поради тоа е опфатено во Конвенцијата. Во 1994 година Комитетот на ЦЕДАВ донесе уште еден важен документ, Општата препорака бр. 24 за жените и здравјето, со која се утврдуваат обврските на државите да стават крај на дискриминацијата на жените во областа на здравствената заштита и да се обезбеди еднаков пристап на жените до здравствените услуги. Важно е што Општата препорака бр. 24, исто така, се однесува и на улогата на здравствениот сектор во одговор на РБН. И двете Општи препораки ги утврдуваат обврските на земјите членки од Конвенцијата за елиминирање на РБН, вклучително и преку зајакнување на одговорот на системот за здравствена заштита.

ПРОГРАМА ЗА АКЦИЈА НА МЕЃУНАРОДНАТА КОНФЕРЕНЦИЈА ЗА НАСЕЛЕНИЕ И РАЗВОЈ

Програмата за акција усвоена на Меѓународната конференција за население и развој (ИЦПД/ICPD) во Каиро, во 1994 година, ги истакна необјаснивите врски меѓу населението и развојот, како и важниот придонес за еманципацијата на жените и пристапот на луѓето до образованието и здравството, вклучувајќи го и репродуктивното здравје на жените и индивидуалниот напредок и рамномерен развој. Унапредувањето на родовата еднаквост, елиминирањето на насилството врз жените и обезбедувањето можност на жените да ја контролираат својата плодност се признаваат како камен-темелници на политиките за население и развој. За таа цел, земјите кои се посветени на ова прашање, меѓу другото, ги елиминираат сите форми на експлоатација, злоупотреба, насилство и малтретирање врз жени, адолесцентки и девојки. Важен аспект на Платформата за акција е нејзиниот фокус на репродуктивните права и репродуктивното здравје; таа ја изразува посветеноста на владите да го направат системот за примарна здравствена заштита на репродуктивното здравје достапен за сите лица на соодветната возраст. Документот го дефинира репродуктивното здравје како „состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба на сите аспекти поврзани со репродуктивниот систем и неговите функции и процеси. Тоа значи дека луѓето се способни да се размножуваат и слободно да одлучуваат дали, кога и колку често ќе го сторат тоа. Репродуктивното здравје, исто така, го вклучува и сексуалното здравје, со цел за подобрување на животот и личните односи. Концептот на репродуктивни права вклучува: право на поединци и двојки да одлучуваат слободно и одговорно за бројот, времето на раѓање на своите деца како и растојанието помеѓу две или повеќе родени деца и да имаат средства и информации за тоа; право да го достигнат највисокиот стандард на сексуално и репродуктивно здравје; како и право да одлучуваат за репродукција без дискриминација, принуда и насилство (UNDPI 1995).

ДОГОВОРЕНИ ЗАКЛУЧОЦИ НА 57. СЕДНИЦА НА КОМИ-СИЈАТА ЗА СТАТУСОТ НА ЖЕНИТЕ

Комисијата за статусот на жените (ЦСР) на својата 57 седница во 2013 година ги усвои Договорените заклучоци за „отстранување и превенција на сите форми на насилство врз жени и девојки“. Дел А од документот се повикува на подобро спроведување на постојните закони и политики за да се стави крај на насилството врз жените, со овозможување пристап на жените до правда, развој и имплементација на ефективни мултисекторски политики и стратегии и распределба на доволно средства за нивна реализација. Во Дел Б се наведени мерките за справување со дискриминацијата и структурното насилство како основни причини и фактори на ризик за насилство врз жените. Дел В содржи многу детални одредби за решавање на проблемот и ја споменува, меѓу другото, потребата од независни засолништа за жени и други услуги. Таквите услуги треба да бидат достапни, сеопфатни и да вклучуваат координација на сите релевантни актери, вклучително и полицијата, судството, правна помош, здравствена заштита и советодавни услуги. Таквите центри, исто така, го поттикнуваат здравствениот сектор да одговори на РБН и да обезбеди достапни и квалитетни здравствени услуги. Исто така, апелира до властите да одговорат на последиците врз физичкото, менталното, сексуалното и репродуктивното здравје од насилството врз жените и девојките преку обезбедување на достапна здравствена заштита. Таквите служби треба да одговорат на ургентни ситуации (траума) и да вклучуваат прифатливи, безбедни и ефикасни лекови со добар квалитет, првостепенa поддршка, третман на повредите и психо-социјална и ментална поддршка, ургентна контрацепција, безбеден абортус кога таквите услуги се дозволени со националното право, профилактика за ХИВ-инфекција по изложувањето, дијагноза и третман на сексуално преносливи инфекции, како и форензички прегледи од страна на соодветно обучени професионалци. Понатаму, здравствените работници треба да се обучени ефикасно да ги идентификуваат и да ги третираат жените поранешни жртви на насилство. Во Дел Г се истакнува потребата за истражување и сеопфатно собирање на податоци за насилство врз жените, за да се

осигура дека формулацијата на новите закони и политики и адаптацијата или приспособувањето на постојните стандарди се базира врз цврсти докази. Неколку одредби од Договорените заклучоци ја нагласуваат важната улога на работата на женските НВО за да се стави крај на насилството врз жените.

КОНВЕНЦИЈА НА ОН ЗА ПРАВАТА НА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Усвоена е на 13.12.2006 година, од страна на Генералното собрание на ОН. Република Македонија ја потпиша Конвенцијата на 30.03.2007 година, а ја ратификува на 05.12.2011 година, со што таа станува правно обврзувачки документ. Конвенцијата не воведува нови права за лицата со попреченост, туку примена на начелото на недискриминација на секое човеково право. Воведува холистички и интегриран пристап базиран врз човековите права, со цел општеството да се приспособи на лицата, а не обратно.

ВОДЕЧКИ НАЧЕЛА НА КОНВЕНЦИЈАТА

- Почитување на вроденото достоинство и индивидуалната автономија;
- Недискриминација и право на разумно приспособување;
- Целосно и ефективно учество и инклузија во општеството;
- Еднаквост на можностите;
- Пристапност;
- Рамноправност меѓу мажите и жените;
- Почит на развојните способности и почит за правото на децата со попреченост за зачувување на сопствениот идентитет.

Истовремено, со цел следење на Конвенцијата, постои и Национално координативно тело за изедначување на правата на лицата со попреченост при Влада на Република Северна Македонија кое се занимава со имплементација на Конвенцијата.

СОВЕТ НА ЕВРОПА

КОНВЕНЦИЈА НА СОВЕТОТ НА ЕВРОПА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И БОРБА ПРОТИВ НАСИЛСТВОТО ВРЗ ЖЕНИТЕ И СЕМЕЈНОТО НАСИЛСТВО (ИСТАНБУЛСКА КОНВЕНЦИЈА)

На 7 април 2011 година Комитетот на министри на Советот на Европа ја усвои Конвенцијата за спречување и борба против на-силството врз жените и семејното насилство. Бидејќи е донесена во Истанбул, овој документ е често нарекуван „Истанбулска конвенција“. Конвенцијата стапи во сила на 1 август 2014 година. Република Северна Македонија ја ратификуваше на 22 декем-ври 2017 година.

Истанбулската конвенција обезбедува детална, сеопфатна и законски обврзувачка рамка за државите со мерки за елиминирање на РБН, што ги опфаќа, меѓу другото, следниве области:

Интегрирани политики и собирање на податоци

Ова ја вклучува обврската за донесување и спроведување на сеопфатни и координирани политики за спречување и борба против сите форми на насилство и ги поставува правата на жртвата во центарот, а се спроведува преку ефективна соработка меѓу сите релевантни организации (член 7); обврска за поддршка и ефикасна соработка со соодветните невладини организации (член 9); како и обврска да се соберат расчленетите релевантни статистички податоци и поддршка на истражувањата на насилството врз жените (член 11).

Превенција

Меѓу другото, Конвенцијата воспоставува обврска да се обезбеди обука на релевантните стручни лица кои се занимаваат со жртвите на насилство за родова еднаквост, спречување и откривање на овој вид насилство, грижа за потребите и правата на поранешните жртви, и како да се спречи секундарната виктимизација. Ваквата обука, исто така, треба да опфати и координирана мултиагенциска соработка со цел да обезбеди сеопфатни и соодветни упатувања на услугите (член 15).

Заштита и поддршка

Земјите треба да им обезбедат пристап на жртвите до соодветните служби за поддршка за да им помогнат во нивната рехабилитација од насилството. Ова ги вклучува здравствените и социјалните услуги кои се соодветно екипирани и опремени со професионалци, кои се обучени да им помогнат на жртвите и да ги упатат до соодветните служби (член 20). Понатаму, Конвенцијата предвидува соодветни и лесно достапни засолништа и кризни центри за жртви на силување или сексуално насилство што треба да постојат во доволен број (член 23, 25), и национални 24/7 отворени телефонски линии за помош, кои ќе работат бесплатно и ќе обезбедуваат доверливи совети (член 24). Земјите треба да се осигурат дека жртвите ќе добијат соодветни и навремени информации за достапните услуги за поддршка и правни мерки, на јазик што го разбираат (член 19). Конвенцијата, исто така, ги утврдува основните принципи за обезбедување на услуги (член 18, види поглавје 2.5, рубрика 8).

Конвенцијата дополнително ги утврдува обврските на државите во областа на законодавството; истрагата, кривичното гонење и мерките за заштита; миграција и азил; и меѓународна соработка.

ОРГАНИЗАЦИЈА ЗА БЕЗБЕДНОСТ И СОРАБОТКА ВО ЕВРОПА

МИНИСТЕРСКА ОДЛУКА НА СОВЕТОТ БР. 15/05 „СПРЕЧУВАЊЕ И БОРБА ПРОТИВ НАСИЛСТВОТО ВРЗ ЖЕНИТЕ“

Сите земји во Источна Европа и Централна Азија се земји учеснички на Организацијата за безбедност и соработка во Европа (ОБСЕ), а со тоа се и политички обврзани со одлуката на Советот на министри бр. 15/05 „Спречување и борба против насилството врз жените“, донесена во 2005 година.

Декларацијата се однесува на насилството врз жените како кршење на човековите права и закана за безбедноста на луѓето (Преамбула). Таа ги повикува земјите членки на ОБСЕ да ги преземат сите потребни законски, политички и програмски мерки за мониторинг и евалуација за промоција и заштита на целосното уживање на човековите права на жените и за спречување и борба против сите форми на родово засновано насилство врз жени и девојки. Државите особено треба да ги преземат, меѓу другото, следниве мерки:

Заштита и поддршка: да се осигура дека жените жртви имаат целосен, еднаков и навремен пристап до правдата и ефективни правни лекови, медицинска и социјална помош, доверливо советување и засолниште; за донесување и спроведување закони кои ќе го криминализираат РБН и за воспоставување на соодветна правна заштита; за да се обезбеди навремена физичка и психичка заштита на жртвите, вклучувајќи и соодветни мерки за заштита на сведоците; да врши истрага и да ги гони сторителите. Собирање, анализа и дисеминација на споредливи податоци за насилство врз жените и обезбедување поддршка на специјализираните невладини организации и за истражувањата по ова прашање. Во контекст на превенцијата, Декларацијата повикува на преземање мерки за зајакнување

на економската независност на жените со цел да се намали нивната ранливост на сите форми на насилство. Исто така, се осврнува на РБН врз жени и девојчиња за време на и по вооружени конфликти и ургентни случаи повикувајќи ги државите да ги изведат сторителите на кривични дела пред лицето на правдата и да преземат посебни мерки за да одговорат на потребите на жените и девојките во периодот по конфликтот.

ДРУГИ УПАТСТВА ЗА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Во 2013 година Светската здравствена организација (СЗО) објави комплет упатства базирани врз докази, за да се подобри одговорот на системот за здравствена заштита на насилството од интимен партнер и сексуалното насилство, насловен како „Одговор на насилството од интимен партнер и сексуално насилство врз жените. СЗО – клинички и политички насоки“.

Целта на овој документ е да обезбеди упатства на здравствени-те служби за тоа како да одговорат на насилството врз жените. Истовремено, се обраќа и на креаторите на политики, поттикнувајќи подобра координација и финансирање на службите, како и поголемо внимание да се одговори на насилството врз жените во рамките на програмите за даватели на здравствена заштита.

Упатствата ги опфаќаат следниве области:

- Идентификација и клиничка нега на жртви на насилство од интимен партнер;
- Клиничка нега на жртви на сексуален напад;
- Обука од областа на насилство од интимен партнер и сексуално насилство врз жените;

- Политика и програмски пристапи кон обезбедување на услуги;
- Задолжително пријавување на насилството од интимниот партнер.

Упатствата на СЗО обезбедуваат стандарди кои можат да бидат основа за националните насоки, како и за интегрирање на овие прашања во едукацијата на давателите на услуги за здравствена заштита (СЗО 2013). Нивните препораки се содржани во овој документ.

ОПШТИ УПАТСТВА:

- Меѓународна федерација за планирано родителство, По-добрување на одговорот на здравствениот сектор на РБН: Прирачник со материјали за здравствените работници во земјите во развој, 2010.
- Меѓународен комитет за спас. Клиничка нега за жртви на сексуален напад. Њујорк, Меѓународен комитет за спас, 2008.
- УНФПА, практичен пристап кон РБН: Програмски водич за даватели на здравствена заштита и менаџери, автор: Лин Стивенс (УНФПА 2001).
- СЗО, Одговор на насилството од интимен партнер и сексуално насилство врз жени: СЗО Клинички упатства и политика, 2013.
- СЗО, Фондација за воени трауми World Vision International. Психолошка прва помош: Водич за теренски работници, 2011.
- СЗО, Спечување на насилство од интимен партнер и сексуално насилство врз жените. Преземање акција и генерирање на докази, 2010.
- СЗО, Водич за интервенции кај ментални, невролошки и растројства од злоупотреба на супстанции во неспецијализирани здравствени услови (mhGAP), 2010.
- СЗО, Интегрирање на сиромаштијата и родовите во програмите за здравство. Прирачник за здравствени работници. Модул за РБН, 2005.
- СЗО, Упатство за медицинско-правна заштита на жртви на сексуално насилство, 2003.

УПАТСТВА ПРИ ХУМАНИТАРНИ СЛУЧАИ:

- Постојан меѓагенциски комитет. Упатство на меѓагенцискиот комитет за ментално здравје и психо-социјална поддршка во итни случаи. Женева, Постојан меѓагенциски комитет, 2007.
- Работна група на Постојаниот меѓагенциски комитет за родова и хуманитарна помош, Упатство за интервенции при РБН во хуманитарни случаи: Фокусирање на превенцијата и одговорот на сексуално насилство во итни случаи, 2005.
- Работна група на Постојаниот меѓагенциски комитет за репродуктивно здравје во кризни услови, РБН; Меѓагенциски теренски прирачник за репродуктивното здравје во услови на хуманитарни кризи, 2010.
- Меѓународен комитет за спас, УНИЦЕФ, Грижа за деца жртви на сексуална злоупотреба. Упатство за даватели на здравствени и психо-социјални услуги во услови на хуманитарни кризи, 2012.

Извештајот за насилство и здравје во Македонија и водич за превенција²² обезбеди информации за политики и интервенции и за одговорот на Владата на Република Македонија кон обврските дефинирани во Резолуцијата бр. 56.24 на Светското здравствено собрание (WHA) од 2003 година, а во врска со спроведувањето на препораките од Светскиот извештај за насилство и здравје и Препораката на Европскиот совет од 31 мај 2007 година. Одговорот на Владата на Македонија беше во согласност со Резолуцијата на WHA 67.15 од мај 2014 година за зајакнување на улогата на здравствениот систем во справување со насилството, особено против жените и девојките и против децата; со Глобалниот план за акција за зајакнување на улогата на здравствениот систем во справување со меѓучовечкото насилство, особено против жените и девојките и против децата; и со Целите за одржлив развој (ЦОР) на Обединетите нации и соодветните посакувани резултати согласно Агендата 2030.

²² Тоџија Ф., Горѓев Д., Чичевалиева С. Извештај за насилството и здравјето во Македонија – водич за превенција. МЗ/ИЈЗ; Скопје, 2006

* Публикација: Системско законодавство за лицата со хендикеп. Достапно на: <https://dokumen.tips/documents/-55720661497959fc0b8b8f39.html>

Контролата и превенцијата на насилството е поставена како приоритетен јавноздравствен проблем за Владата на Република Македонија во повеќе стратегиски документи како што се: Стратегија здравје 2020,²³ Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030²⁴ Националната стратегија за контрола и превенција на незаразните болести (стратегиска приоритетна област бр. 4 – контрола и превенција на повреди и насилство, вклучувајќи и семејно насилство²⁵, Националната стратегија за заштита од семејно насилство 2008 – 2011²⁶ и 2012 – 2015²⁷ и повеќе други, подолу опишани стратегиски документи. Сите тие се изготвени со цел справување со проблемот на насилството во Македонија следејќи ги препораките на СЗО за постигнување на таргетите во рамките на Целите за одржлив развој, кои се посредно или не- посредно поврзани со насилството.

Превенцијата на насилството е утврдена како приоритет во соработката на Министерството за здравство со Светската здравствена организација уште од 2004 година, во Двогодишните договори за соработка, вклучително и во тековниот договор за периодот 2016 – 2017 година. Канцеларијата на СЗО во Скопје го спроведува овој договор во тесна соработка со Министерството за здравство и други национални институции и меѓународни партнери.

1. ПРАШАЊЕТО НА ПОПРЕЧЕНОСТ И УСЛУГИТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНАТА ЗАШТИТА

Пристапот до здравствена заштита може да биде предизвик за голем број на лица со попреченост. Здравствените работници и лицата од јавното здравје можат и треба да преземат серија на мерки и активности за да ги надминат бариерите што ги оневозможува лицата со попреченост да ги добијат потребните здравствени услуги и програми исто како другите.

ПРИСТАП НА ЧОВЕКОВИ ПРАВА КОН ОНЕВОЗМОЖЕ-НОСТА И ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Предизвиците за обезбедување ефективно учество на лицата со попреченост постојат насекаде, но постои и сè поголема свесност за тие предизвици. Според извештаите на Светската здравствена организација и Светската банка, се проценува дека една милијарда луѓе, или околу 15 % од населението во светот, живеат со попреченост. Исто така, во извештајот на Економскиот и социјален совет на Обединетите нации за вклучување на попреченоста во развојната агенда, се истакнува дека глобалните трендови, како и стареењето на населението и по-растот на хроничните здравствени состојби ќе доведат до тоа сè поголем број луѓе да бидат засегнати од некој вид на попреченост. Историјата на лицата со попреченост е обременета со различни пристапи. Па оттука и самите држави преземаат различни активности за да ги „нормализираат“ лицата кои не се вклопувале во општествениот стандард.

Во последниве децении најприсутни се два пристапа кои се заговараат од различни актери, и тоа: медицинско-дефектолошкиот пристап и социјалниот модел, и пристапот за човекови права.

²³ Стратегија здравје 2020. Министерство за здравство. Скопје: 2016

²⁴ Стратегија за здравство на Република Северна Македонија 2021 – 2030

²⁵ Национална стратегија за контрола и превенција на незаразните болести; Министерство за здравство. Скопје: 2009

²⁶ Национална стратегија за превенција и заштита од семејно насилство 2008 – 2012. Министерство за труд и социјална политика. Скопје: 2009

²⁷ Национална стратегија за превенција и заштита од семејно насилство 2012 – 2015. Министерство за труд и социјална политика. Скопје: 2012

Медицинско-дефектолошки модел кон гледање на попреченоста

Според медицинскиот модел, на попреченоста се гледа како на проблем. Проблемот лежи во лицето. За да се реши овој проблем, треба да се работи на лицето – почнувајќи од поставување дијагноза на она што „не чини“ со него или со неа. Лицето и неговиот живот се определени само со термините на дијагнозата. Медицинскиот персонал се фокусира на работите кои лицето со хендикеп не може да ги прави, како на пример, не може да оди сам, не може да зборува, не гледа и слично. Како одговор на нивната дијагноза, медицинскиот персонал си ја врши работата и се обидува да најде лекарства. Ако не постојат лекарства, на ова се гледа како на трагедија и се смета дека лицето ќе треба да се згрижи. Ова грижа треба да биде препорачана и обезбедена од професионалци, специјалисти, социјални работници, советници, терапевти, физиотерапевти и сл., кои ќе работат со ова лице и неговото семејство, со цел намалување на „проблемот“. Бидејќи лицето со попреченост е различно од прифатената општествена норма, тоа е третирано како лице кое има поинакви или специјални потреби. Во многу држави, вклучувајќи ја и нашата, медицинските услуги се сметаат за единствено решение: па така, се обезбедуваат посебни згради, посебни училишта, специјални спортски и рекреативни дисциплини, заштитни работилници и сл.

Социјалниот модел и пристапот кон човековите права

Социјалниот модел повикува лицата со попреченост да се гледаат како субјекти кои имаат права како и сите други луѓе. За приврзаниците на ова гледиште прашањето на оневозможеноста никогаш не било ниту ќе биде здравствен феномен. За приврзаниците на пристапот на човековите права оневозможеноста едноставно е социјален производ и не ги раздвојува оштетувањата на човекот од неговата индивидуа како социјалниот модел. Напротив, тие сметаат дека лицата со попреченост се дефинираат и се издвојуваат од страна на луѓето со доминантна моќ и

психичка патологија да прифатат дека некои луѓе се раѓаат или стануваат различни во текот на човековиот живот. Овој пристап кон човековите права на лицата со попреченост признава дека лицата со попреченост се носители на права и дека општествените структури и политики кои ги ограничуваат или игнорираат тие нивни права доведуваат до дискриминација и исклучување на заедницата со попреченост.

Пристапот кон човековите права бара општеството, особено државите, да се реконструираат, да ги променат стандардите, како и да промовираат и да востановат услови за сите поединци со попреченост да бидат во можност целосно да ги остварат своите права.

КОНВЕНЦИЈА ЗА ПРАВАТА НА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Лицата со попреченост сè уште примарно се гледаат како „објекти“ за згрижување или за медицински третман отколку како „иматели“ на права. Одлуката да се донесе универзален инструмент за човекови права, специфичен за лицата со попреченост, се роди од фактот дека, и покрај тоа што се однесува на сите човекови права, на лицата со попреченост сè уште во секојдневјето им се оспоруваат основните права и фундаментални слободи.

Конвенција за правата на лицата со попреченост (КПЛП) и Факултативниот протокол беа усвоени во 2006 година. Нашата држава ја потпиша на 30 март 2007, а ја ратификува во 2011 година. Со ратификацијата, одредбите од КПЛП стануваат составен дел на домашниот правен систем, а со тоа државата презема обврска за почитување, заштита и гарантирање на човековите права на заедницата со попреченост. КПЛП го промовира и зборува за прашањето на оневозможеност од аспект на човековите права. И покрај тоа што не дава дефиниција за тоа што е оневозможеноста, сепак, Конвенцијата посочува дека оневозможеноста е развоен, динамичен процес кој лицата со попреченост ги става во целосна неповолна положба во остварувањето на нивните човекови права. За разлика од оневозможено-

ста, сепак КПЛП дава дефиниција за тоа кои се лица со попреченост. Имено, во се наведува: „Лице со попреченост е лице кое има долготрајна физичка, интелектуална, ментална или сензорна оневозможеност, што во интеракција со различните општествени бариери може да го спречи неговото целосно и ефективно учество во општеството на еднаква основа со другите.“²⁸ Таа оневозможеност се однесува на физичките бариери, законските ограничувања, практичните аспекти и општествените ставови кои de facto ги исклучуваат или го намалуваат нивното учество во општеството.

Во основа, КПЛП посочува дека кон лицата со попреченост исклучиво треба да се применува пристапот кон човекови права и нагласува дека лицата со попреченост треба да ги уживаат истите човекови права како и секој друг човек, дека се способни да ги водат своите животи како полноправни граѓани кои можат да дадат значаен придонес во општеството, ако им се дадат истите можности како и на другите граѓани.

