



KMC

KOORDINAČNO-METODICKÉ CENTRUM
PRE PREVENCIU NÁSILIA NA ŽENÁCH

CENTRÁ PRE OBETE SEXUÁLNEHO NÁSILIA – MODEL MULTI- INŠTITUCIONÁLNEJ INTERVENCIE

Zuzana Očenášová

2017

„Domov musí byť bezpečné miesto pre všetkých“



Inštitút pre výskum práce a rodiny
Institute for Labour and Family Research

Centrá pre obete sexuálneho násilia – model multi- inštitucionálnej intervencie

Zuzana Očenášová

Bratislava, 2017

*Aktivita bola financovaná z grantov Nórskeho kráľovstva prostredníctvom
Nórskeho finančného mechanizmu a spolufinancovaná zo štátneho rozpočtu
Slovenskej republiky*

www.norwaygrants.org



Úrad vlády SR

Obsah

1. Definícia a prevalencia sexuálneho násilia	4
2. Následky sexuálneho násilia	6
3. Modely pomoci obetiam sexuálneho násilia	7
4. Centrá pre obeť sexuálneho násilia	10
<i>4.1. Štandardy poskytovanie služieb centier pre obeť sexuálneho násilia</i>	<i>12</i>
<i>4.3. Zhodnotenie pozitívnych aspektov centier pre pomoc obetiam sexuálneho násilia</i>	<i>19</i>
5. Podmienky pre vznik a fungovanie centra pre obeť sexuálneho násilia	20
Zoznam použitej literatúry	23

Text neprešiel jazykovou korektúrou.

1. Definícia a prevalencia sexuálneho násillia

Sexuálne násillie je jednou z najzávažnejších foriem násillia a máva dlhodobé následky na osoby, ktoré ho zažívú. Dohovor Rady Európy o predchádzaní násilliu páchanému na ženách a domácemu násilliu a boju proti nemu definuje sexuálne násillie ako *“účasť na vaginálnom, análnom alebo orálnom preniknutí sexuálneho charakteru akoukoľvek časťou tela alebo akýmkoľvek predmetom do tela inej osoby bez jej súhlasu, účasť na iných činnostiach sexuálnej povahy bez súhlasu alebo prinútenie inej osoby zapojiť sa do činov sexuálneho charakteru s treťou osobou bez súhlasu danej osoby”* (Rada Európy, 2011). Táto definícia sa odlišuje od spôsobu, akým je upravené sexuálne násillie a znásilnenie v slovenskej trestnej legislatíve, ktorá do veľkej miery ovplyvňuje diskurz a chápanie sexuálneho násillia na Slovensku. Rada Európy zahŕňa pod pojem sexuálneho násillia definície oboch slovenských trestných činov, teda znásilnenia aj sexuálneho násillia (§§ 199 a 200 TZ). Navyše, za násillie považuje aj to, ak k takýmto činom došlo **bez súhlasu** danej osoby, zatiaľ čo Trestný zákon na klasifikáciu týchto trestných činov vyžaduje použitie násillia alebo jeho bezprostrednú hrozbu, prípadne zneužitie stavu bezbrannosti. Konsenzuálna definícia sexuálneho násillia je využívaná v odbornej literatúre a pretavila sa aj do právnych poriadkov viacerých krajín EÚ. Zmena právnej definície sexuálneho násillia pritom môže mať pozitívny dopad na spôsob, akým obeť tohto typu kriminality prežívajú trestnoprávny proces. Ak je sexuálne násillie definované pomocou použitia sily a donútenia, implicitne sa očakáva, že sa obeť mala brániť. Ak však nevykazuje známky násillia, môže sa stretnúť s nedôverou. Naopak, v prípade konsenzuálnej definície je dôraz kladený na rešpektovanie vôle obeť, čo sa premieta do toho, že je obeť rešpektovaná aj počas trestnoprávneho procesu (Diesen a Diesen, 2010).

V tejto štúdii budem vychádzať z definície sexuálneho násillia tak, ako bol zadefinovaný RE, a pojem sexuálne násillie budem používať ako všeobecný pojem, ktorý zahŕňa vyššie uvedené formy násillia vrátane znásilnenia. Obeťou sexuálneho násillia sa môže stať ktokoľvek, bez ohľadu na pohlavie a vek. Väčšina obeť sexuálneho násillia sú však ženy. Napríklad, vo výskume domáceho násillia na Slovensku zažilo sexuálne násillie od člena domácnosti 3,8% žien, ale len 0,2% mužov (Filadelfiová et al., 2017). Aj z týchto dôvodov sú služby pre obeť orientované primárne na ženy, ale využívajú ich aj muži.¹

¹ Sexuálne násillie páchané na mužoch je ešte viac tabuizovanou témou ako v prípade žien. Jeho reálny výskyt sa veľmi ťažko zisťuje. Podobne ako pri zistenej prevalencii sexuálneho násillia na ženách, je vysoko pravdepodobné, že zistené čísla za mužov neodrážajú realitu a skutočný výskyt je násobne väčší. (pozri napr. Stemple and Meyer, 2014)

V nasledujúcom texte sa preto bude používať pojem obeť a žena podľa kontextu, či sa uvedené týka žien alebo všetkých obetí sexuálneho násilia vrátane mužov.

Výskyt sexuálneho násilia sa zisťuje pomerne ťažko, keďže sa dotýka najintímnejšej oblasti života človeka a je do veľkej miery ovplyvnené pretrvávajúcimi mýtmi a predsudkami. Obete tohto typu násilia sa so svojou skúsenosťou zdôverujú len ťažko a môžu mať oprávnené obavy z reakcií. Najbližším odhadom jeho výskytu bývajú prevalenčné a viktimologické prieskumy, ktoré sa snažia tieto zábrany eliminovať rôznymi metodologickými nástrojmi, avšak aj tieto výskumy majú svoje limity. Odhaduje sa, že ani ony neposkytujú skutočný obraz o výskyte sexuálneho násilia, keďže na vnímanie sexuálneho násilia vplýva aj jeho spoločenská definícia a najmä u tých skutkov, kde nedošlo k priamemu donúteniu, si ich obeť nemusia zaradiť pod sexuálne násilie (COSAI, 2012). Prevalencia sexuálneho násilia na Slovensku vyšla v rôznych prieskumoch rôzne. Podľa výskumu Agentúry Európskej únie pre základné práva (FRA) zažilo sexuálne násilie počas svojho života (od veku 15 rokov) 10% slovenských žien, pričom 8% ho zažilo zo strany partnera a v 4% bol páchatelom niekto iný ako partner. Skúsenosť so sexuálnym násilím za posledný rok pred opytovaním priznali 3% žien (FRA, 2014). Vo viktimologických prieskumoch realizovaných Paneurópskou vysokou školou uviedlo takúto skúsenosť za ostatný rok 1,8% žien (Očenášová et al., 2015). Aj tieto rozdiely ilustrujú na to, že prevalenčné výskumy poskytujú len odhad skutočného výskytu.

