



KMC

KOORDINAČNO-METODICKÉ CENTRUM
PRE PREVENCIU NÁSILIA NA ŽENÁCH

POZNATKY ZO ZAHRANIČNÝCH FORENZNÝCH A ZDRAVOTNÍCKYCH POSTUPOV V PRÍPADOCH SEXUÁLNEJ VIKTIMIZÁCIE

Slávka Karkošková, Beáta Grešš Halász

2017

„Domov musí byť bezpečné miesto pre všetkých“



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

Poznatky zo zahraničných forenznych a zdravotníckych
postupov v prípadoch sexuálnej viktimizácie

Slávka Karkošková, Beáta Grešš Halász

Bratislava, 2017

Recenzovali: PhDr. Tatiana Hrindová, PhD., ministerská sestra, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

Emília Kováčová, sestra v praxi, odborná garantka ADOS - Dôvera, s.r.o., Nitra; prezidentka Asociácie neštátnych zdravotníckych zariadení Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v SR

MUDr. Norbert Moravanský, PhD., hlavný konzultant znaleckého ústavu forensic.sk Inštitút forenzných medicínskych expertíz s.r.o.; odborný asistent Ústavu súdneho lekárstva Lekárskej fakulty Univezity Komenského v Bratislave

pplk. JUDr. Monika Hullová, PhD., Katedra kriminálnej polície Akadémie Policajného zboru v Bratislave

JUDr. František Mozner, sudca Najvyššieho súdu Slovenskej republiky

JUDr. Marica Pirošíková, zástupkyňa Slovenskej republiky pred Európskym súdom pre ľudské práva, Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky

Vydanie: prvé vydanie

Vydavateľ: Inštitút pre výskum práce a rodiny, Bratislava 2017

Rok vydania: 2017

Rozsah: 94 strán

ISBN: 978-80-7138-160-0

Text neprešiel jazykovou korektúrou.

OBSAH

Slová recenzentiek a recenzentov	5
ÚVOD	10
1 DÔVODY PRE BUDOVANIE ŠPECIALIZOVANÝCH SLUŽIEB PRE OBETE SEXUÁLNYCH ÚTOKOV	13
1.1 Výskyt sexuálnych útokov a problém latencie	13
1.2 Následky sexuálnej viktimizácie a potreby obetí	17
1.3 Potreba odborníkov zorientovaných v problematike sexuálnej viktimizácie a vyladenej multidisciplinárnej spolupráce	21
1.4 Efektivita SART / SANE	25
2 PREDPOKLADY / KROKY PRE ROZBEHNUTIE PROGRAMU	29
2.1 Identifikácia kľúčových profesionáliek/profesionálov a ich úloh	29
2.2 Príprava špecialistiek a špecialistov na forenznú a zdravotnícke vyšetrenie obetí sexuálnych útokov	32
2.3 Identifikácia vhodného modelu SANE programu	38
2.4 Priestory, technické vybavenie a finančné náklady	40
2.5 Vedenie, manažment a marketing SANE programu	45
2.6 Zaisťovanie kvality SART a evalvácia efektivity SANE programu	46
3 TEORETICKÝ RÁMEC A KĹÚČOVÉ PRINCÍPY SANE	50
3.1 Starostlivosť zameraná na obeť	53
3.2 Informovaný súhlas	60
3.3 Citlivosť voči obeť v súvislosti s možnosťami oznámenia trestného činu	63
4 PROCES A POSTUPY KLINICKÉHO A FORENZNÉHO VYŠETRENIA	65
4.1 Úvodný kontakt	65
4.2 Posúdenie naliehavosti a príjem	66
4.3 Zabezpečenie dokumentácie	67
4.4 Zdravotná a forenzná anamnéza	67
4.5 Fotografovanie	70
4.6 Procedúra vyšetrenia a zberu forezných dôkazov	72
4.7 Alkoholom a drogami facilitovaný sexuálny útok	77
4.8 Vyhodnotenie a starostlivosť súvisiaca s pohlavne prenosnými ochoreniami	79
4.9 Posúdenie a starostlivosť spojená s rizikom otehotnenia	80
4.10 Prepustenie a následná starostlivosť	82
ZÁVER	85
LITERATÚRA	86

Slová recenzentiek a recenzentov

Publikácia sa venuje téme súvisiacej so zabezpečovaním dôkazov sexuálnej viktimizácie osoby, t.j. téme, ktorá je v súčasnosti v Slovenskej republike v prevahe doménou polície. Otvorením tejto témy sa vytvára priestor na vnímanie výkonu technických záležitostí zabezpečujúcich dôkazy trestného činu, do oveľa širšieho konceptu akceptovania komplexnosti prístupu k človeku, ktorý prežíva krízu. Sestry sa profesne pripravujú na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe v rozsahu bio-psycho-socio-spirituálnych potrieb, čo ich predurčuje k výkonu ošetrovateľskej praxe ako súčasť multidisciplinárnych tímov, v rôznych oblastiach. V Slovenskej republike sú kompetencie sestry v prevahe zamerané na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom v nemocniciach. Európsky koncept vníma sestru ako autonómneho zdravotníckeho profesionála, ktorý poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v rozsahu kompetencií získaných štúdiom. Z tohto pohľadu vnímam "forenznú sestru" predstavenú v tejto publikácii, v slovenských podmienkach ako revolučnú myšlienku, ktorá však má v sebe významný potenciál pre rozvoj odboru, zvyšovanie medziodborovej spolupráce a humanizáciu oblastí, ktoré budú zohľadňovať stav a potreby osoby nachádzajúcej sa v kríze, či už spôsobenej traumou, alebo inými nepriaznivými okolnosťami. Verím, že táto publikácia vzbudí odbornú diskusiu a pomôže pri vytváraní podmienok pre zvyšovanie kvality poskytovaných služieb občanom Slovenskej republiky, ktorí sa stali obeťami sexuálnych trestných činov.

PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.

- - -

Materiál pre zriadenie multidisciplinárneho tímu, ktorého súčasťou je SANE sestra je veľmi presne a výstižne spracovaný. Z pohľadu sestry so samostatnou praxou v ADOS vnímam, že zahraničný model „forenznej sestry“ je reálne uskutočniteľný aj v súčasnom slovenskom priestore. Kompetencie sestry nevidím ako problém.

Najdôležitejšou výzvou bude vyhľadať a získať praktické sestry, ktoré majú nielen profesionálnu schopnosť ale aj osobnostné danosti pracovať v multidisciplinárnom tíme. Musia to byť sestry skúsené, flexibilné, schopné pracovať v nepriaznivých podmienkach a zachovať si status zdravotníckeho pracovníka. Bakalársky alebo magisterský stupeň vzdelania by nemal byť podmienkou pre pôsobenie v role SANE sestry. Na takúto rolu je potrebná predovšetkým praktická sestra s praxou, absolventka strednej zdravotníckej školy s maturitou, pracujúca niekoľko rokov v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých nadobudla cenné skúsenosti. Vhodné môžu byť aj sestry v dôchodkovom veku, ktoré chcú ešte pracovať.

Projekt SANE sestier je rozhodne žiadúce implementovať aj v Slovenských podmienkach. Pilotný projekt, ktorý by sa mohol realizovať napr. v troch vybraných mestách, bude vyžadovať:

- výber vhodných členiek/členov multidisciplinárneho tímu, ktorého súčasťou by mala byť aj všeobecná lekárnica/všeobecný lekár a gynekologička/gynekológ;
- umožnenie sestrám absolvovať stáž v zahraničí, aby mali možnosť v praxi vidieť prácu SANE sestry;
- vypracovanie postupov koordinácie práce jednotlivých členiek/členov multidisciplinárneho tímu;
- pripravenie certifikovaného vzdelávacieho programu SANE (v maximálnom rozsahu 60 hodín) a vyškoľenie sestier;
- pripravenie podmienok na adekvátne finančné ohodnotenie SANE sestier.

Sú to náročné, ale nie neuskutočniteľné úlohy. V mojej profesionálnej praxi som zažila ako sa niečo, čo sa javilo byť pre mnohých nemožným, stalo skutočnosťou. Príkladom je koncept komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý sa zhmotnil do podoby siete fungujúcich agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Mnohým pacientkam a pacientom sa takto stali dostupnejšími služby, ktoré im v nezanedbateľnej miere zlepšujú kvalitu života. Integrálnou súčasťou týchto služieb je koordinácia spolupráce naprieč rôznymi zainteresovanými profesiami

a subjektmi. Som presvedčená o tom, že tieto príklady dobrej praxe je možné efektívne využiť aj pri implementácii SANE do Slovenských podmienok.

Emília Kováčová

- - -

Každodenná súdnolekárska prax a znalecká evalvácia medicínskych a iných dôkazov v súvislosti s prípadmi obetí násilných trestných činov vrátane obetí sexuálneho násillia poukazuje na nutnosť štandardizácie komplexného prístupu k vyšetrovaniu týchto prípadov. Je zrejmé, že jedine ustálený protokol postupov vyšetrovania a metodologicky správnej forenznej praxe môžu zabezpečiť úspešnosť uzavretia prípadov.

Správna forenzna prax v prípade sexuálne motivovaných trestných činov má mať za cieľ v prvom rade zabezpečiť najvyššiu možnú mieru dôkazu a jeho relevancie, ktorú môže forenzna veda poskytnúť a jeho náležitú vysvetlenie a prezentáciu právnickým profesiám, ktoré rozhodujú o finálnom justičnom uzavretí prípadu. Rovnako dôležitou úlohou je však preventívne zamedziť sekundárnej viktimizácii obete, ktorá vzniká práve aj rutinnou aplikáciou nesprávnej forenznej praxe a postupov vyšetrovania.

Ako súdny lekár a vedúci znalec interdisciplinárneho tímu znalcov v odbore Zdravotníctvo a farmácia pracujúcich v znaleckom ústave vítam otvorenie diskusie na danú tému ako veľmi potrebné a prospešné. V danej publikácii je totiž vyjadrená zjavná snaha práve o možnú štandardizáciu forenznych postupov v istej asociácii aj s postupmi nevyhnutného poskytovania zdravotnej starostlivosti a následnej komplexnej opatery obete. Prepojený model týchto činností môže byť zaujímavou alternatívou v podobe projektu forenznej sestry SANE integrovanej v tíme okamžitej odpovede SART.

Je však nevyhnutné uviesť, že tento projekt nie je univerzálnym riešením problematiky v podmienkach Slovenskej republiky a to z viacerých dôvodov: otázku právnej konzistencie postupov prezentovaného modelu a legislatívnych podmienok SR nie je možné opomenúť, aj keď ide o problém iste riešiteľný, no nepochybne náročný; projekt SANE predpokladá významnú bezprostrednú asistenciu forenznej sestry pri obetiach sexuálneho násillia, čo však môže nastať až vtedy, ak forenzna prax bude sama o sebe štandardizovaná. Tento stav však ešte nenastal. Nositeľom kontinuálnej edukácie vo forenznej oblasti vrátane asistenčných služieb môžu byť totiž v prvom rade autority forenznej vedy a znaleckej praxe v súčinnosti s prísnyim dohľadom nad procesnosťou daných úkonov a v súčinnosti s odbornou verejnosťou zaoberajúcou sa elimináciou následkov na živote obetí takýchto trestných činov. Nie som si istý tým, či model bezprostredného a súčasného prepojenia forenznych úkonov a prvotnej zdravotnej starostlivosti je vôbec v aktuálnych podmienkach Slovenskej republiky možný. Prekážkou môže byť aj samotný proces získavania informovaného súhlasu na jednej strane pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (okrem neodkladnej zdravotnej starostlivosti) a nutnosti procedurálneho strpenia úkonov vyšetrovania na vlastnom tele na strane druhej. Úskalím aplikácie systému SANE je aj nutnosť kontinuálnej edukácie a štandardizácia postupov policajných zložiek, ktoré sa významnou mierou podieľajú najmä na prvotných, neodkladných úkonoch vyšetrovania.

Publikácia prináša veľmi komplexný pohľad na model, ktorým je možné sa inšpirovať najmä v interdisciplinarite vo výstavbe forenznych tímov za účelom nezhodnotenia akéhokoľvek dôkazu na ľudskom tele. Súbor ustálených procedúr a opatrení je jediný spôsob, akým je možné zabezpečiť pre obeť maximálnu ochranu tým, že sa prípad v čo najkratšom čase vyrieši. Zároveň môže byť projekt SANE návodom k rýchlej adaptácii obete po fyzickej a duševnej – sexuálne podmienenej traume. Osobne oceňujem model mobilných tímov, ktoré smerujú k obetiam, čo môže byť v podmienkach Slovenskej republiky veľmi zmysluplný návod.

Publikácia autoriek doc. ThDr. Mgr. Slávky Karkoškovej, PhD. a PhDr. Beáty Grešš Halász, PhD. je zmysluplným počínom, pretože nás nabáda k riešeniu zložitej filozofickej otázky, čo môže majorita vykonať pre aktuálne zraneného člena svojej komunity – pre obeť násillia. Pri riešení prípadu, na ktorejkoľvek úrovni vyšetrovania či činnosti forenznych disciplín vždy máme hľadať, čo najsilnejší dôkaz, ak je možné ho nájsť. Je to jediné a správne, čo môžeme pre prípad urobiť

a máme to urobiť tak, aby ten dôkaz bol preukázateľný, obhájitelný, zrozumiteľný a aby bol nájdený čo najskôr. Je to totiž pre obeť prvá a posledná šanca spravodlivosti.

MUDr. Norbert Moravanský, PhD.

Násilná trestná činnosť sexuálneho charakteru predstavuje vážny spoločenský problém, ktorý si bezo sporu zasluhuje záujem laickej aj odbornej verejnosti. V tejto súvislosti tu existuje opodstatnená obava o zdravie obetí, ktorým v dôsledku konania páchatel'a vznikajú vážne a z časového hľadiska – dlhodobé (v mnohých prípadoch aj celoživotné) následky somatického, psychického, či psychosomatického charakteru. Okrem toho sa tu, z pohľadu orgánov presadzujúcich právo, stretávame s neochotou obetí oznamovať skutok polícii a spolupracovať s ňou pri jeho objasňovaní, čo vo výraznej miere sťažuje možnosti trestnoprávneho postihu páchatel'a. Pretrvávajúcim problémom, ktorý negatívne vplyva na obeť tejto trestnej činnosti je aj neadekvátny prístup (postup) kompetentných subjektov. Aj z tohto pohľadu sú pre nás inšpiráciou poznatky zo zahraničia, kde majú s prácou s obeťami tejto trestnej činnosti dlhodobé skúsenosti, vychádzajúc pritom z princípov odbornosti a systematickosti multidisciplinárnej intervencie. Publikácia Koordinačno-metodického centra pre rodovo podmienené a domáce násilie, z pera autoriek doc. ThDr. Mgr. Slávkky Karkoškovéj, PhD. a PhDr. Beáty Grešš Halász, PhD., s názvom „*Poznatky zo zahraničných forenzných a zdravotníckych postupov v prípadoch sexuálnej viktimizácie*“, ponúka komplexné spracovanie problematiky, pričom autorky sa v nej bližšie zameriavajú na analýzu činnosti tzv. SANE sestier. Z pohľadu recenzentky si dovoľím uviesť, že aj napriek tomu, že v podmienkach Slovenskej republiky nemáme doposiaľ vytvorený adekvátny legislatívno-logistický rámec pre takúto činnosť, má počín autoriek predkladaného materiálu nesporný význam a v tejto súvislosti vyjadrujem presvedčenie, že sa stane inšpiráciou pre kompetentné subjekty a vyústi do potrebných zmien v budúcnosti, ktoré ocenia tí najobjektívnejší hodnotitelia – obeť tejto trestnej činnosti.

pplk. JUDr. Monika Hullová, PhD.

Náležitá objasnenie trestných činov, ktorých podstata spočíva v sexuálnych útokoch (tak ako ich vymedzuje predkladaná publikácia), a v nadväznosti na to spravodlivé potrestanie ich páchatel'ov je nezriedka podmienené práve včasným zaistením forenzných dôkazov z tela, príp. odevu obeť. V publikácii prezentované poznatky zo zahraničných forenzných a zdravotníckych postupov v prípadoch sexuálnej viktimizácie, kedy odber forenzných vzoriek realizujú ihneď pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti špecializované sestry, naznačujú, že takýto model by mohol aj v podmienkach Slovenskej republiky napomôcť nielen účinnejšiemu postihu páchatel'ov tohto druhu trestnej činnosti, ale zároveň by mohol prispieť k ochrane obeť pred druhotnou viktimizáciou. Pritom prípadné zavedenie takéhoto modelu si v situáciách, v ktorých sa vyšetrovanie realizuje po podaní trestného oznámenia, resp. obeť sa nechá vyšetriť preto, že chce následne podať trestné oznámenie, nevyžaduje priamu zmenu slovenskej „trestnej legislatívy“, ale je vecou vymedzenia kompetencií jednotlivých zdravotníckych pracovníkov, ich špecializovaného vzdelávania a koordinovaného postupu s orgánmi činnými v trestnom konaní. Už v súčasnosti totiž v prípadoch, v ktorých obeť sexuálneho útoku najprv podá trestné oznámenie a až následne (už v rámci trestného konania) sa podrobí lekárskemu vyšetrovaniu, prehliadku tela a obdobné úkony, medzi ktoré patrí nielen odber krvi, ale napr. i odber (zaistenie) vzoriek z tela obeť, spravidla vykonáva lekár alebo odborný zdravotnícky pracovník. Z pohľadu procesnej použiteľnosti takto získaných dôkazov v trestnom konaní je dôležité, aby ich odber bol realizovaný spôsobom vylučujúcim ich znehodnotenie a zároveň bol náležite zdokumentovaný (k čomu by mohli prispieť práve v publikácii spomínané RAPE kity).

Z pohľadu slovenskej právnej úpravy sa však ako problematický javí v publikácii popisovaný preventívny odber forenzných dôkazov, keď obeť v čase poskytovania zdravotnej starostlivosti nie je rozhodnutá, či trestné oznámenie podá. V slovenskom trestnom práve sa totiž uplatňuje zásada oficiality, podľa ktorej je prokurátor povinný stíhať všetky trestné činy, o ktorých sa dozvedel, ak Trestný poriadok, medzinárodná zmluva vyhlásená spôsobom ustanoveným

zákonem alebo rozhodnutie medzinárodnej organizácie, ktorým je Slovenská republika viazaná, neustanovuje inak (§ 2 ods. 5 Tr. por.). Stíhanie trestných činov, ktorých podstata spočíva v sexuálnych útokoch, pritom nie je podmienené súhlasom poškodeného (§ 211 Tr. por.). Obeť takéhoto trestného činu, ktorej bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, má síce právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jej zdravotného stavu a o skutočnostiach súvisiacich s jej zdravotným stavom,¹ čomu zodpovedá povinnosť zdravotníckych pracovníkov zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli v súvislosti s výkonom svojho povolania, pričom od tejto povinnosti ich môže zbaviť iba osoba, ktorej sa skutočnosti týkajú, alebo orgán príslušný na vydanie povolenia, a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov,² treba mať na zreteli, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia alebo držiteľom licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, je okrem iného povinný bezodkladne oznamovať prokurátorovi, vyšetrovateľovi alebo policajnému orgánu prípady, v ktorých je dôvodné podozrenie, že na poškodení zdravia mohla mať účasť iná osoba,³ a mimo iných subjektov aj orgánu činnému v trestnom konaní podozrenie na sexuálne zneužívanie alebo iné zneužívanie maloletej osoby, znásilnenie maloletej osoby, sexuálne násilie voči maloletej osobe, sexuálne vykorisťovanie maloletej osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka maloletej osoby, týranie alebo zanedbávanie maloletej osoby a tiež znásilnenie plnoletej osoby, ktorá nie je spôsobilá na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony je obmedzená, sexuálne násilie voči takejto osobe, sexuálne vykorisťovanie alebo iné zneužívanie takejto osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka takejto osoby, týranie alebo zanedbávanie takejto osoby.⁴ Prípadné zavedenie preventívneho odberu forenzných dôkazov by tak v podmienkach Slovenskej republiky bolo podmienené prijatím osobitnej právnej úpravy, ktorá by stanovila podmienky, za ktorých by takýto odber bolo možné vykonať, spôsob nakladania s takto získaným materiálom a to nielen v kontexte s povinnosťou mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov na jednej strane a oznamovacou povinnosťou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na strane druhej, ale i so zreteľom na právo obete na ochranu pred druhotnou alebo opakovanou viktimizáciou.⁵

JUDr. František Mozner

- - -

Publikácia sprostredkováva zahraničné skúsenosti nielen zo samotného procesu forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia, v ktorom kľúčovú úlohu zohráva špecializovaná SANE sestra, ale podrobne analyzuje dôvody, ktoré v zahraničí viedli k budovaniu špecializovaných služieb pre obeť sexuálnych útokov, ktoré sú v zmysle judikatúry Európskeho súdu pre ľudské práva osobitne zraniteľnými. Uvedený aspekt spolu s latenciou tohto druhu trestnej činnosti nepochybne vyžaduje okrem špecializácie zainteresovaných subjektov aj multidisciplinárnu spoluprácu. Prínosom publikácie je okrem detailného popisu procesu forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia, ktorý charakterizuje predovšetkým úcta k obeti, priblíženie multidisciplinárneho modelu s identifikáciou kľúčových profesionálov, opisu ich úloh a vzájomnej spolupráce. Dňa 1. januára 2018 nadobudne v Slovenskej republike účinnosť zákon o obetiach trestných činov, ktorým sa vykonala niekoľkoročne očakávaná úplná transpozícia smernice Európskeho parlamentu a Rady 2012/29/EÚ z 25. októbra 2012, ktorou sa stanovujú minimálne normy v oblasti práv, podpory a ochrany obetí trestných činov do právneho poriadku Slovenskej republiky. Tento nový zákon o obetiach trestných činov komplexne upravuje práva obetí trestných činov, odškodňovanie obetí násilných trestných činov a mechanizmus podpory subjektov poskytujúcich pomoc obetiam trestných činov. Vďaka predmetnej úprave sa nepochybne posilňuje postavenie obetí trestných činov v trestnom konaní. Napriek uvedenému je však

¹ § 11 ods. 9 písm. f) zák. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

² § 80 ods. 2, ods. 3 zák. č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

³ § 79 ods. 2 písm. a) zák. č. 578/2004 Z. z.

⁴ § 79 ods. 4 písm. a), b) zák. č. 578/2004 Z. z.

⁵ § 8 zák. č. 274/2017 Z. z. o obetiach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

neustále potrebné a aktuálne prehľbovať špecializáciu zainteresovaných subjektov, zabezpečiť im potrebné priestory a technické vybavenie a posilňovať multidisciplinárnu spoluprácu pri vyšetrowaní uvedenej trestnej činnosti. Bez súčasného realizovania týchto krokov bude stále dochádzať k sekundárnej viktimizácii, na ktorú opakovane upozorňujú mimovládne organizácie poskytujúce pomoc obetiam násilia. Prístupy obsiahnuté v publikácii môžu byť v mnohých aspektoch návodom, ako zlepšiť aplikačnú prax v Slovenskej republike.

JUDr. Marica Pirošíková

ÚVOD

Sexuálna viktimizácia je závažným porušením ľudských práv a stavia spoločnosť pred výzvou hľadať efektívne spôsoby intervencie tak vo vzťahu k obetiam ako i páchatelom. Charakter intervencie je podmienený mnohými vzájomne súvisiacimi faktormi, vrátane napr. ochoty obetí vyhľadať pomoc, ponuky a dostupnosti služieb pre obeť, povedomia laickej i odbornej verejnosti o problematike sexuálnej viktimizácie, či všeobecnej úrovne dôvery vo vymožitelnosť práva. Možnosti systému trestnej justície vysporiadať sa s páchatelmi sexuálnych zločinov sú v značnej miere závislé od množstva a kvality zhromaždených dôkazov v tom-ktorom konkrétnom prípade.

V posledných troch dekádach bola v zahraničí zaznamenaná významná reforma v oblasti ochrany práv obetí sexuálnych trestných činov. V mnohých krajinách boli vybudované špecializované, multidisciplinárne a precízne koordinované služby pre obeť, zamerané na poskytovanie komplexnej starostlivosti o ne, ideálne „pod jednou strechou“. Cieľom takýchto služieb je na jednej strane citlivým prístupom znížovať riziko druhotnej viktimizácie obetí, na druhej strane zvyšovať šance vo vymožitelnosť práva dôkladnejším zberom dôkazov, ktoré môžu byť v trestnom konaní užitočné. Hlavnú rolu v tomto ohľade zohrávajú špeciálne školené zdravotníčky a/alebo zdravotníci. V niektorých krajinách sú to sestry (známe pod označením *sexual assault nurse examiner* – SANE), inde zas lekárkyné a lekári (*sexual assault forensic examiner*⁶ – SAFE).

Obsah tejto publikácie vychádza prevažne zo zahraničných manuálov, ktoré podrobne popisujú východiská a postupy forenzných a zdravotníckych starostlivostí sestier (SANE) o obeť sexuálnych útokov. SANE sestry sú špeciálne školené na to, aby dokázali v prípade potreby plniť viacero úloh zároveň, t.j. ponúknuť obetiam forenzné a zdravotnícke vyšetrenie aj krízovú intervenciu, ktorej súčasťou je i poskytnutie psychoedukácie a sociálneho poradenstva. Starostlivosť o obeť sexuálnych útokov je v podaní SANE sestier flexibilnejšia a finančne úspornejšia než starostlivosť zabezpečovaná početnejším tímom intervenujúcich osôb. Samozrejme, takýto model intervencie predpokladá nielen kvalitne vyškolené sestry, ale aj ich vedomostiam a zručnostiam zodpovedajúce kompetencie, náležite ukotvené v príslušnej vnútroštátnej legislatíve. Viaceré pracovné výkony, ktoré sú integrálnou súčasťou práce SANE sestier, prekračujú rámce aktuálne platnej slovenskej legislatívy (napr. odber moču a/alebo vzorky krvi na toxikologickú analýzu je u nás možný iba na základe pokynu lekárkyn/lekára; niektoré administratívne úkony sú viazané väčšinou na lekárku/lekára). Legislatíva však nie je nemenná. Problematika vymedzenia a odstupňovania kompetencií sestier je v poslednom období značne diskutovanou témou v medzinárodnom kontexte (v rámci ktorého je v súvislosti s predmetnou problematikou zaužívaný pojem *Advanced Practice Nurse*, u nás prekladaný ako *sestra s pokročilou praxou*⁷) i v priestore Slovenského zdravotníctva (Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek 2017a,b; Benkovičová 2017) a relevantnej odbornej literatúry (Grešš Halász 2016; Grešš Halász a Wiczmándyová 2015, 2016; Grešš Halász a Tkáčová 2014, 2015). Procesy zefektívňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti možno časom aj na Slovensku vytvoriť podmienky pre kreovanie špecifickej roly sestier v starostlivosti o obeť sexuálnych útokov.

⁶ V niektorých krajinách (napr. v USA) slovné spojenie *forensic examiner* nemusí nevyhnutne znamenať lekárkyn/lekára.

⁷ **Sestra s pokročilou praxou** je definovaná ako registrovaná sestra so získanými odbornými znalosťami, s komplexnými rozhodovacími schopnosťami a klinickými kompetenciami pre expandovanú prax, ktorej charakteristiky sú dané kontextom a/alebo krajinou, v ktorej je oprávnená vykonávať povolanie. Súčasťou jej kompetencií v rámci špecializácie vo zvolenom subodbove ošetrovateľstva býva aj diagnostika, oprávnenie predpisovať medikáciu a liečbu, odporúčať pacientky/pacientov k iným profesionálkam/profesionálom a pod. Odporúčaná úroveň akademického vzdelania je magisterské vzdelanie (ICN 2017; International Advanced Practice Nursing 2017).

Priblíženie rozsahu starostlivosti, ktorá by mala byť štandardne poskytovaná obetiam sexuálnych útokov, môže byť vhodným východiskovým materiálom pre odborné multidisciplinárne, medzirezortné a legislatívne úvahy o tom či a v akej miere sa na forenznej a zdravotníckej starostlivosti o obeť sexuálnych útokov majú podieľať sestry a/alebo lekárkyn a lekári a akým spôsobom majú byť do procesu intervencie zapojené iné profesie.

Predkladaná publikácia je rozvrhnutá do štyroch kapitol. V prvej kapitole poukazujeme na prevalenciu sexuálnej viktimizácie a súčasne i na realitu latencie tejto trestnej činnosti opierajúc sa o výsledky zahraničných a domácich výskumov. Zároveň dávame do pozornosti spektrum potenciálnych následkov sexuálnej viktimizácie a rôzne úrovne potrieb obetí, napĺňanie ktorých si vyžaduje multidisciplinárnu a koordinovanú intervenciu zo strany špeciálne vyškolených osôb. Takáto intervencia, ako ukázali početné zahraničné výskumy, má pozitívny vplyv jednak na individuálne obeť a jednak zvyšuje efektivitu systému trestnej justície pri vysporadúvaní sa s týmto typom trestnej činnosti. Druhá kapitola sumarizuje základné predpoklady pre rozbehnutie programu SANE. Zaoberá sa identifikáciou kľúčových osôb a ich úloh a tiež rozsahom a obsahom špecializačného vzdelávania v zmysle štandardov Medzinárodnej asociácie forezných sestier. Venuje sa tiež priestorovým podmienkam a technickému vybaveniu nevyhnutnému pre realizáciu forezného a zdravotníckeho vyšetrenia, a neopomína ani význam manažmentu a opatrení na zaistenie kvality starostlivosti. Tretia kapitola približuje teórie a základné princípy ošetrovateľskej praxe, o ktoré sa SANE sestry opierajú. Zdôrazňuje, že proces vyšetrenia musí byť prispôsobený jedinečným potrebám a okolnostiam každej obete a zároveň poukazuje na význam, rámce a roviny informovaného súhlasu. Napokon štvrtá kapitola detailne približuje jednotlivé zložky forezného a zdravotníckeho vyšetrenia, čím umožňuje získať čitateľkám a čitateľom konkrétnejšiu predstavu o tom, čo táto forma intervencie obnáša a ako môže byť užitočná pre zdravie obete i pre potreby systému trestnej justície.