КПЛП ги обврзува државите да го забранат и спречат дискриминаторското необезбедување на здравствените услуги на лицата со попреченост и да обезбедат родово-сензибилизирани здравствени услуги, вклучувајќи ги и оние што се однесуваат на медицинската рехабилитација. Поточно, државите треба да им обезбедат на лицата со попреченост: ист опфат, квалитет и стандард на бесплатна или достапна здравствена заштита и програми какви што се обезбедени и за другите лица, вклучително и во областа на сексуалното и репродуктивното здравје и во програмите за јавно здравје на населението.

Од друга страна, обврска на државите е на лицата со попреченост да им ги обезбедат оние здравствени услуги кои им се потребни посебно заради нивната попреченост, вклучувајќи и соодветна рана идентификација и интервенција, и услуги осмислени така за да се минимизира и спречи понатамошната попреченост, и кај децата и кај постарите лица. И двата вида на здравствени услуги, и оние предвидени за општата популација и оние поврзани со самата попреченост, треба да се обезбедат најблиску до заедницата во која живеат лицата со попреченост, вклучително и во руралните области (став 1).

2. ДИСКРИМИНАЦИЈА КОН ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

ДИСКРИМИНАЦИЈА КОН ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ СОГЛАСНО КПЛП

КПЛП ја дефинира дискриминацијата врз основа на попреченост како „секое разликување, исклучување или ограничување врз основа на попреченост, кое има за цел или последица да ги попречи или поништи признавањето, уживањето или остварувањето, на еднаква основа со другите, на човековите права и основни слободи во политичкото, економското, социјалното, културното, граѓанското или секое друго поле“. Но, и додава: „вклучувајќи ги сите форми на дискриминација, вклучувајќи и оневозможување на соодветно приспособување“.

Во член 2 од КПЛП соодветното приспособување се дефинира како „неопходно и соодветно изменување или приспособување потребно во одреден случај кое не претставува несразмерен товар, а со цел обезбедување на уживањето или користењето на сите човекови права и основни слободи на лицата со хендикеп, на еднаква основа со другите“.

²⁸ Конвенција за правата на лицата со попреченост. Достапно на: <http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Konvencija%20za%20pravata%20na%20licata%20so%20invalidnost.pdf>
Знаковен толкувач на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост КПЛП. Достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/tolkuvanje-na-znakoven-jazik-na-konvencijata-na-on-za-pravata-na-licata-so-poprechenost/>

Од ова јасно произлегува дека забраната на дискриминацијата врз основа на хендикеп е фокусирана на резултатот од дејство- то, а не врз намерата на сторителот.

И покрај заложбите и дадените обврски согласно КПЛП, треба да се има предвид дека здравствената заштита ќе остане недостапна за лицата со попреченост без пристап до просторите каде што се обезбедуваат овие услуги, па и ако зградите во кои се обезбедуваат услугите за здравствена заштита не се пристапни, ако нема пристапен превоз, лицата со попреченост нема да можат да патуваат до местата каде што се обезбедуваат овие услуги. Освен тоа, сите информации и комуникација кои се однесуваат на обезбедувањето на здравствената заштита треба да бидат достапни на знаковен јазик, Брајова азбука, во достапни електронски формати, алтернативни скрипти, аугментативни и алтернативни начини, средства и формати на комуникација.

Дискриминација

Дискриминацијата сеопфатно се дефинира како кое било разликување, исклучување или ограничување врз основа на попреченост кое има за цел или последица да се наруши или поништи признавањето, уживањето или остварувањето, врз еднаква основа со сите други, на сите човекови права и основни слободи во политичката, економската, социјалната, културната, граѓанската и која било друга област. Тука спаѓаат сите форми на дискриминација, вклучувајќи и одрекување на соодветно приспособување.

Државите се обврзани да обезбедуваат универзален дизајн и соодветно приспособување. Пристапноста е предуслов за независно живеење на лицата со попреченост и за нивно целосно и рамноправно учество во општеството. Немањето пристап до соодветно опкружување - превоз, информатичка и комуникациска технологија, и објекти и услуги кои се отворени за јавноста, треба да се раз-

гледуваат во контекст на дискриминација.

Пристапност, универзален дизајн и соодветно прис- пособување

Предуслов за остварување на правата пропишани со КПЛП се пристапното опкружување, инфраструктурата и медиумите.²⁹ И во таа насока КПЛП (член 9) бара од државите да „преземаат со- одветни мерки за лицата со попреченост да имаат пристап, на еднаква основа како и другите, до соодветно опкружување, ... до информации и комуникации, ...и до други објекти и услуги кои се отворени за или на располагање на јавноста“. Исто така, од државите се бара да „подготвуваат, усвојуваат и да ја следат имплементацијата на минимални стандарди за пристапност на објектите и услугите кои се отворени за или се на располагање на јавноста“. Покрај тоа, од државите се бара да „ги преземаат сите соодветни мерки за лицата со попреченост да го остваруваат правото на слобода на изразување и мислење, вклучувајќи и слобода на барање, примање и соопштување информации и идеи на еднаква основа како и другите и преку сите форми на комуникација по нивен избор“. Конвенцијата содржи сеопфатна дефиниција на „комуникацијата“, која вклучува „јазици, прикажување на текст, Брајова азбука, тактилна комуникација, големи букви, пристапни мултимедијални услуги, како и пишан текст, аудиозаписи, едноставен јазик, читачи и аугментативни и алтернативни начини, средства и формати на комуникација, вклучувајќи и асистивна информатичка и комуникациска технологија“.

Двата клучни концепта кои се поврзани со обврската да се обезбеди пристапно опкружување се универзалниот дизајн и соодветното приспособување.³⁰ „Универзалниот дизајн“ се дефинира како „дизајн на производи, опкружување, програми и услуги кои може да ги користат сите луѓе, до најголем можен степен, без потреба од приспособување или специјализиран дизајн“.

На пример, тоа би значело дека материјалот за информација-

²⁹ Општ коментар бр. 2 на Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН(2014). Достапно на: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/2&Lang=en
³⁰ КПЛП член 2.

та за правата на пациентите е дизајниран на начин кој е пристапен за лица со различен тип на попреченост. Тоа се смета за проактивен пристап кон попреченоста.

Втор клучен концепт е „соодветното приспособување“, кое се однесува на поединци кои може да имаат потреби во одредено опкружување кои излегуваат од рамките на општите стандарди за пристапност. Или, во пракса, тоа би значело дека лице со попреченост може да побара дополнителни мерки покрај општите правила за пристапност.

Во зависност од ситуацијата, обезбедувањето на знаковниот јазик може да претставува мерка за пристапност или мерка за соодветно приспособување. На пример, може да постојат најразлични барања кај здравствените институции. За општите болници, здравствените институции, толкувањето на знаковен јазик за време на состаноците, информациите пред медиумите, може да се смета за мерка на пристапност. Кај здравствените ординации, семејните доктори, тоа не мора да биде случај, поради финансиските ограничувања. Во исто време, ако лицето бара толкување на знаковен јазик на медицинскиот преглед, тогаш обезбедувањето на толкувач може да биде мерка на соодветно приспособување, наместо општ услов за пристапност.

Закон за спречување и заштита од дискриминација

Во повеќе закони постојат одредби преку кои е регулирано прашањето за заштита од дискриминација и соодветно приспособување и нивниот опфат, на национално ниво. Во таа насока и Законот за спречување и заштита од дискриминација соодветното приспособување (член 4) го дефинира како: „неопходно и соодветно изменување и приспособување потребно во одреден случај, што не предизвикува несразмерно или непотребно оптоварување, а со цел обезбедување на уживањето или остварувањето на сите човекови права и слободи на лицата со попреченост, на еднаква основа со другите. Оневозможување на соодветно приспособување е дискриминација“.

Во рамките на Законот, а во согласност со КПЛП, член 6 ги опфаќа сите форми на дискриминација вклучително и оневозможување на соодветно приспособување и оневозможување на пристапност и достапност на инфраструктурата, добрата и услугите. Со овој пристап во законодавството, во член 4 и член 6 дискриминацијата е мошне широко поставена, така што покрај приспособувањето на инфраструктурата и сервисите, Законот има поширок опфат вклучувајќи го и пристапот до добра и услуги. Со овој пристап, Законот соодветното приспособување го поставува да има хоризонтална применливост, што значи дека треба да се применува низ сите области на дејствување на Законот.

Дополнително, поставувањето на соодветното приспособување во дефиницијата за дискриминација воспоставува премиса дека за остварувањето на основните граѓански и политички права се потребни индивидуализирани мерки, со цел да се реши постојната системска дискриминација кон лицата со попреченост.

ОПШТИ БАРИЕРИ КОИ ГО ОНЕВОЗМОЖУВААТ УЧЕСТВОТО НА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

На граѓаните со попреченост им се потребни здравствени и јавни здравствени услуги и програми од истите причини како и на заедницата без попреченост – да останат добри, активни и да го одржат своето здравје. Сепак, за заедницата со попреченост пристапот до здравствена заштита може да биде и да претставува поголем предизвик. Кога зборуваме за инклузивност од аспект на лицата со попреченост, тоа подразбира дека е неопходно и потребно да се земат предвид правата и потребите на лицата со попреченост и да се овозможи нивно ангажирање/вклучување во сите сегменти во здравствената заштита согласно нивните способности, квалификации и афинитети.

Факторите во опкружувањето на лицето кои, преку нивно отсуство или присуство, го оневозможуваат нивното функционирање и водат кон создавање на состојбата на оневозможеност, вклучуваат неколку аспекти, и тоа:

- Негативните ставови и стереотипи кон заедницата со поп- реченост;
- Законските одредби;
- Физичкото опкружување кое не е достапно и пристапно;
- Непристапни и достапни информации и недостиг на релевантна асистивна технологија (помагала, адаптивни и р хабилитациони уреди);
- Услуги, системи и политики кои се или непостојни или кои го оневозможуваат вклучувањето на заедницата со попреченост во сите области од животот.

Во секојдневието постојат повеќе од една бариера и сите тие придонесуваат и прават лицата со попреченост исклучително тешко или дури невозможно да функционираат.

СООДВЕТНО ПРИСПОСОБУВАЊЕ

Еден од важните елементи во промовирањето и обезбедувањето на еднаквост за лицата со попреченост е да се обезбеди соодветно приспособување. Овој концепт постои и е дел од забраната за директна и индиректна дискриминација. На концептот за соодветно приспособување треба да се гледа од аспект на човековите права. Тој има за цел да овозможи суштинска еднаквост за лицата со попреченост во општеството.*

Оваа дискриминација најчесто се јавува во форма на недостиг на разумно приспособување, како, на пример, недостиг на рампи, лифтови, звучни помагала за безбедно движење и пристапност, недостиг на пристапни информации за лица со оштен вид или слух во форма која би им овозможила вклучување во процесите на донесување на одлуки, недостиг на соодветна опрема и кадар за следење на состојбата, итн.

Стаклените врати на крајот на ходникот во една институција можат да бидат сериозна препрека за лицата со оштен вид, но и за другите луѓе, било да се вработени во институцијата/фирмата или нивни коминтенти. Додавањето на одредени знаци на самата врата или на други показатели, ќе ја направи препреката повидлива.

Примената на овој концепт може да претставува важна алатка насочена кон елиминација на дискриминацијата кон лица со попреченост. За разлика од пристапноста, соодветното приспособување секогаш е индивидуализирано решение за конкретно лице со попреченост. Имено, соодветното приспособување секогаш е врзано со индивидуална процена и индивидуално решение, а не идентично решение за цела група. Затоа, со соодветното приспособување не се опфаќа групата на лица со попреченост *per se*, туку конкретното лице со попреченост и неговите потреби.

* Водич за раководители на претпријатија за пристап на лица со хендикеп

Приспособувањата кои една институција може да ги земе предвид не се неограничени; тие треба само да бидат „соодветни и разумни“. Заради тоа диспропорционалните големи трошоци за преуредување на местото не треба да бидат привремени и изведени на краткорочно ниво, особено ако се работи за мала ординација во која тие адаптации не можат лесно да се изведат.

Најчести соодветни приспособувања се:

- Одобрување здравствениот работник/чка да има малку флексибилност во своите работни часови, на пример, скратено работно време или флексибилност при доаѓање и заминување од работа;
- Префрлање на здравствениот работник/чка во друга канцеларија, или место поблиску до неговиот дом или на приземје, или можност да работат од дома;
- Преуредување на канцеларискиот мебел во ординацијата, проширување на влезот или обезбедување рампа за да може лице во количка или кое користи помагало за одење, безбедно и комотно да стигне до работното место или ординацијата за преглед;
- Обезбедување на пристапност до влезот и во про-

сторот до влезот, со добро означени линии (со контрасти) кои ќе укажат на препреките и завршетоците на просториите (на пример, паркиралишта, рампи, лифтови, модификации на тоалетите);

- Набавка или модифицирање на опремата (на пример, софтвер за гласовно активирање – за лице со оштетен вид, или телефон со појачувач на звукот – за лице со оштетен слух, како и магнетофон за оние кои имаат тешкотии при фаќањето белешки, мобилен кревет за да може лице во количка да се префрли самостојно на креветот за преглед, пристапни и достапни апарати за мамографија итн.);
- Одобрување на периоди во текот на работното време за рехабилитација на лицето, третман или процена (на пример, догворени термини за физиотерапија или психотерапија);
- Обезбедување толкувачи на знаковен јазик за лица со оштетен слух, или читатели кои ќе му читаат на лице со оштетен вид, или на некој со тешкотии во учењето;
- Флексибилни термини (на пример, промена на термините за почнување и завршување на прегледот);
- Промена на дисциплинските и жалбените процедури и постапки каде лицето/пацентот со попреченост ќе може да поднесе поплака;
- Директна комуникација со лицата со попреченост како пациенти (доктор – пациент), а не со нивните родители и/или старатели или лица кои дошле како придружба.

2.3.2. Листа на елементи за соодветно приспособување

а. За лица со попреченост во движењето (вклучувајќи и нарушување на вештините за движење):

- Обезбедување рампи, лифтови/ескалатори покрај скалите, автоматско отворање на вратите, држач за

раце (покрај скалите, сидовите), обезбеден пристап до влезот, обележување на паркинг-место;

- Приспособени ординации за движење;
- Модификации на амбулантните возила;
- Пристапен тоалет;
- Адаптирана медицинска опрема;
- Софтвер за препознавање на говор и говор во текст;
- Наместете се на истото ниво со соговорникот за да овозможите гледање во очи со тоа што ќе клекнете или седнете ако сте вклучени во подолг разговор;
- Третирајте ја количката како дел од личниот простор на корисникот; не допирајте ја или не потпирајте се на неа.

б. За лица со оштетен слух:

- Озвучување (Hearing loops);
- Вибрирачки или визуелни аларми;
- СМС-пораки;
- Зголемени (и печатни) букви;
- Толкувач на знаковен јазик;
- Титлување (испишување на кажаното);
- Пишувајте белешки (кратки реченици, општи зборови);
- Гледајте директно во лицето додека зборувате;
- Не прифаќајте кимање со глава за „да“;
- Разговарајте директно со лицето, а не со толкувачот;
- Зборувајте со нормална брзина и тон, освен ако не се побара да постапите поинаку;
- Избегнувајте да стоите пред извор на светлина;
- Обидете се да бидете експресивни во јазикот на телото, жестовите и изразите на лицето.

в. За лица со оштетен вид:

- Софтвер за зголемување и паметни мобилни телефони за лица со оштетен вид;
 - Зголемувачи за читање на печатен материјал на видео-над-зорот;
 - Показатели/индикатори за тактилната површина;
 - Контрастни површини.
- г.** За лица со психичка попреченост:
- Подолги или позачестени паузи;
 - Обезбедување на просторија или посебна канцеларија за да се намали бучавата/одвраќањето на вниманието;
 - Поделба на активностите од големи проекти во помали за-дачи;
 - Список на задолженија и список за проверка;
 - Редовни средби со надгледувачите/супервизорите.
- Работни единици со приспособување на температурата/топлината;
 - Промени во осветлувањето (на пример, зголемување на природното осветлување, отфрлање на флуоресцентното осветлување);
 - Дајте им на луѓето време да зборуваат, бидејќи им треба повеќе за да ви одговорат;
 - Избегнувајте да ја прекинете или да ја завршите реченица-та наместо лицето;
 - Побарајте повторување ако не го разбирате она што го ка-жало лицето;
 - Не преправајте се дека разбирате;
 - Бидете свесни дека можеби ќе треба да користите различни методи за комуникација;
 - Бидете трпеливи и поттикнете го лицето да се изрази.

д. За лица со комбинирана попреченост:

- Асистирање околу меморијата и планирањето;
- Говор во диктирање на текст;
- Обезбедување вербални упатства/инструкции;
- Дајте им на луѓето време да зборуваат, бидејќи им треба повеќе за да ви одговорат;
- Избегнувајте да ја прекинете или да ја завршите реченица-та наместо нив;
- Побарајте повторување ако не го разбирате она што го ка-жало лицето;
- Не преправајте се дека разбирате;
- Бидете свесни дека можеби ќе треба да користите различни методи за комуникација, како што се пишување белешки, е-пошта или технолошки опции;
- Бидете трпеливи и поттикнете го лицето да се изрази.

ѓ. За лица со комбинирана попреченост и долготрајни или хронични заболувања:

I. РАЗБИРАЊЕ НА ПОИМОТ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО

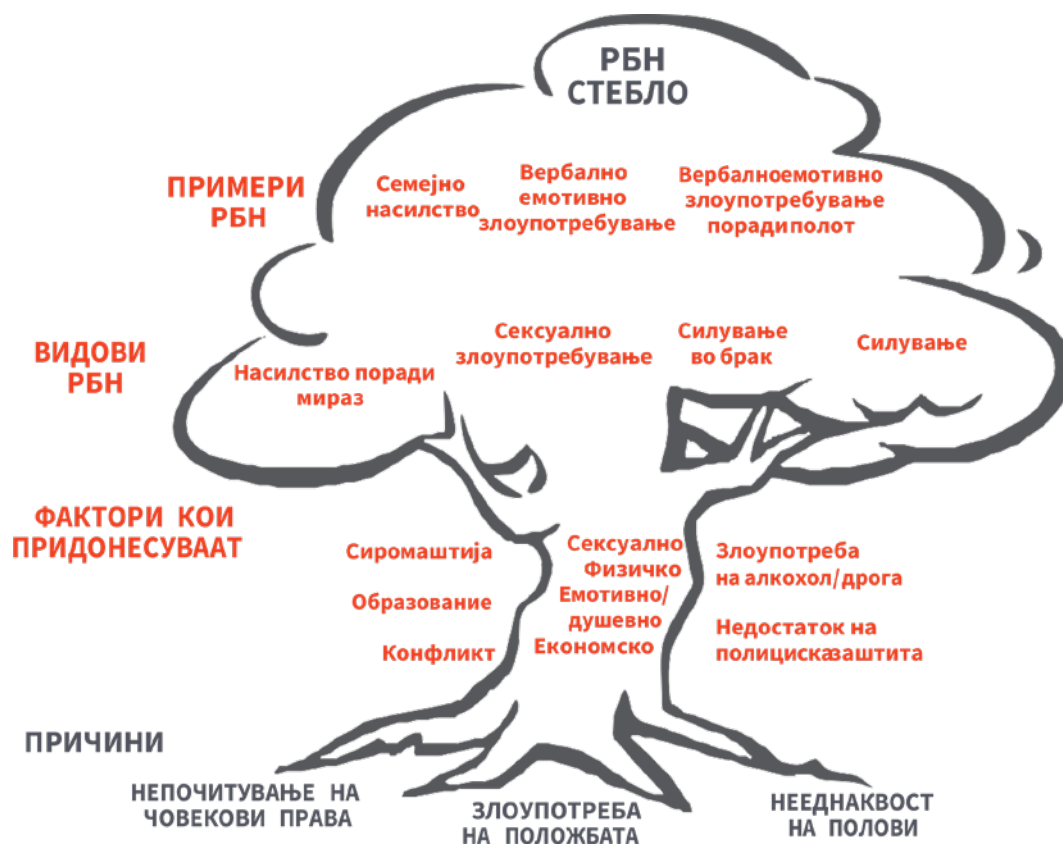
ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

Да се разбере концептот на РБН, причините за него и последиците врз здравјето на жените;

Размислување за општите митови околу РБН и за тоа како тие може да влијаат врз одговорната здравствената заштита на РБН;

Дефиниции и форми на РБН; Митови и факти околу РБН;

РБН и повеќекратна дискриминација.



МЕЃУНАРОДНИ ДЕФИНИЦИИ:

Родово засновано насилство – насилството што е насочено против личноста поради неговиот/нејзиниот пол. жената затоа што е жена. Родово заснованото насилство процентуално, не- сразмерно ја засега жената.

(CEDAW General Recommendation no.19; 1992)

Насилство врз жени – секој акт на родово базирано насил- ство што резултира во, или веројатно ќе резултира со физичка, сексуална или ментална штета или страдање на жени, вклучу- вајќи закани со такви дела, принуда или ар- битрарно лишување од слобода, без оглед дали се случува во јавниот или приватни- от живот (DEVAW 1993 – Декларација на ОН за елиминација на насилството врз жените).

Насилство врз жените е:

Манифестација на историски нееднаквите односи на моќ меѓу мажите и жените, што довеле до доминација врз жените и до нивна дискриминација од страна на мажите.

Еден од клучните социјални механизми преку кој жените се принудени на подредена позиција во споредба со мажите.

Претставува повреда на човековите права и форма на дискри- минација на жените (DEVAW).

Насилството врз жените вклучува:

Насилство кое се случува во семејството, вклучувајќи те- пање, сексуална злоупотреба на женски деца во домаќин- ството, насил- ство поврзано со мираз, брачно силување, осакатување на женски гениталии и други традиционални штетни практики за жените, небрачно насилство и насил- ство поврзано со експлоатација;

Насилството кое се случува во рамките на општата за- едница, вклучувајќи силување, сексуална злоупотреба,

сексуално малтретирање и застрашување на работа, во образовни институции и на други места, трговија со жени и принудна проституција;

Насилство извршено или одобрено од државата, секогаш кога се случува. (DEVAW)

1. Насилството врз жените е родово засновано – тоа не им се случува на жените случајно

- Структурен проблем вткаен во нееднаквите родови односи на моќ;
- Родовите димензии на насилство врз жените;
- РБН ги засега главно жените и девојчињата;
- Жените и мажите различно го доживуваат насилството;
- Жените поранешни жртви на насилство се соочуваат со специфични пречки за пристап до услугите за под- дршка;
- Помалку извори и опции за пристап до правдата, до неа и поддршка;
- Законите и надлежните власти за имплементација често на успеваат соодветно да одговорат на РБН.

2. РБН е повреда на човековите права на жените и форма на дискриминација на жените

- Примери за кршење на правата:
- Правото на живот;
- Правото на ослободување од тортура и нехуман и де- градирачки третман во притвор;
- Правото на здравје;
- Правото на еднаква правна заштита.

3. Жените доживуваат РБН во сите сфери на животот – при- ватниот и јавниот, но најчесто насилството се случува во семејството:

- 30% од сите жени кои некогаш живееле во врска со партнер доживеале физичко или сексуално насилство од партнерот (СЗО 2013);
- Жените сочинуваат 2/3 од лицата убиени од интимниот партнер (но само 20 % од жртвите на убиство, UN-DOS 2014)

Семејно насилство

- Физичко, сексуално, психолошко или економско насилство;
- Во рамките на фамилијата или семејната единица или меѓу бивши или сегашни сопружници или партнери;
- Без разлика дали сторителот на насилството го дели или го делел истото живеалиште со жртвата (член 3 од Истанбулската конвенција).