Administratívne dáta zachytávajú výskyt sexuálneho násilia v ešte nižšej miere, keďže celosvetovo patrí k druhom kriminality s najvyššou latenciou (Walby et al. 2012). Priemerný index znásilnení (počet polícii nahlásených prípadov na 100 000 obyvateľov) je na Slovensku 2,6, zatiaľ čo priemer za EÚ je 10,19 (NationMaster, 2017). Zo slovenských žien, ktoré zažili sexuálne násilie, sa len 11,2% obrátilo na políciu (Očenášová, Michalík, 2017), čo tiež svedčí o vysokej latencii tejto kriminality. Ženy uvádzali viacero dôvodov, prečo sa na políciu neobrátili. Najčastejšie boli – poradila som si so situáciou sama, pocity hanby a rozpaky, snaha udržať to v tajnosti a presvedčenie, že by im aj tak nikto neuveril (Ibid.). Tieto dôvody svedčia o vysokej miere stigmatizácie sexuálneho násilia a pretrvávajúce rôznych mýtov o ňom na strane spoločnosti. Napríklad, Európsky prieskum EUROBAROMETER (2016) ukázal, že takmer polovica respondentov a respondentiek na Slovensku si myslí, že sexuálne násilie je za istých okolností ospravedlniteľné a ženy sú zaň čiastočne spoluzodpovedné. Žiaľ, niektoré z predsudkov sa nevyhýbajú ani orgánom činným v trestnom konaní (Očenášová et al., 2017). Okrem vysokej miery latencie je sexuálne násilie spojené aj s vysokou mierou odmietnutých

alebo zastavených trestných konaní. Len 5 – 15% ohlásených prípadov skončí odsúdením páchatela (Jordan, 2015).

Poskytovanie špecifických služieb pre obeť sexuálneho násillia je jednou z ciest, ako bojovať s latenciou, ale aj zlepšiť proces vyšetrovania tejto kriminality. Viaceré výskumy preukázali, že ženy, ktoré využili takéto služby, vo vyššej miere nahlasujú prípady polícii a viac spolupracujú pri vyšetrovaní (Crandall a Helitzer, 2003, Nesvold, 2010). Služby tiež vedú ku kvalitnejšiemu zabezpečeniu dôkazov pre trestný proces, čo môže zvýšiť šancu na odsúdenie páchatela, ktorá je inak veľmi malá. Nízka miera trestania nespĺňa preventívnu úlohu odstrániť potenciálnych páchatelov a nevedie k znižovaniu sexuálneho násillia (Walby et al., 2013).

2. Následky sexuálneho násillia

Sexuálne násillie zasahuje najintímnejšiu oblasť života človeka a takáto trauma má následky na osobnosť a psychické fungovanie. Ide o zásah do integrity osobnosti a jej prežívania dôvery, čo má vplyv na sociálne vzťahy a sebavedomie. Navyše, tým, že je násillie spojené so sexualitou, obeť sa môže izolovať a mať zábrany vyhľadať pomoc. Prežitie sexuálneho násillia tiež môže mať vplyv na fungovanie v práci alebo v škole. Navyše, sexuálne násillie nezasahuje len samotnú ženu, ale aj jej okolie, partnera, deti alebo rodinu, ktorí sa so situáciou tiež musia vyrovnávať (Campbell a Ahrens, 1998).

Sexuálne násillie môže mať závažné fyzické následky, hoci vo väčšine prípadov ide skôr o ľahké až stredné poranenia, ktoré si nevyžadujú dlhodobé liečenie. Ženy so skúsenosťou so sexuálnym násillím uvádzali ako najčastejšie fyzické následky modriny a škrabance (25,6%) a vyše polovica neuviedla žiadne fyzické následky incidentu (Očenášová a Michalík, 2017). Tieto výsledky sú v súlade s inými výskumami (FRA, 2014, Chomová, 2014, COSAI, 2012). Prežitie sexuálneho násillia však môže mať za následok viaceré zdravotné ťažkosti ako napríklad, pohlavne prenosné infekcie, neželané tehotenstvo, gynekologické problémy, či chronickú bolesť panvy. Chorobnosť u žien, ktoré prežili sexuálne násillie, je vyššia než u tých, ktoré ho nezažili (Jewkes et al., 2002).

Oveľa výraznejšie bývajú psychické následky sexuálneho násillia. Z krátko a strednodobého hľadiska ovplyvňuje psychické prežívanie, pocit bezpečia, zriedkavými nie sú ani pocity viny, hanby, straty sebakontroly, či popieranie (Chomová, 2014, Fanflik, 2007, COSAI, 2012). U značnej časti obetí sa vyvinie posttraumatická stresová porucha (PTSP). Jej symptómy a ich intenzita sa

môže líšiť. Ide najmä o nespavosť, nechúť do jedla, nočné mory, opakované predstavy (tzv. flashbacky), náhle záchvaty paniky, pocity depresie, ktoré môžu prejsť do samovražedných myšlienok a v najkritickejších prípadoch aj pokusov o samovraždu (COSAI, 2012). Prežívanie symptómov sa môže striedať s fázou popretia, pre ktoré je charakteristické emocionálne znecitlivenie, kognitívne potláčanie tém a podnetov spojených s traumou a strata realistického kontaktu s okolitým svetom (Karkošková, 2014). V reprezentatívnom prieskume o sexuálnom násilí na ženách na Slovensku (Očenášová a Michalík, 2017) uviedla väčšina žien, že po skúsenosti so sexuálnym násilím zažívali niektoré so symptómov PTSP.

Z dlhodobého hľadiska môže prežitie sexuálneho násillia ovplyvniť sociálnu interakciu, partnerský a sexuálny život a psychickú pohodu. V spomínanom prieskume vyšli významné rozdiely medzi subjektívnym vnímaním spokojnosti vo viacerých oblastiach života. Ženy so skúsenosťou so sexuálnym násilím boli menej spokojné so svojim celkovým životom (13,4% nespokojných žien oproti 5,2% žien bez takejto skúsenosti), s partnerským životom (20% oproti 5%) a sexuálnym životom (15,9% oproti 5%). Navyše, ženy so skúsenosťou sexuálneho násillia zažívali častejšie rôzne príznaky úzkosti a depresie ako napríklad náhly bezdôvodný strach, úzkosť, napätie, sebaobviňovanie, problémy so spánkom, depresívne pocity, pocity márnosti alebo bezmocnosti (Očenášová a Michalík, 2017).

Na prežívanie traumy po sexuálnom násilí má vplyv viacero faktorov, ako osobné predispozície, situačné faktory (či obeť páchatela poznala, subjektívne vnímanie nebezpečenstva danej situácie) a reakcie okolia (Chomová a Šídová, 2014). Práve tretí faktor je možné ovplyvniť poskytovaním služieb pre obeť násillia a zmierniť tak nielen výskyt PTSP, ale aj dlhodobé psychické dopady na život. Pozitívne reakcie a podpora urýchľujú proces uzdravenia sa ženy a naopak, negatívne reakcie a sekundárna viktimizácia následky zhoršujú a to dokonca viac, ako keď sa žena nikomu nezdôverí (Campbell et al., 2001). Prvá negatívna reakcia navyše zvyšuje pravdepodobnosť, že žena prestane o zážitku hovoriť alebo vyhľadá ďalšiu pomoc (Ahrens, 2006).