Pojem **obeť** je v texte celej publikácie používaný v súlade s jeho vymedzením obsiahnutým v *Smernici Európskeho parlamentu a rady 2012/29/EÚ* (bod 19), podľa ktorého „osoba by sa mala považovať za obeť bez ohľadu na skutočnosť, či bol páchateľ identifikovaný, zaistený, stíhaný alebo odsúdený, a bez ohľadu na rodinný vzťah medzi nimi.“⁸ Na skrátené označenie osôb, ktoré boli akýmkoľvek spôsobom sexuálne viktimizované, používame v celej tejto publikácii pojem obeť namiesto pojmu pacientky/pacienti alebo klientky/klienti. Hoci uznávame, že obeťami sexuálnych trestných činov môžu byť osoby rôzneho pohlavia, vychádzajúc z dostupných údajov o prevalencii tohto typu viktimizácie máme za to, že obeťami sú v prevažnej miere ženy (a páchateľmi osoby mužského pohlavia). Z uvedeného dôvodu sú pri odborných intervenciách aj viac obeťami preferované osoby ženského pohlavia (čo ale samozrejme nevylučuje, že aj osoby mužského pohlavia, ak sú dostatočne scitlivené na problematiku sexuálnej viktimizácie, môžu obetiam poskytovať kvalitnú pomoc). Preto pri **profesiách** uvádzame v texte publikácie najprv ženský rod. Pre súhrnné označenie rôznych sexuálnych trestných činov sme v publikácii zvolili pojem **sexuálny útok** (z angl. *sexual assault*). Vyhybame sa používaniu pojmov sexuálne násilie, znásilnenie a/alebo sexuálne zneužívanie, nakoľko tieto sú v slovenskej legislatíve vymedzené užšie a/alebo odlišne než v relevantnej zahraničnej odbornej a vedeckej literatúre.⁹

Publikácia je určená všetkým odborníčkam a odborníkom, ktorí sa môžu potenciálne podieľať na poskytovaní pomoci obetiam sexuálnych trestných činov. Ponúka metodické východiská

⁸ O uvedené vymedzenie sa opiera aj nedávno prijatý *Zákon č. 274/2017 Z. z. o obetiach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov*, ktorý v § 3, ods. 1 uvádza: „Každá osoba, ktorá tvrdí, že je obeťou, sa považuje za obeť, kým sa nepreukáže opak, alebo ak nejde o zjavné zneužitie postavenia obete podľa tohto zákona, a to bez ohľadu na to, či bol páchateľ trestného činu zistený, trestne stíhaný alebo odsúdený.“

⁹ V Slovenskej republike sa v zmysle platnej právnej úpravy (t.j. *Zákona č. 300/2005*) diferencuje medzi sexuálnym násilím, znásilnením, sexuálnym zneužívaním a pod. Tzn. že znásilnenie nie je podkategóriou sexuálneho násillia. Pri skutkovej podstate **sexuálneho násillia** v zmysle § 200, ods. 1 tohto zákona na naplnenie znakov skutkovej podstaty tohto trestného činu je potrebné, aby páchateľ násilím alebo hrozbou bezprostredného násillia donútil iného k orálnemu, análnemu styku alebo k iným sexuálnym praktikám, teda nie k súložiu. Kým pri **znásilnení** ide o prinútenie ženy k súložiu, definovanej ako vniknutie pohlavných orgánov muža do pohlavných orgánov ženy. Samostatnú skutkovú podstatu trestného činu má aj **sexuálne zneužívanie**, pričom jeho definičným znakom nie je použitie násillia. Z právneho hľadiska teda nie je sexuálne zneužívanie ani znásilnenie *sexuálnym násilím*.

intervencie pre zdravotnícke profesie, ale môže byť podnetná aj pre orgány činné v trestnom konaní, súdy a osoby zaoberajúce sa právnym a sociálnym poradenstvom obetiam sexuálnych trestných činov. Môže byť tiež vhodnou pomôckou pri odborných diskusiách a medzirezortných rokovaniach zameraných na hľadanie ciest k vybudovaniu adekvátnych služieb pre túto osobitne zraniteľnú kategóriu obetí trestných činov.

1 DŮVODY PRE BUDOVANIE ŠPECIALIZOVANÝCH SLUŽIEB PRE OBETE SEXUÁLNYCH ÚTOKOV

1.1 Výskyt sexuálnych útokov a problém latencie

Agentúra Európskej únie pre ľudské práva (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights) realizovala v roku 2012 prieskum rodovo podmieneného násillia páchaného na ženách, na výskumnej vzorke 42 000 respondentiek v rámci Európskej únie. Respondentky vo veku 18 – 74 rokov sa vyjadrovali k otázkam týkajúcim sa ich skúseností so skúmanými typmi rodovo podmieneného násillia počas sledovaného obdobia 12 mesiacov pred dopytovaním, a tiež ich skúseností s týmto typom násillia od ich 15 rokov veku, a pred 15-tym rokom veku. Pokiaľ ide o sexuálne útoky, z publikovaných výsledkov výskumu (FRA 2014 a, s. 9-10, 21-22, 32; FRA 2014 b, s. 21, 49) vyplýva, že v rámci celej Európy ide o obzvlášť rozšírenú trestnú činnosť:

Jedna z 10 žien (11%) zažila nejakú formu sexuálneho útoku od dovŕšenia veku 15 rokov. Pritom cudzia osoba bola páchatelom sexuálneho útoku len v 23% prípadov, v ostatných prípadoch boli páchatelmi (v poradí od najčastejšie sa vyskytujúcich po najmenej časté): partneri/priatelia, niekto iný koho obeť poznali, niekto koho práve stretli, príbuzní, spolužiaci, kolegovia, nadriadení, klienti/zákazníci/pacienti, učitelia/tréneri, lekári/zdravotníci. **Jedna z 20 žien (5 %) bola znásilnená** od dovŕšenia veku 15 rokov. Tento údaj je založený na odpovediach na otázku: *Ako často po dovŕšení veku 15 rokov až doteraz vás nútil niekto k pohlavnému styku tým, že vás násilím držal alebo vám iným spôsobom ubližoval?* V tejto súvislosti však treba podotknúť, že v mnohých štátoch EÚ právne vymedzenie znásilnenia presahuje rámec požiadavky, aby páchatel použil fyzickú silu. V takom prípade **miera znásilnení v EÚ môže byť vyššia ako 5 %**. Okrem toho, výsledky prieskumu v súvislosti so znásilnením je potrebné posudzovať spolu so zisteniami v prípade iných otázok v prieskume týkajúcich sa sexuálnych útokov. V prieskume agentúry FRA sa ženám kládli otázky o ich skúsenostiach v súvislosti so štyrmi formami sexuálnych útokov. Ženy mohli uviesť, ktorú z foriem zažili, ak sa vôbec vyskytla. Z výsledkov prieskumu týkajúcich sa skúseností žien od dovŕšenia veku 15 rokov vyplýva, že:

- 5 % žien bolo prinútených k sexuálnemu styku;
- 6 % žien uvádza, že sa niekto pokúsil prinútiť ich k sexuálnemu styku;
- 6 % ženy uvádza, že ich niekto nútil zúčastňovať sa na sexuálnej činnosti, na ktorej sa zúčastniť nechceli alebo nebolo v ich silách takúto účasť odmietnuť;
- 6 % žien súhlasilo so sexuálnou činnosťou zo strachu z toho, čo by mohlo nasledovať v prípade, že by odmietli.

Zo žien, ktoré uviedli, že sa stali obeťami sexuálneho útoku **zo strany inej osoby ako partner**, takmer **jedna z 10 žien** uviedla pri opisovaní podrobností *najvážnejšieho* incidentu sexuálneho útoku, že na incidente sa podieľal **viac ako jeden páchatel**.

Viac ako polovica žien, ktoré znásilnil ich **súčasný partner** alebo ktorých súčasný partner sa ich pokúsil znásilniť alebo nútil zúčastňovať sa na sexuálnej činnosti, keď nebolo v ich silách takúto účasť odmietnuť, zažila viac ako jeden incident sexuálneho útoku. V prípade znásilnenia **jedna tretina obetí (31 %) zažila šesť alebo viac incidentov** zo strany ich súčasného partnera. Znásilnenie v partnerstve/manželstve je realita pre mnohé ženy a veľký počet z nich zažilo viacero incidentov. Z výsledkov týkajúcich sa sexuálnych útokov **zo strany predchádzajúcich partnerov** vyplýva podobné rozdelenie. V závislosti od typu sexuálneho útoku **jedna tretina až jedna štvrtina obetí zažila viac ako jeden incident**.

Pokiaľ ide o **výskyt sexuálnych útokov v detstve**, zo všetkých žien, ktoré sa zúčastnili na prieskume, **12 %** zažilo **nejakú formu sexuálneho zneužívania** alebo incident **zo strany**

dospelého pred dovŕšením veku 15 rokov. Zodpovedá to približne 21 miliónom žien v EÚ.¹⁰

Z čiastkových údajov výskumu Agentúry Európskej únie pre ľudské práva vyplýva, že **v rámci Slovenskej republiky** malo za obdobie **od 15 rokov veku skúsenosť so sexuálnym útokom až 10%** opýtaných žien. **Za 12-mesačné obdobie pred dopytovaním** mali skúsenosť so sexuálnym útokom **3% respondentiek**, pričom priemer EÚ bol 2%. **Nepartnerské sexuálne útoky** zažili za obdobie **od 15 rokov veku** zažili **4%** slovenských respondentiek, čo je o 2% menej ako priemer EÚ a **za ostatných 12 mesiacov** pred dopytovaním zažilo tento druh násillia **1%** respondentiek (čo je rovnako ako priemer EÚ). Sexuálne útoky **v partnerských vzťahoch**, v priebehu doterajšieho života priznalo až **8%** slovenských žien, a v období 12 mesiacov to boli **2%** (FRA 2017).

Skúsenosť so sexuálnym zneužívaním v detstve (pred dovŕšením 15 roku veku) zo strany dospelého páchatela priznali vo výskume **4%** slovenských žien, zatiaľ čo priemer EÚ v tomto ohľade je 12% (FRA 2017).¹¹

Starší reprezentatívny výskum zameraný na výskyt a skúseností žien s násillím páchaným na ženách na Slovensku (Bodnárová et al. 2008), ktorý sa realizoval na vzorke 827 respondentiek vo veku 18 – 65 rokov, poukazuje na vyššiu prevalenciu sexuálnych útokov, nakoľko tieto boli definované širšie a zahŕňali aj miernejšie formy než výskum FRA. Podľa Bodnárovej et al. (2008) malo počas života **skúsenosť s mimopartnerským sexuálnym útokom 29,8% žien**, teda takmer každá tretia. Skúsenosť **s partnerským sexuálnym útokom zo strany súčasného partnera** deklarovalo **8,6% žien**, **zo strany bývalého partnera až 25,7% žien**, ktoré v minulosti partnera mali. Z hľadiska druhu sexuálnych útokov, ktoré boli na ženách páchané, malo 9,9% žien skúsenosť s nútením k sexu, resp. pokúšaním sa o sexuálny styk zvalením na zem, zatlačením do kúta a podobne a **2,1% žien zažilo znásilnenie**, resp. vynútený sexuálny styk.

Len malá časť prípadov sexuálnych útokov sa dostane do pozornosti orgánov činných v trestnom konaní (Walby et al. 2012, s. 93, 108; Brown a Sommers 2017, s. 275; Jordan 2015, s. 101). Podľa štatistických údajov za rok 2009 **priemerný index znásilnení** (t.j. počet polícií **ohlásených prípadov znásilnení** na 100 000 obyvateľov) **v Európskej únii je 10,19,¹² zatiaľ čo na Slovensku** je index znásilnení na úrovni **2,6** (International Statistics 2017). Z uvedeného možno vyvodiť zdanlivo pozitívne hodnotenie bezpečnostnej situácie na území SR, avšak – ako upozorňuje Hullová (2016) – opak je pravdou. Pre vytvorenie reálnejšej predstavy je tu **potrebné zohľadniť vysokú mieru latencie**, ktorá je pre tento druh trestnej činnosti príznačná.

Podľa štatistických údajov za obdobie rokov 2001 – 2015 bolo v priemere na Slovensku každoročne spáchaných 151 prípadov znásilnení, pričom priemerná objasnenosť v sledovanom období dosahovala 72% (Hullová 2016).¹³ Ide však len o údaje o registrovanej kriminalite. Podľa

¹⁰ Podľa údajov uvádzaných v rámci kampane Rady Európy zameranej na zastavenie sexuálnej viktimizácie detí je **v Európe jedno z piatich detí** (teda 20 % detí, pričom dieťaťom sa rozumie jedinec do dovŕšenia 18 roku veku) **obeťou nejakej formy sexuálneho útoku** (Council of Europe 2012). Výsledky vybraných štúdií pochádzajúcich z 11 krajín Európy (ktoré boli publikované medzi rokmi 2002 – 2010 a vykazovali vysoké metodologické kvality) ukazujú, že **penetratívne** (t.j. prenikajúce do tela) **formy sexuálneho zneužívania zažilo 2,9 – 10,5 % dievčat a 0,6 – 5,5 % chlapcov**. Pri použití širšej definície kontaktných foriem CSA sa ich výskyt pohyboval v rozpätí 10 – 39,8 % u dievčat a 6 – 16,2 % u chlapcov (Lalor a McElvaney 2011).

¹¹ Údaje o výskyte sexuálneho zneužívania v detstve sa naprieč rôznymi výskumami líšia v závislosti od rôznorodých faktorov, vrátane (ale nie výlučne len) toho, aká je v danej krajine miera verejného povedomia o sexuálnom zneužívaní detí (resp. nakoľko sú vo verejnosti rozšírené mylné presvedčenia o tomto fenoméne); aký je vek respondentov v čase realizácie prieskumu; do akej vekovej hranice je definované detstvo a ako je ono násillie (v položených otázkach) definované. V prieskume FRA sa na sexuálnu viktimizáciu pred dovŕšením 15 roku veku výskumníci pýtali nasledovne: Pred dovŕšením 15 roku veku ako často dospelý (18 ročný alebo starší jedinec) vám robil nasledovné proti vašej vôli: 1) ukazoval vám svoje genitálie; 2) prinútil vás k obnaženiu a pózovaniu na účely fotografovania alebo natáčania na video, kameru; 3) dotýkal sa vašich genitálií alebo pŕs; 4) nútil vás k sexuálnemu styku? (FRA 2017).

¹² Najvyšší index znásilnení spomedzi krajín Európskej únie má Švédsko: index 63,5 podľa štatistických údajov z roku 2010 (International Statistics 2017).

¹³ V roku 2015 bolo najviac trestných činov znásilnenia spáchaných (v poradí aj najväčšieho počtu po najmenší počet ohlásených prípadov) v Prešovskom kraji, ďalej v Košickom kraji, Trnavskom a Banskobystrickom kraji, v

názorov odborníkov a výsledkov výskumov možno v súvislosti s trestnou činnosťou znásilnenia predpokladať pomerne vysokú mieru latencie. V staršej odbornej literatúre sa napr. uvádza názor, že skutočný počet prípadov znásilnení prevyšuje registrované prípady 2 – 3 krát (Čech 2000, s. 237-239). V nadväznosti na tento odhad Hullová (2016) konštatuje, že „čisto hypoteticky možno tvrdiť, že ak v roku 2015 bolo políciou zaevidovaných 87 prípadov znásilnení, v skutočnosti bolo spáchaných cca 174 – 261 takýchto trestných činov, čo opodstatnene vyvoláva obavy”.

Výsledky výskumov však poukazujú na to, že skutočný počet prípadov znásilnení zrejme prevyšuje registrované prípady viac než šesťnásobne. Z výpovedí respondentiek v prieskume Agentúry Európskej únie pre ľudské práva totiž vyplýva, že **v rámci EÚ najväčšie incidenty násillia ohlásilo polícii iba 15%** obetí sexuálnych útokov zo strany súčasného alebo bývalého partnera, zatiaľ čo pri nepartnerskom sexuálnom útoku tak učinilo len **14%** obetí (FRA 2014 b, s.59).¹⁴ ¹⁵ ¹⁶ Táto nízka miera ohlasovania je obzvlášť znepokojujúca, keďže formálne oznamovanie je jedinou cestou, prostredníctvom ktorej môže dôjsť k trestnému stíhaniu páchateľov (Brown a Sommers 2017, s. 275).

Pre potreby vyšetrovania má zásadný význam **včasný**, ideálne bezprostredné **oznámenie** skutku orgánom presadzujúcim právo, resp. medicínske vyšetrenie, „pretože realizáciou týchto úkonov sa zvyšuje pravdepodobnosť, že v priebehu prípadného trestného konania nebude toto založené len na dvoch protichodných tvrdeniach“ (Hullová 2016). Veľmi dôležité je, aby sa obeť neumývali (nesprchovali sa a ani nekúpali), neprali alebo nezahadzovali šatstvo, ktoré mali oblečené, nevymieňali/neprali posteľnú bielizeň, nečistili/neupratovali miesto činu a pod. **Pokiaľ obeť nahlásia sexuálny útok s časovým odstupom** niekoľkých dní, týždňov či mesiacov **dôkazná situácia sa výrazne zhoršuje**, „nezriedka stojí len na výpovedi poškodenej, pretože v tom čase už nie je možné pre potreby dokazovania zabezpečiť väčšinu vecných stôp a hmotných dôkazov, obvykle vyplývajúcich z možnosti realizácie neodkladných a neopakovateľných úkonov priamo po spáchaní skutku (napr. stopy po násilnom sexuálnom styku, použití násillia páchateľom a obrane obeť, ktoré je možné nájsť pri prehliadke tela obeť a páchateľa, ďalej materiál biologického pôvodu, napr. ejakulát, krv, sliny, trichologický materiál, ktorý je získaný výtermi z pošvy a stermi z tela poškodenej, alebo materiál zaistený na rôznych predmetoch, napr. na posteľnej bielizni, ošatení páchateľa a poškodenej, ktoré mali v čase spáchania skutku na sebe)“ (Hullová 2016).

Vysoká miera latencie a oneskorené ohlásenia v značnej miere zapríčiňujú, že drvivá väčšina páchateľov zostáva neodhalená a nepotrestaná, s neobmedzenými možnosťami v násilnom konaní pokračovať. Vzhľadom na ďalekosiahle individuálne aj celospoločenské následky latencie, sa odborná a vedecká literatúra zaoberá aj **príčinami latencie**. Z výsledkov prieskumu Agentúry Európskej únie pre ľudské práva vyplýva, že **najčastejšie dôvody**, pre ktoré obeť

Trenčianskom, Nitrianskom), Žilinskom a Bratislavskom kraji. **Z dlhodobého hľadiska** sa javí ako **najrizikovejší, Banskobystrický kraj** a najmenej rizikový Bratislavský kraj, a to napriek tomu, že je tam vyššia koncentrácia obyvateľstva, vyššia anonymita, väčšie možnosti večernej zábavy a pod. (Hullová 2016).

¹⁴ Podľa amerických štúdií je **miera ohlasovania sexuálnych útokov** polícii podobne nízka; napr. Wolitzky-Taylor et al. (2011) uvádza, že iba **15,8%** žien, ktoré sa stali obeťami sexuálneho útoku, prípad ohlásilo polícii. – Novozélandská autorka Jordan (2015, s. 96) v jednej z najnovších učebníc viktimológie uvádza, že polícii je ohlásených približne iba **10%** najzávažnejších sexuálnych útokov. Podobnú (**14-15,5%**) mieru ohlasovania závažných foriem sexuálnych útokov uvádza (odvolávajúc sa na výsledky výskumov z rôznych kútov sveta) aj Krahé (2016).

¹⁵ **Zdravotnícku pomoc** vyhľadalo 22% obetí partnerského sexuálneho útoku a 16% obetí nepartnerského sexuálneho útoku. **Sociálne služby** vyhľadalo 7% obetí partnerského sexuálneho útoku a iba 2% obetí nepartnerského sexuálneho útoku (FRA 2014 b, s.59).

¹⁶ Samozrejme, pri akýchkoľvek úvahách o miere výskytu sexuálnych útokov, je nutné pamätať na to, že **presný počet obetí nie je možné zistiť ani z policajných štatistík** – vzhľadom na vysokú mieru latencie týchto trestných činov, **ani z výskumných štúdií retrospektívneho charakteru** – nakoľko napr. oslovení respondenti môžu účasť na výskume odmietnuť, nemusia prípadnú skúsenosť so sexuálnym útokom subjektívne vnímať ako zločin, alebo dokonca nemusia byť schopní rozpamätať sa (Rychtárik 2010, s. 215-216). Hoci aj údaje z prieskumov / výskumov môžu podceňovať rozsah sexuálnych trestných činov, sú napriek tomu spoľahlivejšie než dáta z policajných štatistík. (Walby et al. 2012, s. 108).

nekontaktovali políciu ani po najväznejších incidentoch násilia zažitých po 15-roku veku, sú nasledovné (Tabuľka č.1):

	Sexuálny útok zo strany súčasného alebo bývalého partnera	Nepartnerský sexuálny útok
Vysporiadala som sa s tým sama	33 %	26 %
Pocit hanby, rozpaky	23 %	26 %
Nechcela som, aby sa o tom ktokoľvek dozvedel	21 %	18 %
Strach z páchatel'a alebo z odplaty	20 %	14 %
Nebolo to dostatočne vážne	17 %	16 %
Neverila som, že by niečo urobili	13 %	12 %
Neverila som, že by mohli niečo urobiť	12 %	9 %
Neverili by mi	9 %	14 %
Presvedčenie, že to bola moja chyba	6 %	13 %
Bola som príliš emočne rozrušená	5 %	7 %
Nechcela som, aby mal páchatel' opletačky s políciou alebo aby bol uväznený	5 %	2 %

Tabuľka 1: Najčastejšie dôvody nekontaktovania polície po najväznejších incidentoch sexuálnych útokov (Spracované podľa: FRA 2014 b, s. 64)¹⁷

Podobné dôvody neoznamovania sexuálnych útokov polícii uvádzajú aj iné zdroje. Okrem vyššie uvedených dôvodov sa spomína ešte: nepovažovanie sexuálneho útoku za trestný čin (Patterson et al. 2009); okolnosť, že v dobe útoku bola obeť pod vplyvom alkoholu; nemožnosť vymaniť sa zo zneužívania (napr. nelegálne obchodovanie, nútená prostitúcia); nedostatočná podpora; strach z obviňovania; strach zo zlého zaobchádzania a/alebo vylúčenia zo spoločnosti (COSAI 2013a, s. 7). Lievore (2003, s. 28) **rozlišuje medzi osobnými prekážkami** v oznamovaní sexuálnych trestných činov a **prekážkami na úrovni systému trestnej justície**, pričom do druhej kategórie (okrem už zmienených obáv, že polícia by nebola schopná alebo nemohla urobiť nič, alebo že by obeť neverila) zaraďuje ešte aj: strach, že by to polícia nebrala dostatočne vážne; strach z nepriateľského zaobchádzania zo strany polície alebo iných osôb v súdnom systéme; strach alebo odpor k polícii ako takej; strach z trestnoprávneho procesu; nedostatok dôkazov o tom, že sa incident stal; neznalosť ako ohlásiť incident.

Mnoho z vyššie uvedených dôvodov latencie súvisí s tým, že sexuálne útoky sú implicitne aj explicitne späté so zahanbením, stigmatizáciou a spochybnením obetí. Tieto reakcie sú živé **mýtni** (mylnými, stereotypnými a hanlivými presvedčeniami) **o sexuálnom útoku a jeho obetiach**, ktoré (ako vyplýva z množstva výskumov) stále pretrvávajú v radoch laickej aj odbornej verejnosti, príslušníkov orgánov presadzujúcich právo nevynímajúc (Temkin a Krahé 2008; COSAI 2013c, s. 34; COSAI 2013d, s. 7; Jordan 2015, s. 99; Očenášová et. al. 2015, s. 14, 72; Hullová 2016; Krahé 2016). Tieto predsudky zahŕňajú najmä:

- **reštriktívnu definíciu toho, čo sa chápe ako „skutočný sexuálny útok“** (útok zo strany cudzieho človeka niekde vonku, pričom útočník používa fyzickú silu alebo jej hrozbu a obeť sa aktívne bráni),
- **reštriktívne očakávania ohľadne toho, ako skutočná obeť bude na sexuálny útok reagovať** (napr. že ho okamžite ohlásí polícii; že bude viditeľne rozrušená a emocionálna),
- **mylné presvedčenia o zodpovednosti obetí** (napr. že obeť je za sexuálny útok nejakým spôsobom zodpovedná kvôli provokatívnemu správaniu, užitiu alkoholu alebo drog, sexi oblečeniu, zvädzaniu páchatel'a, alebo preto že mala v minulosti veľa sexuálnych partnerov);
- **mylné presvedčenia o vysokom výskyte krivých obvinení** (Temkin a Krahe 2008; COSAI 2013d, s. 7; Lewis-O'Connor et al. 2017, s. 24).^{18 19}

¹⁷ Respondentky mohli uviesť viac než jednu odpoveď, preto súčet jednotlivých položiek v stĺpcoch netvorí spolu 100%.

Takéto **predsudky ovplyvňujú** nielen to, ako obeť samotné vnímajú / definujú sexuálny útok, ale aj **každé štádium v trestnoprávnom procese** (Temkin a Krahe 2008). Mnoho obetí zločin neohlási zo strachu z tzv. *sekundárnej viktimizácie* trestnoprávnym systémom (a/alebo systémom zdravotníckej starostlivosti) (Brown a Sommers 2017, s. 275), a tieto ich obavy, žiaľ, nie sú neopodstatnené (Očenášová et. al. 2015, s.72).²⁰ Početné viktimologické výskumy odhalili, že systém trestnej justície môže spôsobovať ďalšie poškodenie obetí, obzvlášť v prípadoch sexuálnej viktimizácie. Obete sexuálnych útokov sa často cítia retraumatizované pri ohlasovaní zločinu, pri tom ako podstupujú invazívne medicínske vyšetrenie, pri intenzívnom vypočúvaní, a – ak sa ich prípad vôbec dostane pred súd – zistia, že sú opäť vystavené kritike a že ich dôveryhodnosť je spochybňovaná. Boli sexuálne viktimizované a sú ďalej zahanbované, spochybňované a zneužívané systémom, ktorý ich prípad „rieši“. Táto prolongovaná skúsenosť ubližovania bola charakterizovaná ako „druhý útok“ (*second assault*), „druhé znásilnenie“ (*second rape*) alebo „**sekundárna viktimizácia**“ (Condry 2010, s. 238-239; Jordan 2015, s. 84).

Sexuálne útoky patria medzi trestné činy s najvyššou mierou latencie a zároveň najvyššou mierou odmietnutých alebo zastavených trestných konaní (*attrition rates*) (Jordan 2015, s. 101; Krahé 2016, s. 675). Policajné odmietnutie oznámení sexuálneho útoku je často označované ako „ne-kriminalizácia“ („*no-criming*“) a početné štúdie z rôznych kútov sveta svedčia o nadmerných a nevhodných ne-kriminalizujúcich praktikách polície. K najväčšiemu úbytku prípadov (*attrition rates*) dochádza v štádiu policajného vyšetovania, pričom podania sú stiahnuté buď obeťami, alebo zastavené políciou (Condry 2010, s. 240-241; Daly a Bouhours 2010; Jordan 2015, s. 84).²¹ Napokon, obeť sexuálnych útokov môže od ohlásenia prípadu odrádzať aj to, že šance na usvedčenie páchateľa sú minimálne (Condry 2010, s. 240); do tohto štádia (*conviction*) dospeje iba 5-15% spomedzi všetkých ohlásených prípadov (Jordan 2015, s. 96).

Cielené opatrenia na elimináciu sekundárnej viktimizácie, vybudovanie špecializovaných služieb pre obeť sexuálnych útokov, vrátane podmienok pre diskrétnu a citlivú forenznú a zdravotnícku vyšetrenie obetí, môžu prispieť k zníženiu latencie týchto trestných činov a k lepšej vymožitelnosti práva. Akékoľvek povzbudzovanie obetí k tomu, aby prípady sexuálnych útokov ohlásili, musí byť spojené s vyškolením profesionálov, aby sa zabezpečilo, že prijímatelia oznámení sú pripravení reagovať podporným a pre obeť nápomocným spôsobom (Dworkin a Schumacher 2016, s. 12).

1.2 Následky sexuálnej viktimizácie a potreby obetí

Traumatická udalosť vo všeobecnosti predstavuje extrémny stres, ktorý presahuje bežnú ľudskú skúsenosť, a tým aj osobnú schopnosť človeka zvládnuť situáciu (Vágnerová 2004).

¹⁸ Základné informácie o mýtoch a faktoch o sexuálnej viktimizácii možno nájsť na webovej stránke <http://www.zastavmenasilie.gov.sk/fakty-a-myty-o-sexualnom-nasili#entry:1752>.

¹⁹ Štúdia holandských vedcov De Zutter et al. (2017) zistila výskyt krivých obvinení zo závažných sexuálnych útokov v USA na úrovni 5%. K rovnakému údaju o výskyte krivých obvinení dospeli aj austrálski výskumníci v ich metaanalýze viacerých štúdií, ktoré sa zaoberali touto problematikou (Ferguson a Malouff 2016).

²⁰ Z výpovedí respondentiek v prieskume Agentúry Európskej únie pre ľudské práva vyplýva, že v rámci EÚ spomedzi obetí sexuálneho útoku zo strany súčasného alebo bývalého partnera, ktoré ohlásili incidenty polícii, iba **49%** z nich bolo **spokojných s pomocou**, ktorej sa im dostalo. Spomedzi obetí nepartnerského sexuálneho útoku, ktoré prípady ohlásili polícii, bolo **s prístupom polície spokojných iba 58%**. – So zdravotníckou pomocou v nemocničnom prostredí bolo spokojných 84% obetí partnerského sexuálneho útoku ale len 65% obetí nepartnerského sexuálneho útoku. S pomocou lekára alebo iného zdravotníckeho zariadenia bolo spokojných 77% obetí partnerského sexuálneho útoku a 81% obetí nepartnerského sexuálneho útoku (FRA 2014 b, s. 65).

²¹ Zahraničné výskumy odhalili, že **polícia často pristupuje k obetiam s nedôverou a obviňovaním**. Takéto reakcie majú negatívne dôsledky nielen pre obeť, ale aj pre systém trestnej justície. Obviňujúce poznámky a skeptické reakcie zo strany polície vyvolávajú v obetiach stres, utrpenie a zmätok a môžu tiež blokovať ich výpoveď. **Skreslené predstavy o skutočnom zločine a dôveryhodnej obeť** sa môžu premietiť jednak do spôsobu vedenia výsluchu a jednak do ďalšieho procesu a záverov vyšetovania. Ukazuje sa, že obeť sexuálneho útoku sa s väčšou pravdepodobnosťou stretnú s neprimeraným spôsobom zaobchádzania na polícii, keď je páchateľom niekto, koho obeť pozná (Venema 2014; Greeson et al. 2016; Shaw et al. 2016).

Psychotrauma prekračuje bežné kognitívne a emocionálne vzťahové rámce. Mnohým ľuďom sa javí ako niečo neuchopiteľné, nepochopiteľné, ako niečo, čo nemožno prekonať, zvládnuť. Základné predpoklady, ktoré jedinec považoval za neotrasiteľné, sú odrazu ohrozené, alebo stratia zmysel. Trauma prekračuje hranice normality, leží mimo (Horowitz 1979). Aj preto sa v psychotraumatológii zdôrazňuje, že reakcie traumatizovaného človeka, sú normálnou reakciou na nenormálnu situáciu.

Viktimologická literatúra poukazuje na skutočnosť, že rôzne traumy sú spojené s rôznou pravdepodobnosťou negatívnych vplyvov na obeť. Štatistické výskumy a klinické štúdie poukazujú na to, že **určité atribúty situácie majú všeobecne (objektívne) väčší traumatizujúci potenciál**. Podľa Čirtkovej (2014, s. 78) k takýmto atribútom patrí:

- *konfrontácia s grotesknými a zvlášť krutými momentmi,*
- *úmyselné násilie spôsobené druhým človekom,*
- *úmyselné násilie spôsobené blízkou osobou či známym páchatelom,*
- *nekontrolovateľnosť alebo nepredvídateľnosť z pohľadu obeť.*

Sexuálna viktimizácia sa radí medzi najvážnejšie traumatické udalosti, nielen preto, že môže spĺňať viaceré z vyššie uvedených atribútov, ale aj preto, že útok smeruje do oblasti najväčšej intimity, ktorá znásobuje zraniteľnosť jedinca.