Насилство од интимен партнер

- Однесување на интимниот партнер кое причинува физичка, сексуална или ментална штета, вклучително акти на физичка агресија, сексуална принуда, психолошко малтретирање и контролирано однесување;
- Истовремено ги опфаќа и насилството од страна на сегашните и поранешните сопружници и на други интимни партнери (СЗО и други 2013).

4. РБН опфаќа широк спектар на штетни дела, вклучително физичко, сексуално, психичко и економско насилство

- Физичко насилство: шлаганица, удирање, тепање, гребење, давење, гризање, грабање, тресење, плукање, ограничување, употреба на оружје и др. Притоа може да се предизвика повреда или не.

- Сексуално насилство: силување, други форми на сексуално малтретирање, присилен/принуден брак, присилен абортус, присилна стерилизација, осакатување на женски-те гениталии и др.
- Психолошко насилство: закани, емоционално насилство, користење и манипулација на децата.
- Економско насилство: задржување на пари, забранување на жената да работи, нејзино исклучување од донесување-то финансиски одлуки.

МИТОВИ ОКОЛУ РОДОВО БАЗИРАНОТО НАСИЛСТВО

Зошто треба да внимаваме на митовите за РБН?

Митови и стереотипни ставови околу РБН

- Тие се штетни бидејќи ја обвинуваат жртвата, а не сторителот на насилството.
- Ги обликуваат перцепциите и реакциите на општеството и здравствениот сектор.
- Може да ги спречат давателите на здравствени услуги да го препознаат РБН и да дадат заштита.
- Давателите на здравствени услуги мора да прават разлика меѓу митовите и фактите и да одржуваат професионален и непристрастен став.

Примери за митови за РБН

- Тепањето не е злосторство. Мажите имаат право да го контролираат однесувањето на своите сопруги и да ги дисциплинираат.
- Некои жени го заслужуваат насилството што го доживуваат.
- Тепаните жени дозволуваат да им се случи насилството.
- Тие можат да го напуштат партнерот, ако навистина го сакаат тоа.

- Конфликтите и губењето контрола се нормален дел на се- која врска.
- Семејното насилство е приватна, семејна работа и поради тоа државата или давателите на услуги немаат право да интервенираат.
- одбивање на старателите да им помагаат во секојдневниот живот, како што се капење, облекување и јадење;
- често им е ускратена контролата на сексуален/репродуктивен избор;
- присилна стерилизација и присилен прекин на поставената бременост.

РБН и повеќекратната дискриминација кај:

Жени мигрантки

- Неформална секторска, домашна, земјоделска, сексуална работа, недостиг од правна заштита;
- Ограничен пристап до правна и здравствена заштита, јазични бариери;
- Недостиг од информации за правата и можностите;
- Исклучување од покритието на националното здравствено осигурување;
- Страв од губење на статусот на престој;
- Страв од напуштање на насилниот партнер, поради припадност да остане со партнерот, или во спротивно ќе го изгуби статусот на мигрант;
- Жени мигрантки со нерегулиран статус: недостиг на пристап до заштита поради страв од депортација.

Жени со попреченост

Стереотипите придонесуваат за сексуално насилство и за недостиг на доверба кога се пријавува злоупотреба. На пример:

- нив ги сметаат како корисници на милосрдие или како објекти на одлуките на други;
- ги прикажуваат како несексуални суштества, бидејќи се плашливи и љубезни.

Останати форми на насилство кое го доживуваат:

- задржување на нивните лекови или помагала за комуникација;

Жените со попреченост имаат поголема

веројатност да доживеат насилство и тоа може да им се случува во подолг временски период

Споредено со жените без попреченост, жените со попреченост имаат поголема веројатност да доживеат насилство и да го трпат подолг период. Светските статистики говорат дека лицата со попреченост се од два до трипати почесто жртви отколку лицата без попреченост.

Некои од причините за тоа се следните:

- Социјални митови. Лицата со попреченост често се отфрлаат како беспомошни, пасивни, како мали деца, асексуални, тешки/мачни. Овие предрасуди ги прават лицата со попреченост невидливи за општеството и укажуваат на тоа дека злоупотребата, особено сексуалната, е помалку веројатна.
- Научена беспомошност. Лицата со попреченост, особено лицата со интелектуална попреченост или оние кои подолг период живееле во институција, се охрабрани да даваат согласност и да соработуваат. Ваквата животна историја може да и отежне на жена со попреченост да се брани себеси од злоупотреба.
- Недостиг на сексуална едукација. Постои тенденција да се негира сексуалната едукација за лицата со интелектуална попреченост. Ако жена која немала сексуална едукација е сексуално злоупотребена, потешко ќе побара помош бидејќи можеби нема да разбере што точно и се случило (нема да ја препознае сексуалната злоупотреба).
- Зависност. Жената може да биде зависна од физичка-

та и финансиската грижа на нејзиниот напаѓач, бидејќи попре- ченоста може да ја ограничува финансиски, како и поради зависност од околината.

- Неправилна дијагноза. Погрешно може да биде про- толку- вано плачењето за помош; на пример, однесу- вањето на же- ната може да биде дијагностицирано како анксиозност, на- место како знак на злоупотреба. Во друга ситуација, може и да не постои свесност дека се- мејното насилство исто така вклучува економско или емоционално насилство, или пак може да недостига свесност за знаците на насилство.
- Насилникот ја има контролата. Доколку жената побар- ра по- мош, следењето по побараната помош може да биде тешко бидејќи насилникот може да ја изолира и да ја спречува да користи телефон или да ја напушта куќата.

ТАКТИКИ НА МОЌ И КОНТРОЛА УПОТРЕБЕНИ ВРЗ ЖЕНИ СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Постојат поголем број тактики на моќ и контрола кои се употребу- ваат врз лицата со попреченост, особено врз девојчињата и жени- те со попреченост, кои како резултат на попреченоста трпат раз- лични форми на насилство. Тие може да се поделат во 5 категории:

ФИЗИЧКИ

- Туркање на лицето од нејзината количка;
- Удирање, тресење и горење;
- Давање на отровни супстанции или несоодветни ле- кови;
- Несоодветно давање на лична или медицинска нега;
- Лажно давање информации на медицински лица, што ре- зултира со погрешна медицинска дијагноза и тера- пија.

ЕМОЦИОНАЛНИ

- Изолирање на жената од семејството и пријателите;
- Постојана критика поради помошта која ѝ е потреб- на во секојдневните активности;
- Непокажување и недостиг од љубов и наклоност;
- Вербални напади;
- Исмевање, закани, навреди и малтретирање.

ЕКОНОМСКИ

- Злоупотреба на финасиските средства.

ВЕРБАЛНИ

- Зборување дека местото на жената која пријавува на- сил- ство е во институција;
- Закана дека ќе следува физичко насилство;
- Навреди (неспособна, саката...).

СЕКСУАЛНА ЗЛОУПОТРЕБА

- Присилување на сексуални услуги како замена за по- мош при основни услуги (капење, јадење);
- Несакан или присилен сексуален контакт, допир или по- кажување на сексуалните делови;
- Закани за повредување или принуда во врска со сек- суал- ната активност;
- Негирање на сексуалноста или сексуалната едукација;
- Присилување на абортус, контрацепција или стерилиза- ција.

II. УЛОГАТА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ ВО ОДГОВОРОТ НА РОДОВО БАЗИРАНОТО НАСИЛСТВО (РБН)

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

Да разберат зошто здравствениот сектор игра суштинска улога во одговорот на РБН.

Да разберат што опфаќа оваа улога, на ниво на персоналот и управување на здравствените установи.

Да размислуваат за пречките за ефективен одговор на здравствениот систем на РБН кои постојат и за жртвите и за здравствениот работник, како и за начините како да се справуваат со овие бариери.

ВОВЕД

Здравствените работници имаат клучна улога во мултисекторскиот одговор на РБН. Ова поглавје дава преглед на клучните меѓународни стандарди и документи за насочување на работата на здравствените работници. Тоа објаснува зошто здравствените системи играат важна улога во решавањето на РБН и што повлекува оваа улога, и ги наведува пречките за ефективен одговор на здравствената заштита на РБН. Понатаму, ги наведува клучните принципи и стандарди за квалитет при обезбедувањето здравствени услуги на жртвите на РБН.

ЗОШТО ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ ИГРААТ ВАЖНА УЛОГА ВО ОДГОВОРОТ НА РОДОВО БАЗИРАНОТО НАСИЛСТВО?

Широкоприфатено е мислењето дека здравствениот систем има клучна улога во превенцијата и одговорот на РБН. Во исто време, кога здравствените работници несоодветно или воопшто не реагираат на прашањето на РБН, таквото занемарување може да предизвика штета на жените. Родово базираното насилство е прашање на јавното здравје, со значително влијание врз физичкото, психичкото и сексуалното здравје на жените и девојчињата. Тоа влијае врз жените во текот на целиот животен век и е една од главните причини за повреда, инвалидитет и смрт кај жените.

Здравствените работници се често првата точка на контакт за жените кои доживеале насилство. Речиси секоја жена го користи системот на здравствена заштита во одреден момент од својот живот – без разлика дали се работи за рутинска здравствена заштита, бременост и породување, болест, повреда или грижа за деца или постари лица (Национално собрание на Велс, 2001). За жените жртви на насилство од интимниот партнер кои се соочуваат со изолација и контрола од страна на насилниот партнер, здравствените работници можеби се и единствената точка на контакт, особено во ситуација кога овие жени не сакаат да го пријават насилството на властите на кривичната правда. Здравствените работници во голем степен уживаат доверба меѓу жените како професионалци на кои тие можат да им ја откријат злоупотребата. Покрај тоа, статистиките

покажуваат дека жени- те кои доживеале насилство почесто ги користат здравствените услуги отколку оние кои не го доживеале тоа (СЗО 2013).

Судската медицина игра важна улога во собирањето на докази за поддршка на кривичното гонење на сторителот, особено преку снимање на историјата на нападот, преземање на медицински и психолошки преглед, вршење на различни лабораториски тестови и документирање на повредите.

Познавањето на ситуацијата на насилство врз жената може да помогне во дијагностицирање или лекување на многу состојби, како што се хронична болка или повторливи полови преносливи болести (IPRF/МФПР 2010).

Поради тоа, здравствените работници имаат стратешка позиција да ги идентификуваат жените кои доживеале и/или се изложени на ризик од понатамошно насилство, да им обезбедат медицинска нега и да ги упатат до други служби. Додека некои жени можат да го откријат насилството што го доживеале, многу од нив не го откриваат, или ќе го сторат тоа само ако бидат прашани. Затоа е важно здравствените работници да бидат обучени за тоа како да ги препознаат знаците на родово базирано насилство и како да комуницираат со жртвите (МФПР 2010). Голем број и разновидни типови на даватели на здравствени услуги можат да се соочат со здравствени симптоми од РБН во својата секојдневна работа и затоа нудат широк спектар на потенцијални влезни точки за идентификување на РБН.

Одговорот на РБН може да го подобри севкупниот квалитет на здравствената заштита. Давателите на здравствени услуги кои имаат познавања и се квалификувани за соодветен одговор на РБН на тој начин може да дадат важен придонес за подобрување на здравјето и благосостојбата на пациентката. Од друга страна, недостигот на такви квалификации и знаење може да ги изложи жените на понатамошен ризик и штета. На пример, кога здравствените работници нема да прашаат за тоа или не ги препознаваат симптомите на РБН, тие можат да постават погрешна дијагноза на жртвата или да дадат несоодветна заштита.

Дополнително, здравствените работници кои се неинформирани или неподготвени, може да ги изложат на ризик безбедноста, живо- тот и благосостојбата на пациентот/ката. На пример, здравствените работници може несвесно да предизвикаат штета преку изразување на негативни ставови на пациенти кои биле силувани или пак да дискутираат за повредите на жените на начин што може да го слушне потенцијално насилниот брачен другар кој чека надвор (МФПР 2010).

УЛОГАТА НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ ВО ОДГОВОРОТ НА РБН

Кај широк спектар здравствени работници постои голема веројатност да дојдат во контакт со жени кои доживеале РБН и со тоа обезбедуваат една важна влезна точка за пристап на жените до здравствена заштита. Тие здравствени професионалци ги вклучуваат:

- Општи лекари, специјалисти по семејна медицина;
- Лекари специјалисти по ургентна медицина и хирургија, интензивна нега, ортопедија, општа хирургија;
- Акушери/ки и гинеколози, специјалисти за планирање на семејството;
- Асистенти/ки во лекарски ординации;
- Болнички медицински сестри, медицински сестри за домашна нега, геријатриски медицински сестри, акушерки;
- Стоматолози;
- Психијатри, психотерапевти, клинички психолози, доктори со диплома по психологија;
- Доктори специјалисти за уво, нос и грло, очни специјалисти;
- Компаниски доктори, службеници во секторот за јавно здравје;
- Физиотерапевти;

- Медицински стручен персонал во клиники за СПИ и ХИВ/ СИДА;
- Клинички социјални работници (адаптирано од BMWFJ 2010).
- Поставувајте прашања за РБН во случај на клинички симп- томи кои укажуваат на можен обид на РБН.
- Направете пријателски и доверлив амбиент, сослушајте ја пациентката и давајте потврдни пораки.

Важно е да се има на ум дека лекарите не се единствените кои имаат важна улога во идентификација и одговор на РБН. Затоа, обуките и другите напори за зајакнување на здравствениот систем во одговор на РБН исто така треба да се насочи и кон медицинските сестри и физиотерапевтите, кои можеби поминуваат повеќе време со пациентите од лекарите. Можеби поранешните жртви ќе бидат помалку колебливи да разговараат со медицински асистенти, клинички социјални работници и персоналот за прием. Приемниот персонал и администрацијата може да ги алармира лекарите и медицинските сестри за своите сомнежи кои укажуваат на РБН, при набљудување на однесувањето во чекалницата кога закажуваат прегледи (Johnson 2010).

Со цел да биде одржлив, напорите за подобрување на одговорот на здравствениот систем на РБН треба да бидат насочени на неколку нивоа:

- нивото на конкретните здравствени услуги (на ниво на медицински персонал),
- нивото на здравствените установи, како што се болници, клиники, здравствени домови или лекарски ординации (на ниво на управување),
- нивото на здравствената политика (креатори на политика- та и јавната администрација).

УЛОГАТА НА ПЕРСОНАЛОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Следнава листа ги резимира клучните елементи на улогата на здравствениот персонал во одговор на РБН.

- Разберете ги симптомите на РБН.
- Обезбедете го/ја пациент/ката со информации за РБН и неговите последици врз здравјето на жените.
- Земете го здравствениот картон на пациентката и спроведете медицински преглед.
- Обезбедете соодветна медицинска и психолошка грижа.
- Документирајте ги здравствените последици од РБН.
- Обезбедете ја пациентката со информации и упатување на други даватели на услуги, каде што е потребно (како специјализирано медицинско засолниште за жени, кризен центар).
- Помогнете ѝ на пациентката во планирање на безбедноста.

Обезбедете следење на постболничката нега на пациентката.

Улогата на здравствените установи

- Менаџерскиот тим на здравствените установи е одговорен за обезбедување на институционалната рамка што им овозможува на здравствените работници да ја остварат својата улога. Конкретно, ова го вклучува следново:
- Воспоставување на писмени упатства и протоколи за справување со случаи на РБН и обезбедување дека сите членови на персоналот се запознати со нив, како и со процедурите за спроведување на упатствата во нивната секојдневна работа (WAVE 2006).
- Обезбедување на поддршка од менаџерскиот врв на установата, вклучувајќи финансиска поддршка за да се обезбеди долгорочна одржливост на напорите за интеграција на РБН во одговорите на здравствениот систем (C3O 2013).
- Обезбедените услуги мора да ги промовираат прин-

ципите на човековите права и недискриминацијата, и да се фокусирани на жените и девојчињата. Услугите треба да бидат прифатливи, што значи дека „тие треба да се доставуваат на начин кој гарантира дека жената ја дава својата потполно информирана согласност, да го почитуваат нејзиното достоинството, гарантираат доверливост и се чувствителни на нејзините потреби и перспективи“. Ова значи дека системите, процесите и услугите се развиваат, спроведуваат и оценуваат врз основа на потребите и желбите на жената или девојчето кое добива медицинска нега (CEDAW GR 24).

- Да се погрижат за соодветна инфраструктура за да се обезбеди приватноста, сигурноста и доверливоста на пациентката, на пример, преку обезбедување приватна соба за консултации, барање консултациите да се одржат без присуство на партнерот, воспоставување систем за водење доверлива евиденција или давање инструкции на персоналот со објаснување на законските ограничувања за доверливост, доколку има (УНФПА 2001).
- Сензибилизирање и градење на нивните вештини за тоа како да го препознаат и да одговорат на РБН, со цел да се создаде амбиент кој ќе ги увери пациентите дека „тука може да се дискутира за РБН“. Обуката треба да се однесува на целиот персонал. Покрај подобрувањето на нивните практични клинички вештини, како што се препознавање на знаците на РБН или документирање на повредите, медицинскиот персонал, исто така, треба да го разбере прашањето на РБН, како и специфичниот локален контекст, на пример, ставовите на локалната заедница за РБН или зборовите кои луѓето ги користат кога зборува за РБН (УНФПА 2001). Напорите за обука не треба да се вложуваат на изолиран начин, туку треба да се спроведат заедно со други промени во системот на нега и упатување (Lo Fo Wong et al 2006, Garg et al 2006, сите се наведени во извештајот на СЗО, 2013).
- Обезбедување на персоналот и пациентите со информативни материјали, како што се контролни листи за

лекари-те и медицинските сестри со краток преглед на чекорите на интервенција; брошури или мали летовци со информации за пациентите за нивните законски права и за давателите на услуги; постери за РБН кои треба да се закачат во чекалниците, ординациите или бањите (УНФПА 2001, СЗО, 2013), како и информации за установи даватели на услуги во кои пациентката може да биде упатен за дополнителни услуги.

- Давање поддршка на здравствениот кадар кој обезбедува медицинска нега (СЗО, 2013). Работата со жртви на РБН претставува емоционален предизвик. Здравствениот персонал може да ги доживува жртвите на РБН како тешки пациенти – бидејќи тие се пасивни и зависни и секогаш му се враќаат на насилниот партнер. Понатаму, заедничките чувства, како грижа за безбедноста и благосостојбата на пациентот, стравот од насилниот сторител за себе и за своето семејство, или сопствените искуства на насилство во минатото, може да доведат до исцрпеност, па дури и траума на давателот на здравствена нега. Со цел поддршката на кадровските капацитети за нивна лична заштита и за справување со тешки ситуации, здравствените установи треба да им овозможат на вработените обука за динамиката и последиците од РБН, како и за можностите за надзор (Perttu et al, 2006).
- Вмрежување и градење на коалиции со други организации кои работат на истото прашање, со цел да се обезбеди мултисекторски, координиран одговор. Како дел од целокупниот механизам за упатување, тука може да се вклучат и други лекари или болници од истата заедница, владини тела, како што се полицијата, службите за заштита на децата или психо-социјални услуги, како и засолништата за жени или кризни центри. Вмрежувањето и градењето коалиции може да придонесе за зголемување на ефикасноста во обезбедувањето на услуги. На пример, други организации можат да станат партнери за упатување на пациентите (и во и од здравствената установа) и преку заедничката работа може да го обезбедат пациентот/ката со најдобрата можна поддршка, без повторување на

услугите. Понатаму, мрежи-те и коалициите обезбедуваат форум за размена на знаења и алатки кои други партнери може да ги искористат за својата работа. Истите може да се користат и во заедничкото лобирање за подобрување на постојните или создавање на нови закони и политики. Протоколите се ефективна алатка за да ги одредите улогите и одговорностите на различните организации вклучени во коалицијата, како и постапките за интервенции и препораки (УНФПА 2001, СЗО, 2013).

- Имплементирање на систем за мониторинг и евалуација за процена на влијанието на интервенциите во насока на подобрување на одговорот на установата на РБН (СЗО, 2013). Спроведувањето на мониторинг и евалуација е важен аспект за осигурување на квалитетот во обезбедувањето на услуги, со цел да се осигури одговорност кај давателите на услуги, кај нивната институција и општеството во целина (WAVE 2006).

УЛОГАТА НА КРЕАТОРИТЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА ПОЛИТИКА И ЈАВНАТА АДМИНИСТРАЦИЈА

Додека здравствениот кадар и здравствените установи имаат клучна улога во секојдневниот одговор на здравствениот систем на РБН и во давањето услуги на жртвите, напорите на овие нивоа ќе имаат ограничено влијание доколку не постои одредена здравствена политика за прашањето на РБН која ја води работата на персоналот и установите за интегрирање на одговорот на РБН во здравствената заштита. Без основа на здравствената политика, постои ризик напорите за подобрување на обезбедувањето неа и заштита на жртвите на РБН да остане ад хок иницијатива на индивидуални даватели или одредени установи, наместо тие да се институционализираат во рамките на здравствениот сектор (СЗО 2005). Во исто време, усвојувањето на политики не може да биде цел сама по себе – за да се спроведе, тие треба да бидат широко распространети меѓу давателите на здравствени услуги, како и во јавноста (СЗО 2005). Понатаму, здравствениот менаџмент и кадар треба да бидат обучени за постојните политики.

Еден друг пристап за решавање на одговорот на здрав-

ствениот систем на РБН е донесување на посебни протоколи или политики, обично издадени од страна на Министерството за здравство, во кои е утврдена улогата на здравствените работници во одговор на РБН, кои даваат насоки, преку дефинирање на стандарди за обезбедените услуги, за чекорите кои треба да се преземат, како и за обезбедување на алатки.

БАРИЕРИ ЗА ЕФЕКТИВЕН ОДГОВОР НА ЗДРАВСТВОТО НА РБН

И покрај тоа што е широко прифатено дека здравствениот сектор игра клучна улога во ефективниот одговор на РБН, постојат голем број пречки кои ги спречуваат жените жртви на РБН во добивањето соодветна здравствена заштита. Такви пречки постојат истовремено и за пациентите кои доживеале РБН, но и за давателот на здравствена заштита.

Со цел да се надминат овие бариери, потребни се промени во упатствата и политиките, како и во секојдневните работни практики на здравствените работници.

БАРИЕРИ СО КОИ СЕ СООЧУВААТ ЖЕНИТЕ ПОРАНЕШНИ ЖРТВИ

Следниве причини може да ги спречат жените кои доживеале РБН да побараат здравствена заштита и да го откријат насилството пред здравствените работници (адаптирано од Ganley 1998 и Hellbernd 2006, наведено во PRO TRAIN 2009): Срам, вина и чувството да се биде исклучиво или делумно одговорна за претрпеното насилство. Жената која доживеала насилство од интимниот партнер може да се увери дека таа може да го запре насилството, ако ги слуша желбите на сторителот и ако се „подобри себеси“.

- Страв од одмазда од сторителот. Жените кои живеат во насилни врски може да се плашат од ескалација на насилството и понатамошни закани, бидејќи насилните партнери обично им забрануваат на жените да зборуваат за насилство со кое било друго лице и се закануваат со понатамошно насилство.
- Страв од стигмата и социјалното исклучување од страна на нивните семејства и заедници.

- Социјална изолација и чувството дека сосема сама треба да се справува со доживеаното насилство.
- Долгорочни искуства на малтретирање кои штетат на самовербата и самопочитта на жената до таква мера што го отежнуваат барањето и прифаќањето на поддршка.
- Непостоење на безбедни опции за нивните деца и страв од губење на старателство врз детето.
- Страв од привлекување внимание на нерегулираниот имиграциски статус или губење на статусот по развот од на- силен сопруг.
- Недостиг на реални можности, на пример, за финансиски ресурси, домување, вработување и безбедност.
- Непознавањето кои чекори здравствените работници ќе ги преземат, на пример, дали ќе биде известена полицијата или дали ќе му се обратат на сторителот.
- Јазични и културолошки бариери со кои се соочуваат жените мигранти и жените кои припаѓаат на етничките малцинства.
- Ситуациони аспекти во случај на советување и лекување, како што се несоодветни физички услови на установата или бесчувствително однесување на лекарите и медицинскиот персонал.