3. Modely pomoci obetiam sexuálneho násillia

Pomoc ľuďom, ktorí zažili sexuálne násillie, má niekoľko, navzájom sa prelínajúcich dimenzií. Prvou z nich je oblasť **zdravotných služieb**, ktoré majú za cieľ znížiť potenciálne zdravotné následky sexuálneho násillia. Zdravotnícke zariadenia sú často prvou inštitúciou, na ktorú sa obeť obráti, a to aj v

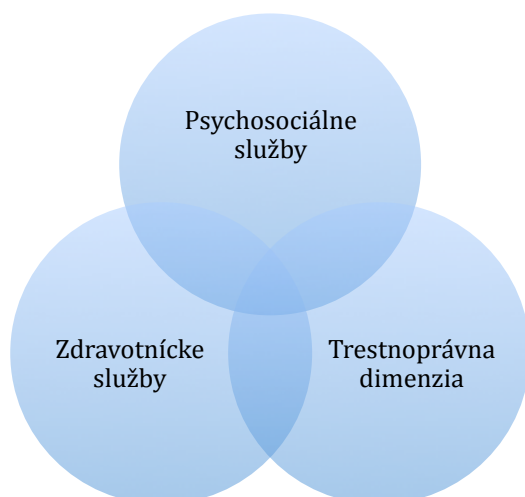
prípade, že netrpia akútnymi následkami. Ženy so skúsenosťou so sexuálnym násilím vyhľadávajú gynekologické alebo všeobecné ambulancie, dokonca častejšie, než špecializované služby (COSAI, 2012). Zdravotnícke zariadenia poskytujú primárnu intervenciu po incidente, ako aj následnú, dlhodobejšiu starostlivosť pri liečbe následkov. Primárna zdravotná intervencia je zameraná na ošetrovanie akútnych poranení, ak nejaké sú, vykonania skríningových vyšetrení na pohlavne prenosné infekcie a zabráneniu nežiadúceho tehotenstva u žien. Z dlhodobejšieho hľadiska by mala byť poskytnutá profylaktická liečba pohlavne prenosných infekcií vrátane HIV a liečba možných zdravotných následkov. Súčasťou zdravotných služieb by malo byť aj získanie forenzných dôkazov pre prípadné trestnoprávne konanie, ak sa obeť preň rozhodne.

Kedže na zdravotný stav majú veľký vplyv psychické následky sexuálneho násillia, zdravotné služby by mali byť prepojené s **krízovými a psychosociálnymi službami**. Ich hlavným cieľom je poskytnúť krízové poradenstvo, prevenciu PTSP a v prípade potreby aj dlhodobejšie psychosociálne služby. Hoci krízová intervencia nemusí zabrániť vzniku PTSP, včasná pomoc znižuje množstvo a intenzitu jej prejavov (Bennice a Resick, 2002). Krízová intervencia poskytuje obeti bezpečný priestor, v ktorom môže o incidente hovoriť do tej miery, ako to ona sama považuje v danej chvíli za potrebné, pričom by mala prebiehať v atmosfére dôvery, podpory a nespochybňovania. Poskytuje tiež priestor na prejavenie emócií a ich normalizovanie, na riešenie aktuálnych problémov v bežnom živote a to, ako boli incidentom ovplyvnené. Je tiež potrebné vysvetliť symptómy PTSP a ako reagovať v prípade, že sa objavia. Posledným bodom je zhodnotenie osobných stratégií a podporného systému obete, odhad psychologického rizika a v prípade potreby odkázanie na dlhodobejšie služby (Doyle a Thornton, 2002).

Poslednou dimenziou je rovina **trestnoprávna a právna pomoc**, v prípade, že sa obeť rozhodne iniciovať trestnoprávne konanie. Úlohou orgánov činných v trestnom konaní a súdov je zabezpečiť spravodlivosť, uplatňovanie zákona, odhalenie a odsúdenie páchatel'a. Tieto úlohy by však mali byť v rovnováhe s potrebou ochrany poškodených a zaistenia ich bezpečia (COSAI, 2012). Priebeh trestnoprávneho procesu môže mať dôležitý dopad na psychické prežívanie traumy. Necitlivé vyšetrovanie trestného činu býva často vnímané ako nepríjemné a invazívne, v niektorých prípadoch hovoria obeť ako „o druhom útoku.“ (Campbell et al., 2005). Pettitt et al. (2016) tiež upozorňujú na takzvanú procesnú spravodlivosť, pri ktorej je pocit obete, že je s ňou zaobchádzané s rešpektom a dôverou, rovnako dôležitý ako výsledok trestnoprávneho konania. Pre primeraný priebeh trestnoprávneho konania je

tiež dôležité, aby bola obetiam poskytnutá právna pomoc, ktorá im pomôže zorientovať sa v tom, aké sú ich právne možnosti, ako prebieha vyšetrovanie a súdne konanie a v prípade potreby poskytne aj možnosť právneho zastupovania.

Prepojenie jednotlivých dimenzií



Ako je vidieť, jednotlivé dimenzie intervencií v prípadoch sexuálneho násillia sú navzájom prepojené. Zdravotnícke služby neriešia len fyzické následky sexuálneho násillia, ale aj tie psychické, keďže tie majú výrazný dopad na zdravie obete. Kvalitný zber medicínskeho forenzného materiálu má zase vplyv na trestnoprávny proces. To, ako prebehne zber forenzného materiálu a samotný trestnoprávny proces zase ovplyvňuje psychosociálne fungovanie obete. Aj z týchto dôvodov sa v zahraničí pristupuje k spájaniu jednotlivých dimenzií a vytváraniu multi-inštitucionálnej spolupráce na riešení prípadov sexuálneho násillia. **Multi-inštitucionálna spolupráca** je založená na nasledovných princípoch – centrom intervencie sú potreby a práva obete, cieľom služieb je identifikovať tieto potreby a reagovať na ne, služby garantujú bezpečnosť a dôvernosť a k intervencii pristupujú citlivo (COSAI, 2013). Literatúra rozoznáva dva hlavné modely tejto spolupráce – koordinovaný a integrovaný (Walby et al., 2013, COSAI, 2012).

Pri **koordinovanom modeli** sa na spolupráci podieľajú viaceré inštitúcie samostatne – zdravotnícke zariadenia, mimovládne organizácie, polícia, právny servis, avšak ich postup je koordinovaný prostredníctvom spoločných tréningov a pracovných skupín. Cieľom koordinácie je stanoviť si jednotnú definíciu sexuálneho násillia, spoločné princípy a postupy intervencií, adresné reakcie na potreby obetí a zabránenie sekundárnej viktimizácie. Miera formalizácie takýchto koordinačných skupín je rôzna a tiež sa líšia v tom, kto je ich hlavným koordinátorom. Ukazuje sa však, že v prípadoch, ak skupiny

koordinujú mimovládne organizácie, tieto fungujú efektívnejšie a intervencia je viac zameraná na potreby obetí, najmä žien (Walby et al., 2013). Pri **integrovanom modeli** prebieha multi-inštitucionálna spolupráca pod jednou strechou a obeť dostanú na jednom mieste zdravotnú a psychosociálnu pomoc ako aj možnosť absolvovať zber medicínskych forenzných dôkazov. Výhodou je nielen centralizácia pomoci, ale aj jednotné chápanie sexuálneho násillia a štandardov služieb. Zodpovednosť je síce rozdelená podľa špecializácie, ale medzi jednotlivými zložkami funguje úzka spolupráca. Integrované modely sa najčastejšie vyskytujú pri zdravotníckych zariadeniach. V prípade, že si to obeť želá, úzko spolupracujú s políciou (COSAI, 2012). Tento typ služieb bol zároveň vyhodnotený ako model najlepšej praxe (Walby et al., 2013). V rôznych štátoch je model realizovaný rôzne. V USA je rozšírený model SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) – špeciálne vyškolené forenzné sestry, ktoré vedú zabezpečiť citlivý zber medicínskych forenzných dôkazov a tiež poskytnúť základnú krízovú intervenciu. (Pre viac informácií pozri Karkošková, 2017 – v tlači.) Vo viacerých európskych štátoch vznikli centrá pre obeť sexuálneho násillia – vo Veľkej Británii sú to tzv. SARC (Sexual Assault Referral Center), zatiaľ čo v Nórsku, Dánsku, Fínsku, Švédsku, na Islande a v Estónsku fungujú tzv. SAC (Sexual Assault Center) (COSAI, 2012, Nesvold, 2010).

