

УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ

**Улога здравственог система у
превенцији родно заснованог насиља
(мастер рад)**

Ментор
Проф. др Миомира Костић

Студент
Стефан Ристовић
Број индекса: М003/19-УП

Ниш, 2022. године

САДРЖАЈ

I УВОД	1
II ОСНОВНИ ПОЈМОВИ РОДНЕ РАВНОПРАВНОСТИ	2
1.1. Род, пол и језик	2
1.2. Родне улоге	4
1.3. Родни идентитет	4
1.4. Родни стереотипи и предрасуде	5
1.5. Родна дискриминација	6
III ДЕФИНИЦИЈА РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА	8
IV ВРСТЕ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА	9
4.1. Физичко насиље	11
4.2. Психичко насиље	12
4.3. Сексуално насиље	13
4.4. Економско насиље	15
4.5. Насиље у породици	15
4.6. Прогањање	19
4.7. Родно засновано насиље у оружаном сукобу	20
4.8. Родно засновано насиље у дигиталном окружењу	22
V ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И НИВОИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ	24
5.1. Примарна здравствена заштита	25
5.2. Организациона структура примарне здравствене заштите	30
VI УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ПРЕВЕНЦИЈИ И ОТКРИВАЊУ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА	32
6.1. Сусрет са жртвама родно заснованог насиља	35
6.2. Пружање здравствене неге жртви насиља	39
6.3. Документовање насиља	42
6.4. Здравствене последице насиља	45
6.5. Процена безбедности жртава родно заснованог насиља и развој безбедносног плана	49
VII МУЛТИСЕКТОРСКА САРАДЊА У ПРЕВЕНЦИЈИ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА	51
7.1. Медији и родно засновано насиље	53
7.2. Насиље у школи и утицај образовних институција на родно засновано насиље	54
7.3. Родно засновано насиље и поступање полицијских службеника	55
7.4. Поступање Центра за социјални рад у случајевима родно заснованог насиља	58
7.5. Поступање тужилаштва и суда у случајевима родно заснованог насиља	62

VIII РЕЗУЛТАТИ ЕМПИРИЈСКОГ ИСТРАЖИВАЊА	66
8.1. Опис истраживања	66
8.2. Анализа резултата истраживања	67
IX ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА	75
ПОПИС КОРИШЋЕНЕ ЛИТЕРАТУРЕ	79
ПОПИС ОСТАЛЕ ИСТРАЖИВАЧКЕ ГРАЂЕ	84
САЖЕТАК И КЉУЧНЕ РЕЧИ	86
SUMMARY AND KEYWORDS	88
БИОГРАФИЈА АУТОРА	90

I УВОД

Родно засновано насиље представља један облик кршења људских права и нарушавања људског достојанства, које погађа све државе. Родно засновано насиље познато је од давнина, међутим ова појава је и даље распрострањена у данашњем друштву, без обзира на развој људских права и слобода и њихове гаранције и заштите. Оно представља распрострањен и вишедимензионални друштвени проблем, у чијем спречавању, превенцији и откривању учествују све друштвене установе. Предмет овог рада је управо родно засновано насиље, и то првенствено кроз призму система здравствене заштите. Здравствени сектор, односно примарна здравствена заштита имају значајну улогу у систему установа која врше превенцију родно заснованог насиља.

У другом делу рада бавићемо се неким од основних појмова рода и родне равноправности, који представљау услов за разумевање саме појаве родно заснованог насиља као и његове превенције. У наставку говоримо о основним елементима и дефиницији родно заснованог насиља. Како оно представља појаву која се може испољити на много начина, четврти део рада објашњава појавне облике и карактеристике родно заснованог насиља, чије објашњавање помаже да се у даљем делу рада схвати превенција и откривање насиља од стране здравственог система. Тема петог дела рада је здравствена заштита и здравствени систем, односно систем примарне здравствене заштите који има главну улогу у превенцији родно заснованог насиља, с обзиром да се жртве најчешће срећу на овом нивоу здравствене заштите приликом добијања здравствене неге. Наредни део рада бави се поступањем здравствених радника од тренутка када идентификују лице које је претрпело родно засновано насиље, па све до процене безбедности жртве и израде безбедносног плана, и њеног упућивања на друге државне установе.

Како се борба и превенција родно заснованог насиља не завршава само на нивоу система здравствене заштите, у седмом делу осврнућемо се на утицај и ангажовање других сектора друштва, који помажу у остваривању резултата у превенцији насиља. Последњи део рада посвећен је емпиријском истраживању које је извршено у здравственој установи Дом здравља Ниш, и приказује опис истраживања, анализу резултата истраживања и резултате спроведеног истраживања.

II ОСНОВНИ ПОЈМОВИ РОДНЕ РАВНОПРАВНОСТИ

Иако се родно засновано насиље догађа у приватној сфери живота, то не значи да се ова појава треба третирати као таква. Родно засновано насиље представља појаву која погађа читаво друштво, и због тога је потребно да родна равноправност буде актуелније питање и да буде заступљеније у друштву. Да бисмо у потпуности схватили обим и суштину родно заснованог насиља, потребно је претходно се упознати са неким основама родне равноправности, које државне установе и други важни носиоци друштвених одлука промовишу кроз своје активности, програме и политике које реализују у друштвеној заједници, уједно на тај начин борећи се и против родно заснованог насиља. У наставку рада ћемо се упознати са појмовима рода, пола и језика, родним идентитетом, стереотипима и предрасудама, као и са појмом родне дискриминације.

1.1. Род, пол и језик

Појам род је крајем педесетих година први пут употребио Џон Мани (John William Money) новозеландски психолог и сексолог. Осим појма род, Џон Мани је такође први увео појмове као што су родни идентитет, родна улога и сексуална оријентација.¹ Он је наглашавао да су родне улоге научене. На пример, жена која носи хаљину и штикле јавно приказује културолошки прихваћену женску родну улогу, што је научено понашање. Родни идентитет, с друге стране, илуструје нечије унутрашње искуство сексуалности. Мани је био један од првих научника који је признао да нечији биолошки пол можда не одговара његовом или њеном родном идентитету.

Може се рећи да се род као друштвена категорија односи на диференцијације које постоје између мушкараца и жена. Ове разлике у роду могу се протезати од биолошких разлика па све до друштвених улога.

¹ A. Ehrhardt, 'John Money, PhD', Journal of Sex Research, no. 3, Vol. 44, 2007, pp 223

Према новијим теоријама пол се дефинише као биолошки ниво разлике између мушкараца и жена, док се род дефинише као социјални и психолошки ниво напред поменутих разлика.²

Маргарет Мид³ је пол дефинисала као биолошку категорију а род као друштвени конструкт. Сматра се да нам је пол додељен на рођењу и он се пре свега одређује према видљивим гениталијама човека као и према репродуктивним функцијама, док род представља конструкт једног конкретног друштва.⁴ Овако посматрано, може се извести закључак да је пол утврђен самим рођењем и као такав је углавном непроменљив и универзалан током целог живота једне особе.

За род се може рећи да представља скуп очекивања везаних за један пол која су условљена бројним околностима као што су култура, религија, политика али и очекивања која су условљена обичајима, традицијом, класном, и етничком припадношћу.⁵

Истанбулска конвенција под појмом „род“ означава друштвено одређене улоге, понашања, активности и атрибуте које дато друштво сматра прикладним за жене и мушкарце.⁶

Језик представља основно средство комуникације. Може се рећи да је језик низ конвенција које су створане током људске историје.⁷ Жене су се током периода кроз који се језик развијао често суочавале са опресијом. Трагови те исте опресије и данас се могу видети у језику. Женски парламент је 1990. године у првим амандманима на предлог Устава СР Србије захтевао да се уз одређене именице мушког рода, као што су грађанин, представник, одборник, члан, уврсте и именице женског рода – грађанка, представница, одборница, чланица итд. Овим чином дато је до знања женама да и оне имају право да обављају послове на које се напред наведене речи односе. Навођење професија, звања и титула жена у мушком роду представља експлицитну

² Britannica, The Editors of Encyclopaedia. "gender identity". Encyclopedia Britannica, 2020, преузето 5. Јануара 2022, <https://www.britannica.com/topic/gender-identity>

³ Америчка културолошка антрополошкиња која је утицала на сексуалну револуцију 1960-их

⁴ M. Mead, *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*, New York, 2001, pp. 38

⁵ М. Докмановић, Род и право, у: И. Милојевић и С. Марков (ур.), Увод у родне теорије, Нови Сад, 2011, страна 295

⁶ Члан 3 Конвенције о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, Истанбул, 2011

⁷ Ј. Филиповић, Род и језик, у: И. Милојевић, С. Марков (ур.), Увод у родне теорије, Нови Сад, 2011, стр. 419

дискриминацију. Сматра се да је употреба родно осетљивог језика први корак ка постизању родне равноправности, и он подразумева језичку видљивост жена. Језик треба да има циљ да изједначи мушкарца и жену и тиме да их постави на једнаку друштвену основу избегавајући било какву дискриминацију која произилази из идеје да је мушки пол супериорнији у односу на женски.⁸

1.2. Родне улоге

Родне улоге се стварају, преносе и уче, те су подложне мењању током времена.⁹

Може се рећи да оне представљају скуп стереотипа и очекивања шта жене и мушкарци треба и могу да раде. Када говоримо о родној улози жене она се може поделити на продуктивну, што се односи на рад ван куће, и репродуктивну што се односи на бригу о деци и рад у кући.¹⁰

Оно што је константа у патријархалном друштву јесте да се разлике између мушкараца и жена по правилу окрећу у корист мушкарца, односно фаворизују мушкарца, а дефаворизују жену до отворене дискриминације.¹¹

1.3. Родни идентитет

Родни идентитет је један од аспеката друштвеног идентитета појединаца који подразумева субјективну перцепцију о припадности или неприпадности властитом биолошком полу.

Родни идентитет је на индивидуалном нивоу независан од тога кога је пола лице, тј који је пол детету уписан при рођењу, иако се већи део популације идентификује са биолошким полом.¹²

Сматра се да на родни идентитет утичу генетске и хормоналне одреднице, док биолошки фактори укључују утицај тестостерона на мозак. Многи психоаналитичари

⁸ З. Мршевић, Механизми за родну равноправност. у: Д. Поповић (ур.), Зборник предавања са курса Политике родне равноправности, Београд, 2011, страна 17

⁹ Асоцијација за сексуално и репродуктивно здравље Србије (СРХ Србија), Родна питања, приступљено 11. јануара 2022., <http://ljudskaprava.org/index.php/sr-yu/zakoni/rodna-pitanja>

¹⁰ Г. Милошевић, Родна равноправност и родно засновано насиље : приручник, Земун, 2012, страна 121

¹¹ З. Мршевић, Ка демократском друштву – родна равноправност, Београд, 2011, страна 38

¹² В. Јарић, Н. Радовић, Речник родне равноправности, Београд, 2011, страна 153

верују да се родни идентитет гради до треће године живота и да су социјални фактори који утичу на родни идентитет везани за породицу.¹³

Насупрот полу који се посматра као нешто што нам је биолошки дато, род обухвата сва она схватања, уверења, очекивања, улоге и изражавања које одређено друштво сматра типичним за особе одређеног пола.

1.4. Родни стереотипи и предрасуде

Разлике између мушкараца и жена се у одређеној мери испољавају у стереотипним приказима ових група. Стереотипи о начину на који мушкарци и жене размишљају и понашају се су нашироко распрострањени. Међутим, стереотипна очекивања се не одражавају само на постојеће разлике, већ утичу и на начин на који се жене и мушкарци дефинишу и како се према њима други опходе.

Емпиријске студије показују да родни стереотипи утичу на начин на који људи прате, тумаче и памте информације о себи и другима. Разматрање когнитивних и мотивационих функција родних стереотипа помаже нам да разумемо њихов утицај на имплицитна веровања о мушкарцима и женама.¹⁴

Родни стереотипи представљају мишљења о улогама коју жене и мушкарци треба да имају у друштву. Стереотипи се најчешће називају предрасудама. Сматра се да су у стереотипима претерано наглашене стварне групне разлике и карактеристике. При том се занемарује утицај околине на њихов настанак а у први план истиче њихово подразумевајуће важење. Стереотипно размишљање није само индивидуални процес већ и друштвени феномен – многи аспекти нашег свакодневног живота обојени су стереотипним приступом стварности, а да ми тога често нисмо ни свесни. Сви ови стереотипи могу лако довести до стварања предрасуда и водити у различите облике дискриминације.¹⁵

Родни стереотипи имају дескриптивне компоненте или веровања о томе како мушкарци и жене обично делују, као и прескриптивне компоненте или веровања о томе како мушкарци и жене треба да се понашају. На пример, жене треба да негују друге и

¹³ R. G. Kopff, E. Nersessian, Textbook of Psychoanalysis, Washington DC, 1996, pp. 645

¹⁴ N. Ellemers, Gender stereotypes, Annual Review of Psychology, no. 1, Vol. 69, Faculty of Social Sciences, Utrecht University, 2018, pp. 275

¹⁵ UNICEF, Модул 11: Рад на елиминацији стигме и дискриминације - Промовисање једнакости, инклузије и поштовања различитости, 2019, страна 11

избегавају доминацију, а мушкарци су агресивни и избегавају слабости. Најчешћи модели особина мушког и женског стереотипа су да су мушкарци рационални, агресивни, мудри, амбициозни, док су жене емоционалне, лабилне, лукаве, слабе, и др. Претпоставља се да прескриптивна природа произилази из високог нивоа контаката и међузависности између мушкараца и жена, који не само да посматрачима омогућавају да креирају субјективне процене како мушкарци и жене заправо делују, већ и да стварају очекивања о томе како треба да делују.¹⁶

1.5. Родна дискриминација

Дискриминација према женама јесте свако разликовање, искључивање или ускраћивање које се чини на основу пола а са последицом или циљем угрожавања или онемогућавања стицања или остваривања, а по основу равноправности мушкараца и жена, људских права и основних слобода у политичкој економској, друштвеној, културној, грађанској или другој сфери.¹⁷

Према истраживањима, Исланд је родно најравноправнија земља у свету. Постоје значајне разлике између и унутар различитих географских подручја. Западна Европа остаје регион који је највише напредовао ка родном паритету (77,6%). Северна Америка је друга по реду (76,4%), а затим следе Латинска Америка и Кариби (71,2%) и Источна Европа и Централна Азија (71,1%). Регион Блиског истока и северне Африке остаје област са највећим јазом (60,9%). При садашњем релативном темпу, родне разлике могу потенцијално бити превазиђене за 52,1 годину у Западној Европи, 61,5 година у Северној Америци и 68,9 година у Латинској Америци и на Карибима. У свим другим регионима биће потребно више од 100 година да се превазиђу родне разлике и то: 121,7 година у подсахарској регији Африке, 134,7 година у источној Европи и централној Азији, 165,1 година у источној Азији и Пацифику, 142,4 године на Блиском истоку и северној Африци, и 195,4 године у Јужној Азији.¹⁸

¹⁶ A.M. Koenig., Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly, *Frontiers in Psychology*, no. 1086, Vol. 9, 2018, pp 1-2, 5

¹⁷ Члан 1 Конвенције о укидању свих облика дискриминације жена (CEDAW), Уједињене Нације, Њујорк, 1979

¹⁸World Economic Forum, *Global Gender Gap Report*, World Economic Forum 2021, Davos, 2021, pp. 7

Разлика у платама на основу пола је још увек присутна, али се смањује. Жене које раде пуно радно време сада зарађују 80 процената мушке плате, у поређењу са 62 одсто 1979. године.¹⁹

У Азијским земљама родна дискриминација се огледа у томе што многе породице желе мушку децу јер она представљају додатни извор прихода, док се женска деца сматрају мање вредном за рад и нису у стању да обезбеде средства за издржавање.²⁰ До 1990-их, родне разлике у Кини биле су концентрисане у сиромашним руралним подручјима, и међу сиромашним домаћинствима, где се деца такмиче са више браће и сестара за ресурсе за образовање, а трошкови образовања представљају терет за породицу. У 2000-им, већина мајки је изразила егалитарне ставове о правима и способностима девојчица и дечака. Међутим, велика већина мајки и даље очекује да ће их синови издржавати у старости, а скоро једна од пет интервјуисаних мајки сложила се са традиционалном изреком: „Слање девојчица у школу је бескорисно јер ће се на крају венчати и отићи од куће.”²¹

Иако су афричке државе знатно напредовале у побољшању родног паритета, подсахарске, афричке и северноафричке земље премостиле су само 66% и 60% своје родне неједнакости.²² Иако жене уопштено говорећи чине више од половине становништва, оне имају ограничен приступ земљишту и стамбеним објектима а проблем представља и остваривање права власништва над њима. Жене представљају окосницу пољопривредног сектора и баве се самоодрживом пољопривредом, међутим њихова нетржишна продуктивност није призната као економски учинак. Стога су суочене са значајном дискриминацијом, која представља велику препреку за повећање њихове продуктивности.²³ Поред тога, жене генерално немају приступ ресурсима као што су технологија, кредит, образовање и обука и формално запослење чиме се повећава ниво сиромаштва међу женама у региону у поређењу са мушкарцима. Као

¹⁹ Y. Wu April, N.S. Karamcheva, A. Munnell, P.J. Purcell, How Do Trends in Women's Labor Force Activity and Marriage Patterns Affect Social Security Replacement Rates?, *Social Security Bulletin*, no. 2, Vol 73, 2013, pp. 4

²⁰ K. Xie, The "missing girls" from China: Reforms Are Too Little, Too Late, *Harvard International Review*, no. 2, Vol. 36 (2), pp. 34

²¹ E. Hannum, P. Kong, Y. Zhang, Family sources of educational gender inequality in rural China: A critical assessment, *International Journal of Educational Development*, no. 5, Vol. 29, 2009, pp. 474 - 475

²² Lynsey Chutel (2018, 20. december), It will take 135 years to close the gender gap in sub-Saharan Africa, *Quartz Africa*, приступљено 14. јануара 2022,

<https://qz.com/africa/1503278/global-gender-gap-index-africas-gap-widens/>

²³ M. Roselyn, M. Faiza Jama, M. Firoze (eds.), *Breathing Life into the African Union Protocol on Women's Rights in Africa*, Nairobi, 2006, pp. 22

результат, жене носе терет смањења буџетских средстава у друштвеним секторима и незапослености због социјалних и економских реформи наметнутих глобалном макроекономском политиком.²⁴

III ДЕФИНИЦИЈА РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

Родно засновано насиље представља глобални феномен и једну од најраспрострањенијих појава којом се крше људска права и нарушава људско достојанство. Ова појава позната је још од најраније људске историје, али је одолела притиску времена и може се и даље наћи у свим савременим социоекономским, културним и религијским групама.

Према чл. 3 (д) Конвенције о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, „родно засновано насиље над женама“ означава насиље, које је усмерено против жене зато што је жена, односно оно које несразмерно погађа жене. Конвенција препознаје структурну природу насиља над женама као родно засновано насиље, као и да је насиље над женама један од кључних друштвених механизма којима се жене приморавају да буду у подређеном положају у односу на мушкарце.²⁵

Родно засновано насиље је облик дискриминације, који озбиљно спречава жене да уживају у правима и слободама на основу равноправности са мушкарцима(...) Укључује дела којима се наноси физичка, психичка или сексуална штета или патња, претња оваквим делима, принуду и друга ограничења слободе.²⁶

Родно-засновано насиље над женама се јавља у свим просторима и сферама људске интеракције, било јавним или приватним. Оно укључује породицу, заједницу, јавне просторе, радна места, доколицу, политику, спорт, здравствене службе, образовне

²⁴ B. Lopi, *Beyond Inequalities 2008 - Women in Southern Africa*, Harare, 2008, pp. 8

²⁵ Preamble & Article 3d, Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, Istanbul, 2011, преузето 8.11.2021, <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.html>

²⁶ Article 1 & 6, UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against women, 1992, преузето 8.11.2021, <http://www.refworld.org/docid/52d920c54.html>

поставке и њихову редефиницију путем технолошки подржаних окружења, као што су савремени облици насиља који се дешавају на Интернету и у дигиталним просторима.²⁷

Родно засновано насиље односи се на зло почињено над особом као последица неједнакости моћи која се и сама заснива на родним улогама. Насиље засновано на роду није синоним за насиље над женама, али се често користи у том значењу, будући да су жене примарне мете родно заснованог насиља. Због родне дискриминације, која ставља жене у положај угрожености и немоћи, женске жртве „трпе теже последице у односу на оно што трпе мушкарци.“²⁸

Према наведеним дефиницијама, као и у досадашњој пракси како у нашој држави, тако и у свету, може се уочити да родно засновано насиље несразмерно више погађа жене у односу на мушкарце. Иако се најчешће дешава у приватном домену живота, родно засновано насиље није приватан проблем и има далекосежне последице не само по жртву већ и на друштво у целини.

Ако се насиље у 95% случајева догађа женама, а мушкарце погађа тек спорадично, сигурно је реч о насиљу које је засновано на компоненти рода.²⁹

Како је родно засновано насиље акт дискриминације на основу рода, мере за осигурање родне равноправности чине веома важну полазну тачку за обезбеђивање правне основе за борбу против ове врсте насиља.³⁰ Зато је неопходно да се приликом одређивања мера полази од становишта да је дискриминација у сржи родно заснованог насиља и да самим тим повећава изложеност жена насиљу.

²⁷ Став 20 Опште препоруке бр. 35 о родно-заснованом насиљу над женама, ажурирање Опште препоруке бр. 19, Уједињене нације - комитет за елиминацију дискриминације жена, 2017

²⁸ ОЕБС, За безбедност код куће: Сузбијање насиља над женама у региону ОЕБС, Компилација добрих пракси, Беч, 2009, страна 12

²⁹ В. Јарић, Н. Радовић, Речник родне равноправности, Нови Сад, 2010, страна 147-148

³⁰ ОЕБС, За безбедност код куће: Сузбијање насиља над женама у региону ОЕБС, Компилација добрих пракси, Београд, 2019, стр. 86

IV ВРСТЕ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

У најширем смислу, под родно заснованим насиљем спада насиље које се дешава у породици, насиље унутар заједнице, као и насиље почињено или толерисано од стране државе.³¹

Родно засновано насиље обухвата читав низ штетних понашања која се одређују као физичко, сексуално, психолошко и економско насиље, у зависности од преобладајућих насилних радњи. Поред физичког и сексуалног насиља која проузрокују повреде, па их је самим тим релативно лако препознати, искуства жена које су изложене родном насиљу говоре да психолошко и економско насиље такође имају веома велике, негативне последице по здравље жена. Исто тако, у облике родног насиља такође спада и читав низ штетних обичаја и пракси као што су рано ступање у брак, присилни брак, или селекција пола још пре рођења.³²

Анализираћемо облике родно заснованог насиља с обзиром на начине на које се најчешће испољавају. То су:

- 1) физичко насиље,
- 2) психичко насиље,
- 3) сексуално насиље,
- 4) и економско насиље.