БАРИЕРИ ЗА ДАВАТЕЛИТЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ЕФЕКТИВЕН ОДГОВОР НА РБН

Следниве бариери ги спречуваат здравствените работници да идентификуваат РБН како причина за медицински симптоми, да ги прашаат пациентите за насилство и/или да им обезбедат ефикасна нега и поддршка (адаптирано од Ganley 1998 и Hellbernd 2006, наведено во PRO TRAIN 2009, IPPF 2010, Warshaw/Ganley 1996):

И покрај тоа што овие пречки функционираат на ниво на партнерски односи, семејства, и на пошироката заедница, и поради тоа бараат интервенции надвор од системот на здравствена заштита, сепак, здравствените работници треба да бидат свесни за нив, со цел да бидат во можност да обезбедат ефикасна заштита и упати до релевантни даватели на услуги, како што се засолништа, кризни центри или центри за советување. Овие организации може да им помогнат на жените во решавањето на некои од овие бариери, на пример, преку обезбедување сместување, правно советување или друга поддршка.

Останати бариери со кои се соочуваат жените може и треба да ги решаваат здравствените системи, вклучувајќи ги следниве:

- Недостиг на физички пристап до здравствените услуги за жените кои живеат во оддалечени области.
- Страв од негативни реакции од страна на давателите на услуги и од обвинувања зошто таа не го напушта насилниот партнер, особено кога жената добила несоодветни и обвинувачки одговори од други даватели на услуги во минатото.
- Недоволно познавање на причините, последиците и динамиката на РБН: Ако здравствените работници не прашуваат за симптомите на РБН, или не ги препознаваат, тие можат да дадат погрешна дијагноза на жртвите или да понудат несоодветна нега.
- Сопствените ставови и заблуди за РБН што може да резултираат во согледување на насилството од интимниот партнер како приватна работа или во обвинување на жртвата за насилството.
- Сопствените искуства со РБН во минатото.
- Недостиг на клинички вештини во одговор на РБН. Како последица на тоа, здравствените работници може да се колебаат да прашаат за РБН, со цел да се избегне „отворање на Пандорината кутија“ (McCauley et al 1998, цитирано во PRO TRAIN 2009). Недостигот на знаење и вештини, исто така, може да ги изложи на ризик безбедноста, животот и благосостојбата на пациентот/ката, на пример, кога здравствените работници

изразуваат негативни ставови за пациентки кои биле силувани, или преку дискусија за по- вредите на жената на начин кој може да го слушне потенцијално насилниот брачен другар кој чека надвор.

- Недостиг на информации за постојните услуги за поддршка и соодветни професионални контакти, кои може да послужат како основа за упатување.
- Недостиг на време за здравствена заштита, како и несоодветно финансирање на советувањето. Ќе биде тешко да се процени колку време ќе одземе еден таков разговор и здравствените работници се загрижени бидејќи поради тоа ќе им се намали времето потребно за другите пациенти.
- Непостојна меѓуинституционална поддршка, како што се стандардизирани протоколи, обрасци на документација или обука на персоналот за справување со жртви на РБН.
- Неизвесности за законските обврски, како што се правила за доверливост или обврски за известување.
- Отсуство на стандардни процедури, политики и протоколи за да се обезбеди дека одговорот на здравствените работници на сите жртви на РБН ги следи стандардите на добра клиничка нега.

ПРИНЦИПИ И СТАНДАРДИ ЗА ОБЕЗБЕДУВАЊЕ УСЛУГИ

Жените жртви на насилство имаат различни потреби, во зависност од нивната индивидуална ситуација, сериозноста на доживеаното насилство и последиците. Во исто време, постојат голем број минимални стандарди и принципи за насоки во обезбедувањето здравствени услуги за сите жени жртви на насилство, без оглед на видот или окружувањето на доживеаното насилство (СЗО 2013).

Службите обрнуваат внимание на специфичните потреби на ранливите лица, вклучувајќи ги и децата жртви, и услугите кои се достапни за нив.

РОДОВО ЧУВСТВИТЕЛЕН ПРИСТАП

Давателите на здравствени услуги треба да имаат разбирање за природата на родово базираното насилство врз жените (СЗО 2013, член 18 од Истанбулската конвенција), изворните причини кои се „манифестација на историски нееднаквите односи на моќ помеѓу мажите и жените, и кои довеле до доминација над, и дискриминација врз жените од страна на мажите“ (Преамбула на Истанбулската конвенција). Според тоа, услугите треба да покажат пристап кој ги препознава родовата динамика, влијанијата и последиците од насилството врз жените (WAVE 2011).

Здравствените услуги треба да ги земат предвид потребите на одредени групи жени и девојчиња, вклучувајќи ги и оние кои припаѓаат на маргинализираните групи. Ова ги вклучува жените со телесни или ментални пречки во развојот; жените кои живеат во руралните и оддалечените области; бремените жени и жените со мали деца; жените со потекло од национално или етничко малцинство; жените мигранти, вклучувајќи и непријавени имигранти и баратели на азил и бегалци; лезбијките и бисексуалните жени; трансродовите лица; сексуалните работници; ХИВ-позитивните жени; жените кои злоупотребуваат супстанции; жените бездомници; постарите жени; девојчињата и адолесцентните девојки (член 12, 18 од Истанбулската конвенција и Извештај за појаснување, WAVE 2011, Виртуелен ресурсен центар на UN Women) и девојчињата кои се принудени на ран/присилен/детски брак. Жените кои припаѓаат на овие групи може да се соочуваат со зголемен ризик да доживеат насилство: сторителите често ги бираат како цели, бидејќи знаат дека кај овие жени постои помала веројатност да бидат во можност да се бранат, или да бараат кривично гонење на сторителот на прекршокот и други форми на репарација, поради нивната ситуација (член 12 од Истанбулската конвенција – Извештај за појаснување).

Давателите на здравствени услуги треба да ги почитуваат различностите на корисниците на услугите и да применуваат недискриминирачки пристап (WAVE 2011). Ова подразбира дека сите жени жртви, без оглед на карактеристиките наведени погоре, имаат еднаков и целосен пристап

до здравствена заштита и добивање неџа на исто ниво на квалитет. Исто така, здравствените услуги треба да бидат соодветни и приспособени на потребите и спецификите на корисниците на услугите (член 18, Истанбулска конвенција, Виртуелен ресурсен центар на UN Women). Давателите на услуги треба да ја идентификуваат и решаваат секоја бариера со која се соочуваат жените кои припаѓаат на одредени групи во пристапот до здравствените услуги.

Кога жените доживуваат насилство од интимниот партнер, децата се секогаш најмногу погодени, или директно (како предмет на насилни дела) или индиректно (сведоци на насилство врз нивната мајка). Затоа, давателите на здравствени услуги кои биле контактирани од страна на жените поранешни жртви треба да го разберат влијанието на насилството врз децата (за повеќе информации, види поглавје 1.7.3). Тие треба да бидат опремени за да им помогнат во пристапот до соодветна неџа и поддршка, согласно нивната возраст и нивните потреби (WAVE 2010) – доколку е потребно, преку обезбедување упати до другите даватели на услуги во истата установа или надворешно, како што е соодветно (МФПР 2010).

ПРИСТАП ФОКУСИРАН НА ЖЕНИТЕ ЖРТВИ

Пристапот фокусиран на жените или на жените жртви значи дека оние кои ја развиваат и обезбедуваат здравствената заштита на жртвите на РБН даваат приоритет на правата на жртвите и на нивните потреби и желби, со цел:

- да се создаде поддржувачка средина во која жртвата ќе биде третирана со почит и достоинство,
- да се поттикне оздравување на жртвата, и
- да се поттикне способноста на жртвата да ги идентификува и да ги изрази своите потреби и желби и да го зајакне својот капацитет за донесување одлуки за можни интервенции (UNICEF 2010, наведено во публикација на Виртуелниот ресурсен центар на UN Women).

Со цел да се имплементира овој пристап, менаџментот

на здравствените установи треба да се осигури дека давателите на услуги ги имаат на располагање потребните ресурси и алати (Виртуелен ресурсен центар на UN Women) (C3O 2013, Пре-порака 1).

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА БЕЗБЕДНОСТА НА ЖРТВАТА

Секоја интервенција на здравствена заштита мора да даде приоритет на безбедноста на жените жртви и нивните деца како најважен интерес (C3O 2013, WAVE 2006).

Прво, ова значи дека здравствените служби треба да се воздржат од секакви активности, дури и од добронамерни, кои може жените жртви да ги изложат на ризик од понатамошно насилство. Како што е истакнато во Упатствата на C3O, „секоја интервенција мора да биде раководена според принципот ‘не прави зло’, обезбедувајќи со тоа рамнотежа меѓу придобивките и штетите“ (C3O 2013). На пример, здравствениот работник кој се обидува да го/ја убеди пациентот/ката да се врати на негов/нејзиниот насилен партнер или ако ја прашува неа за насилството во присуство на потенцијално насилниот партнер, може да го зголеми ризикот таа да доживува понатамошно насилство.

Покрај тоа, здравствените работници треба да им помогнат на пациентките кои доживеале РБН да ја зголемат безбедноста за себе и за своите деца, каде што е потребно (C3O 2013). Ова вклучува помагање на пациентката при процена на потенцијалните ризици за безбедноста и изготвување на план за безбедност.

Во пракса, здравствените установи и другите институции кои не се специјализирани за работа со жени жртви на насилство често не се соодветно опремени да обезбедат комплетна заштита и поддршка на жените жртви на насилство и на нивните деца. Затоа, треба да се воспостават начини за упатување кои ќе ги поврзуваат давателите на здравствени услуги со давателите на специјализирани услуги, како што се засолништа на жени кои им обезбедуваат на жртвите на насилство анонимност, го држат во тајност нејзиното престојувалиште и не дозволуваат влез за мажи (WAVE 2011).

Исто така, давателите на здравствени услуги треба да бидат за- познаени со сите расположливи мерки за заштита според за- конодавството на својата земја, како што се налози за заштита, како и со правните барања и постапки за нивна примена.

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ДОСТОИНСТВОТО НА ПАЦИЕН- ТОТ И ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ПОДДРШКА И ПРОЦЕНА НА ЖИВОТНАТА СРЕДИНА

Здравствените услуги треба да се стремат кон избегнување на појавата на секундарна виктимизација (член 18 од Истанбул- ската конвенција), како ситуација во која давателите на услуги, наместо да го поддржуваат процесот на лекување, може до- полнително да го зголемат страдањето на жртвата, на пример, преку несоодветна комуникација или однесување. За таа цел, здравствените работници треба да бидат грижливи и неосу- дувачки и да потврдуваат сè што кажува пациентот/ката. Кога прашуваат за историјата на насилство на пациентот, тие треба внимателно да слушаат, без да вршат притисок врз жртвата за таа да зборува. Треба да се внимава кога се зборува за чувствителни теми и кога се вклучени толкувачи (СЗО 2013).

Давателите на здравствени услуги треба да заземат јасен став против РБН и да го осудат насилството во сите негови форми. Обидот да останат неутрални во врска со она што се случило значи преземање на ризик да го толерираат насилството. Здрав- ствените работници треба да ја пренесат пораката дека не по- стои оправдување за насилство, дека тие веруваат во приказна- та на пациентот/ката и дека сторителот, а не жртвата, е тој што е одговорен за насилното однесување. Во никој случај здравствените работници не смеат да ја обвинуваат жртвата на насилство; исто така, тие треба да ја почитуваат одлуката на жртвата да не се раздели од насилниот партнер (WAVE 2006, WAVE 2011).

Давателите на здравствени услуги, исто така, треба да се осигурат дека сите интервенции го почитуваат достоинството на жртвата (WAVE 2006, WAVE 2011). За таа цел, здравствените ус- танови треба да обезбедат достапност на

женски испитувачи, каде што има потреба, и заштита на телесниот интегритет на жртвата при испитувањата (Виртуелен ресурсен центар на UN Women). Исто така, службите треба да обезбедат пристап до служби за планирање на семејството, контрацепција, и каде што тоа е легално, до безбеден абортус (СЗО 2008, наведено од Виртуелен ресурсен центар на UN Women). Заштитата на достоинството на жените е тесно поврзана со мерките кои имаат за цел обезбедување на приватност, како што се приватни простории за чекање, приватен тоалет и мијалник, и приватна соба за испитување (Jewkes 2006, наведено во Виртуелен ресурсен центар на UN Women).

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ПРИВАТНОСТ И ДОВЕРЛИВОСТ

Приватноста и доверливоста на консултацијата треба да биде приоритет за здравствените работници, како што е предвидено во голем број меѓународно претпочитани насоки и политички (СЗО 2013). За таа цел, давателите на услуги треба да се осигурат дека консултациите се одржуваат во дискреција, така што никој во чекалницата или во соседните простории не може да го слушне разговорот (СЗО 2013, Виртуелен ресурсен центар на UN Women).

Исто така, давателите на здравствени услуги не смеат да ги споделуваат информациите во врска со жртвата без нејзина информирана согласност. Персоналот треба да дискутира само случаи со други даватели кога е тоа неопходно и на начин да не може никој друг да слушне. Покрај тоа, здравствените установи треба да се осигурат дека картонот на жртвата се чува на доверлив начин. Овие и други мерки треба да се регулираат преку политиката на доверливост на установата и секој од персоналот за здравствена нега треба да биде обучен во однос на таа политика (Виртуелен ресурсен центар на UN Women).

Според СЗО, не се препорачува задолжително пријавување на семејното насилство во полицијата. Доколку законодавството на една земја утврдува задолжително пријавување, здравствените работници треба да го/ја информираат жртвата за оваа обврска, како и за сите други ограничувања на доверливоста (види рубрика 11). Затоа,

важно е давателите на здравствена заштита да ги познаваат своите законски обврски, како и своите професионални кодекси на однесување (СЗО 2013, Препораки 37 и 38).

Препораките на СЗО се базираат врз прегледот на докази за влијанието на задолжителните закони за известување (види табела 8 со листата на идентификувани предности и недостатоци). Оттука е заклучено дека доказите не го поддржуваат задолжителното пријавување на насилството во полиција, бидејќи тоа може да ја наруши автономијата на жените и донесувањето одлуки. „Додека голем број жени го поддржуваат задолжителното пријавување, се чини дека е исто толку голем бројот на оние кои не го поддржуваат. Се чини дека особено злоупотребуваните жени се против задолжителното пријавување, особено ако тоа ја вклучува полицијата. Жените во овие студии сугерираат дека одлуката за известување треба да биде на жената, и дека безбедноста на жената и нејзиното дете треба да бидат прв приоритет. Исто така, закрепнувањето треба да се фокусира на лекување на жртвите, вклучително и преку советување“ (СЗО 2013). Добрите комуникациски вештини од страна на здравствените работници суштински придонесуваат да се обезбеди приватност и дискреција на услугите (СЗО 2013).

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ЈАКНЕЊЕ, САМОСТОЈНОСТ И УЧЕСТВО НА ЖРТВАТА

Сите услуги за жените жртви на насилство треба да имаат за цел јакнење на поддршката на жените (WAVE 2011). Зајакнувањето на жртвата на РБН е процес на „помагање на жените да чувствуваат поголема контрола на нивниот живот и да можат

да донесуваат одлуки за својата иднина“ (Датон 1992, наведено во СЗО 2013). Суштински поврзан со зајакнувањето е принципот за поддршка на автономијата на жените. Често роднините и пријателите, и стручните лица во организациите за давање услуги се обидуваат да и кажат на жртвата што да прави. Сепак, таквите совети создаваат уште поголем притисок врз неа и ретко се корисни (WAVE 2006).

Обезбедувањето информации на жените за нивните права

и за правните и други услуги е клучна стратегија за еднаквост, бидејќи им овозможува да донесуваат информирани одлуки и да се вклучат во нив чувството на контрола над сопствениот живот (СЗО 2013, член 19 од Истанбулската конвенција и Разјаснување). Здравствените работници може да придонесат во зајакнување на жртвите на РБН, на пример, преку обезбедување летоци или брошури со информации за нивните законски права и за постојните прифатливи, отворени телефонски линии, како и социоекономски и други услуги за поддршка.

Давателите на здравствени услуги треба да ги поддржат жртвите во донесувањето на нивните одлуки. Ова може да се направи преку презентирање и разговор околу опциите и обезбедување на практична грижа и поддршка која одговара на проблемите на жртвите, со почитување на автономијата на жртвата; но жената секогаш треба да биде таа што ги донесува одлуките (СЗО 2013). Ова бара од здравствените работници да бидат свесни за потребите и желбите на жртвата во однос на нејзиниот третман и нејзината интеракција со полицијата, правниот систем или други упатувања.

Тие треба да бараат информирана согласност од жртвата, со тоа што обезбедуваат информации за прегледот и дадените лекови, вклучувајќи ги и несаканите ефекти (Виртуелен ресурсен центар на UN Women). Здравствените работници треба да се воздржат од откривање на името на пациентот или на друга лична информација за неа пред членовите на семејството, пред други даватели на услуги, владини тела или истражувачи, освен ако таа не даде информирана согласност за тоа. Исклучоци треба и мора да се прават кога се во прашање животот и здравјето на жените и децата (на пример, обиди за самоубиство, акутна опасност од насилниот партнер, или кога жени извршуваат насилство врз своите деца) (WAVE 2006). Друг исклучок е задолжителното пријавување, во кој случај давателите на здравствени услуги треба да ги информираат жртвите за нивната обврска да го пријават насилството (СЗО 2013, види поглавје 2.5.2).

Конечно, здравствените работници треба да го поттикнуваат учеството на жените жртви во развојот и евалуацијата на услугите. Жените жртви на насилство треба редовно да бидат поканувани да учествуваат во евалуација на услугите и да имаат право да поднесат жалба до независно тело (на пример, Народен правобранител), ако не се задоволни од квалитетот на услугата (WAVE 2011).

ПРИСТАП БАЗИРАН ВРЗ ЧОВЕКОВИ ПРАВА

Пристапот кон РБН базиран врз начелата на човековите права (ПБЧП) има за цел да ги надомести повредите на човековите права, кои истовремено се коренски причини за насилство и последици од него. ПБЧП има за цел да ги зајакне капацитетите на носителите на правата (пациенти кои доживеале РБН) за да можат да ги разберат и дека имаат право да ги уживаат своите човекови права, а во исто време да ги гради капацитетите на носителите на обврските (вклучувајќи ги креаторите на политиката, раководството на болниците, здравствените работници) за да ги исполнат своите обврски за да ги охрабрат, поттикнат и да им помогнат на носителите на правата (УНФПА 2010b, Виртуелен ресурсен центар на UN Women, ОХЦХР/СЗО без датум).

ДОДАДЕНА ВРЕДНОСТ СО ПРИМЕНА НА ПРИСТАПОТ БАЗИРАН ВРЗ ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

- ПБЧП додава легитимитет на интервенцијата бидејќи иста се базира врз универзалните принципи и стандарди за човекови права, како што е дефинирано во меѓународните конвенции и декларации (види поглавје 2.1.1) и се движи од изборниот делокруг на добронамерност (хуманитарно) до задолжителниот делокруг на правото.
- Ги воспоставува човековите права на поединците („носителите на правата“), како и соодветните обврски на државата и невладините даватели на услуги, вклучувајќи ги и давателите на здравствени услуги („носителите на обврските“) за почитување, заштита и исполнување на овие права.
- Ја нагласува важноста од создавање на механизми

за одговорност на сите нивоа за носителите на обврските и гарантира дека корисниците на услугите не се пасивни корисници, туку активни учесници на нивниот развој.

- Втемелен е во целокупниот спектар на граѓански, политички, економски, културни и социјални права, и обезбедува сеопфатен поглед низ кој се решаваат предизвиците на развојот (УНФПА 2010b).

ИМПЛИКАЦИИ ОД ПРИСТАПОТ БАЗИРАН ВРЗ ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА

- ПБЧП за зајакнување на одговорот на здравствениот систем на РБН бара:
- сите политики, протоколи, програми или крајни интервенции да бидат во согласност со стандардите за човековите права; и
- здравствените услуги се фокусирани на зајакнување на жените жртви и се испорачуваат преку мултисекторски и сеопфатен одговор кој истовремено вклучува и владини и невладини чинители.
- Понатаму, тоа значи дека оние кои ги развиваат и обезбедуваат здравствени услуги:
- ги проценуваат капацитетите на жените жртви за пристап до здравствените услуги, ја идентификуваат секоја неопходна, основна и структурна пречка, на пример, преку подобрување на законодавството и спроведување на кампањи за информирање на жртвите за достапните услуги, за да се осигурат дека услугите се достапни за нив;
- вршат процена на капацитетите на давателите на здравствени услуги за да ги исполнат своите обврски наспроти (vis-à-vis) жртви во согласност со меѓународните и националните закони, ги идентификуваат сите пречки и дизајнираат и имплементираат стратегии за нивно надминување, на пример, преку развој на политики и протоколи, обука на персоналот или надзор;

- спроведуваат мониторинг и евалуација на процесите и резултатите од интервенциите на здравствениот систем врз РБН, во согласност со стандардите и принципите на човековите права; и
- обезбедуваат национална одговорност на носителите на обврските за непочитување на меѓународните и националните стандарди или закони (Виртуелен центар за знаење на UN Women, УНФПА 2010b).

стите на дадениот контекст во кој функционира една интервенција и да разгледаат различни модели, со сите нивни предности и недостатоци. За таа цел, тие треба да поттикнуваат процена на интервенциите во здравствениот систем на РБН за да се идентификува она што најдобро функционира и што е најефективно во дадено окружување (СЗО 2013).

ПБЧП е тесно поврзан со принципите на родова сензитивност, разновидност и недискриминација, учество и вклученост, како и зајакнување.

ИНТЕГРИРАЊЕ НА ОДГОВОРОТ НА РБН ВО ПОСТОЈНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Широко е прифатено дека медицинската помош за жртви на РБН треба да биде интегрирана во постојните услуги, наместо да биде понудена како самостојна услуга. Причината лежи во тоа што самостојните здравствени служби за жртви на РБН се тешко одржливи и може да имаат потенцијално штетни ефекти. На пример, службата за ментално здравје со недоволен број на квалификуван персонал ќе биде изложена на ризик од понатамошно ослабување на капацитетот доколку треба да обезбедува услуги специјално за жртви на насилство, наместо да се осигури дека сите пациенти (вклучувајќи ги и жртвите на РБН) ја добиваат најдобрата можна нега (СЗО 2013).

Исто така, се препорачува интегрирањето на медицинската помош за жртвите на РБН во постојните услуги, бидејќи го олеснува пристапот до широкиот спектар на услуги за грижа и поддршка понудени во една установа. (СЗО, Препораки 34 и 36)

Кога се разгледува моделот на интегрирање на РБН во постојните здравствени услуги, важно е да се има предвид дека не постои модел со „една големина која одговара на сите“: моделот кој ќе функционира во еден амбиент може да излезе неефикасен во некои други околности. Затоа, креаторите на политиката треба да ги земат предвид специфично-

III. ИДЕНТИФИКАЦИЈА НА РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО (РБН)

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

Да ги препознаат клиничките состојби и однесување на пациентот што можат да укажат на негова- та изложеност на РБН.

Да ги разберат минималните услови за истрага околу РБН, особено дали е безбедно да прашаат.

Да обезбедат совети за комуникација со поранешни жртви и формулирање прашања околу РБН со осврт и на лица со попреченост.

ВОВЕД

Здравствените работници се често првиот контакт за жените кои доживеале насилство. За жените поранешни жртви на насилство од интимниот партнер кои се соочуваат со изолација и контрола од страна на насилниот партнер, здравствените работници можеби се и единствената можност за контакт, особено во ситуација кога не сакаат да го пријават насилството. Поради тоа, здравствените работници, особено избраните лекари, имаат стратешка позиција во здравствениот систем да ги идентификуваат жените кои доживеале и/или се изложени на ризик од понатамошно насилство, да им обезбедат медицинска нега и да ги упатат до други служби. Имајќи предвид дека 1 од 4 жени се жртви на РБН, треба да бидеме свесни дека секојдневно во нашата ординација влегуваат по неколку жртви.