4. Centrá pre obeť sexuálneho násillia

Princíp SARC a SAC je podobný – ide o špecializované centrá v nemocniciach alebo na pohotovostiach (niektoré SARC sú v priestoroch polície), ktoré poskytujú špecializované klinické intervencie a podporné služby pre obeť. V prípade rozhodnutia obeť odoberú aj medicínsky forezný materiál. Úzka spolupráca umožňuje koordináciu zdravotníctva, sociálnej práce a polície pri uzdravovaní sa z traumy spôsobenej sexuálnym násillím a prispieva k zefektívneniu trestnoprávneho procesu (Home Office, 2009). Zabezpečuje tiež plynulý prechod od krízovej intervencie k následnej starostlivosti podľa potrieb obeť. Škála služieb, ktoré takéto centrá poskytujú, je rôzna a ich využitie je na rozhodnutí obeť sexuálneho násillia. Centrá poskytujú (podľa Home Office, 2009):

- Krízovú intervenciu
- Hodnotenie rizika a potrieb
- Okamžitú zdravotnú starostlivosť
- Skrining pohlavne prenosných infekcií
- Núdzovú antikoncepciu
- Forenzno-medicínske vyšetrenie so súhlasom obeť

- Následnú starostlivosť a odporúčanie na ďalšie služby.

Niektoré centrá sa venujú aj práci s príbuznými a blízkymi obeť, keďže títo sú incidentom tiež zasiahnutí a ich podpora je kľúčovou pre uzdravenie sa z traumy spôsobenej sexuálnym násilím.

Pre obeť sexuálneho násillia tento model poskytuje prístup k potrebným službám bez ohľadu na to, či sa rozhodnú kontaktovať políciu alebo nie. Navyše, dostanú štandardizované poradenské aj zdravotnícke služby, ktoré pomáhajú znižovať následky sexuálneho násillia a prispievajú k rýchlejšiemu uzdraveniu sa z traumy a zabraňujú potenciálnym dlhodobým psychickým a fyzickým následkom. Výhodou existencie takýchto centier je tiež fakt, že obeť sexuálneho násillia majú možnosť absolvovať forenzné vyšetrenie bez ohľadu na to, či kontaktovali políciu. Forenzné dôkazy sú v centrách skladované a obeť sa môže dodatočne rozhodnúť, či prípad nahlási. Keďže v prípadoch sexuálneho násillia je čas od incidentu, v ktorom prebehne forenzné vyšetrenie, kľúčový, majú aj ženy, ktoré sa k nahláseniu prípadu odhodlajú neskôr možnosť mať k dispozícii dôležité dôkazy. V niektorých krajinách (USA, Veľká Británia) je tiež možnosť poskytnúť forenzné dôkazy polícii anonymne, čo umožňuje polícii lepšie sledovať potenciálnych sériových páchatelov (Home Office, 2009, Campbell et al, 2005).

Nesvold (2010) porovnávala výsledky centier pre obeť sexuálneho násillia (SAC) a forenzných medicínskych zariadení v štyroch európskych štátoch (Nórsko, Dánsko, Fínsko a Island). Hlavným rozdielom medzi týmito dvomi typmi je, že v prípade SAC môže obeť prísť sama, zatiaľ čo do forenzných medicínskych zariadení je kontakt sprostredkovaný políciou, teda obeť musí najskôr prípad nahlásiť. Na základe výsledkov Nesvoldovej výskumu sa obeť oveľa častejšie obracajú na SAC a tieto realizujú aj viac forenzných vyšetrení. V prípade forenzných zdravotníckych zariadení je totiž na zväžení polície, či obeť pôjde na vyšetrenie alebo nie a tiež percento obetí, ktoré sa obrátia priamo na políciu, je nižšie. Navyše, na SAC sa častejšie obracajú adolescenti a mladé ženy ako aj obeť, ktoré páchatela poznali. Častejšie sa tam tiež objavujú ženy bezprostredne po útoku, teda v čase, keď sa dá získať najviac forenzných dôkazov. Navyše, podporné psychosociálne služby majú vplyv na rozhodnutie obetí, či prípad nahlásia polícii alebo nie. Až 50% obetí, ktoré sa obrátia na SAC v Nórsku, podá trestné oznámenie (Nesvold, 2010). Aj z hľadiska zaistenia vyšetřovania trestných činov sexuálneho násillia je teda existencia centier pre jeho obeť významná.

4.1. Štandardy poskytovanie služieb centier pre obeť sexuálneho násillia

Centrá pre obeť sexuálneho násillia by mali poskytovať prístup k službám nastaveným podľa individuálnych potrieb. Služby sú založené na identifikácii potrieb, okamžitej medicínskej a psychosociálnej starostlivosti, kvalitnom forenznom vyšetrení a odkázaní na ďalšie dostupné služby. Dôležitým aspektom poskytovania týchto služieb je, že je vždy na zvážení obeť, ktoré využije, a každý zásah alebo vyšetrenie sa realizuje len s jej súhlasom, ktorý dá potom, čo je informovaná o postupoch a sú jej zrozumiteľne vysvetlené ďalšie kroky. Vo Veľkej Británii sú stanovené nasledujúce minimálne štandardy pre fungovanie centier pre obeť sexuálneho násillia (Home Office, 2009):

- 1) **Dostupnosť 24 hodín denne 7 dní v týždni** – zariadenie má byť neustále dostupné a obeť sexuálneho násillia môžu prísť samostatne alebo po delegovaní inou inštitúciou. Obeti sa treba začať okamžite venovať, v prípade, že to kvôli iným prípadom nie je možné, služby by mali byť poskytnuté maximálne do 4 hodín od príchodu. Zdravotný personál realizujúci forezné vyšetrenie by mal byť dostupný do hodiny. Zariadenie by malo byť na ľahko dostupnom a bezpečnom mieste.
- 2) **Prítomnosť krízovej poradkyne v zariadení** – krízové poradkyne by mali absolvovať adekvátny tréning a supervíziu na vykonávanie krízového poradenstva špecificky v prípadoch sexuálneho násillia. Krízové poradkyne zároveň úzko spolupracujú so zdravotným personálom.
- 3) Obeť by mala mať **možnosť vybrať si pohlavie zdravotníka alebo zdravotníčky**, ktorí budú realizovať forezné a medicínske vyšetrenie. Vo väčšine prípadov (77%) sú obeťami preferované ženy. Až 45% žien so skúsenosťou so sexuálnym násillím odmietlo vyšetrenie mužským zdravotníkom.
- 4) **Dostupnosť forezných lekárov alebo sestier**, ktoré sú trénované v spôsoboch, ako realizovať forezné vyšetrenie a zber forezných dôkazov špecificky v prípadoch sexuálneho násillia a to aj na dospelých aj na deťoch. Pri forezných vyšetreniach by sa mali dodržiavať štandardizované postupy a protokoly.
- 5) **Dostupnosť adekvátneho priestoru na realizovanie forezného vyšetrenia**, ktoré je vybavené tak, aby bolo možné realizovať všetky potrebné úkony a zároveň nedošlo ku kontaminácii vzoriek.
- 6) **Zdravotné ošetrenie** obetí sexuálneho násillia musí zahŕňať komplexné posúdenie fyzického, psychického a sexuálneho zdravia, odhad psychického rizika, skríning a profylaxiu pohlavne prenosných infekcií a núdzovú antikoncepciu.