Sexuálna viktimizácia môže zanechať telesné zranenia a spôsobiť rôzne zdravotné problémy, vyžadujúce krátkodobú alebo dlhodobejšiu liečbu. Výskyt fyzických zranení, v poradí od najčastejšie po najmenej sa vyskytujúce, približuje Tabuľka č. 2 (FRA 2014 b, s. 55-58):

Typ zranenia	Sexuálny útok zo strany partnera	Nepartnerský sexuálny útok
modriny, škrabance	42	35
rany, výrony, popáleniny	14	7
zlomeniny, zlomené kosti, zlomené zuby	7	1
vnútorné zranenia	5	5
potrat	5	2
otras mozgu alebo iné poranenie mozgu	4	2
iné	5	5

Tabuľka 2: Fyzické zranenia plynúce z najvážnejších incidentov sexuálneho útoku od dovŕšenia 15 rokov (%) (Zdroj: FRA 2014 b)

V zriedkavých prípadoch môžu byť fyzické zranenia vážne, niekedy dokonca život ohrozujúce, ale väčšina fyzických zranení sa zahojí v priebehu niekoľkých dní. Obete sexuálneho útoku môžu trpieť aj inými telesnými následkami, vrátane gynekologických komplikácií (napr. chronická bolesť v oblasti panvy; vaginálne krvácanie; infekcie močových ciest); pohlavne prenosných ochorení, HIV/AIDS a nechceného tehotenstva. Obavy z pohlavne prenosných ochorení a tehotenstva patria medzi najčastejšie dôvody, pre ktoré obeť po sexuálnom útoku vyhľadajú zdravotnícku pomoc (COSAI 2012, s. 15-16; Burgess a Carretta 2017, s. 8-9). U obetí sa môžu objaviť tiež zmeny záujmu o sex; zmeny apetítu, či zvýšené užívanie alkoholu alebo drog (Fanflik 2007, s. 4), bolesti pri pohlavnom styku, gastrointestinálne symptómy, a celý rad ďalších somatických ťažkostí, ktoré vysvetľujú, prečo obeť sexuálnych útokov hodnotia svojho kvalitu života v oblasti zdravia negatívnejšie a prečo sú častejšími užívateľmi zdravotnej starostlivosti než jedinci, ktorí sexuálnu viktimizáciu nezažili (Burgess a Carretta 2017, s. 8).

Výsledky prieskumu FRA (2014 b, s. 55-58) poukazujú aj na rôznorodú paletu potenciálnych emočných reakcií na sexuálny útok, medzi ktorými z hľadiska frekvencie výskytu dominujú pocity strachu, hnevu a hanby (Tabuľka č. 3):

Typ emočnej reakcie	Sexuálny útok zo strany partnera	Nepartnerský sexuálny útok
strach	64	62
hnev	58	56

hanba	47	49
šok	37	50
podráždenosť	37	30
trápny pocit	34	37
pocit viny	32	32
agresivita	26	23
Iné	9	9

Tabuľka 3: Emočné reakcie na najväčší incident sexuálneho útoku od 15-roku veku (%) (Zdroj: FRA 2014 b)

Do kategórie iné možno zaradiť napr. výkyvy nálady (napr. plač, potom smiech), pocity bezmocnosti či straty kontroly, dezorientáciu, mimimalizáciu, popieranie (Fanflik 2007, s. 4). V súvislosti s emočnými reakciami na sexuálny útok treba zdôrazniť, že **mnoho obetí nevykazuje viditeľné znaky emočného rozrušenia**. V rozpore s laickým očakávaním sa u nich môže objaviť akési emočné ochromenie či sploštenosť emócií (*numbing*) (Temkin a Krahé 2008, s. 33; Fanflik 2007, s. 4) alebo *disociácia*²², ktorá je podvedomým mechanizmom obrany pred psychickou bolesťou, ktorá sa javí byť neznesiteľná.

Pokiaľ ide o výskyt dlhodobých psychických následkov, výsledky prieskumu FRA (2014 b, s. 55-58) potvrdzujú, že sexuálny útok zo strany súčasného alebo bývalého partnera vedie častejšie k dlhodobým psychickým problémom (Tabuľka č. 4):

Typ psychického následku	Sexuálny útok zo strany partnera	Nepartnerský sexuálny útok
strata sebavedomia	50	40
pocit zraniteľnosti	48	47
úzkosť	45	37
poruchy spánku	41	29
ťažkosti vo vzťahoch	43	31
depresia	35	23
záchvaty paniky	21	19
poruchy koncentrácie	21	16
iné	5	4

Tabuľka 4: Dlhodobé psychické následky najväčších incidentov sexuálneho útoku od dovŕšenia 15 rokov (%) (Zdroj: FRA 2014 b)

U značnej časti obetí sexuálnych útokov (približne 30-50%) sa môže vyvinúť **posttraumatická stresová porucha** (PTSD) (Sidran Institute 2016; Creamer et al. 2001; Kilpatrick 2000). Charakterizuje ju striedanie sa období intruzívneho (t. j. vtieravého) pripomínania sa traumy s obdobiami popierania alebo znecitlivenia,²³ ktoré vážne narúšajú kvalitu života a prehlbujú

²² „Termínom **disociácia** sa označuje 'rozvázovanie' či oddeľovanie pôvodne spojitým prebiehajúcich psychických procesov. Výsledkom je stav, kedy duševné pochody ako vnímanie, myslenie, cítenie koexistujú, bez toho, aby došlo k ich prepojeniu, alebo stav, kedy sa určité obsahy mysle vydedia z vedomého prežívania“ (Čirtková 2014, s. 80). – Disociácia sa môže objaviť už počas samotného útoku. Obeť sa nedokáže aktívne brániť, je ochromená, akoby zamrznutá. Táto reakcia sa metaforicky označuje ako „**mŕtvy chrobák**“ (a spolu s reakciou typu „boj alebo útek“) patrí medzi automatické obranné reakcie organizmu v situácii nebezpečenstva. Ide o inštinktívne reakcie – teda reakcie, ktoré sú mimo vôľovej kontroly jedinca a nevypovedajú nič o jeho osobnostných alebo morálnych kvalitách (Karkošková 2014, s. 30).

²³ V **intruzívnej fáze** sa môžu vyskytnúť vtieravé a opakujúce sa myšlienky, neočakávané predstavy, desivé sny a návaly nechcených pocitov, ktoré sa nejakým spôsobom vzťahujú k traume. Obeť je v stave predráždenia – ľahko sa ľaká, rozčúli, niekedy vybuchne do agresie. Je neustále pod psychickým tlakom – zdroje stresu sú zdanlivo všade. A to napriek tomu, že je nadmerne ostražitá a usilovne sa snaží vyhýbať spúšťačom. Podnety sú nadmerne zovšeobecňované, akoby sa všetky týkali traumy. Témy, ktoré súvisia s traumou, pohlcujú sústredenosť a obeť nie je schopná sústrediť sa na iné témy. Je zmätená, má pocit, že svoj vnútorný svet nemá pod kontrolou a niekedy strávi celé dni snahou zvládnuť svoje bolestivé emócie alebo aspoň prežiť. **Fáza popretia** zahŕňa emocionálne znecitlivenie a nadmerné kognitívne potláčanie. Obeť je akoby omámená, v niektorých veciach nepozorná. Nie je schopná zhodnotiť dôležitosť súčasných podnetov, ktoré sa nejakým spôsobom týkajú traumy (popiera ich význam). Na traumy akoby čiastočne či celkom zabudla (neuveďomuje si myšlienky a pocity súvisiace s traumou), rozsah jej myšlienok je zúžený, vynecháva témy, ktoré by mala zvážiť kvôli následkom traumy. Je otupená, stráca realistický pocit patričného spojenia so súčasným svetom. Rytmus striedania sa období tohto cyklu môže byť rýchly alebo aj pomalý. Niekedy sa obeť ocitne aj v akomsi „mihotavom stave“, v ktorom zažíva popretie i intrúzie zároveň. Nepochopenie mechanizmu PTSD môže viesť blízkyh ľudí

depresiu. Podľa výskumov 23-44% obetí má **samovražedné predstavy** a 2-19% sa môže pokúsiť o samovraždu (Campbell, Dworkin a Cabral 2009).

V súvislosti s profesionálnou pomocou obetiam sexuálnej viktimizácie, vystupujú do popredia tri **hlavné potreby starostlivosti** (COSAI 2012, s. 17):

- **Forenzná starostivosť** – zahŕňa citlivý a dôkladný zber a dokumentovanie forenzných dôkazov v čo najskoršom čase po útoku;
- **Medicínska/zdravotnícka starostivosť** – zahŕňa čo najvčasnejšie ošetrovanie prípadných zranení, testovanie a profylaxiu v súvislosti s pohlavne prenosnými ochoreniami a tehotenstvom, následné kontrolné testovanie a/alebo liečbu;²⁴
- **Psychosociálna starostivosť** – zahŕňa najmä poskytovanie psychosociálnej podpory a poradenstva, krízovej intervencie, prípadne dlhodobejšej psychoterapie.

Aby sa podporila kontinuita starostlivosti o obe sexuálnych útokov, v niektorých krajinách tieto hlavné potreby harmonicky saturujú špeciálne vyškolené sestry (tzv. SANE). Ovládajú nielen forenzné a zdravotnícke aspekty starostlivosti, ale aj oblasť krízovej intervencie, teda vedia ako primerane reagovať na emočné potreby obetí a poskytovať odporúčania na ďalšie služby (COSAI 2012, s. 17). Početné výskumy (sumarizované v subkapitole 1.4) preukázali, že práca SANE sestier je klientkami pozitívne hodnotená a zároveň významne prispieva k efektívnosti potenciálnych trestnoprávných riešení prípadov sexuálnych útokov. Z týchto dôvodov sa značná časť tejto publikácie bude zameriavať na princípy a postupy, uplatňované pri forenznom a zdravotníckom ošetrovaní obetí sexuálnych útokov.

Pre obe, ktoré sa rozhodnú podať trestné oznámenie, sa osobitne dôležitým faktorom v procese zotavovania sa z traumy stáva **potreba tzv. procesnej spravodlivosti** (*procedural justice*). Hoci je dôležitý aj výsledok trestnoprávneho procesu (teda či sa podarí usvedčiť a odsúdiť páchateľa), pre psychickú pohodu obetí je kľúčové to, či majú **pocit, že sa s nimi zaobchádza slušne, spravodlivo a s rešpektom** (Pettitt et al. 2016, s. 238).

V závere subkapitoly, ktorá stručne zhrnula možné následky sexuálnych útokov na kvalitu života obetí, treba ešte zdôrazniť, že **to, ako sa obeť vyrovnáva s takouto traumou**, a ako sa jej psychické prežívanie prejaví navonok, **je ovplyvnené viacerými faktormi**, ako sú: povaha sexuálneho útoku; vzťah k páchateľovi; psychické fungovanie pred sexuálnym útokom; spôsob, akým si obeť subjektívne vysvetľuje (konceptualizuje) sexuálny útok; reakcie rodiny a priateľov; reakcie spoločnosti (Fanflik 2007, s. 7; Campbell, Dworkin a Cabral 2009). Avšak výsledky výskumov ukazujú, že na vývin dlhodobých následkov sexuálnej traumy, najmä PTSD, má osobitný vplyv **povaha interpersonálnej pomoci a podpory**, tak laickej ako aj profesionálnej. **Kvalita poskytovaných služieb** a to, ako obeť vníma interakcie s pomáhajúcimi profesionálmi, **súvisí s rozvojom alebo zmierňovaním PTSD**. Pokiaľ obeť zakúšajú rôzne formy sekundárnej viktimizácie, riziko PTSD sa zvyšuje (Dworkin a Schumacher 2016).

Existujú **dva hlavné faktory, ktoré redukovú riziko sekundárnej viktimizácie** obetí zo strany profesionálov, poskytovateľov služieb (Campbell a Ahrens 1998; COSAI 2012, s. 28):

- 1) **výcvik a špecializácia profesionálov v problematike sexuálnej viktimizácie** – ktoré okrem iného eliminujú ich mylné presvedčenia o sexuálnych útokoch a zvyšujú ich uvedomovanie si, v akom emočnom distrese sa obeť sexuálnych útokov nachádzajú,²⁵

k negatívnemu hodnoteniu traumatizovanej osoby alebo k nereálnym očakávaniam vo vzťahu k nej (Karkošková 2014, s. 74).

²⁴ Relevantná môže byť aj urgentná psychiatrická starostivosť, ak je indikovaná; v zmysle rozdielu medzi urgentným úkonom a neskoršou psychologickou intervenciou.

²⁵ V tejto súvislosti je dôležité klásť osobitný dôraz hlavne na profesionalizáciu policajných vyšetrovateliek a vyšetrovateľov a kriminalistických technikov.

- 2) **integrovaný model služieb** – teda že obeť sexuálneho útoku získa všetky potrebné služby „pod jednou strechou“, nemusí opakovane vysvetľovať rôznym profesionálom, čo zažila a presúvať sa v značnej psychickej nepohode na rôzne miesta.

V nasledujúcej subkapitole preto zameriame pozornosť práve na potrebu vzdelávania odborníkov v problematike sexuálnej viktimizácie a na potrebu zavedenia špecializovaných, integrovaných alebo koordinovaných služieb pre obeť sexuálnych útokov.

1.3 Potreba odborníkov zorientovaných v problematike sexuálnej viktimizácie a vyladenej multidisciplinárnej spolupráce

Svetová zdravotnícka organizácia už v roku 2003 v manuále pre forenznú a zdravotnícku starostlivosť o obeť sexuálnych útokov uvádzala, že **zdravotnícki pracovníci** by mali absolvovať **špecializovaný výcvik** pre poskytovanie služieb obetiam sexuálnych útokov; pričom okrem úvodného špecializovaného výcviku (v minimálnom rozsahu 40 hodín teórie a 40 hodín klinickej praxe), by mali mať vytvorené podmienky aj pre **kontinuálne vzdelávanie a supervíziu** (WHO 2003, s. 17-19, 142). Potrebu špecializovaného výcviku, udržiavania orientácie v aktuálnych vedeckých poznatkoch, klinických skúsenosti a supervízie zdôrazňuje aj súčasná vedecká a odborná literatúra, pričom upozorňuje na to, že nedostatky v tomto ohľade negatívne ovplyvňujú nielen kvalitu forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia obetí sexuálneho útoku, ale aj následnú interpretáciu nálezov a napokon aj validitu a reliabilitu znaleckých posudkov, resp. svedectva znalca pred súdom (Payne-James et al. 2016, s. 266-267; Yek-Quen Mok 2016, s. 292; Pillai a Price 2016, s. 296-299; Adams et al. 2012).

V mnohých krajinách je dnes už štandardom, že **forenzné a zdravotnícke vyšetrenie** obetí sexuálneho útoku realizujú **špeciálne vyškolení odborníci alebo odborníčky**, najčastejšie z radov lekárov alebo sestier. V angličtine sa pre týchto špecialistov používajú označenia „*Sexual Assault Forensic Examiner*“ (SAFE) alebo „*Sexual Assault Examiner*“ (SAE).²⁶ **Najdlhšiu tradíciu** v špecializácii na výkon takejto roly majú **sestry**, ktoré sú známe pod označením „*Sexual Assault Nurse Examiner*“ (**SANE**).

Pôvodne bolo forenzné vyšetrenie obetí sexuálnych útokov doménou lekárov, pričom tieto vyšetrenia prebiehali zvyčajne v nemocniciach na oddeleniach urgentného príjmu (*emergency department*). Obete takéto vyšetrenie často prežívali ako sekundárnu viktimizáciu, známu aj pod označením druhé znásilnenie (*second rape*), pretože zdravotníci bez špecializovaného vzdelania:

- často kládli obetiam spochybňujúce a obviňujúce otázky,
- nechápali, že absencia telesných zranení neznamená, že obeť neutrpela hlboké psychické zranenie,
- si počínali nešikovne pri zbere dôkazov,
- neraz reagovali mrzuto voči potrebe komplexného, hodiny trvajúceho vyšetrenia a detailnej dokumentácie (Campbell et al. 2005; Lewis-O'Connor et al. 2017, s. 26-27).

S rozvinutím poznatkov o tom, aký dopad má zdravotnícke vyšetrenie na obeť sexuálneho útoku, sa roly lekárov a sestier vymenili. V 70-tych rokoch minulého storočia sa v USA sestry začali zaškoľovať v tom, ako odoberať forenzné dôkazy, aby ony, radšej než lekári, poskytovali zdravotnú starostlivosť obetiam sexuálnych útokov. V súlade so základnými princípmi ošetrovateľskej starostlivosti chceli sestry poskytovať zdravotnú starostlivosť pri súčasnom napĺňaní emocionálnych potrieb obetí sexuálnych útokov. Hlavnými príčinami vzniku SANE špecializácie boli teda (1) obavy ohľadne kvality starostlivosti, akej sa obetiam dostávalo v nemocniciach, (2) záujem predchádzať sekundárnej viktimizácii, (3) snaha poskytovať

²⁶ Skutočnosť, že pojem *forensic examiner* neznamená automaticky lekárku/lekára, je značne dôležitá aj pre budúcu slovenskú legislatívu – lekárka/lekár totiž pri forenznom a zdravotníckom vyšetrení obligátne byť nemusí (môže ak je k niečomu potrebná/potrebný, ak nie tak nevyhnutne nemusí).

komplexnejšiu starostlivosť a (4) nádej, že ak bude zberu forenzných dôkazov (s najmodernejšími technikami) venovaná zvýšená pozornosť, zvýši sa aj efektivita trestného stíhania sexuálnych zločinov (Campbell et al. 2005).

Minimálny rozsah a obsah špecializovaného vzdelávania sestier je stanovený v usmerneniach vydaných *Medzinárodnou asociáciou forenzných sestier*²⁷ - IAFN (*International Association of Forensic Nurses*²⁸). (Rozsahu a obsahu prípravy SANE sestier sa bližšie venuje subkapitola 2.2.)

Forenzné ošetrovateľstvo zatiaľ nie je v podmienkach SR etablované, začína však byť predmetom odborného a vedeckého diskurzu aj u nás (Grešš Halász a Tkáčová 2016 a, b; Karkošková 2016). Navyše, **požiadavka zaradenia SANE medzi špecializačné odbory vo vzdelávaní sestier**, je implicitne zahrnutá aj v odporúčaniach na zmeny verejnej politiky, uvedených v štúdií, ktorá poukázala na neexistujúce špecializované služby pre obeť sexuálnych útokov v SR (Očenášová et. al. 2015, s.80).

Pre zvýšenie efektivity policajného vyšetřovania prípadov sexuálnych útokov je taktiež žiadúca špecializácia na vyšetřovanie tohto druhu kriminality. V tomto ohľade bol v Anglicku už v roku 1984 vytvorený **špecializovaný výcvik policajných vyšetřovateľov a vyšetřovateľiek**. Pôvodne výcvik trval 5 dní, no v priebehu rokov bol rozvíjaný, a od roku 2008 je rozšírený na 20 dní. Absolventi výcviku (pre ktorých sa v angličtine používa termín *sexual offences investigative techniques trained officers*, alebo *Sexual Offences – Specially Trained Officer*) majú dôkladné vedomosti o tom, aký dopad má trauma na obeť a na ich blízky; reflektujú potreby obetí; ovládajú postupy citlivého vedenia výsluchu obetí sexuálneho útoku; koordinujú postupy s ďalšími subjektami poskytujúcimi starostlivosť o obeť; a uvedomujú si, že na obeť zameraný étos musí byť jadrom každého vyšetřovania, aby sa predišlo ich sekundárnej viktimizácii a strate záujmu o spoluprácu na vyšetřovaní (Horvath a Yexley 2012, s. 116-117).

Špecializovaný výcvik v problematike sexuálnej viktimizácie má svoje opodstatnenie aj vo vzťahu k profesii prokurátorov. Napr. v Anglicku bol takýto špecializovaný výcvik **prokurátorov a prokurátoriek** (*specialist rape prosecutors*) zavedený na základe akčného plánu zameraného na problematiku znásilnení publikovaného v roku 2002 (COSAI 2012, s. 18). Súčasťou výcviku je aj vzdelávanie o mýtoch a stereotypoch týkajúcich sa sexuálnych útokov, spolu s návodmi ako ich eliminovať pri vlastných rozhodnutiach a ako ich konfrontovať ak preniknú do súdneho konania (napr. v rámci snahy obhajoby podkopať dôveryhodnosť obetí či dezinterpretovať dôkazy) (The Crown Prosecution Service 2012; Jones 2012, s. 196; Burrowes 2013).

V polovici 90-tych rokov minulého storočia vznikol v USA v rámci projektu *“National Judicial Education Program to Promote Equality for Women and Men in the Courts”* 2-dňový **vzdelávací program** zameraný na problematiku sexuálnej viktimizácie, ktorý je **určený pre sudcov a sudkyne**. Seminár, ktorého obsah bol medzičasom aktualizovaný, sprostredkúva sudcom a sudkyňiam súčasné vedecké poznatky o tom, ako rôzne obeť reagujú v priebehu a po sexuálnom útoku, o neurobiológii traumy, o páchateloch sexuálnych útokov, o liečbe páchatelov

²⁷ **Forenzné ošetrovateľstvo** je zvyčajne definované ako aplikácia forenzných aspektov zdravotníckej starostlivosti v kombinácii s bio-psycho-socio-spirituálnou edukáciou registrovanej sestry vo vedeckom vyšetřovaní a liečbe obetí a páchatelov interpersonálneho násillia, trestnej činnosti a traumatických udalostí. Forenzné sestry možno nájsť všade tam kde sa zdravotná starostlivosť a právny systém prelínajú (Markowitz 2007, s.3).

²⁸ **International Association of Forensic Nurses** (IAFN), založená v roku 1992 v USA, je medzinárodnou organizáciou zameranou na presadzovanie a rozvoj forenzného ošetrovateľstva (*forensic nursing*) po celom svete. Sídli v Elkridge, v štáte Maryland (USA) ale podporuje kolegyné z rôznych kútov sveta, usilujúce sa zaviesť forenzné ošetrovateľstvo vo svojich krajinách. IAFN má v súčasnosti viac než 3000 členov, z toho 184 členov z krajín mimo USA, vrátane Kanady, Anglicka, Holandska, Nemecka, Švédska, Japonska, Singapuru, Austrálie, Nového Zélandu, Izraela, Kene, Libanonu, či Juhoafrickej republiky. –IAFN vydáva *The Journal of Forensic Nursing* – priekopnícky časopis, ponúkajúci empirické štúdie, recenzie, teoretické články, metodické a koncepčné dokumenty, a prípadové štúdie, ktoré sa zameriavajú predovšetkým na poskytovanie starostlivosti pre obeť a páchatelov násillia, traumy a zneužívania. – Okrem toho IAFN ponúka certifikované vzdelávanie, kontinuálne vzdelávanie prostredníctvom online vzdelávacieho centra, edukačné manuály, sieťovanie v rámci členskej základne, a tiež medzinárodné konferencie o vede a praxi v oblasti forenzného ošetrovateľstva (<http://www.forensicnurses.org/>).

a trestoch, o stereotypoch a mýtoch o sexuálnej viktimizácii a o implikáciách týchto poznatkov na zodpovednosť sudcov a sudkýň v procesoch týkajúcich sa sexuálnych trestných činov. V roku 2005 bola vytvorená aj DVD verzia tohto vzdelávacieho programu a neskôr, reagujúc na potrebu dištančného vzdelávania, bola vytvorená aj online verzia zameraná na partnerské sexuálne útoky a na ďalšie špecifické témy týkajúce sa trestnoprávneho riešenie prípadov sexuálnych útokov (Schafran a Weinberger 2012, s. 215; Schafran et al. 1994, 2005; Legal Momentum 2017). V rámci rovnakého projektu v roku 2010 vznikla (a medzičasom bola viackrát aktualizovaná) publikácia s názvom „*Judges Tell: What I Wish I Had Known BEFORE I Presided in an Adult Victim Sexual Assault Case*” (Sudcovia vravia: Čo by som si bol/a býval/a prial/a vedieť PREDTÝM, než som predsedal/a v prípade sexuálneho útoku na dospelú obeť) (NJEP 2010). Publikáciu vyvinul Národný edukačný program pre sudcov v spolupráci so sudcami, ktorí majú skúsenosti s prípadmi sexuálnych útokov. Predstavuje kompendium 25 bodov a komentáre na kľúčové problémy, spojené s takýmito prípadmi. V Kanade, na základe verejného pobúrenia nad mnohými súdnymi rozhodnutiami v prípadoch sexuálnych útokov, ktoré sa nejakým spôsobom opierali o mýty o sexe a ženách, sa zas v nedávnej dobe objavila požiadavka, aby vzdelávanie o problematike sexuálnych útokov bolo pre nových sudcov a sudkyne povinné (Crawford 2017).

V trestnoprávných konaniach, najmä v dôkazne nejednoznačných situáciách, sú k prípadom sexuálnych útokov často prizývaní aj **znalci a znalkyne z odboru psychológie**, aby sa vyjadrili k vierohodnosti obete a k následkom traumy. Odpoveďami znalcov je zväčša prikladaný značný význam, a to bez toho, aby sa vopred posúdilo, či je znalec dostatočne zorientovaný v problematike sexuálnej viktimizácie, aby sa predišlo dezinterpretáciám výsledkov znaleckého vyšetrenia. Čírtková (2016) napr. poukazuje na to, že v mnohých prípadoch, zvlášť zraniteľné obete zločinov, vrátane obetí sexuálnych útokov, dopadnú pri vyšetrovaní všeobecnej vierohodnosti zle. Všeobecná vierohodnosť vznikla vo forenznej psychológii pre obyčajných svedkov, nie svedkov v pozícii poškodených. Obete sú vyšetrované v dobe po zločine, ale štandardnými postupmi (psychodiagnostickými testami), takže čím viac ich zločin psychicky zasiahol, tým horší podajú výkon. Výsledky napr. osobnostných testov môžu byť ľahko dezinterpretované a použité na znevierohodnenie obetí. Pri posudzovaní následkov viktimizácie sa zas často opomína, že následky zločinu na obeť sú individuálne. Obeť sexuálneho útoku môže trpieť posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), môže mať celý rad iných psychopatologických následkov, môže mať tiež iba krátkodobé následky, ktoré v dobe znaleckého vyšetrenia už nemusí znalec zaregistrovať, pretože obeť je v tej dobe asymptomatická, čo ale vôbec neznamená, že neskôr nemusia následky zas prepuknúť. Nezistenie psychických následkov traumy (najmä PTSD) avšak nie je dôkazom toho, že obeť nebola viktimizovaná. Nakoľko znalci môžu byť tiež nositeľmi rôznych mýtov a predsudkov a môžu mať nedostatok znalostí, ktoré sú pre psychologické vyšetrovanie obetí sexuálnych útokov kľúčové, Čírtková (2016) apeluje na **potrebu špecializovaného školenia** znalcov a znalkýň v tejto oblasti.²⁹

Vzdelávanie o špecifikách traumy plynúcej zo sexuálnej viktimizácie je v podmienkach SR **potrebné aj pre psychoterapeutov a psychoterapeutky**. Z výskumu, ktorý realizovala Očenášová et. al. (2015, s. 3, 67-68) totiž vyplynulo, že v SR je nedostatok psychoterapeutov a psychoterapeutiek, ktoré by dokázali a mali aj ochotu s takto traumatizovanými klientmi pracovať. Neochota môže byť v takýchto prípadoch sýtená nielen nepríjemnosťou témy sexuálnej viktimizácie, ale aj / alebo predovšetkým bezradnosťou v tom, ako obetiam pomôcť. V súčasnej dobe pritom už existujú účinné psychoterapeutické metódy na liečbu traumy, počet absolventov výcviku v psychotraumatológii však ešte nie je uspokojivý, resp. nepokrývajú rovnomerne celé územie SR (pozri <http://www.emdr.sk/terapeuti-terapeuti.php>). Okrem účinných terapeutických metód je však potrebná aj dostatočná orientácia v problematike sexuálnej viktimizácie, vrátane eliminácie mýtov a predsudkov, voči ktorým nie sú imúnni ani príslušníci psychoterapeutickej profesie.

²⁹ V tejto súvislosti MUDr. Norbent Moravanský, PhD. poznamenáva, že potreba špecializovaného školenia znalcov a znalkýň v problematike sexuálnej viktimizácie je relevantná aj pre iné znalecké odbory a odvetvia.

Vytvorenie – v SR zatiaľ absentujúcich (Očenášová et. al. 2015) – špecializovaných služieb pre obeť sexuálnych útokov si vyžaduje, aby v problematike sexuálnej viktimizácie boli cielene vyškolení aj **odborníci a odborníčky**, ktoré budú poskytovať **psychosociálne poradenstvo, krízovú intervenciu a právnu pomoc**.

Špecifickosť a komplexnosť problému sexuálnej viktimizácie si vyžaduje nielen špeciálne vyškolených profesionálov a profesionálky ale aj vyladenú multisektorovú spoluprácu jednotlivých zainteresovaných inštitúcií. Špecializované služby pre obeť sexuálnych útokov sa rozlišujú na koordinované a integrované modely.

Pri **koordinovanom modeli služieb** sa na poskytovaní služieb podieľa **samostatne viaceré inštitúcií**, napríklad zdravotnícke zariadenie, mimovládna organizácia, právny servis, polícia, avšak **ich aktivity sú koordinované prostredníctvom koordinačných pracovných skupín** (známych pod označením SART - *Sexual Assault Response Team*) a/alebo spoločných tréningov. Cieľmi koordinácie je stanoviť si jednotnú definíciu sexuálneho útoku a princípov, podľa ktorých sú služby a intervencie poskytované, adresná reakcia na potreby obetí a zabránenie sekundárnej viktimizácie, monitoring dodržiavania štandardov a diskusia o prípadoch. Členky a členovia koordinačnej skupiny sa tiež podieľajú na vzdelávaní, prevencii, komunikácii s verejnosťou a vyhľadávaní prípadov v menšinových komunitách alebo v skupinách, ktoré služby nevyhľadávajú. Miera formalizácie takýchto koordinačných skupín je rôzna a tiež sa líši to, kto je hlavným koordinátorom. Často je v pozícii hlavnej koordinátorky SANE sestra, alebo mimovládna organizácia poskytujúca služby obetiam (Očenášová et. al. 2015, s. 29).

V prípade **integrovaných služieb** je podpora multisektorovej spolupráce zabudovaná priamo do poskytovania služieb a obeť sexuálneho útoku získa všetky potrebné služby „pod jednou strechou“, v jednom centre, kde jednotlivé služby na seba plynulo nadväzujú. Centrum by malo byť dostupné 24 hodín denne 7 dní v týždni a malo by poskytovať zdravotnícke ošetrovanie, forenzné vyšetrenie (odber dôkazného materiálu), krízovú intervenciu, psychologické a právne poradenstvo. Štandardom by tiež mala byť možnosť uschovať dôkazný forenzný materiál pre prípad, že si obeť rozmyslí ohlásenie trestného činu na políciu. Centrá by mali zároveň úzko spolupracovať s políciou; vytvárať podmienky na to, aby sa výsluch mohol realizovať priamo v centre; poskytovať obeti následnú podporu vrátane sprevádzania počas trestno-právneho procesu, ak si obeť zvolí túto cestu. Centrum by malo poskytovať aj následné služby, či už zdravotné alebo psychologické, prípadne doporučiť iných kvalitných poskytovateľov služieb (Očenášová et. al. 2015, s. 28-29). Príkladmi takýchto zariadení sú **centrá pre obeť sexuálnych útokov** (*Sexual Assault Referral Centre*) **pri nemocniciach** (bežné vo Veľkej Británii, či v škandinávskych krajinách).

Výhodou takýchto centier je nielen centralizácia pomoci, ale aj jednotné chápanie sexuálneho útoku a štandardov služieb jednotlivých zložiek, rozdelenie zodpovedností podľa špecializácie, ale zároveň úzka vzájomná spolupráca. Ich nevýhodou je finančná náročnosť a kvôli efektívnosti sú výhodné najmä vo väčších mestách, kde sa predpokladá vyšší výskyt sexuálneho násillia. V menších mestách a v rurálnych oblastiach je zase ideálny buď mobilný model integrovaného centra alebo SANE sestry, ktoré okrem zdravotných a prípadných forenzných aspektov poskytujú aj krízové poradenstvo a úzko spolupracujú s mimovládnymi organizáciami a inštitúciami, ktoré poskytujú nasledovné služby (asistencia, právne poradenstvo, psychologické poradenstvo a pod.) (Očenášová et. al. 2015, s. 29-30). V tomto zmysle sa aj v záveroch slovenskej štúdie s názvom „*Mapovanie služieb a potrieb žien so skúsenosťou so sexuálnym násillím*“ (Očenášová et. al. 2015, s. 80) **odporúča, aby sa vo vybraných slovenských mestách** (tak, aby zodpovedali geografickej dostupnosti) **pri zdravotníckych zariadeniach**³⁰ **vytvorili centrá pre obeť sexuálnych útokov**, a v menších mestách aby sa vytvorila služba podľa vzoru amerických **SANE** sestier.