Жртвите на РБН почесто ги користат здравствените услуги, но најчесто тие не ги откриваат самоиницијативно дека доживеале насилство. Здравствените работници ја имаат довербата на своите пациенти, што ги прави привилегирани пациентите кои се жртви на родово базирано насилство да им се доверат и да ја откријат злоупотребата. Доколку здравствените работници професионално и на поддржувачки начин ги испрашуваат жените кои манифестираат симптоми кои укажуваат на РБН, може да се зголемат шансите за откривање на насилството (Feder et al 2011). Само така жртвите на РБН може да се справат со чувствата на изолација, вина и срам што ги доживуваат. Но притоа треба да се избегне можноста за секундарна виктимизација, односно да и се нанесе штета на пациентката и дополнително да се зголеми нејзиното страдање, на пример, преку несоодветна комуникација или однесување.

ИСТРАЖУВАЊЕ НА СОМНЕЖ ЗА РБН

Здравствените работници треба да размислат за поставување на прашањето за РБН кога се присутни одредени симптоми и одредени типови на однесување. Во случај на сомнеж, треба да се спроведе клиничка истрага. Важно да се има на ум дека ниту еден од горенаведените знаци не упатува автоматски на тоа дека пациентот доживеал РБН. Меѓутоа, тие треба да пот-

тикнат сомнеж што ќе ги забрза здравствените работници да се оби- дат да ја видат жената насамо и да ја прашаат дали доживеа- ла насилство. Дури и ако таа избира да не го открие во тој мо- мент, ќе знае дека давателот на здрав- ствена заштита е свесен за проблемот и можеби подоцна ќе реши да му се обрати. Ако пациентката не го открие насил- ството, не треба да и се врши притисок, бидејќи со тоа може да ја избркаме и да ја затвориме можноста да ни се довери. Да ѝ оставиме можност да дојде пов- торно, но да биде сигурна дека сме обучени да се справуваме со РБН и дека можеме да ѝ понудиме решенија.

Затоа, не се прави рутинска истрага за РБН кај секоја жена која ќе влезе во нашата ординација. И СЗО не дава пре- пораки за рутински скрининг, освен во одредени ситуации какви што се:

Жените манифестираат симптоми на растројства на мен- талното здравје (депресија, анксиозност, ПТСР, самоповре- дување/обиди за самоубиство) како резултат на можно насилството од интимниот партнер.

ХИВ-тестирање и советување – бидејќи насилството од интимниот партнер може да влијае врз откривање на ХИВ-статусот, или да ја загрозат безбедноста на жените кои го откриваат, како и нивната способност за спроведување на стратегии за намалување на ризикот.

Аntenатална нега – поради двојната ранливост во бремене- носта, а исто така, земајќи ја предвид можноста за следење на антенаталната нега (СЗО 2013).

ЗНАЦИ И ОДНЕСУВАЊА КОИ ПОБУДУВААТ СОМНЕЖ ЗА МОЖНО НАСИЛСТВО

- Знаци на РБН кои треба да побудат сомнеж за мож- но насил- ство³¹:
- Симптоми на депресија, анксиозност, ПТСР, нарушу- вање на сонот;
- Суицидност или самоповредување;

- Злоупотреба на алкохол и други супстанции;
- Необјаснети хронични гастроинтестинални симптоми;
- Необјаснети генитоуринарни симптоми, вклучувајќи че- сти инфекции на мочниот меур или бубрезите и др.;
- Повторливо вагинално крварење и сексуално пренос- ливи инфекции (СПИ);
- Необјаснети репродуктивни симптоми, вклучувајќи пел- вична болка, сексуална дисфункција;
- Несакани репродуктивни резултати, вклучувајќи и по- веќекратна непланирана бременост и/или тер- минација, одложена заштита од бременост, несакани родилни исходи;
- Хронична болка (необјаслива – не може да се објасни со нормален преглед);
- Сериозни повреди, особено ако се повторуваат и се со нејасни или неуверливи објаснувања;
- Проблеми со централниот нервен систем – главобол- ка, когнитивни проблеми, губење на слухот;
- Повторени медицински консултации без јасна дијагно- за.

ПРИМЕРИ НА ОДНЕСУВАЊЕ ШТО МОЖЕ ДА УКАЖУВА НА НАСИЛСТВО ОД ИНТИМНИОТ ПАРТНЕР:

- Чести закажувања на прегледи за нејасни симптоми;
- Повеќе повреди во различни фази на лекување;
- Повреди неконзистентни со објаснувањето на причи- ната;
- Жената се обидува да ги скрие повредите или да ја нама- ли нивната сериозност;

31 Black, Michelle C. (2011), Насилство од интимен партнер и последици по здравјето: импликации за клинички работници, Американски журнал на медицина за животен стил, 5: 428–439. (Black, 2011)

- Партнерот секогаш присуствува без потреба;
- Нападен партнер или сопруг при консултациите;
- Партнерот е агресивен или доминантен, зборува наместо жената или одбива да ја напушти собата;
- Жената е покорна или се плаши да зборува пред нејзиниот партнер;
- Неисполнување на третман;
- Често пропуштени прегледи;
- Кај пациентите се појавува страв, претерано се вознемируваат или депримирани;
- Ретки или никакви посети на клиники за антенатална нега;
- Предвремено самоиницијативно отпуштање од болница.

ДАЛИ Е БЕЗБЕДНО ДА СЕ ПРАШУВА ЗА РБН

Поставувањето прашање на жената дали доживеала РБН е тешка задача. Истражувањата покажуваат дека повеќето жени, иако самите нема да почнат да зборуваат за насилството, реагираат позитивно кога ќе бидат прашани³². За да се започне со прашување за РБН, треба да се проценат дали се исполнети следниве услови:

- Дали се наоѓате во мирна и доверлива просторија?
- Дали жената е сама?
- Дали жената го зборува локалниот јазик?
- Дали има присутен професионален преведувач?
- Дали жената се чувствува пријатно ако се користи тој преведувач?

Доколку на некое од овие прашања сте одговориле негативно, не е безбедна средината за да започнете со прашу-

вање. Создајте услови и закажете ја следната посета на пациентката.

При започнување на разговорот со потенцијалната жртва имајте на ум дека жените не почнуваат да зборуваат за насилството, но повеќето од нив реагираат позитивно кога ќе бидат прашани. При поставување на прашања користете терминологија соодветна за возраста, образованието, културолошките карактеристики.

КЛУЧНИ ПРАШАЊА КОИ ТРЕБА И НЕ ТРЕБА ДА СЕ ПОСТАВАТ ЗА РБН^{33, 34}

ТРЕБА:

- Да преземете иницијатива и да поставите прашање за насилството – не чекајте жената да го спомене. Ова покажува дека имате професионална одговорност за нејзината состојба, и помага да се изгради довербата.
- Објаснете дека информациите ќе останат доверливи и дека ќе ја информирате за секое ограничување на доверливоста.
- Користете визуелен контакт и фокусирајте го сето свое внимание на неа. Избегнувајте да работите административни работи во исто време.
- Бидете свесни за својот говор на телото. Како стоите и ги држите рацете и главата, природата на вашиот израз и тонот на гласот – сето тоа праќа јасна порака до жената за тоа како ја согледувате ситуацијата.
- Покажете неосудувачки и поддржувачки став и потврдувајте го она што таа го кажува.
- Користете почувствителен глас за да ја смирите поранешната жртва.
- Слушајте го внимателно нејзиното искуство и уверете ја дека нејзините чувства се оправдани.

³² Perttu/Kaselitz 2006

³³ Perttu/Kaselitz et al 2006

³⁴ C3O 2013

- Покажете и дека верувате во нејзината приказна.
- Бидете трпеливи со жените и девојките поранешни жртви на РБН, имајќи предвид дека тие се наоѓаат во состојба на криза и може да имаат контрадикторни чувства.
- Нагласете дека насилството не е нејзина вина и дека стори- телот е одговорен за своето однесување.
- Користете изјави на поддршка, како што се „жал ми е што ви се случило тоа“, или „вие навистина сте поминале многу тешки моменти“, што може да ја охрабри жената да открие повеќе информации.
- Истакнете дека постојат опции и ресурси на располагање. Обидете се да најдете соодветни служби заедно со неа. Оста- вете ја „вратата“ отворена за неа, за да дојде повторно кај вас.

НЕ ТРЕБА:

- Не прашувајте ја за насилството во присуство на пар- тнерот, член на семејството или пријател. Запомнете дека безбед- носта на пациентот е најважна.
- Избегнувајте пасивно слушање, бидејќи таа ќе помисли дека не ѝ верувате и дека нема право, а дека сторителот има право.
- Не обвинувајте ја жената. Избегнувајте прашања од типот: „Зошто останувате со него?“, „Дали се справавате пред да се случи насилството?“, „Што правевте надвор сама?“, „Во што бевте облечена?“ Наместо тоа, потенцирајте дека РБН не смее да се толерира.
- Избегнувајте говор на телото кој укажува на нервоза, неверу- вање, недопаѓање или лутина кон жртвата.
- Не судете го однесувањето на жртвата врз основа на култура- та или религијата.
- Не вршете ѝ притисок за да го открие насилството. Ако таа не го открие, кажете ѝ што ве натерало да по-

мислите на насилство. Документирајте ги своите со- мнежи и доказите врз кои се засноваат. Покренете го ова прашање на след- ниот состанок.

Преземете соодветни активности во вашата ординација за да биде лесно препознатлива за пациентките жртви на РБН. Може да поставите летоци во чекалницата и во женски- те тоалети, да обезбедите постери и пишани промотивни материјали од релевантни институции наменети за ваши- те пациенти. На овој начин ќе им дадете до знаење дека сте обучени за работа со жртви на РБН и дека може да ви се обратат за консултација.

За да си ја олесните работата, имајте протокол, потребни фор- мулари, список на институции за контакт во вашата близина кои ќе ви бидат лесно достапни.

КОМУНИКАЦИСКИ ВЕШТИНИ – ПОСТАВУВАЊЕ НА ПРАШАЊА³⁵

Започнете со поопшти прашања од типот:

- „Знаеме дека многу жени доживеале малтретирање и на- силство во домот и дека тоа го оштетува нивното здравје. Се прашувам дали вие некогаш сте имале ис- куство на на- силство дома?“
- „Од моето искуство, знам дека злоупотребата и насил- ство- то во домот е проблем за многу жени. Дали е тоа проблем за вас на кој било начин?“
- „Познато ни е дека насилството врз жените е многу чест проблем. Околу 30 % од жените во оваа земја се злоупо- требени од страна на нивните партнери. Дали тоа некогаш ви се случило и вам?“
- „Некои жени мислат дека заслужуваат злоупотреба за- тоа што не ги исполнуваат очекувањата на своите пар- тнери. Но без оглед на тоа, никој не заслужува да биде тепан. Дали некогаш сте биле погодени или загрозувани, поради нешто што сте сториле или не сте сториле?“

35 Perttu/Kaselitz et al 2006

- „Повеќето жени кои ги гледам како пациенти се справуваат со насилни врски. Некои од нив премногу се плашат или се чувствуваат непријатно тоа да си го признаат. Дали некој-гаш сте доживеале насилство од партнерот?“

Потоа продолжете со подиректни специфични прашања:

- „Дали вашиот партнер или бивш партнер некогаш ве удрил или физички ве повредил, вас или пак некој ваш близок?“
- „Загрижен сум дека вашите симптоми можеби се предизвикани од страна на некој што ве удирал. Дали некој ве повредува?“
- „Според нашето искуство, жените добиваат вакви повреди кога се нападнати. Дали некој ве нападнал?“
- „Дали некој ве удрил? Кој беше тој? Дали е вашиот партнер-сопруг?“
- „Дали вашиот партнер некогаш ве принудувал да имате секс кога вие не сте сакале? Дали тој некогаш одбил да практикува безбеден секс?“
- „Дали вашиот партнер често ве омаловажува, навредува и ве обвинува?“
- „Дали вашиот партнер некогаш се обидел да ви ја ограничи слободата или ве спречува да ги вршите работите кои се важни за вас (како одење на училиште, на работа, гледање со вашите пријатели или семејството)?“
- Во случај да имате консултација со лице со попреченост и сомнеж за РБН, придржувајте се до следниве комуникациски: Дали има нешто што треба да знам [за вас] за да можам да ви обезбедам најдобри услуги?
- Дали некој ја контролира вашата комуникација со другите или го менува она што се обидува да го кажете?
- Дали некој ви го зел или оштетил вашето помагало (на пример, вашиот стап, одалка, инвалидска количка, респиратор)?

- Дали некој има законска контрола над вашите пари или вашите одлуки?

- Дали некој ве спречува да користите ресурси и поддршка што ви следуваат? (На пример, ресурси како што се стручни служби, лица за лична нега, лице за поддршка на службата за попреченост, специјализиран персонал за поддршка за службите за глуви/слепи лица, толкувачи?)

•

НЕКОЛУ ПРЕПОРАКИ ЗА КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО РАЗЛИЧНИ ВИДОВИ НА ПОПРЕЧЕНОСТИ:

Комуникација со лица со попреченост

- Немојте да претпоставувате дека, поради физичката попреченост, лицето исто така има и интелектуална попреченост.
- Седете на ниво на очите со примателот на услугата кога е можно.
- Немојте да преместувате патерици, стапови, инвалидски колички и други помагала без дозвола на лицето.
- Не допирајте ја инвалидска количка без дозвола од лицето кое ја користи.
- Прашајте го лицето со попреченост за тоа како му е најсоодветно да премине на местото за преглед.

Комуникација со лица со сензорна попреченост – оштетен слух

- Бидете сигурни дека го имате вниманието на лицето со попреченост.
- Ако не ве гледа, допрете го внимателно по рамото за да го привлечете неговото внимание.
- Дефинирајте го методот на комуникација уште на самиот почеток.
- Доколку има потреба, договорете познавач на знакови-зик.

- Не викајте, не пренагласувајте ги зборовите.
- Гледајте директно во примателот на услуги и не покривајте ја устата.
- Користете бавен и јасен говор (доколку примателот користи метод на читање од усните).

КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ПРЕЧКИ ВО ВИДОТ

- Не допирајте го лицето пред да му се претставите.
- Не претпоставувајте дека примачот на услуги не може да ве види воопшто.
- Зборувајте со својот нормален глас.
- Доколку има куче придружник, дозволете да го придружува на секаде.
- Не тргајте му го стапот на корисникот на услуги.
- Пред да ја напушти собата, поздравете се со него.
- Имајте информации напишани со големи букви, силни бои или со Брајова азбука.
- Користете визуелни или технички помагала за тие кои ќе ги побараат.

КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ОШТЕТЕН ГОВОР

- Не претпоставувајте дека лицето има тешкотии во учењето или разбирањето само затоа што неговиот говор е бавен или тешко се разбира.
- Побарајте од лицето да повтори нешто што вие не го разбирате.
- Поставувајте прашања кои лицето може да ги одговори со „да“ или „не“.
- Дајте му на корисникот на услуги доволно време за да го објасни својот проблем. Бидете трпеливи.

КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ИНТЕЛЕКТУАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ

- Користете едноставни зборови и кратки реченици.
- Повторете ги препораките и важните информации користејќи различни едукативни техники.
- Понудете му на лицето едноставни информации во форма на леток или поука за понатамошни чекори за справување откако ќе се врати во својот дом.
- Бидете трпеливи.
- Не третирајте ја личноста како дете.
- Обезбедете можност за повторна комуникација (телефонски број на ординација, доктор) доколку лицето со попреченост има дополнителни прашања.

КОМУНИКАЦИЈА СО ЛИЦА СО ПСИХО-СОЦИЈАЛНИ ПОПРЕЧЕНОСТИ

- Преземете чекори да развиете меѓусебна доверба со примателот на услугите.
- Подобрете ја комуникацијата меѓу давателите на услуги за РБН и СРЗ и давателите на услуги за ментално здравје.

- Понудете соработка со групи за поддршка.

- Вие и вашиот персонал третирајте ги овие лица со почит, почитувајќи ги нивните предности. Доколку лицето не може да донесе одлука за себе, обезбедете соодветно лице со што ќе се осигура дека желбите на лицето со попреченост се спроведуваат.

Клучни пораки

Претпазливата истрага за РБН може да ги зголеми шансите за откривање, да се прекине кругот на изолација, вина и срам што ги доживуваат поранешните жртвине РБН, и да пренесе порака дека постои достапна помош.

Ако не се поведе истрага или ако сепрашува на недоличен начин, може да создаде поголема штета.

Пред да почнат да прашуваат за РБН, здравствените работници треба да се осигурат дали е безбедно да прашуваат.

IV. ЛЕКАРСКИ ПРЕГЛЕД И ГРИЖА

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

Да се обезбеди краток преглед на различните чекори вклучени во:

- давање на директна поддршка на пациентите кои се доверуваат за РБН;
- земање анамнеза и изведување на лекарски преглед;
- третман и контрола на здравствената состојба на пациентот, со фокус на пациентите кои искусиле сексуално насилство и/или страдаат од поранешни ментални растројства или ментални растројства поврзани со РБН;
- лекарски преглед и грижа кај лица со попреченост.

ВОВЕД

По откривањето на РБН, здравствените работници треба да спроведат медицински преглед и да обезбедат медицинска нега. Во текот на целиот процес на медицинскиот преглед и нега, здравствените работници треба да имаат на ум дека жртвите на сексуално насилство често се многу емотивни по нападет, и дека љубезноста на давателите на услуги го поддржува

процесот на емоционално закрепнување од сексуален напад. Кога жената го открива насилството, давателите на здравствени услуги треба веднаш да понудат директна поддршка од прв ред. Ако тие не се во состојба, тогаш треба да понудат лице од здравствениот систем кој е обучен да даде ваква поддршка.

Препораки за директна поддршка на жртвата на РБН:

- Да не осудуваме и да обезбедиме поддршка, како и да слушаме што кажува жената.
- Да обезбедиме практична грижа и поддршка соодветна за нејзините потреби, но да не се наметнуваме.
- Да прашаме колку долго траело насилството, да слушаме внимателно.
- Да ѝ помогнеме да добие информации за ресурсите.
- Да ѝ помогнеме подобро да се заштити самата себе и нејзините деца.
- Да обезбедиме или ангажираме општествена поддршка.
- Да се осигураме дека консултацијата е приватна и да ги информираме жените за границите на доверливост.

АНАМНЕЗА И ПРЕГЛЕД

Пред да пристапи кон земање анамнеза и преглед, здравствениот работник треба да добие информирана согласност од пациентката. Притоа потребно е да ѝ ги објасни сите аспекти на консултацијата, за да може таа да донесе информирана одлука во врска со своето здравје. Треба да ѝ се нагласи дека сите информации кои ќе бидат забележани ќе бидат доверливи и чувани во медицинското досие до кое никој друг нема пристап, и дека се чуваат на доверлив начин во ординацијата. Во случај на добивање информирана согласност од лице со попреченост, особено кај лица со комуникациски тешкотии, треба да се одвои повеќе време за да се дадат соодветни разбирливи информации на начин и јазик кој ќе биде јасен и разбирлив од страна на лицето.³⁶

Не се препорачува задолжително пријавување во полиција на насилство извршено од интимниот партнер, меѓутоа давателите на здравствени услуги треба да понудат да го пријават инцидентот во соодветните органи (вклучувајќи ја и полицијата), ако жената го сака тоа и е свесна за нејзините права. Исклучок од ова е доколку се работи за малтретирање на дете и животозагрозувачки инциденти кои мора да бидат пријавени до надлежните органи од страна на здравствениот работник. Но истовремено треба да ѝ се објаснат границите на доверливост на информациите. Доколку се работи за судски процес, тие ќе треба да бидат доставени согласно законските прописи. Без потпишана согласност од страна на пациентот/ката, не пристапувајте кон медицински преглед.

При земање на анамнеза потребно е да се земат сите информации поврзани со настанот, како детален опис на нападот, неговото траење, дали се користело оружје или не, како и датумот и времето на нападот.³⁷ Во случаите на сексуално насилство треба да се додадат следниве информации: време поминато од нападот и видот на напад, ризик од бременост,

ризик од ХИВ и други сексуално преносливи болести и процена на статусот на менталното здравје на жртвата.

Кога бараме информирана согласност кај лица со попреченост, здравствениот работник треба да поседува посебни комуникациски вештини. Честопати потребно е повеќе време за консултација, на жртвата треба да ѝ се дадат сите информации – кои треба да бидат јасни и кратки – на начин да може да ги разбере и да донесе информирана согласност. Притоа здравствениот работник треба да ги почитува основните човекови права и да постапува недискриминирачки кон лицето со попреченост.

СОВЕТИ ПРИ КОНСУЛТАЦИЈА СО ПАЦИЕНТОТ/КАТА:

- Прашајте ја жената да објасни со свои зборови што се случило.
- Не прекинувајте ја додека зборува.
- Бидете темелни, некои пациенти/ки може намерно да избегнуваат одредени детали кои се срамат да ги кажат (на пр.: орален сексуален контакт, анална пенетрација).
- Користете отворени прашања и избегнувајте прашања кои започнуваат со „зошто“, зашто таквите прашања прават жената да чувствува вина.
- Не осудувајте со прашањата (користете мирен тон, одржувајте контакт со очите и избегнувајте вашето лице да изгледа шокирано).

Откако ќе се земе анамнезата, здравствените работници треба да спроведат целосен физички преглед (од глава до петици, а за сексуално насилство вклучувајќи ги и гениталиите на пациентот) (СЗО 2013, Препорака 11), во согласност со следниве општи принципи³⁸:

- Објаснете го лекарскиот преглед – што вклучува, зошто се прави и како да се избегне самиот преглед да не се претвори во уште едно трауматско искуство. Исто така, дајте им шанса на пациентите да поставуваат прашања.

36 УНФПА 2018: Young persons with disabilities: global study on ending gender based violence and realizing sexual and reproductive health and rights

37 BMFWJ 2010

38 Perttu/Kaselitz 2006, Warsaw/Ganley 1996, СЗО 2003

- Прашајте ја пациентката дали претпочита жена доктор (особено во случаи на сексуално насилство).
- Не оставајте го/ја пациентот/ката сам/а (на пример, кога чека за преглед).
- Побарајте од пациентот/ката целосно да ја соблече својата облека и да облече болничка облека, со цел да се провери дали пациентот/ката има скриени повреди.
- Прегледајте ги и сериозните и помалите повреди.
- За време на лекарскиот преглед кажете му на пациентот што следно ќе правите и побарајте дозвола за тоа. Секогаш кажувајте му на пациентот кога и каде ќе го допрете, покажете му ги и објаснете ги инструментите и материјалите за земање примерок што ќе ги користите при прегледот.
- Пациентите/ките може да одбијат целосен или дел од прегледот.
- Обезбедете медицински и правни (форензички) услуги во истото време и на истото место од истата личност, доколку е тоа можно.
- Посебно прегледајте ги деловите покриени со облека и коса.
- Исто така, забележете ги и емоционалните и психолошките симптоми.
- Пациентите со тешки состојби, опасни за животот, треба да бидат веднаш упатени на итен третман. Пациентите со помалку сериозни повреди, на пример, исеченици, мод-ринки и површински рани, обично може да се третираат на самото место од страна на истражниот здравствен работник или останатиот медицински персонал. Секоја повреда мора да се чисти и да се третира како што треба. Следниве лекови може да бидат ординирани: антибиотици за да се спречи инфицирање на раната; тетанус серум или/и вакцина, како и лекови за ублажување на болка, анксиозност или несоница.