Наведени облици насиља се у већини случајева веома ретко манифестују појединачно, него као комбинација два или више облика. Поред наведених облика насиља постоји и тзв. пасивно злостављање које представља посебан облик насиља и тешко га је уочити. Веома је суптилан а укључује виктимизацију и запостављање, духовно и интелектуално злостављање.³³

³¹ Члан 2 Декларације УН против насиља над женама (А/Рес/48/104) 1993,.., Prevention of domestic Violence and Trafficking in Human Beings, Training Manual, Winrock International, Kyiv, Ukraine, 2001, преузето 13.11.2021, <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.216.5682&rep=rep1&type=pdf>

³² С. Оташевић, С. Савић, Одговор здравственог сектора на родно засновано насиље: Водич за здравствене раднике/це, Београд, 2015, стр. 18

³³ М. Жарковић, Т. Шурлан, Ј. Киурски, М. Матић, и С. Јосимовић, Ка бољој заштити жртава насиља у породици, одговор правосуђа, методологија за сензибилизацију жртава насиља у породици, Београд, 2012, страна 165-166

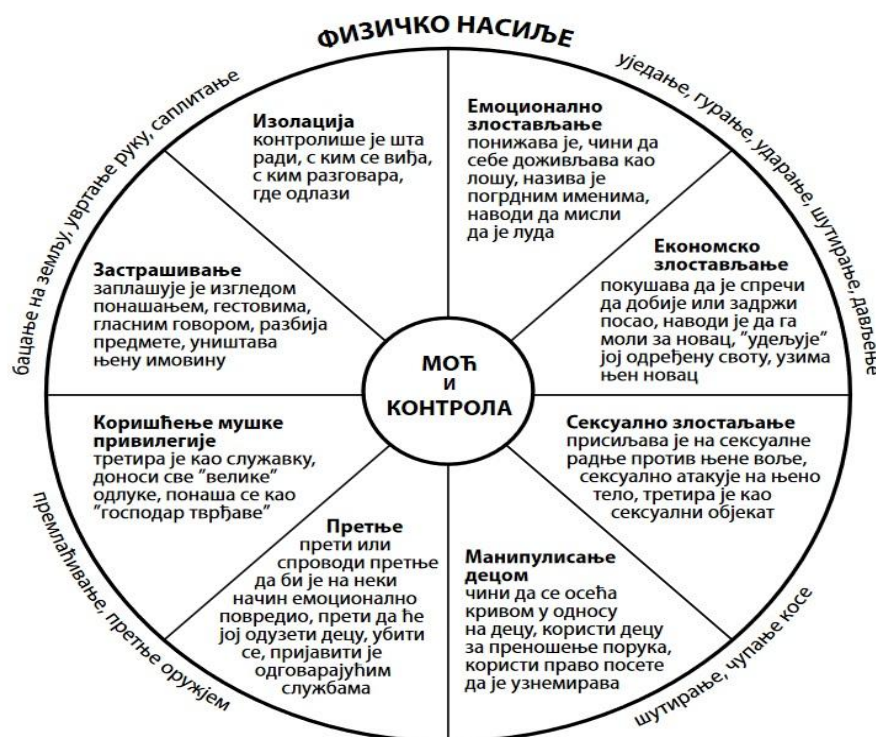
У приватној сфери живота, родно засновано насиље се најмасовније испољава у виду насиља у породици. Жртве су најчешће жене и деца, а у несразмерно мањем броју мушкарци, те се овим видом насиља у великој мери угрожавају људска права и слободе.

Родно засновано насиље редовно се испољава и у случају рата и оружаних сукоба, највише као сексуално насиље.

4.1. Физичко насиље

Физичко насиље подразумева примену физичке силе на другу особу, чиме се угрожава њен телесни интегритет, и којом се жртви наноси или се покушава нанети телесна повреда. Ова врста насиља у суштини подразумева постојање намере и жеље код лица које је нападач да друго лице повреди. Светска здравствена организација је физичко насиље дефинисала као „намерну употребу физичке силе са могућношћу да доведе до смрти, повреде, или оштећења, укључујући (али не ограничавајући се на) широк спектар насилног понашања: гурање, шамарање, дрмусање, повлачење за косу, ударање, те употреба или претња употребом оружја (пиштоља, ножа или неког другог предмета)“.

Слика 1 - Точак моћи и контроле



Извор: Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу, Република Србија. Министарство здравља, Београд, 2011

Здравствене последице насиља нису само физичке повреде, већ и низ других, мање видљивих поремећаја здравља. Чешће од повреда, јављају се такозвани функционални поремећаји здравља, који настају као индиректне последице насиља, и представљају поремећаје функције различитих органа и органских система и они не морају да буду праћени видљивим физичким повредама. Стога их здравствени радници ретко доводе у везу са изложености насиљу.³⁴

Физичко насиље се испољава у различитим облицима, најчешће као: ударање, шутирање, дављење, шамарање, чупање за косу, гребане, гурање, уједање, наношење опекотина, задржавање и онемогућавање кретања неког лица, туча. Физичко, сексуално и психолошко насиље се често јављају удружено, и то значајно повећава ризик за нарушавање здравља.

Знаци физичког насиља у највећем броју случајева су видљиви и манифестују се као повреде на ногама, рукама, лицу, грудном кошу, стомаку, и то у виду хематома, огреботина, посекотина, опекотина, прелома костију, трагова гушења на врату итд. За препознавање испољеног физичког насиља није неопходно постојање видљивих промена на телу жртве – оне се углавном доказују лекарским уверењем и могу бити предмет вештачења. Ако нису присутне видљиве промене на телу жртве, доказивање постојања физичког насиља постиже се другим расположивим средствима.³⁵

4.2. Психичко насиље

Психичко насиље представља намерно понашање које озбиљно нарушава психички интегритет неког лица кроз принуду, односно претње. Ова врста насиља може се чинити различитим средствима и методама, и испољити као злостављачки образац понашања током времена .

Психичко насиље често претходи или прати физичко и сексуално насиље у интимном партнерском односу или у породици. Појавни облици психичког насиља најчешће подразумевају, али не искључују и друге облике: омаловажавање, игнорисање, вређање, коришћење привилегија, подругивање, псовке, исмевање, приговарање, претње и принуде, застрашивање, контролу (различитих или свих аспеката живота),

³⁴ Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу, Република Србија. Министарство здравља, Београд, 2011, страна 8-9

³⁵ Д. Крстинић, Ј. Васиљковић, Облици насиља у породици, Право - теорија и пракса, бр. 7-9, Vol. 36, Нови Сад, 2019, страна 71

презир, малтретирање, изолацију, окривљавање, вербални напади, манипулације децом.³⁶

За разлику од физичког насиља које представља трајни терор, јасно и препознатљиво угрожавање физичког интегритета, које изазива бес, страх и немоћ жртве, психичко насиље представља ерозију самопоштовања и способности за самосталан живот и одлучивање, а најчешће код жртве изазива осећање стида и понижења.³⁷

4.3. Сексуално насиље

Сексуално насиље је општи назив за бројне облике сексуалног понашања за које је карактеристично да се одвијају без пристанка, односно изнуђени су применом силе и/или претње.³⁸ Лиз Кели, феминистичка теоретичарка, даје следећу дефиницију: „Сексуално насиље укључује сваки физички, визуелни, вербални или сексуални чин који је, у време кад се догодио или накнадно, жена или девојка доживела као претњу или напад, и који ју је повредио или деградирао, и/или у којем јој је одузета контрола у интимном контакту”.³⁹

Истраживање Светске здравствене организације спроведено у више земаља света показало је да учесталост родно заснованог насиља, у зависности од земље у којој је истраживање спроведено, на глобалном нивоу износи:

Табела 1. Распрострањеност насиља у свету⁴⁰

Врста насиља	Распрострањеност у свету
Физичко насиље	13-61%
Сексуално насиље	6-59%
Психолошко/емоционално насиље	20-75%

³⁶ Ј. Кротић, Т. Игњатовић, Б. Славковић, Преживети насиље - последице по психичко здравље жртава породичног насиља и трговине људима, Београд, 2016, страна 18

³⁷ Е. Остојић, Други поглед на свет- Не живјети са насиљем, Зеница, 1999, страна 108-110

³⁸ Т. Игњатовић, Д. Живковић, Б. Мацановић, Силовање је злочин, Приручник за жене које су преживеле сексуално насиље, Београд, 2009, страна 6

³⁹ L. Kelly, Surviving Sexual Violence, Cambridge, Oxford, 1988, pp. 47

⁴⁰ Ово су резултати из 10 земаља (Бангладеш, Бразил, Перу, Тајланд, Етиопија, Танзанија, Јапан, Намибија, Србија и Самоа) на узорку од 24.000 испитаница WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women, Geneva, 2005

Виктимолошко друштво Србије је 2003. године спровело истраживање о породичном насиљу у Србији, на узорку од 700 пунолетних жена из градских и сеоских подручја са територије седам градова. Резултати овог истраживања су показале следећу учесталост насиља: физичко насиље – 30,6%, психичко – 46,1% и сексуално – 8,7%. Најчешће је насилник био муж или партнер.⁴¹

Постоје различити облици сексуалног насиља:⁴²

- Силовање од непознатог мушкарца;
- Силовање на љубавном састанку;
- Силовање од стране познаника, пријатеља, комшије...;
- Силовање у браку;
- Силовање у рату;
- Покушај силовања;
- Сексуално узнемиравање или уцењивање на послу, у школи, на факултету, на улици, у превозу...;
- Инцест над дететом од стране одрасле особе од поверења и ауторитета;
- Сексуално и емотивно узнемиравање у породици;
- Сексуална злоупотреба деце за снимање порнографских слика и филмова, продаја и подвођење деце;
- Сексуална трговина женама;
- Сексуално искоришћавање жена кроз проституцију, порнографију и сексуално ропство;

Услед овакве врсте насиља, самопоштовање жртве се значајно умањује, она може осећати кривицу и стид због тога што се десило. Нажалост, жртве углавном ћуте о томе и могу носити ову трауму у себи годинама, као скривену патњу. Осим сексуалног злостављања и насиља, важно је бити свестан и сексуалног узнемиравања које се може јављати свакодневно. И овај облик насиља доводи до смањења самопоштовања жртве и, у неким случајевима, може водити и злостављању. Непоштовање друге особе деградира љубав и осећања везана за сексуалност, што ствара основу за ризично понашање.⁴³

⁴¹ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, страна 20

⁴² Ј. Савић, Л. Млађеновић, *Сексуално насиље: Разумевање искуства трауме*, Београд, 2009, страна 4-5

⁴³ Д. Спасић, Ж. Никач, *Одређивање и разграничење основних појмова*, у: Г. Милошевић (ур), *Родна равноправност и родно засновано насиље (приручник)*, Београд, 2012, страна 20

4.4. Економско насиље

Економско насиље може бити суптилно и тешко препознатљиво, нарочито у традиционалним и патријархалним срединама у којима је устаљено мишљење о томе шта су женске, а шта мушке улоге - да мушкарац треба да зарађује и располаже новцем, а жена да брине о породичном животу.

Овај облик насиља подразумева неједнаку доступност заједничким средствима, ускраћивање или контролисање приступа новцу, спречавање запошљавања или стручног напредовања, ускраћивање права на власништво, присиљавање да се жена одрекне власништва, отуђење ствари без сагласности жене и слично. При томе, без приступа финансијским средствима, жене су економски зависне од насилника, што представља највећу препреку за жену која жели да напусти насилну везу.⁴⁴

4.5. Насиље у породици

Породица представља основ сваког друштва јер омогућава правилан развој појединца, а истовремено утиче и на развој друштва у сваком друштвено политичком систему. Сваки човек, по правилу, највећи део свог живота од рођења до смрти, проведе у оквиру породице. Нажалост, разумевање и узајамно поштовање нису присутни у свакој породици, па неретко долази до поремећених односа унутар ње. До неразумевања, неслагања и нетрпељивости међу члановима породице, потом и до нарушавања стабилности породице, а у многим случајевима и до насиља у породици, долази под утицајем многих фактора који делују унутар и ван породице. Насиље у породици је последњих година постао веома изражен проблем. Расположива сазнања указују да насиље у породици има веома озбиљне друштвене и индивидуалне последице и да су његове жртве далеко чешће жене и деца него одрасли мушкарци, и самим тим насиље у породици представља изузетно сложену друштвену појаву.⁴⁵

⁴⁴ Виктимолошко друштво Србије, Водич кроз поступке за заштиту права жртава родно засноване дискриминације и насиља пред независним телима у Србији, Београд, 2019, страна 21

⁴⁵ Ј. Матијашевић-Обрадовић, Н. Стефановић, Насиље у породици у светлу Породичног закона, Кривичног законика и Закона о спречавању насиља у породици, Право - теорија и пракса, бр. 4-6, Vol. 34, Нови Сад, 2017, страна 13-14

Насиље у породици, у смислу Породичног закона, јесте понашање којим један члан породице угрожава телесни интегритет, душевно здравље или спокојство другог члана породице. Под члановима породице сматрају се следећа лица: супружници или бивши супружници; деца, родитељи и остали крвни сродници, те лица у тазбинском или адоптивном сродству, односно лица која везује хранитељство; лица која живе или су живела у истом породичном домаћинству; ванбрачни партнери или бивши ванбрачни партнери; лица која су међусобно била или су још увек у емотивној или сексуалној вези, односно која имају заједничко дете или је дете на путу да буде рођено, иако никада нису живела у истом породичном домаћинству. У другом ставу истог члана закона наведени су карактеристични случајеви насиља у породици који се најчешће испољавају у пракси: наношење телесних повреда, покушај наношења телесних повреда, присиљавање на сексуални однос или сексуални однос са лицем које није навршило 14 година живота или са немоћним лицем, ограничавање слободе кретања или комуницирања са трећим лицима, вређање, као и свако друго безобзирно и злонамерно понашање.⁴⁶

Насиље у породици као засебно кривично дело постоји од ступања на снагу Закона о изменама и допунама Кривичног закона Републике Србије с почетка 2002. године. До тада је заштита од насиља у породици остваривана покретањем кривичног поступка за неко од општих кривичних дела насиља (лаке или тешке телесне повреде, угрожавање сигурности једног или више лица, угрожавање оружјем или опасним оруђем при тучи или свађи...). Таква заштита показала се, како сам Врховни суд признаје, неадекватном, док су случајеви насиља у породици веома честа појава у нашем друштву.⁴⁷

Насиље у породици као кривично дело предвиђено је на следећи начин у Кривичном закону:⁴⁸ „Ко применом насиља, претњом да ће напасти на живот или тело, дрским или безобзирним понашањем угрожава спокојство, телесни интегритет или душевно стање члана своје породице, казниће се затвором од три месеца до три године. Ако је при извршењу овог дела коришћено оружје, опасно оруђе или друго средство подобно да тело тешко повреди или здравље тешко наруши, учинилац ће се казнити затвором од шест месеци до пет година.

⁴⁶ Члан 197 Породичног закона ("Сл. гласник РС", бр. 18/2005, 72/2011 - др. закон и 6/2015)

⁴⁷ Ј. Матијашевић-Обрадовић, Н. Стефановић, *op. cit.*, страна 22

⁴⁸ Члан 194 Кривичног законика ("Сл. гласник РС", бр. 85/2005, 88/2005 - испр., 107/2005 - испр., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016 и 35/2019)

Ако је услед дела из става 1. и 2. наступила тешка телесна повреда или тешко нарушавање здравља или су учињена према малолетном лицу, учинилац ће се казнити затвором од две до десет година.

Ако је услед дела из става 1, 2. и 3. наступила смрт члана породице, учинилац ће се казнити затвором од три до петнаест година.

Ко прекрши мере заштите од насиља у породици које му је суд одредио на основу закона, казниће се затвором од три месеца до три године и новчаном казном.”

Појавни облици насиља у породици су:

- Насиље у партнерским односима
- Насиље међу адолесцентима
- Насиље над мушкарцима
- Насиље према деци
- Насиље према стари(ји)м особама.

Насиље у партнерским односима као посебан облик може се дефинисати као насиље над актуелним или бившим партнерима, било да је реч о брачним партнерима, ванбрачним партнерима, хетеросексуалним, хомосексуалним или бисексуалним односима, а може да укључује физичко, психичко, емоционално, економско и сексуално насиље и злостављање.

Насиље међу адолесцентима представља новију форму насиља с обзиром на то да млади све раније ступају у сексуалне односе (смањује се доња граница старости ступања у сексуалне односе). Адолесценција обухвата период између детињства и зрелости. Током периода адолесценције могу се уочити три карактеристична (развојна) периода: од 12 до 14 година рана адолесценција, од 14 до 18 година права адолесценција и од 18 до 26 година касна адолесценција. У когнитивној сфери долази до сложених биолошких, психолошких и социјалних промена, које даље изазивају промене у понашању адолесцената према родитељима, вршњацима, моралним, идеолошким и другим вредностима, али и промене у схватању самог себе. Насиље над омладином обухвата све напред наведе врсте насиља - физичко, психичко, сексуално, емоционално и економско.⁴⁹

⁴⁹ С. Милашиновић, С. Андрић, Феноменологија насиља у породици као друштвено девијантне појаве у Србији, Напредак - часопис за политичку теорију и праксу, бр. 1, Vol. 2, Београд, 2021, страна 61-62

О насиљу над мушкарцима нема јасних података, јер су они, због стеротипног схватања мушкараца као супериорнијег пола, како не би били изложени подсмеху околине, много ређе спремни да открију идентитет учиниоца. Резултати истраживања обављеног од стране Савета Европе су показали да је већина мушкараца трпела насиље у породици у дечијем добу, док је у мањем проценту било присутно насиље које трпе од својих партнерки. Карактеристично је код мушкараца као жртава да су углавном у питању обично млађи мушкарци, чешће ванбрачни него брачни партнери, мушкарци који су у честом конфликту и у другим сегментима живота, који су у процесу неке промене (смањење прихода, губљење посла, прековремени рад и сл.) или лица са различитим потешкоћама (различити степени и облици инвалидности и хендикепа).⁵⁰

Насиље над децом, као најтежи облик испољавања насиља с обзиром на карактеристике жртве, настаје као последица односа поверења, емоционалне повезаности и брижности, чувања и васпитавања од стране оних којима су деца поверена.⁵¹

Деца могу бити у оквиру породичне средине изложена ризику од непосредне и посредне виктимизације насиљем. То значи да дете може бити виктимизирано непосредно, када је оно директна жртва насиља, или посредно, када је сведок насиља извршеног над другим члановима породице. Непосредно дете може бити изложено физичком, психичком и сексуалном насиљу али треба имати у виду да су ове три врсте насиља тесно повезане, тако да један вид насилне виктимизације детета укључује елементе преостала два.⁵²

Насиље у породици се углавном посматра у контексту односа између мушкараца и жене, али се занемарује чињеница да у највећем броју случајева насилним сценама присуствују и деца. Присуство деце за време насиља има директан утицај на њихов психофизички развој, а као последице се могу јавити бурне емоционалне реакције и унутрашњи конфликти. Последице изложености детета насиљу међу родитељима могу имати утицаја на то да се код њих развију уверења која доприносе преношењу насиља генерацијама. Наиме, деца могу закључити да је прихватљиво да мушкарци ударају жене јер су они јаки а жене слабе и да је нормално да се насиљем решавају проблеми.⁵³

⁵⁰ М. Средојевић, „Жртве кривичног дела насиље у породици, Зборник радова Правног факултета, бр. 3-1, Vol. 51, Нови Сад, 2017, страна 987

⁵¹ А. Рачић, Врсте насиља над децом у породици, Гласник Адвокатске коморе Војводине, бр. 6, с 88, Нови Сад, 2016, страна 273

⁵² И. Милосављевић-Ђукић, Б. Танкосић, Породично насиље - карактеристике насиља над децом и последице на развој деце, Војно дело, бр. 5, Vol. 70, Београд, 2018, страна 69

⁵³ Д. Крстинић, Ј. Васиљковић, *op. cit.*, страна 77

Насиље према старијим особама представља поступке који су усмерени на губитак или умањење самопоштовања код старих лица, као жртава породичног насиља а са друге стране овим чином крше се и основна људска права која су гарантована многим како међународним тако и домаћим прописима. У највећем броју случајева као починиоци јављају се жртвама блиска лица, чланови њихове биолошке породице или друга лица на која су они упућени. Бројни фактори ризика и узроци који утичу на појаву породичног насиља над старим особама као што су фактори који се тичу саме старије особе, жртве породичног насиља, а полазећи од бројних промена на физичком и психичком плану које изазива старост фактори који су везани за самог починитеља насиља у породици (насилници су најчешће њихови партнери, деца, унуци или други сродници); фактори ризика који се односе на друштвену заједницу (на појаву насиља у породици утиче и државна политика која се базира на ставовима у којима се врши дискриминација старих људи и у којима се они приказују као чланови заједнице који не доприносе развоју исте већ су искључиво њени корисници и представљају терет за заједницу) као и фактори везани за облик насиља (насиље у породици је образац који се понавља те се често дешава да управо жртва породичног насиља постане и починилац истог).⁵⁴

4.6. Прогањање

Под појмом прогањања подразумева се понашање за које је карактеристична упорност и понављање, а подобно је да код лица према којем је управљено изазове психичку несигурност и страх. Термин „прогањање“ настао је превођењем енглеске речи “stalking”, која означава вребање, праћење и тајно посматрање.⁵⁵

Прецизна, јединствена и свеобухватна дефиниција појма прогањања не постоји. Тешкоће око дефинисања произилазе из његове комплексне природе, јер прогањање укључује више дела која сама по себи не морају бити кажњива. Дефинисање је отежано и због тога што прогањање подразумева континуирану, вишеструку виктимизацију, односно понављање нежељених радњи усмерених према жртви, као и због тешког разграничавања у односу на сродне појмове као што су: насиље у породици, насиље на радном месту, сексуално узнемиравање и друге.

⁵⁴ С. Кујунџић, Породичноправна заштита старих лица од насиља у породици, Зборник радова Правног факултета, бр. 1, Vol. 51, Нови Сад, 2017, страна 184

⁵⁵ Н. Пауновић, Кривичноправни аспекти прогањања - упоредноправна анализа и могући правци de lege ferenda измена, Страни правни живот, бр. 1, Београд, 2019, страна 21

Нове дефиниције прогањања узимају у обзир и разлиите методе којима се особа може узнемиравати, а које нису ограничене само на материјалну (физичку, визуелну) претњу. Под прогањањем се подразумевају две или више радњи којима прогонитељ директно, индиректно или на неки други начин, путем неке акције, метода, уређаја или средства, прати, надзире, посматра, прети особи, комуницира са особом или долази у контакт са својином дотичне особе. Овакво дефинисање отвара могућности за препознавање нових метода као што су узнемиравања путем раунара и других електронских уређаја, која не захтевају визуелну или физичку блискост.⁵⁶

4.7. Родно засновано насиље у оружаном сукобу

Различите установе које делују у областима безбедности и хуманитарне помоћи дефинишу „оружани сукоб” на различите начине. Творци сваке од тих дефиниција морају установити како да се реши питање почетка и краја оружаног сукоба и како одредити критеријуме за утврђивање које врсте насиља чине један "оружани сукоб". Променљива природа оружаног сукоба, која све више укључују недржавне актере, представља додатне препреке за конкретну дефиницију. Према једној од дефиниција, оружани сукоб представља спорну некомпатибилност која се тиче влада и/или територија на којој се употребљава оружана сила између две стране, од којих је бар једна влада државе, и резултира са најмање 25 смртних случајева у борби. Из родне перспективе, квалификовање оружаног сукоба на основу погибија у биткама је пристрасан према искуствима мушкараца оружаног сукоба и на штету жена и деце жртава. Док више мушкараца гине на бојном пољу, жене и деца су често несразмерно погођени другим облицима потенцијално смртоносног насиља током сукоба. Ово укључује сексуално насиље, секундарно насиље над жртвама сексуалног насиља (као што су тзв. убиства из части) и смрти од трудноће или ХИВ/АИДС инфекције која је последица силовања. Распад здравственог система и друге инфраструктуре у оружаним конфликтима посебно погађа жене и девојке, и на неки начин то може довести и до смрти.⁵⁷

Сексуално и родно засновано насиље једно је од обележја оружаног сукоба и све више се користи као оружје ратовања. Злочини сексуалног насиља у оружаним

⁵⁶ В. Ристановић Николић, М. Лепојевић Ковачевић, Прогањање, појам, карактеристике и друштвени одговори, Темида, бр. 4, Београд, 2007, стр. 4-5

⁵⁷ М. Bastic, К. Grimm, Р. Kunz, Sexual Violence in Armed Conflicts, Global Overview and Implications for the Security Sector, Geneva, 2007, pp. 17-18

сукобима први пут су дефинисани статутима међународних и специјалних судова за бившу Југославију, Руанду, Камбоџу и Сијеру Леоне, и донете су и прве пресуде за силовање као злочин против човечности и злочин геноцида. Међутим, када се говори о сексуалном и родно заснованом насиљу, оно се често поистовећује са „женским питањем“, односно сматра се да су жртве овог насиља искључиво жене и девојчице. Мушкарци и дечаци жртве сексуалног насиља углавном су искључени из дискурса родне димензије оружаних сукоба, а разлози за то су многобројни, почевши од већ постојеће родне неравноправности и маргинализације жена и чињенице да сукоби и насиље несразмерно погађају жене и девојчице, до тога да мушкарци због стигме, стида, али и страха да ће бити оптужени за хомосексуалност, насиље које је учињено уопште и не пријављују. Стога се и највећи број међународно-правних инструмената бави управо заштитом жена и девојчица од сексуалног и родно заснованог насиља, пружањем адекватне помоћи и репарације. Без обзира на наведене разлоге, мора се имати у виду да су жртве сексуалног и родно заснованог насиља у оружаним сукобима и жене и мушкарци.⁵⁸

Појам „сексуално насиље у оружаном сукобу“, како се користи у Извештају генералног секретара УН-а, односи се на силовање, сексуално ропство, присилну проституцију, присилну трудноћу, присилни абортус, принудну стерилизацију, принудни брак и сваки други упоредив облик сексуалног насиља почињен против жена, мушкараца, девојчица или дечака, и који је директно или индиректно повезан са сукобом. Овај термин такође обухвата трговину људима у сврхе сексуалног насиља и/или експлоатације, када су почињени у ситуацијама сукоба. Ова веза може бити видљива у профилу извршиоца, који је често повезан са државном или недржавном оружаном групом, која може да укључује терористичке јединице или мреже; профилу жртве, која је често стварни или претпостављени припадник прогоњене политичке, етничке или верске мањине, или је на мети на основу стварне или перципиране сексуалне оријентације или родног идентитета; клима некажњивости, која се генерално повезује са колапсом државе; прекограничне последице, као нпр. расељавање или трговина људима; и/или кршење одредби о примирју.⁵⁹

Нема сумње да је обим проблема за мушке жртве велики. Светска здравствена организација је идентификовала сексуално насиље над мушкарцима и дечацима као

⁵⁸ В. Роквић, Сексуално и родно засновано насиље у оружаним сукобима, Годишњак Факултета безбедности, бр. 1, Београд, 2017, стр. 111, 122

⁵⁹ Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General (S/2021/312), 2021, UN Security Council, преузето 20.12.2021., https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/S_2021_312_E.pdf

значајан проблем који је углавном игнорисан од стране невладиних организација, здравствених радника, владе, органа кривичног правосуђа и других. Кршења могу имати различите облике, укључујући силовање, групно силовање, сексуално ропство, присилна голотиња и присиљавање на вршење сексуалних радњи са другима. Врло често је сексуално насиље над мушкарцима почињено у случају притвора. Студије су показале овај образац у контекстима као што су Чиле, Салвадор, Либија, Шри Ланка, Сирија, САД и бивша Југославија. Ризик да ће мушке жртве остати невидљиве и изостављене из одговора на сексуално насиље је значајан, осим ако се њиховим правима и бригама не посвети посебана пажња слична оној која се сада све више даје женама жртвама.⁶⁰

4.8. Родно засновано насиље у дигиталном окружењу

Имајући у виду развој интернета и информационо-комуникационе технологије у претходној деценији, као и његовој масовној употреби, тако се и родно засновано насиље прилагодило новим технолошким могућностима.