³⁰ Podľa výskumov obeť sexuálneho útoku, ktoré hľadajú pomoc, najčastejšie kontaktujú zdravotnícke inštitúcie. Zdravotnícki pracovníci a pracovníčky majú teda značný potenciál identifikovať násillie, informovať políciu, zabezpečiť forenzné dôkazy a iniciovať intervenčné procesy, ktorých cieľom je ukončiť násillie a eliminovať jeho následky (FRA 2014b, s. 69).

1.4 Efektivita SART / SANE

Prehľad výskumov týkajúcich sa SART ukázal, že po ich implementácii **došlo k zlepšeniu multidisciplinárnych vzťahov** v zmysle zvýšeného vzájomného kontaktovania sa a výmeny informácií, vzájomného porozumenia rolám jednotlivých profesií, a kolektívneho robenia rozhodnutí (Greeson a Campbell 2013).

Viacere výskumy sa zameriavali na zisťovanie efektivity samotných SANE programov a preukázali pozitívne zmeny vo viacerých oblastiach: nielen v oblasti multidisciplinárnej spolupráce³¹, ale aj v oblasti zdravotnej starostlivosti o obeť sexuálnych útokov, v oblasti facilitácie ich psychického zotavenia, v oblasti kvality získaných forenzných dôkazov a v oblasti úspešnosti trestnoprávných postupov.

Vyšetrenie obetí sexuálneho útoku je viac než len zber forenzných dôkazov. Je to aj príležitosť postarať sa o **zdravotné potreby obetí**. Výskumy ukázali, že klientkám/klientom sa v rámci SANE programov poskytuje komplexnejšia zdravotná starostlivosť (Campbell et al. 2001; Amey a Bishai 2002) a v rámci nej sa im významne **častejšie poskytuje aj profylaxia pohlavne prenosných ochorení, testy na tehotenstvo a núdzová antikoncepcia** (Campbell et al. 2006; Ciancone et al. 2000; Crandall a Helitzer 2003).

SANE sestry **odoberajú dôkazy dôkladnejšie** a robia menej chýb než lekári alebo nepreškolené sestry (Ledray and Simmelink 1997). Okrem toho v porovnaní s lekármi, SANE sestry aj lepšie uskladňujú a označujú dôkazy a správnejšie vyplňujú formuláre pre kriminalistické laboratória (Sievers et al. 2003). Tieto výsledky nie sú prisudzované druhu povolania, ale výcviku a skúsenostiam. Keďže pre SANE sestry je profesionálnou prioritou získanie rozsiahleho forenzného výcviku a praxe, nie je prekvapivé, že si pri forenznom vyšetrení počínajú lepšie, než lekári alebo sestry, ktoré takýto výcvik neabsolvovali.

Z perspektívy obetí je viac než technická správnosť forenzného vyšetrenia dôležité to, *ako* je vyšetrenie realizované. Výskumy ukazujú, že obeť prežívajú vyšetrenie realizované zo strany SANE sestier **psychicky kvalitatívne odlišne**, než keď je realizované lekármi alebo nepreškolenými sestrami. SANE sestry poskytujú dôkladné vysvetlenie procesu predtým než vyšetrenie začne, a priebežne popisujú čo našli, dávajúc tak obetiam **príležitosť obnoviť určitú kontrolu nad svojím telom** tým, že na procese participujú, napr. môžu si sami vyčesať vlasy; môžu vyjadriť potrebu urobiť prestávku alebo skončiť (Campbell et al. 2008). Citlivý prístup voči ich potrebám poskytuje obetiam **pocit starostlivosti, rešpektu, bezpečia, súcitu a podpory** zo strany SANE sestier (Ericksen et al. 2002; Fehler-Cabral, G. et al. 2011).

Campbell et al. (2009) zistili, že väčšina obetí hodnotí ich skúsenosť so SANE programom ako pozitívnu, posilňujúcu a liečivú. Sestry a sociálne poradkyne spolupracujú ako tím, aby pomohli obetiam znovuzískať kontrolu nad ich telom i životom. Program sprostredkúva obetiam kontakt na podporné služby, aby mali zdroje, ktoré potrebujú pre svoje zotavenie. Pozornosť, ktorá je venovaná tomu, aby sa pomohlo obetiam v procese ich zotavovania, nepriamo ovplyvňuje ich ochotu participovať v trestnoprávnom konaní. Ak obeť nie sú tak traumatizované, sú viac ochotné a schopné participovať v trestnoprávnom procese. Obete majú často otázky týkajúce sa forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia a trestnoprávneho procesu, a pokiaľ im SANE sestry a sociálne poradkyne poskytujú v tomto ohľade informácie, dodáva to obetiam nádej a dôveru pokiaľ ide o ich prípad, čo tiež **nepriamo prispieva k zvýšeniu participácie obetí**. Táto nepriama súvislosť je zdôvodňovaná tým, že primárnym cieľom SANE programov je starostlivosť o obeť ako o pacientku/pacienta, nie podpora orgánov činných v trestnom konaní. SANE sestry netlačia obeť k tomu, aby prípady ohlasovali orgánom činným v trestnom konaní; zdôrazňujú že je to slobodná voľba obetí a akokoľvek sa rozhodnú, SANE sestry im poskytnú starostlivosť.

³¹ Zlepšenie pracovných vzťahov a komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a právnymi profesiami (vrátane napr. vzájomných stretnutí či vyvinutia štandardizovaných protokolov postupov) zistili už Crandall a Helitzer (2003).

Starostlivosť prejavovaná klientkám/klientom ale v konečnom dôsledku ovplyvní aj participáciu obetí v systéme trestnej justície (Campbell et al. 2009).

Crandall a Helitzer (2003) zistili, že v americkom štáte Nové Mexiko 3 roky po zavedení SANE programu (v porovnaní s obdobím 2 roky pred zavedením SANE) **stúpil počet oznámených prípadov** o 22 %, polícia vznášala viac obvinení, **množstvo usvedčených páchatel'ov** stúplo o 12% a priemerná dĺžka trestu stúpila o 3,9 roka. Obdobne aj Campbell et al. (2005a) potvrdili, že SANE programy **zvyšujú efektivitu trestného stíhania oznámených prípadov**: pri konfrontácii s forenznými dôkazmi zhromaždenými prostredníctvom SANE, sa páchatelia častejšie priznávajú a sú ochotní radšej prijať dohodu o vine a treste než by mali čeliť súdnemu procesu. Aj výsledky neskorších výskumov preukázali (Campbell et al. 2009; 2011; 2012b), že po implementácii SANE programov sa zvýšila úspešnosť trestného stíhania, viac páchatel'ov bolo usvedčených alebo prijalo dohodu o vine a treste. Ukazuje sa, že **dôkazy prinášajú ďalšie dôkazy**: forenzné a zdravotnícke dôkazy zhromaždené prostredníctvom SANE môžu poskytnúť špecifické vodítka, ktoré môžu orgány činné v trestnom konaní sledovať, aby získali ďalšie dôkazy a/alebo efektivnosť SANE poskytuje orgánom činným v trestnom konaní viac času na získavanie iných dôkazov. Súčtový efekt dôkazov od SANE a dôkazov zhromaždených políciou vytvára kompletnejšiu dokumentáciu prípadu – a teda lepšie predpoklady pre objasnenie skutku a zistenie páchatel'a (Campbell et al. 2009; 2012a). Hoci je filozofia a práca SANE a orgánov činných v trestnom konaní odlišná, vzájomne sa posilňujú a poskytujú nástroje pre úspešné trestné stíhanie (Campbell 2012, s. 470).

Novšia štúdia, ktorá skúmala aký vplyv majú SANE programy na výsledky trestnoprávných riešení prípadov sexuálneho útoku zistila, že po implementácii SANE došlo k štatisticky významnému napredovaniu prípadov v trestnoprávnom systéme (dosahujúc **vyššiu mieru úspešného trestného stíhania**) (Campbell et al. 2014).³² Avšak percento trestných stíhaní (*prosecution rates*) bolo stále pomerne nízke. Pred implementáciou SANE programov trestné konanie bolo vo veľkej väčšine prípadov (priemerne 90%) zastavené alebo nebola podaná obžaloba (*not charged by prosecutors*), po implementácii SANE programov toto percento kleslo v priemere na 86%. V tomto ohľade treba mať na pamäti, že SANE programy sú len jedným z mnohých faktorov, ktoré majú vplyv na to, ako systém trestného súdnictva pristupuje k riešeniu prípadov sexuálneho útoku (Campbell et al. 2014). V rámci samotného právneho systému (Page 2008a, 2008b, 2010) a v širokej verejnosti (Edwards et al. 2011) sú stále hlboko zakorenené stereotypy a mylné presvedčenia o sexuálnom útoku.

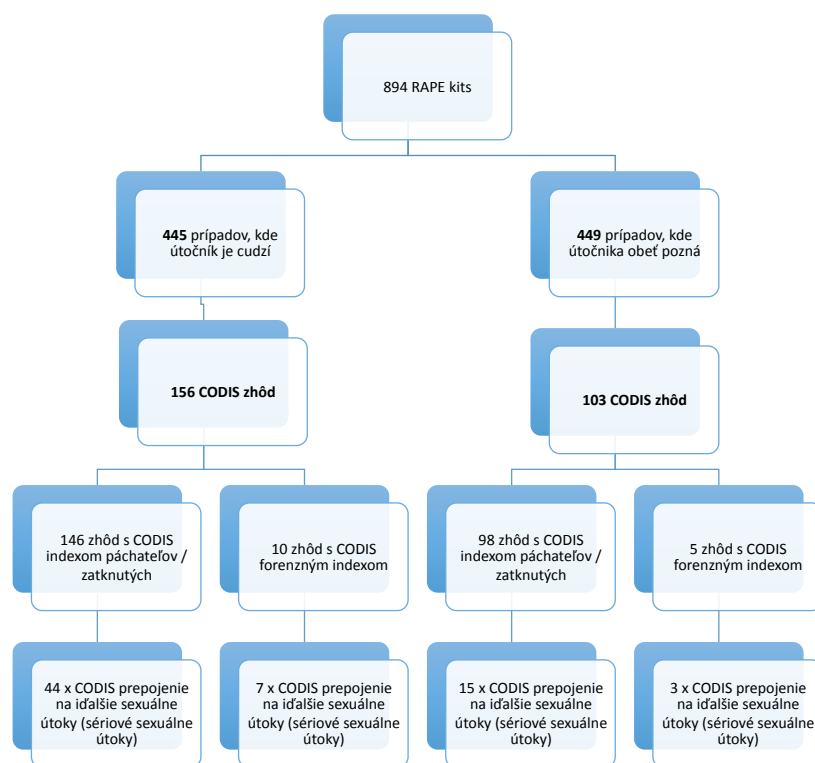
Napokon za zmienku stojí ešte pozoruhodná štúdia, ktorá sa zaoberala tým, že mnoho dôkazov zhromaždených pri forenzom a zdravotníckom vyšetrení obetí sexuálneho útoku (*RAPE kits / evidence collection kits*) nie je podrobených foreznému testovaniu a zostáva v policajných skladoch. Táto skutočnosť vyprovokovala v USA verejnú diskusiu o tom, či dosiaľ netestované RAPE kits majú byť podrobené testovaniu na DNA. V snahe získať odpoveď na túto otázku Campbell et al. (2016) realizovali výskum na vzorke takmer 900 predtým netestovaných RAPE kitov v Detroite, štát Michigan, USA. Sledovali (a) koľko RAPE kitov bude obsahovať vzorky, z ktorých možno získať DNA, a tieto následne nahráť do americkej federálnej DNA kriminálnej databázy – **CODIS**;³³ (b) koľko krát sa ukáže DNA zhoda a (c) koľko krát bude táto zhoda

³² Uvedené platí **aj pre prípady sexuálneho zneužívania detí**. – Patterson a Campbell 2009) porovnávali mieru trestných stíhaní v prípadoch sexuálneho zneužívania detí pred a po zavedení SANE programu zameraného na pediatrickú populáciu obetí sexuálneho útoku a zneužívania. Zistili, že prokurátori častejšie vznášali obvinenia (*charged*) voči podozrivým páchatel'om v prípadoch, kde obeť absolvovali SANE vyšetrenie než v prípadoch, v ktorých vyšetrenie realizovali lekári alebo neškolené sestry. – Horner et al. (2012) zistili, že po implementácii SANE programu zameraného na pediatrickú populáciu (v porovnaní so stavom pred jeho implementáciou) sa zlepšila detekcia a dokumentácia anogenitálnych zranení, zhodnotenie a dokumentácia tehotenstva (*pregnancy status*) a testovanie na pohlavne prenosné ochorenia. Výskumné dáta tiež odhalili trend stúpajúceho počtu obvinení, usvedčení a uznania viny páchatel'ov (*defendants pleading guilty*) než pred implementáciou SANE programu.

³³ **CODIS** (*Combined DNA Index System*) obsahuje viacero indexov, medzi inými aj **index páchatel'ov** (obsahujúci DNA profily jedincov, ktorý boli usvedčení zo spáchania zločinov), **index zatknutých** (obsahujúci DNA profily odobraté osobám pri ich zatknutí) a **forenzný index** (obsahujúci neznáme DNA profily z miesta činu. CODIS môže významne pomôcť pri vyšetrovaní trestných činov, pokiaľ vložený DNA profil ukáže zhodu s

asociovaná s inými sexuálnymi zločinmi poukazujúc na prípady sériových páchatel'ov sexuálneho útoku.

Z 894 Rape kits, ktoré boli podrobené testovaniu v danom výskume, 419 (47%) obsahovalo materiál, z ktorého bolo možné získať DNA profily a nahráť ich do databázy CODIS. Tieto profily **vykázali 259 krát zhodu s CODIS**, čo je 29% z pôvodnej testovanej vzorky Rape kits (z 894); a 62% z tých tých Rape kits, z ktorých sa podarilo získať DNA profily a tieto následne nahráť do databázy CODIS). Prevažná väčšina (244 z 259, t.j. 94%) z týchto zhôd bola so vzorkami DNA z CODIS indexu páchatel'ov a indexu zatknutých, čo znamená, že **testovanie identifikovalo (alebo potvrdilo) meno pravdepodobného páchatel'a**. V 15 prípadoch (6% z 259) išlo o zhodu s DNA profilmi vo forenznom indexe. V 69 prípadoch (27% z 259) sa ukázala DNA zhoda medzi viacerými prípadmi sexuálnych útokov (Campbell et al. 2016). Vzhľadom na to, že potenciálna využiteľnosť profilu DNA a CODIS zhôd sa môže líšiť v závislosti od toho, či bol útok spáchaný cudzincom alebo niekým, koho obeť poznala, Campbell et al. (2016) preskúmali aj samostatné výsledky forenzného testovania RAPE kitov u týchto dvoch skupín páchatel'ov (pozri obrázok 1).



Obrázok 1: Počet CODIS zhôd (spracované podľa Campbell et al. 2016).

Spomedzi **445 RAPE kitov súvisiacich so sexuálnymi útokmi, ktoré spáchali osoby vo vzťahu k obeti cudzie**, bolo **156 zhôd s CODISom**, z ktorých väčšina (**146, 94%**) bola **zhodou s CODIS indexmi páchatel'ov a zatknutých**. Išlo o prípady znásilnení cudzou osobou, ktoré už niekoľko rokov neboli vyriešené (niekedy aj viac ako desať rokov) a DNA zhoda s profilom delikventov v CODISe poskytla polícii a prokurátorom sľubné vodítko vyšetrovania v podobe mena podozrivého a ďalších identifikačných informácií. Ostatných **10** (zo 156) malo **zhodu s CODIS forezným indexom** (Campbell et al. 2016).

Medzi **449 RAPE kitmi, ktoré sa vzťahovali na prípady sexuálnych útokov, spáchaných niekým koho obeť poznali**, sa taktiež nachádzal značný počet (**103**) CODIS zhôd, pričom väčšina z nich (**98, 95%**) bola opäť **zhodou s CODIS indexmi páchatel'ov a zatknutých**. Pri

niektorým z profilov v indexoch. Zhoda medzi forezným indexom a referenčnými indexmi (napr. indexom páchatel'ov či indexom zatknutých osôb) identifikuje podozrivého páchatel'a, zatiaľ čo zhoda DNA profilov vo forenznom indexe vypovedá o súvisi medzi viacerými zločinmi (Jeanguenat 2017).

sexuálnych útokoch spáchaných osobou, ktorú obeť pozná, nie je zvyčajne totožnosť útočníka spochybnená, ale aj tak môžu DNA dôkazy pomôcť potvrdiť totožnosť, a pokiaľ sa vyskytne CODIS zhoda s indexmi páchatel'ov alebo podozrivých, potom testovanie pomohlo odhaliť súvislosť s inými zločinmi spáchanými útočníkom. (V ostatných 5 prípadoch zo 103 CODIS išlo o zhodu s forenzným indexom) (Campbell et al. 2016).

Keďže DNA môže pomôcť ukázať spojenia medzi páchatel'mi a zločinmi, forenzné testovanie môže byť nápomocné aj pri identifikovaní vzorcov sériových sexuálnych útokov. Výskum v tomto ohľade dospel k pozoruhodným zisteniam:

V podskupine sexuálnych útokov **kde útočníkmi boli cudzie osoby**, zo 146 prípadov, ktoré vykázali zhodu s CODIS indexmi páchatel'ov alebo zatknutých, **44 (30%)** vykázalo prepojenie aj na iné sexuálne útoky (poukazujúc na **sériové sexuálne útoky**). Z 10 prípadov, ktoré vykázali zhodu s CODIS forenzným indexom, **7 (70%)** vykázalo prepojenie aj na iné sexuálne útoky. Teda testovanie odhalilo nielen identitu potenciálneho páchatel'a alebo forenzné asociácie so stále neidentifikovanými páchatel'mi, ale taktiež poskytlo orgánom činným v trestnom konaní informácie o iných sexuálnych útokoch spáchaných rovnakým útočníkom (Campbell et al. 2016).

V podskupine sexuálnych útokov, **kde útočník bol obeť známy**, výskumníci **taktiež** našli **prípady sériových sexuálnych útokov**. Z 98 prípadov, ktoré vykázali zhodu s CODIS indexami páchatel'ov alebo zatknutých, **15 (15%)** vykázalo prepojenie aj na iné sexuálne útoky. Z 5 prípadov, ktoré vykázali zhodu s CODIS forenzným indexom, **3 (60%)** mali prepojenie na ďalšie prípady sexuálnych útokov. **Ide o obzvlášť dôležité zistenie, pretože prípady sexuálnych útokov spáchaných niekým, koho obeť pozná, sú často charakterizované ako tvrdenie proti tvrdeniu**, no výskum odhalil, že v nezanedbateľnom množstve prípadov nešlo o tvrdenie proti tvrdeniu, ale o tvrdenie páchatel'a proti tvrdeniam viacerých obetí. V každom individuálnom prípade nebola identita útočníka otázná, ale DNA testovanie ukázalo, že útočník sexuálne napadol viacero obetí, ktoré poznal. Navyše, **niektoré z týchto sériových sexuálnych útokov vo vzorke prípadov kde obeť páchatel'ov poznali, vykázalo zhodu aj s inými prípadmi, ktoré predtým neboli vyriešené** (forenzný index). Inými slovami, títo **páchatelia sexuálne napadli jednak osoby, ktoré poznali, jednak osoby cudzie**. Testovanie RAPE kitov vzťahujúcich sa na prípady sexuálnych útokov spáchaných osobami, ktoré obeť poznali, naviedlo vyšetrovateľov k iným, dovtedy nevyriešeným prípadom, pretože napokon **osoba, ktorá je pre niekoho priateľom, môže byť pre iného cudzincom** (Campbell et al. 2016).

Tieto výskumné zistenia podčiarkujú, že testovanie RAPE kitov tak v prípadoch, kde útočníci sú obetiam známi, ako aj v prípadoch, kde sú vo vzťahu k obetiam cudzí, môže polícii a prokurátorom poskytnúť užitočné vyšetrovacie vodítka (Campbell et al. 2016). Navyše, výskumníci na príkladoch niekoľkých prípadových štúdií taktiež demonštrovali **dôležitosť včasného testovania RAPE kitov**. Poukázali totiž na prípady, kedy páchatel'ovo DNA na základe nejakého predošlého zločinu už čakalo v CODIS databáze, takže testovanie RAPE kitu by bolo bývalo prinieslo rýchlejšie vyriešenie prípadu. Iné prípadové štúdie zase poukázali na prípady, keď RAPE kity neboli testované, prípady neboli vyšetrované políciou, a útočník pokračoval v sexuálnom napádaní ďalších žien. Tieto príklady určite vyvolávajú otázky typu "čo keby", v súvislosti s tým, či by bolo bývalo možné predísť ďalším zločinom, keby RAPE kity boli podrobené testovaniu čo najskôr. Forenzné testovanie síce nie vždy poskytne užitočné informácie hneď, avšak časom, ak a keď páchatel' spácha ďalšie zločiny, môže sa objaviť stopa DNA, ktorá spája viacero trestných činov s tým istým útočníkom. Hoci môže byť náročné nájsť zdroje na to, aby sa forenznému testovaniu podrobili aj RAPE kity v prípadoch, kde nebolo podané trestné oznámenie, výsledky výskumu naznačujú, že existujú dôležité informácie, ktoré sa dajú testovaním získať - identifikácia páchatel'ov v nevyriešených prípadoch, potvrdenie totožnosti páchatel'ov a objavenie sériových sexuálnych delikventov (Campbell et al. 2016).

2 PREDPOKLADY / KROKY PRE ROZBEHNUTIE PROGRAMU

2.1 Identifikácia kľúčových profesionáliek/profesionálov a ich úloh³⁴

Spoločnosť by mala zabezpečiť, aby obeť sexuálnych útokov mali prístup k zdravotníckym, právnym a advokačným službám. Koordinovaný multidisciplinárny prístup pomáha predchádzať sekundárnej viktimizácii obetí, zvyšuje vieru vo vymožitelnosť práva a pocit bezpečia v spoločnosti.

Aby sa súčasne riešili potreby obetí aj súdneho systému, dôrazne sa odporúča koordinácia medzi zainteresovanými disciplínami. Zabezpečenie toho, že potreby obetí sa naplňajú, môže často zvýšiť úroveň ich komfortu a zapojenia (*involvement*) do trestnoprávneho procesu.

Identifikácia kľúčových profesionálov a profesionálok a ich úlohy. Na facilitovanie koordinovanej odpovede spoločnosti voči sexuálnym útokom sa odporúčajú sa **dva typy tímov**:

1. **SART / SARRT** – určitá forma tímu špecializovaného na riešenie prípadov sexuálnych útokov je užitočná na koordináciu okamžitých intervencií a služieb vrátane podpory obetí, zdravotnej starostlivosti, zhromažďovania dôkazov a dokumentácie a počiatočného vyšetrovania.
2. **Národné koordinačné centrum alebo rada (council)** – môže dohliadať na aktivity SART / SARRT, vyvíjať úsilie zamerané na zlepšovanie komplexnej reakcie na sexuálne útoky prostredníctvom preventívnych kampaní, zabezpečovania odbornej prípravy a technickej pomoci, vyvíjania protokolov (postupov), advokácie v oblasti verejných politík (*public policy advocacy*), disemináciou materiálov a hodnotením efektívnosti vynaloženého úsilia.

Členstvo v SART / SARRT. Tím sa skladá z odborníkov a odborníkov zapojených do okamžitej reakcie na odhalený prípad sexuálneho útoku. Jadro SART / SARRT zvyčajne zahŕňa poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zástupkyne/zástupcov orgánov činných v trestnom konaní a sociálne poradkyne. Ako konzultantky/konzultanti v tíme často pôsobia aj prokurátorky/prokurátori a forenzní experti. Niekedy sú členmi aj právnici/právnici, zastupujúci práva a záujmy obetí. Základný obsah ich rolí je vymedzený nižšie:

- **Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti** posudzujú akútne zdravotné potreby obetí a zabezpečujú stabilizáciu, liečbu a / alebo konzultáciu. V ideálnom prípade špecializované zdravotníčky/zdravotníci realizujú forenzné vyšetrenie, zisťujú relevantné zdravotné informácie, zhromažďujú a dokumentujú forenzné dôkazy a dokumentujú príslušné fyzické nálezy u obetí. Ponúkajú informácie, liečbu a odporúčania ohľadne pohlavne prenosných ochorení, tehotenstva a iných súvisiacich zdravotných problémov.³⁵ V prípade potreby môžu podať odborné svedectvo súdu. Koordinujú sa so sociálnymi poradkyňami, aby zabezpečili, že obetiam bude v priebehu vyšetrenia i po ňom ponúknutá krízová intervencia, podpora a obhajoba a že budú povzbudené k využitiu ďalších služieb pre obeť. Na medicínske a forenzné účely môžu obetiam poskytovať nadväzujúcu starostlivosť. Spektrum zdravotníckych pracovníkov, ktorí môžu byť do

³⁴ Spracované podľa: U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 23-27 ; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016.

³⁵ Brown a Sommers (2017, s. 275) uvádzajú, že vyšetrenie a zber dôkazov z tela obete môže robiť špeciálne školená sestra alebo lekárka/lekár; medicínsku profylaxiu a liečbu poskytuje lekárka/lekár a/alebo sestra s pokročilou praxou (*advanced practice nurse*).

intervencie zapojení, zahŕňa (ale nie je obmedzené len na) pracovníčky/pracovníkov nemocničných oddelení urgentného príjmu, gynekológie, súdneho lekárstva, chirurgie, traumatológie či súkromné lekárky/lekárov (neštátnych poskytovateľov zdravotníckych služieb).

- **Osoby z radov orgánov činných v trestnom konaní a spolupracujúce osoby** (napr. dispečerky/dispečeri tiesňovej linky, policajné hliadky /*patrol officers*/, policajtky/policajti zaisťujúci dôkazy z miesta činu, vyšetrovatelky/vyšetrovatelia) reagujú na počiatočné oznámenia, pracujú na zaistení bezpečia obetí, v prípade potreby zabezpečujú dopravu obetí do a z miesta forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia, vypočúvajú obeť, realizujú alebo koordinujú zber a doručenie dôkazov do príslušných laboratórií alebo zariadení orgánov činných v trestnom konaní, vyšetrujú prípad (napr. vypočúvajú podozrivých a svedkov, vyžadujú analýzy z kriminalisticko-expertíznych ústavov, skúmajú zdravotnícke a laboratórne správy, pripravujú a vykonávajú zaisťovacie úkony, napr. príkazy na prehliadky³⁶, píšú správy a predkladajú vyšetrovací spis prokurátorke/prokurátorovi s návrhom na podanie obžaloby alebo iné rozhodnutie.
- **Sociálne poradkyne**³⁷ sa prioritne sústredia na emočnú podporu a sprevádzanie obetí v rôznych fázach procesu súvisiaceho s riešením zločinu a traumy zo sexuálneho útoku (Brown a Sommers 2017, s. 275). Môžu sa zúčastňovať na počiatočnom kontakte s obeťami (prostredníctvom 24-hodinovej telefonickkej linky alebo osobných stretnutí), ponúkajú obeťami obhajovanie ich potrieb (*victim advocacy*), podporu, krízovú intervenciu, informácie, tlmočenie a odporúčania pred, počas a po vyšetrení, a facilitujú prepravu obeť na miesto a z miesta vyšetrenia. Často poskytujú komplexné a dlhodobejšie služby určené na pomoc obeťami pri riešení akýchkoľvek potrieb súvisiacich s útokom vrátane (ale nie výlučne len) poradenstva, prevencie reviktimizácie, právnej pomoci a asistencie v rámci zdravotníckych systémov.
- **Prokurátorky a prokurátori** hodnotia, či sú dôvody na začatie trestného stíhania. Podľa potreby by mali byť k dispozícii na konzultácie s pracovníčkami/pracovníkmi prvého kontaktu. Môžu tiež od začiatku dohliadať na proces vyšetrovania trestného činu.
- **Forenzné expertky/experti** analyzujú forenzné dôkazy a poskytujú výsledky analýzy vyšetrovateľom a/alebo prokurátorom. Môžu na mieste činu pomáhať pri zhromažďovaní a spracovávaní dôkazov. V súvislosti s výsledkami ich analýzy môžu byť zároveň podrobení výsluchu v priebehu trestného konania (v prípravnom konaní alebo v konaní pred súdom).
- **Právničky/právnicki presadzujúci práva obetí** (*Victims' rights attorneys*) usilujú o to, aby práva obetí boli dodržané v priebehu celého trestného konania.³⁸
- **Právničky/právnicki zastupujúci obeť** (*Civil attorneys*) chránia záujmy obetí sexuálnych útokov, riešia záležitosti, ktoré majú vplyv na momentálny každodenný život ale aj na blaho obetí v dlhodobej perspektíve, a zastupujú obeť v občiansko-právnych záležitostiach (ktoré sa môžu týkať súkromia, bezpečia, zamestnania, financií³⁹ a pod.).

Každá členka a člen SART / SARRT tímu by mali byť schopní vysvetliť obeťami, akú rolu majú iné členky a členovia tímu. Iné odborníčky a odborníci alebo organizácie môžu byť tiež zapojené do okamžitých intervencií a poskytovania služieb. Potrebujú mať informácie o SART / SARRT tíme

³⁶ Policajtky/policajti vydáva príkaz len na prehliadku iných priestorov a pozemkov a osobnú prehliadku (teda nie na domovú prehliadku, kde to môže urobiť len sudca).

³⁷ Brown a Sommers (2017, s. 275) na týchto členov SART tímu používajú označenie *rape crisis advocates* alebo *rape care advocates*.

³⁸ V zmysle slovenskej legislatívy má obeť právo na poskytnutie odbornej pomoci, ktorej súčasťou je aj **právna pomoc na uplatnenie práv obeť**, ktorá má postavenie poškodeného alebo svedka v trestnom konaní (§ 5, ods. 3, písm. c) Zákona č. 274/2017 Z. z. o obetiach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Citovaný zákon nadobúda účinnosť od 1. januára 2018.

³⁹ V zmysle § 10-22 Zákona č. 274/2017 Z. z. majú obeť násilných trestných činov **nárok na odškodnenie**.

a jeho procedúrach, aby podľa toho prispôsobili svoje reakcie a facilitovali koordináciu aktivít so SART / SARRT tímom. Členky a členovia SART / SARRT taktiež potrebujú informácie o týchto odborníčkach a organizáciách, ich rolách v riešení problematiky sexuálnych útokov, a ako ich kontaktovať a spolupracovať s nimi.

SART / SARRT by sa mali usilovať porozumieť potrebám a problémom špecifických skupín žijúcich v lokalite ich pôsobenia. Mali by nadviazať spoluprácu s organizáciami, ktoré poskytujú služby týmto špecifickým skupinám, aby členky a členovia tímu v prípade potreby mali promptný prístup k ich službám.