- 7) Prístup k podpore a psychosociálnemu poradenstvu** – poradenstvo je zamerané nielen na krízovú intervenciu, ale aj psychologické a sociálne poradenstvo, riešenie aktuálnych problémov obete a na vysvetľovanie krokov, ktoré môže zvoliť, a čo bude po nich nasledovať. Psychosociálne poradenstvo by malo byť poskytované nielen počas prvého krízového sedenia, ale aj následne, podľa potrieb obete. V Británii existuje aj služba tzv. nezávislých poradkýň pre prípady sexuálneho násillia (ISVA), ktoré poskytujú poradenstvo a sprevádzanie trestnoprávnym procesom, ak sa preň obeť rozhodne.
- 8)** Služby sú poskytované na základe **multi-inštitucionálnej spolupráce**, jednotlivé subjekty (centrum, polícia, mimovládne organizácie, následné služby) úzko spolupracujú tak na riešení konkrétnych prípadov ako aj na vytváraní spoločných postupov a delegovaní zodpovedností jednotlivých inštitúcií.
- 9)** Služby poskytované centrom spĺňajú vysoké **štandardy poskytovania zdravotnej starostlivosti** – centrum by malo mať manažérku alebo manažéra, ktorá zabezpečuje fungovanie centra, striedanie a vzdelávanie personálu, jeho koordináciu, multi-inštitucionálnu spoluprácu a vytváranie postupov pri riešení prípadov s ohľadom na potreby zraniteľných skupín a detí.
- 10) Zbieranie dát a primerané stanovenie postupov pri ňom** – anonymizácia dát, výmena dát s ďalšími inštitúciami, informovanie obetí o tom, aké dáta a v akej forme sa spracovávajú a prečo.

Pre každú oblasť služieb, ktoré centrum pre obete sexuálneho násillia poskytuje, boli navyše vypracované špecializované štandardy (Walby et al., 2013).

Starostlivosť o fyzické zdravie:

- Poskytnutie ošetrovania a dokumentácia fyzických zranení,
- Skríning pohlavne prenosných infekcií a ich profylaktická liečba vrátane hepatitídy B a HIV,
- Prevencia neželaného tehotenstva a poskytnutie núdzovej antikoncepcie,
- Zdravotná anamnéza a vyšetrenie sa deje len so súhlasom obete a po jej dôkladnom informovaní ako bude prebiehať,
- S liečbou je možné začať aj bez toho, aby prebehlo vyšetrenie, ak si to obeť neželá,
- V prípade vážnych zranení je zabezpečené presunutie na potrebné zdravotnícke zariadenia alebo oddelenia.

Starostlivosť o psychické zdravie:

- Starostlivosť o psychické zdravie je súčasťou zdravotnej starostlivosti a zúčastnený zdravotný personál by mal vedieť poskytnúť aspoň základný odhad psychického stavu a podporu.
- Poskytovanie krízovej intervencie odborne vyškolenou sociálnou pracovníčkou alebo sociálnou sestrou.
- Na úvodnom sedení by mal byť realizovaný odhad psychického rizika a rizika samovraždy.
- Identifikácia symptómov PTSP a hľadanie stratégií, ako na ne reagovať. V prípade, že sa ešte neobjavili, poučenie o nich a spôsoby ich zvládania.
- Normalizácia reakcií na traumatický incident a na sexuálne násilie a uistenie obete, že sa jej stav bude časom zlepšovať.
- V prípade vážnejších stavov zabezpečiť adekvátnu liečbu (delegovanie na psychiatrické oddelenia alebo ambulancie).
- Odporúčanie na ďalšie služby ako psychoterapia, svojpomocné skupiny a pod.

Medicínsko forenzné vyšetrenie:

- Forenzné vyšetrenie môže byť realizované len so súhlasom obete po jej dôkladnom informovaní o tom, ako bude prebiehať.
- Musí ho realizovať trénovaný zdravotný personál, ktorý postupuje podľa štandardizovaných protokolov.
- Musí byť zabezpečené adekvátne uskladnenie odobraných vzoriek.
- Obeti by malo byť poskytnuté náhradné oblečenie, ak je to potrebné.
- Forenzné vyšetrenie nesmie byť naviazané na nahlásenie prípadu polícii, centrum by malo vzorky skladovať po istú dobu (3 – 6 mesiacov) pre prípad, že si to obeť rozmyslí.

4.2. Prípadová štúdia – OSLO SAC²

Centrum pre obeť sexuálneho násillia je v Oslo umiestnené na urgentom príjme. V Nórsku funguje 24 centier SAC, z čoho 2/3 sú pri urgentoch a 1/3 v nemocniciach.³ Výhodou situovania na urgente je, že je otvorené 24 hodín denne 7 dní v týždni a má k dispozícii rôzne oddelenia, ktoré pomáhajú zabezpečiť potrebné vyšetrenia (röntgen, sonografia, CT a pod.), a liečiť prípadné fyzické následky (drobné chirurgické zákroky, akútne choroby) a sprievodné problémy spojené so sexuálnym násillím (napr. intoxikácia). K dispozícii je tiež 24 hodinová psychiatrická pohotovosť. Zároveň, budova urgentu je ľahko fyzicky dostupná a nie je stigmatizovaná (môže ho potrebovať ktokoľvek, nielen obeť sexuálneho násillia). V Nórsku sú súčasťou urgentných príjmov aj sociálne sestry, ktorá sú prítomné v službe 24 hodín denne a poskytujú riešenia akútnych sociálnych problémov pacientok a pacientov, poskytujú psychosociálne poradenstvo v krízových situáciách a podieľajú sa na riešení prípadov v rámci sociálno-právnej ochrany detí. Práve sociálne sestry sú kľúčové pre fungovanie SAC, keďže sú to práve ony, ktoré poskytujú krízové poradenstvo v prípadoch sexuálneho násillia.

SAC v Oslo funguje od roku 1986, hoci prvé iniciatívy sa v Nórsku objavili už koncom sedemdesiatych rokov. Ich iniciátorkami boli najmä lekárky a gynekologičky. V súčasnosti sú SAC zabudované v systéme zdravotnej starostlivosti a vo vládnych politikách týkajúcich sa násillia páchaného na ženách. SAC poskytuje služby nielen v prípadoch krátko po odohraní sa incidentu sexuálneho násillia, ale aj pre obeť, ktoré zažili takúto skúsenosť v minulosti. V týchto prípadoch sa nerealizuje forenzné vyšetrenie, ale intervencie sa sústreďia na psychosociálnu pomoc a medicínsku starostlivosť. Niektoré centrá sa špecificky venujú len prípadom sexuálneho násillia, iné rozšírili svoje kompetencie aj o násillie na ženách v partnerských vzťahoch. Služby SAC sú poskytované bezplatne ženám, mužom, adolescentom aj deťom. Služby centra v Oslo využije 525 ľudí ročne. 80% klientely je vo veku 16 – 34 rokov, 5% tvoria muži. Približne 3 – 4% klientely sú ľudia s mentálnym alebo zdravotným postihnutím. Podobný počet je tých s vážnou psychiatrickou diagnózou. Centrá pre pomoc obetiam sexuálneho násillia musia teda byť pripravené aj na mimoriadne zraniteľné skupiny klientok a klientov, keďže práve tí sú vo väčšom ohrození viktimizáciou sexuálnym násillím.