Генерално се под дигиталним насиљем подразумева се злоупотреба информациононих технологија са намером да се особа на коју је насиље усмерено повреди, понизи и узнемири, као и да јој се нанесе нека штета, употребом електронске поште, СМС-а, ММС-а, путем веб-сајта, четовањем, укључивањем у форуме, социјалне мреже и сл.⁶¹

Различити облици родно заснованог насиља постоје у дигиталном окружењу, али могуће је извршити њихову поделу на следећи начин:⁶²

Сајбер прогањање (енг. cyberstalking) - интернет прогањање у највећој мери се односи на употребу интернета, електронске поште, било ког облика електронске комуникације којом се ствара криминални ниво застрашивања, злостављања и осећања страха код једне или код више жртава. Овакво понашање може да варира од безбедних али досадних порука, па до потенцијално опасних и смртоносних сусрета прогонитеља и жртве.⁶³

⁶⁰ А. Kapur, K. Mudell, When No One Calls It Rape: Addressing Sexual Violence Against Men and Boys in Transitional Contexts, New York, 2016, pp. 1

⁶¹ Текст Дигитално насиље, Национална платформа за превенцију насиља које укључује децу, преузето 15.12.2021, <https://cuvamte.gov.rs/sta-je-nasilje/digitalno-nasilje/>

⁶² X. Цветинчанин Кнежевић, Родно засновано насиље над женама у дигиталном окружењу - легислативни оквир регулације, оригинални научни рад, Београд, 2019, страна 8-9

⁶³ В. Вилић, Прогањање путем интернета – ко су извршиоци и жртве?, Годишњак Правног Факултета у Источном Сарајеву, година III, 2/2012, Сарајево, 2012, страна 127

Доксовање (енг. doxing) - прикупљање и објављивање приватних података на интернету како би се жртве осрамотиле и понизиле, и чини се дељењем приватних података жртава, као и дељењем приватних фотографија или видео снимака жртава путем интернета или мобилног телефона.

(Сајбер) Сексуално узнемиравање (енг. cyber sexual harassment) састоји се у слању текстуалних или визуелних записа жртви у циљу да се она понизи или застраши. Ова врста сексуалног узнемиравања врши се слањем нежељене сексуално дескриптивне поруке и/или визуелног записа, претњом сексуалним насиљем путем текстуалних и/или визуелних записа, затим говором мржње, односно вређањем и критиковањем појединке које је базирано на њеном полу/роду и/или сексуалној оријентацији, као и претње сексуалним насиљем.

Осветничка порнографија (енг. revenge pornography) представља објављивање приватних фотографија или снимака сексуалне природе, где се дељење приватних фотографија или визуелних записа жртве врши путем интернета или мобилног телефона.

Оно што је заједничко свим овим облицима дигитално родно заснованог насиља је простор у коме се насиље дешава (дигитално окружење), затим технологија која се користи како би се насиље вршило али и релације моћи током вршења насиља детерминисане на полу, односно, роду. Родно засновано насиље у дигиталном окружењу по свом облику може бити психичко (доксовање, прогањање), сексуално (сексуално узнемиравање, осветничка порнографија), али се може јавити и као економско насиље јер може имати велики утицај на жртвин садашњи или будући статус запослења и угрозити га (доксовање, осветничка порнографија).

V ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И НИВОИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Здравствени систем представља један од најсложенијих система у било којој држави. Свака држава има обавезу да води рачуна и брине о здравственом стању свог становништва.

Светска здравствена организација дефинише систем здравствене заштите као здравствену инфраструктуру која обезбеђује спектар програма и услуга и пружа здравствену заштиту појединцима, породицама и заједници. Здравствени систем мора да осигура физички, географски и економски доступну и приступачну, интегрисану (вертикалну повезаност примарног, секундарног, терцијарног нивоа и хоризонталну повезаност у систему и у односу на локалну заједницу) и квалитетну здравствену заштиту (стално унапређење квалитета здравствене заштите и право корисника на избор лекара и информисаност), развој здравствених кадрова, одрживост финансирања, децентрализацију управљања и финансирања здравствене заштите и постављање грађанина у центар система здравствене заштите.⁶⁴

Здравствена заштита је организована и свеобухватна делатност друштва, са циљем остваривања највишег могућег нивоа очувања и унапређења здравља грађана.

Здравствена заштита обухвата спровођење мера и активности за очување и унапређење здравља држављана Републике Србије, спречавање, сузбијање и рано откривање болести, повреда и других поремећаја здравља и благовремено, делотворно и ефикасно лечење, здравствену негу и рехабилитацију.⁶⁵

Здравствена делатност у Републици Србији обавља се на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

Здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите обавља дом здравља, апотекарска установа и завод (завод за здравствену заштиту студената, завод за здравствену заштиту радника, завод за ургентну медицину, завод за геријатрију и палијативно збрињавање, итд.).⁶⁶

То представљају установе у које грађани могу да оду без упута: дом здравља, апотека, студентска поликлиника и сл. Најважнија установа на примарном нивоу је дом здравља.

⁶⁴ С. Јовановић, С. Миловановић, Ј. Мандић, С. Јововић, Системи здравствене заштите, Енграми 2015, бр. 1, Vol 37, Београд, 2015, страна 76

⁶⁵ Члан 2 Закон о здравственој заштити Републике Србије ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019)

⁶⁶ Члан 4 Уредбе о плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС", бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021 и 74/2021)

Секундарни ниво чине опште и специјалне болнице у чију надлежност спада решавање сложенијих здравствених проблема, користећи специјализоване кадрове и вишу технологију. У случају да дом здравља није у могућности да пружи одговарајућу специјалистичку здравствену заштиту, пацијента ће лекар упутити на секундарни ниво (болнице). У болницама којих у Србији има 77, сваком пацијенту биће пружена здравствена заштита која му је потребна: амбулантно лечење (преглед код лекара специјалисте у поликлиници) или болничко лечење, односно лежање у тој болници.

Пацијенти се упућују у болницу када њихов здравствени проблем превазилази техничке услове дома здравља или је потребно стручно мишљење вишег нивоа.

Терцијарни ниво здравствене заштите чине Клиника, Институт, Клиничко - болнички центар и Клинички центар. Када здравствени проблем превазилази техничке услове болнице или је потребно стручно мишљење највишег нивоа здравствене заштите, пацијент се упућује у клиничке центре којих у нашој земљи има 4 (Београд, Нови Сад, Крагујевац и Ниш) или неку од клиника (6), односно институте (16) или КБЦ (4). То је последњи ниво у систему здравствене заштите у Србији.⁶⁷

5.1. Примарна здравствена заштита

Фундаментално уверење да свако људско биће има право на „највиши могући стандард здравља” саставни је део Устава Светске здравствене организације. Земље могу да остваре ову тежњу бавећи се друштвеним детерминантама здравља, укључујући обезбеђивање универзалне здравствене заштите како би се осигурало да „сви људи добију здравствене услуге које су им потребне, а да не трпе финансијске потешкоће када их плаћају“. Године 1978., 134 земље учеснице Међународне конференције о примарној здравственој заштити у Алма-Ати, Казахстан, усвојило је Декларацију из Алма-Ате, постављајући амбициозни циљ „да сви народи света до 2000. године постигну ниво здравља који ће им дозволити да воде друштвено и економски продуктиван живот”. Ова декларација, заједно са Глобалном стратегијом здравља за све

⁶⁷ Министарство здравља Републике Србије, Водич кроз систем здравствене заштите, Како функционише здравствени систем у Републици Србији?, Београд, 2014, страна 4

до 2000. године Светске здравствене организације, наглашава критичну улогу примарне здравствене заштите у постизању овог циља.⁶⁸

Ова декларација је променила тумачење здравља у свету са основним принципима универзалног приступа нези, једнакости, учешћа заједнице, међусекторске сарадње и одговарајуће употребе ресурса, као и констатацијом да је неадекватна и неједнака здравствена заштита била неприхватљива: економски, социјално и политички. Ови принципи остају релевантни и данас, али нажалост у многим земљама обавезе су остале неиспуњене.⁶⁹

У октобру 2018. године, 2000 делегата из више од 120 земаља обновило је посвећеност свеобухватној примарној здравственој заштити за све Астанском декларацијом. Нова декларација о примарној здравственој заштити потврђује „посвећеност основном праву сваког људског бића на уживање највишег достижног стандарда здравља без било какве разлике“, и поново потврђује посвећеност основним принципима Алма-Ате. Астанска декларација признаје да је остати здрав изазов за многе људе, посебно сиромашне, и наводи да је „неприхватљиво да неједнакост у здрављу и диспаритети у здравственим исходима и даље постоје“.

Астанска декларација се обавезује да ће дати приоритет превенцији болести и промоцији здравља и има за циљ да задовољи здравствене потребе свих људи током животног века кроз свеобухватне превентивне, промотивне, рехабилитационе услуге и палијативно збрињавање. Нова Декларација препознаје све већи значај незаразних болести, укључујући проблеме менталног здравља, повреде и утицаје климатских промена на здравље. С обзиром да су у многим земљама обавезе остале неиспуњене, може се закључити да су резултати Декларације из Астане 2018. као наследнице Алма-Ате такође мањкави и да ће се здравствене неједнакости наставити осим ако се не предузму конкретне радње да се примарна здравствена заштита заиста стави у центар целокупног здравственог система.⁷⁰

⁶⁸ World Health Organization, From Alma-Ata to Astana: primary health care - reflecting on the past, transforming for the future, Interim report from the WHO European region, World Health Organization Regional Office for Europe, Astana, 2018, pp. 13

⁶⁹ G. Walraven, The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful?, Journal of Global Health, no. 1, Vol. 9, 2019, pp. 1

⁷⁰ Ibid., страна 2

Примарна здравствена заштита се, према Декларацији из Алма Ате из 1978. године дефинише као „есенцијална здравствена заштита, заснована на практичним, научно исправним и друштвено прихватљивим методама и технологијама, опште приступачна појединцима и породицама у заједници, уз њихово пуно учешће, по цени коју та заједница и земља могу да поднесу у свакој фази њиховог развоја, у духу ослањања на сопствене могућности и самоодлучивање. Она истовремено представља интегрални део здравственог система земље, чија је централна функција и главно жариште свеукупног социјалног и економског развоја заједнице. Она је први ниво контакта појединца, породице и заједнице са националним здравственим системом, приближавајући здравствену заштиту што је могуће више месту где људи живе и раде, конституишући први елемент у континуираном процесу здравствене заштите“.⁷¹

Оригинални принципи примарне здравствене заштите који су прво описани у Декларацији из Алма Ате 1978. године и даље имају вредност и примењиви су на проблеме са којима се суочавају заједнице и здравствени системи у 21. веку.

Министарство здравља РС прихватило је те изворне принципе и они још увек представљају основу делотворне примарне здравствене заштите:

- универзална доступност примарној здравственој заштити и делотворна покривеност на бази потреба становништва;
- правичност/једнакост у здрављу, као део развоја друштва оријентисаног ка социјалној правди;
- учешће заједнице у креирању и спровођењу здравствених планова и активности;
- мултисекторски приступ примарној здравственој заштити.⁷²

На европском нивоу, пројекат PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) је дефинисао примарну здравствену заштиту као „Први ниво професионалне неге где људи износе своје здравствене проблеме и где је већина здравствених и превентивних потреба становништва задовољена“. Очекује се да ће примарна заштита обезбедити приступачну, свеобухватну негу у близини места где пацијенти живе на

⁷¹ Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978, члан 6. Приступљено 28.12.2021., http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

⁷² Д. Угринов, А. Гавриловић, М. Марков, Примарна здравствена заштита, основа здравственог система, Здравствена заштита, бр. 1, Vol. 44, Београд, 2015, стр. 21

континуираној основи, и да координише процес заштите пацијената широм здравственог система. Иако многобројне дисциплине чине примарну заштиту, радна снага се може разликовати од земље до земље, најчешће се лекари опште праксе и породични лекари јављају као пружаоци примарне здравствене заштите у Европи. Интернисти опште праксе, педијатри, фармацеути, медицинске сестре примарне здравствене заштите, физиотерапеути и стручњаци за ментално здравље такође су пружаоци примарне здравствене заштите.⁷³

Здравствена делатност на примарном нивоу здравствене заштите, према Закону о здравственој заштити, укључује следеће активности:

- заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење и рехабилитацију болесних и повређених;
- превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику оболевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите;
- здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља;
- спречавање, рано откривање и контролу малигних болести;
- спречавање, рано откривање и лечење болести уста и зуба;
- патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући;
- спречавање и рано откривање болести, здравствену негу и рехабилитацију за лица смештена у установе социјалног старања;
- хитну медицинску помоћ и санитетски превоз;
- фармацеутску здравствену делатност;
- рехабилитацију деце и омладине са сметњама у телесном и душевном развоју;
- заштиту менталног здравља;
- палијативно збрињавање;
- друге послове утврђене законом.⁷⁴

Здравствени систем је делимично производ културе једне земље и начина на који су људи вољни да то финансирају да би се обезбедила једнакост и правичност. Не постоји савршен здравствени систем, сваки има своје предности и мане, међутим

⁷³ OECD/European Union, Strengthening primary care systems, in Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, Paris, 2016, pp. 38

⁷⁴ Члан 65, Закон о здравственој заштити ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019)

најефикаснији системи су они који су у ствању да обезбеде здравље целокупног становништва. Ово се не може постићи без универзалне здравствене заштите постигнуте ефективном и свеобухватном примарном заштитом која се фокусира не само на болест већ и на здравље и на то како га побољшати. Јака проактивна јавна здравствена делатност је стога неопходна у оквиру примарне здравствене заштите за заштиту здравља становништва и појединца, унапређујући здравље и спречавајући болести. Проактивна примарна заштита спашава животе, смањује оптерећење болестима и побољшава квалитет живота. Долази до значајног преклапања у улогама, одговорностима и функцијама између јавног здравља и примарне заштите, посебно у заштити и унапређењу здравља, и у превенцији болести и повреда.⁷⁵

Са оваквим свеобухватним и холистичким приступом, преко 95% контакта пацијената са здравственим службама би се одвијала у оквиру примарне здравствене заштите. Стога се може тврдити да примарна здравствена заштита представља окосницу сваког ефикасног здравственог система који има за циљ боље здравље становништва. У окружењима где је примарна заштита ефикасно распоређена и подржана адекватном обуком и ресурсима, лекари само око 5% пацијената након консултација упућују на секундарни ниво здравствене заштите. Државе које су више оријентисане на примарну заштиту имају становништво са бољим здрављем, и услуге пружају по знатно нижој цени.⁷⁶

Узимајући у обзир важност примарне здравствене заштите, потребно је да се временом ради на реформи овог система како би се умањили или избегли следећи проблеми:

- **Неједнак приступ здравственој заштити** - неједнак приступ здравственој заштити је узрокован високом стопом здравствено неосигураних грађана. Боља заштита најугроженијих категорија становништва од здравствених ризика и решавање неједнакости у приступу здравственој заштити кључ су за смањење сиромаштва и побољшање социјалне кохезије.
- **Неефикасно пружање услуга** - на нивоу примарне здравствене заштите услуге се и даље, у највећем броју домава здравља, пружају на основу старосне доби, пола или врсте болести у специјализованим диспанзерима и службама, што није

⁷⁵ E. Dubois, L. Allen, A. Myrup, A. Majeed, A. Razavi, Primary health care: Closing the gap between public health and primary care through integration, Technical Series on Primary Health Care, Geneva, 2018, pp. 6

⁷⁶ Ibid, pp. 4

најефикаснији начин коришћења расположивих ресурса. Неефикасност у аранжманима пружања здравствених услуга јасно је видљива када се прикажу расходи у здравству, где се нагласак и даље ставља на секундарну и терцијарну здравствену заштиту, а на штету примарне здравствене заштите.

- **Неадекватно финансирање здравствене заштите** - главни недостаци система финансирања здравствене заштите су следећи: несразмера између расположивих финансијских средстава и гарантованих права; несразмера између укупног капацитета здравственог система и расположивих финансијских средстава; ниске стопе убирања доприноса; високи укупни трошкови у здравству.
- **Неадекватна структура људских ресурса** - неопходно је израдити такву стратегију која ће идентификовати постојеће и будуће потребе, планове за имплементацију, те финансијске импликације кроз примену стратегије на пољу људских ресурса.
- **Старење популације** - уз становништво које убрзано стари, оптерећење последичним болестима ће се и даље повећавати. Највећи изазов за јавно здравство представља контрола епидемије масовних незаразних болести.⁷⁷

5.2. Организациона структура примарне здравствене заштите

Здравствену делатност на примарном нивоу здравствене заштите обавља дом здравља, апотекарска установа и завод.⁷⁸

Завод спроводи здравствену заштиту појединих групација становништва, односно обавља здравствену делатност из поједине области здравствене заштите.

Завод се оснива као:

- 1) завод за здравствену заштиту студената;
- 2) завод за здравствену заштиту радника;
- 3) завод за ургентну медицину;
- 4) завод за геријатрију и палијативно збрињавање;
- 5) завод за денталну медицину;

⁷⁷ Стратегија примарне здравствене заштите, Министарство Здравства и Социјалне Скрби, Република Српска, 2004, страна 12-15

⁷⁸ Члан 4 Уредбе о плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС", бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021 и 74/2021)

6) завод за плућне болести и туберкулозу;

7) завод за кожне и венеричне болести;

Завод може обављати апотекарску делатност и специјалистичко-консултативну делатност, и може се основати само на територији на којој се налази седиште универзитета који у свом саставу има факултет здравствене струке.⁷⁹

Под апотеком у смислу Уредбе о плану мреже здравствених установа подразумева се апотекарска установа, апотека дома здравља и апотека као организациони део друге здравствене установе на примарном нивоу здравствене заштите. Апотекарска установа се оснива за гравитационо подручје једне или више општина (за најмање 40.000 становника), односно града. Апотека се оснива за подручје од најмање 4.000 становника, док се апотекарска станица, као организациона јединица, организује на руралном подручју, односно у насељу које је најмање пет километара удаљено од најближе апотеке.⁸⁰

Дом здравља у јавној својини оснива Република Србија, а на територији аутономне покрајине - аутономна покрајина, у складу са законом и Планом мреже.

Дом здравља је здравствена установа која обезбеђује најмање:

1) превентивну здравствену заштиту за све категорије становништва;

2) здравствену заштиту деце;

3) здравствену заштиту жена;

4) здравствену заштиту из области опште медицине;

5) здравствену заштиту из области поливалентне патронаже, кућног лечења, односно кућног лечења са палијативним збрињавањем и здравствене неге.

Исто тако, обезбеђује санитарски превоз, као и превоз пацијената на дијализу, самостално или преко друге здравствене установе.

Дом здравља може организовати огранке, здравствене станице и здравствене амбуланте.

У огранку дома здравља обезбеђује се најмање напред набројана здравствена заштита. У здравственој станици обезбеђује се најмање здравствена делатност опште

⁷⁹ Члан 10 Уредбе о плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС", бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021 и 74/2021)

⁸⁰ Члан 9 Уредбе о плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС", бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021 и 74/2021)

медицине и здравствена заштита деце, док се у здравственој амбуланти обезбеђује најмање здравствена делатност опште медицине.⁸¹

Укупан број домова здравља у Србији износи 158, а расподељени су по регионима према следећој табели:

Табела 2. Домови здравља у Републици Србији

Регион	Домови здравља
Београд	16
Западна Србија	52
Централна Србија	46
Војводиина	44
Укупно	158

VI УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ПРЕВЕНЦИЈИ И ОТКРИВАЊУ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

Здравствени радници и раднице у оквиру своје делатности у здравственом систему, често су први и једини професионалци/ке који имају прилику да се сусретну са жртвама које преживљавају родно засновано насиље.

Највећи део жена (78,2%) никада није тражио помоћ од институција, било да се радило о физичком или сексуалном злостављању. У 12,1% случајева жене су се за помоћ обраћале полицији, у 9,6% помоћ су затражиле од здравствених радника, а у 8,9% случајева од Центара за социјални рад. Веома мали број жена се обратио за помоћ НВО, женским организацијама или склоништима (2,1% и 0%), што одражава ниску јавну свест о другим изворима помоћи осим традиционалних.⁸²

⁸¹ Члан 74-77 Закона о здравственој заштити Републике Србије ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019)

⁸² С. Оташевић (ур.), Насиље у партнерским односима и здравље, Београд, 2005, страна 46

Здравствени сектор често је прва и једина инстанца којој се жене изложене родно заснованом насиљу обраћају, због чега су здравствени радници/це, у оквиру своје професионалне делатности, у обавези да допринесу превенцији, раном откривању, документовању и пријављивању насиља над женама. Здравствени радници треба да предњаче у заговарању нулте толеранције насиља, и да би у томе били успешни, неопходно је да овладају одговарајућим знањем о родно заснованом насиљу, пруже допринос у примарној превенцији, да се редовно едукују, као и да своје знање пренесе како на друге здравствене раднике, тако и на пацијенте.⁸³

Постоји мноштво разлога због којих би здравствене организације требало да се баве родно засновано насиљем у оквиру своје примарне делатности, као што су:⁸⁴

- **Родно засновано насиље је главни узрок инвалидитета и смрт међу женама.** Родно засновано насиље оставља дубоке, негативне последице по физичко и емоционално здравље жена, од емоционалног стреса, физичких повреда и хроничних болова па до смртоносних исхода као што су самоубиство и убиство.
- **Родно засновано насиље има негативне последице за сексуално и репродуктивно здравље жена.** Физичко и сексуално насиље доводи жене у већи ризик од нежељене трудноће, полно преносивих инфекција, укључујући ХИВ. Родно засновано насиље је такође повезано са повећаним ризиком од гинеколошких поремећаја, небезбедног абортуса, компликацијама у трудноћи, побачајем и упалних болести карлице.
- **Ако не питају о насиљу, пружаоци здравствених услуга могу погрешно да одреде дијагнозу жртве или понуде неодговарајућу негу.** Многа здравствена стања, као што су хронични бол или понављање сексуално преносивих инфекција, могу бити тешко дијагностификована или лечена без претходног знања о жртвиној историји насиља.
- **Здравствени радници су стратешки позиционирани да идентификују жене које су изложене ризику од насиља,** јер су међу ретким институцијама које имају рутински контакт са већином одраслих жена.