Členstvo v národnej koordinačnej rade. Koordinačná rada zvyčajne zahŕňa širokú škálu profesionálok a profesionálov a občaniek a občanov, ktorí by mali rozvíjať politiky / reakciu spoločnosti voči problematike sexuálnej viktimizácie. Členkami a členmi by mali byť napr. organizácie venujúce sa obetiam sexuálnych útokov; samotné obete sexuálnych útokov⁴⁰, ich príbuzní a priatelia; poskytovatelia právnych služieb; zdravotníci; psychoterapeuti so špecializáciou na psychotraumatológiu; predstavitelia orgánov činných v trestnom konaní; pracovníci kriminalisticko-expertíznych ústavov; vzdelávatelia pôsobiaci na rôznych stupňoch vzdelávania; výskumníci⁴¹; osobnosti z oblasti náboženského života⁴²; predstavitelia z médií a z podnikateľskej sféry. Členkami a členmi by mali byť aj zástupcovia všetkých rezortov, ktorých sa potenciálne riešenie problematiky sexuálnej viktimizácie týka; legislatívci; tvorcovia politík. Dôležité sú aj členky a členovia, ktorí sa môžu kompetentne vyjadrovať k potrebám rôznych skupín v populácii (napr. rôzne etnické a kultúrne skupiny, seniori, osoby so zdravotným postihnutím⁴³, imigranti, chudobní a bezdomovci, závislí jedinci, adolescenti umiestnení do náhradnej rodičovskej starostlivosti, obete domáceho násillia, vysokoškóľáci, pracovníci armády, LGBTI). V neposlednom rade by členkami a členmi mali byť aj zástupcovia agentúr poskytujúcich kvalifikované tlmočnicke služby.

Pokúšať sa zapojiť všetky vyššie uvedené zložky a jednotlivcov je obrovská úloha a môže sa stať prekážkou pri vytváraní národnej koordinačnej rady a jej počiatočných snahách. Preto je potrebné stanoviť, ktoré zainteresované subjekty (*stakeholders*) sú rozhodujúce pre počiatočné úsilie a tvoria jadro členstva, a potom určiť, ktoré organizácie a jednotlivcov by bolo užitočné mať pri stole v určitom okamihu, ale nie sú nevyhnutné na začiatku.

⁴⁰ **Spolupráca s obetami sexuálnych útokov** je veľmi dôležitá. Ich úlohou je poskytnúť jedinečnú perspektívu a fokusovať odborníčky a odborníkov na potreby obetí. Participácia obete v takomto tíme/rade by jej samej nemala spôsobovať poškodenie, členky a členovia tímu/rady by sa nemali podieľať na akejkoľvek forme sekundárnej viktimizácie obetí (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016.).

⁴¹ **Výskumníčky a výskumníci** môžu zohrávať dôležitú rolu v procesoch evalvácie programov koordinovanej multidisciplinárnej intervencie na prípady sexuálneho útoku (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

⁴² **Spolupráca s kňazmi, pastormi a pastorkami**, a s rôznymi náboženskými komunitami má nepostrádateľný význam. Tieto osoby môžu totiž významne pomôcť pri pozdvíhaní verejného povedomia o problematike sexuálnej viktimizácie, vrátane dostupných možností intervencie (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016), ošetrojúc aj kľúčové náboženské témy, otázky a dilemy, ktoré môžu veriace obete brzdiť vo vyhľadaní odbornej pomoci mimo náboženskú komunitu. V tomto ohľade treba podotknúť, že sexuálna viktimizácia má neuveriteľný potenciál produkovať v obetiach pocity viny a hanby. Fenomén viny a jeho zvládania je prioritne náboženskou témou. Pocity viny a hanby bránia obetiam v tom, aby samy seba identifikovali ako obete, udržiavajú ich v mlčaní a odďaľujú vyhľadanie pomoci (Karkošková 2014, s. 10). Delaplane a Delaplane (2004) pritom upozorňujú, že spomedzi tých veriacich obetí, ktoré sa pokúsia prelomiť mlčanie, je kňaz či pastor/pastorka alebo náboženská inštitúcia zväčša prvým miestom, kde hľadajú pomoc skôr, než by ju hľadali u pracovníka akejkoľvek inej pomáhajúcej profesie vo svetskej organizácii. Niektoré obete okrem kňaza či pastora/pastorky nehľadajú pomoc už nikde. Z tých, ktoré kontaktujú odborníka, väčšina navštívi zároveň aj kňaza, resp. pastora/pastorku. Cirkev/náboženská komunita je teda často miestom prvého kontaktu, kde veľmi záleží na prvej reakcii, komentári, radách.

⁴³ Termín používaný v súlade s odporúčanou terminológiou v „Slovníku pojmov v oblasti zdravotného postihnutia (Žitňanská 2017).

2.2 Príprava špecialistiek a špecialistov na forenzné a zdravotnícke vyšetrovanie obetí sexuálnych útokov

Minimálny rozsah a obsah špecializačného vzdelávania sestier je stanovený v usmerneniach vydaných Medzinárodnou asociáciou forenzných sestier – IAFN (International Association of Forensic Nurses 2015). IAFN ponúka dva certifikované programy SANE:

- Sexual Assault Nurse Examiner-Adult/Adolescent (SANE-A®) – zameraný na dospelé a adolescentné obeť,
- Sexual Assault Nurse Examiner-Pediatric (SANE-P®) – zameraný na detské obeť.

Oba špecializačné vzdelávacie programy sú rozdelené na **didaktickú a klinickú časť**, pričom **každá časť** má **minimálny rozsah 40 hodín**.⁴⁴ Didaktická časť zahŕňa prednášky a učebnicové inštrukcie; realizuje sa buď prezenčnou formou (tvárou v tvár) alebo dištančnou formou (prostredníctvom internetu). Didaktický obsah tvoria nasledovné **tematické bloky** (International Association of Forensic Nurses 2015):⁴⁵

1A. Prehľad forenzného ošetrovateľstva – história, vývoj, kľúčové aspekty a štandardy forenzného ošetrovateľstva; rola IAFN; rola SANE v starostlivosti o obeť sexuálnych útokov; rola SANE v oblasti vzdelávania a prevencie sexuálnej viktimizácie; etické princípy pri výkone SANE praxe; identifikácia zdrojov, ktoré prispievajú k výkonu praxe zodpovedajúcej najnovším poznatkom; kľúčové prvky praxe založenej na dôkazoch (*evidence-based practice*); problematika zástupnej traumy (*vicarious trauma*) a jej prevencie v praxi SANE.

1B. Sexuálna viktimizácia – typy, výskyt, rizikové faktory a následky sexuálnej viktimizácie a násillia v párových vzťahoch; mýty a fakty; výzvy späté s poskytovaním SANE starostlivosti obetiam s určitými špecifikami (muži, väzni, LGBTI, adolescenti, starší, osoby so zdravotným postihnutím, kultúrne odlišní, trpiaci psychickými ochoreniami, s jazykovými alebo komunikačnými bariérami); typológie páchatel'ov a vplyv páchatel'ov na obeť; rozdiely medzi detskými a adolescentnými a dospelými obetami sexuálnych útokov; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy (*nursing diagnoses*) u klientiek/klientov v súvislosti s rizikom problémov súvisiacich so sexuálnou viktimizáciou (napr. deficit vedomostí o rizikových faktoroch sexuálnej viktimizácie; úzkosť súvisiaca s kultúrnou stigmu asociovanou so sexuálnou viktimizáciou).

2. Reakcie obeť a krízová intervencia – bežné psychosociálne reakcie na sexuálnu viktimizáciu a násillie v párových vzťahoch u dospelých a adolescentných obetí; akútne a dlhodobé psychosociálne následky sexuálnej viktimizácie a násillia v párových vzťahoch a rizikové faktory pre objavenie sa, resp. rozvinutie následkov; kľúčové komponenty pre vyhodnocovanie rizika samovraždy a vyhodnocovanie bezpečnostných rizík; bežné obavy obetí ohľadne rozhodnutia, či prípad oznámiť orgánom činným v trestnom konaní, a možné psychosociálne dôsledky spojené s týmto rozhodnutím; holistická starostlivosť o obeť sexuálneho útoku opierajúca sa o objektívne a subjektívne vyhodnotené údaje, potreby obeť a toleranciu obeť; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy u obetí v súvislosti s rizikom aktuálnych alebo potenciálnych psychosociálnych následkov sexuálnej viktimizácie (napr.

⁴⁴ Pokiaľ chce sestra naraz absolvovať SANE-A® a SANE-P®, didaktická časť je v rozsahu minimálne 64 hodín a klinická časť taktiež v rozsahu minimálne 64 hodín.

⁴⁵ V tomto texte prezentujeme **hlavné subtémy jednotlivých tematických blokov tak ako sa vzťahujú na SANE-A® program**. Tematické bloky SANE-A® a SANE-P® sú názvami identické a v subtémach sa líšia iba nepatrne. Subtémy SANE-P® sú mierne modifikované, zohľadňujú špecifiká pediatrických pacientov. SANE-P®, na rozdiel od SANE-A®, obsahuje napr.: dôkladné objasnenie problematiky sexuálneho zneužívania detí (CSA), vrátane typológie páchatel'ov, ktorí sa dopúšťajú CSA; spôsobov manipulácie dieťaťa; dynamiky incestu a jeho vplyvu na zneužívajúceho rodiča(čov) či faktorov ovplyvňujúcich (ne)odhalenie. SANE-P® ďalej zdôrazňuje napr. potrebu zohľadňovať vek a vývinovú úroveň dieťaťa pri komunikácii a snahe o nadviazanie raportu; potrebu rozlišovať medzi navádzajúcimi a nenavádzajúcimi otázkami pri komunikácii s dieťaťom; dôležitosť jasného a presného rozlíšenia zdrojov poskytnutých informácií (ktoré informácie sú získané od dieťaťa a ktoré od opatrovateľa (rodiča, poručníka a pod); možnosti získania informovaného súhlasu; dôležitosť ohlasovacej povinnosti a pod.

emočná a psychosociálna trauma súvisiaca s incidentom sexuálneho útoku; riziko sebapoškodzovania (*self-harm*) súvisiace so zmenami sebapoňatia po incidente sexuálneho útoku); zostavenie plánu intervencií pre riešenie aktuálnych alebo potenciálnych psychosociálnych problémov klientky/klienta prispôsobených veku, vývinovému stavu, identifikovaným prioritám a tolerancii; efektívne techniky a stratégie pre interakciu s obeťami a ich rodinami po odhalení sexuálnej viktimizácie (vrátane empatického a reflexívneho počúvania, zachovania dôstojnosti a súkromia, podpory participácie a kontroly, rešpektovania autonómie, zachovania objektívnosti a profesionality).

3. Spolupráca s komunitnými organizáciami (*Community Agencies*) – porozumenie multidisciplinárnej spolupráci v rámci SART tímu (role a zodpovedností jednotlivých profesií; modely SART; stratégie implementácie a udržateľnosti SART; výhody); stratégie iniciovania a udržania efektívnej komunikácie a spolupráce medzi členkami a členmi multidisciplinárneho SART tímu.

4. Získanie súdnolekárskej – forenzne relevantnej anamnézy k okolnostiam prípadu (*Medicolegal History Taking*) – kľúčové komponenty odberu relevantnej zdravotnej anamnézy a zisťovanie kľúčových informácií súvisiacich so sexuálnym útokom; techniky na nadviazanie vzťahu (raportu) a facilitovanie toho, aby sa klientka/klient zdôveril/a, s prihliadnutím na vek, vývinovú úroveň, toleranciu, pohlavie a kultúrne špecifiká; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy vo vzťahu k odberu forenzne relevantnej zdravotnej anamnézy u klientky/klienta (napr. zhoršená komunikácia vyplývajúca zo psychologických bariér súvisiacich s popisom priebehu incidentu sexuálnej viktimizácie).

5. Pozorovanie a posúdenie nálezov z fyzického vyšetrenia (*Observing and Assessing Physical Examination Findings*) – posúdenie celkového vzhľadu, správania, vnímania a duševného stavu klientky/klienta, posúdenie odevov a iných osobných vecí, vonkajšia prehliadka obeť, forenzné gynekologické vyšetrenie, prípadne urologické či gastroenterologické vyšetrenie (muži, chlapci), posúdenie pohlavného dozrievania (*maturation*), posúdenie vplyvu estrogénu na anogenitálne štruktúry; identifikácia pôvodu zranení – tupá sila (*blunt force*), ostrá sila, strelné zranenia; somatické známky násillia (odreniny, trhliny, rezné rany, modriny, pomliaždeniny, hematómy, opuchy, začervenanie, petechie); normálna anogenitálna anatomia a fyziológia (jej normálne anatomické varianty; typy a druhy (*patterns*) zranení, ktoré sú potenciálne spojené so sexuálnym útokom; fyzické nálezy a zdravotné stavy alebo traumy nesúvisiace s útokom, ktoré môžu byť nesprávne interpretované ako výsledok sexuálneho útoku); identifikácia a potvrdenie fyzických nálezov opierajúce sa o viacero metód, ktoré môžu zahŕňať polohovanie, labiálnu separáciu/trakciu (*labial separation/traction*), irigáciu sterilnou vodou, kolposkopickú vizualizáciu, aplikáciu farbiva na báze toluidínovej modrej (*toluidine blue dye application*), techniku zavádzania močového katétra, konzultáciu s expertom; analýza a syntéza súčasnej, na vedeckých dôkazoch založenej praxe starostlivosti o klientku/klienta po sexuálnom útok; vytváranie, komunikovanie, hodnotenie a revidovanie krátkodobých a dlhodobých cieľov ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od individuálnych potrieb klientky/klienta, ktorá/ktorý zažil/a sexuálny útok; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy súvisiacej s identifikáciou nálezov po sexuálnom útok (napr. narušená integrita kože súvisiaca s anogenitálnou traumou po sexuálnom útok; bolesť súvisiaca s fyzickými nálezmi po sexuálnom útok); aplikácia kritického myslenia a praxe založenej na dôkazoch pri analýze možných mechanizmov zranení pre anogenitálne a ne-anogenitálne nálezy vrátane rozpoznania nálezov, ktoré môžu byť výsledkom zdravotných stavov alebo chorobných procesov; stanovenie priorit ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od individuálnych potrieb klientky/klienta; identifikovanie potreby medicínskej konzultácie a intervencie v prípade indikácie.⁴⁶

6A. Odber forenzne relevantných vzoriek (*Medicolegal Specimen Collection*) – význam participácie a spolupráce klientiek/klientov na procedúre zhromažďovania forenznych vzoriek z hľadiska zotavovania sa zo sexuálnej viktimizácie; možnosti zhromažďovania dôkazov dostupné

⁴⁶ V tejto súvislosti MUDr. Norbert Moravanský, PhD. poznamenáva, že uvedený bod nemôže byť oddelený od fotodokumentácie nálezov (viď nižšie); dôležité je fotografovanie pred vyšetrením.

obeti, ktorá zažila sexuálny útok vrátane oznámenia prípadu orgánom činným v trestnom konaní, neoznámenia / anonymného zhromažďovania dôkazov, medicínskeho hodnotenia (*evaluation*) a liečby; časové limity pre zber biologických dôkazov po sexuálnom útoku; typy dôkazov, ktoré možno zhromažďovať (najmä DNA, stopy (*trace*) / nebiologické dôkazy, dokumentácia histórie, identifikácia a dokumentácia fyzických nálezov, medicínske forenzne relevantné fotografie, toxikológia); procedúry uchovávaní forenzných vzoriek; súčasné trendy a kritériá pre posúdenie rizika drogami-facilitovaných sexuálnych útokov a s tým súvisiaca opodstatnenosť odberu vzoriek; identifikovanie klientkiných/klientových obáv a mýtov ohľadne zberu vzoriek; vysvetlenie obeti aké potenciálne riziká a benefity sú spojené s odberom vzoriek; pomôcky používané pri identifikácii a zhromažďovaní potenciálnych zdrojov biologických a stopových forenzných vzoriek, ako sú napr. alternatívne svetelné zdroje, sušenie (*wet to dry technique*), vpravenie spekula, kolposkopia, anoskopia, a vhodnosť, riziká a benefity ich používania; kritické vyhodnotenie údajov týkajúcich sa útoku na uľahčenie komplexného vyšetrenia a zhromažďovania vzoriek; zvolenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy súvisiacej so zberom biologického materiálu a stôp po sexuálnom útoku; odporúčania pre prax zohľadňujúce aktuálnu úroveň vedeckého poznania vo vzťahu k identifikácii, odberu a uchovávaní vzoriek biologických a stopových dôkazov po sexuálnom útoku; materiály a vybavenie potrebné na odber forenzného materiálu; techniky na podporu klientky/klienta a minimalizovanie potenciálu ďalšej traumatizácie počas procedúry odberu forenzného materiálu; techniky na facilitovanie klientkinej/klientovej participácie na procedúre zhromažďovania vzoriek; vyhodnocovanie efektivity stanoveného plánu procedúr zberu forenzného materiálu a modifikovanie plánu v závislosti od dát zozbieraných počas ošetrovateľského procesu.

6B. Odber forenzných vzoriek u podozrivého – rozdiely vo vyšetrovaní a zbere dôkazov po sexuálnom útoku u obete a u osoby podozrivej; zákonné podmienky pre vyšetrenie a odber dôkazov u podozrivej osoby; zložky vyšetrenia osoby podozrivej; časové limity pre zber biologických dôkazov u osoby podozrivej zo sexuálneho útoku; typy dôkazov, ktoré možno zhromažďovať počas vyšetrenia; zber a analýza dát ohľadne útoku za účelom komplexného vyšetrenia a zberu dôkazov u osoby podozrivej; opatrenia na zabránenie krížovej kontaminácii pokiaľ vyšetrenie a/alebo zber dôkazov od obete a od osoby podozrivej sa realizuje v rovnakom zariadení alebo rovnakou odborníčkou/odborníkom; vyhodnocovanie efektivity stanoveného plánu procedúr zberu forenzného materiálu a modifikovanie plánu v závislosti od dát zozbieraných počas ošetrovateľského procesu.⁴⁷

7. Forenzná fotodokumentácia (*Medicolegal Photography*) – identifikácia relevantných nálezov a stôp; zhromažďovanie a analýza údajov týkajúcich sa klientkiných/klientových potrieb, ktoré možno dokumentovať fotograficky; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy súvisiacej s medicínskym forenzne relevantným fotografovaním (napr. úzkosť klientky/klienta súvisiaca s ohrozením sebaobrazu pri konfrontácii s tým, ako môžu byť fotografie použité v trestnom konaní alebo pred súdom); identifikácia premenných, ktoré môžu ovplyvňovať jasnosť vyhotovených fotografií; princípy, ktoré je potrebné dodržiavať pri vyhotovovaní fotografií, aby boli z forenzného hľadiska relevantné, pravdivé a presné; rozlišovanie fotografií vyhotovených na forenzné účely a fotografií, ktoré majú byť súčasťou zdravotných záznamov; zohľadňovanie toho, čo je pre klientku/klienta tolerovateľné pri procedúre fotografovania; výber správneho média na vyhotovenie fotografií v závislosti od druhu fyzického nálezu alebo dôkazu vyžadujúceho fotodokumentáciu; situácie, ktoré môžu vyžadovať vyhotovenie ďalších fotografií s odstupom času a možnosti ako to zabezpečiť; potreba dôsledného recenzovania (*peer-review*) fotografií, aby sa zabezpečila kvalita a presná interpretácia fotografických nálezov.

8. Testovanie na pohlavne prenosné ochorenia a profylaxia – celkový výskyt vybraných pohlavne prenosných ochorení; rizikové faktory pre ich získanie; symptómy vybraných pohlavne prenosných ochorení; symptómy a nálezy, ktoré môžu napodobňovať pohlavne prenosné

⁴⁷ Podľa MUDr. Norberta Moravského, PhD. je tu potrebné ešte doplniť separátne odber biologického materiálu na toxikologické vyšetrenie (psychoaktívne látky vrátane alkoholu, ale aj sedatíva, hypnotiká); tiež aj posúdenie stavu ovplyvnenia toxikologicky významnou látkou; dôležité je spomenúť aj opakované odbery pre stanovenie dynamiky koncentrácie sledovaných xenobiôtík.

ochorenia; detekcia rizika vybraných pohlavne prenosných ochorení na základe špecifických údajov, ktoré obeť uviedla; identifikácia obáv obete a mýtov ohľadne prenosu, liečby a profylaxie vybraných pohlavne prenosných ochorení; zber a analýza dát týkajúcich sa bio-psycho-socio-spirituálnych a ekonomických potrieb obetí, u ktorých je (potenciálne) riziko pohlavne prenosných ochorení v dôsledku sexuálneho útoku; zvolenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy súvisiacej s rizikom pohlavne prenosných ochorení v dôsledku sexuálneho útoku (napr. nedostatok vedomostí o rizikových faktoroch pre prenos pohlavne prenosných ochorení v dôsledku sexuálneho útoku); odporúčania pre prax zohľadňujúce aktuálnu úroveň vedeckého poznania vo vzťahu k testovaniu a profylaxii / liečbe pohlavne prenosných ochorení pri plánovaní starostlivosti o klientky/klientov s rizikom pohlavne prenosných ochorení v dôsledku sexuálneho útoku; možnosti profylaxie vybraných pohlavne prenosných ochorení, bežné vedľajšie účinky, spôsoby podávania, kontraindikácie, dávkovanie; vytváranie, komunikovanie, hodnotenie a revidovanie krátkodobých a dlhodobých cieľov ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od individuálnych potrieb klientky/klienta, u ktorej/ktorého je riziko pohlavne prenosných ochorení v dôsledku sexuálneho útoku; prispôbenie testovania a profylaxie pohlavne prenosných ochorení v závislosti od klientkinej/klientovej tolerancie, adherencie a kontraindikácií; vyhľadanie medicínskej konzultácie ak je to indikované; zber, uchovanie a preprava testovacích médií pre vybrané pohlavne prenosné ochorenia.

9. Testovanie a profylaxia tehotenstva – výskyt otehotnenia v dôsledku znásilnenia; hodnotenie rizika otehotnenia v dôsledku znásilnenia s ohľadom na špecifické informácie poskytnuté klientkou; efektívnosť rôznych metód na kontrolu počatia; mechanizmus účinku, počiatkové testovanie (*baseline testing*), vedľajšie účinky, administrácia, poruchovosť a následné požiadavky (*follow-up requirements*) súvisiace s núdzovou antikoncepciou; obavy klientok a mýty ohľadne tehotenstva; zber a analýza dát týkajúcich sa bio-psycho-socio-spirituálnych a ekonomických potrieb klientok, u ktorých je riziko nechceného tehotenstva v dôsledku znásilnenia; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy súvisiacej s rizikom otehotnenia v dôsledku znásilnenia (napr. zmena v sebaopečaní súvisiaca s etickými obavami ohľadne použitia núdzovej antikoncepcie po znásilnení); odporúčania pre prax zohľadňujúce aktuálnu úroveň vedeckého poznania vo vzťahu k profylaxii tehotenstva pri plánovaní starostlivosti o klientky s rizikom otehotnenia v dôsledku znásilnenia; starostlivosť prispôbená potrebám klientky; situácie vyžadujúce medicínsku konzultáciu; identifikácia a vysvetlenie nutnosti následnej starostlivosti (*follow-up care*) a inštrukcie pri prepustení klientky.

10. Forenzne relevantná dokumentácia (*Medicolegal Documentation*) – rola a zodpovednosť forenznej sestry pri dokumentovaní vyšetrenia obete sexuálneho útoku (presné reflektovanie krokov ošetrovateľského procesu tak, aby zahŕňali individuálne potreby obete; presné rozlišovanie medzi zdrojmi poskytnutých informácií; komunikovanie priebehu udalosti tak, aby boli v čo najväčšej miere citované vyjadrenia obete; jasné rozlišovanie medzi objektívnymi a subjektívnymi údajmi); právne aspekty dokumentácie (dôvernosť, ohlasovacia povinnosť, súhlas); súdne aspekty (pravdivé a presné vyjadrenie; objektívne a nestranné hodnotenie); kľúčové princípy týkajúce sa prístupu, uchovania, archivovania a používania písomných/elektronických zdravotných záznamov, telových diagramov, fotografií; účel zdravotnej dokumentácie (komunikácia, zodpovednosť /*accountability*/, zlepšovanie kvality, hodnotenie, výskum, financovanie a manažment zdrojov).

11. Plánovanie prepustenia a následnej starostlivosti (*Discharge and Follow-Up Planning*) – identifikovanie primeraných zdrojov, pomocou ktorých možno riešiť otázky bezpečia, forenzne a zdravotné potreby obetí, vrátane prevencie/liečby pohlavne prenosných ochorení a tehotenstva; plánovanie, komunikovanie, hodnotenie a revidovanie prepustenia a následnej starostlivosti so zohľadnením súčasného vedeckého poznania, individuálnych potrieb obete, veku, vývinovej úrovne, kultúrnej diverzity a geografických špecifik; facilitovanie prístupu k spolupracujúcim organizáciám multidisciplinárneho charakteru; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy pokiaľ ide o aktuálne alebo potenciálne obavy ohľadne prepustenia a následnej starostlivosti (napr. neochota dodržať plán následnej starostlivosti).

12. Právne aspekty a súdne konania (*Legal Considerations and Judicial Proceedings*) – informovaný súhlas a metódy jeho získavania; rozdiel medzi súhlasom či odmietnutím zdravotnej

starostlivosti, verus súhlasom či odmietnutím zberu forenzných vzoriek a ich uvoľnením (*release*) na ďalšie skúmanie; vplyv veku, vývinovej úrovne a mentálneho zdravia na procedúry týkajúce sa súhlasu a metódy na zabezpečenie súhlasu v takýchto prípadoch; zber a analýza dát týkajúcich sa rôznorodých potrieb obetí, ktoré môžu ovplyvňovať procedúry ohľadne informovaného súhlasu; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy týkajúcej sa súhlasu (napr. konflikt pri rozhodovaní: neistota ohľadne poskytnutia súhlasu na medicínske a forezné vyšetrenie po sexuálnom útoku);⁴⁸ dôvernosť (ochrana) informácií a okolnosti jej obmedzenia; oznamovacia povinnosť; stanovenie primeranej ošetrovateľskej diagnózy pokiaľ ide o dôvernosť (*confidentiality*) zdravotných informácií (napr. úzkosť súvisiaca so sprístupnením chránených zdravotných informácií vyšetrovateľom; bezmocnosť vo vzťahu k oznamovacej povinnosti); právne definície vzťahujúce sa na sexuálnu viktimizáciu; právne aspekty znaleckého posudku a odborného svedectva; možné námietky obhajoby; rola foreznej sestry v súdnom konaní (poskytnutie edukatívneho dôkazu⁴⁹, poskytnutie efektívneho svedectva, počínanie a vzhľad, objektivnosť, presnosť, svedectvo založené na dôkazoch, profesionalita); príprava na účasť na súdnom pojednávaní.

V **klinickej časti** sa študentky učia prostredníctvom demonštrácií a simulácií spojených s poskytnutím spätnej väzby zo strany lekára alebo skúsenej foreznej sestry. Simulácie (pozostávajúce z mechanických simulácií, hrania rolí, navodených scenárov a prípadových štúdií) musia byť precízne pripravené, musia mať jasný cieľ a metódy hodnotenia toho ako si študentka počína. Klinická časť by mala byť absolvovaná do 6 mesiacov od ukončenia teoretickej prípravy (International Association of Forensic Nurses 2015).

Tieto vzdelávacie programy môžu absolvovať **sestry s minimálne dvojročnou ošetrovateľskou praxou**. Po uplynutí troch rokov od úspešného ukončenia certifikačného vzdelávania sa certifikácia musí obnoviť, buď prostredníctvom absolvovania skúšky alebo dokladovaním účasti na kontinuálnom vzdelávaní v priebehu uplynulých troch rokov (<http://www.forensicnurses.org/>).

Okrem špecializovaného výcviku, ktorý je základnou podmienkou výkonu roly SANE sestry, je teda potrebné **kontinuálne vzdelávanie** vo vzťahu k problematike starostlivosti o obeť sexuálnych útokov. Orientácia v aktuálnom stave relevantného vedeckého poznania je podstatným aspektom výkonu práce.

Pre uchovanie zručností nadobudnutých vo výcviku sa vyžaduje, aby každá SANE sestra mala určitý **minimálny počet vyšetrení** obetí ročne. Ak je prípadov málo, na kontrolu zručností sa môžu použiť simulácie.

Dôležitým nástrojom na udržiavanie a zvyšovanie odbornej kompetencie je aj vzájomné hodnotenie (*peer review*) sestier, **mentoring** či **supervízia**. Skupina sestier so skúsenosťami v oblasti SANE by mala recenzovať správy z vyšetrení, vrátane fotografií, a následne dať príslušnej sestre spätnú väzbu. V počiatočnom programe SANE môže recenzovanie poskytovať medicínska konzultantka / konzultant; avšak každá SANE sestra by mala participovať v procesoch vzájomného hodnotenia. Na účely konzultácií ohľadne zdravotnej starostlivosti, mentoringu, supervízie postupov vyšetrenia, hodnotenia nálezov z vyšetrenia a pod. sa čoraz viac využíva *telemedicina*.⁵⁰

⁴⁸ V podmienkach USA tento tematický blok obsahuje aj subtému týkajúcu sa možnosti refundácie nákladov na medicínsko-forezné vyšetrenie a s tým súvisiace procedúry.

⁴⁹ **Edukatívnym dôkazom** sa rozumie poskytnutie všeobecných informácií o skúmanej problematike, opierajúce sa o aktuálnu úroveň vedeckého poznania. Tieto informácie umožňujú zasadiť dôkazy zhromaždené v konkrétnom prípade do správneho kontextu, čím sa znižuje riziko, že interpretácia dôkazov bude ovplyvnená mýtmi, stereotypmi či predsudkami.

⁵⁰ Ide o využitie moderných komunikačných technológií na rýchle online spojenie s odborníkmi (nielen skúsenými SANE sestrami, ale aj lekármi špecialistami z rôznych odvetví), ktorí nemôžu byť okamžite fyzicky dostupní. Telemedicina je zvlášť užitočná ak sa vyšetrenie realizuje mimo priestorov nemocnice (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 61; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

Nájdenie, vyškolenie a udržanie SANE sestier je rozhodujúcou súčasťou vývoja programu SANE. Vzhľadom na to, že rola SANE je v mnohých komunitách sekundárnou ošetrovateľskou rolou ako aj vzhľadom na povahu práce s obeťami traumy, nájdenie, vyškolenie a udržanie takýchto sestier nie je ľahkou úlohou.

Pri identifikácii sestier, ktoré majú záujem o SANE výcvik je potrebné:

- hľadať sestry, ktoré by mohli mať záujem o poskytovanie starostlivosti obetiam sexuálneho útoku (vhodné oddelenia, kde robiť nábor sú napr. oddelenia gynekológie, psychiatrie, urgentného príjmu);
- vytvoriť jednostranový leták, ktorý možno distribuovať online formou do emailových schránok sestier a/alebo printovou formou, určenou na vyvesenie na nástenky v denných miestnostiach sestier;
- stretnúť sa so sestrami, ktoré prejavia záujem, poskytnúť im ďalšie informácie a naplánovať termíny výcviku;⁵¹
- pripraviť vzdelávací plán a nástroje na hodnotenie nadobudnutých vedomostí/zručností;
- realizujú výcvik.

Modely odmeňovania

Existujú rôzne modely odmeňovania SANE sestier:

- a) odmena za pohotovosť na telefóne plus za realizáciu vyšetrenia, ak sa v čase jej pohotovosti objaví prípad (*on-call pay plus case pay*);
- b) paušálna odmena za realizáciu vyšetrenia v konkrétnom prípade (*case pay*);
- c) štandardná mzda za prácu na smeny na nemocničnom oddelení, kde sestra pôsobí (*shift pay*);
- d) odmena na odborné svedectvo pred súdom (*court pay*) – odmena vo výške štandardnej hodinovej mzdy u zamestnávateľa, pričom počet hodín musí zohľadňovať aj čas prípravy na podanie svedectva.

Okrem toho, niektoré programy poskytujú sestrám aj:

- úhradu za použitie súkromného auta na služobné účely,
- úhradu nákladov spojených s vyškolením a kontinuálnym vzdelávaním;
- zdravotné benefity, a pod.

Pri vytváraní SANE programu je dôležité vytvoriť pre sestry dostupné zdroje na **ošetrenie sekundárnej traumatizácie**⁵² (napr. formalizovaný debriefing⁵³ po ťažkých prípadoch alebo spoluprácu s psychoterapeutom).