Personál SAC pozostáva zo sociálnych sestier, zdravotných sestier a lekárov. Ich náplň práce nezahŕňa len prácu v centre, ale podieľajú sa aj na fungovaní

² Spracované podľa prezentácie Helle Nesvold a Anne Berit Lunde zo SAC v Osle, 10.10.2017

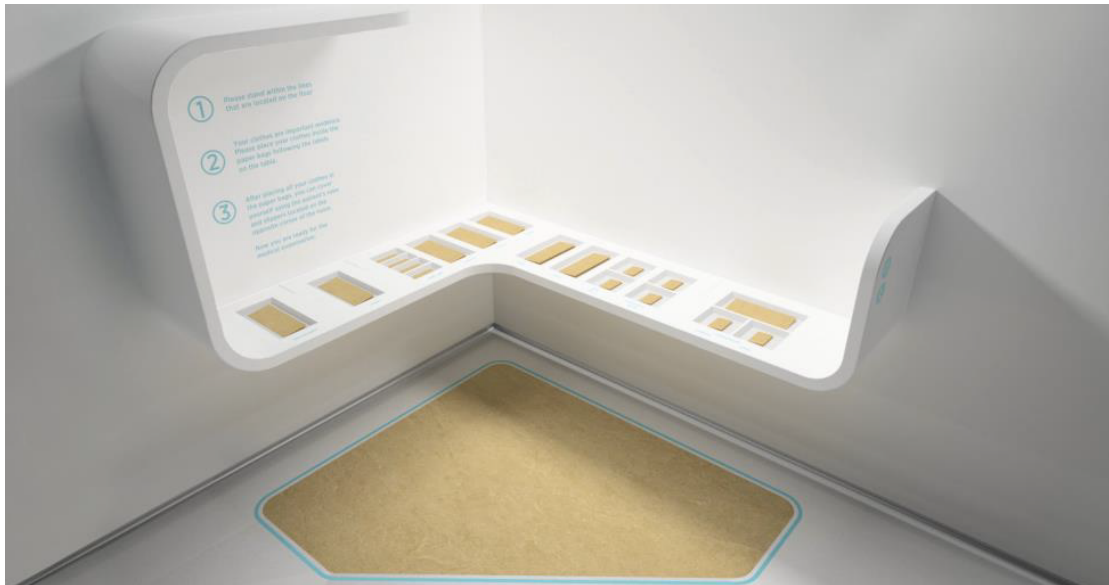
³ V Nórsku sú urgentné príjmy samostatnými zariadeniami, oddelenými od nemocníc poskytujúcich dlhodobejšiu starostlivosť.

iných oddelení na urgente. Je dôležité, aby v službe bola aspoň jedna osoba (lekárka alebo sestra), vzdelaná a skúsená v realizácii forenzných vyšetrení. Súčasťou vzdelávania je práve supervízia a práca v kombinovaných tímoch skúseného a menej skúseného personálu. S centrom úzko spolupracujú psychologičky a psychiatričky ako aj iné lekárske profesie pri riešení následnej starostlivosti. SAC má tiež osobu zodpovednú za fungovanie, koordináciu, zostavovanie služieb, administráciu a organizovania vzdelávania. Vzdelávanie prebieha pre každú profesiu samostatne (vrátane iných lekárov a lekárk v zariadení, aby mali základné informácie o sexuálnom násilí a reakcií obetí naň) a spoločne pre celé SAC, keďže ide o úzku spoluprácu celého tímu.

Samotné centrum pozostáva z oddelenej čakárne a konzultačnej miestnosti, kde sa poskytujú informácie a krízová intervencia, a z vyšetrovacej ambulancie, ktorá je vybavená tak, aby v nej bolo možné realizovať forenzné a medicínske vyšetrenie.

Vyšetrovacia ambulancia





Po príchode na pohotovosť je prvou osobou, s ktorou sa osoba so skúsenosťou so sexuálnym násilím stretne, sociálna sestra. Tá realizuje prvý rozhovor, upokojí obeť, zaznamená, ako prebehol incident (v miere, do ktorej je obeť schopná a ochotná hovoriť), odoberie zdravotnú anamnézu a vysvetlí, aké vyšetrenie (forenzné a/alebo zdravotné) by mala žena absolvovať a ako bude prebiehať. Tieto informácie posunie zdravotnému personálu. Úvodné zdravotné ošetrenie realizuje zdravotná sestra – zmeria základné životné funkcie, odoberie krv na toxikológiu a serológiu a prípadne zrealizuje zber dôkazov z povrchu tela. Na nasledujúcich vyšetreniach sa už podieľa sestra aj lekárka. Tie zdokumentujú prípadné poranenia pomocou nákresov alebo fotiek, realizujú gynekologické vyšetrenie a zber forenzných dôkazov a začnú profylaktickú liečbu pohlavne prenosných infekcií a v prípade potreby podajú núdzovú antikoncepciu. Všetky vyšetrenia a liečba prebiehajú v citlivej

atmosfére, kde je k obeti pristupované s rešpektom a každá procedúra sa deje po vysvetlení jej priebehu, dôvodov a so súhlasom obete. Po realizácii medicínskych úkonov preberá starostlivosť opäť sociálna sestra, ktorá sa venuje krízovému poradenstvu.

V rámci krízového poradenstva je dôraz kladený na bezpečie obete a prípadné iné praktické úkony, ktoré potrebuje zrealizovať (napr. zabezpečiť starostlivosť o deti, zavolať blízkeho a pod.). Cieľom prvej intervencie je tiež pomôcť obeti znovu získať kontrolu, o ktorú v dôsledku incidentu prišla, poskytnúť jej prvotnú emocionálnu pomoc a znormlizovať reakcie, ktoré na incident má. Toto všetko prebieha v atmosfére dôvery a pochopenia. Súčasťou intervencie je odhad aj popis symptómov PTSP a ako na ne reagovať v bežnom živote. Dôležitým je tiež dodať obeti nádej na uzdravenie. Sociálna sestra zhodnotí psychický stav obete a v prípade potreby odošle na ďalšiu odbornú pomoc (psychiatrická ambulancia), prípadne žene poradí kde a v akých prípadoch má vyhľadať ďalšiu pomoc v budúcnosti. SAC poskytuje aj dlhodobejšie psychosociálne poradenstvo, kde obete majú možnosť absolvovať ďalšie sedenia so sociálnou sestrou a dôkladnejšie prebrať svoje potreby. SAC tiež pomáha blízkeho okoliu obete vyrovnáť sa s incidentom a poskytnúť jej adekvátnu podporu. V prípade potreby odovzdá kontakty na právnu pomoc. Sociálna sestra sa tiež stará o proaktívnu komunikáciu s klientkami a klientmi, ktoré sa na SAC obrátili, čím zabezpečí kontrolu a informácie o ich stave a kontinuitu ďalšej pomoci. 70% klientely SAC absolvuje viacero sedení psychosociálneho poradenstva.

Ak k tomu dá obeť súhlas, SAC poskytne výsledky forenzného vyšetrenia polícii. SAC pripravuje pre políciu nielen samotné vzorky, ale komplexný materiál, ktorý pozostáva z krátkeho opisu incidentu, časti zdravotnej anamnézy relevantnej pre prípad (polícia nemá dôvod mať prístup ku celkovej anamnéze, navyše niektoré údaje v nej môžu byť citlivé), popis a dokumentáciu zranení na tele a pohlavných orgánoch alebo konečníku, trasologické stopy, výsledky relevantných medicínskych vyšetrení a spôsob liečby a popis psychického stavu obete pri príchode a tiež o psychosociálnych následkoch zistených počas nasledujúcich stretnutí (kvôli zdokumentovaniu následkov incidentu). Polícia tak dostane k dispozícii nielen odobratý biologický materiál, ale aj informácie o incidente a jeho následkoch, čo jej môže pomôcť pri získavaní ďalších dôkazov a dokazovaní skutkovej podstaty prípadu.