⁸³ С. Кнежевић, Значај едукације здравствених радника у откривању жена које су преживеле родно засновано насиље, Здравствена заштита : часопис за социјалну медицину и друштвено-економске односе у здравству, бр. 2, Vol. 49, Београд, 2020, страна 68

⁸⁴ S. Bott , A. Guedes, M.C. Claramunt, A. Guezmes, Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: a Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries, New York, 2010, pp. 3-4

- **Здравствени радници су у јединственој позицији да промени ставове друштва о родно заснованом насиљу**, и то кроз настојање да се створе и ојачају ставове о насиљу као здравственом проблему и указивањем на штетне последице насиља по здравље и живот жртава.
- **Реаговање на родно засновано насиље може се побољшати укупан квалитет здравствене заштите.** Повећана заштита и брига о жртвама родно заснованог насиља повлачи за собом генерално побољшање односа према здрављу и пацијентима.
- **Здравствени радници могу нехотице ставити жене у опасности ако су неинформисани или неспремни.** Здравствени радници који крше поверљивост пацијената, који слабо реагују на откривање насиља, који окривљују жртве, или који не успевају да понуде хитну интервенцију, могу угрозити сигурност, добробит, па чак и њихов живот у случају опасности.

Жене које преживљавају насиље од стране партнера посећују здравствене установе и онда када не пријављују да трпе насиље. Здравствени радници/це уживају велико поверење и идентификовани/е су као професионалци/ке са којима жене могу и желе да говоре о насиљу. Мора се узети у обзир и да жене које преживљавају родно засновано насиље чешће траже здравствену помоћ од оних које насиље немају у свом искуству. Родно засновано насиље је предмет којим се бави јавно здравље, а СЗО га је 2002. године прогласила приоритетним проблемом јавног здравства. То је појава која има значајан утицај на физичко, психолошко и репродуктивно/сексуално здравље жена и девојчица.⁸⁵

Јавно здравствене интервенције с обзиром у ком тренутку се интервенција спроводи у односу на то када се проблем појавио, познаје три нивоа превенције:

- **Примарна превенција** – Циљ примарне превенције је да интервенише пре него што дође до здравственог или социјалног проблема отклањањем узрока или спречавањем развоја фактора ризика повезаних са овим проблемом.

- **Секундарна превенција** – Циљ секундарне превенције је идентификовање фактор ризика и предузмање неопходних мера за елиминисање фактора ризика и потенцијалног проблема. Иако стратегије у овој фази могу звучати више као интервенција него превенција, циљ је стварање могућности за идентификацију

⁸⁵ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, страна 49

проблема пре него што то постане евидентно, и да се интервенише што је пре могуће како би се спречила појава проблема или спречио њен напредак. Програми скрининга у здравственим установама су пример секундарне превенције.

- **Терцијарна превенција** се јавља након штетног догађаја или наступања болести, и оваква врста интервенције је осмишљена са циљем да смањи негативни утицај и поврати здравље и безбедност што је пре могуће. Понекад се тврди да терцијарну превенцију не треба назвати превенцијом јер се насиље већ догодило. Међутим, брз и координисан одговор може смањити утицај виктимизације, и спречити очигледне, дугорочне последице и ревиктимизацију.⁸⁶

Ова три нивоа превенције су дефинисана својим временским оквиром – да ли се превенција дешава пре него што се насиље деси, одмах након тога или на дужи рок. Иако се традиционално примењују на жртве насиља у здравственим установама, напори на секундарној и терцијарној превенцији такође се сматрају релевантним за починиоце насиља и примењују се у судским срединама као одговор на насиље.⁸⁷

6.1. Сусрет са жртвама родно заснованог насиља

Здравствени радници могу срести жртву породичног насиља на више начина. Најпре када она тражи помоћ непосредно после физичког напада, потом када долази због психосоматских тегоба или здравствених проблема који су последица дуготрајног насиља. Жене које трпе насиље у породици двоструко чешће наводе болове који немају патолошку основу. Проблем менталног здравља и психосоматске тегобе су такође учесталији. У ординацијама примарне здравствене заштите као и специјалистичким службама попут гинекологије, педијатрије и психијатрије свака следећа посета је нова могућност да се поново опсервира и постављају питања, жена отвори и прихвати разговор о томе, док у службама Хитне медицинске помоћи, где се ради о једнократним посетама мора промптно да се реагује јер жртва насиља може непримећено да прође кроз здравствени систем и једном пропуштена прилика за успешну интервенцију се можда неће поново указати. Жене које учестало посећују здравствене установе нису имале прилику да говоре о свом искуству насиља јер им

⁸⁶ L. Chamberlain, A Prevention Primer for Domestic Violence: Terminology, Tools, and the Public Health Approach, VAWnet - National Online Resource Center on Violence Against Women, 2008, pp. 3-4

⁸⁷ L. Dahlberg, E. G. Krug, Violence a global public health problem, *Ciência & Saúde Coletiva*, no. 2, Vol. 11, 2006, pp. 288

једноставно питање о томе није ни постављено. На тај начин оне пролазе неоткривене поред здравствених радника (само око пет одсто жена које су доживеле насиље је идентификовано).⁸⁸

У здравственим установама могуће је применити два приступа, како би се жена подстакла да говори о насиљу које преживљава:

- **Рутинско постављање питања о преживљеном насиљу**, познато и као **скрининг**, подразумева постављање питања о преживљеном насиљу свим женама које се јављају на преглед, и о њиховом искуству преживљавања насиља. Овај начин постављања питања о преживљавању насиља није препоручен јер, иако повећава стопу откривања насиља, не доприноси смањењу стопе насиља нити доноси значајни бољитак за жртву насиља која се јавља на преглед.

- **Клиничко постављање питања о преживљеном насиљу** на основу анамнезе и прегледа. Овакво постављање питања о преживљавању насиља се препоручује. Потребно је да здравствени радници/це поставе питање о изложености насиљу када процене стање које би могло бити проузроковано или погоршано уколико је жена преживела насиље, у циљу постављања праве дијагнозе и даљег адекватног лечења и бриге о жени.⁸⁹

Скрининг (screening) је енглеска реч и значи претраживање или тријажу, а у здравственој литератури термин се најчешће користи да означи тестирање на болест код људи који немају симптома. Када је овај термин почео да се користи у литератури везаној за насиље над женама, дошло је до негативних реаговања јер се сматрало да се насиље не може схватити као болест иако је насиље јавно-здравствени проблем са низом озбиљних здравствених последица. С обзиром на то, данас се у литератури могу наћи паралелно два термина: скрининг на насиље или питати о насиљу.

Постоје две врсте скрининга:

- **Универзални скрининг** подразумева питати све жене у свим околностима у здравственој установи односно све жене у специфичним околностима (све жене које долазе у дом здравља, односно све жене које су нпр. ушле у породилиште).

⁸⁸ С. Кнежевић, И. Гајовић, Примена протокола Министарства здравља за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу у клиничкој пракси, ПОНС - медицински часопис, бр. 1, Vol. 13, Ђуприја, 2016, страна 19

⁸⁹ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, стр. 62

- **Селективни скрининг** подразумева да здравствени радник/ца пита оне жене код којих се проблем због кога су дошле може повезати са или указује на могуће насиље.

Који ће се скрининг применити зависи од расположивих ресурса у здравственом систему и од програма који је здравствена установа дефинисала базираном на процени ситуације на датој територији.⁹⁰

Благовремено евидентирање насиља над женама, преглед и описивање здравствених последица насиља, омогућавају правовремену превенцију и интервенцију који су саставни део професионалног приступа здравствених радника.

Сврха процедура за поступање здравствених радника у случајевима насиља је:

- да се створе услови да жртва насиља говори о насиљу које трпи или је претрпела
- да се осигура поверљивост информација и заштити приватност
- да створи услове за мулти-дисциплинарни приступ насиљу у породици
- да омогући адекватан одговор на ургентне потребе жртаве која трпи насиље
- да се правилно процени ризик ситуације у којој се жртва налази
- да омогући жртви информације и приступ установама које се баве проблематиком насиља у породици
- да се документује насиље
- да се пружи упутство за оријентацију и даљу акцију медицинском особљу које долази у професионални контакт са жртвама насиља.

Здравствени радници треба да се суоче са личним и друштвеним стереотипима и предрасудама у односу на жртве насиља, које могу бити последица културолошког схватања средине, религиозних уверења, старосних разлика и друштвено-економског статуса. Наведена оптерећења могу значајно утицати на квалитет пружене неге, имајући у виду све аспекте поступка према жртви насиља.⁹¹

Постоје многе препреке за лекаре приликом распитивања о насиљу. Погрешна претпоставка да се насиље дешава искључиво код жена из нижих социоекономских класа наводи многе лекаре да не разматрају насиље у породици код пацијената из виших социоекономских класа. Многи лекари се могу осећати непријатно да питају

⁹⁰ С. Оташевић (ур.), Насиље над женама, моја професионална одговорност - Приручник за праксу у здравственим установама, Београд, 2007, страна 59-60

⁹¹ Д. Матијашевић, С. Оташевић, Насиље над женама и последице по здравље, за раднике примарне здравствене заштите и ургентне медицине, Београд, 2003, страна 25-26

питања о насиљу. Временска ограничења могу да охрабре лекаре да се усредсреде на примарни проблем уместо да „отварају Пандорину кутију“. Тако се на пример, питање „Знамо да је насиље у породици проблем за многе људе, постоји ли неко ко Вас повређује на сличан начин?“ у пракси показало као веома корисно. Осећање беспомоћности и незнања шта да ради са пацијентом код ког открива насиље у породици омета директно испитивање. Такође постоји и страх од увреде пацијента и поткопавања односа лекар-пацијент. Неки стручњаци сматрају да само постављање питања треба сматрати значајним кораком, јер то може указивати жртви насиља да јој је помоћ доступна. Такође може смањити осећај беспомоћности која се јавља код жртава.⁹²

Вештина ефикасног испитивања пацијента је кључна за скрининг насиља. Тако се приликом испитивања жртве насиља могу користити следеће врсте питања:⁹³

Табела 3. Питања која се могу поставити жртви насиља

Врста питања	Опис	Пример	Употреба
Отворена	Одговор није предложен	Како је дошло до ове повреде?	Препоручена
Затворена	Ограничен број предложени одговора	Колико пута Вас је партнер ударио?	Препоручена
Сугестивна	Пожељан одговор предложен	Зар нисте рекли свом партнеру да престане да Вас удара?	Избегавати

Квалитет пацијентовог одговора ће се највероватније разликовати у зависности од њеног нивоа опуштености са стилем комуникације здравственог радника. Отворена питања омогућавају пацијенту да пренесе своје искуство онако како га доживљава. Међутим, отворена питања могу бити недовољна за добијање потребних информација о пацијентовом искуству о насиљу. Према томе, затворена несугестивна питања су корисна у разјашњавању конкретних проблема.

⁹² A. Boyle, S. Robinson, P. Atkinson, Domestic Violence in Emergency Medicine Patients, *Emergency Medicine*, no. 21, 2004, pp. 11

⁹³ M. Bloomberg R., *Medical Providers' Guide To Managing The Care Of Domestic Violence Patients Within A Cultural Context*, New York, 2004, pp. 18

Од суштинског значаја је успостављање односа са пацијентом и развијање вештина за ефикасну комуникацију са пацијентом. Лекар мора да покуша да разуме како се пацијент осећа у тренутној ситуацији, да му пружи емоционалну подршку уз одржавање нивоа објективности, као и да се усредсреди на пацијента, омогућавајући му да осети да има његову неподељену пажњу. Исто тако, лекар мора бити оријентисан на решење, уверавајући пацијента да је помоћ доступна, да похвали жртвину храброст да затражи помоћ и да са њим комуницира о злостављању. Битно је да се код жртве насиља створи уверење да јој здравствени радник верује и да му је довољно стало да помогне у решавање њене ситуације, да увери жртву да су њена осећања и реакције разумљиве, и да јој пренесе да је злостављање погрешно, неприхватљиво и противзаконито. Упркос старосним, расним, полним или културолошким разликама, сваког пацијента треба третирати као независну и равноправну особу. Лекар мора поштовати право пацијента да донесе сопствени избор у вези са ситуацијом која се тиче злостављања, и прихватити да његова перцепција о томе како треба управљати овом ситуацијом може бити другачија.⁹⁴

6.2. Пружање здравствене неге жртви насиља

Након откривања родно заснованог насиља, здравствени радници треба да обаве лекарски преглед и пруже медицинску негу. Чак и ако жртва не жели да открије насиље, здравствени радници треба да обезбеде преглед и негу, како то захтевају уочени клинички симптоми. Здравствени радници прво треба да добију сагласност од пацијента за спровођење свих неопходних поступака. То значи да пацијенту објасне све аспекте збрињавања, тако да она разуме своја права и да буде способна да доноси информисане одлуке о својој медицинској нези. Посебно треба истаћи да постоји обавеза здравствених радника да поштују поверљивост, поготов у случају законске обавезе пријављивања насиља полицији или другим органима.⁹⁵

Следећи корак је узимање комплетне медицинске историје (анамнезе), бележење догађаја како би се утврдило које су интервенције прикладне. Она треба да садржи детаљан опис догађаја, његово трајање, да ли је примењено оружје или оруђе за напад. У случајевима сексуалног насиља, треба додати следеће информације: протекло време

⁹⁴ Ibid, pp. 14-15

⁹⁵ A. Kartusch, J. Willems, V. Depeyre, Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package, Vienna, 2014, pp 77, 78

од напада и врста насиља, ризик од трудноће, ризик од ХИВ-а и других полно преносивих инфекција, стање менталног здравља жене. Након узимања анамнезе, здравствени радници треба да изврше комплетан физички преглед. Пацијенте са тешким, животни опасним стањима треба одмах упутити на хитно лечење. Пацијенте са лакшим повредама, као на пример посекотинама, модрицама и површинским ранама обично може лечити на лицу места здравствени радник који врши преглед или друго медицинско особље.

Здравствени радници би требало да понуде хитну контрацепцију жртвама сексуалног напада. Такође, лекари морају да одлуче да ли да предложи профилаксу ХИВ-а за жене које се јављају у року од 72 сата од сексуалног напада.⁹⁶

Главни разлог за физички преглед је утврђивање каква врста медицинске неге је потребна, а такође се користи за сачињавање потребне правне документације.

Табела 4. Контролна листа за физички преглед⁹⁷

Прегледати следеће:	Тражити и забележити:
• Опште стање	• Активно крварење
• Шаке и зглобови, подлактице, унутрашња страна горњег дела руке, пазух	• Модрице
• Лице, укључујући унутрашњу страну уста	• Црвенило или оток
• Уши, укључујући унутрашњу страну, као и иза ушију	• Посекотине или огреботине
• Глава	• Доказ да је коса исчупана, и недавни докази о недостатку зуба
• Врат	• Повреде као што су трагови од угриза или ране од ватреног оружја
• Грудни кош, укључујући груди	• Доказ о унутрашњим трауматским повредама стомака
• Стомак	• Повређена бубна опна

⁹⁶ Ibid, pp. 78-80

⁹⁷ World Health Organization, Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook, Luxembourg, 2014, pp. 47

• Задњица, бутине, укључујући унутрашње стране бутина, ноге и стопала	
---	--

С друге стране, жртвама насиља поред телесне неге и лечења потребно је пружити и психолошку помоћ и негу. Психолошка прва помоћ је метода помоћи људима у невољи како би се осећали смирено и подржано у суочавању са њиховим изазовима. То је начин да се помогне некоме да управља својом ситуацијом и доноси информисане одлуке. Основа психолошке прве помоћи је брига о особи у невољи. То укључује обраћање пажње на реакције особе, активно слушање и, ако је потребно, пружање практичне помоћи, као што је решавање проблема или помоћ приступу основним потребама.

Насилна искуства су застрашујућа и обично доводе до јаких физичких и емоционалних реакција. Како људи реагују на искуство насиља зависи од тога колико је насилни чин био тежак и какве су биле последице, контекст насиља, ко је починилац, како су други реаговали, каква је помоћ пружена итд.⁹⁸

У случају да је лице преживело сексуално насиље, потребно је спровести непосредну интервенцију за ментално здравље жртава сексуалног насиља, која се састоји из следећег:⁹⁹

- Процењивање безбедности жртава;
- Постављање питања о тренутним бригама и израђивање планова за њихово решавање;
- Обезбеђивање психоедукације и психолошке прве помоћи;
- Помагање жртви да разуме да је њена реакција нормална и објашњавање очекиваних психолошких појава;
- Помагање жртви да преузме контролу давањем информација које јој помажу у доношењу одлуке и понуђивањем опција;
- Процењивање ризика од самоубиства;
- Давање једноставних порука за решавање проблема самоокривљавања и осећаја кривице;
- Разговор са жртвом о могућности информисања породице и пријатеља о преживљеном насиљу;
- Прегледа лица код којих постоје одложени психолошки показатељи постојања посттрауматског стресног поремећаја;

⁹⁸ H. Pernille, *Psychological First Aid for Red Cross Red Crescent Societies*, Copenhagen, 2018, pp. 13,19

⁹⁹ T. Callender, E. Dartnall, *Mental health responses for victims of sexual violence and rape in resource poor settings*, Sexual Violence Research Unit, Pretoria, South Africa, 2011, pp. 6

- Препорука заказивања саветовања и прегледа.

6.3. Документовање насиља

Документовање насиља је од пресудног значаја за жртву. Према Посебном протоколу Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу, уведен је јединствени образац за евидентирање и документовање насиља. На првој страни образаца се налазе општи подаци о здравственој установи и лицу које се обратило за помоћ, као и разлог посете, на другој је простор за опис врсте насиља и историје злостављања; следећа страна је предвиђена за детаљан судско-медицински опис повреда, док се на последњој страни налази табела за процену ризика. Овај образац је сачињен тако да се већим делом заокружују понуђене опције, уз могућност допуњавања података који нису предвиђени обрасцем. Овакав начин попуњава обрасца доприноси брзини документовања података о специфичном акту насиља и дијагностикованим повредама. Поред папирног формулара, постоји и електронска верзија обрасца, која омогућава његово компјутерско попуњавање чиме се овај поступак додатно олакшава и убрзава.

Здравствено особље има професионалну обавезу да о свом раду воде одговарајућу медицинску документацију у којој би требало да буду забележени сви установљени налази, укључујући ту свакако и податке о дијагностикованим телесним повредама. За лекаре је веома важно познавање чињенице да медицински документ који се односи на дијагностику и евентуално лечење телесних повреда насталих у оквиру породичног насиља, може у судском поступку бити употребљен у току судско-медицинског вештачења као објективни показатељ врсте и тежине нанесених повреда, и на тај начин он представљати значајан а често и пресудан доказ претрпљеног насиља и његовог карактера и озбиљности.¹⁰⁰

Приликом документовања насиља потребно је да се обухвати и узме у обзир следеће:¹⁰¹

¹⁰⁰ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, страна 73

¹⁰¹ The Family Violence Prevention Fund, National Consensus Guidelines On Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings, San Francisco, 2004, pp. 18

Документовање релевантне историје:

- Бележи се историја садашње болести и детаљи злостављања, као и сви истовремени здравствени проблеми који могу бити повезани са злостављањем;
- Документује се сажетак прошлих и тренутних злостављања укључујући:
 - однос према насилнику и име злостављача ако је могуће;
 - Изјава пацијента о томе шта се догодило, а не о томе шта је довело до злостављања;
 - датум, време и локацију инцидента где је то могуће;
 - изглед и понашање пацијента;
 - предмет или оружје коришћено у нападу;
 - изјаве пацијента о било каквим претњама или другом психичком злостављању;
 - имена или описи сведока злостављања;

Документовање резултата физичког прегледа:

- Налази везани за неуролошки, гинеколошки преглед, као и преглед менталног стања;
- Ако постоје повреде (садашње или прошле), описује се врста, боја, текстура, величина и локација;
- Коришћење мапе тела и/или фотографије као допуну писменог описа;

Документовање лабораторијске и друге дијагностичке процедуре:

- Бележе се резултати свих лабораторијских тестова, рендгенских снимака или других дијагностичких процедура и њихове однос према садашњем или прошлом злостављању;

Документовање резултата процене, интервенције и упућивања:

- Бележе се информације које се односе на процену здравља и безбедности пацијента, укључујући процена потенцијалног утицаја насиља на озбиљне повреде, самоубиство и здравље;
- Документовање упућивања и разматраних опција, као и заказаних прегледа.

Медицинска документација о насиљу има потенцијал да буде најкорисније доказно средство у представљању жртве на суду. На најосновнијем нивоу, документација потврђује да је инцидент резултирао неком врстом здравственог стања

или повреде. Када се жртва јави лекару са повредама, тачни и конкретни детаљи о повреди се могу искористити да се докаже да је извршилац поступао насилно. Што је још важније, ова документација може бити коришћена без сведочења жртве или других сведока догађаја. Ако је жртва превише застрашена или уплашена да учествује у кривичном гоњењу, тужиоци могу да прибаве релевантну медицинску документацију. Суд ће увек наложити институцијама да доставе фотографије повреда јер су релевантне и веома корисне као доказно средство. Зато што постоји велика шанса да ће овај доказ допринети доношењу пресуде у корист жртве, а партнер који је вршио злостављање може бити подстакнут да пристане на потписивање споразума о признању кривице¹⁰².

Фотографије повреда представљају убедљиве доказе јер помажу да се резултати злостављања објективно представе суду. Правни поступци који се покрећу поводом насиља често се дешавају месецима или чак годинама након злостављања. Током овог времена, жртва је можда тражила подршку и сигурност, али у времену када је у току поступак пред судом може се чинити да је жртва физички и емоционално здрава. Судије могу посматрати ефикасно суочавање жртве и закључити да је насилник није много повредио. Фотографије повреда учињене одређеног дана су прави подсетник за шта је насилник способан.¹⁰³

У случају да не документује повреде на адекватан начин, здравствени радник крши право пацијената и на тај начин индиректно оправдава и одобрава почињено насиље. На позив суда током судског поступка жртве насиља, лекар је у обавези да се као сведок одазове позиву.¹⁰⁴

6.4. Здравствене последице насиља

Посебну важност за документовање насиља има потпуна и адекватна евиденција повреда и медицинских стања, који могу имати природу нефаталних или фаталних исхода насиља над женом или чланом породице.

У **нефаталне исходе** спадају:

- **физичке последице** (телесне повреде, функционална онеспособљења и трајни инвалидитет),
- **психосоматске последице** (синдром хроничног бола, гастроинтестинални и респираторни поремећаји и сл.),

¹⁰² P. Enos, J. Linden, L. Tieszen, J. Bernstein, J. Brown, An Intervention to Improve Documentation of Intimate Partner Violence in Medical Records, Boston, 2004, pp. 30-31

¹⁰³ Ibid, pp. 33

¹⁰⁴ С.Б. Кнежевић, И. Гајовић, *op. cit.*, страна 21

- **психолошке последице** (депресивни поремећаји, акутни и посттрауматски стресни поремећај, поремећаји исхране, ниско самопоуздање и сл.),
- **негативна здравствена понашања** (злоупотреба психоактивних супстанци попут алкохола, опојних дрога или психотропних лекова, пушење, сексуално ризично понашање и самоповређивање).