⁵¹ Vzhľadom na prevalenciu sexuálnej viktimizácie, je dosť pravdepodobné, že sestra bude mať **skúsenosť s nejakou formou sexuálneho útoku alebo zneužitia**. Pokiaľ sestra uchádzajúca sa o SANE špecializáciu odhalí takúto osobnú skúsenosť, je dôležité prediskutovať s ňou dve otázky: 1) Sestra musí pochopiť, že odhalenie vlastnej sexuálnej traumatizácie pred pacientkou/pacientom nie je nikdy vhodné, pretože to presmerováva starostlivosť, ktorá má byť venovaná pacientke/pacientovi, na sestru. Sestra by mala v zásade pochopiť, že svoju viktimizáciu nemôže zovšeobecňovať, prežívanie a potreby pacientky/pacienta môžu byť odlišné. 2) Sestra musí zvážiť, či bude môcť vykonávať svoju prácu bezpečne a presne, ak bude zakúšať traumatickú reakciu. Avšak predošlá skúsenosť so sexuálnou viktimizáciou by nemala byť sama o sebe prekážkou v tom, aby sestra pracovala ako SANE (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

⁵² Termíny ako **sekundárna traumatizácia** (*secondary traumatization*), **traumatizácia v zastúpení** (*vicarious traumatization*) a **únava zo súcitu** (*compassion fatigue*) sa v odbornej literatúre kontinuálne používajú ako ekvivalentné označenia bio-psycho-socio-spirituálnych reakcií či následkov vyskytujúcich sa u profesionálov pracujúcich s obeťami traumy, pričom majú za to, že tieto reakcie a následky sú podobné tým, aké sa objavujú u traumatizovaných klientov (Baird a Jenkins 2003). Ide najmä o príznaky PTSD; narušenie referenčného rámca, alebo tzv. kognitívnych schém; zmeny v úrovni uspokojovania základných psychických potrieb, akými sú bezpečie, dôvera, úcta, intimita či kontrola; zmeny v psychosociálnych vzťahoch; zmeny v oblasti náboženských a spirituálnych presvedčení. Zdravotnícke pracovníčky a pracovníci prichádzajúci do kontaktu s obeťami

2.3 Identifikácia vhodného modelu SANE programu

V počiatočných fázach implementácie SANE programu je dôležité posúdiť, ktorý model programu je pre danú spoločnosť / komunitu najvhodnejší. Každý model má svoje výhody a výzvy:

1) **Mobilný program** (*Mobile Program*) – sestry sú zamestnané v jednej agentúre alebo nemocnici. Cestujú do niektorých alebo všetkých nemocníc v určitej lokalite, aby poskytli forenzné a zdravotnícke vyšetrenie. Model má viacero výhod:

- sestry prichádzajú ku klientke/klientovi, aby poskytli starostlivosť;
- vyšší počet klientok/klientov môže pomôcť sestram udržať si zručnosti;
- orgány činné v trestnom konaní prichádzajú do kontaktu iba s jedným poskytovateľom SANE;
- neovplyvňuje personálne obsadenie každého oddelenia urgentného príjmu;
- umožňuje viaceré modely zamestnávania.

Medzi nevýhody alebo výzvy spojené s týmto modelom patrí:

- v závislosti od rozsahu spádovej oblasti môže byť starostlivosť oneskorená;
- sestry musia dávať väčší pozor, aby neponechali dôverné informácie o klientkach/klientoch nezabezpečené;
- program bude potrebovať memorandum o spolupráci s každou nemocnicou, kde sa poskytuje starostlivosť;
- musí byť vytvorený plán pre prípad, ak by bola sestra potrebná v rovnakom čase na dvoch miestach;
- musia byť vytvorené podrobné a kompletné pokyny pre sestry o tom kde v jednotlivých lokalitách zaparkovať, kam ísť, koho zo zamestnancov nemocnice kontaktovať atď.;
- ďalšie logistické úlohy zahŕňajú dopravu do a z miesta, poistenie súkromného vozidla a uchovávanie forenzných vzoriek.

2) **Nemocničný typ SANE** (*hospital-based program*) – poskytuje forenzné a zdravotnícke vyšetrenie na niektorom z nemocničných oddelení (napr. na oddelení urgentného príjmu, oddelení gynekológie). Výhodou je, že nemocnica:

- má zdravotnícky personál na mieste 24 hodín denne / 7 dní v týždni;
- má schopnosť poskytovať vyššiu úroveň starostlivosti o klientky/klientov s inými traumami alebo zdravotnými potrebami;
- poskytuje infraštruktúru a doplnkové služby, ako sú právne poradenstvo, medicínske záznamy.

S týmto modelom sú ale spojené aj určité výzvy:

sexuálnych útokov sú vystavení zvýšenému riziku takýchto následkov (Hedge 2002; Raunick et al. 2015; Lewis-O'Connor et al. 2017, s. 25). Bližší popis príznakov, výskytu, determinujúcich faktorov a možností prevencie sekundárnej traumatizácie možno nájsť v štúdií Karkoškovéj (2015).

⁵³ **Debriefing** (z angl. *debrief* – podať hlásenie) je pološtruktúrované pracovné stretnutie, kde možno otvorene rozobrať, ako pracovníčka/pracovník vnímal/a a emočne prežíval/a náročný prípad.

- situovanie SANE v rámci nejakého oddelenia je nákladný spôsob prístupu k (SANE) starostlivosti, ktorá nemusí vyžadovať vybavenie a personál daného oddelenia;
- starostlivosť o klientky/klientov môže byť oneskorená, ak sú uprednostnené iné pacientky/pacienti oddelenia s naliehavým zdravotným stavom;
- je potrebná dohoda o tom, ako bude program SANE personálne zabezpečený (ktorá SANE sestra má kedy službu, plus kto ju zastúpi v prípade ak je momentálne na oddelení a nemôže odísť od pacientky/pacienta).

3) **Komunitný typ SANE** (*Community-Based Program*) – vyšetrenie sa realizuje v nezdravotníckom zariadení, ktoré je buď špecializované iba na obete sexuálneho útoku, alebo má širšiu klientelu (obete domáceho násillia). Výhodou je, že klientky/klienti:

- môžu absolvovať vyšetrenie v prostredí, ktoré je menej medicínske a poskytuje viac súkromia;
- môžu pod jednou strechou získať aj iný typ služieb (napr. právne, advokačné, a iné podporné služby).

Okrem toho, že tento model SANE je podmienený existenciou a geografickou dostupnosťou komunitných služieb pre obete násillia, ďalšou výzvou pri tomto modeli je:

- potreba poskytnúť všetku infraštruktúru programu, vrátane uchovávania zdravotných záznamov, miestnosti na vyšetrenia a vybavenia miestnosti;
- potreba dohôd s nemocnicami o ošetrovaní obetí s potrebou medicínskeho ošetrovania.

4) **Regionálny / zdieľaný typ SANE** (*Regional/Shared Program*) – nonstop SANE služba je poskytovaná pre niekoľko nemocníc súčasne. Výhodou je, že sestry, ktoré pracujú v nemocniciach s menej frekventovane sa objavujúcimi prípadmi, majú príležitosť poskytovať starostlivosť a udržiavať si úroveň zručností. Tento model ale vyžaduje:

- dohodnutie procesu úhrady nákladov;
- ochotu sestier súhlasiť s pohotovosťou na telefóne a s cestovaním do rôznych nemocníc,
- koordinátora, ktorý by zabezpečoval rozpis služieb (pohotovosti), dodržiavanie štandardov, supervízia, atď.

5) **Nezávislí dodávatelia** (*Independent Contractors*) – SANE sestry, ktoré poskytujú starostlivosť v nemocnici alebo v nezdravotníckom zariadení na základe písomnej zmluvy. Ide o ekonomicky výhodnejšie riešenie v lokalitách, kde je malý počet prípadov sexuálnych útokov. Výzvou pri tomto modeli je:

- skladovanie zdravotných záznamov a dôkazov;
- fakturácia a platba za služby;
- v každom zariadení, v ktorom SANE poskytuje starostlivosť, sa bude vyžadovať preukázanie dokladu o odbornej spôsobilosti (*credentials*);
- musí sa ošetriť zabezpečenie supervízie a vzájomného hodnotenia správ.

Tieto modely je možné vzájomne kombinovať a vytvoriť taký model, ktorý najlepšie vyhovuje potrebám konkrétnej spoločnosti.

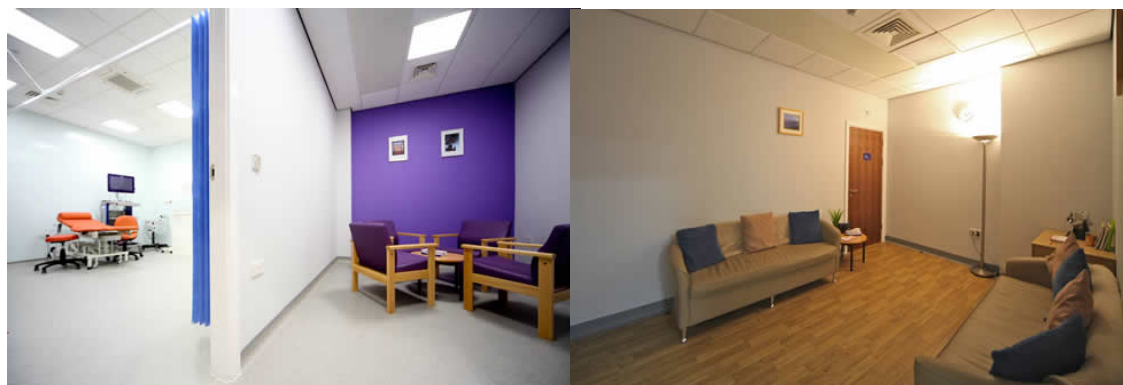
2.4 Priestory, technické vybavenie a finančné náklady

Špecializované pracovisko, v ktorom možno realizovať forenzné a zdravotnícke vyšetrenie obetí sexuálneho útoku, by malo byť:

- **dostupné** – malo by byť lokalizované v primeranej vzdialenosti od akéhokoľvek miesta v oblasti, v ktorej má pôsobnosť⁵⁴ a byť v prevádzke 24 hodín denne,
- **bezpečné** – malo by mať primerané opatrenia na ochranu klientiek/klientov, personálu, zdravotných záznamov (napr. strážený vchod, adekvátne osvetlenie, kamerový systém, uzamykateľné dvere a skrine, požiarnu ochranu a pod.),
- **čisté** – s vysokým štandardom hygieny, aká je požadovaná na akomkoľvek zdravotníckom pracovisku,
- **diskrétné** – pracovisko by nemalo mať žiadne označenia, ktoré by indikovali účel pracoviska (SAFE Place Merseyside 2017), a nepovolani ľudia by nemali byť schopní vidieť alebo počuť akúkoľvek časť konzultácie (WHO 2003, s. 21-22).

Pracovisko by malo byť **vybavené**:

- **miestnosťou**, resp. miestnosťami, kde môžu klientky/klienti čakať na vyšetrenie, resp. kde môžu prebiehať rozhovory so sprevádzajúcimi podpornými osobami a/alebo s profesionálkami a profesionálmi **pred vyšetrením a po vyšetrení**, pričom priestory by mali ponúkať súkromie, bezpečie a ticho (Obrázok 1a, b),
- **miestnosťou určenou na forenzné a zdravotnícke vyšetrenie**, ktorá taktiež zabezpečuje klientkám/klientom maximálne možné súkromie (Obrázok 2 a, b, c),
- **kúpeľňou so sprchou**, ktorá je k dispozícii pre klientky/klientov po dokončení vyšetrenia,
- **náležitým vybavením a pomôckami** na realizáciu forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 65).



Obrázok 2 a), b): Miestnosť pred vyšetrením a miestnosť po vyšetrení (SAFE Place Merseyside 2017)

⁵⁴ Pokiaľ sa obeť po sexuálnom útoku dostaví do zdravotníckeho zariadenia, ktoré nie je špeciálne vybavené na realizáciu forenzno-zdravotníckeho vyšetrenia, bude potrebný **transfer** obete do najbližšieho špecializovaného zariadenia. Pri presune je potrebné vynaložiť všetko úsilie na zachovanie dôkazového materiálu. V prípade akútnych zranení, ktoré musia byť ošetrené okamžite, ošetrovanie má byť poskytnuté zariadením, ktoré pôvodne klientku/klienta prijalo. Obete majú právo odmietnuť transfer. Mali by však byť upovedomené o tom, že odmietnutie transferu môže negatívne ovplyvniť kvalitu starostlivosti, efektívnosť zberu dôkazov a napokon aj prípadné trestnoprávne postupy. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali s obeťami starostlivo rozdiskutovať výhody a riziká transferu aj jeho odmietnutia, aby obe mohli urobiť informované rozhodnutie. Na obe sa nesmie vyvíjať nátlak, aby akceptovali transfer (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 65-66). – V súvislosti s vyššie uvedenými modelmi SANE je možné hovoriť nielen o transfere obete, ale aj o možnosti príchodu SANE sestry.



Obrázok 3 a), b), c): Miestnosť pre forenzné vyšetrenie z rôznych úloh (SAFE Place Merseyside 2017; COSAI 2013 b)



Pre realizáciu forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia je nevyhnutné zabezpečiť **adekvátne vybavenie, pomôcky a spotrebný materiál**. Nie všetko bude potrebné použiť pri každom vyšetrení. To, čo je primerané v konkrétnom prípade bude závisieť od okolností sexuálneho útoku a foreznej a zdravotníckej pozornosti, ktorú si to bude vyžadovať; ďalej od potrieb obete a od jej súhlasu. Odporúča sa, aby každé špecializované pracovisko disponovalo nasledovným vybavením (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 67-68; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016; WHO 2003, s. 25-27):

Vybavenie (fixtures):

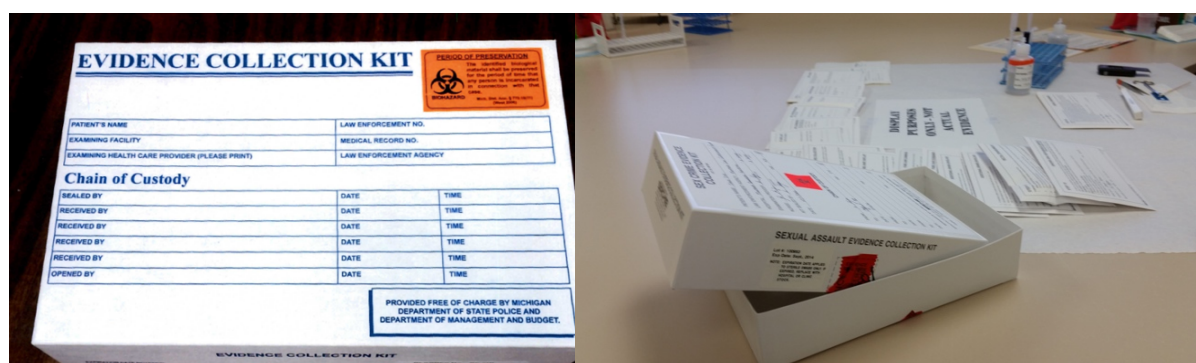
- štandardný **vyšetrovací stôl** pre vyšetrenie panvy, ideálne s hydraulickým zdvíhaním, aby bol ľahko použiteľný aj pre imobilné osoby;
- **stôl a stoličky** (pre obeť, sprevádzajúce osoby, zdravotníčku/zdravotníka),
- mobilný svetelný zdroj,
- **umývadlo** pre zdravotníčku/zdravotníka vo vyšetrovacej miestnosti, **kúpeľňa** s WC a sprchou a s toaletnými potrebami, ktorá je k dispozícii pre klientky/klientov,
- **chladnička** na dočasné uchovávanie forenzných dôkazov (najlepšie uzamykateľná),
- telefón, fax.

Všeobecné zdravotnícke pomôcky:

- turniket (škrtidlo), striekačky, ihly a sterilné tampóny, skúmavky na odber biologického materiálu, spekulá (vyšetrovacie zrkadlá) rôznych veľkostí, sterilné pomôcky, vyšetrovacie rukavice, pomôcky na testovanie tehotenstva, pomôcky na testovanie pohlavne prenosných ochorení, lubrikant, sterilná voda a fyziologický roztok, kontajner na ostrý odpad, váha a meter na meranie výšky (pre vyšetrovanie detí).

Forenzný materiál, ktorý je zvyčajne súčasťou súpravy pre zhromažďovanie forenzných dôkazov od obetí sexuálneho útoku (*evidence collection kit*), známej pod skráteným označením **RAPE KIT**. Existujú rôzne typy týchto súprav (pre príklady ich dizajnu a obsahu pozri obrázok 3 a 4 a, b); každý typ ale obsahuje minimálne:

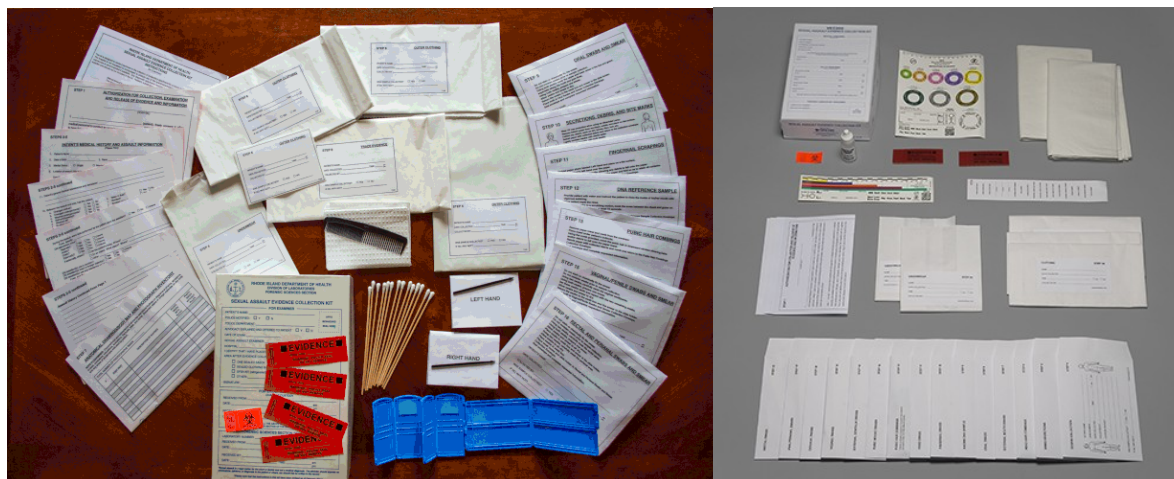
- **obal** súpravy (*kit container*), ktorý by mal mať štítok určený na doplnenie informácií pre identifikáciu prípadu. Väčšina zhromaždených dôkazových položiek sa po vysušení, zabalení, označení a zapečatení umiestni do tohto obalu. Pre objemnejšie predmety, ktoré sa nezmestia do obalu (napr. odev) sa zvyčajne dodávajú vaky. Obal súpravy, spolu s ďalšími vakmi obsahujúcimi dôkazový materiál, sa môžu umiestniť do veľkého papierového vaku;
- písomné **inštrukcie** alebo kontrolný zoznam (*checklist*), ktorý naviguje osobu realizujúcu vyšetrovanie ako postupovať pri zhromažďovaní a uložení dôkazov;
- **formuláre** týkajúce sa informovaného súhlasu klientky/klienta s forenzným vyšetrením;
- anatomické **diagramy**;
- **materiál na zber a uchovanie dôkazov** z odevu, spodného prádla a tela obeť: tampóny na odber cudzích materiálov z tela obeť (napr. spermie, krv, sliny); mikroskopické sklíčka na stery; skúmavky na krv (pre DNA alebo toxikologickú analýzu); sterilné nádoby na vzorky moču (pre tehotenské alebo toxikologické testovanie); list papiera, na ktorý sa obeť postaví pri vyzliekaní pre zachytenie padajúcich materiálov; obálky, papierové a plastové vrecká (pre odber mokrých a suchých položiek); pinzety; nožnice; škrabky (*scrapers*); hrebeň (pre odber cudzích materiálov z pokožky a vlasov); zberný papier.^{55 56}



Obrázok 4 a), b): Príklad ako vyzerá obal RAPE KIT-u – obal obsahuje kolonky, kde sa zaznačuje, kto a kedy zapečatil balíček zhromaždených dôkazov, kto a kedy balíček prevzal, a kto a kedy ho otvoril (Zdroj: a) *The Law Office* 2016; b) *Montana Department of Justice* 2017)

⁵⁵ Požiadavky na obsah RAPE KIT-u by mali byť v danom štáte jednotné, stanovené po konzultáciách s expertkami a expertmi (z radov zdravotníkov vykonávajúcich forenzo-zdravotnícke vyšetrenia obetí, orgánov činných v trestnom konaní, kriminalisticko-expertízneho ústavu), pričom každé 2 až 3 roky by sa mala prehodnocovať efektívnosť a užitočnosť obsahu RAPE KIT-u a mal by sa podľa potreby aktualizovať, zohľadňujúc pokrok vedeckého poznania a technológií (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013; Schafran 2015, s. 18).

⁵⁶ Výhodou týchto súprav je, že osoba realizujúca vyšetrenie si môže byť istá, že všetky materiály potrebné na zozbieranie dôkazov sú k dispozícii pred začatím vyšetrenia. Navyše, obsah zostavy je usporiadaný tak, že pre neskúsené zdravotníčky/zdravotníkov môže slúžiť ako návod pri odoberaní vzoriek a ich balenie takým spôsobom, ktorý je prijateľný pre kriminalisticko-expertízny ústav. Hlavnou nevýhodou balených súprav je ich cena; zvyčajne je peňažná hodnota súčtu jednotlivých častí pomerne malá, ale náklady spojené s prípravou a balením súpravy výrazne prispievajú k celkovej cene. Vo väčšine prípadov sa používa iba malý počet položiek v súprave a zvyšok je zbytočný. Ekonomickejšou aj ekologickejšou **alternatívou k použitiu balených súprav** je zhromaždenie všetkých potrebných predmetov a zabezpečenie, aby boli ľahko prístupné osobe realizujúcej vyšetrenie, ktorá si z nich flexibilne vytvorí zostavu šitú na mieru konkrétneho prípadu (WHO 2003, s. 23-24).



Obrázok 5 a), b): Príklady ako vyzerá obsah RAPE KIT-u; Zdroj: (a): Tech Against Assault (2017); (b) Sirchie (2017).

Liečebné pomôcky:

- analgetiká, núdzová antikoncepcia, materiál na šitie rán, profylaxia / vakcinácia na tetanus, hepatitídu, pohlavne prenosné ochorenia.

Sanitárne pomôcky:

- krytie a podložky na vyšetrovací stôl, uteráky, plášť pre klientku/klienta (aby sa na vyšetrenie mohla/mohol úplne vyzliecť), sanitárne predmety (napríklad podložky, tampóny).

Formuláre, informačné materiály, kancelárske potreby:

- formuláre na záznam z vyšetrenia, formulár súhlasu klientky/klienta, informačné brožúry pre klientku/klienta, označovacie štítky, perá, ceruzy.

Iné pomôcky:

- **digitálny fotoaparát** a súvisiace **pomôcky** ako sú batérie, nabíjačka, farebná lišta, pravítko,
- **kolposkop** pre identifikáciu mikroskopických zranení s možnosťou vyhotovovania fotografií alebo videa,
- **rektoskop** na použitie v prípadoch potenciálnej anorektárnej penetrácie alebo análnej/rektálnej traumy,
- **alternatívny svetelný zdroj** (technológia, pomocou ktorej možno hľadať na tele, vo vlasoch a na oblečení dôkazy, ako sú suché alebo vlhké sekréty, fluorescenčné vlákna, ktoré nie sú viditeľné pri okolitom svetle, jemné poranenia),
- **farbivo toluidínovej modrej** (*toluidine blue dye*) (niekde sa používa na zvýraznenie pozorovaných genitálnych a perianálnych poranení),
- **mikroskop** pokiaľ je potrebné preskúmať či sú spermie (ne)pohyblivé,
- **sušička** tampónov (*swab box/dryer*) – tampóny s forenzným materiálom musia byť vysušené predtým, ako sú zabalené,⁵⁷

⁵⁷ SANE program má mať vypracované postupy, ako naložiť s dôkazovým materiálom, ktorý je mokrý alebo vlhký a nemožno ho vysušiť na mieste (napr. mokré oblečenie, tampóny, hygienické vreckovky).

- **zariadenie na sterilizáciu** zdravotníckych nástrojov,
- **počítač** so zabezpečeným serverom,
- technické vybavenie pre **telemedicínu**, t.j. **software a internet** pre možnosť promptných online konzultácií, interaktívnych videokonferencií s expertkami a expertmi nenachádzajúcimi sa v zariadení, kde vyšetrenie prebieha,
- **kopírovací stroj**, CD nosiče, technické opatrenia na **bezpečné uchovávanie dokumentácie**,
- **doplňky pre zvýšenie pohodlia obete**, napr. čisté náhradné oblečenie (za poškodené alebo zadržané položky z oblečenia obetí), jedlo a nápoje.

Okrem miestností náležite uspokojených na forenzné a zdravotnícke vyšetrenie obetí sexuálneho útoku, je potrebné vyriešiť aj otázku skladovania zozbieraných dôkazových materiálov pre prípady, kedy sa obeť nerozhodnú hneď či chce podávať trestné oznámenie. Požiadavky na **skladovacie priestory a ich vybavenie** sú závislé od toho, aký druh vzoriek sa zhromažďuje v rámci forenzného vyšetrenia obetí podľa predpisov platných v danom štáte. Napr. súpravy na zhromažďovanie dôkazov, ktoré neobsahujú vlhké vzorky sa nemusia skladovať v chladničke. Moč by mal byť skladovaný v chladničke alebo zmrazený. Expertky a experti zaoberajúci sa uskladnením biologických materiálov by mali poskytnúť poznatky o optimálnych podmienkach skladovania, ako aj o rizikách spojených so skladovaním takých dôkazov ako je krv alebo moč. Dôkazy by sa mali skladovať tak dlho, ako je to len možné, resp. pokiaľ sa obeť nerozhodne prípad ohlásiť. V niektorých štátoch sa dôkazy skladujú až do uplynutia premlčacej doby. Inde sa doba skladovania odvíja od kapacít skladovacích priestorov, a je obmedzená napr. na 1, 5 alebo 10 rokov. Pokiaľ nedôjde k ohláseniu trestného činu, po uplynutí danej doby sú dôkazy zničené. Je dôležité, aby časové obdobie v rámci ktorého sa obeť môže rozhodnúť, bolo dosť dlhé na to, aby mala príležitosť rozhodnutie dôkladne zvážiť; krátke časové obdobie (napr. týždeň alebo mesiac) nemusí postačovať na to, aby učinila rozhodnutie (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 75-76).

Pri plánovaní finančných nákladov na rozbehnutie SANE programu, je potrebné brať do úvahy aj:

- náklady na realizáciu úvodného **školenia** a kontinuálnych **vzdelávacích podujatí**,
- **mzdy a finančné benefity** pre vyškolené sestry (SANE),
- náklady na **tlmočníkov** (v prípade potreby),
- výdavky na iné **služby** (laboratória, cestovné na vzdelávanie, pracovné stretnutia, výjazd za klientkou/klientom, internet, mobil),
- **prevádzkové náklady** (prenájom priestorov, elektrina, telefón, internet, TV, kancelárske potreby, upratovacie služby, bezpečnostné služby, poistenie).

Pri plánovaní SANE programu je užitočné vytvoriť si schému, v ktorej budú zachytené potrebné vstupy, aktivity, výstupy a výsledky projektu. Schéma môže byť použitá aj na účely hodnotenia a ako argumentácia pri žiadostiach o financovanie.

- **Vstupy:** zdroje potrebné na podporu rozvoja a implementácie programu (najmä školiteľky a školitelia, vyškolené zdravotníčky a zdravotníci, priestory a ich vybavenie).
- **Aktivity:** Kľúčové služby poskytované v rámci programu (najmä vzdelávacie podujatia, zdravotná starostlivosť).
- **Výstupy:** Priame výsledky aktivít programu (napr. počet poskytnutých medziodborových školení, počet ošetrovaných obetí, počet zaznamenaných hodín pohotovosti).

- **Výsledky:** Krátkodobé a dlhodobé účinky programu (napr. emocionálne zotavenie obetí sexuálnych útokov, zvýšenie miery trestného stíhania sexuálnych útokov, menej zdravotných komplikácií po sexuálnych útokoch) (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

Náklady na zdravotnú starostlivosť (profylaxia, ošetrovanie) by v našich podmienkach mali byť plne hrazené zdravotnou poisťovňou. Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10, ICD-10) ošetrovanie obetí sexuálnych útokov spadá pod diagnostický kód > Poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajšej príčiny / *Injury, poisoning and certain other consequences of external causes* (S00 - T98) > Iné a bližšie neurčené účinky vonkajších príčin / *Other and unspecified effects of external causes* T66-T78 > Syndrómy zo zlého zaobchádzania / *Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, confirmed* T74-.

2.5 Vedenie, manažment a marketing SANE programu

Udržateľný SANE program potrebuje solídne vedenie (*leadership*) a manažment. Vedenie má modelovať správanie aké sa očakáva od členov tímu, vytvárať príležitosti pre profesionálny rast, poskytovať spätnú väzbu a podporovať fungovanie a vzájomnú dôveru v rámci SANE tímu. Je to isté umenie ako sa starať o ľudí – načúvať im, angažovať (zapájať) ich, inšpirovať a udržať ich ako zamestnankyne/zamestnancov. Niektorí jedinci majú prirodzené vodcovské zručnosti, iní sa tieto zručnosti môžu naučiť. Programové manažérky či manažéri by mali hľadať príležitosti, ako rozvíjať svoje vodcovské schopnosti (Markowitz 2014).

Napriek kritickému významu vodcovských zručností, žiaden program nemôže fungovať bez efektívneho manažmentu a ľudia, ktorí plnia tieto úlohy, musia vzájomne spolupracovať na vytvorení súdržného tímu s jasným poslaním a víziou do budúcnosti. Primerané personálne obsadenie kľúčových pozícií (uvedených nižšie) dá novému SANE programu najlepšiu šancu na úspech. Silný a súdržný SANE program chápe a oceňuje každú z nižšie uvedených rolí (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

- **Programová manažérka** / koordinátorka – má na starosti vedenie programu, vrátane administratívnych aktivít ako je tvorba rozpočtu, rozpis služieb personálu, logistika programu. Všetky tieto aktivity vyžadujú konzultáciu zo strany SANE sestier. V prípade, že rolu programovej manažérky zastáva praktizujúca SANE sestra, môže sa táto rola kombinovať spolu s rolou klinickej manažérky.
- **Klinická manažérka** – má zodpovednosť za supervíziu SANE postupov a praxe jednotlivých SANE sestier. Rolu má preto zastávať praktizujúca SANE sestra.
- **Medicínska vedúca alebo konzultantka** (*Medical director or Consultant*) – najmä predpisuje/poskytuje profylaxiu pohlavne prenosných ochorení a tehotenstva; objednáva vykonanie potrebných diagnostických testov; poskytuje konzultácie pre SANE program; v prípade potreby zabezpečuje konzultácie s lekárkami a lekármi rôznych špecializácií; podieľa sa na klinickej výučbe pre SANE program; podieľa sa na procesoch hodnotenia, zabezpečovania a zvyšovania kvality programu. Pozíciu by mala zastávať rešpektovaná členka medicínskej komunity, ktorá má dobrý pracovný vzťah so sestrami, stotožňuje sa s víziou a princípmi SANE programu a dokáže byť promptne dostupná v prípade, že ju SANE personál potrebuje.⁵⁸

Pokiaľ ľudia nevedia, že určité služby existujú, nebudú ich ani využívať. **Marketing** môže túto prekážku odstrániť a zlepšiť prístup k službám. V tomto ohľade možno využiť také marketingové techniky, ako napr.: TV spot; reklama umiestnená v prostriedkoch verejnej dopravy a na bilbordoch; brožúra popisujúca ponúkané služby a široko distribuovaná v spoločnosti; stretnutia

⁵⁸ V krajinách, v ktorých v rámci povolania sestry existuje odstupňovanie kompetencií, tzv. sestra s pokročilou praxou (*advanced nurse practitioner*) môže plniť aj túto rolu, nemusí ju nutne zastávať lekárka/lekár.

s miestnymi školami, s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s komunitnými partnermi; informačné články a reklamy v novinách a časopisoch; logo programu umiestnené na často používaných predmetoch ako sú napr. fľaše minerálky, balzam na pery, atď. (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016). **Zvyšovanie verejného povedomia** o novovzniknutých službách je veľmi dôležité nakoľko obeť sa môžu najprv zdôveriť rodinným príslušníkom, priateľom, učiteľkám/učiteľom, kňazom, pastorm a pastorkám či pastoračným poradkyňami/poradcom, zamestnávateľom, kolegyniam/kolegom alebo iným. **Zoznam** novovzniknutých špecializovaných **pracovnísk** (SANE) by mal byť poskytnutý minimálne všetkým miestnym nemocniciam, zdravotným pohotovostiam, všetkým pracoviskám orgánov činných v trestnom konaní a organizáciám poskytujúcim služby obetiam (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 65).