4.3. Zhodnotenie pozitívnych aspektov centier pre pomoc obetiam sexuálneho násilia

Centrá pre pomoc sexuálneho násilia boli vyhodnotené ako najefektívnejší model intervencie v prípadoch sexuálneho násilia, keďže poskytujú obetiam komplexnú pomoc v zdravotnej aj psychosociálnej oblasti. Svojou dostupnosťou a prístupom prispievajú k zvyšovaniu vyhľadania pomoci obeťami a nahlásovaniu prípadov polícii, ktoré sú bez takejto špecifickej inštitúcie výrazne nízke. Zároveň predstavujú miesto multi-inštitucionálnej spolupráce medzi zdravotnými zariadeniami, políciou a tretím sektorom pri boji so sexuálnym násilím a jedným z nástrojov šírenia osvedčenej praxe a prevencie.

Benefity pre obeť sexuálneho násilia (Home Office, 2009, Nesvold a Lunde, 2017):

- Bezplatná a 24 hodín denne dostupná služba,
- Zdravotná aj psychosociálna pomoc pod jednou strechou,
- Nestigmatizujúce prostredie a prístup, zabránenie sekundárnej viktimizácie,
- Dostupnosť pre všetky, aj obzvlášť zraniteľné skupiny,
- Krátka čakacia doba na vyšetrenie a psychosociálnu pomoc,
- Rozhodnutie o využití konkrétnych služieb je v rukách obeť a tá má aj kontrolu nad získanými informáciami,
- Pomoc je nezávislá od nahlásenia prípadu polícii,
- Rešpektovanie špecifik (zraniteľné skupiny, deti),
- Potenciál pre rýchlejšie uzdravenie sa z traumy a zníženie následkov sexuálneho násilia,
- Odtabuizovanie a odstigmatizovanie sexuálneho násilia.

Benefity pre zdravotnícke zariadenia:

- Poskytnutie rýchlej a adresnej pomoci, ktorá znižuje následky sexuálneho násilia a dopady na zdravie,
- Vytvorenie vysoko špecializovaného tímu,
- Možnosť využívať expertízu aj v rámci iných prípadov, napr. služby sociálnych sestier aj pri krízových situáciách iného typu,
- Vytvorenie expertízy, ktorú je možné využiť pri vzdelávaní iných lekárov (napr. gynekologičky a pediatričky), polície a ďalších inštitúcií,
- Zlepšenie spolupráce medzi jednotlivými oddeleniami zdravotníckeho zariadenia,
- Multi-inštitucionálna spolupráca, ktorá vedie k zlepšovaniu a vytváraniu dobrej praxe, ako aj k zdieľaniu dát v prípade výskumu.

Benefity pre políciu a orgány činné v trestnom konaní:

- Existencia medicínskych forenzných dôkazov vo viacerých prípadoch sexuálneho násilia, keďže forezné vyšetrenie nie je naviazané na ohlásenie prípadu a obeť sa preň môže rozhodnúť aj neskôr,
- Kvalitatívne zlepšenie forenzných dôkazov,
- Komplexnejšie informácie o prípade, ktoré možno použiť v priebehu ďalšieho dokazovania skutkovej podstaty vrátane psychických a fyzických následkov incidentu,
- Zvýšenie nahlasovania trestných činov sexuálneho násilia a sexuálneho zneužívania,
- Zvýšená ochota obetí spolupracovať pri vyšetrovaní vďaka dobrej starostlivosti o ne,
- Možnosť odkázať obeť na potrebnú pomoc v prípade, že sa najskôr obráti na políciu,
- Multi-inštitucionálna spolupráca a vzdelávanie sa o sexuálnom násilí.

5. Podmienky pre vznik a fungovanie centra pre obeť sexuálneho násilia

Pri vzniku centra pre obeť sexuálneho násilia je potrebné zobrať do úvahy existujúce **právne, medicínske a forezné aspekty a postupy** a identifikovať inštitucionálne možnosti existujúcich zariadení. Vzhľadom k tomu, že na Slovensku, podľa dostupných informácií, neexistuje záväzná prax a štandardizované postupy pre forezné vyšetrenie v prípadoch sexuálneho násilia, pohybujeme sa v istom vákuu. Diskusia o vzniku centra pre obeť sexuálneho násilia by však mohla byť tiež podnetom pre vznik štandardizovaných postupov, ktoré by boli akceptovateľné a realizovateľné pre medicínsku prax aj prax orgánov činných v trestnom konaní. Vytvorenie štandardizovaných postupov a kvalifikovaných pracovísk, kde by sa uplatňovali, by zároveň viedlo k zlepšeniu využiteľnosti forenzných dôkazov v prípadoch trestných činov znásilnenia, sexuálneho násilia a sexuálneho zneužívania.

Pokiaľ ide o **inštitucionálne zázemie**, je potrebné zvážiť, v ktorých zariadeniach existujú najlepšie predpoklady pre vznik takéhoto centra, t.j. kde sa združujú multidisciplinárne zdravotné služby, ktoré môžu poskytovať potrebné doplňujúce vyšetrenia a liečbu, a ktoré zariadenia sú časovo a priestorovo dostupné. Slovenským ekvivalentom by mohli byť oddelenia urgentného príjmu v nemocniciach, ktoré majú k dispozícii potrebnú odbornú

multidisciplinárnu expertízu a sú dostupné 24 hodín denne. Vo viacerých prípadoch je súčasťou oddelenia urgentného príjmu aj gynekologická ambulancia. Z existujúcich zariadení sa preto zdajú byť najvhodnejšími na umiestnenie centier pomoci.

Pre fungovanie centra pre pomoc obetiam sexuálneho násilia je dôležité **personálne obsadenie**, ktoré sa skladá z kvalifikovaných a špeciálne vyškolených zástupkýň (prípadne zástupcov) týchto profesií:

- Gynekológia (lekárky a sestry) – realizujúce medicínske ošetrovanie a forenzné vyšetrenie,
- Sociálna práca – sociálne pracovníčky alebo sociálne sestry, prípadne psychologičky poskytujúce krízové poradenstvo.

Tieto pracovníčky centra by mali mať vedomosti okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti aj v nasledujúcich oblastiach (podľa špecializácie) - realizácia forenzného vyšetrenia, odhad psychického rizika, krízové poradenstvo, základné právne a sociálne poradenstvo a multi-inštitucionálna spolupráca.

Pre poskytovanie následných služieb by mali byť k dispozícii psychologičky, psychiatričky a lekárky (lekári) podľa potrieb konkrétnej obete. Tieto je však možné realizovať delegovaním v rámci iných zdravotných zariadení alebo súkromných ambulancií. Mala by však byť s nimi vopred vytvorená spolupráca a dané lekárky alebo poskytovatelia služieb by mali mať vedomosti o sexuálnom násilí, reakciách obetí a jeho následkoch.

V slovenských podmienkach treba zvážiť zastúpenie gynekologičiek a gynekológov na oddeleniach urgentného príjmu (pre zvýšenie šance realizácie vyšetrenia ženou), spôsob ich rotovania v službách, pôsobnosť a kompetencie sociálnych sestier a ich umiestnenie v štruktúre zdravotníckych zariadení a vyškolenie personálu na špecifické kompetencie (forenzné vyšetrenie, krízová intervencia, špecifická prístup k obetiam sexuálneho násilia).

Vznik centra si vyžaduje aj špecifické **materiálne vybavenie** – vyhradenie dvoch miestností na konzultácie a psychosociálne poradenstvo a na realizovanie zdravotného a forenzného vyšetrenia. Tieto môžu byť použiteľné aj pre bežný chod oddelenia urgentného príjmu, mali by však byť vypracované postupy na prioritizáciu prípadov sexuálneho násilia a na zabezpečenie nekontaminácie zberu forenzných dôkazov a ich adekvátne uskladnenie.