Фатални исходи представљају најтеже последице насиља и ту се убрајају:

- фаталне повреде,
- убиство
- и самоубиство.¹⁰⁵

Технике коришћене за преглед повреда су еволуирале током времена и тренутно укључују директну визуализацију, локалну примену боје и колпоскопију. Најстарија техника коришћена за форензички преглед повреда је директан визуелни преглед голим оком. Тренутно је директна визуализација стандардна техника процене која се користи да се идентификују повреде негениталних делова тела као што су глава, врат, лице, труп и екстремитети. Протоколи прегледа подразумевају систематски приступ визуелном прегледу свих негениталних делова тела. Овај приступ често укључује документовање повреда и абнормалних налаза дијаграмом тела и фотодокументацијом повреда. Следећи велики развој форензичког прегледа био је додатак технике колпоскопије. Колпоскопија омогућава осветљавање, увећање и документацију спољашњих и унутрашњих гениталија током форензичког прегледа и првобитно је коришћена током гинеколошких прегледа за идентификацију сумњивог ткива за биопсију. Повећање броја откривених гениталних повреда након увођења колпоскопије довело је до тога да је колпоскопија сада стандард током прегледа за идентификацију повреде гениталија.¹⁰⁶

Неке од физичких и видљивих стања и повреда које може произаћи из насиља су следећи:¹⁰⁷

¹⁰⁵ С. Сумоња, А. Ракановић Радоњић, Д. Шћеповић, Д. Улетиловић, Г. Рачетовић, В. Шућур Јањетовић, Љ. Лепир, Мултисекторски одговор на насиље над женама и насиље у породици - Приручник, Бања Лука, 2018, страна 98-99

¹⁰⁶ Baker Rachel, Sommers Marilyn, Physical Injury From Intimate Partner Violence: Measurement Strategies and Challenges, Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, no. 2, Vol. 37, 2008, pp. 229

¹⁰⁷ Florida State University, Conditions & Injuries Related to Domestic Violence, National Prevention Toolkit on Domestic Violence for Medical Professionals, Tallahassee, 2014, pp. 11-12

- **Ожиљци:** Многи пацијенти са насиљем у породици трпе тако тешке повреде и остају са ожиљцима. Ожиљци, физички или ментални, могу бити свакодневни подсетник на бол који су претрпели и резултирати ниским самопоуздањем.
- **Контузије:** Тупи предмети, као и шаке и стопала, уобичајено су средство које изазива модрице и различите врсте контузија.
- **Посекотине:** Жртве могу имати дуге видљиве посекотине на екстремитетима и прекривеним деловима тела, где се као оружје користе ножеви, маказе и други предмети са оштрим ивицама.
- **Преломи костију и фрактуре:** Ове повреде могу настати ударањем великим предметима, гурањем на земљу или у предмете, или од претрпљеног пада.
- **Отисци шаке:** Жртве могу имати отиске руку на лицу од шамарања или модрице настале од прстију и шака око екстремитета због грубог држања.
- **Трагови давлeња:** Насилници могу ставити руке или танке предмете око грла своје жртве како би је спречили да прича, заплашили је или зауставили дисање.
- **Хематоми** су узроковани тешком тупом траумом која узрокује накупљање течности испод коже, и резултат су ударања, шутирања или коришћења тупих предмета и оружја.
- **Повреде тетива/лигамената:** Жртве насиља у породици могу имати уганућа или истегнућа стопала, глежњева, колена, зглобова или лактова.
- **Траума лица:** Жртве које су ударене песницама, стопалима и предметима у лице могу имати тешке повреде лица, као што су преломи носа и других подручја на лицу.
- **Сломљени зуби:** Траума зуба може бити видљива ако је жртва ударена предметом или песницом насилника у уста.

Ово су краткорочне последице батинања које већина здравствених стручњака повезују са насиљем у породици. Ипак, истраживања претучених жртава су открила дугорочне последице ових повреда, као и страх и стрес који су повезани са тим што живе са насилником и који могу довести до неколико мање очигледних, а често дуготрајних здравствених проблема. То укључује бол или нелагодност због понављајућих симптома централног нервног система (ЦНСа), као нпр. главобоље, бол у

леђима, несвестица или епилепсија. Претучене жене такође показују више знакова, симптома и болести повезаних са хроничним страхом и стресом, као што су функционални гастроинтестинални поремећаји и губитак апетита, вирусне инфекције као што су прехлада и грип, и срчане проблеме као што су хипертензија и бол у грудима. Истраживачи су открили да је велика вероватноћа да ће злостављане жене имати неки од гинеколошких симптома, сви који су такође повезани са сексуалним злостављањем.¹⁰⁸

Насиље може довести до низа негативних последица по сексуално и репродуктивно здравље за жене, укључујући непланирану и нежељену трудноћу, абортус и небезбедни абортус, полно преносиве инфекције укључујући ХИВ, компликације у трудноћи, инфламаторне болести карлице, инфекције уринарног тракта и сексуалну дисфункцију. Партнерско насиље може имати директан ефекат на сексуално и репродуктивно здравље жене, као што су сексуално преносиве инфекције путем присилног сексуалног односа у браку, или посредним путем, као нпр. кроз отежавање женама да одлучују о употреби контрацепције или заштите са њиховим партнером.¹⁰⁹

Депресија и посттрауматски стресни поремећај најчешће су психолошке последице партнерског насиља. Депресија код претучених жена такође је повезана са другим животним стресорима који често прате насиље у породици, као нпр. злостављање у детињству, свакодневни стресови, велики број деце, промене места боравка, принудни сексуални однос са интимним партнером, негативни животни догађаји и проблеми са понашањем детета. Неке претучене жене могу имати хроничну депресију која се погоршава стресом због насилног односа, али постоје и докази да депресија може бити изазвана таквим насиљем.¹¹⁰

Нема сумње да насиље нарушава ментално здравље и квалитет живот жртве. Насиље у породици доводи до повећања стопе коришћења здравствених услуга. Ефекат насиља на ментално здравље може варирати у зависности од врсте, величине, трајања насиља, индивидуалних механизма суочавања, животног циклуса и друштвене подршке. Када се спомене насиље, прво на памет пада физичко и сексуално насиље. С друге стране, сматра се да је психичко насиље много чешће и погађа женино здравље више од

¹⁰⁸ J. Campbell, A. Jones, J. Dienemann, J. Kub, J. Schollenberger, P. O'Campo, A. Gielen, C. Wynne, Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, Archives of internal medicine, no. 10, Vol. 162, 2002, pp. 1157-1158

¹⁰⁹ World Health Organization & Pan American Health Organization, Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence, Geneva, 2012, pp. 6

¹¹⁰ J. Campbell, Health consequences of intimate partner violence, Lancet, no. 9314, Vol. 359, 2002, pp. 1333

очекиваног. Генерално се сматра да жене које су биле изложене насиљу у породици бурно реагују након шока и порицања, а затим показују депресију и самоокривљавање. Помисао на могућност сличних искустава у будућности може довести до осећаја страха. У хроничној изложености насиљу, жене често имају осећај несигурности, незнања, беспомоћности, губитка контроле, осећаја кривице, и губитак самопоштовања.¹¹¹

Истраживања су показала да поред великог броја штетних ефеката на физичко и ментално здравље који настају као резултат претрпљеног насиља, насиље има утицај и на употребу опојних супстанци. За многе који користе опојне супстанце, то је начин да се избеже са трауматским ефектима злостављања. Други су приморани на коришћење од стране насилног партнера који затим саботира њихове напоре ка опоравку и прети да ће их пријавити надлежном органу (нпр. полиција, лекари, судови) откривањем њихове употребе супстанци. Ове тактике се користе за даљу контролу свог партнера и имају застрашујући ефекат на способност жртве насиља да приступе безбедности и подршци и да задрже старатељство над својом децом. Услед физичког или сексуалног насиља, употреба алкохола и дрога код жртава се повећала, чак и међу онима које раније нису користиле опојне супстанце нити су претходно биле жртве насиља; истраживање је такође показало да је употреба дрога или алкохола од стране жена повезана са повећаним ризиком од каснијег физичког или сексуалног напада, тако да се однос између родно заснованог насиља и злоупотребе опојних супстанци најбоље може категорисати као двосмерни.¹¹²

6.5. Процена безбедности жртава родно заснованог насиља и развој безбедносног плана

Централно место свих интервенција у здравственом сектору мора заузимати и процена и брига за безбедност жене која је преживела родно засновано насиље. Једанпут када се испољи, насиље над женама готово увек има тенденцију да се понови

¹¹¹ B. Han Almiş, F. Gümüştaş, E. Koyuncu Küçük, Effects of Domestic Violence Against Women on Mental Health of Women and Children, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, no. 2, Vol. 12, 2020, pp. 236

¹¹² E. Rivera, H. Phillips, C. Warshaw, E. Lyon, P. Bland, O. Kaewken, *The Relationship Between Intimate Partner Violence and Substance Use: An Applied Research Paper*, Chicago, 2015, pp. 2, 6

и то све учесталије и у озбиљнијем облику. Важно је да се здравствени радници/це упознају са факторима ризика који доводе до понављања и ескалације насиља.¹¹³

У оквиру Посебног протокола Министарства здравља Републике Србије за поступање и бригу о женама које су изложене насиљу, саставни део обрасца за бележење и документовање насиља је процена безбедности жене која преживљава насиље. Листа безбедносних ризика наведена је у две групе¹¹⁴ према табели испод:

Табела 5. Листа безбедносних ризика подељених у групу А и групу Б

А	Б
Да ли је постојала претња или употреба оружја?	Да ли постоји историја злостављања у браку/вези?
Да ли се у току времена повећавала учесталост и озбиљност насиља?	Да ли насилник тренутно живи у заједничком домаћинству?
Да ли пацијенткиња процењује да јој је безбедност угрожена повратком кући?	Да ли је у претходном периоду полиција интервенисала?
Да ли је пацијенткиња покушала самоубиство или помишљала на самоубиство?	Да ли је још неко из околине упознат са злостављањем?
Да ли су деца била изложена претњама или насиљу?	Да ли је злостављање почело или се повећало за време трудноће?
	Да ли пацијенткиња тражи медицинску помоћ?

У протоколу се наводи да уколико је пацијенткиња позитивно одговорила на било које питање из групе А, треба се исказати бригу за ситуацију у којој се налази и помоћи јој да пронађе решење (жртва се треба подстакнути да оствари контакт са особама или организацијама које би јој могле пружити заштиту и обезбедити сигурност). Ако је пацијенткиња позитивно одговорила на једно или више питања из групе Б, наводи се да јој треба помоћи да сагледа све могућности које јој стоје на располагању, као и да јој се пруже информације и бројеве телефона организација и установа које се баве проблемом насиља.

¹¹³ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, страна 96-97

¹¹⁴ Посебни протокол Министарства здравља Републике Србије за поступање и бригу о женама које су изложене насиљу, Република Србија Министарство здравља, Београд, 2011, страна 26

Иако се не могу са потпуном извешноћу предвидети догађаји оваквом проценом ризика, она је важна за усмеравање поступања надлежних служби. Исто тако, не може се са сигурношћу рећи који број показатеља са „листа ризика“ извесније указује на ризик од тешког повређивања или чак убиства. Постојање сваког од наведених ризика треба третирати као непосредну опасност од понављања насиља, или чак као озбиљну непосредну опасност по живот жене.¹¹⁵

Развој безбедносног плана представља део укупног процеса чији је циљ да се изврши превенција насиља тако што се утиче на факторе ризика с једне, и факторе заштите са друге стране. Нужно је да здравствени радник/ца, након утврђивања постојања безбедносних ризика, провере да ли жена има где да оде, позову полицију или центар за социјални рад, информишу о постојању “сигурних кућа”, дају жени бројеве телефона и адресе служби које пружају заштиту, подрже жену да се бави питањима своје безбедности, без обзира да ли живи са насилником у истој кући/стану, планира или га је напустила.¹¹⁶ У ситуацијама када се утврди да постоји високи ризик за безбедност жртве и када постоји законска обавеза пријављивања насиља, здравствени радници ће насиље пријавити надлежном јавном тужилаштву или полицији.

Стручни радници могу да едукују клијенте о специфичним безбедносним стратегијама и ресурсима. Неки савети укључују следеће:

- да жртва задржи готовину и копије кључа, као и да су јој документа лако и безбедно доступна;
- имати при руци залихе за децу;
- прикупити контакт информације кључних људи;
- уклонити оружје из куће;
- разговарати о безбедносном плану са пријатељем или чланом породице;
- повећање безбедности у кући, као што су променом брава и уградњом сигурносног система;
- набавити нови мобилни телефон;
- креирати план бекства;

¹¹⁵ Т. Игњатовић, С. Јосимовић, И. Радин, С. Грбо, Корак ка бољој заштити - Приручник за унапређење координираног одговора надлежних служби на насиље према женама, Кикинда, 2016, страна 40

¹¹⁶ С. Оташевић, С. Савић, *op. cit.*, страна 99

- замолити комшије да позову полицију ако дође до насиља или имају шифровану реч или знак за комшије да их упозори да је потребна помоћ;
- идентификовати сигурне собе у кући;
- укључивање стратегије за повећање безбедности деце, и сл.

Крајњи резултат процеса планирања безбедности је обично документ са персонализованим планом за јединствене потребе жртве . План би требао бити једноставан, реалистичан и да укључује специфичне стратегије понашања. Безбедносни план не би требало да буде превише опширан, али треба да се односи на жртвин јединствени контекст и карактеристике.¹¹⁷

VII МУЛТИСЕКТОРСКА САРАДЊА У ПРЕВЕНЦИЈИ РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

Док се последицама насиља баве неколико сектора као што су здравствени сектор који одговара на медицинске потребе, и сектор кривичног правосуђа, спречавање насиља треба да укључује много више сектора као што су образовни сектор, социјалне службе, и други. Ниједна земља никада неће моћи да се избори са сваком особом погођеном насиљем након што се оно деси, стога је веома важно улагати средства и у примарну превенцију – спречавање насиља пре него што дође до њега.¹¹⁸

Ангажовање више сектора јача резултате превенције насиља из неколико разлога:

1. Решавање основног ризика и заштитних фактора који повећавају или смањују вероватноћу насиља су одговорност више сектора. Примери ових фактора укључују сиромаштво, високу незапосленост, приступ алкохолу и дрогама, рани развој у детињству сл.
2. Стратегије за превенцију насиља су активне у пољима које су одговорност више сектора. Стога, ангажовање сектора који делују у овим специфичним пољима подржавају циљеве превенције насиља.
3. Многи актери који су кључни за превенцију насиља заступљени су у више сектора. Пример за то су службе за заштиту деце, трговина људима, и родно

¹¹⁷ C. Murray, E. Horton, C.H. Johnson, L. Notestine, B. Garr, A. Marsh Pow, P. Flasch, E. Doom, Domestic violence service providers' perceptions of safety planning: A focus group study, *Journal of Family Violence*, Vol. 30, 2005, pp. 382

¹¹⁸ World Health Organization, *Violence Prevention through Multisectoral Collaboration: An International Version of the Collaboration Multiplier Tool to Prevent Interpersonal Violence*, New York, 2020, pp. 2

засновано насиље. Због тога што су различите форме насиља међусобно испреплетане и повезане, јачање сарадње између сектора доводи до бољих резултата у борби против насиља.

4. Вишесекторска сарадња омогућава резултате које ниједан сектор не може постићи сам. То се чини координацијом вишеструких напора у један јединствени приступ, и спајањем вештина и стручности потребних за решавање специфичних проблема или услова.¹¹⁹

Иако се бави и превенцијом насиља, здравствени сектор сам по себи не може да у потпуности и адекватно да одговори на родно засновано насиље које представља друштвено широко распрострањену појаву и с обзиром на то, потребна му је помоћ других сектора како би остварио ову своју функцију.

Тако су, у складу са Општим протоколом о поступању и сарадњи установа, органа и организација у ситуацијама насиља над женама у породици и у партнерским односима, органи Републике Србије преузели обавезу да сарађују и реализују следеће:

- јачање капацитета установа и институција које се баве жртвама насиља;
- установљавање и примењивање механизма који ће обезбедити поступање у складу са међународним обавезама везаним за људска права у области сексуалног и родно заснованог насиља;
- јачање законодавног оквира у области заштите жртава насиља,
- подизање свести јавности и грађана о неприхватљивости насиља као модела понашања у циљу пружања доприноса стварању социјалног амбијента који би имао превентивну функцију.¹²⁰

У наставку ћемо размотрити установе, институције, секторе и области друштва који заједно и у сарадњи са здравственим системом учествују у превентивној борби против родно заснованог насиља.

¹¹⁹ Ibid, pp. 3

¹²⁰ С. Лакићевић (ур.), Општи протокол о поступању и сарадњи установа, органа и организација у ситуацијама насиља над женама у породици и у партнерским односима, Београд, 2012, страна 4

7.1. Медији и родно засновано насиље

Медији играју важну улогу у конструисању односа према насиљу, култивисању околности у којима се насиље толерише или не и у којима се његови обрасци обнављају или осуђују. Дуго се расправља о утицају који медији имају на аудиторијум. Без обзира на различите ставове, не може се порећи да медији остварују одређени утицај на аудиторијум. На основу информација и представа које нам пласирају свакодневно, утичу на наш доживљај света који не можемо спознати непосредно. Владајуће представе о поимању жена и мушкараца, као и о њиховим родним улогама, умногоме зависе од медијског репрезентовања. Сваки медиј има три основне улоге у друштву: да информише, едукује и забави. Међутим, због немогућности да појми све што се око њега налази непосредним путем, човек се ослања на медије и приликом упознавања света око себе. Медиј је тај који ствара слику о свету. Да би сваку појаву или догађај приближили што већем броју људи, медији се у извештавању користе стереотипима. Када се о стварима као што је насиље према женама извештава кроз стереотипне представе, то може имати штетне последице. Уместо да раде на отклањању родно заснованих стереотипа, медији их потврђују и појачавају.¹²¹

Позитивна улога медија огледа се у промовисању родне равноправности, у представљању жена у медијима и нестереотипном приказивању жена и мушкараца, чиме медији помажу у превазилажењу препрека ка родној равноправности. Друштвено одговорни медији приказују позитивне примере равноправности положаја, одговорности и интереса, поштовања и доприноса жена и мушкараца – у јавној и приватној сфери живота. Визија друштвено одговорних медија представља изузетно значајан корак у изградњи здравог и демократског друштва које ће – без стереотипа и дискриминације – пружити могућности за самоостваривање свим женама и мушкарцима у областима и јавног и приватног живота, без изузетка и дискриминације.¹²²

Медијски принципи доброг извештавања су:¹²³

¹²¹ Н. Нецић, Репрезентација насиља према женама у српској штампи, *СМ: Communication and Media*, бр. 45, Vol. 14, 2019, страна 38, 40

¹²² З. Мршевић, Како против насиља - улога медија: медији у Србији о родно заснованом насиљу у 2015. и 2016. години, Београд, 2018, страна 5

¹²³ Care International Balkan, Приручник о родно осетљивом медијском извештавању : тренинг за медије на тему родне осетљивости, Београд, 2016, страна 45-46

• **Тачност** - Новинар/ка би увек требало да тежи ка томе да износи чињенице а не своја мишљења, пристрасности и предрасуде, приликом писања вести, анализа вести и репортажа;

• **Уравнотеженост** - настаје навођењем различитих извора у причи и осигуравањем да личне предрасуде и интереси новинара/ке не утичу на то које чињенице су укључена или изостављене и које интервјуисан а ко не.

• **Јасно и сажето писање** - разумевањем терминологије и објашњавањем “жаргона”, новинари побољшавају своје вештине писања проналажењем ефикаснијих начина да објасне неки проблем јавности.

• **Фокусираност**

• **Разноликост извора**

• **Контекст.**

Описивање насиља као “борбе”, “сукоба”, “свађе”, “препирке”, “брачног неслагања”, “несређених породичних односа” или “бруталног убиства проузрокованог свађом око деце”, не само да потврђује неразумевање узрока и природе насиља, већ такође релативизира одговорност онога који чини насиље, сугеришући да се насиље састоји од агресије међу странама које имају једнаке моћи и положаје и тиме једнаке (сличне) одговорности. Посебан значај треба дати речима и конструкцијама које се користе за наслов чланка или објаву извештаја, јер они указују на однос публике према проблему / садржају извештаја. Неприкладан наслов може смањити одговорност и стварне последице дела (на пример, убиства). Уредник/ца има одговорност да обезбеди одговорне наслове чланака који описују насиље над женама.¹²⁴

7.2. Насиље у школи и утицај образовних институција на родно засновано насиље

Превенција сваког насиља, укључујући и сексуално насиље према деци, мора бити основни задатак образовно-васпитних установа, као и друштва у целини, јер је то и формална (законска) обавеза. То подразумева информисање и учење деце о теми сексуалног насиља у целокупном систему образовања и васпитања (од вртића, преко основног, средњег и високошколског нивоа), што је у складу са принципима и циљевима, општим исходима и стандардима образовања и васпитања у оквиру развојних програма школе и наставних програма и планова (обавезних и изборних

¹²⁴ Ibid, страна 42

предмета), факултативних наставних предмета, васпитних програма рада (у школама са домом ученика), слободних активности и сарадње са заједницом. Превенција подразумева и оснаживање детета да препозна ризике и пријави свако сексуално узнемиравање и насиље. Нужна претпоставка превентивног рада са децом јесте одговарајуће знање одраслих о теми сексуалног насиља према деци. Превентивне активности школе подразумевају и информисање свих запослених у њој о томе да је насиље према детету/ученику или ученици забрањено.¹²⁵

Школа се првенствено треба бавити универзалном превенцијом која укључује лично, друштвено и здравствено образовање. Важно је створити свест код деце и младих да насилничко понашање према њима односно око њих није прихватљиво и научити их како да се чувају. Школе имају и улогу да се ангажују и раде са ученицима свих узраста како би истражили проблеме у вези са насиљем у породици и радили на промени ставова у вези родних стереотипа. Очекивања друштва у вези родних улога помажу да се учврсти позадина за наступање насиља у породици. Искуство насиља у породици може имати штетан утицај на здравље, образовање и на емоционално благостање и развој деце и младих.¹²⁶

Исто тако, жртве насиља у забављању међу тинејџерима често су емоционално и социјално спутане својим искуствима, јер тинејџерима недостаје искуство са везама, тако да они у насилним везама често имају потешкоћа у дефинисању злостављања као проблематичне појаве. Млади људи такође могу да перципирају посесивну љубомору и контролишуће понашање као романтично.¹²⁷

7.3. Родно засновано насиље и поступање полицијских службеника

Полиција обавља полицијске послове у циљу остваривања безбедносне заштите живота, права и слобода грађана, заштите имовине, као и подршке владавини права.¹²⁸

При обављању полицијских послова, Полиција се придржава утврђених и достигнутих стандарда полицијског поступања, узимајући у обзир међународно опште прихваћене стандарде поступања који се односе на: 1) дужност служења грађанима и заједници; 2) одговарање на потребе и очекивања грађана; 3) поштовање законитости и

¹²⁵ Т. Игњатовић, М. Илеш, Одговор образовно-васпитних институција на родно засновано насиље и насиље у породици, Збирка стручних текстова, Београд, 2018, страна 22

¹²⁶ Ealing Council, Domestic Violence: Guidance for Schools, Ealing, 2013, pp. 6-8

¹²⁷ Ibid, pp. 13

¹²⁸ Члан 30 Закона о полицији ("Сл. гласник РС", бр. 6/2016, 24/2018 и 87/2018)

сузбијање незаконитости; 4) остваривање људских и мањинских права и слобода; 5) недискриминацију при извршавању полицијских задатака; 6) сразмерност у употреби средстава принуде; 7) забрану мучења и примене нечовечних и понижавајућих поступака; 8) пружање помоћи настрадалим лицима; 9) придржавање професионалног понашања и интегритета; 10) обавезу заштите тајних података; 11) обавезу одбијања незаконитих наређења и пријављивања корупције.¹²⁹

Полицијска овлашћења која су значајна у борби против родно заснованог насиља а предвиђена су Законом јесу: упозорење и наређење; провера и утврђивање идентитета лица и идентификација предмета; позивање; довођење; задржавање лица и привремено ограничење слободе кретања; прикупљање обавештења; привремено одузимање предмета; преглед простора, објеката, документације и контрадиверزيونи преглед; заустављање и прегледање лица, предмета и саобраћајних средстава; обезбеђење и преглед места догађаја; употреба туђег саобраћајног средства и средства везе; утврђивање присуства алкохола и/или психоактивних супстанци; вршење безбедносних провера; пријем нађених ствари; и употреба средстава принуде.¹³⁰

Закон о спречавању насиља у породици прописује обавезу полицији да полицијски службеници (у статусу овлашћених службених лица) одмах реагују на сваки пријављени случај насиља у породици, да благовремено интервенишу на лицу места, зауставе насиље ако је до њега дошло, односно спрече свако ново насиље, прикупе што више података неопходних за вршење процене ризика од насиља у породици. Полицијски службеници дужни су да одмах обавесте надлежног полицијског службеника о сваком насиљу у породици или непосредној опасности од њега, без обзира како су за то сазнали, и обавештавање надлежног полицијског службеника је почетак превентивног поступка.¹³¹

Полиција може примити пријаве о насиљу у породици директно од особе којој је потребна заштита или од члана његове породице, укључујући децу, пријатеље, комшије, анонимне особе или од неког другог државног органа (као нпр. од лекара из примарне здравствене заштите који могу пријавити откривено насиље).