2.6 Zaistenie kvality SART a evalvácia efektivity SANE programu

Je nevyhnutné vytvoriť mechanizmus na zaistenie toho, že kvalita práce jednotlivých profesií a koordinácia intervencií bude optimálna. Nástrojmi na zaistenie konzistentnej vysoko-kvalitnej práce zainteresovaných profesionálok a profesionálov sú najmä: **výcvik, kontinuálne vzdelávanie, supervízia, pravidelné hodnotenie práce, vzájomné hodnotenie** (*peer reviews*) správ z forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia. Pri facilitovaní zlepšení je taktiež užitočná **spätná väzba od obetí** a zainteresovaných **profesionálok** a profesionálov, ako aj **zber a analýza dát** z procesu vyšetrenia. Hodnotenie tak aktívnych ako aj vyriešených prípadov môže poskytovať príležitosť na zlepšenie kvality práce individuálnych členiek/členov tímu aj tímu ako celku. Avšak členky/členovia tímu musia pri diskutovaní prípadov dbať na dôvernú povahu informácií (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013, s. 26-27).

Zároveň je potrebné získať spätnú väzbu o tom, aký vplyv mal na obeť proces vyšetrenia a výsledky trestného konania. Všetky zainteresované profesionálky a profesionáli môžu ťažiť zo spätnej väzby **od obetí** o tom, či sa im reakcia na trestný čin javila byť primeraná a či by sa mohlo urobiť niečo na zlepšenie tejto reakcie alebo lepšie riešenie ich potrieb. Môže byť užitočné hovoriť s obeťami o ich skúsenostiach počas vyšetrenia, vrátane miesta vyšetrenia, a preskúmať, ako môže byť proces zmenený, aby sa minimalizovala trauma. Spätná väzba obetí sa dá získať niekoľkými spôsobmi:

- žiadosťou o vyplnenie hodnotiaceho formulára (nie však bezprostredne po vyšetrení),
- vykonaním následného telefonického prieskumu a
- pozvaním zúčastniť sa na diskusii vo fokusovej skupine.

Je dôležité usilovať sa získať spätnú väzbu od rôznych špecifických skupín v komunite. Vyššie uvedené si vyžaduje, aby sa obeť pred ich prepustením z forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia položila otázka, či súhlasia s následným kontaktovaním a ak áno, aký spôsob kontaktovania preferujú, tak aby bol pre nich pohodlný a bezpečný. **Rodiny a priatelia** obetí môžu byť tiež schopní poskytnúť užitočnú spätnú väzbu.

Kritický význam má aj **získanie spätnej väzby a facilitovanie dialógu medzi profesionálkami/profesionálmi prvého kontaktu** (orgánmi činnými v trestnom konaní, sociálnymi poradkyňami, zdravotníckym personálom) **a profesionálkami/profesionálmi, ktorí vykonávajú forenzné a zdravotnícke vyšetrenie.** Niektoré z týchto informácií by mohli byť bežne vyžiadané a rozdiskutované **na stretnutiach SART / SARRT a stretnutiach koordinačnej rady** (s cieľom posúdiť, čo funguje a čo potrebuje zlepšenie). **Pravidelné hodnotenie procesu vyšetrenia** vyšetrujúcimi, supervízorkami/supervízormi, advokátkami/advokátmi, zástupkyňami/zástupcami orgánov činných v trestnom konaní a prokuratúry môže taktiež pomôcť zaistiť, že potreby obetí sú napĺňané, problémy sú riešené, najmodernejšie postupy a technológie sa využívajú v takej miere ako je to len možné, a potreby vzdelávania sa identifikujú. Pokiaľ ide o získanie spätnej väzby o tom, ako proces vyšetrenia ovplyvňuje výsledky trestnoprávných postupov, môže byť užitočné aby profesionálky/profesionáli, ktorí vykonávajú forenzné a zdravotnícke vyšetrenie, mali **prístup k správam** kriminalisticko-expertíznych ústavov o

zhromaždených dôkazoch **a k spätnej väzbe** o tom, ako zlepšiť techniky zhromažďovania dôkazov. Prokurátorky/prokurátori môžu poskytnúť profesionálkam/profesionálom, ktorí vykonávajú forenzné a zdravotnícke vyšetrenie a zástupcom polície informácie o užitočnosti dôkazov zhromaždených v prípade. Sociálne poradkyne môžu podporiť diskusiu o tom, ako proces forenzného vyšetrenia môže ovplyvniť záujem obetí a ich ochotu vstúpiť do systému trestnej justície. Orgány činné v trestnom konaní môžu s osobami realizujúcimi forenzné vyšetrenie a s pracovníkmi laboratórií diskutovať o optimálnych metódach na uchovávanie dôkazov od obetí pred ich príchodom na vyšetrenie. Tímové prehodnotenie tak aktívnych ako aj uzavretých prípadov ponúka bohaté príležitosti na zlepšenie. Toto je len niekoľko príkladov toho, ako môžu pracovníčky/pracovníci prvého kontaktu využiť spätnú väzbu o výsledkoch trestnoprávných procesov za účelom zlepšenia procesu forenzného vyšetrenia (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013).

Nemenej dôležité je **zhromažďovanie a analýza údajov z procesu forenzného vyšetrenia**, s cieľom lepšie pochopiť povahu sexuálnych útokov v komunite a vyhodnotiť efektivitu reakcií. (Údaje, ktoré identifikujú obeť, by nemali byť súčasťou zhromažďovaných údajov. Pozornosť sa musí venovať ochrane identity obetí v komunitách, kde sa obyvatelia zvyknú navzájom poznať alebo kde sa správy o zločine rýchlo rozširujú). V priebehu času môžu takéto údaje pomôcť:

- sledovať (*track*) zaangažovanosť odborníkov/odborníkov a organizácií,
- vyhodnotiť silné a slabé stránky systému,
- zhodnotiť efektivitu odpovede pri rôznych typoch prípadov (napr. útok zo strany neznámeho páchateľa versus útok zo strany osoby, ktorú obeť pozná),
- zlepšiť kvalitu vyšetrenia,
- vyhodnotiť vplyv zozbieraných dôkazov na výsledky trestnoprávných konaní,
- sledovať a hodnotiť aké výsledky prinášajú služby pre obeť.

Niektoré krajiny vytvorili centralizované databázy na zhromažďovanie a analýzu informácií medzi jednotlivými disciplínami. Avšak takýto počin vyžaduje značné zdroje, koordináciu a opatrenia na ochranu osobných údajov obetí. Centrálna databáza by mala byť integrovaná do multidisciplinárneho plánovania koordinácie. Napríklad zúčastnené subjekty môžu spoločne určiť, ako využiť existujúce zdroje, hľadať nové finančné prostriedky, chrániť osobné údaje obetí a systematicky získavať údaje. Vzhľadom na to, že niektoré dáta môžu byť reliabilné, zatiaľ čo reliabilita iných môže byť z rôznych dôvodov otázna, je potrebné zvážiť, ktoré dáta majú byť súčasťou takejto databázy (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013).

Hodnotenie a monitorovanie sú dôležitými aspektmi všetkých foriem poskytovania **zdravotnej starostlivosti** a kľúčom k udržaniu vysokokvalitných služieb a uspokojivej úrovne starostlivosti aj o obeť sexuálneho útoku (WHO 2003, s. 28).

V súvislosti s **evalváciou efektivity SANE programu**, Campbell et al. (2013, s. 10-11) a neskôr aj U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime (2016) uvádzajú, že existujú dva hlavné typy evalvácie programu:

- **evalvácia procesu:** hodnotí procesy alebo aktivity programu; skúma, čo program robí, ako to robí, a mieru, do akej program funguje podľa očakávaní, resp. štandardov. Môže to zahŕňať dokumentáciu poskytovaných služieb, spôsobu ich poskytovania a spokojnosti klientiek/klientov;⁵⁹

⁵⁹ Ide tu o opatrenia na zaistenie kvality (*quality assurance*), ktorých podstatou je sledovanie, či jednotlivci dodržiavajú stanovené postupy a zároveň o proaktívne a preventívne úsilie zamerané na kontinuálne

- **evalvácia výsledkov:** zameriava sa na výsledky programu a ich a hodnotenie. Skúma, do akej miery má program zamýšľaný vplyv na obeť, komunitu, účastníčky/účastníkov vzdelávania a podobne. Tento typ evalvácie môže zahŕňať hodnotenie výsledkov zdravotného stavu obetí, presnosti zberu forenzných dôkazov a konečných výsledkov prípadov v trestných konaniach. Kriminalisticko-expertízne ústavy a orgány činné v trestnom konaní môžu poskytnúť spätnú väzbu ohľadne primeranosti zberu forenzných dôkazov a informácie o výsledkoch trestných prípadov.

Otázky použité na účely evalvácie majú byť **dostatočne špecifické**, aby odpovede boli merateľné. Napríklad nie je možné merať "koordináciu", ale je možné merať, ako často prokurátorky/prokurátori konzultujú so SANE sestrami. Nasledujúca tabuľka poskytuje príklady otázok hodnotenia procesov a výsledkov pre mnohé oblasti, v ktorých programy SANE pôsobia (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016):

Oblasť	Evalvácia procesu	Evalvácia výsledkov
Psychické zdravie	• Aké percento obetí vnímalo sestru ako podpornú (<i>supportive</i>)? • Aké percento obetí dôverovalo sestre?	• Vykazujú obeť vyšetrené v rámci SANE programu menej symptómov posttraumatického stresu ako obeť, ktoré boli vyšetrené inde? • Vykazujú obeť vyšetrené v rámci SANE programu menej symptómov depresie ako obeť, ktoré boli vyšetrené inde?
Telesné zdravie	• Koľko obetí dostalo profylaxiu pohlavne prenosných ochorení? • Koľko obetí dostalo núdzovú antikoncepciu?	• Existuje vyššia pravdepodobnosť následnej liečby pohlavne prenosných ochorení u obetí vyšetrených v rámci SANE programu oproti obeť, ktoré boli vyšetrené inde? • Vykazujú obeť vyšetrené v rámci SANE programu menej gastrointestinálnych problémov v porovnaní s obeťami, ktoré boli vyšetrené inde?
Zber forenzných dôkazov	• Koľko mokrých tampónov, suchých tampónov a sterov sa používa pre každú odobratú vzorku? • Aké dokumenty sa v RAPE KIT nachádzajú keď sú odovzdané polícii?	• Sú vzorky dôkazov, ktoré odoberajú SANE úplnejšie a správnejšie ako tie, ktoré odoberajú iné odborníčky/odborníci? • Sú postupy pre uchovávanie dôkazov zo strany SANE adekvátnejšie než zo strany iných?
Trestné konania	• Aké percento obetí dostalo informácie o procesoch trestného konania? • Koľkokrát SANE poskytli svedectvo alebo znalecký posudok v rámci trestných konaní?	• Sú prípady ošetrené prostredníctvom SANE s väčšou pravdepodobnosťou ukončené trestným stíhaním alebo ústiace do usvedčenia páchateľa, než ne-SANE prípady? • Ústia prípady, v ktorých SANE svedčia, s väčšou pravdepodobnosťou do usvedčenia, než prípady v ktorých SANE nesvedčia?
Spoločenská zmena	• Koľko školení sa poskytlo iným organizáciám, podieľajúcim sa na koordinovanej intervencii voči prípadom sexuálneho útoku?	• Konzultujú prokurátorky/prokurátori so SANE častejšie potom, čo absolvovali školenie o význame takejto konzultácie? • Odporúča polícia častejšie obeť na SANE program potom, čo došlo k formalizácii spolupráce (memorandum o spolupráci medzi políciou a SANE)?

Tabuľka 5: Príklady evalvačných otázok

Niekedy sa SANE programy zdráhajú realizovať evalváciu. Nižšie sú uvedené niektoré **dôvody** tohto **zdráhania** ako aj odporúčania, ako tieto prekážky prekonať (Campbell et al. 2013, s. 7):

- **Nedostatok skúseností s evalváciou** – v tomto ohľade môže byť užitočné nadviazať spoluprácu s externými výskumníkmi/výskumníčkami, ktorí pôsobia na univerzitách alebo v iných inštitúciách; taktiež môže byť užitočné inšpirovať sa zahraničnými manuálmi,

ktoré vysvetľujú proces evalvácie SANE spôsobom zrozumiteľným aj pre začiatočníčky / začiatočníkov v procesoch evalvácie⁶⁰.

- **Predošlé zlé skúsenosti s výskumami a evalváciami** – v tomto ohľade treba pamätať na to, že nie všetci, čo robia výskumy a evalvácie sú rovnakí. Dobrá výskumníčka či evalvátor si bude vážiť a vyžiada si váš vstup (input), rozumie dynamike sexuálneho útoku, chráni dôvernosť informácií, a má plán na zdieľanie a využitie zistení plynúcich z evalvácie.
- **Nedostatok zdrojov** – treba si uvedomiť, že evalvácia nemusí stáť veľa peňazí a zabráť veľa času na to, aby bola užitočná. Môže ísť aj o jednoduchú analýzu záznamov, ktoré sú v rámci SANE programu tak či tak zhromažďované. Náklady na evalváciu by však mali byť zahrnuté do rozpočtov programu. Evalvácia môže poskytnúť dôkazy o fungovaní programu a povzbudiť donorov, aby pokračovali vo financovaní programu, alebo financovanie ešte zvýšili.
- **Strach z negatívnych výsledkov evalvácie** – v tomto ohľade je potrebné reflektovať, že nečakané výsledky nie sú zlá vec – ale naopak, sú prvým krokom k identifikácii príležitostí na zlepšenie programu.

Evalvácia by mala byť včlenená do vývoja SANE programu od počiatku. Efektívna evalvácia je užitočným nástrojom na zlepšovanie komplexnej starostlivosti o obeť sexuálneho násillia.

⁶⁰ Napr. SANE Evaluation Toolkit (Campbell et al. 2013).

3 TEORETICKÝ RÁMEC A KLÚČOVÉ PRINCÍPY SANE

Táto kapitola zdôrazňuje, že proces budovania SANE programu začína uznaním dôležitosti inkorporovania teórie ošetrovateľskej praxe do každého aspektu programu.

Poskytovanie starostlivosti ako SANE sestra je jednou z najnáročnejších oblastí ošetrovateľskej praxe. Vyžaduje, aby sestra mala psycho-sociálne zručnosti, schopnosť spolupráce a kritického myslenia a aby bola expertkou na posudzovanie telesného stavu obetí sexuálneho útoku. **Model kvalitnej starostlivosti** (Quality-Caring Model©), ktorý vyvinula Joanne Duffy (2013), poskytuje teoretický rámec ošetrovateľstva, ktorý podporuje všetky aspekty roly SANE sestry. Táto teória ošetrovateľstva uznáva to, čo už bolo v rámci výskumu zameraného na prax SANE zistené, a síce, že najlepšie výsledky pre obeť aj pre komunitu možno dosiahnuť prostredníctvom starostlivého vzťahu s obeťami (Fehler-Cabral et al. 2011). Vo svojom modeli kvalitnej starostlivosti Duffy (2013) popisuje štyri vzťahy a osem faktorov starostlivosti.

Štyri vzťahy starostlivosti zahŕňajú:

1. starostlivosť **o obeť a rodinu**;
2. starostlivosť **o seba**, pri ktorej sa zdôrazňuje potreba vedomosti o symptómoch únavy zo súcitu a o opatreniach na dosiahnutie zdravej rovnováhy medzi prácou a osobným životom;
3. starostlivosť **o ostatných**, pričom spolupráca **multidisciplinárneho tímu** sa považuje za formu starostlivosti;
4. starostlivosť **o komunitu**, s dôrazom na primárnu prevenciu sexuálnej viktimizácie.

Osem faktorov starostlivosti zahŕňa špecifické kategórie starostlivého správania:

1. **Spoločné riešenie problémov** – opisuje správanie sestry, ktoré pomáha obeť a jej blízkym porozumieť tomu, ako konfrontovať, učiť sa a uvažovať o svojom zdraví a chorobe. To obeť poskytuje informácie, ktoré potrebuje, aby lepšie spolupracovala pri liečbe a starostlivosti o vlastné zdravie. Napr. SANE sestra v praxi informuje obeť sexuálneho útoku o možnostiach zberu forenzných dôkazov, poskytuje poradenstvo o možnostiach núdzovej antikoncepcie.
2. **Pozorné uisťovanie** – vyplýva z toho, že sestra vyvíja vedomé úsilie, aby sa v danej chvíli plne sústredila na obeť. Obeť tak vníma, že sa na sestru môže spoľahnúť a dodáva jej to pocit istoty. Napr. SANE sestra preruší vyšetrenie po tom, ako si uvedomí, že obeť sa neprestáva triasť; sestra zabezpečí, aby sa počas vyšetrenia minimalizovalo vyrušovanie a obeť tak môže zažívať, že je pre sestru prioritou.
3. **Úcta k človeku** – týka sa rešpektovania hodnoty človeka prostredníctvom bezpodmienečného prijatia, láskavého a starostlivého zaobchádzania s ľudským telom a uznávania práv a povinností. Napr. SANE sestra pristupuje s rovnakou úctou k ľuďom bez domova, adolescentom, ľuďom zo sexbiznisu, či imigrantke alebo imigrantovi.⁶¹

⁶¹ V zmysle Slovenského Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka "Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca. – Povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je zachovávať život, chrániť, podporovať a obnovovať zdravie, predchádzať chorobám, mierniť utrpenie bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie, morálnu či rozumovú úroveň a povesť pacienta" (čl. 1 a 2 Všeobecných povinností zdravotníckeho pracovníka, Etický kódex zdravotníckeho pracovníka – Príloha č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z.).

4. **Povzbudzujúci prístup** – starostlivosť sa vyjadruje aj prostredníctvom prístupu alebo postojov sestry. Obeť v tomto ohľade pociťuje starostlivosť, ak registruje zo strany sestry podporu, pozitívne myšlienky a pocity, otvorenosť voči pocitom druhých. Napr. SANE sestra primerane reaguje na sebaobviňujúce pocity, ktoré obeť vyjadruje; počas celého procesu vyšetrenia robí opatrenia na zvýšenie miery komfortu obeť.
5. **Uznanie jedinečných významov** – vzťahuje sa na poznanie toho, čo je pre obeť dôležité, vrátane osobitných sociálno-kultúrnych súvislostí ovplyvňujúcich ich prežívanie. Sestry berú do úvahy obzvlášť tie potreby obetí, ktoré sú dôležité v priebehu poskytovania starostlivosti.
6. **Upokojujúce prostredie** – vzťahuje sa na prostredie, v ktorom sa poskytuje starostlivosť. Aby pôsobilo upokojujúco, malo by zahŕňať holistickú starostlivosť a snahu poskytnúť obeť súkromie, bezpečie a kontrolu. Napr. starostlivosť v rámci SANE programu sa poskytuje v miestnosti, ktorá má dvere a steny (nie iba deliaci záves); pracovisko by malo mať taký vstupný priestor, ktorý zamedzí tomu, aby obeť čakali vo verejnej čakárni; obeť sa umožní, aby mala vždy pri sebe podpornú osobu.
7. **Základné ľudské potreby** – ide o potreby identifikované Abrahámom Maslowom: fyzické potreby, bezpečie, sociálne a vzťahové potreby, sebahodnotenie a seberealizácia. Napr. SANE sestra najprv odoberie obeť výter z úst, aby mohla jesť alebo piť skôr, ako začne vyšetrenie.
8. **Afiličné potreby** – vzťahujú sa na potrebu spolupatričnosti k rodine alebo členstva v iných sociálnych zoskupeniach. Tento faktor sa zameriava na dôležitosť blízkych ľudí pokiaľ ide o zdravie a pohodu obetí. Napr. SANE sestra poučí rodinných príslušníkov, priateľov, sprevádzajúceho kňaza, a iných o normálnych reakciách na sexuálny útok, o traume a o spôsoboch, ako obeť poskytnúť podporu; dovoľí príbuznému byť pri obeť počas vyšetrenia, pokiaľ si to obeť výslovne želá.

Okrem konceptu kvalitnej starostlivosti (Duffy 2013) najnovšia príručka pre implementáciu SANE programu (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016) zdôrazňuje **päť kľúčových princípov**, bez uznania a aplikácie ktorých nie je možné poskytovať primeranú starostlivosť o tak osobitne zraniteľnú skupinu ako sú obeť sexuálnych útokov. Ide o nasledovné princípy:

1. **Starostlivosť zameraná na pacientku/pacienta (*Patient-Centered Care*)** – definovaná ako poskytovanie starostlivosti, ktorá rešpektuje a odpovedá na individuálne preferencie, potreby a hodnoty pacientky/pacienta a zabezpečuje, aby tieto hodnoty navigovali (*guide*) všetky klinické rozhodnutia. To si vyžaduje viac než to, aby boli obeť poskytnuté informácie o tom, čo sa bude diať počas vyšetrenia a aké má možnosti. Je potrebné ešte pred začatím vyšetrenia zistiť, čo obeť potrebuje aby sa udialo prv. Príklady na napĺňanie tohto princípu v praxi: pred začatím vyšetrenia pomôcť obeť zabezpečiť, aby niekto vyzdvihol jej dieťa zo školy; vyhľadať miesto, kde si obeť môže dať cigaretu pred začatím vyšetrenia. (Detailnejší popis tohto princípu je uvedený v samostatnej subkapitole s rovnomeným názvom.)
2. **Starostlivosť zohľadňujúca poznatky o traume (*Trauma-Informed Care*)** – zahŕňa snahu pochopiť spojenie medzi aktuálne prítomnými symptómami či správaním obeť a jej predošlými traumatickými skúsenosťami. História traumy pritom môže zahŕňať nielen nedávnu udalosť sexuálneho útoku, ale aj staršie zážitky zneužívania a násillia. Všetky komponenty SANE programu majú byť hodnotené z perspektívy obeť traumy. Obeť má byť vnímaná vo svojej celistvosti, prístup k nej má podporovať zotavenie a redukovať retraumatizáciu. Napr. počas toho ako obeť rozpráva o nedávnom sexuálnom útoku, sestra môže rozpoznať, že počas traumatickej udalosti došlo k disociácii.⁶² Následne

⁶² „Termínom **disociácia** sa označuje 'rozvázovanie' či oddeľovanie pôvodne spojitý prebiehajúcich psychických procesov. Výsledkom je stav, kedy duševné pochody ako vnímanie, myslenie, cítenie koexistujú, bez toho, aby

môže s obeťou prebrať stratégie na zamedzenie toho, aby k disociácii došlo aj počas vyšetrenia a uistiť ju, že vyšetrenie stopne, ak k tomu dôjde. Iným príkladom traumou informovanej starostlivosti je pochopenie, že niektorí jedinci v dôsledku skorších tráum nedôverujú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti či orgánom činným v trestnom konaní a súdom.⁶³ Poskytovanie starostlivosti zohľadňujúcej poznatky o traume vyžaduje tiež uznanie skutočnosti, že rodina a priatelia obetí sa môžu zaoberať svojimi predchádzajúcimi traumatickými zážitkami, čo môže mať vplyv na ich schopnosť poskytovať podporu obeti, ktorá hľadá starostlivosť. Napríklad matka dospievajúcej obete možno predtým nezverejnila, že ako tínedžerka bola obeťou sexuálneho útoku. Pre matku môže byť ťažké poskytnúť podporu svojej dcére, ak znovuprežíva vlastnú traumu. Je dôležité pochopiť, že trauma je bežná a SANE sestry musia byť pripravené rozpoznať symptómy súvisiace s traumou a poskytnúť starostlivosť a podporu.

3. **Prax založená na dôkazoch** (*Evidence-Based Practice*) – je definovaná ako uplatňovanie najlepších dostupných výsledkov výskumu (dôkazov) pri rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti. Zdravotnícki pracovníci rešpektujúci tento princíp v praxi používajú výskumné dôkazy spolu s klinickými skúsenosťami a preferenciami pacientiek/pacientov. Príkladom rešpektovania tohto princípu v práci SANE sestry je pochopenie a schopnosť vysvetliť, prečo môže byť po sexuálnom útoku poranenie pohlavných orgánov prítomné alebo absentujúce. Iným príkladom je pochopenie, že zatiaľ čo dôležité dôkazy môžu byť stratené, ak sa neodoberú análne výtery, obeť má právo odmietnuť ich odobratie.
4. **Rozpoznanie jedinečnosti komunity** (*Recognition of Community Uniqueness*) – pri vytváraní SANE programu je dôležité rozpoznať, že neexistuje jediný model SANE, ktorý by bol aplikovateľný na potreby každej komunity. Napr. nemocničný model SANE nie je aplikovateľný vo vidieckych oblastiach; v niektorých lokalitách možno bude potrebné zaviesť mobilný alebo komunitný typ SANE, aby bolo možné realizovať zber forenzných dôkazov čo najskôr po sexuálnom útoku.
5. **Multidisciplinárny prístup** – Získanie najlepších výsledkov pre obeť aj pre komunitu si vyžaduje tímový prístup. Každá členka/člen tímu hrá dôležitú úlohu a prispieva k celkovému výsledku. Multidisciplinárny tímový prístup je nevyhnutný, ak sa majú obeť sexuálnych útokov zotaviť z traumy a ak majú byť páchatelia násilia braní na zodpovednosť. Pretože primárnou povinnosťou SANE je poskytovať zdravotnú starostlivosť obetiam, SANE musia byť ochotné úzko spolupracovať so sociálnymi poradkyňami, orgánmi činnými v trestnom konaní, forenznými expertkami a expertmi a ďalšími profesiami (napr. psychológia, psychoterapia, psychiatria, sociálno-právna ochrana detí, školské poradne). Príkladom implementácie tohto princípu je vytvorenie protokolov ako majú jednotlivé zložky multidisciplinárneho tímu reagovať, ak je im ohlásený prípad sexuálneho útoku.

došlo k ich prepojeniu, alebo stav, kedy sa určité obsahy mysle vydedia z vedomého prežívania“ (Čírtková 2014, s. 80). Podľa Anny Salter (1995) podstatou disociácie je proces oddelenia, ktoré môže nastať na viacerých úrovniach: 1. medzi osobou (*self*) a jej *telom*; 2. medzi osobou a jej *identitou*; 3. medzi osobou a jej *súčasným prostredím*; (4) medzi osobou a jej *minulosťou*; (5) medzi osobou a jej *emóciami*. Pre bližší popis fenoménu disociácie u sexuálne viktimizovaných osôb pozri publikáciu Karkoškovéj (2014, 2016, s. 78-81).

⁶³ Pre bližšie porozumenie problematike traumou-informovanej starostlivosti odporúčame pozrieť si krátke edukačné video (v angličtine), v ktorom SANE sestra uvádza príklad z praxe ako sa predošlá trauma pacientky prejavila na jej aktuálnych postojoch: <https://www.ovcttac.gov/downloads/saneguide/TraumaInformedCare.mp4>.

3.1 Starostlivosť zameraná na obeť⁶⁴

K osobe oznamujúcej sexuálnu viktimizáciu je kriticky dôležité pristupovať promptne, vhodne, citlivo a rešpektujúco vo vzťahu k jej individuálnym potrebám. Každý počin profesionála počas procesu vyšetrenia by mal napomáhať starostlivosti o obeť, jej zotavovaniu a/alebo kriminálnemu vyšetrovaniu (ak je prípad ohlásený).

Obete sexuálnych útokov je potrebné vnímať ako urgentné prípady. Je nevyhnutné promptne vykonať zdravotné skrínigové vyšetrenie. Každá minúta, ktorú obeť čakajú na vyšetrenie, môže spôsobiť stratu forenzných dôkazov a zbytočnú traumy. Osoby, ktoré sa zdôverili so skúsenosťou nedávneho sexuálneho útoku, by mali byť rýchlo transportované na miesto vyšetrenia, promptne vyhodnotené, podrobené ošetreniu vážnych zranení a malo by im byť ponúknuté forenzné a zdravotnícke vyšetrenie.

Obeti je potrebné zaistiť súkromie. Diskrétny prístup má zabrániť rozpakom plynúcim z toho, že by bola osoba na verejnom priestranstve identifikovaná ako obeť sexuálneho útoku. Ak nie je vyšetrujúca odborníčka/odborník ihneď k dispozícii, obeť sexuálneho útoku netreba nechať čakať v priestoroch, kde čakajú aj iní pacienti. Obeti by malo byť ponúknuté, aby čakanie strávila v miestnosti, ktorá poskytuje ticho a súkromie, aby v nej mohla vybaviť telefonáty, hovoriť s krízovou poradkyňou, priateľkou/priateľom alebo inou blízkou osobou.

Je dôležité identifikovať akékoľvek potreby, ktoré by obeť mohla mať pred začatím vyšetrenia. Môže sa to týkať čohokoľvek, od zabezpečenia dohľadu nad deťmi až po dopriatie si pár minút na fajčenie cigarety pred podstúpením vyšetrenia. Vyšetrujúca zdravotníčka (prípadne zdravotník) musí byť dostatočne flexibilná, aby chránila dôležité forenzné dôkazy a zároveň vnímala okamžité potreby obeť. Napr. sestra môže zobrať obeť výter z úst a nechať ju najesť sa predtým než začne vyšetrenie.

Proces vyšetrenia musí byť prispôsobený jedinečným potrebám a okolnostiam každej obeť. Zážitky obeť počas sexuálnych útokov, prežívanie procesu vyšetrovania, ako aj ich potreby po útoku môžu byť ovplyvnené viacerými faktormi, ako sú:

- vek,
- pohlavie, sexuálna orientácia,
- anamnéza fyzického zdravia a aktuálny stav,
- anamnéza duševného zdravia a súčasný stav,
- zdravotné postihnutie,
- jazykové potreby osôb neovládajúcich dostatočne jazyk krajiny, v ktorej sa nachádzajú, nepočujúcich a ťažko počujúcich osôb, a osôb so zmyslovým alebo komunikačným postihnutím,
- etnické a kultúrne presvedčenia a praktiky,
- náboženské a duchovné presvedčenia a praktiky,
- ekonomický stav vrátane bezdomovectva,
- história predchádzajúcej viktimizácie,
- predchádzajúce skúsenosti s orgánmi činnými v trestnom konaní,

⁶⁴ Spracované podľa: U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016.