Vzniku centra pre pomoc obetiam sexuálneho násilia by malo predchádzať **vytvorenie pracovnej skupiny** zloženej zo zástupcov všetkých relevantných

inštitúcií (zdravotníctvo, orgány činné v trestnom konaní, sociálna práca, právo, mimovládne organizácie pracujúce so ženami zažívajúcimi násilie). Cieľom pracovnej skupiny by mala byť analýza krokov potrebných pre vznik centra, stanovenie spôsobu jeho fungovania, štandardov a štandardizovaných postupov v rámci centra ako aj pri multi-inštitucionálnej spolupráci, obsahu vzdelávania pracovníčok centra a jeho financovaní. Pre efektívne fungovanie centra je totiž dôležitá komunikácia centra, iných zdravotníckych zariadení a orgánov činných v trestnom konaní.

Modely financovania centier pre obeť sexuálneho násillia sa líšia v závislosti od krajiny, ale aj lokálnych špecifík. Vo všetkých prípadoch sú však financované z verejných zdrojov. Vo Veľkej Británii sa napríklad na financovaní centier podieľa rezort zdravotníctva a vnútra (Home Office, 2009).

Zoznam použitej literatúry

Ahrens, C.E. (2006) *Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape*. American Journal of Community Psychology, 38, 263 – 274. Springer Science+Business Media.

Bennice, J. A. a Resick, P. A. (2002) A Review of Treatment and Outcome of Post-trauma Sequelae in Sexual Assault Survivors. In Petrak, J. a Hedge, B. (eds.) *The Trauma of Sexual Assault. Treatment, Prevention and Practice*. John Wiley and Sons, Inc.

Campbell, R. a Ahrens, C. E. (1998) *Innovative Community Services for Rape Victims: An application of Multiple Case Study Methodology*. American Journal of Community Psychology, 26(4), 537-71, Springer Science & Business Media.

Campbell, R. Et al. (2001) *Social Reactions to Rape Victims: Healing and Hurful Effects on Psychological and Physical Health Outcomes*. Violence and Victims (16)3, 287 - 302, Springer Publishing Company.

Campbell, R., Patterson, D. A Lichty, L.F. (2005) *The Effectivness of Sexual Nurse Examiners (SANE) Programs*. Trauma, Violence & Abuse (6)4, 313 – 329, Thousand Oaks, SAGE Publications.

COSAI (2012) *Models of Interevention for Women who Have Been Sexually Assaulted in Europe: A Review of the Literature*. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/documents/literature-review.html>

COSAI (2013) *Benchmarking and Evaluation Tool to Assess Sexual Assault Services*. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/tools/benchmarking-and-evaluation-tool.html>

Crandall, C. a Helitzer, D. (2003) *Impact evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program* (Document No. 203276). Washington DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.

Diesen, C. a Diesen, E.F. (2010) *Sex Crime Legislation: Proactive and Anti-therapeutic Effects*. International Journal of Law and Psychiatry, 33(5-6), pp. 329 – 335.

Doyle, A. a Thornton, S. (2002) Psychological Assessment of Sexual Assault. In Petrak, J. a Hedge, B. (eds.) *The Trauma of Sexual Assault. Treatment, Prevention and Practice*. John Wiley and Sons, Inc.

Fanflik, P.L. (2007) *Victim Responses to Sexual Assault: Counterintuitive or Simply Adaptive?* Alexandria, Virginia: American Prosecutors Research Institute.

Filadelfiová, J., Gerbery, D. a Vittek, J. (2017) *Reprezentatívny výskum domáceho násillia na Slovensku (Pramenná publikácia)* (nepublikovaný materiál).

FRA (2014) *Violence against women survey*. Dostupné na: <http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-andmaps/survey/data-explorer-violence-against-women-survey>

Home Office, Department of Health, Association of Chief Police Officers (2009) *A Resource for Developing Sexual Assault Referral Centers (Revised National Service Guide)*. Dostupné na: https://www.sericc.org.uk/pdfs/4313_sacentres.pdf

Chomová, Z. (2014) Nezúšťávejte s problémom sami. Role vybraných inštitúcií v pomoci obetm sexuálneho násillí. In Kutálková, P. a Kobová, Ľ. (eds.) *Sexuálne násillí. Proč se nikdo neptá?* Praha, In IUSTITIA, o.p.s.

Chomová, Z. A Šídová, L. (2014) Získat znovu kontrolu nad svým životem. Vybrané terapeutické přístupy v pomoci obetm traumatizovaným po sexuálním napadení. In Kutálková, P. a Kobová, Ľ. (eds.) *Sexuálne násillí. Proč se nikdo neptá?* Praha, In IUSTITIA, o.p.s.

Jewkes, R., Sen, P. A Garcia-Moreno, C. (2002) Sexual Violence. In Krug, E. G. et al. (eds.) *World Report on Violence and Health*. Geneva, WHO. Dostupné na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/sexual_violence/en/

Jordan, J. (2015) Justice for Rape Victims? The Spirit May Sound Willing, but the Flesh Remains Weak. In: D. Wilson a S. Ross (Eds.). *Crime, Victims and Policy: International Contexts, Local Experiences*. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan, 2015, s. 84-106.

KARKOŠKOVÁ, S. (2014) *Obete sexuálneho zneužívania detí medzi nami*. Veľký Šariš – Kanaš: Ascend.

Karkošková, S. (2017) *Modely multidisciplinárnej intervencie v prípadoch sexuálneho násillia – SANE*. Bratislava: IVPR (v tlači)

NationMaster (2017) Slovakia Crime Stats. Dostupné na: <http://www.nationmaster.com/country-info/profiles/Slovakia/Crime>

Nesvold, H. (2010) *Health Services for Sexually Assaulted. Complainants' and Judicial Use of Self-referral Centre; Case-flow from Assault to Legal Outcome*. Oslo: Oslo University.

Nesvold, H. a Lunde, A. B. (2017) *Sexual and Domestic Violence – Norwegian Health Services*. (prezentácia z 10.10.2017, NKVTS, Oslo)

Očenášová, Z. et. al. (2015) *Mapovanie služieb a potrieb žien so skúsenosťou so sexuálnym násilím*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Očenášová, Z. et. al. (2017) *Mapovanie postupov a postojov vyšetrovateľov Policajného zboru v prípadoch násilia páchaného na ženách*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Očenášová Z. a Michalík, P. (2017) *Sexuálne násilie na ženách – správa z reprezentatívneho výskumu*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Pettitt, B., Wallace, L., Naylor, A. a Castle, M. (2016). Providing for the needs of witnesses. In: P. Radcliffe, G. H. Gudjonsson CBE, A. Heaton-Armstrong, a D. Wolchover (eds.). *Witness Testimony in Sexual Cases: Evidential, Investigative and Scientific Perspectives*. Oxford, UK: Oxford University Press, s. 235-250.

Rada Európy (2011) Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. Dostupné na: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/210.htm>

Special EUROBAROMETER 449 – 2016 "Gender Based Violence", European Union.

Stemple, L. a Meyer, I.H. (2014) *The Sexual Victimization of Men in America: New Data Challenge Old Assumptions*. American Journal of Public Health 104 (6), pp. e19-e26.

Walby, S. et al. (2013) *Overview of the Worldwide Best Practices for Rape Prevention and for Assisting Women Victims of Rape*. Directorate General for Internal Policies, Policy Department Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Dostupné na: http://www.ingenere.it/sites/default/files/ricerche/femm_committee2.pdf