¹²⁹ Члан 33 Закона о полицији ("Сл. гласник РС", бр. 6/2016, 24/2018 и 87/2018)

¹³⁰ Члан 64 Закона о полицији ("Сл. гласник РС", бр. 6/2016, 24/2018 и 87/2018)

¹³¹ С. Марковић, Полицијска стратегија у борби против насиља у породици – основна криминалистичко-стратешка усмерења у Републици Србији, Часопис Безбедност, бр. 3, Vol. 60, Београд, 2018, стр.104

По доласку на лице места полиција треба да:

- процени ризике и претње
- обезбеди сигуран улазак у просторије ако је потребно
- обезбеди безбедност присутних лица
- лоцира сву децу и сведоке
- открије сва почињена кривична дела, укључујући кршење било ког судског налога
- идентификује и ухапси починиоце
- очува место догађаја и прикупити материјалне доказе.

Полицијски слубеници пролазе обуку о оперативној безбедности и свесни су фактора ризика кад присуствују било ком инциденту. Када реагује на било који инцидент, полиција ће преузети одговорност и управљати инцидентом у циљу истраге и спречавања повреда, и ради очувања живота и имовине.¹³²

Смиривање тензије и успостављање контроле над понашањем насилника и других присутних лица може захтевати и ангажовање већег броја службених лица чију помоћ треба благовремено тражити. У случајевима физичког насиља праћеног телесним повређивањем, односно сексуалног злостављања медицинско особље може да има више задатака, укључујући давање савета у погледу мера предострожности и заштите присутних лица од инфицирања заразним болестима (ХИВ/АИДС, хепатитис) пружање прве помоћи, третман физичких повреда, пружање примарне психолошке подршке жртвама, али и помоћ у избору адекватних метода проналажења, прикупљања и документовања доказног материјала.¹³³

У складу са законом, уколико је то неопходно, а посебно ради спречавања даљег кажњивог понашања, уз смиривање агресије, односно пасивизирање и издвајање нападача, могуће је извршити ограничење његове слободе кретања, односно привођење/лишење слободе.¹³⁴

Наиме, ако после процене ризика установи непосредну опасност од насиља у породици, надлежни полицијски службеник доноси наређење којим изриче хитну меру учиниоцу који је доведен у надлежну организациону јединицу полиције. Неопходан услов за изрицање хитних мера, поред урађене процене ризика која указује на непосредну опасност од насиља у породици, је и то да је могући учинилац доведен, а

¹³² Code of practice for the NSW Police Force Response to Domestic and Family Violence, Crown Copyright (through NSW Police Force), New South Wales, 2013, pp. 28, 30, 31

¹³³ Г. Милошевић, *op. cit.*, стр.138

¹³⁴ *Ibid.*

самим тим и задржан због вођења поступка. Хитне мере које се могу изрећи су: мера привременог удаљења учиниоца из стана и мера привремене забране учиниоцу да контактира жртву насиља и прилази јој. У пракси се мера привременог удаљења учиниоца из стана по правилу не изриче самостално, већ увек уз меру привремене забране учиниоцу да контактира жртву насиља и прилази јој. Циљ хитних мера јесте превенција. Оне треба да делују у циљу спречавања чињења насиља по први пут или понављања таквог понашања.¹³⁵

7.4. Поступање Центра за социјални рад у случајевима родно заснованог насиља

У Закону о социјалној заштити и Породичном закону као једна од кључних институција система социјалне и породичноправне заштите одређен је центар за социјални рад - орган старатељства, која има обавезу да у свим фазама реализације свог делокруга од превенције, откривања и реаговања остварује активну улогу и пружа помоћ и подршку особама које такво насиље трпе.

Законом о социјалној заштити дефинисано је ко може да користи права и услуге у систему социјалне заштите. Овим законом прописано је да услуге и права у систему социјалне заштите може користити, односно има право лице ако постоји опасност да ће постати жртва или ако јесте жртва самозанемаривања, занемаривања, злостављања, експлоатације и насиља у породици.

У оквиру Породичног закона утврђене су обавезе центра за социјални рад у поступцима за заштиту од насиља у породици. С обзиром на делокруг рада центра за социјални рад, Породичним законом су дефинисане основне обавезе у реализацији поступака за заштиту од насиља у породици:

- Тужбом покреће поступак за заштиту од насиља у породици;
- Уколико није покренуо поступак за заштиту од насиља у породици пружа помоћ суду у прибављању потребних доказа;
- Уколико није покренуо поступак за заштиту од насиља у породици даје мишљење о сврсисходности тражене мере;
- Води евиденцију и документацију о насиљу у породици.¹³⁶

¹³⁵ С. Марковић, Стратегија супротстављања насиљу у породици, Зборник радова Правног факултета, бр. 3, Vol. 53, Нови Сад, 2019, страна 1089-1090

¹³⁶ Посебан протокол о поступању центара за социјални рад-органа старатељства у случајевима насиља у породици и женама у партнерским односима, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Београд, 2013, страна 19

До сазнања, стручњаци центра за социјални рад – органа старатељства, могу доћи непосредно приликом вршења свог делокруга рада из области социјалне и породичне заштите. Други начин сазнања за случајеве насиља у породици центар за социјални рад – орган старатељства може добити посредно, путем пријава од других државних органа, организација, установа, жртава насиља у породици, сродника и грађана. Без обзира на начин сазнања центар за социјални рад је дужан поступити на следећи начин:

- У случају да је непосредно дошао до сазнања о извршеном насиљу у породици, или да постоји ризик од насиља у породици, орган старатељства дужан је да одмах покрене поступак по службеној дужности и приступи отварању случаја и извршењу пријемне процене и одређивању степена приоритета реаговања. О непосредном сазнању сачињава се службена белешка.
- Уколико је до сазнања дошао посредно путем пријаве, организује пријем пријаве који обухвата: прихватање поднесака, пријем телефонских позива или лични контакт са подносиоцем или особом која је пријавила случај, помоћ у састављању одговарајућег поднеска, пружање потребних информација подносиоцу, упућивање на друге надлежне службе те отварање случаја у центру, односно провере прихватљивости и одређивању степена приоритета реаговања.¹³⁷

У складу са Правилником о организацији, нормативима и стандардима рада центара за социјални рад, између осталог, центар за социјални рад обавља и следеће послове - доставља, на захтев суда, мишљење о сврсисходности мере заштите од насиља у породици коју је тражио други овлашћени тужилац; пружа помоћ у прибављању потребних доказа суду пред којим се води поступак у спору за заштиту од насиља у породици.¹³⁸

Када дође до пријема поднеска у Центру за социјални рад, пријемни радник је дужан да процени поднесак са становишта хитности и да предузме следеће мере:

¹³⁷ Ibid, страна 20, 21

¹³⁸ Члан 4 Правилника о организацији, нормативима и стандардима рада центара за социјални рад («Службени гласник РС» бр 59/2008,37/2010,39/2011. и 1/2012)

- Када оцени да је потребно неодложно поступање, предузима радње за организовање неодложне интервенције;
- У свим другим случајевима, у пријемни лист уписује се предлог приоритета поступања и предмет прослеђује руководиоцу одговарајуће службе, односно задуженом водитељу случаја.¹³⁹

Центар за социјални рад је у обавези да у сарадњи са другим службама и органима у локалној заједници пружи услугу неодложне интервенције жртви породичног насиља, када је потребно предузети мере за осигурање безбедности и заштите здравља, односно када постоје оправдани разлози да би непредузимањем хитних мера и услуга из надлежности центра за социјални рад - органа старатељства дошло до угрожавања живота, здравља и развоја жртве насиља у породици особе којој је потребна заштита.

Неодложна интервенција се мора реализовати одмах или најкасније у року од 24 сата од момента сазнања за случај, односно провере прихватљивости пријаве, и по потреби интервенција се може реализовати у сарадњи са органима унутрашњих послова и установама здравствене заштите.

Неодложна интервенција се састоји из обезбеђења:

1. безбедности жртве - осигурава се измештањем починиоца или потенцијалног починиоца насиља, односно измештањем жртве насиља или потенцијалне жртве из заједничког породично домаћинства и смештање у безбедно окружење;
2. здравствене заштите жртве - вршењем ургентног здравственог прегледа ради утврђивања постојања трагова физичког и сексуалног насиља, реализацијом здравствене помоћи да би се санирале повреде настале физичким и сексуалним насиљем, као и обезбеђивање стручне психолошке или психијатријске помоћи;
3. егзистенцијалних услова жртве - пружањем исхране, хигијене, одеће и обуће.¹⁴⁰

¹³⁹ Посебан протокол о поступању центара за социјални рад-органа старатељства у случајевима насиља у породици и женама у партнерским односима, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Београд, 2013, страна 22

¹⁴⁰ Ibid, страна 23-24

Центар за социјални рад у складу са својим законским овлашћењима спроводи мере заштите које имају за циљ заштиту жртава. Истовремено ове мере представљају и социјалне интервенције према насилнику, као што су:

- **Усмено упозорење** - извршилац насиља се усмено упозорорава на кривично дело, без обзира да ли је насиље актуелно сада или се одиграло у ближој или даљој прошлости
- **Изјава на записник** - узима се након разговора у којем је идентификовано и утврђено насиље у породици, и треба да садржи потврду да је информисан о кривичном делу, кратак опис дела, ако је било санкција које су, и обавезу да лице неће више бити насилно.
- **Пријава насилника полицији** - полицији се шаље допис у коме се документује насиље и тражи се приоритетно реаговање у случају позива са назначене адресе.
- **Кривична пријава против насилника** - шаље се допис тужилаштву у коме се документује насиље са детаљним описом последњег насилног инцидента.
- **Превентивни надзор над вршењем родитељског права** - на овај начин насилник се спречава да намеће име детету, отуђи дечију имовину, потроши дететов новац, одведе дете у иностранство.
- **Корективни надзор над вршењем родитељског права** - лицу које врши насиље може се изрећи писмено упозорење, са детаљним описима насилног понашања која не сме вршити, а исто тако, може се упутити на специјализован третман за насилнике или лечење.
- **Налаз и мишљење о самосталном вршењу родитељског права** - доставља се налаз и мишљење суду у коме се документује насиље и доводи у везу са насилниковом неподобношћу за вршење родитељског права.
- **Тужба суду за делимично лишавање родитељског права или за потпуно лишавање родитељског права** - доставља се суду налаз и мишљење у коме се документовано насиље и доводи у везу са несавесним вршењем родитељског права; или се доставља налаз и мишљење у коме је документовано насиље, са посебним освртом на злоупотребу или грубо занемаривање родитељског права.
- **Тужба или предлог суду за изрицање мера заштите од насиља у породици** - центар за социјални рад као орган старатељства има право да сам може покренути тужбом поступак за одређивање мера заштите од насиља у породици.

По Породичном закону може се доставити по службеној дужности предлог за одређивање мера заштите од насиља у породици.¹⁴¹

7.5. Поступање тужилаштва и суда у случајевима родно заснованог насиља

Велику улогу у превенцији и борби против родно заснованог насиља имају тужилаштва и судови, који се у оквиру својих законом утврђених надлежности редовно сусрећу са жртвама насиља.

Јавно тужилаштво је самостални државни орган који гони учиниоце кривичних дела и других кажњивих дела и предузима мере за заштиту уставности и законитости. Јавно тужилаштво врши своју функцију на основу Устава, закона, потврђеног међународног уговора и прописа донетог на основу закона. Јавни тужилац поступа у парничном, управном, извршном, ванпарничном и другом поступку, вршећи при томе радње на које је посебним законима овлашћен. Јавни тужилац поступа у границама своје стварне и месне надлежности, у оквиру надлежности органа пред којим поступа.¹⁴²

Судови су самостални и независни државни органи који штите слободе и права грађана, законом утврђена права и интересе правних субјеката и обезбеђују уставност и законитост. Судови суде на основу Устава, закона и других општих аката, када је то предвиђено законом, општеприхваћених правила међународног права и потврђених међународних уговора.¹⁴³

У сваком јавном тужилаштву, осим оних посебне надлежности, јавни тужилац одређује заменике јавног тужиоца који су завршили специјализовану обуку да би остваривали надлежности јавног тужилаштва у спречавању насиља у породици и гоњењу учинилаца кривичних дела одређених Законом о спречавању насиља у породици. Председник сваког суда опште надлежности и прекршајног суда одређује судије које су завршиле специјализовану обуку да суде у предметима спречавања насиља у породици и за кривична дела одређена овим законом. Као предмети спречавања насиља у породици сматрају се поступци за продужење хитне мере,

¹⁴¹ Ј. Недељков, М. Банаух-Брусин, Поступање према насилницима у центру за социјални рад, Социјална политика - Часопис за теорију и праксу социјалне политике и социјалог рада, бр. 50, Vol. 3, 2015, стр. 91-92

¹⁴² Члан 1 и Члан 26 Закона о јавном тужилаштву ("Сл. гласник РС", бр. 116/2008, 104/2009, 101/2010, 78/2011 - др. закон, 101/2011, 38/2012 - одлука УС, 121/2012, 101/2013, 111/2014 - одлука УС, 117/2014, 106/2015 и 63/2016 - одлука УС)

¹⁴³ Члан 1 Закона о уређењу судова ("Сл. гласник РС", бр. 116/2008, 104/2009, 101/2010, 31/2011 - др. закон, 78/2011 - др. закон, 101/2011, 101/2013, 106/2015, 40/2015 - др. закон, 13/2016, 108/2016, 113/2017, 65/2018 - одлука УС, 87/2018 и 88/2018 - одлука УС)

поступци за одређивање мера заштите од насиља у породици предвиђених Породичним законом и прекршајни поступци за прекршаје предвиђене Законом о спречавању насиља у породици.¹⁴⁴

Институције не успевају на адекватан начин да се реше или поправе озбиљан, широко распрострањен проблем насиља, укључујући и систем кривичног правосуђа. Побољшања у кривичном гоњењу и кажњавању преступника, колико год вредна била, нису ни близу довољна да реше све проблеме повезане са насиљем. Посебно су ове промене у систему кривичног правосуђа учиниле мало да се позабаве друштвеном и породичном динамиком која лежи у основи злостављања и насилног понашања, и генерално нису посебно реаговали на потребе жртава.¹⁴⁵ С обзиром на то постоји предлог да се за постизање трајних промена у ставовима починилаца насиља укључује пракса позната као „ресторативна правда“. У овим неформалним процесима, примарни циљ је да се поправи штета нанета жртви. У том циљу, жртве имају прилику да се укључе у дијалог са починиоцем и објасне како је злочин на њих утицао. Дакле, природа пракси ресторативне правде настоји да повећа учешће породица и заједница у одговору на злочин и да смањи улогу државе. Практике ресторативне правде су значајне по својој флексибилности. Поред тога, ове праксе се могу користити на флексибилан начин, на различите тачке у кривичноправном процесу: као средство за решавање сукоба пре почетка кривичног гоњења; као аспект изрицања казне; или чак као део процеса за реинтеграцију преступника у заједницу након истека казне.¹⁴⁶

Како је раније наведено, жртве родно заснованог насиља се суочавају са већим бројем препрека у приступу правди, нарочито препрека психолошке природе. То често доводи или до неспремности да пријаве насиље или до повлачења пријаве. Због тога је потребно да актери у правосуђу примењују посебне стратегије у спровођењу кривичног гоњења на основу доказа односно онога што се такође означава као кривично гоњење без присуства жртве. На пример, тужиоци треба да планирају да дају инструкције полицији током истраге да прикупи потврђујуће доказе као што су физички докази, медицинске евиденције, форензички извештаји, антрополошки докази, и изјаве психолога и других вештака. Тужиоци треба да планирају да користе наведене доказе и

¹⁴⁴ Члан 9 и Члан 10 Закона о спречавању насиља у породици ("Сл. гласник РС", бр. 94/2016)

¹⁴⁵ E. Roni, Restorative Justice in Domestic Violence Cases, DePaul Journal for Social Justice, no. 1, Vol. 8, 2015, pp. 67

¹⁴⁶ Ibid, pp. 74

друге правосудне стратегије да ојачају аргументе оптужнице када жртва није на располагању да сведочи. Члан 55 Истанбулске конвенције прописује обавезу држава да осигурају да истрага неће искључиво зависити од пријаве или притужбе коју подноси жртва и да сваки текући поступак може да се настави и након што жртва повуче своју пријаву или притужбу.¹⁴⁷

Жртве инкриминисаних облика родно заснованог насиља могу учествовати у кривичном поступку у својству оштећеног, односно сведока. Ове жртве по правилу спадају у категорију посебно рањивих сведока, односно жртава којима је потребно пружити посебну заштиту од ревиктимизације и секундарне виктимизације. Међу постојећим законским решењима такве ефекте могу дати одређене мере предвиђене за обезбеђење присуства окривљеног и за несметано вођење кривичног поступка – притвор и мера забрана прилажења одређеним лицима, која може бити одређена и као самостална мера, ако је то потребно у циљу заштите оштећеног или сведока, спречавања да окривљени утиче на саучеснике или прикриваче, или ако постоји опасност да окривљени заврши започето кривично дело, понови дело, односно учини кривично дело којим прети. За жртву, затим, постоји могућност подношења тужбе за заштиту од насиља у породици. Уколико је насилнику одређена мера полицијског задржавања у трајању од 48 сати она то време може евентуално искористити да се склони на сигурно.¹⁴⁸

Интеракције судија са жртвама су генерално ограничене на сведочење сведока у суду. Судије могу да испитују сведоке, и такође имају овлашћење да контролишу врсту питања која се постављају. Када се баве и имају интеракцију са жртвама, судије треба да разумеју да су жене биле жртве родно заснованог насиља, као и често жртве секундарне виктимизације. Већина жртава родно заснованог насиља трпи разорну трауму коју проузрокује само насиље, осећања стида, понижења и беспомоћности. Нажалост, многе жртве су такође доживеле своје учешће у кривичним поступцима као “други напад”, што доводи до поновне трауматизације. Све судије играју пресудну улогу у свођењу на минимум фактора који доприносе секундарној виктимизацији и поновној трауматизацији. Ово може да се учини укључивањем родно осетљивог приступа и у коме је жртва у центру пажње у њиховом бављењу и интеракцијама са жртвама.¹⁴⁹

¹⁴⁷ K. Derya Gasimova, *Guideline on Gender-Sensitive Approach for Adjudicating Gender-Based Violence Cases*, Bonn, 2018, pp. 23-24

¹⁴⁸ Г. Милошевић, *op. cit.*, страна 121

¹⁴⁹ E. Skinnider, A. Qosaj-Mustafa, *Алат са ресурсима за Тужиоце и Судије у борби против насиља над женама и насиља у породици*, Приштина, 2020, страна 47

Заштита од ревиктимизације жртвама родно заснованог насиља пружа се и одредбама Законика о кривичном поступку о заштити посебно осетљивог сведока. Сведоку који је с обзиром на узраст, животно искуство, начин живота, пол, здравствено стање, природу, начин или последице извршеног кривичног дела, односно друге околности случаја посебно осетљив, орган поступка може по службеној дужности, на захтев странака или самог сведока одредити статус посебно осетљивог сведока.¹⁵⁰ Посебно осетљивом сведоку питања се могу постављати само преко органа поступка који ће се према њему односити са посебном пажњом, настојећи да се избегну могуће штетне последице кривичног поступка по личност, телесно и душевно стање сведока. Испитивање се може обавити уз помоћ психолога, социјалног радника или другог стручног лица, о чему одлучује орган поступка. Посебно осетљиви сведок не може бити суочен са окривљеним, осим ако то сам окривљени захтева, а орган поступка то дозволи водећи рачуна о степену осетљивости сведока и о правима одбране.¹⁵¹

Када се потребе жртва игноришу на организационом нивоу, третман који оне имају од индивидуалног особља система може бити прилично поражавајући. Тако негативан третман носи назив "секундарна виктимизација".¹⁵²

Ризик од секундарне виктимизације може произаћи из три извора. На пример, истраживање о прихватању митова о силовању сугерише да се особље система можда понаша неосетљиво према жртвама. У неколико студија, откривено је да полиција, тужиоци, судије и лекари прихватају ставове о окривљавању жртва, као што је веровање да жене изазивају силовање и да често лажу о силовању. Друго, до секундарне виктимаизације може доћи не само због онога што пружаоци услуга чине, већ и због онога што не раде. Одбијање помоћи је прилично уобичајено, што може изазвати стрес за жртве силовања. Коначно, за оне жртве силовања које су у могућности да добију жељене услуге, није познато да ли је ова врста пружања заиста користи жртвама.

¹⁵⁰ Члан 103., Законик о кривичном поступку ("Сл. гласник РС", бр. 72/2011, 101/2011, 121/2012, 32/2013, 45/2013, 55/2014, 35/2019, 27/2021 - одлука УС и 62/2021 - одлука УС)

¹⁵¹ Члан 104, Законик о кривичном поступку ("Сл. гласник РС", бр. 72/2011, 101/2011, 121/2012, 32/2013, 45/2013, 55/2014, 35/2019, 27/2021 - одлука УС и 62/2021 - одлука УС)

¹⁵² R. Campbell, S. Raja, Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence, *Violence and Victims*. no. 3, Vol. 14, 1999, pp. 262

VIII РЕЗУЛТАТИ ЕМПИРИЈСКОГ ИСТРАЖИВАЊА

8.1. Опис истраживања

Истраживање је извршено у здравственом установи Дом здравља Ниш. Нишки Дом здравља представља највећи здравствени центар примарне здравствене заштите у Србији, по организационој и кадровској структури, мрежи објеката и опремљености.

Пре него што пређемо на саме резултате истраживања, интересно је поменути кратак историјат, као и улогу и делатност ове здравствене установе. Дом здравља Ниш је основан 31. децембра 1962. Организован је у десет организационих јединица које функционишу у централном објекту површине 15.000 m² и близу шездесет пунктова у граду Нишу и околним селима, са одговарајућом кадровском попуном и великим бројем специјалиста, примаријуса, магистара и доктора наука. Дом здравља Ниш је и научно - наставна база Медицинског факултета у Нишу.

Након Другог светског рата, пошто је Ниш ослобођен, 14. октобра 1944, предузете су мере за брзо оснивање здравствених установа које би се бавиле здравственом заштитом грађана Ниша и околине. Прво је основана Среска амбуланта, а убрзо потом и Дом здравља Среза нишког. Почетком 1945. у Нишу почињу да раде два дома здравља; Дом здравља „Црвени крст“ и „Дом здравља Бубањ“ Дом здравља „Црвени крст“ наставља рад некадашњег Дома здравља Среза нишког, са затеченим медицинским кадром, а дужност првог управника преузео је др Војислав – Вова Петровић. Дом здравља „Бубањ“ размешта се у зграду бившег „Уреда“ и преузима улогу и обавезе комплетне специјалистичке службе некадашње Градске поликлинике. Крајем маја 1959. ова два дома се реорганизују и уводе нову организацију рада. Уместо њих формиран је већи број здравствених станица у граду. Тада се веровало да ће приближавање болесницима дати боље резултате лечења, што се није у пракси показало као добро решење, па је 31. децембра 1962. у Нишу формиран јединствени Дом здравља.

У установи се обезбеђује превентивна здравствена заштита за све категорије становника, општа медицина, здравствена заштита жена и деце, патронажна служба, лабораторијска и друга дијагностика, стоматолошка здравствена заштита и друге делатности у складу са Законом и Уредбом о Плану мрежа здравствених установа.

Најзначајније улоге Дома здравља Ниш дефинисане су одредбама важећег Закона о здравственој заштити, тако да Дом здравља Ниш обезбеђује:

- Заштиту и унапређење здравља, спречавање и рано откривање болести, лечење, рехабилитацију болесних и повређених
- Превентивну здравствену заштиту групација становништва изложених повећаном ризику обољевања и осталих становника, у складу са посебним програмом превентивне здравствене заштите,
- Здравствено васпитање и саветовање за очување и унапређење здравља,
- Спречавање, рано откривање и контрола малигних болести,
- Спречавање, откривање и лечење болести уста и зуба,
- Патронажне посете, лечење и рехабилитацију у кући,
- Друге послове утврђене законом.