ВО СЛУЧАЈ НА РИЗИК ОД ЗАБРЕМЕНУВАЊЕ

- Итна контрацепција треба да се започне што е можно по-скоро по нападот. Таа е поефикасна ако се даде во рок од 3 дена, но може да се даде и до 5 дена (120 часа).
- Давателите на здравствени услуги треба да понудат

лево-норгестрел (препорачана доза: 1,5 mg).

- Доколку левоноргестрел не е достапен, може да се понуди комбинирана терапија естроген – прогестоген режим, заедно со антиеметици за да се спречи гадење, ако е присутно.

Треба да се понуди безбеден абортус во согласност со законската регулатива, доколку:

- жената се појави по истекот на времето потребно за итна контрацепција (5 дена),
- не успее итната контрацепција, или
- жената е бремена, како резултат на силување (СЗО 2013, Препорака 14).

РИЗИК ОД ХИВ-ИНФЕКЦИЈА

- Здравствените работници треба да размислуваат да понудат ХИВ-профилактика (ХИВ ПЕП) по изложувањето за жени кои се појавуваат во рок од 72 часа по сексуалниот напад. Здравствените работници и поранешните жртви треба да применуваат заедничко донесување на одлуки со цел да се утврди дали ХИВ ПЕП е соодветна (СЗО 2013, Препорака 15). Кога дискутирате за ризиците од ХИВ, треба да ги разгледате следниве фактори:
 - Преваленцијата на ХИВ во географската област;
 - Ограничувањата на ПЕП;
 - ХИВ-статусот и карактеристики на сторителот, доколку се познати;
 - Карактеристики на нападот, вклучувајќи го и бројот на сторителите;
 - Несакани ефекти на антиретровирусните лекови кои се користат во ПЕП-режимот; и
 - Веројатноста за пренесување на ХИВ (СЗО 2013, Препорака 15, СЗО 2007 наведени во СЗО 2013).
- Доколку се користи ХИВ ПЕП, здравствените работници треба:
 - да го започнат режимот што е можно поскоро и во рок од 72 часа;
 - да обезбедат ХИВ-тестирање и советување при првичните консултации;
 - да обезбедат следење на состојбата на пациентот/ката во редовни интервали; и

- да обезбедат советување за придржување (СЗО 2013, Препорака 16). Последново е важно имајќи предвид дека многу жени кои преживеале сексуално насилство не ги за- вршуваат успешно потребните 28 дена на превентивен ре- жим за да бидат ефективни. Тоа е од причина што ХИВ ПЕП предизвикува гадење и повраќање, може да предизвика болни мисли за силувањето и може да биде надвладеан од други проблеми во животот на поранешната жртва.

Препорачливо е поранешните жртви на сексуално насилство да се подложат на ХИВ-тестирање пред да добијат ПЕП, но тоа не треба да ја спречува понудата за ПЕП. Лицата со ХИВ-инфекција не треба да користат ПЕП; наместо тоа, тие треба да добијат неџа и антиретровирусна терапија (СЗО 2013, Препораки 17, 18).

ВО СЛУЧАЈ НА РИЗИК ОД СЕКСУАЛНО ПРЕНОСЛИВИ БОЛЕСТИ:

На жените кои преживеале сексуален напад здравствени- те ра- ботници треба да им понудат профилактика по изложувањето, за следниве сексуално преносливи инфекции: кламидија (Azithromycin 1 g орално една доза); гонореја (Ceftriaxone 250 mg IM една доза, заедно со Azithromycin 1g орално една доза); трихомонас (Metronidazole 2 g орално една доза); сифилис, во зависност од преваленцијата (Benzathine penicillin G, 2.4 милиони единици и.м. една доза, кај алер- гични на пеницилин doxiciklin); хепатит Б – треба да се понуди вакцина за хепатит Б, по претходна проверка статусот на хепатит Б. Доколку е иму- на, не е потребна дополнителна вакцинација (СЗО 2013, Препорака 20).

ТРЕТМАН НА ПОСЛЕДИЦИ ЗА ПСИХОЛОШКОТО/МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

Онаму каде што има можност за упатување на пациентите: упате ги поранешните жртви со претходно дијагностицирани ментални нарушувања или ментално нарушување поврзано со насилство од интимниот партнер до доктори специјалисти за интервенции по психолошко/

ментално здравје. Некои интервенции може да ги извршат и матичните лекари, согласно насоките на Глобалната акциона програма за ментално здравје на СЗО коишто важат за неспецијализирана здравствена грижа. Онаму каде што можностите за упатување на пациентите се ограничени или не постојат, обезбедете поддршка за психолошка прва помош. Терапиите треба да се спроведат од обучен лекар/ка со разбирање на сексуалното насилство. Земете ги предвид поранешните состојби на менталното здравје на пациентот/ката. Земете ги предвид поранешните стресни ситуации (сексуална злоупотреба во детството, насилство од интимниот партнер, стрес поврзан со војна).

Следниве препораки на СЗО се однесуваат на жртвите на насилство од интимен партнер (меѓутоа тие, исто така, може да се користат како водич за справување со психолошките/менталните здравствени исходи од насилство од неинтимен партнер):

Поранешните жртви на насилство од интимниот партнер со претходно дијагностицирани или ментални растројства поврзани со насилство од интимен партнер (како што се депресија, нарушување од употреба на алкохол) треба да добијат неџа на менталното здравје од страна на професионален здравствен работник со добро разбирање на РБН. За жените кои се бремени или дојат, или употребата на психотропни лекови бара стручно знаење, треба да се обезбеди консултација со специјалист (СЗО 2013, Препорака 5). Жени кои веќе не страдаат од насилство од интимниот партнер, но страдаат од посттравматски стресни растројства (ПТСР), треба да добијат бихевиористичка терапија обезбедена од страна на професионален здравствен работник со добро разбирање на РБН (СЗО 2013, Препорака 6). Интервенција мајка – дете: на деца изложени на насилство од интимен партнер треба да им се понудат психотераписки интервенции, вклучувајќи сесии со и без присуство на нивната мајка.

За поранешни жртви на сексуално насилство, здравствените работници мора да почитуваат три главни фази по

нападот, при утврдувањето на соодветните интервенции:

За време на првите денови по нападот

- Продолжете да давате директна поддршка, но не и психолошко испитување;
- Обезбедете информации во пишана форма за стратегии-ите за справување со сериозен стрес.

До три месеци по стресот

- Продолжете со директната поддршка;
- Применете „претпазливо чекање“ во периодот од 1 до 3 месеци по нападот;
- Упатете го на специјалист.

Три месеци по стресот

- Проценете дали постојат проблеми со менталното здравје;
- Ако лицето страда од посттравматски стрес, упатете го на специјалист.

Клучни пораки

Откако пациентот ќе се довери за РБН, лекарите треба:

1. *Да обезбедат директна поддршка;*
2. *Да обезбедат информирана согласност од пациентот за сите аспекти на консултацијата;*
3. *Да земат комплетна анамнеза;*
4. *Да спроведат целосен лекарски преглед;*
5. *Да ги лекуваат повредите;*
6. *За поранешните жртви на сексуално насилство: да понудат итна контрацепција и профилактичка терапија за ризикот од изложеност на ХИВ и полово преносливи болести;*
7. *За поранешните жртви со претходно дијагностицирани ментални растројства или ментални растројства поврзани*
8. *со РБН: да обезбедат здравствена грижа за менталното здравје на поранешната жртва и да ги упатат жртвите кај доктори специјалисти за ментално здравје.*

V. ПРОЦЕНА НА РИЗИК И ПЛАНИРАЊЕ НА БЕЗБЕДНОСТА

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

- Да обезбеди знаење и вештини за:
- Разбирање на важноста од процената на ризик и планирање на безбедноста.
- Давање поддршка на пациентот/ката
 - при идентификувањето на ризичните фактори од повторување или зачестување на насилството од интимниот партнер,
 - при развивање на план за безбедност.

ВОВЕД

Безбедноста на пациентите кои доживеале РБН мора да биде во центарот на секоја интервенција во здравствениот сектор на РБН. Здравствените работници имаат важна улога во поддршката на поранешните жртви преку заедничка проценка на потенцијалните ризици од натамошно насилство, и поддршка во планирање на нивната безбедност, како и упатување до засолниште.

ФАКТОРИ НА РИЗИК

за висок степен на опасност во случај на насилство од интим-ниот партнер (приспособено од WAVE 2006):

- Претходни чинови на насилство врз жената, децата и врз други членови на семејството, како и врз поранешни парт-нери: разгледајте ја историјата на злоупотреба, формите и моделите на насилство, како и поранешните пресуди или пријави до полицијата. Сторителите кои извршиле чес-ти, сериозни чинови на насилство (како што се употреба на оружје или давање на поранешната жртва) се особено опасни.
- Претходни чинови на насилство надвор од семејството, на пример, против персоналот на давателите на услуги или властите, укажуваат на една општа тенденција на примена на насилство, исто така, и во рамките на домот.
- Разделувањето и разводот претставуваат високоризичен период.
- Чинови на насилство извршени од страна на другите членови на семејството на сторителот може да се користат за контрола на жртвата, а резултираат со тоа што прават да биде невозможно за неа да избега.
- Поседување и/или употреба на оружје: со легално или нелегално поседување на оружје се зголемува ризикот од во-оружено насилство, особено кога сторителот го користи, или се заканува дека ќе употреби оружје во контекст на претходните епизоди на насилство.
- Злоупотребата на алкохол или дрога сама по себе не се смета за причина за насилство, но може да го намали прагот, а со тоа да придонесе за ескалација на насилството.

- Заканите секогаш треба да се сфатат сериозна се-риозното насилство често му претходат закани. Осо-бено сериозно треба да се сфатат заканите со убиство.
- Екстремна љубомора и посесивност: сторителите кои уби-ваат или сериозно им наштетуваат на своите пар-тнери често се опседнати со желбата да ги поседуваат и контролираат своите партнери, и постојано ги обви-нуваат за неверство.
- Екстремно патријархалните концепти и ставови, како на пример, дека една жена или девојка мора да го по-читува нејзиниот сопруг или татко, кој е глава на семеј-ството, или во согласност со крутите концепти на честа и сексуалноста.
- Прогонство и психолошки терор (демнење): повеќето од сторителите не се подготвени да прифатат одвоју-вање од својот партнер и се обидуваат тоа да го спре-чат на разни начини, вклучувајќи и насилство. Ова може да доведе до чинови на насилство и закани из-вршени дури и многу го-дини по разделбата.
- Опасност за децата: децата се изложени на посебен ризик за време на разделувањето и разводот. Агре-сијата на на-силникот против партнерот може да се однесува и на де-цата, а тој може да се одмаздува преку нивна злоупотреба или да ги убие. Поради тоа, во плани-рањето на безбеднос-та мора секогаш да бидат вклучени децата.
- Непридржувањето кон наложите за ограничување из-рече-ни од страна на судовите или полицијата укажу-ва на состојба со висок ризик, бидејќи тоа покажува дека сторите-лот не е подготвен да го смени своето од-несување.
- Можните предизвикувачи кои можат да доведат до ненадеј-на ескалација на насилство вклучуваат про-мени во врската, на пример, кога жената ќе се вработи спротивно од желбата на партнерот, бара помош или покренува постапка за развод.

Постојат докази дека адолесценти и млади лица со попреч-ност од женски пол се со зголемен ризик за родово базира-но насилство³⁹. Притоа треба да се биде свесен

дека лицата со попреченост имаат право на сексуални ак-тивности и дека имаат зголемен ризик за РБН, за што ретко се мисли. Исто така, овие лица се способни да донесат одлу-ки за третман (итна кон-трацепција, абортус, третман на сексуално преносливи боле-сти) доколку им се дадат соод-ветни информации.

ИДЕНТИФИКУВАЊЕ НА РИЗИЧНИ ФАКТОРИ КАЈ ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ:

- Младите со попреченост се изложени на четирипати пого-лем ризик за насилство од нивните врстници.
- Девојки и жени со попреченост биле трипати поизло-жени на насилство.
- Децата со попреченост трипати почесто се изложени на РБН во споредба со децата без попреченост.
- Слепи деца, лица со психо-социјални и интелектуални попречености се изложени петпати почес-то на насил-ство.
- Лица со попреченост сместени во институции или до-мови.
- Сиромаштија, ниско ниво на едукација, невработеност.
- Недоволни знаења за СРЗ.
- Проституција.
- Нарушено сексуално однесување.
- Ставот дека лицата со попреченост не се сексуално ак-тив-ни – поради што не се идентификуваат како жрт-ви на РБН.
- Ставот дека лица со попреченост не можат да донесат одлу-ка за третман (итна контрацепција, абортус, трет-ман за СПБ).

Процената на ризикот овозможува властите за кривична пра-вда да донесат одлука за мерки против сторителот. Исто така, им овозможува на здравствените работници и на други дава-те-ли на услуги да му дадат поддршка на во иден-тификувањето на мерките за зголемување на неговата/нејзина-та безбедност и за подигање на свеста за ризикот (WAVE 2013).

Развиени се голем број алатки за процена на стандардизи-ра-ни ризици, за процена на ризикот од повторување или

еска- лација на насилството. Една од најчесто користените алатки за процена на опасноста една жена да биде убиена од страна на сегашен или поранешен партнер е „процена на опасноста“ од Кембел (2004). Се состои од два елемента: 1) календар, во кој жената треба да ја означи фреквенцијата и интензитетот (на скала од 1 до 5) на насилни инциденти што се случиле во текот на минатата година; и 2) листа од 20 прашања, да се одговора со да или не. Прашањата ги опфаќаат значајните фактори на ризик, како што се разделба, употреба на пиштол, или злоупотреба за време на бременоста, како и фактори кои укажуваат на помал ризик (како што се: никогаш не сте живееле заедно или никогаш не сте биле бремена од сторителот).

РАЗВИВАЊЕТО НА ПЛАН ЗА БЕЗБЕДНОСТ

може да им помогне на жените да се подготват безбедно да ја напуштат врската во случај кога насилството ескалира. Дава- телите на здравствени услуги треба да ѝ помогнат на жената со тоа што ќе дознаат дали има достапни безбедни места каде што може да отиде, како што се домови на роднини или пријатели. Тие можат да бидат упатени до засолништа за жени или организации на жени кои можат да им помогнат, на места каде што постојат такви установи. Здравствените установи треба да преземат иницијатива да се поврзат со таквите групи и да се воспостават насоки за упатување за да се поттикне понатамошната поддршка за помош на жените кои доживуваат насилство од интимниот партнер (СЗО 2005). Во отсуство на засолништа, здравствените работници треба да разгледуваат практични решенија, како на пример, да понудат краткорочен престој во здравствена установа.

КОНТРОЛНА ЛИСТА ЗА РАЗВИВАЊЕ НА ПЛАН ЗА БЕЗБЕДНОСТ И ЗАШТИТА ЗАЕДНО СО ЖРТВАТА

- Идентификувајте еден или повеќе соседи кои ќе кажат за насилството, и замолете ги да ви помогнат ако слушнат ви- котници и расправи во вашиот дом.
- Дали има некои пријатели или роднини во кои имате до- верба и кои би можеле да ви дадат засолниште, за вас и вашите деца, за неколку дена?
- Одлучете каде ќе одите ако треба да го напуштите домот

и имајте план како да отидете дотаму, дури и ако не мислите дека ќе треба да ја напуштите земјата.

- Ако расправијата се чини неизбежна, обидете се таа да се одвива во соба или просторија која може лесно да ја на- пуштите.
- Држете се настрана од која било соба каде што се чува оружјето.
- Вежбајте како безбедно да излезете од вашиот дом. Откријте кои врати, прозорци, лифт или скали ќе бидат најдобри.
- Имајте подготвена спакувана торба која содржи резервни клучеви, пари, важни документи и облека. Чувајте ја во домот на роднина или пријател, во случај да треба да го напуштите вашиот дом во брзање.
- Смесете збор, лозинка што ќе го користите со вашите деца, семејство, пријатели и соседи, кога ви треба итна помош или сакате да се јавите во полиција.
- Користете го својот инстинкт и процена. Ако ситуацијата е опасна, размислете да му го дадете на насилникот тоа што го бара за да го смири. Вие имате право да се заштитите себеси и вашите деца.
- Запомнете, вие не заслужувате да бидете удрени или за- грозени.

Клучни пораки

Здравствените работници имаат важна улога во поддршката на поранешната жртва на РБН преку заедничка процена на потенцијалните ризици, во поддршката за време на планирање на нејзината безбедност и упатување на жртвата до други потребни услуги (пр. засолниште).

VI. ДОКУМЕНТИРАЊЕ ПРИ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

Да обезбеди знаење за:

- важноста на евидентирањето и документаирањето на РБН
- легислативната рамка за евиденции на РБН и попреченост
- медицинската документација, пријава за насилство, мој термин, пријава за попреченост
- евидентирање и класификација на повреди и насилство и попреченост
- изложување на докази пред суд
- чување и пристап до евиденциите/информациите за пациентот

Овој дел од Прирачникот се однесува на сите здравствени установи и сите здравствени работници, кои треба задолжително да постапуваат според него кај сите случаи на насилство. Освен тоа, во него се дадени и специфични препораки за постапување кај различни видови на насилство, конкретно за РБН, насилство врз деца и кај лицата со попреченост.

ЗАКОНСКА РАМКА

Здравствените работници во случај на сторено насилство/повре- да се должни да ја констатираат здравствената состојба, видот на повредата, природата на насилството, околностите под кои тоа се случило, со што е или на кој начин е направена повредата и сите други релевантни податоци за стореното насилство/повреда што се неопходни во случај на водење судски постапки за сторени кривични дела поврзани со телесни и друг вид повреди.

Во 2009 година беше донесен нов Закон за евиденции во об- ласта на здравството⁴⁰, според кој насилството задолжително се пријавува во медицинската документација, но и во посебен индивидуален извештај (пријава) за насилство за кој се води регистар за насилство.

Посветеноста на државата за примена на е-здравство и распо- ложивоста на современа информатичка техноло- гија се потвр- дени во 2011 година, кога Министерството

за здравство го за- почна проектот „Мој термин“⁴¹, кој во прво време служеше како систем за закажување термин за специјалистичко-консултатив- ни и акутни болнички услуги со цел намалување на времето за чекање за одредени ме- дицински процедури. Подоцна овој проект е проширен со електронските здравствени евиденции на сите пациенти кои отишле на лекар и ги опфати и националните реги- стри на болести, препишување на лекови итн. Пред- виде- но е системот да се прошири и со собирање податоци за факторите на ризик за незаразните болести, вклучувајќи го и насилството, а особено за аспектите кои се однесуваат на сре- дината и на однесувањето.

Здравствените професионалци, покрај нивните редовни задачи поврзани со давањето куративни и превентивни здравствени услуги, треба и да проверуваат дали кај паци- ентот има знаци на насилство и да ги откриваат, веднаш да дадат соодетна здравствена заштита ако има такви зна- ци, да преземаат мерки за превенција на РБН, особено кај децата. Мандатот на здрав- ствените работници за поста-

пување во случај на РБН и насил-ство врз лицата со попреченост согласно овие протоколи е прикажан подолу. Соодветното евидентирање на насилството во согласност со МКБ 10 е важно заради препознавањето на случаите на насил-ство и на факторите на ризик, особено кај ранливите категории како што се децата, младите, жените, старите и лицата со попреченост, што понатаму ќе има значајно влијание врз превенцијата.

МАНДАТ

Здравствените установи и здравствените работници, согласно легислативата^{42,43,44,45} и стратешките документи^{46,47} имаат мандат да обезбедат систем на мерки со кои ќе одговорат на РБН на сите нивоа на превенција и на сите нивоа во системот на здравствена заштита (примарна, секундарна и терциерна):

Примарна превенција – пред да се случи РБН – со:

- информирање и едукација на населението и промоција на здравјето и безбедноста;
- процена и откривање на ризици за РБН;
- рано откривање на насилно однесување кај поединци, потенцијални насилници;
- преземање мерки за спречување и сузбивање на насилство.

Секундарна превенција на насилство и РБН – откако се случило насилство:

- препознавање и рано откривање на РБН;
- задолжителен рутински скрининг за знаци на насилство и насилно однесување;
- навремен и правилен третман на жртвите на РБН, зависно од природата на насилството, а согласно принципите на медицина базирана врз докази;
- згрижување на жртвите на насилство – упатување до Центарот за социјална работа;
- соодветен медицински третман на насилникот и упатување на соодветен психо-социјален третман.

Терциерна превенција на насилство и РБН:

- рехабилитација на жртви на РБН (медицинска, психичка, социјална и професионална рехабилитација);

- психосоцијална поддршка и рехабилитација на насилникот.

Сите здравствени работници се должни да даваат здравствена заштита базирана врз докази, заснована врз принципите на еднаквост, универзалност, достапност,⁴⁸ ефикасност, квалитет и континуираност, за сите корисници на здравствени услуги, во случај на РБН и кај лицата со попреченост.

Здравствените работници треба да го превенираат и спречат насилството, но и соодветно да одговорат на последиците од него. Здравствените работници треба:

- да ги препознаат знаците на потенцијални конфликти, насилно однесување и постојни ситуации на насилство;
- да обрнат внимание на овие знаци и да се преземат соодветни здравствени мерки, како и да ги упатат лицата до соодветните служби за преземање на други мерки;
- да го подобрат примарниот одговор на жртвите на насилство, служба за итна медицинска помош и ПЗЗ;
- да го подобрат третманот и рехабилитацијата на жртвите на насилство;
- да ги упатат жртвите на насилство до соодветните институции за понатамошно следење и поддршка;
- да ја превенираат секундарната виктимизација на жртвите на насилство.

Здравствените работници се должни да ги почитуваат сите принципи на медицинска етика и деонтологија во својата професија, при што се должни да ги почитуваат правата на пациентите – жртви на РБН и лицата со попреченост: почитување на достоинството на пациентот/жртвата, почитување на доверливоста на информацијата, унапредување на здравјето и безбедноста на жртвата, како и другите права пропишани со Законот за заштита на правата на пациентите⁴⁹.

ИНТЕРВЕНЦИЈА

Здравствените работници треба да ги преземаат следните интервенции, мерки, обврски и постапки во случај на РБН, кои се однесуваат на жртвата и насилникот:

МАПИРАЊЕ

Кога постои сомнеж за РБН, лекарите треба да направат детал- но јасен запис за местото на повредите, кое треба да се одбележи на мапата на телото.

ЗАБЕЛЕШКА:

Во случај на сомнеж дека повредата или здравствената состојба е последица на РБН, здравствениот работник е должен да изврши интервју со лицето и да изврши медицински преглед, да го охрабри и убеди да му се довери за можното постоење на РБН, и да дознае што е можно повеќе за околностите во кои се случило РБН и настанала повредата, и задолжително да го евидентира во медицинската документација.

Овој запис треба да вклучува:

- Детален опис на повредите на пациентот: видовите, големината, староста, местото, при што се употребува мапирање на телото во случаите кога тоа може да се употреби.
- Фотографии од повредите на пациентот.
- Забележување/опишување на физичките докази.
- Вклучување на следново:
 - Медицинска историја,
 - Социјална историја, и
 - Сексуална историја: историја на сексуално преносливи болести, силување.
- Сите мапи треба да содржат коментари од здравствениот работник за тоа дали објаснувањата во однос на повредата адекватно ја објаснуваат.
- Сопствените зборови на пациентот со употреба на наводници треба да бидат внесени во мапата во делот за поплаки и историјата за сегашни болести каде што се опишува насилниот настан.
- Име на истражниот полицаец и секоја акција која е преземена во случаите кога е повикана полицијата.
- Документирање на секој детал, па дури и на нави-

дум безначајните, како што се растргната облека, замачкана облека, скршени нокти, гребаници и модринки.

- Вклучување на имињата на сите лица кои го прегледале или разговарале со пациентот за повредите и насилиството кое е регистрирано.