8.2. Анализа резултата истраживања

Предмет овог истраживања биле су пријаве насиља стручном тиму за заштиту жртава, као и протокол, односно евиденција Дома здравља Ниш о свим лицима која су пријавила насиље приликом прегледа у овој здравственој установи.

Циљ истраживања је био неосредно утврђивање карактеристика родно заснованог насиља према расположивим подацима у Дому здравља Ниш, а из овога произлазе и задаци истраживања који су следећи: број пријављених случајева насиља по годинама; утврђивање полне и старосне структуре жртава; учесталост пријава насиља по годинама; утврђивање врсте пријављених насиља (физичко, психичко, сексуално), као и која се врста насиља најчешће врши; колики проценат пријављеног насиља је пријављен и другим установама, првенствено полицији и Центру за социјални рад; брачни статус лица која су пријављивала насиље; у ком се односу налазе жртве насиља и лица које су жртве насиља пријављивале као учиниоце насиља.

У наставку рада биће извршена анализа података о пријављеним случајевима родно заснованог насиља на подручју града Ниша, на основу података Дома здравља у Нишу, за период од 2013. године до 1. августа 2021. године.

Табела 6. Приказ укупног броја пријављених случајева насиља на основу података Дома здравља у Нишу

Година	Број пријављених случајева
2013	25
2014	13
2015	15
2016	19
2017	24
2018	21
2019	36
2020	32
2021 (до 1. августа)	9
Укупно	194

Укупан број пријављених случајева родно заснованог насиља за овај период је 194. На горе приказаној табели може се уочити да је број пријављених случајева у току 2014. и 2015. био мањи у односу на просечан број случајева, а да је у току 2019. и 2020. године било највише.

Табела 7. Приказ укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља у односу на старост жртава

<i>Године живота</i>	<i>Број случајева</i>	<i>Процент</i>
18 - 25	9	4,64%
26 - 33	27	13,92%
34 - 41	42	21,65%
42 - 49	54	27,84%
50 - 57	22	11,34%
58 - 65	16	8,25%
преко 65	24	12,36%

У старосној структури уочава се да су лица у старосној групи од 34-41 и 42-49 година старости највише пријављивала насиље, док је најмање жртва до 18 година. Један од разлога за овакве податке се може тражити и у чињеници да лица средњих година имају формиране породице, или се пак налазе у сталним емоционалним партнерским везама или пак неком другом виду партнерских односа (ванбрачна заједница и сл.), па је и могућност извршења ових дела већа.

Табела 8. Приказ у процентима укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља у односу на врсту пријављеног насиља

Врста насиља	Процент
Физичко	57,33%
Психичко	36%
Сексуално	6,67%

У горњој табели приказан је укупан проценат према врсти пријављеног насиља. Овде се убраја свака од врсти насиља, без обзира да је пријављена самостално или као извршена заједно у комбинацији са још неком од врста насиља.

Ако се узму у обзир пријаве где је жртва пријавила само једну врсту насиља, подаци си следећи: само физико насиље у скоро 42% случајева, само психичко насиље у 11% случајева, а само сексуално насиље у 20% случајева .

Остатак пријављеног насиља је било у комбинацији с неком другом врстом насиља, а у шестини случајева постојале су сва три облика насиља, према следећој табели:

Табела 9. Процентуално приказ укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља на основу комбинације пријављених врста насиља

Врста насиља	Процент
Физичко и сексуално	8%
Физичко и психичко	74,5%
Физичко, психичко и сексуално	17,5%

Пријављено физичко насиље најчешће се вршило ударањем жртве рукама , и то најчешће у пределу главе, по рукама и леђима. У одређеном броју случајева насиље је вршено и шутирањем, ударање тупим предметима, као и гурањем услед чега су настајале повреде ударањем од зид или патос. Говорећи о психичком насиљу, најчећи вид ове врсте насиља било је псовање, вређање ,омаловажавање жртве, које се вршило дужи временски период пре пријављивања насиља.

Најмање пријављиван облик насиља је сексуално насиље. Овако низак проценат сексуалног насиља у пракси вероватно не значи да он стварно није толико заступљен, већ наводи на закључак да се о њему још увек не прича тако отворено и да жртва због стида и страха од осуде породице и околине ретко кад пријављује овај вид насиља.

Табела 10. Процентуално приказ укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља у односу на брачно стање жртава

Брачно стање	Процент
Разведен(а)	11%
Развод у току	3%
Брак или ванбрачна заједница	68%
Не живи у заједници	18%

Увидом у табелу уочава се да се два од три пријављена случајева насиља догоди у браку или ванбрачној заједници. Након тога следе случајеви лица које се не налазе у заједници, и то су најчешће лица која се налазе у емотивној вези али не живе у одређеној заједници . Како на пријави стручном тиму за заштиту жртава постоји јединствена опција за брачно стање као “У браку / ванбрачној заједници” није могуће утврдити тачан проценат жртава које су насиље доживеле у браку и оних које су доживеле у ванбрачној заједници. Међутим, ако се узме у обзир лице које је починило насиље, према табели испод, уочава се да је насиље извршено од брачног партнера скоро па два и по пута учесталије од насиља у ванбрачној заједници/ од ванбрачног партнера.

Табела 11. Приказ процента укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља у односу на лице које је пријављено као извршилац насиља

Лице које је извршилац насиља	Заступљеност
Брачни партнер	48,72%
Ванбрачни или емотивни партнер	20,51%
Син	15,38%
Отац	5,13%
Остали сродници	10,26%

У случају када насилник није био брачни или ванбрачни/емотивни партнер, онда се радило о члану породице жртве као насилнику. Старије особе су најчешће пријављивале сина као извршиоца насиља, док су млађе жртве пријављивале оца. Од останих сродника, пријављивани су најчешће свекрва, јетрва, сестрић и сл.

Табела 12. Приказ процента укупног броја пријављених случајева родно заснованог насиља с обзиром на то да ли је насиље такође пријављено полицији и Центру за социјални рад

Установа	Насиље пријављено	
	Да	Не
Полиција	78,43%	21,54%
Центар за социјални рад	51,6%	48,4%

У Табели 7 може се уочити да је велики број насиља већ пријављено и полицији, што указује на то да су жртве или неко друго лице већ контактирале полицију због сукоба у коме је настало насиље. Петина случајева насиља који су уочени у Дому здравља није претходно пријављена полицији, што указује на значај установа примарне здравствене заштите да уочавају насиље као и да предузимају одговарајуће мере у случају његовог откривања.

Што се тиче Центра за социјални рад, овде је скоро једнак број пријављених и непријављених случајева. Један од могућих разлога за мањи број пријављених случајева Центру за социјални рад је у томе што жртве у случају пријављивања насиља се

првенствено обраћају полицији као органу јавног реда и мира, и Дому здравља, односно установи примарне здравствене заштите, која им може одмах пружити неопходну здравствену негу.

Узимајући у обзир пол жртве која је пријавила насиље, само 4 пријаве од укупног броја су мушког пола, док остатак чине жртве женског пола. На основу овог података примећује се да је ово насиље усмерено првенствено према женама.

На основу расположивих података у Дому здравља, није евидентирано како је даље текао поступак са жртвама након што су упућене на Центар за социјални рад и друге установе и органе. Ове установе имају податке о даљем поступању, с обзиром да су са жртвама након упућивања непосредно ступали у однос стручњаци из тих установа.

Што се тиче жртава насиља које су се поново јавиле у Дому здравља, број је веома мали. Према документима и проценама, само око 2% жртава поново се јављају са повредама и тегобама које су последица насиља. Разлог за овако низак проценат углавном није због тога што је насиље трајно спречено и насилник одстрањен из средине жртве, или је дошло до промене понашања насилника, већ се разлози могу тражити и у поступању жртве. Наиме, насиље се и даље наставља у истом или сличном облику и интензитету, али жртве под утицајем различитих фактора доносе одлуку да не траже даљу помоћ или да поново пријављују насиље. Страх да ће насиље постати чешће и јаче, или чак да ће доћи до лишења живота од стране насилника, као и немогућност да се ослободи од насилника, најчешћи је разлог зашто жртве не траже поново помоћ. Насиље се често одвија у породицама које имају децу, те се насиље некада и трпи како би се деца заштитила, односно како би се брак очувао и одржала породица. Жртве некада трпе и крију насиље услед културолошких фактора, јер се боје осуде и притиска околине уколико се сазна о насиљу или уколико дође до развода брака. Велику улогу игра и психолошки фактор, јер жртве након пријаве насиља често мењају мишљење и однос према насилнику. Након што им приликом интервенције буду саопштена њихова права и како ће се надаље поступати са насилником, жртве често постану забринуте за насилника, не желећи толико “грубе” санкције према њему (наводећи да је “то је било само пар шамара”, “не заслужује затвор због тога”, “он ће се променити”, “потребна му је само опомена” и сл.). Када жртве промене мишљење, односно када још увек нису “рашчистиле са собом” како да поступају, то отежава стручњацима у установама рад са њима, јер да би им се пружила заштита и помоћ

потребно је да оне буду те које ће остати при ставу да желе да изађу из такве ситуације. Без њихове сарадње веома је тешко остварити заштиту и превенцију, и оне се у највећем броју случајева враћају назад у зачарани круг насиља.

У наставку следе неколико примера који показују реалне ситуације које су се десиле у пракси, а које су сачињене на основу исповести жртава приликом њихових прегледа. У примерима су изостављени лични подаци жртава и осталих лица, у циљу заштите приватности и достојанства жртава.

Пример из праксе број 1

Испитаница је била изложена физичком и сексуалном насиљу од стране бившег супруга. Обоје су завршили средњу школу, и имају двоје малолетне деце. Бивши супруг ју је омаловажавао, вређао, био импулсиван при вербализацији, нарушавао њен интегритет. Развели су се, она је постала старатељ деци, док је њему одређено виђање деце. Како је навела, дешавале су се ситуације да није преузимао децу у предвиђено време говорећи да има обавезе. Када би желео да их узме а она имала испланирано време са њима, пребацивао јој је да га удаљава од деце. Говорио је да ће се променити, враћао се њој и деци, и уколико му нешто није одговарало опет одлазио. Она прихвата ову ситуацију, чак и некада нерадо ступајући у сексуалне односе с њим, са циљем да му удовољи како би све био у реду и желећи да деца одрастају уз оба родитеља. У једној ситуацији, после њеног одбијања да ступи у сексуални однос њим и вербалног конфротирања је ударио више пута. Обавештена је полиција као и Центар за социјални рад. Наводила је да не жели више да му даје шансу јер није сигурна да ће променити своје понашање.

Пример из праксе број 2

Испитаница наводи да је била изложена физичком насиљу од стране свог оца. Завршила је четворогодишњу школу, није у радном односу. Она живи у заједници са другим супругом. Са првим супругом развела се због супруговог претераног конзумирања алкохола, а из брака имају двојицу синова. Са другим супругом се лепо слаже и имају заједничког сина. Наводи да јој је супруг подршка и да је разуме. Отац испитанице конзумира алкохол, али и када није под утицајем алкохола је импулсиван, увредљив. Она је бринула о њему, припремала му оброке, поспремала, али је годинама од њега трпела увреде и омаловажавања њене личности. У последњој од низа ситуација

отац је био увредљив према њој а затим је физички повредио. Интервенисала је полиција, а са свим дешавањима упознат је и Центар за социјални рад. Уследила је законска регулатива.

Пример из праксе број 3

Испитаница је била изложена психичком и физичком насиљу од стране ванбрачног партнера. Уписала је студије, није завршила, док је њен ванбрачни партнер факултетски образован. Ниподоштавао је на начин где је истицао своје образовање, приговарао је на њене односе са другима, не слажући се са њеним избором пријатеља. Он је, према њеним речима, имао широк круг пријатеља и при социјалним односима је остваривао позитивну комуникацију али је према њој био непријатан. Претрпела је ударце од њега више пута, након чега је интервенисала полиција. Вратила се породици и одбија да има било какву комуникацију или контакт са њим.

Пример из праксе број 4

Испитаница је била изложена физичком насиљу од стране снахе, синовљеве супруге. Завршила је средњу трогодишњу школу, није у радном односу. Наводи да је у породици између супруга и ње, сина и ћерке постојао однос разумевања и подршке. Односи су се променили женидбом сина. Владао је однос несклада, сматра да снаха и децу и унучиће удаљава од ње. Сва дешавања су утицала и на њен однос са супругом те се одвојила од њих, односно живи у посебној кући у истом дворишту. Подршку и разумевање има од ћерке али она не може много да утиче на понашање осталих чланова породице. Снаха је физички била насилна према њој, и у овом случају интервенисала је полиција.

IX ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

Упркос великом напретку на пољу заштите жртава родно заснованог насиља, још увек постоји простор за даље унапређење система заштите и реаговања на родно засновано насиље како на нивоу друштва, тако и на нивоу државних органа и других установа у чију делатност, између осталог, спада и заштита од насиља. Централни део овог рада је превенција родно заснованог насиља у систему примарне здравствене заштите, али да би се уопште остварио напредак у борби против насиља, потребна је много шира друштвена реакција. Знајући да је родно засновано насиље распрострањено у свим земљама, међу свим слојевима друштва и да се оно догађа у приватној сфери живота, очигледно је да здравствени систем не може сам да се избори против овог проблема, првенствено јер здравствени систем реагује у случајевима када уочи лице које је жртва родно засноваог насиља, а то је тренутак када је насиље већ извршено.

Иако су здравствени радници у позицији да створе и ојачају ставове о насиљу као здравственом проблему и да указују на штетне последице насиља по здравље и живот жртава, ипак је и утицај других фактора у друштву значајан у формирању ставова, мишљења и односа према родно заснованом насиљу. Медији на основу информација и представа које нам пласирају свакодневно, утичу на наш доживљај света који не можемо спознати непосредно, а владајуће представе о поимању жена и мушкараца, као и о њиховим родним улогама, умногоме зависе од медијског репрезентовања. Такође и школе имају велики утицај на формирање ставова о родно заснованим улогама и насиљу, тако да морају да се ангажују и раде са ученицима свих узраста како би истражили проблеме у вези са насиљем у породици и радили на промени ставова у вези родних стереотипа. Очекивања друштва у вези родних улога помажу да се учврсти позадина за наступање насиља у породици. Искуство насиља у породици може имати штетан утицај на здравље, образовање и на емоционално благостање и развој деце и младих.

Здравствени систем игра значају улогу у препознавању жртава родно заснованог насиља, јер су медицински радници међу првим професионалцима који имају прилику да се сусретну са жртвама које преживљавају родно засновано насиље. Чињеница је да огроман број жртава родно заснованог насиља прође кроз здравствени систем

неоткривено. Због тога је битно да здравствени радници имају одговарајуће знање о родно заснованом насиљу, да се редовно едукују, као и да своје знање преносе како на друге здравствене раднике, тако и на пацијенте. Исто тако, битан је и однос здравствених радника према самој жртви насиља, али и родно заснованом насиљу као појави. Они пре свега, морају превазићи личне ставове, личне и друштвене стереотипе и предрасуде у односу на жртве насиља. Здравствени радници који крше поверљивост пацијената, који слабо реагују на откривање насиља, који окривљују жртве, или који не успевају да понуде хитну интервенцију могу угрозити сигурност, добробит, па чак и њихов живот у случају опасности. Поштујући и пратећи већ утврђене процедуре и праксе поступања са жртвама насиља, лекари омогућају да се створе услови да жртва насиља говори о насиљу које трпи или је претрпела, да постоји адекватан одговор на ургентне потребе жртве која трпи насиље, да се правилно процени ризик ситуације у којој се жртва налази, као и да омогући жртви информације и приступ установама које се баве проблематиком насиља у породици.

Након откривања родно заснованог насиља, здравствени радници треба да обаве лекарски преглед и пруже потребну медицинску негу. Физички преглед нужан је за утврђивање врсте медицинске неге која је потребна, а такође се користи за сачињавање потребне правне документације. Пацијенте са тешким, животно опасним стањима треба одмах упутити на хитно лечење, док оне са лакшим повредама, обично може лечити на лицу места здравствени радник који врши преглед или друго медицинско особље. Здравствени радници би требало да понуде хитну контрацепцију жртвама сексуалног напада. Поред телесне неге и лечења, жртвама насиља потребно је пружити и психолошку помоћ и негу. Психолошка прва помоћ је метод помоћи људима у невољи како би се осећали смирено и подржани у суочавању са њиховим изазовима и то је начин да се помогне некоме да управља својом ситуацијом и доносе информисане одлуке.

Документовање насиља следећи је обавезни корак у поступању здравствених радника у случају збрињавања жртве насиља. Врши се документовање релевантне историје, резултата физичког прегледа, лабораторијске и друге дијагностичке процедуре, резултата процене, интервенције и упућивања. Лекари и друго медицинско особље морају бити свесни да медицинска документација о насиљу има потенцијал да буде најкорисније доказно средство на суду, јер првенствено ова документација потврђује да је инцидент резултирао неком врстом здравственог стања или повреде. Када се жртва јави лекару са повредама, тачни и конкретни детаљи о повреди се могу

искористити да се докаже да је извршилац поступао насилно, и ова документација може бити коришћена се без сведочења жртве или других сведока догађаја.

Родно засновано насиље готово увек има тенденцију да се понови и то све учесталије и у озбиљнијем облику, тако да битно место свих интервенција у здравственом сектору мора заузимати и процена и брига за безбедност жене која је преживела родно засновано насиље. С обзиром на то, саставни део обрасца за бележење и документовање насиља је процена безбедности жене која преживљава насиље. Иако се не могу са потпуном извешноћу предвидети догађаји оваквом проценом ризика, она је важна за усмеравање поступања надлежних служби. Након утврђивања постојања безбедносних ризика, здравствени радници имају обавезу да провере да ли жена има где да оде, позову полицију или центар за социјални рад, информишу о постојању “сигурних кућа”, дају жени бројеве телефона и адресе служби које пружају заштиту, подрже жену да се бави питањима своје безбедности, без обзира да ли живи са насилником у истој кући/стану, планира или га је напустила. У ситуацијама када се утврди да постоји високи ризик за безбедност жртве и када постоји законска обавеза пријављивања насиља, здравствени радници ће насиље пријавити надлежном јавном тужилаштву или полицији.

Циљ овог рада и истраживања је да се укаже на улогу коју здравствени систем, као једна од установа, има у превенцији родно заснованог насиља, као и да се покаже структура и врста насиља коју жртве пријављују када дођу у контакт с особљем у примарним здравственим установама.

Према евиденцији Дома здравља где је извршено емиријско истраживање, у периоду од непуних девет година пријављено нешто мање од 200 случајева родно заснованог насиља. У вези с тим податком, резултати истраживања морају се тумачити с извесном резервом, јер треба узети у обзир и тамну бројку која је у случајевима пријављивања насиља јако изражена. Нова законска решења, као и боља сарадња државних органа и установа у овој области, требала би довести до смањења тамне бројке родно заснованог насиља, односно до све већег откривања и пријаве случајева насиља.

На основу прикупљених података, жртве највише пријављују физичко и психичко насиље, и обраћају се здравственим радницима непосредно после физичког напада, потом када долази до психосоматских тегоба или здравствених проблема који су последица дуготрајног насиља које трпе. Може се закључити из добијених података да

већина жртава трпи насиље одређени временски период пре његовог пријављивања, и да жртве веома ретко одмах пријаве прво насиље које доживе. У прилог овом схватању иде и податак да се насиље трпи најчешће од стране партнера, тако да жртве пријављују насиље у крајњем случају када схвате да немају другог излаза, односно када им живот или здравље буду знатно угрожени.

Анализирајући све прикупљене податке, може се направити профил просечне жртве родно заснованог насиља:

Ради се о особи женског пола, која је у старосној групи од 34 до 49 година. Насиље које доживљава је првенствено физичко, које се чини шамарањем и ударањем по лицу, рукама и леђима. Заједно са физичким насиљем трпи и психичко насиље, које се манифестује кроз вређање и омаловажавање. Жртва се налази у браку или дужој ванбрачној заједници, а насиље над њом врши брачни/ванбрачни партнер. Пре обраћања здравственој установи, насиље пријављује и полицији.

ПОПИС КОРИШЋЕНЕ ЛИТЕРАТУРЕ

Извори на српском језику

1. Вилић Вида, Прогањање путем интернета – ко су извршиоци и жртве?, Годишњак Правног Факултета у Источном Сарајеву, година III, 2/2012, Сарајево, 2012, стр. 123–143
2. Виктимолошко друштво Србије, Водич кроз поступке за заштиту права жртава родно засноване дискриминације и насиља пред независним телима у Србији, Београд, 2019, Прометеј
3. Министарство здравља Републике Србије, Водич кроз систем здравствене заштите, Како функционише здравствени систем у Републици Србији?, Београд, 2014
4. Докмановић, Мирјана, Род и право, у: Милојевић Ивана и Марков Слободанка (ур.) Увод у родне теорије, Нови Сад, 2011, Mediterran Publishing
5. Eileen Skinnider, Ariana Qosaj-Mustafa, Алат са ресурсима за Тужиоце и Судије у борби против насиља над женама и насиља у породици, Приштина, 2020, Савет Европе
6. Жарковић, Милан, Шурлан Тијана, Киурски Јасмина, Матић Марина и Јосимовић Слободан, Ка бољој заштити жртава насиља у породици, одговор правосуђа, методологија за сензибилизацију жртава насиља у породици, Београд, 2012, Удружење јавних тужилаца и заменика јавних тужилаца Србије
7. Јарић Весна, Радовић Надежда, Речник родне равноправности, Београд, 2011, Управа за родну равноправност Министарства рада и социјалне политике Републике Србије
8. Јарић Весна, Радовић Надежда, Речник родне равноправности, Нови Сад, 2010, Арт Принт
9. Јовановић Светлана, Миловановић Срђан, Мандић Јелена, Јововић Синиша. Системи здравствене заштите, Енграми 2015, бр. 1, Vol 37, Београд, 2015, стр. 75-82
10. Кнежевић Снежана, Значај едукације здравствених радника у откривању жена које су преживеле родно засновано насиље, Здравствена заштита : часопис за социјалну медицину и друштвено-економске односе у здравству, бр. 2, Vol. 49, Београд, 2020, стр. 68-85
11. Кнежевић Снежана, Гајовић Иван, Примена протокола Министарства здравља за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу у клиничкој пракси, ПОНС - медицински часопис, бр. 1, Vol. 13, Ћуприја, 2016, страна 16-23
12. Care International Balkan, Приручник о родно осетљивом медијском извештавању : тренинг за медије на тему родне осетљивости, Београд, 2016, Центар Е8
13. Игњатовић Тања, Јосимовић Слободан, Радин Иван, Грбо Светлана, Корак ка бољој заштити - Приручник за унапређење координираног одговора надлежних служби на насиље према женама, Кикинда, 2016, УГГ “Центар за подршку женама”
14. Кротић Јована, Игњатовић Тања, Славковић Биљана, Преживети насиље - последице по психичко здравље жртава породичног насиља и трговине људима, Београд, 2016, Астра-акција против трговине људима
15. Крстинић Далибор, Васиљковић Јована, Облици насиља у породици, Право - теорија и пракса, бр. 7-9, Vol. 36, Нови Сад, 2019, стр. 67-81