Записите се прифатливи ако:

1. Се направени за време на редовна посета;
2. Биле направени во согласност со рутинските процедури;
3. Ако се адекватно чувани и само персоналот има пристап до нив.

Дури и ако пациентот подоцна одлучи дека не сака да поведе правни постапки, случајот може да се документира и докажува со претставување на претходно дадените/направените изјави/ записи во однос на она што се случило. Вклучете ја секоја фактичка информација што може да ви помогне да се сетите на ставот на пациентот, изгледот и подоцнежното искуство во истиот случај, ако евентуално бидете подоцна повикани како вешто лице да сведочите за случајот.

ЕВИДЕНТИРАЊЕ, ДОКУМЕНТИРАЊЕ И ПРИЈАВУВАЊЕ

Согласно постојното законодавство за евиденции во здравството^{50,51,52} за секоја преземена мерка поврзана со прегледот, лекувањето и натамошниот третман здравствените работници треба да водат евиденција во постојната основна медицинска документација и во Мој термин. Притоа, здравствениот работник ја внесува шифрата за природата на повредата и шифрата за надворешна причина за повреда и насилство согласно Меѓународната класификација на болестите и здравствено сродните проблеми – десетта ревизија (МКБ 10). Медицинска документација и евиденции во здравството се водат во сите здравствени установи: од матичен лекар (ПЗЗ), служба за итна медицинска помош (ИМП) и ургентна медицина, болнички оддели и интензивна нега итн.

Попреченоста на лицето се шифрира согласно Меѓународ-

ната класификација на болестите и здравствено сродните проблеми – десетта ревизија (МКБ 10) и Меѓународната класификација за функционирање, попреченост и здравје (МКФ), и се внесува во основната медицинска документација, Мој термин, индивидуалната пријава за деца со пречки во развојот.

Со Законот за евиденции во здравството⁵³ е предвидено да се води индивидуална евиденција за насилство, со што здравствениот работник треба да пополни пријава за насилство. Образецот за документирање на насилство е даден во Анекс. Пријавата-Образец за насилство се пополнува во три копии и ја следи жртвата на РБН во понатамошниот третман, при што се дополнуваат податоци од соодветните служби: полиција и Центар за социјална работа, со цел да се спречи секундарната виктимизација на жртвите на РБН, а за лицата со попреченост се пополнува и соодветниот образец.

Пополнетите индивидуални евиденции за насилство и попреченост здравствените установи ги доставуваат до Центарот за јавно здравје (на чија територија се наоѓа здравствената установа) секој 5-ти во месецот за претходниот месец. Центарот за јавно здравје пополнетите индивидуални евиденции за насилство секој 10-ти во месецот за претходниот месец ги доставува до Институтот за јавно здравје, каде што се води регистар за насилство и деца со пречки во развојот.

Документацијата со којашто располага во однос на состојбата во која се наоѓа жртвата на РБН и лицето со попреченост, во согласност со жртвата, здравствениот работник ја проследува до релевантните институции што се вклучени во интегрираниот и координираниот систем на интервенции за помош на жртви на РБН и лица со попреченост, согласно важечките законски прописи, а тие, пак, се должни добиените податоци да ги третираат како доверливи, во согласност со Законот за заштита на пациентите и Законот за заштита на личните податоци^{54,55}.

Евиденцијата и документацијата на РБН може да алармира други доктори специјалисти, коишто може подоцна да

го прегледуваат пациентот кој доживеал РБН и со тоа да помогнат во обезбедувањето на соодветна контрола на здравствената состојба, особено кај лицата со попреченост.

Објективност – Забелешките треба да го одразуваат она што го кажал пациентот, што видел и што се случило.

Здравствените работници се должни да го почитуваат правото на избор на жртвата во сите случаи, освен во случаите во кои здравствениот работник ќе оцени дека животот на жртвата се доведува во опасност поради ризик од можно насилство и/или сторено насилство или во случаи на опасност за траен тежок инвалидитет. Во овој случај здравствениот работник ја информира жртвата и истовремено внесува во медицинската документација дека жртвата е информирана и дека без нејзина согласност ги информирал полицијата и Центарот за социјална работа.

Обезбедување евиденција за кривични случаи – по барање на истражните органи, здравствените работници ги обезбедуваат расположливите податоци за здравствената состојба/повреда на жртвите со коишто располагаат. По барање на судските органи, здравствените работници/вештите лица обезбедуваат, во рамките на судските постапки, процена на насилството/повредата, начинот на настанување, условите во коишто настанала повреда итн. Пишување извештаи

- Објаснете што ви било кажано и што сте забележале вие самите.
- Користете точна терминологија.
- Бидете објективни.
- Останете во границите на својата област на експертиза.
- Правете разлика меѓу наодите и мислењата.
- Детално наведете ги сите собрани примероци.
- Кажете или напишете го само она што сте подготвени да го повторите под заклетва.
- Изложување докази пред суд:
- Бидете подготвени.
- Внимателно слушајте.

- Јасно говорете.
- Користете примери и прецизен јазик.
- Останете во рамките на своето поле на експертиза.
- Одвојте ги фактите и мислењето.
- Останете непристрасни.

ПРИЈАВУВАЊЕ ПРИ СОМНЕНИЕ НА ЗЛОУПОТРЕБА И ЗАПОСТАВУВАЊЕ НА ДЕЦА

ЗАБЕЛЕШКА

Присуство на повеќе ризични фактори (кумулацијата на фактори) ја зголемува опасноста за детето, но понекогаш е доволно присуство на еден единствен фактор на ризик кој налага итно преземање мерки за заштита на детето и дојава до надлежни органи.

Обврска и должност на сите здравствени, детски и образовни установи, установи за социјална заштита, правосудни и др. државни органи, граѓански здруженија и граѓани е да пријават ос- новано сомнение за злоупотреба и запоставување на детето до надлежните органи⁵⁶.

Здравствениот работник треба да направи:

- Итна/неодложна пријава во полиција и во Центарот за социјална работа, во случај кога животот на детето е загро- зен или му се заканува непосредна опасност од сериозно оштетување на здравјето, односно кога е неопходна неод- ложна интервенција за заштита на животот и здравјето.
- Итна/неодложна интервенција постои во случај кога здравствената состојба на детето бара ургентен медицин- ски третман, а родителот/старателот/негува- телот не сака или не е во состојба да го обезбеди, или кога детето е под ризик од повреда од страна на родите- лот/старателот кој е психотичен, или кога детето е повре- дено или би можело да биде повредено со оружје, и сл.
- Задолжителна пријава до надлежниот Центар за социјална работа. Секој случај на злоупотреба, или сомне- ние за зло- употреба на детето, се пријавува во Цента- рот за социјални работи. Во случај на сомнение дека

е извршено кривично дело, случајот истовремено се пријавува и во полиција, од- носно до јавно обвинител- ство.

Кога здравствениот работник го пријавува случајот во Центарот, пожелно е пред поднесувањето на пријавата за својата загриже- ност да разговара со семејството на дете- то, да побара додатни потребни информации од родите- лите и да ги извести дека слу- чајот ќе го пријави во Цента- рот. Оваа постапка треба да се спро- ведува само во случај на процена дека таквиот разговор нема да го зголеми ри- зикот од натамошно повредување на детето, односно ако не ја загрозува натамошната постапка за заштита на дете- то. Во праксата на лекарите и другите стручни работници, во случаи на сознание дека детето е злоупотребувано или запос- тавувано, може да се јави дилемата за заштита на довер- ливост, т. е. задолжително чување на професионална тајна и во такви случаи. Треба да се има предвид дека, во согласност со Конвен- цијата за правата на детето, во ваквите случаи се применува „принципот за најдобриот интерес на дете- то“, односно токму заради зачувување на најдобриот инте- рес на детето случајот задолжително се пријавува.

Пријавите може да се поднесат писмено или усно, вклучи- телно и разговор по телефон, во кој случај треба да биде се достави и писмена пријава во рок од наредните 48 часа. Пријавата треба да ги содржи сите податоци за детето кои во тој момент му се познати на здравствениот работник, односно на службата која ја врши пријавата, како и причи- ните за сомнението за злоупотре- треба и запоставување.

Одложување на пријавувањето:

Одлуката сомнението да не се пријави во Центарот за со- цијал- на работа може да се донесе доколку стручниот тим востанови, по заедничкото разгледување на податоците, дека се задово- лени следните три услови кумулативно:

- ризикот од злоупотреба/запоставување на детето е ни- зок,
- семејството на детето има желба да соработува и спо- собно е да направи промени во правец на подобра за-

- штита на детето,
- установата има капацитети да ги решава проблемите на детето и семејството.

Важно е, меѓутоа, сите случаи кои не се пријавени во Центарот за социјална работа активно да се следат, а ризикот од злоупотреба или запоставување повторно да се проценува, односно одлуката да се преиспитува во редовни временски интервали.

ИЗВЕСТУВАЊЕ

Ако здравствениот работник утврди дека пациентот стекнал повреда предизвикана од РБН, особено кај деца и лица со попреченост, задолжително мора да го пријави случајот во месно надлежната полициска станица.

Ако здравствениот работник утврди дека пациентот има повреда од РБН стекната непосредно пред прегледот, веднаш ќе го пријави случајот во месно надлежната полициска станица, а пишаниот извештај ќе го достави најдоцна во рок од 2 дена од денот на прегледот.

ЗАБЕЛЕШКА

По правило, секое кривично дело кое се гони по службена должност, а во овие рамки спаѓа и РБН, согласно Законот за кривичната постапка, секој граѓанин, па и здравствениот работник, е должен задолжително да го пријави.

Пријавата може да се достави до полицијата, обвинителот, како и преку ЦСР.

Пожелно е при првичниот контакт со жртвата да се обезбеди и доказ, но и лекарски наод од првичниот преглед, како и од вкупниот медицински третман на жртвата во соодветната здравствена установа.

РЕЗИМЕ

Здравствените работници во случај на сторено РБН и попреченост, должни се да ги констатираат здравствената состојба, видот на повредата, природата на насилството, околностите под кои тоа се случило, со што е или на кој на-

чин е направена повредата и сите други релевантни податоци за стореното насилство/повреда што се неопходни во случај на водење судски постапки за сторени кривични дела поврзани со телесни и друг вид на повреди.

Клучни пораки

- **Документацијата на РБН и попреченоста е неопходна од гледна точка на докторот, пациентот и добрата здравствена заштита.**
- **Докторите треба внимателно да ги опишат попреченоста и прегледаните повреди, вклучувајќи го и видот, бројот и локацијата на повредите со користење на мапа на телото.**
- **Толкувањето на повредите за судско - медицински цели треба да го прават обучени доктори - специјалисти по судска медицина.**

VII. УПАТУВАЊЕ ПРИ РОДОВО БАЗИРАНО НАСИЛСТВО

ЦЕЛ НА МОДУЛОТ

- Дефинирање на системот за упатување
- Клучни страни вклучени во системот за упатувања
- Развивање и имплементирање на ефикасен систем за упатувања – чекори и препораки

ИНСТИТУЦИОНАЛНА РАМКА

Со одлука на Владата на РМ, во 2009 година е формирано владино Национално координативно тело за превенција на семејното насилство, во кое членуваат претставници на министерствата за здравство, труд и социјална политика, внатрешни работи, образование и правда, како и од Институтот за јавно здравје, невладини организации, СЗО и други заинтересирани страни одговорни за спроведувањето на Националната стратегија за превенција на семејното насилство.

Изготвени се национални политики за превенција на семејното насилство и годишни акциони планови: имплементирана е Национална стратегија за заштита од семејно насилство за периодот 2008 – 2011 година, при што координацијата е вршена од Националното координативно тело, имплементирана е и втората Национална стратегија за заштита од семејно насилство за периодот 2012 – 2015 година. Во 2010 година изготвен е и Заеднички протокол за постапување во случаи на семејно насилство во соработка со министерствата за здравство, труд и социјална политика, внатрешни работи, образование и правда, невладини организации, УНДП, УНФПА, СЗО, УНИФЕМ и други агенции на Обединетите нации.

Во тек на 2022 година започна процес кој финишираше 2023 година со усвојување на нов унапреден Протокол за меѓусебна соработка на надлежни субјекти за пре-

земање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство⁸. Подготвен е и Акциски план за спроведување на конвенцијата за спречување и борба против насилство врз жените и домашно насилство на Република Македонија 2018-2023

Заедничката програма на Обединетите нации „Зајакнување на националните капацитети за превенција на семејното насилство“ започна во декември 2008 и заврши во август 2012 година, обезбедувајќи му техничка и финансиска помош на Националното координативно тело во спроведувањето на Националната стратегија за заштита од семејно насилство. Агенциите на Обединетите нации: УНДП, УНФПА, СЗО, УНИЦЕФ и УНИФЕМ работеа заедно со националните партнери: министерствата за труд и социјална политика, внатрешни работи, правда, здравство и образование и наука, обезбедувајќи финансиски средства во износ од 2.458.000 американски долари од Владата на Холандија, 958.000 американски долари од Траст фонд на Обединетите нации и 43.000 американски долари од агенции на Обединетите нации. Од Владата на Република Македонија беа обезбедени 70.000 американски долари.

Закон за превенција и заштита од семејно насилство е донесен во 2014 година, додека во 2015 година се изготвени потребните правилници за негово спроведување за релевантните сектори: здравство, социјална заштита и внатрешни работи (Правилник за начинот на извршување на привремената мерка за заштита од семејно насилство

– задолжително лекување на сторителот доколку злоупотребува алкохол, дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување). Во 2015 година е изготвен Протокол за меѓусебната соработка на надлежните институции и здруженија за заштита од семејното насилство.

Нов Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство е донесен 2021 година (24/21)³⁹ а веднаш потоа и нов Протокол за меѓусебна соработка на надлежни субјекти за преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство.⁴⁰ Како и нов Правилник за начинот на извршување на привремената мерка за заштита од семејно насилство-задолжително лекување на сторителот доколку злоупотребува алкохол, дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување. Сите донесени документи се ревидирани и се во насока на спроведување и ги следат препораките на Истанбулската Конвенција.

³⁹ Протокол за меѓусебна соработка на надлежни субјекти за преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство

⁴⁰ Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство (24/21)

Со Законот за заштита на децата се уредуваат системот, организацијата и начинот на обезбедување заштита на децата. Законот за семејството дава можност за превентивна и репресивна заштита на правата и интересите на децата преку правото и обврската на Центрите за социјална работа кои го следат исполнувањето на родителските права. Со Законот за основното образование се забранува дискриминацијата врз основа на пол, раса и боја на кожа, како и врз основа на национална, социјална, политичка или верска припадност, материјална или класна положба.

Со Законот за здравствена заштита се овозможуваат превентивни, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони процедири. Согласно овој Закон, здравствената заштита е загарантирано право на детето жртва на злоупотреба. Членовите 5, 6 и 10, пак, од Законот за здравствено осигурување налагаат задолжително здравствено осигурување за децата на возраст под 18 години, кои имаат право на сите здравствени услуги од здравствените установи, и при секој облик на насилство да добијат задолжителна здравствена заштита.

Во Македонија проблемот со родово базираното насилство е адресиран од Владата со низа интервенции, како што е подобрување на политиката и законската рамка, вклучувајќи ги и подзаконските акти. Сепак, постои простор за подобрување, и тоа во делот на спроведување на политиките и законската рамка, вклучувајќи го и спроведувањето на превентивните програми засновани врз докази.

ОБЕЗБЕДУВАЊЕ КОНТИНУИРАНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И УПАТУВАЊЕ

Здравствениот работник врши процена на безбедноста на жртвата на РБН и лицата со попреченост со процена на ситуацијата, која покрај медицинската процена, опфаќа процена на безбедноста и процена за потреба од помош од страна на други релевантни служби, и тоа процена на: Индикација за прием во болница или соодветна здравствена установа поради физичка повреда, психолошка тра-

ума, страв, вознемиреност (координација со Центар за социјална работа, полиција);
Нужност од сместување во посебно прибежиште за жртви на РБН (координација со Национална СОС-линија, Шелтер центар, друго прибежиште, со ЦСР);
Можност за сместување кај роднини или пријатели, доколку не постои прибежиште (надлежност на ЦСР).

УТВРДУВАЊЕ НА ИДНИ РИЗИЦИ

Здравствениот работник ја оценува состојбата на безбедноста на жртвата во опкружувањето во кое живее и ги проценува идните ризици за можно насилство, односно натамошна виктимизација на жртвата врз основа на сознанијата добиени од анамнезата и од прегледот.

Здравствениот работник ги утврдува природата и видот на насилството (физичко, психолошко, сексуално, економско) преку:

- Индикатори за физичко насилство;
- Индикатори за сексуално насилство;
- Индикатори за психолошка траума предизвикана од насилство.

Процена на ризикот од насилство

Во рамките на прегледот и земената анамнеза здравствениот работник ја утврдува врската меѓу семејното насилство и ефектите врз здравјето на жртвата и презема мерки соодветно на наодот.

Во зависност од типот на повредата или здравствената состојба на жртвата на РБН, здравствениот работник укажува здравствена заштита, ја упатува во друга здравствена установа доколку е
Здравствениот работник:

Утврдува	Презема мерка
Историја на насилството (Ситуации со висок ризик: повеќе-годишна историја на насилство, времетраење на насилството за време на бременост, насилство во примарното семејство)	Евидентира со писмен запис (основна медицинска документација на пациентот и пријава за насилство)
Вид на насилство	Евидентира со писмен запис (основна документација на пациентот и пријава за насилство)
Користење оружје или закана со оружје	Задолжително известување на полиција и советник за заштита на правата на пациентите
Користење дроги и алкохол	Задолжително известување на ЦСР и советник за заштита на правата на пациентите
Контролирачко однесување	
Насилство кон децата	Задолжително известување на ЦСР, Народниот правобранител и советник за заштита на правата на пациентите
Расправи околу децата	Задолжително известување на ЦСР, Народниот правобранител и советник за заштита на правата на пациентите
Разговор околу развод	Задолжително известување на ЦСР

потребен друг вид на здравствена заштита и сугерира можни други упатувања до релевантни институции кои обезбедуваат правна, социјална или друг вид на помош, со цел обезбедување на соодветен третман и згрижување на жртвата на семејното насилство, а во секој случај го известува и советникот за заштита на правата на пациентите во здравствената установа.

Здравствениот работник, во согласност со здравствената состојба на жртвата, ги презема неопходните мерки за третманот на повредата/состојбата на жртвата во рамки на своите компетенции и ја советува/упатува за натамошниот третман. Третманот може да продолжи во здравствената установа на исто или повисоко ниво или во друг сегмент на интегрираниот систем на заштита на жртвата на РБН. Сите здравствени работници и помошен персонал ќе го

почитуваат достоинството на жртвите на РБН, обезбедувајќи им нега, безбедност и повратни информации, на разбирлив начин, во сите околности, во согласност со Законот за заштита на правата на пациентите.

УПАТУВАЊЕ

Упатување до повисоко ниво на здравствена заштита за крајно згрижување, третман и/или рехабилитација на жртвата на РБН. Жртвата се упатува до соодветната здравствена установа од секундарна или терциерна здравствена заштита, каде што ќе биде дефинитивно медицински згрижена и ќе добие соодветен медицински третман, односно медицинска рехабилитација, зависно од природата и тежината на повредите и траумите здобиени со насилството.

Упатување до соодветни служби за застапување. Интегрираниот систем на заштита на жртвите на РБН ги опфаќа социјалните служби и полицијата, во зависност од состојбата на жртвата.

Упатување до служби за правна помош. Здравствените работници, во случај на потреба од правна помош, ќе ја упатат жртвата до службите кои пружаат правна помош.

Контактирање со полицијата. Здравствениот работник во случај на очигледна и изразена форма на РБН со сериозни оштетувања на здравјето или каде што постои ризик од насилство врз лицето, ја контактира полицијата со цел да интервјуира и да го спречи натамошното загрозување на здравјето и животот на жртвата.

Контактирање со социјалните служби. Во случај на потреба од привремено згрижување или од други облици на помош во вид на социјална работа, здравствениот работник кој го препознал лицето како жртва на насилство и му укажал медицинска помош (особено матичниот лекар) ќе ја упати жртвата до Центарот за социјална работа.

ЗАБЕЛЕШКА:

При постапување со жртвите на РБН, здравствените работници треба да остварат комуникација и советување со специјалисти од областа на интерес, секогаш кога ќе оценат дека тоа е неопходно, особено кога се работи со деца.

Здравствените работници треба да им дадат соодветна и потполна здравствена заштита на жртвата на РБН, како и да приберат докази за евентуално сторено кривично дело и да ги достави до надлежните органи, уште при првиот преглед до степен до кој тоа е изводливо, со цел да се спречи понатамошното трауматизирање на жртвата.

ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА ПЛАН ЗА БЕЗБЕДНОСТ

Процесот на интервјуирање од страна на здравствениот работник треба да содржи и дискусија за краткорочните планови и опции, вклучувајќи ја и процената од медицински аспект дали е безбедно за пациентот да се врати дома.

Здравствените работници кои го примаат повредениот пациент треба да ја обезбедат доверливоста на прегледот и информациите за пациентот, додека е тој во болница (отстранување, односно прикривање на името на пациентот од собата во која се наоѓа, компјутерската табла итн.), како и континуирано, во согласност со одредбите за доверливост на Законот за заштита на правата на пациентите и личните податоци.

Во сите случаи, здравствениот работник треба да има познавања за и да го упати пациентот до локалните установи кои даваат помош и поддршка на жртвите на РБН во рамки на своите интервенции – Центар за социјална работа, Шелтер центар, СОС-линија (Слика 2).

Доколку пациентот е согласен, здравствениот работник му помага на пациентот во јавувањето на СОС-линијата за РБН.

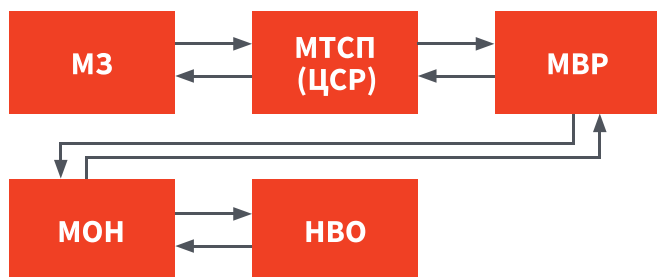
Согласно Протоколот за меѓусебна соработка на надлежни субјекти за преземање мерки за превенција, спречување и заштита од насилство врз жени и семејно насилство од 2023г., здравствениот работник по земената анамнеза, извршениот преглед и/или дадена здравствена услуга или друг медицински третман на жртвата, издава соодветна медицинска документација за констатираната повреда, траума или друг наод за семејно насилство, при што извршената здравствена услуга и издадената медицинска документација за жртвите е бесплатна, и за тоа писмено ги известуваа центарот за социјална работа и полицијата, и пополнува пријава согласно закон.

Кога жртвата е препратена преку центарот, здравствениот работник врз основа на потврдата издадена од центарот, извршува преглед и/или друг медицински третман на жрт-

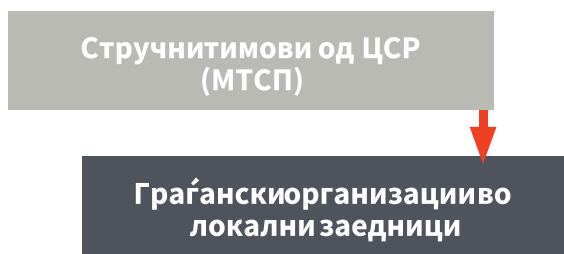
вата и по извршениот преглед и/или друг медицински третман на жртва- та ѝ издава соодветна медицинска документација за констати- раната повреда од семејно насилство. Жртвите се ослободени од плаќање на трошоци за извршената медицинска услуга и документација.