16. Кујунџић Славица, Породичноправна заштита старих лица од насиља у породици, Зборник радова Правног факултета, бр. 1, Vol. 51, Нови Сад, 2017, стр. 183-199
17. Лакићевић Снежана (ур.), Општи протокол о поступању и сарадњи установа, органа и организација у ситуацијама насиља над женама у породици и у партнерским односима, Београд, 2012, Министарство рада и социјалне политике, Управа за родну равноправност
18. Марковић Саша, Стратегија супротстављања насиљу у породици, Зборник радова Правног факултета, бр. 3, Vol. 53, Нови Сад, 2019, стр. 1081-1097
19. Марковић Саша, Полицијска стратегија у борби против насиља у породици – основна криминалистичко-стратешка усмерења у Републици Србији, Часопис Безбедност, бр. 3, Vol. 60, Београд, 2018, стр. 100-116
20. Матијашевић Дивна, Оташевић Станислава, Насиље над женама и последице по здравље, за раднике примарне здравствене заштите и ургентне медицине, Београд, 2003, Аутономни женски центар
21. Матијашевић-Обрадовић Јелена, Стефановић Ненад, Насиље у породици у светлу Породичног закона, Кривичног законика и Закона о спречавању насиља у породици, Право - теорија и пракса, бр. 4-6, Vol. 34, Нови Сад, 2017, стр. 13-28
22. Милашиновић Срђан и Андрић Санела, Феноменологија насиља у породици као друштвено девијантне појаве у Србији, Напредак - часопис за политичку теорију и праксу, бр. 1, Vol. 2, Београд, 2021, стр. 57-68
23. Милосављевић-Ђукић Ивана, Танкосић Бојана, Породично насиље - карактеристике насиља над децом и последице на развој деце, Војно дело, бр. 5, Vol. 70, Београд, 2018, стр. 67-81
24. Милошевић, Б. Горан, Родна равноправност и родно засновано насиље : приручник, Земун, 2012, Криминалистичко-полицијска академија
25. UNICEF, Модул 11: Рад на елиминацији стигме и дискриминације - Промовисање једнакости, инклузије и поштовања различитости, 2019, UNICEF у Србији
26. Мршевић Зорица, Како против насиља - улога медија: медији у Србији о родно заснованом насиљу у 2015. и 2016. години, Београд, 2018, Програм Уједињених нација за развој
27. Мршевић Зорица, Механизми за родну равноправност. у: Д. Поповић (ур.), Зборник предавања са курса Политике родне равноправности, Београд, 2011, Женске студије
28. Мршевић Зорица, Ка демократском друштву – родна равноправност, Београд, 2011, Институт друштвених наука
29. Сумоња Сања, Ракановић Радоњић Андреа, Шћеповић Драгана, Улетиловић Драган, Рачетовић Горан, Шућур Јањетовић Весна, Лепир Љубо, Мултисекторски одговор на насиље над женама и насиље у породици - Приручник, Бања Лука, 2018, Гендер центар Републике Српске
30. Оташевић, Станислава (ур.), Насиље у партнерским односима и здравље, Београд, 2005, Аутономни женски центар
31. Оташевић, Станислава (ур.), Насиље над женама, моја професионална одговорност - Приручник за праксу у здравственим установама, Београд, 2007, Аутономни женски центар
32. Недељков Јеца, Банаух-Брусин Марија, Поступање према насилницима у центру за социјални рад, Социјална политика - Часопис за теорију и праксу социјалне политике и социјалог рада, бр. 50, Vol. 3, 2015, стр. 79-99

33. Нецић Неда, Репрезентација насиља према женама у српској штампи, *CM: Communication and Media*, бр. 45, Vol. 14, 2019, стр. 37-60
34. Игњатовић Тања, Илеш Марина, Одговор образовно-васпитних институција на родно засновано насиље и насиље у породици, *Збирка стручних текстова*, Београд, 2018, Аутономни женски центар
35. ОЕБС, За безбедност код куће: Сузбијање насиља над женама у региону ОЕБС, *Компилација добрих пракси*, Беч, 2009, Секретаријат ОЕБС, Канцеларија Генералног секретара/ Одсек за родну равноправност
36. ОЕБС, За безбедност код куће: Сузбијање насиља над женама у региону ОЕБС, *Компилација добрих пракси*, Београд, 2019, ОЕБС Мисија у Србији
37. Остојић Е., Други поглед на свет- Не живјети са насиљем, *Зеница*, 1999, Медика
38. Оташевић Станислава, Савић Слободан, Одговор здравственог сектора на родно засновано насиље: Водич за здравствене раднике/це, Београд, 2015, УНФПА
39. Пауновић Никола, Кривичноправни аспекти прогањања - упоредноправна анализа и могући правци *de lege ferenda* измена, *Страни правни живот*, бр. 1, Београд, 2019, стр. 21-41
40. Рачић Анђелка, Врсте насиља над децом у породици, *Гласник Адвокатске коморе Војводине*, бр. 6, с 88, Нови Сад, 2016, стр. 265-287
41. Ристановић Николић Весна, Лепојевић Ковачевић Марина, Прогањање, појам, карактеристике и друштвени одговори, *Темида*, бр. 4, Београд, 2007, стр. 3-12
42. Роквић Вања, Сексуално и родно засновано насиље у оружаним сукобима, *Годишњак Факултета безбедности*, бр. 1, Београд, 2017, стр. 111-126
43. Савић Јелена, Млађеновић Лепа, Сексуално насиље: Разумевање искуства трауме, Београд, 2009, Аутономни женски центар
44. Игњатовић Тања, Живковић Данијела, Мацановић Бобана, Силовање је злочин, *Приручник за жене које су преживеле сексуално насиље*, Београд, 2009, Аутономни женски центар
45. Спасић Данијела, Никач Жељко, Одређивање и разграничење основних појмова, у: Милошевић, Г. (ур), *Родна равноправност и родно засновано насиље (приручник)*, Београд, 2012, Криминалистичко – полицијска академија у Београду
46. Средојевић Мирјана, Жртве кривичног дела насиље у породици, *Зборник радова Правног факултета*, бр. 3-1, Vol. 51, Нови Сад, 2017, стр. 975-989
47. Угринов Драган, Гавриловић Ана, Марков Милош, Примарна здравствена заштита, основа здравственог система, *Здравствена заштита*, бр. 1, Vol. 44, Београд, 2015, стр. 19-32
48. Филиповић Јелена, Род и језик, у: Милојевић И., Марков С. (ур.), *Увод у родне теорије*, Нови Сад, 2011, Центар за родне студије и *Mediterran Publishing*, стр. 409-423
49. Цветинчанин Кнежевић Христина, Родно засновано насиље над женама у дигиталном окружењу - легислативни оквир регулације, оригинални научни рад, Београд, 2019, Факултет Политичких Наука, Универзитет у Београду

Страни извори

1. Baker Rachel, Sommers Marilyn, Physical Injury From Intimate Partner Violence: Measurement Strategies and Challenges, *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, no. 2, Vol. 37, 228-233, 2008

2. Bastic Megan, Grimm Karin, Kunz Rahel, Sexual Violence in Armed Conflicts, Global Overview and Implications for the Security Sector, Geneva, 2007, DCAF
3. Behice Han Almiş, Funda Gümüştas, Emel Koyuncu Kütük, Effects of Domestic Violence Against Women on Mental Health of Women and Children, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, no. 2, Vol. 12, 2020, 232-242
4. Bott Sarah, Guedes Alessandra, Claramunt Maria Cecilia, Guezmes Ana, Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: a Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries, New York, 2010, International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region
5. Boyle Adrian, Robinson Susan, Atkinson Paul, Domestic Violence in Emergency Medicine Patients, *Emergency Medicine*, no. 21, 2004, 9-13
6. Callender Thomas, Dartnall Elizabeth, Mental health responses for victims of sexual violence and rape in resource poor settings, Sexual Violence Research Unit, Pretoria, South Africa, 2011
7. Campbell Jacquelyn, Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, no. 9314, Vol. 359, 2002, 1331–36
8. Campbell Rebecca, Raja Sheela, Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence, *Violence and Victims*. no. 3, Vol. 14, 1999, 261–275
9. Campbell Jacquelyn, Jones Alison, Dienemann Jacqueline, Kub Joan, Schollenberger Janet, O'Campo Patricia, Gielen Andrea, Wynne Clifford, Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences, *Archives of internal medicine*, no. 10, Vol. 162, 2002, 1157-63
10. Chamberlain Linda, A Prevention Primer for Domestic Violence: Terminology, Tools, and the Public Health Approach, VAWnet - National Online Resource Center on Violence Against Women, 2008
11. Code of practice for the NSW Police Force Response to Domestic and Family Violence, Crown Copyright (through NSW Police Force), New South Wales, 2013
12. Florida State University, Conditions & Injuries Related to Domestic Violence, National Prevention Toolkit on Domestic Violence for Medical Professionals, Tallahassee, 2014, Verizon Foundation
13. Derya Gasimova Konul, Guideline on Gender-Sensitive Approach for Adjudicating Gender-Based Violence Cases, Bonn, 2018, GIZ
14. Ealing Council, Domestic Violence: Guidance for Schools, Ealing, 2013, Ealing Grid for Learning
15. Ehrhardt Anke, 'John Money, PhD', *Journal of Sex Research*, no. 3, Vol. 44, 2007, 223–224
16. Ellemers Naomi, Gender stereotypes, *Annual Review of Psychology*, no. 1, Vol. 69, Faculty of Social Sciences, Utrecht University, 2018, 275–298
17. World Health Organization, From Alma-Ata to Astana: primary health care - reflecting on the past, transforming for the future, Interim report from the WHO European region, World Health Organization Regional Office for Europe, Astana, 2018
18. World Economic Forum, Global Gender Gap Report, World Economic Forum 2021, Davos, 2021
19. Hannum Emily, Kong Peggy, Zhang Yuping, Family sources of educational gender inequality in rural China: A critical assessment, *International Journal of Educational Development*, no. 5, Vol. 29, 2009, 474–486
20. World Health Organization, Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook, Luxembourg, 2014, UNFPA

21. Kapur Amrita, Kelli Muddell, *When No One Calls It Rape: Addressing Sexual Violence Against Men and Boys in Transitional Contexts*, New York, 2016, International Center for Transitional Justice
22. Koenig M. Anne, *Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly*, *Frontiers in Psychology*, no. 1086, Vol. 9, 2018
23. Linda L. Dahlberg, Etienne G. Krug, *Violence a global public health problem*, *Ciência & Saúde Coletiva*, no. 2, Vol. 11, 2006, 277-292
24. Kelly Liz, *Surviving Sexual Violence*, Cambridge, Oxford, 1988, Polity Press
25. Lopi Barbara, *Beyond Inequalities 2008 - Women in Southern Africa*, Harare, 2008, Southern African Research and Documentation Centre
26. Mead Margaret, *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*, New York, 2001, Harper Perennial
27. Bloomberg Michael R., *Medical Providers' Guide To Managing The Care Of Domestic Violence Patients Within A Cultural Context*, New York, 2004, City Of New York
28. Murray Christine, Horton Evette, Higgins Johnson Catherine, Notestine Lori, Garr Bethany, Marsh Pow Allison, Flasch Paulina, Doom Elizabeth, *Domestic violence service providers' perceptions of safety planning: A focus group study*, *Journal of Family Violence*, Vol. 30, 2005, 381-392
29. Roselynn Musa, Faiza Jama Mohammed, Firoze Manji (eds.), *Breathing Life into the African Union Protocol on Women's Rights in Africa*, Nairobi, 2006, Solidarity for African Women's Rights/African Books Collective
30. The Family Violence Prevention Fund, *National Consensus Guidelines On Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings*, San Francisco, 2004, FVPP
31. Dubois Elizabeth, Allen Luke, Myrup Anna, Majeed Azeem, Razavi Ahmed, *Primary health care: Closing the gap between public health and primary care through integration*, *Technical Series on Primary Health Care*, Geneva, 2018, World Health Organization
32. Pernille Hansen, *Psychological First Aid for Red Cross Red Crescent Societies*, Copenhagen, 2018, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support
33. Kopff Richard G., Nersessian Edward, *Textbook of Psychoanalysis*, Washington DC, 1996, American Psychiatric Press
34. Rivera Echo, Phillips Heather, Warshaw Carole, Lyon Eleanor, Bland Patricia, Kaewken Orapan, *The Relationship Between Intimate Partner Violence and Substance Use: An Applied Research Paper*, Chicago, 2015, National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health
35. Roni Elias, *Restorative Justice in Domestic Violence Cases*, *DePaul Journal for Social Justice*, no. 1, Vol. 8, 2015, 67-84
36. Kartusch Angelika, Willems Johanna, Depeyre Vanessa, *Strengthening Health System Responses to Gender based Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package*, Vienna, 2014, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, Turkey and WAVE Network and European Info Centre against Violence
37. OECD/European Union, *Strengthening primary care systems*, in *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Paris, 2016, OECD Publishing
38. World Health Organization & Pan American Health Organization, *Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence*, Geneva, 2012, World Health Organization

39. World Health Organization, Violence Prevention through Multisectoral Collaboration: An International Version of the Collaboration Multiplier Tool to Prevent Interpersonal Violence, New York, 2020, Violence Prevention Alliance
40. Enos Pualani, Linden Judith, Tieszen Lisa, Bernstein Judith, Brown Jody, An Intervention to Improve Documentation of Intimate Partner Violence in Medical Records, Boston, 2004, Domestic Violence Institute Northeastern University School of Law
41. Walraven Gijs, The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful?, Journal of Global Health, no. 1, Vol. 9, 2019
42. García-Moreno Claudia, Jansen Henrica, Ellsberg Mary, Heise Lori, Watts Charlotte, WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women, Geneva, 2005, World Health Organization
43. Wu April Yanyuan, Karamcheva Nadia S., Munnell Alicia, Purcell Patrick J., How Do Trends in Women's Labor Force Activity and Marriage Patterns Affect Social Security Replacement Rates?, Social Security Bulletin, no. 2, Vol 73, 2013, 1-24
44. Xie Kevin, The "missing girls" from China: Reforms Are Too Little, Too Late, Harvard International Review, no. 2, Vol. 36 (2), pp 33–36

ПОПИС ОСТАЛЕ ИСТРАЖИВАЧКЕ ГРАЂЕ

Прописи и међународни акти

1. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978, Приступљено 28.12.2021., http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. Декларација УН против насиља над женама (А/Рес/48/104) 1993, Prevention of domestic Violence and Trafficking in Human Beings, Training Manual, Winrock International, Kyiv, Ukraine, 2001, преузето 13.11.2021., <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.216.5682&rep=rep1&type=pdf>
3. Закон о здравственој заштити Републике Србије ("Сл. гласник РС", бр. 25/2019)
4. Закон о јавном тужилаштву ("Сл. гласник РС", бр. 116/2008, 104/2009, 101/2010, 78/2011 - др. закон, 101/2011, 38/2012 - одлука УС, 121/2012, 101/2013, 111/2014 - одлука УС, 117/2014, 106/2015 и 63/2016 - одлука УС)
5. Законик о кривичном поступку ("Сл. гласник РС", бр. 72/2011, 101/2011, 121/2012, 32/2013, 45/2013, 55/2014, 35/2019, 27/2021 - одлука УС и 62/2021 - одлука УС)
6. Закон о полицији ("Сл. гласник РС", бр. 6/2016, 24/2018 и 87/2018)
7. Закон о спречавању насиља у породици ("Сл. гласник РС", бр. 94/2016)
8. Закон о уређењу судова ("Сл. гласник РС", бр. 116/2008, 104/2009, 101/2010, 31/2011 - др. закон, 78/2011 - др. закон, 101/2011, 101/2013, 106/2015, 40/2015 - др. закон, 13/2016, 108/2016, 113/2017, 65/2018 - одлука УС, 87/2018 и 88/2018 - одлука УС)
9. Конвенција о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, Истанбул, 2011
10. Конвенција о укидању свих облика дискриминације жена (CEDAW), Уједињене Нације, Њујорк, 1979

11. Кривични законик ("Сл. гласник РС", бр. 85/2005, 88/2005 - испр., 107/2005 - испр., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016 и 35/2019)
12. Општа препорука бр. 35 о родно-заснованом насиљу над женама, ажурирање Опште препоруке бр. 19, Уједињене нације - комитет за елиминацију дискриминације жена, 2017
13. Preamble & Article 3d, Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, Istanbul, 2011, преузето 8.11.2021., <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.html>
14. Посебан протокол Министарства здравља Републике Србије за заштиту и поступање са женама које су изложене насиљу, Република Србија, Министарство здравља, Београд, 2011
15. Породични закон ("Сл. гласник РС", бр. 18/2005, 72/2011 - др. закон и 6/2015)
16. Посебни протокол Министарства здравља Републике Србије за поступање и бригу о женама које су изложене насиљу, Република Србија Министарство здравља, Београд, 2011
17. Посебан протокол о поступању центара за социјални рад-органа старатељства у случајевима насиља у породици и женама у партнерским односима, Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, Београд, 2013
18. Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада центара за социјални рад («Службени гласник РС» бр 59/2008,37/2010,39/2011. и 1/2012)
19. Стратегија примарне здравствене заштите, Министарство Здравства и Социјалне Скрби, Република Српска, 2004
20. UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW), CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against women, 1992, преузето 8.11.2021., <http://www.refworld.org/docid/52d920c54.html>
21. Уредба о плану мреже здравствених установа ("Сл. гласник РС", бр. 5/2020, 11/2020, 52/2020, 88/2020, 62/2021, 69/2021 и 74/2021)

Интернет извори

1. Асоцијација за сексуално и репродуктивно здравље Србије (СРХ Србија), Родна питања, приступљено 11. јануара 2022., <http://judskaprava.org/index.php/sr-yu/zakoni/rodna-pitanja>
2. Текст Дигитално насиље, Национална платформа за превенцију насиља које укључује децу, преузето 15.12.2021., <https://cuvamte.gov.rs/sta-je-nasilje/digitalno-nasilje/>
3. Britannica, The Editors of Encyclopaedia, "gender identity", Encyclopedia Britannica, 2020, преузето 5. јануара 2022., <https://www.britannica.com/topic/gender-identity>
4. It will take 135 years to close the gender gap in sub-Saharan Africa, Quartz Africa, приступљено 14. Јануара 2022., <https://qz.com/africa/1503278/global-gender-gap-index-africas-gap-widens/>
5. Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General (S/2021/312), 2021, UN Security Council, преузето 20.12.2021., https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/S_2021_312_E.pdf

САЖЕТАК И КЉУЧНЕ РЕЧИ

Родно засновано насиље представља глобални и широко распрострањен проблем коју познају све државе и друштва. Како би се ефикасно изборили против ове појаве, потребно је активно ангажовање и учествовање свих установа друштва. Појам родно засновано насиље односи се на широк спектар дела којима се крше људска права и нарушава људско достојанство, који настају као последица неједнакости моћи и представљају акте дискриминације на основу рода. Постоји велики број облика испољавања и врста родно заснованог насиља, које имају посебне карактеристике и које погађају жртве насиља на различите начине. Међу установама које се боре против родно заснованог насиља налази се и здравствени систем, односно систем примарне здравствене заштите. Улога здравственог система је значајна у откривању и превенцији родно заснованог насиља, с обзиром да се баш у здравственим установама најчешће и остварује први контакт жртава са професионалним радницима. У оквиру своје професионалне делатности, здравствени радници су у обавези да допринесу превенцији, раном откривању, документовању и пријављивању родно заснованог насиља. Да би успешно обављали овај задатак, потребно је да овладају одговарајућим знањем о родно заснованом насиљу, пруже допринос у примарној превенцији, да се редовно едукују, као и да своје знање преносе како на друге здравствене раднике, тако и на пацијенте. Приликом првог сусрета са жртвом насиља од значаја је успостављање односа поверења и развијање вештина за ефикасну комуникацију са пацијентом. Вештина ефикасног испитивања пацијента је кључна за добијање информација од пацијента у вези са преживљеним насиљем, и за пружање даље помоћи. Поред збрињавања и лечења телесних повреда и рана, потребно је пружити психолошку помоћ и негу жртвама насиља. Професионална обавеза здравственог особља је и сачињавање медицинске документације, која садржи све значајне податке везане за жртву и претрпљено насиље. Документовање насиља помаже жртви у борби против насилника, јер представља један од кључних доказа пред судом и другим органима да је насиље извршено и какаве повреде су настале. Сачињавање безбедносног плана представља део укупног процеса чији је циљ да се изврши превенција насиља. Нужно је да здравствени радници, након утврђивања постојања безбедносних ризика, упуте жртву на друге

државне органе и установе, као и да јој пружи друге потребне информације и савете. Ради ефикасне борбе против родно заснованог насиља, потребна је мултисекторски приступ и сарадња система здравствене заштите са другим установама.

Емпиријским истраживањем утврђено је да је веома мали проценат пацијената у односу на прегледане пријавио насиље, тако да је тамна бројка још увек велика. Анализом података дошло се до података да жртве највише пријављују физичко и психичко насиље, и да се насиље не пријављује одмах, већ након дужег или краћег трпљења. У скоро сваком случају откривеног насиља жртве су жене, и насиље трпи најчешће од стране брачног или ванбрачног партнера.

Кључне речи: родно засновано насиље, превенција насиља, здравствени систем, примарна здравствена заштита, здравствена нега жртава насиља

SUMMARY AND KEYWORDS

Role of the health system in prevention of gender-based violence

Gender-based violence is a global and widespread problem known to all states and societies. In order to effectively fight against this phenomenon, it is necessary for all institutions of society to actively engage and participate. The term gender-based violence refers to a wide range of acts that violate human rights and violate human dignity, which arise as a result of inequality of power and are acts of discrimination based on gender. There are a large number of forms and types of gender-based violence, which have special characteristics and affect victims of violence in different ways. Among the institutions that fight against gender-based violence is the health care system, specifically the primary health care system. The role of the health care system is important in the detection and prevention of gender-based violence, given that in health care institutions, first contact of victims with professionals is most often made. As part of their professional activities, health professionals are obliged to contribute to the prevention, early detection, documentation and reporting of gender-based violence. In order to successfully perform this task, they need to master the appropriate knowledge about gender-based violence, provide a contribution to primary prevention, receive regular education, and transfer their knowledge to other health professionals and patients. During the first meeting with the victim of violence, it is important to establish a relationship of trust and develop skills for effective communication with the patient. The skill of effectively examining the patient is key to obtaining information from the patient about surviving violence, and to providing further assistance. In addition to the care and treatment of bodily injuries and wounds, it is necessary to provide psychological help and care to victims of violence. The professional obligation of the medical staff is also to compile medical documentation, which contains all important data related to the victim and the violence that victim has suffered. Documenting violence helps the victim in the fight against the perpetrator, because it is one of the key pieces of evidence before the court and other bodies that the violence was committed and what injuries were caused. Creating a security plan is part of the overall process aimed at preventing violence. It is necessary that health workers, after determining the existence of security risks, refer the victim to other government agencies and institutions, as well as provide other necessary information and advice. In order to effectively combat gender-based violence, a multisectoral approach and cooperation of the health care system with other institutions is needed.

Empirical research has shown that a very small percentage of patients reported violence compared to those examined, so the dark figure is still high. The analysis of the data showed that victims mostly report physical and psychological violence, and that violence is not reported immediately, but after a long or short suffering. In almost every case of detected violence, the victims are women, and violence is most often suffered by a marital or extramarital partner.

Keywords: gender-based violence, violence prevention, health system, primary health care, health care for victims of violence

БИОГРАФИЈА АУТОРА

Стефан Ристовић рођен је у Нишу 1992. године. Основно образовање стекао је у основној школи „Иво Андрић“ у Нишу, а потом је завршио гимназију “Бора Станковић” у Нишу са одличним успехом.

Основне академске студије права је завршио на Правном факултету у Нишу 2018. године. Године 2019. уписује мастер академске студије на наведеном факултету, смер унутрашњих послова, под менторством проф. др Миомире Костић.

Течно говори енглески језик, познаје рад на рачунару.

ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ И ОДОБРАВАЊУ ОБЈАВЉИВАЊА МАСТЕР РАДА

Изјављујем да је мастер рад, под насловом Улога здравственог система
у превенцији рожњаче

пријављен и одбрањен на Правном факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да овај мастер рад у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се овај мастер рад чува у библиотеци и објави на сајту Правног факултета Универзитета у Нишу, са подацима о датуму одбране и комисији пред којом је рад брањен.

Аутор мастер рада: Стефан Ристовић

У Нишу, 13.04.2022

Потпис аутора

Стефан Ристовић

**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ
ШТАМПАНОГ И ЕЛЕКТРОНСКОГ ОБЛИКА МАСТЕР РАДА**

Име и презиме аутора мастер рада: Стефан Ристовић

Наслов мастер рада: Улога Здравственог система у
превенцији родно заснованог насиља

Ментор: проф. др Миомира Костић

Изјављујем да је електронски облик мастер рада у pdf формату истоветан штампаном облику, који сам предао/ла Правном факултету Универзитета у Нишу.

У Нишу, 13.04.2022.

Потпис аутора

Stevan