Здравствената установа, веднаш по добивање на одлуката од судот, презема мерки за лекување на лицето, односно за из- вршување на привремената мерка за заштита од семејно на- силство – задолжително лекување на сторителот доколку зло- употребува алкохол, дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување

Слика 2: Ефективна процена и упатување



РЕИНТЕГРАЦИЈА И РЕСОЦИЈАЛИЗАЦИЈА



РБН КАЈ ДЕЦА

Во процесот на превенција и заштита на децата од злоупотреба и запоставување треба да учествуваат здравствени установи и професионалци од различни сегменти на здравството, но и во координација со други сектори (образование, социјална заштита, полиција, правосудство и др.). Координатор во процесот на заштита на децата треба да биде Центарот за социјална работа, кој е основна служба за заштита на децата и кој, меѓу другото, врши работи кои се поврзани со старателство.

Здравствените работници учествуваат во сите фази на процесот на заштита на деца, но нивната улога во откривањето на злоупотреба и запоставување е незаменлива и специфична.

Упатување до соодветни служби и повисоки нивоа на здрав- ствена заштита

Детето кое е злоупотребено се упатува до соодветна здрав- ствена установа, и тоа:

- матични лекари;
- педијари, училишните лекари;
- детска хирургија;
- педијатриска клиника;
- ментално здравствени установи;
- гинеколог (по можност јувенилен);
- судска медицина;
- При физички повреди: Клиника за педијатрија, ургентна медицина, детска хирургија;
- При психолошки последици: Завод за ментално здравје на деца и младинци, Клиника за психијатрија;
- При емоционално занемарување: Клиника за педијатрија.

Здравствениот работник кој ја пријавил злоупотребата треба активно да им помага на надлежните служби (Центарот за социјална работа, полицијата и на јавното обвинителство) во натамошниот процес на испитување и докажување.

НАСИЛСТВО ВРЗ ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Дијагностицирањето на РБН врз лица со попреченост бара високо ниво на сомнеж и одреден број дефинитивни сигнали. Тие се:

физички показатели кај лицата со попреченост, кои се однесуваат на физички лезии, хигиена, исхрана и изглед; показатели од однесувањето на лицата со попреченост (особено деца со пречки во развој и лица со интелектуална попреченост), кои се однесуваат на бихевиористичките карактеристики и црти на личноста на оваа категорија на население; показатели од родителите и поблиските, кои се однесуваат на однесувањето, јазикот и ставовите.

Препознавањето на знаците и симптомите на малтретирано дете е тешко, а уште потешко е кога станува збор за дете со пречки во развојот. Особено тешко е кога станува збор за лица со интелектуална попреченост. Тие често не можат да кажат со зборови дека биле злоупотребувани, или не можат да разберат дека она што им се случило е нешто лошо.

Постојат специфични облици на насилство при кои децата со пречки во развојот/лица со интелектуална попреченост се жртви и кои се тешки за откривање или за препознавање како такви:

На ниво на семејството, неприфаќањето на попреченоста или нереалните очекувања што ги имаат родителите можат да предизвикаат терапевтска своеглавост (упорност) која претставува закана за децата.

Несоодветната употреба на некој фармаколошки третман или одрекувањето на соодветната здравствена помош (на пример, стоматолошката грижа) можат да се сметаат за облик на насилство.

Мајчиното ризично однесување за време на бременоста, на пример, употребата на дроги или алкохол, претставува облик на пренатално насилство кое може да предизвика тешка попреченост.

Негативните ставови кон различноста и попреченоста, изразени од страна на многу лица, содржат отворена дис-

криминација. Понижувањето, стравот од физички контакт и презирот претставуваат облици на насилство кои лицата со инвалидност честопати ги трпат како жртви.

Многу лица со попреченост кажуваат дека недостигот на еднакви можности во сите области од животот создава насилни ефекти врз нивните животи. Барьерите кои се испречуваат пред лицата со попреченост, од пристапот до можностите, се и физички и ментални.

Здравствените работници кои ги координираат интервенциите во полза на жртвите деца со попреченост треба често да ги ангажираат родителите во дијалог и да ги вклучуваат во сите фази од процесот на донесување на одлуки.

Од друга страна, споделената одговорност меѓу родителите/близките и професионалните лица во грижата за лица со инвалидност (вклучувајќи ги и децата со пречки во развојот) бара реципроцитет. Професионалните лица треба да бидат свесни за својата специфична улога и своите сопствени ставови за лицето со попреченост и неговото семејство, ако сакаат да бидат објективни во своите евалуации и интервенции.

Клучни пораки

- **Здравствениот работник, во зависност од типот на повредата или здравствената состојба, на жртвата ѝ укажува здравствена заштита.**
- **Ја упатува во друга здравствена установа доколку е потребен друг вид на здравствена заштита и сугерира можни други упатувања до релевантни институции кои пружаат правна, социјална или друг вид на помош со цел обезбедување на соодветен третман и згрижување на жртвата на семејното насилство.**
- **Во секој случај го известува и советникот за заштита на правата на пациентите во здравствената установа.**

ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

Во Република Македонија применети се политики базирани врз докази за превенција на РБН со пренесување на знаењата во пракса. Постигнати се значајни достигнувања во креирањето на национална политика, градење капацитети, мултисекторска соработка и следење на РБН.

Применетите пристапи на цела Влада и цело општество, со силна вертикална и хоризонтална координација, со обезбедени ресурси, легислативни и организациски промени, воспоставувајќи систем на здравје во сите политики за превенција на насилство, се главните контрибутивни фактори за оваа успешна приказна.

И покрај огромниот напредок во полето на контролата и превенцијата на насилството и промоцијата на безбедноста, потребни се дополнителни напори и постратешки пристап во годините што претстојат, особено на планот на справување со РБН и попреченоста и постигнување на таргетите во рамките на Целите за одржлив развој поврзани со насилството.

Целите за одржлив развој се потенцијално моќна рамка за превенција на насилството. Успешната реализација на овие цели нема автоматски да го намали насилството насекаде. Потребно е многу работа за да се сврти вниманието кон овој проблем и да се направат целите мерливи. Свкупното зајакнување на главните функции, и особено изготвувањето и имплементацијата

на политики и легислатива за превенција на РБН, и воспоставување на силен мониторинг, значително ќе додадат вредност за интегрираниот систем за превенција на насилството врз децата со примена на „здравје во сите политики“:

Ревизија на националната политика и ефикасно спроведување на законите.

Спроведување на превентивни програми засновани врз докази.

Подобрување на системот за прибирање на податоци и истражување, мониторинг и евалуација. Системот за прибирање на податоци за РБН и попреченост укажува на потребата од негово подобрување, унапредување и зајакнување со цел да се усвои стандардизиран приод во собирањето на валидни податоци. Истражувањата и анкетите треба да се спроведуваат редовно, со цел да се измери напредокот во намалувањето на оптовареноста од злоупотребата и заземањето на децата, согласно методологиите предложени од страна на СЗО.

Зајакнување на системскиот одговор за превенција, меѓусекторска соработка и градење на капацитетите. Здравствениот, социјалниот, полицискиот, образованиот и правосудниот сектор треба да усвојат координиран приод на давање квалитетни услуги за евидентирање, откривање, третирање, превенирање и заштита од РБН.

АНЕКСИ

АНЕКС 1.

МЕЃУНАРОДНА СТАТИСТИЧКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ И СРОДНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ – 10 РЕВИЗИЈА – СЕЛЕКТИРАНИ КАТЕГОРИИ ЗА НАСИЛСТВО

XVIII	R00–R99	СИМПТОМИ, ЗНАЦИ И АБНОРМАЛНИ КЛИНИЧКИ И ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО
	R45	СИМПТОМИ И ЗНАЦИ ШТО СЕ ОДНЕСУВААТ НА ЕМОТИВНАТА СОСТОЈБА
	R45.6	ПСИХИЧКО НАСИЛСТВО
	R46	СИМПТОМИ И ЗНАЦИ ШТО СЕ ОДНЕСУВААТ НА ИЗГЛЕДОТ И ОДНЕСУВАЊЕТО
XIX	S00–T98	ПОВРЕДИ, ТРУЕЊЕ И ОДРЕДЕНИ ДРУГИ ПОСЛЕДИЦИ ОД НАДВОРЕШНИ ПРИЧИНИ
	T74	СИНДРОМИ НА ПРЕТРПЕНА ЗЛОУПОТРЕБА
XX	V01–Y98	НАДВОРЕШНИ ПРИЧИНИ ЗА МОРБИДИТЕТ И МОРТАЛИТЕТ
	X60–X84	НАМЕРНО САМОПОВРЕДУВАЊЕ
	X85–Y09	ОБИД ЗА НАНЕСУВАЊЕ ТЕЛЕСНА ПОВРЕДА
	Y10–Y34	НАСТАН СО НЕУТВРДЕНА НАМЕРА
	Y35–Y36	ЗАКОНСКА ИНТЕРВЕНЦИЈА И ВОЕНИ ДЕЈСТВА
	Y87	ПОСЛЕДИЦИ ОД НАМЕРНО САМОПОВРЕДУВАЊЕ, ОБИД ЗА НАНЕСУВАЊЕ ТЕЛЕСНА ПОВРЕДА И ОД НАСТАНИ СО НЕУТВРДЕНА НАМЕРА
XXI	300–399	ФАКТОРИ КОИ ВЛИЈААТ ВРЗ ЗДРАВСТВЕНИОТ СТАТУС И КОНТАКТ СО ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ
	355–365	ЛИЦА СО ПОТЕНЦИЈАЛНА ОПАСНОСТ ЗА ЗДРАВЈЕТО ПОРАДИ СОЦИО-ЕКОНОМСКИИ ПСИХО-СОЦИЈАЛНИ ОКОЛНОСТИ
	360	ПРОБЛЕМИ ПОВРЗАНИ СО СОЦИЈАЛНАТА СРЕДИНА
	361	ПРОБЛЕМИ ПОВРЗАНИ СО ЖИВОТНИ НАСТАНИ СО НЕГАТИВНО ВЛИЈАНИЕ ВОДЕТСТВОТО
	362	ДРУГИ ПРОБЛЕМИ ПОВРЗАНИ СО ВОСПИТУВАЊЕТО

	363	ДРУГИ ПРОБЛЕМИ ШТО СЕ ОДНЕСУВААТ НА ОСНОВНАТА ГРУПА НА ЗАЕДНИЧКОЖИВЕЕЊЕ И ИЗДРЖУВАЊЕ, ВКЛУЧУВАЈЌИ ГИ СЕМЕЈНИТЕ ОКОЛНОСТИ
	364	ПРОБЛЕМИ ПОВРЗАНИ СО ОДРЕДЕНИ ПСИХО-СОЦИЈАЛНИ ОКОЛНОСТИ
	365	ПРОБЛЕМИ ПОВРЗАНИ СО ДРУГИ ПСИХО-СОЦИЈАЛНИ ОКОЛНОСТИ

АНЕКС 2.

МЕЃУНАРОДНА СТАТИСТИЧКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА БОЛЕСТИТЕ И СРОДНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ – 10 РЕВИЗИЈА – СЕЛЕКТИРАНИ КАТЕГОРИИ ЗА ПОПРЕЧЕНОСТ

СЕТИЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ	
H90	КОНДУКТИВНО И СЕНЗОНЕВРАЛНО ГУБЕЊЕ НА СЛУХОТ
H91	ДРУГО ГУБЕЊЕ НА СЛУХОТ
H53	НАРУШУВАЊЕ НА ВИДОТ
H54	СЛЕПИЛО И СЛАБ ВИД
МЕНТАЛНА ПОПРЕЧЕНОСТ	
F00	ДЕМЕНЦИЈА КАЈ АЛЦХАЈМЕРОВАТА БОЛЕСТ (Г30.-)
F01	ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА
F02	ДЕМЕНЦИЈА КАЈ ДРУГИ ЗАБОЛУВАЊА КЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО
F06	ДРУГИ ДУШЕВНИ РАСТРОЈСТВА НАСТАНАТИ ПОРАДИ ОШТЕТУВАЊЕ НА МОЗОКОТ И НА НЕГОВАТА ФУНКЦИЈА И ПОРАДИ ТЕЛЕСНО ЗАБОЛУВАЊЕ
F07	РАСТРОЈСТВА НА ЛИЧНОСТА НА ОБНОСКИТЕ ПОРАДИ БОЛЕСТ, ОШТЕТЕНОСТ И ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ НА МОЗОКОТ
F70	ЛЕСНА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ
F71	УМЕРЕНА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ
F72	ТЕШКА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ
F73	ДЛАБОКА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ

F78	ДРУГА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ
F79	НЕОЗНАЧЕНА ДУШЕВНА ЗАОСТАНАТОСТ
F80	СПЕЦИФИЧНИ ГОВОРНИ И ЈАЗИЧНИ РАЗВОЈНИ РАСТРОЈСТВА
F81	СПЕЦИФИЧНИ РАЗВОЈНИ РАСТРОЈСТВА НА ШКОЛСКИТЕ СПОСОБНОСТИ
F84	ПЕРВАЗИВНИ РАЗВОЈНИ РАСТРОЈСТВА
F90	ХИПЕРКИНЕТСКИ РАСТРОЈСТВА
F91	РАСТРОЈСТВА ВО ПОВЕДЕНИЕТО
F92	МЕШАНИ РАСТРОЈСТВА ВО ПОВЕДЕНИЕТО И ЕМОЦИИТЕ
F93	ЕМОЦИОНАЛНИ РАСТРОЈСТВА СО ПОЧЕТОК СПЕЦИФИЧЕН ЗА ДЕТСТВОТО
F94	РАСРОЈ. НА СОЦИЈАЛНОТО ФУНКЦИОН. СО ПОЧЕТ. СПЕЦИФ. ЗА ДЕТСТ. И АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА
F95	ТИКОВИ
F98	ДР. РАСТРОЈСТВА ВО ОБНОСКИТЕ И ЕМОЦИИТЕ ШТО ОБИЧНО ПОЧНУВААТ ВО ДЕТСТВОТО И АДОЛЕСЦЕНЦИЈАТА
ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ	
G11	ХЕРИДИТАРНА АТАКСИЈА
G40	ЕПИЛЕПСИЈА
G41	СТАТУС ЕПИЛЕПТИКУС
G71	ПРИМАРНИ ЗАБОЛУВАЊА НА МУСКУЛИТЕ
G80	ИНФАНТИЛНА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА
G81	ХЕМИПЛЕГИЈА
G82	ПАРАПЛЕГИЈА И ТЕТРАПЛЕГИЈА
Q69	ПОЛИДАКТИЛИЈА
Q70	СИНДАКТИЛИЈА

Q71	РЕДУКЦИСКИ ДЕФЕКТИ НА ГОРЕН ЕКСТРЕМИТЕТ
Q72	РЕДУКЦИСКИ ДЕФЕКТИ НА ДОЛЕН ЕКСТРЕМИТЕТ
Q73	РЕДУКЦИСКИ ДЕФЕКТИ НА НЕОЗНАЧЕН ЕКСТРЕМИТЕТ
Q74	ДРУГИ КОНГЕНИТАЛНИ МАЛФОРМАЦИИ НА ЕКСТРЕМИТЕТ(И)
Q75	ДРУГИ КОНГЕНИТАЛНИ МАЛФОРМАЦИИ НА ЧЕРЕПОТ И НА КОСКИТЕ НА ЛИЦЕТО
Q90	ДАУНОВ СИНДРОМ
Q91	ЕДВАРДОВ СИНДРОМ И ПАТАУОВ СИНДРОМ
Q92	ДРУГИ ТРИЗОМИИ И ПАРЦИЈАЛНИ ТРИЗОМИИ НА АВТОЗОМИТЕ, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДР. МЕСТО
Q93	МОНОЗОМИИ И ДЕЛЕЦИИ ОД АВТОЗОМИТЕ, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО
Q95	БАЛАНСИРАНИ ПРЕРАСПРЕДЕЛБИ И СТРУКТУРНИ МАРКЕРИ, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДР. МЕСТО
Q96	ТУРНЕРОВ СИНДРОМ
Q97	ДРУГИ НЕНОРМАЛНОСТИ НА СЕКС-ХРОМОЗОМОТ, ЖЕНСКИ ФЕНОТИП, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО
Q98	ДРУГИ НЕНОРМАЛНОСТИ НА СЕКС-ХРОМОЗОМОТ, МАШКИ ФЕНОТИП, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО
Q99	ДРУГИ ХРОМОЗОМСКИ НЕНОРМАЛНОСТИ, НЕКЛАСИФИЦИРАНИ НА ДРУГО МЕСТО

ЛИТЕРАТУРА:

Влада на Република Македонија. Закон за државна статистика. (Службен весник на РМ бр. 54/97 и 21/07).

Влада на Република Македонија. Закон за евиденции во областа на здрав- ството. (Службен весник на РМ бр. 20/2009).

Влада на Република Македонија. Закон за заштита на децата. (Службен весник на РМ бр. 98/2000, 17/2003, 65/2004, 113/2005, 98/2008, 107/2008, 46/2009, 83/2009).

Влада на Република Македонија. Закон за здравствена заштита (Службен весник на РМ, бр. 17/97; 15/02; 7/04; 3/05; 19/05; 26/05; 16/06; 11/07; 12/07; 16/08; 27/08; 29/09).

Влада на Република Македонија. Закон за заштита на личните податоци. (Службен весник на РМ, бр. 7/05).

Влада на Република Македонија. Закон за здравствено осигурување (Службен весник на РМ бр. 17/00; 25/00; 5/03; 30/05; 3/06; 28/06; 15/07; 27/07; 8/08; 15/09; 29/09).

Влада на Република Македонија. Закон за заштита на правата на пациенти- те. (Службен весник на РМ бр.:82/2008 и 12/2009).

Влада на Република Македонија. Закон за јавно здравје. (Службен весник на РМ бр. 22/2010).

Влада на Република Македонија. Закон за јавно обвинителство (Службен весник на РМ, бр.150/2007).

Влада на Република Македонија. Закон за кривична постапка (Сл. весник на РМ, бр.150/2010).

Влада на Република Македонија. Закон за малолетничка правда (Службен весник на РМ, бр. 87/07 и 103/08).

Влада на Република Македонија. Закон за народниот правобранител (Служ- бен весник на РМ, бр.09/2003, 09/2009, 09/2016, 10/2016, 02/2018).

Влада на Република Македонија. Закон за превенција, спречување и зашти- та од семејно насилство. (Службен Весник на РМ бр. 138/14).

Влада на Република Македонија. Закон за основно образование. (Службен Весник на РМ бр. 103/08, 33/10, 116/10, 156/10, 18/11, 51/11, 6/12 и 100/12).

Влада на Република Македонија. Закон за податоци во електронска форма и електронски потпис. (Службен весник на РМ бр. 34/2001)

Влада на Република Македонија. Закон за прекршоците против јавниот ред и мир (Службен весник на РМ, бр. 66/07), Закон за кривична постапка, Сл.весник на РМ, бр.23/07).

Влада на Република Македонија. Закон за семејство. (Службен весник на РМ бр. 86/1992, 9/1996, 19/2000, 29/2001, 38/2004, 60/2005, 33/2006, 84/2009, 112/2009).

Влада на Република Македонија. Закон за социјална заштита (Службен весник на РМ, бр. 79/09)

Водич за раководители на претпријатија за пристап на лица со хендикеп Достапно на: <http://polioplus.org.mk/dec/Publikacii/Programi-BIZ/Vodic-za-rakovoditeli/vodic-dec-v1-mk.pdf>

Комитет за правата на лицата со попреченост, Општ коментар Бр.2 (2014). Конвенција за правата на лицата со попреченост. Достапно на: <http://www.mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/Konvencija%20za%20pravata%20na%20licata%20so%20invalidnost.pdf>

Кривичен законик на РМ, член 122, став 19. (Службен весник на РМ 19/04). Министерство за здравство: Мој термин; Скопје. Достапно на интернет на <http://mojtermin.mk/>.

Министерство за здравство. Национална стратегија за јавно здравје. 2016- 2020. Скопје: 2016.

Министерство за здравство. Национална стратегија за здравствен интегри- ран информационен систем. Скопје: 2008.

Министерство за здравство. Национална стратегија за контрола и превен- ција на незаразни болести. Скопје: 2009.

Министерство за труд и социјална политика на РМ. Национална стратегија за превенција и заштита од семејно насилство 2008-2011. Скопје: 2009.

Министерство за труд и социјална политика. Национална стратегија за пре- венција и заштита од семејно насилство 2012-2015. Скопје: 2012.

Министерство за труд и социјална политика. Протокол за постапување на здравствените работници во случај на семејно насилство (Службен Весник на РМ. 2010).

Министерство за труд и социјална политика. Протокол за меѓусебната со- работка на надлежните институции и здруженија за заштита и спречување на семејното насилство; (Службен весник на РМ бр. 143/15).

Министерство за труд и социјална политика (2015): Протокол за меѓусебна- та соработка на надлежните институции и здруженија за заштита и спречу- вање на семејното насилство; (Службен весник на РМ бр. 143/15).

Обединети нации. Конвенција за правата на лицата со попречност, (КПЛП). Член 2. Достапно на: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.

Општ коментар бр. 2 на Комитетот за правата на лицата со попреченост при ООН. Достапно на:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/2&Lang=en

Публикација: Знаковен толкувач на Конвенцијата за правата на лицата со попреченост КПЛП.

<http://zdravstvo.gov.mk/tolkuvanje-na-znakoven-jazik-na-konvencija-ta-na-on-za-pravata-na-licata-so-poprechenost/>

Публикација: Системско законодавство за лицата со хендикеп.
Достапно на:
<https://dokumen.tips/documents/-55720661497959fc0b8b8f39.html>
Светска Здравствена Организација (СЗО). Консултација за Превенција на злоупотреба на децата.1999.
Тоџија Ф., Ѓорѓев Д., Чичевалиева С. Извештај за насилството и здравјето во Македонија – водич за превенција. МЗ/ИЈЗ; Скопје: 2006.
Устав на Република Македонија. (Службен весник на Р.Македонија бр.52/1991).
Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, & Galea G. European report on preventing child maltreatment. Sethi D, editor. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2013.
Black, Michelle C. (2011), Насилство од интимен партнер и последици по здравјето: импликации за клинички работници, Американски журнал на медицина за животен стил, 5: 428–439. (Black, 2011)
Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
Meinck F, Steinert JI, Sethi D, Gilbert R, Bellis MA, Mikton C, et al. Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: A practical handbook. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2016.
Perttu, Sirkka and Verena Kaselitz. Addressing Intimate Partner Violence. Helsinki: Reports of the Ministry of Social Affairs and Health in Finland. 2006.
Resolution No 48/104 United Nations General Assembly, 1993.
Pinheiro, Paulo S. Violence against children: a global report. World report on violence against children. Geneva: United Nations. 2006.
The United Nations International Childrens' Emergency Fund. (UNICEF). Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989.
United Nations Population Fund (UNFPA). Young persons with disabilities: Global study on ending gender based violence and realizing sexual and reproductive health and rights. July 2018.
United Nations. General Assembly Resolution. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015 Available at: [https:// sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030agendafor sustainable development web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030agendafor sustainable development web.pdf)
World Health Organisation (WHO). Teach VIP: Training, Educating, and Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention. Users' Manual. 2006.
World Health Organization (WHO). 67th World Health Assembly. Resolution WHA67.15. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: WHO; 2014:19-24.
World Health Organization. Health 2020: a European policy frame-

work supporting action across government and society for health and well-being. Proceedings of Regional Committee for Europe. 2012:10-3.
World Health Organization (WHO). Resolution Prevention of injuries in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005 [cited 2016Oct27]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/88100/rc55_eres09.pdf
World Health Organization (WHO). Sixty-Ninth World Health Assembly. Resolution WHA69.15 Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within a National Multisectoral Response to address Interpersonal Violence, in particular Against Women And Girls, And Against Children. Geneva: WHO; 2016.
World Health Organization. WHO Regional Committee for Europe resolution EU/RC64/R6: Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 and Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. , Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
World Health Organization. World Health Assembly resolution WHA56.24 on implementing the recommendations of the world report on violence and health. Geneva: WHO; 2003.