- či bol útok facilitovaný drogami a/alebo alkoholom,
- prípadný predchádzajúci vzťah s podozrivou osobou,
- či útočníkom bola osoba, ktorá je v pozícii autority,
- či bol útok súčasťou širšieho kontinua násillia a/alebo útlaku (napr. násillie v intímnom vzťahu, násillie v rodine, komerčné sexuálne vykorisťovanie, obchodovanie s ľuďmi),
- kde došlo k útoku,
- či utrpeli fyzické zranenia pri útoku a závažnosť zranení,
- či sa v čase útoku podieľali na nelegálnych činnostiach (napr. dobrovoľné užívanie alkoholu nepľnoletou osobou),
- či sa pred útokom podieľali na aktivitách, ktoré tradične generujú obeť obviňujúce postoje a pocity viny (napr. pitie alkoholu pred útokom alebo súhlas s návštevou bytu osoby útočníka),
- či bola počas útoku použitá nejaká metóda na zabránenie počatiu (napr. obeť mohli už predtým užívať antikoncepciu alebo útočník mohol použiť kondóm),
- schopnosť vyrovnať sa s traumou a úroveň podpory dostupnej zo strany rodiny a priateľov,
- či existujú nejaké osoby závislé na obeti, ktoré vyžadujú opatrovanie počas vyšetrenia, alebo ktoré boli traumatizované útokom (napr. boli jeho svedkami) alebo ktoré môžu byť ovplyvnené rozhodnutiami, ktoré obeť urobí počas vyšetrenia,
- spoločenské / kultúrne postoje voči sexuálnej viktimizácii, jej obetiam a páchatelom,
- aká je v danej spoločnosti frekvencia sexuálnej viktimizácie a historická odozva súdneho systému, systému zdravotnej starostlivosti a systému služieb určených obetiam.

Pri používaní prístupu zameraného na obeť by obeť mali mať možnosť určiť, ktoré faktory sú pre starostlivosť o nich dôležité. Aplikovaním faktorov ľudského rešpektu a vzájomného riešenia problémov (z modelu Duffyovej faktorov starostlivosti) možno forenzné a zdravotnícke vyšetrenie a iné aspekty starostlivosti prispôbiť špecifickým potrebám každej obeť.

Obete reagujú na traumy rôznymi spôsobmi. Osobám, ktoré sa o nich starajú, sa môžu javiť ako kľudné, indiferentné, submisívne, veselé, zlostné, emočne rozrušené, alebo aj nespokojné a nepriateľské. Odborníčky a odborníci sa musia mať na pozore, aby nerobili úsudky o dôveryhodnosti obetí opierajúc sa o mýty alebo mylné predstavy o správaní obetí.

Reakcie, potreby a rozhodnutia obetí pred, počas a po vyšetrení môžu byť ovplyvnené **rôznymi strachmi**. Napr. ženy sa môžu obávať otehotnenia, alebo ak sú už tehotné, môžu mať obavy či útok nemohol poškodiť plod. Obete môžu mať obavy z HIV infekcie alebo iného pohlavne prenosného ochorenia. Možno nechcú, aby niekto vedel o útoku, alebo sa môžu obávať, že členovia rodiny a priatelia ich odmietnu alebo budú obviňovať. Môžu sa obávať, že ich rodina upadne do zahanbenia alebo že členovia rodiny sa budú chcieť útočníkovi pomstiť. Môžu sa obávať predpokladaných následkov oznámenia prípadu orgánom činným v trestnom konaní. Môžu sa obávať, či ich kultúrne zázemie neovplyvní spôsob, akým sa s nimi bude zaobchádzať. Môžu sa obávať, či útočník neublíži alebo sa nebude vyhrážať im alebo ich blízkym, ak niekomu povedia o útoku. Môžu sa obávať straty zdroja príjmu v dôsledku oznámenia prípadu, ak útočníkom bol ich intímny partner.

Je dôležité **vyhýbať sa vytváraniu si domnienok o obetiach**. Aby odborníčky a odborníci porozumeli rozpoloženiu a okolnostiam obetí a prispôbili proces vyšetrenia ich potrebám a obavám, **je dôležité, aby sa vždy pýtali a aktívne vnímali a počúvali**. Zároveň si musia

uvedomiť, že obeť kontrolujú rozsah osobných informácií, ktoré zdieľajú. Hoci je pre odborníčky a odborníkov užitočné získať úplný obraz o situácii obetí, je na obetiach, aby rozhodli, či a v akom rozsahu zdieľajú osobné informácie. V priebehu vyšetrenia môžu odborníčky a odborníci požiadať obeť aby prezradili niektoré údaje, napríklad vek, alebo či si myslia, že útok bol facilitovaný alkoholom alebo drogami. Nie je však dôvod spytovať sa obetí na také údaje, ako sú napr. sexuálna orientácia a rodová identita, alebo náboženské či duchovné presvedčenie, pokiaľ to nie je potrebné kvôli zabezpečeniu náležitej starostlivosti.

Je potrebné zachovať citlivý prístup k potrebám obetí patriacich k špecifickým skupinám. Edukácia odborníčok a odborníkov o problémoch, ktorým často čelia obeť patriace k špecifickým skupinám, môže pomôcť zlepšiť starostlivosť, služby a intervencie poskytnuté v procese vyšetrenia. Budovanie porozumenia voči perspektívam konkrétnej skupiny môže pomôcť zvýšiť pravdepodobnosť, že počínanie odborníčok a odborníkov prispeje k zmierneniu traumy obetí. Netreba však predpokladať, že obeť budú mať určité presvedčenia, potreby a obavy len preto, že patria k špecifickej skupine. Dôležité je mať na pamäti, že prežívanie obetí je ovplyvnené množstvom iných osobných a vonkajších faktorov.

Je užitočné vypracovať **pravidlá ako postupovať** za účelom naplnenia potrieb obetí patriacich k špecifickým skupinám. V tomto ohľade je potrebné nadviazať **spoluprácu** s organizáciami a odborníčkami/odborníkmi, ktorí sa venujú špecifickým skupinám a môžu pomôcť vzdelávaním zdravotníkov a/alebo sami sa stať členkami a členmi multidisciplinárneho intervenčného tímu. Nižšie sú uvedené len základné body, ktoré treba mať na pamäti pri vybraných špecifických skupinách obetí. Zoznam špecifických skupín obetí nie je vyčerpávajúci a je možné ho podľa potreby rozšíriť.

Obete z rôznych kultúrnych skupín. Je dôležité mať na zreteli, že kultúra môže ovplyvniť presvedčenia o sexuálnej viktimizácii, jej obetiach a páchateloch, presvedčenia o praktikách zdravotnej starostlivosti o obeť sexuálnych útokov, presvedčenia o psychickom zotavení sa z útoku, presvedčenia o spôsoboch dosahovania spravodlivosti po sexuálnej viktimizácii a ochotu obetí vstúpiť do systému trestnej justície. Obete sa môžu zdráhať hovoriť o útoku pretože stigma s ním spojená je ohromujúca. V niektorých kultúrach je napr. strata panenstva pred manželstvom devastujúca pokiaľ ide o možnosti dôstojného sobáša v budúcnosti. V niektorých religióznych kruhoch môže byť už samotné diskutovanie o čomkoľvek, čo súvisí so sexualitou, spájané so zahanbením.⁶⁵ Je potrebné si uvedomiť, že presvedčenia o ženách, mužoch a sexualite sa môžu veľmi odlišovať medzi obeťami pochádzajúcimi z rôznych kultúrnych zázemí. V prípade potreby je užitočné odporučiť obeť, kde môžu vyhľadať informácie alebo dostať poradenstvo pri riešení kultúrne špecifických ťažkostí, ktorým môžu čeliť.

Obete nedostatočne ovládajúce úradný jazyk. V prípade potreby je žiadúce zaobstarať tlmočenie k obeť, ktorá dobre neovláda úradný jazyk. Kedykoľvek je to možné, treba sa postarať o to, aby tlmočila kvalifikovaná tlmočnica/tlmočník a nie osoba z okruhu príbuzných alebo priateľov obeť. Pri tlmočení treba pamätať na to, aby osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie hovorila priamo smerom k obeť. Pri určovaní toho, kde v miestnosti by sa mala zdržiavať tlmočnica/tlmočník, treba brať do úvahy pocity studu obeť a potrebu súkromia. V tejto súvislosti je žiadúce poučiť tlmočnice/tlmočníkov o problematike sexuálnej viktimizácie a procese vyšetrenia, kedykoľvek sú potrební, aby facilitovali komunikáciu v týchto prípadoch.

Obete s telesným, zmyslovým, mentálnym alebo iným postihnutím. Je dôležité si uvedomiť, že riziko sexuálnej viktimizácie je u osôb so zdravotným postihnutím značne zvýšené, zároveň s rizikom že budú viktimizované opakovane tým istým páchatelom. Za sexuálne útoky môžu byť v takýchto prípadoch zodpovední opatrovatelia, príbuzní alebo priatelia a je možné, že práve páchatelia sprevádzajú obeť na miesto vyšetrenia. V prípade podozrenia treba zamedziť tomu,

⁶⁵ V kresťanskom prostredí môžu byť niektoré hodnoty a morálne požiadavky predkladané spôsobom, ktorý nezohľadňuje špecifické okolnosti takej traumy a zločinu, akým je sexuálna viktimizácia. Z hľadiska rizika sekundárnej viktimizácie obeť má kritický význam spôsob interpretácie takých tém, ako sú hriechy proti sexualite, vina, zmysel zla a utrpenia, láska k blížnemu, poslušnosť, obeť, odpustenie a zmierenie, uzdravenie duševných zranení. Pre bližší popis predmetnej problematiky pozri publikáciu Karkoškovéj (2014, 2016).

aby podozrivá osoba bola prítomná pri vyšetrení obete. Je dôležité hovoriť priamo k obetiam so zdravotným postihnutím, aj keď sú prítomné tlmočníčky/tlmočníci či opatrovatelky/opatrovatelia. Obetiam je potrebné vysvetliť procedúru vyšetrenia a zistiť či a akú pomoc potrebujú (napr. osoby s telesným postihnutím môžu potrebovať asistenciu aby sa dostali na vyšetrovací stôl⁶⁶). Je potrebné požiadať o dovoľenie predtým než sa pristúpi k tomu, aby im odborníčky/odborníci pomohli (alebo sa ich dotkli, alebo manipulovali s ich zdravotnými pomôckami, vrátane vodiacich psov). K obetiam s určitým stupňom kognitívnych ťažkostí je potrebné hovoriť jasným a pokojným hlasom a pýtať sa veľmi konkrétne otázky. Exaktne treba vysvetliť, čo sa bude diať v priebehu vyšetrenia a prečo. Obete trpiace zdravotným postihnutím sa môžu z rôznych dôvodov zdráhať podať trestné oznámenie alebo súhlasiť s vyšetrením, vrátane obavy, že sa im nebude veriť, že sa dostanú do ťažkostí (zvlášť ak páchatelom je osoba, na ktorú sú v každodennom živote odkázané). Osoby so zdravotným postihnutím môžu mať obmedzené poznatky o otázkach reprodukčného zdravia a nemusia byť schopné opísať, čo sa im stalo. Môžu mať tiež potrebu hovoriť o tom, akú rolu zohrávalo ich zdravotné postihnutie, pokiaľ ide o ich zraniteľnosť voči útoku. Je dôležité načúvať tomu, ako svoje zážitky opisujú a uistiť ich, že sexuálna viktimizácia nie je ich vina. V prípade potreby je žiadúce ich povzbudiť k tomu, aby v rámci poradenstva bližšie rozdiskutovali, čo by im mohlo pomôcť cítiť sa bezpečnejšie v budúcnosti. Treba mať tiež na pamäti, že realizácia vyšetrenia u obetí so zdravotným postihnutím môže trvať dlhšie než zvyčajne. Je dôležité vyhýbať sa náhleniu počas vyšetrenia – takýto postup by nielenže mohol obeť stresovať, alebo mohol by prispieť aj k tomu, že niektoré forenzné dôkazy a informácie by chýbali.

Muži ako obeť. Potrebujú porozumieť, že sexuálne násilie páchané na mužoch nie je zriedkavé a že to, čo sa im stalo nie je ich vina. Mnohí muži v pozícii obetí sa sústreďia na sexuálny aspekt útoku a prehliadajú iné jeho súčasti ako sú nátlak, rozdiel moci a emočné zneužívanie. Rozšírenie ich porozumenia sexuálnemu útoku môže pomôcť zmierniť ich sebaobviňovanie. Nakoľko sa môžu obávať verejného odhalenia útoku a stigmatizácie spojenej so sexuálnou viktimizáciou mužov, je potrebné zdôrazniť rozsah dôvernosti informácií, ktoré obeť počas vyšetrenia komunikuje. U mužov, ktorí sa stali obeťami sexuálneho útoku, je nižšia pravdepodobnosť, že vyhľadajú a získajú podporu od rodinných príslušníkov, priateľov alebo od poradenských služieb. Citlivý prístup pri prvotnej intervencii a poskytnutie primeraných odporúčaní ich môže motivovať k vyhľadaniu pomoci. Ak je to možné, treba rešpektovať požiadavku obetí pokiaľ ide o to, akého pohlavia má byť osoba, ktorá sa im odborne venuje.

Adolescentné obeť. V prípade, že sú adolescentné obeť privedené na vyšetrenie rodičmi alebo opatrovníkmi, ich prítomnosť vytvára dodatočnú výzvu pre tých, ktorí sa zúčastňujú vyšetrenia, pretože rodičia / opatrovníci sú často traumatizovaní viktimizáciou ich dieťaťa. Rodičia alebo opatrovníci môžu obviňovať obeť za to, čo sa stalo, ak ich obeť neuposlúchla alebo sa angažovala v správaní, ktoré je z hľadiska možnej viktimizácie vnímané ako rizikové. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia posúdiť úroveň fyzického vývinu adolescentných obetí a zohľadniť ich vek pri určovaní vhodných metód vyšetrenia a zhromažďovania forenzných dôkazov. Je potrebné mať na pamäti, že forenzné a zdravotnícke vyšetrenie týkajúce sa sexuálnych útokov môže byť pre adolescentné dievčatá prvou situáciou, kedy podstupujú gynekologické vyšetrenie. Pri vysvetľovaní toho, čo majú očakávať, môže byť potrebné uviesť veci detailnejšie. Nakoľko je dospievanie často časom experimentovania, je potrebné ubezpečiť tieto obeť, že bez ohľadu na ich správanie (napríklad užitie alkoholu a drog, stopovanie) nikto nemá právo správať sa voči nim násilne a že za útok nenesú vinu. Nakoľko rodičia alebo opatrovníci môžu ovplyvniť alebo byť vnímaní ako ovplyvňujúci vyhlásenia obetí, zhromažďovanie informácií od adolescentiek a adolescentov by v ideálnom prípade s ich súhlasom malo prebiehať bez toho, aby boli rodičia alebo opatrovníci prítomní v miestnosti.

Dospelé osoby s históriou sexuálneho zneužívania v detstve (CSA, z angl. *child sexual abuse*). Je dôležité, aby SANE sestry mali povedomie o tom, že mnoho obetí bude mať históriu predošlej traumy (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016). Viacero výskumov

⁶⁶ Vyšetrovací stôl s hydraulickým výťahom môže napomôcť tomu, aby aj obeť s telesným postihnutím dostali vysoko kvalitné vyšetrenie.

potvrdilo, že skúsenosť CSA predstavuje významný rizikový faktor pre sexuálnu **viktimizáciu v dospelosti**, zvlášť u žien⁶⁷ (Roodman a Clum 2001; Maker et al. 2001; Krahé et al. 1999). Toto riziko sa ukázalo byť 4- až 5-krát vyššie než u jedincov, ktorí CSA nezažili (Fillipas a Ullman 2006; Ogloff et al. 2012). Osoby s nespracovanou traumou z detstva môžu vykazovať nezdravé správanie (napr. nadmerné užívanie alkoholu a drog, promiskuitné správanie, prostitúcia, zotrvávanie v zneužívajúcom intímnom vzťahu⁶⁸), ktoré ich stavia do väčšieho rizika sexuálneho útoku. Je dôležité vnímať takéto správanie ako symptóm problému, ktorý možno sotva odstrániť, pokiaľ nebude uznaná primárna (*underlying*) trauma. Užitočné je zmeniť otázku „čo je s tou osobou zlé“ na otázku „čo sa jej prihodilo“ (U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

Treba tiež podotknúť, že v dôsledku traumatizácie tela a osobnej intimity má nejedna obeť CSA **ťažkosti podrobiť sa akejkol'vek lekárskej procedúre**, zvlášť ak je gynekologickej povahy. Nie je nezvyčajné stretnúť obeť ženského pohlavia, ktoré sú už dávno dospelé, ale ešte nikdy neboli na gynekologickej prehliadke, alebo ktoré chronicky zanedbávajú pravidelné gynekologické prehliadky (Loeb et al. 2002, s. 319). Viaceré výskumy preukázali, že ženy s históriou CSA v menšej miere vyhľadávajú urgentnú alebo pravidelnú gynekologickú starostlivosť (Robohm a Buttenheim 1996; Smith a Smith 1999; Čechová 2016) a že v prípade absolvovania gynekologických vyšetrení zažívajú **pocity hanby a zraniteľnosti** (Robohm a Buttenheim 1996). Uvedené výskumné zistenia sú vysvetliteľné tým, že takáto situácia je doslova nabitá spúšťačmi nežiadúcich spomienok na traumy – zahŕňa dotýkanie sa tela a vníkanie doň rôznymi medicínskymi nástrojmi. Navyše zdravotnícke pracovníčky/pracovníci (už len preto, že sú v pozícii autority, že disponujú značnou mocou a kontrolou nad pacientkami) sú pre obeť zdrojom úzkosti, strachu a antipatie. Obete majú strach z odhalenia nahoty svojho tela, obávajú sa necitlivého prístupu alebo zneužitia, prezradenia skutočnosti CSA, ktorú sa snažia skrývať, alebo, naopak, jej prehliadnutia napriek zjavným znakom. Dokonca aj byrokratické procedúry v zdravotníckych zariadeniach a vyčkávanie s tým spojené pôsobia na niektoré obeť negatívne – keďže čakanie v strachu a úzkosti mohlo byť tiež súčasťou CSA (Courtois 1996, s. 317-324).

Obete staršieho veku. Treba mať na pamäti, že emočné dôsledky sexuálnej viktimizácie môžu na obeť doľahnúť až s odstupom času po vyšetrení. Negatívne fyzické zmeny súvisiace s pokročilým vekom spolu s počiatočnou traumatickou reakciou na sexuálny útok môžu spôsobiť, že niektoré staršie obeť nebudú schopné dať vedieť o svojich potrebách, čo môže viesť k dlhotrvajúcej alebo nevhodnej liečbe.

Je dôležité nezamieňať zdravotné postihnutie (napríklad stratu sluchu alebo afáziu) alebo akútnu stresovú reakciu na sexuálnu viktimizáciu so senilitou. Použitie vhodných komunikačných prostriedkov, napríklad osobného načúvacieho zariadenia, môže umožniť, aby staršia dospelá osoba s vážnou stratou sluchu komunikovala efektívne. Taktiež je dôležité si uvedomiť, že starší ľudia zvyčajne spracúvajú informácie pomalšie než mladší dospelí a trvá im dlhšie, kým svoje myšlienky vyjadrí. Ide o normálnu zmenu súvisiacu s vekom a nemala by sa považovať za dôkaz nedostatku mentálnej kapacity. Zdravotnícke pracovníčky a pracovníci, ktorí sa venujú starším osobám, musia hovoriť pomaly a jasne a dať starším dostatok času na spracovanie poskytnutých informácií a formulovanie odpovedí. Ak sa objavia otázky týkajúce sa spôsobilosti (*capacity*) obeť, je potrebné kontaktovať kvalifikovaných odborníkov, aby to posúdili.

Taktiež je potrebné si uvedomiť, že starší ľudia môžu byť sexuálne napadnutí jedincami, na ktorých sú existenčne závislí (kvôli finančnej podpore, bývaniu, a pod.). Páchatelia môžu sprevádzať obeť na miesto vyšetrenia. Niektorí páchatelia sa môžu personálu javiť ako šarmantní, zatiaľ čo iní môžu pôsobiť hrozivo. Špecializované zariadenie by malo mať smernice

⁶⁷ Výskumníci Ogloff et al (2012) analyzovali doposiaľ najrozsiahlejšiu vzorku (oficiálne preukázaných) prípadov CSA, celkovo 2759 prípadov v priebehu 31-ročného obdobia, pričom kontrolná vzorka pozostávala z 2677 respondentov. Výsledky ich výskumu okrem iného ukázali, že obeť CSA mužského pohlavia boli vo významne vyššej miere než muži vo všeobecnej populácii (ale výrazne menej než obeť CSA ženského pohlavia) obeťami neskoršej sexuálnej viktimizácie.

⁶⁸ Pre bližšie porozumenie dynamike takéhoto správania pozri publikáciu Karkoškovéj (2014, s. 82, 104, 107-108, 120).

ohľadne toho, ako vyhodnocovať a postupovať v situáciách, ktoré sú ohrozujúce pre obeť alebo pre personál zariadenia.

Obeť staršieho veku môžu byť fyzicky krehkejšie než mladšie obeť, a preto môžu byť ohrozené poškodením tkanív alebo kostí a zhoršením existujúcich chorôb a zraniteľností. Staršie ženy sú vystavené zvýšenému riziku vaginálnych poranení, ak boli znásilnené vaginálne. Zníženie hormonálnych hladín po menopauze vedie k zníženiu vaginálnej lubrikácie a spôsobuje, že vaginálna stena sa stáva tenšou a krehkejšou. Nástroje používané pri vyšetrení je potrebné prispôbiť týmto fyziologickým zmenám.

Ak je forenzné a zdravotnícke vyšetrenie vyžiadané orgánom činným v trestnom konaní alebo opatrovníkom, je stále dôležité získať súhlas a spoluprácu obeť pri procedúre zberu forenzných dôkazov. Tí, ktorí podali žiadosť, môžu argumentovať, že zhromažďovanie dôkazov môže byť obzvlášť dôležité, pretože obeť nemusí byť schopná poskytnúť vyhlásenie alebo svedčiť. Ak však obeť nemá dostatočnú kapacitu a nie sú schopné poskytnúť súhlas a spoluprácu, nemali by byť nútené vyšetrené alebo podrobené forezným procedúram, ktoré nie sú nevyhnutné pre ich vlastné zdravie a bezpečnosť.

Niektoré staršie obeť môžu chcieť hovoriť o tom, akú rolu v ich zraniteľnosti voči sexuálnemu útoku mohol zohrávať ich vek a fyzická kondícia. Iné môžu byť traumatizované tým, že sexuálnym útočníkom je člen rodiny alebo osoba, ktorej dôverovali. Je potrebné načúvať ich obavám a tomu, ako onú skúsenosť vnímajú. Treba ich ubezpečiť, že nie je ich vina, že sa stali terčom sexuálneho útoku. V prípade potreby je žiaduce ich povzbudiť k hlbšiemu rozdiskutovaniu tejto problematiky v rámci poradenstva.⁶⁹ Starší ľudia sa niekedy zdráhajú využívať nadväzujúce služby pre obeť, vrátane zdravotnej starostlivosti. Ak existujú prekážky ohľadne dostupnosti týchto služieb (napr. problém prepravy), je potrebné spolupracovať s miestnymi službami, aby sa identifikovali možné riešenia.

LGBTI obeť. Existujúce výskumy poukazujú na to, že prevalencia sexuálnej viktimizácie v detstve i v dospelosti je u príslušníkov a príslušníkov tejto komunity častejšia než u heterosexuálov. Môže to byť spojené so všeobecnou diskrimináciou na základe inej orientácie, ale aj s tzv. prípadmi „nápravného znásilnenia“, ktoré sú akýmsi trestom za sexuálnu orientáciu alebo „pokusom“ o zmenu orientácie či identity (Očenášová 2015, s. 14). LGBTI osoby sú vystavené zvýšenému riziku sexuálnej viktimizácie najmä v období tzv. *coming out*, teda procesu sebaaprijatia a vyrovnávania sa so sexuálnou orientáciou či pohlavnou identitou. Sexuálna viktimizácia proces *coming outu* komplikuje, zhoršuje schopnosť vyhľadať účinnú pomoc, znižuje šance na oznámenie týchto činov, a zároveň zvyšuje riziko psychosociálnych následkov (Procházka 2014). „Príslušníčky a príslušníci LGBTI komunity sa tiež často stretávajú s bariérami pri poskytovaní medicínskych alebo psychologických služieb a to dokonca aj v prípadoch, ktoré nie sú spojené s násilím“ (Očenášová 2015, s. 14). Zdravotníčky a zdravotníci pracujúci so sexuálne viktimizovanými osobami z radov LGBTI menšiny by sa mali usilovať o vytvorenie prostredia, ktoré bude pre riešenie sexuálnych trestných činov pre členov LGBTI komunity čo najbezpečnejšie a priateľské. Obeť by malo byť umožnené aby bola pri vyšetrení prítomná pre ňu podporná osoba. Odborníčky a odborníci by sa mali vzdelávať v LGBTI problematike a venovať pozornosť sebareflexii vlastnej homofóbie, bifóbie, transfóbie a možných diskriminačných praktík, uvedomeniu si ich dôsledkov na individuálnu prácu a tiež na pôsobenie celej pomáhajúcej inštitúcie. Informačné/propagačné materiály by mali používať jazyk, ktorý z možných užívateľiek a užívateľov pomoci nevylučuje LGBTI osoby (Procházka 2014, s. 176-179).

Je potrebné uznávať dôležitosť služieb pre obeť v rámci procesu vyšetrenia. V ideálnom prípade existujú v spoločnosti adekvátne služby na podporu sexuálne viktimizovaných osôb pokrývajúce obdobie pred, počas a po vyšetrení. S obeťou by mali začať komunikovať ešte pred vyšetrením, čo najskôr po oznámení útoku. Obeť, ktoré prichádzajú na miesto vyšetrenia bezprostredne po útoku, sa zvyčajne vyrovnávajú s traumou, anticipujú vyšetrenie, zvažujú

⁶⁹ Otázky týkajúce sa prípadného presťahovania starších ľudí kvôli zvýšeniu ich bezpečia nesmú byť riešené proti ich vôli (pokiaľ sú títo jedinci svojprávní).

dôsledky podania trestného oznámenia. Väčšina odborníkov a odborníkov, s ktorými sa obeť stretávajú, sa zameriava na objektívne úlohy. Orgány činné v trestnom konaní zhromažďujú informácie a dôkazy z miesta činu, aby uľahčili vyšetrovanie prípadu. Zdravotnícky personál posudzuje medicínske potreby, ponúka liečbu a zhromažďuje forenzné dôkazy od obetí. Obete musia urobiť mnoho súvisiacich rozhodnutí, ktoré im môžu pripadať ohromujúce. Sociálne poradkyne im môžu ponúknuť hmatateľné a osobné spojenie s dlhodobým zdrojom podpory a obhajovania. Sústredia sa na podporu práv, potrieb a želaní obetí. Komunikujú s obeťami zaručujúc im väčšiu mieru dôverylosti zdieľaných informácií, než zdravotníčky a zdravotníci, ktorí mnohé informácie musia uviesť do správy z vyšetrenia. Pokiaľ má obeť počas vyšetrenia k dispozícii podporu sociálnej poradkyne, zdravotníčka/zdravotník si môže ľahšie zachovať objektívny postoj.

Pokiaľ obeť neprichádza do špecializovaného zariadenia už v sprievode sociálnej poradkyne, zariadenie poskytujúce služby pre obeť by malo byť čo najskôr kontaktované, aby sa poverená pracovníčka dostavila. Prijímajúca pracovníčka špecializovaného zariadenia by mala obeť stručne vysvetliť rolu sociálnej poradkyne, a pokiaľ obeť váha, či chce jej služby využiť, predtým než sa rozhodne, mala by mať možnosť komunikovať so sociálnou poradkyňou telefonicky. Ak je to možné, obeť by malo byť dovolené, aby sa stretli so sociálnymi poradkyňami v miestnosti poskytujúcej súkromie ešte pred vyšetrením. V ideálnom prípade by obeť mala mať asistenciu tej istej sociálnej poradkyne v priebehu celého procesu vyšetrenia.

Mal by sa brať ohľad na žiadosti obetí týkajúce sa prítomnosti príbuznej alebo inej podpornej osoby (napr. priateľky, priateľa, duchovného poradcu) **pocas vyšetrenia**. Výnimkou sú situácie, ak by vyhovieť požiadavke obetí mohlo byť potenciálne škodlivé pre nich alebo proces vyšetrenia. Zároveň by sa malo rešpektovať ak obeť nechce, aby boli určité osoby prítomné v miestnosti (napr. ak adolescenti nechcú, aby ich rodičia boli prítomní). Osoby realizujúce vyšetrenie by mali dostať výslovný súhlas od obetí, aby mohli začať procedúry vyšetrenia pokiaľ je v miestnosti prítomná iná osoba. Ak so súhlasom obeť v miestnosti ostávajú iné osoby, je potrebné pamätať na vhodné zakrytie obetí a umiestnenie prítomných osôb.

Počet osôb prítomných v miestnosti počas vyšetrenia je potrebné **obmedziť na minimum** (okrem obeť, osoby realizujúce vyšetrenie, sociálnej poradkyne, podpornej osoby a v prípade potreby tlmočníka je prítomnosť ďalších osôb nežiaduca). Hlavným dôvodom je ochrana súkromia obetí, ale aj priestorové kapacity vyšetrovacej miestnosti. Príslušníčky/príslušníci orgánov činných v trestnom konaní by počas vyšetrenia nemali byť prítomní v miestnosti. Ak je kvôli konzultácii potrebný ďalší zdravotnícky personál (napr. chirurg), do miestnosti by mal byť vpustený iba so súhlasom obetí. Súhlas obetí by sa mal vopred získať aj v prípadoch, ak sa má študentke vo výcviku umožniť buď pozorovanie vyšetrenia alebo realizácia vyšetrenia pod supervíziou. Nie je vhodné žiadať obeť o to, aby umožnili skupine študentiek pozorovať vyšetrenie.

Pokiaľ je to možné, je potrebné prispôbiť sa žiadostiam obetí ak preferujú odbornú osobu určitého pohlavia. Niektoré obeť môžu z rôznych dôvodov preferovať spoluprácu so ženou alebo s mužom v roli policajtky/policajta, sociálnej poradkyne, zdravotníčky/zdravotníka.

Pred začatím vyšetrenia a vykonaním každej procedúry je potrebné vysvetliť obeť, čo to zahŕňa a aký to má význam. Treba mať na pamäti, že niektoré procedúry vyšetrenia môžu byť pre obeť nepríjemné a bolestivé vzhľadom na povahu traumy, ktorú zažili. Ak sa vysvetľovaniu procedúr venuje dostatok času, obeť sa môžu lepšie uvoľniť, nadobudnúť pocit kontroly nad tým, čo sa deje, a robiť rozhodnutia, ktoré zodpovedajú ich potrebám. Po poskytnutí potrebných informácií je potrebné vyžiadať si od obetí povolenie pokračovať v procedúre vyšetrenia.

Zdravotnícke a forenzné procedúry je potrebné integrovať v maximálnej nožnej miere. Procedúry zdravotnej starostlivosti a zberu forenzných dôkazov by mali byť integrované, aby sa maximalizovala účinnosť a minimalizovala trauma obetí. Napríklad krv potrebná na medicínske a forenzné účely by sa mala odoberať súčasne.

3.2 Informovaný súhlas⁷⁰

V priebehu celého vyšetrenia je dôležité mať na pamäti potrebu informovaného súhlasu obetí. Existujú dva podstatné, ale oddelené druhy súhlasu - jeden pre celkové zdravotnícke vyšetrenie a liečbu a druhý pre zber a odovzdanie forenzných dôkazov. Obete by mali pochopiť úplnú povahu svojho súhlasu s každou procedúrou, či už je zdravotníckej alebo forenznej povahy, napr. čo procedúra zahŕňa, aký jej význam, aké sú jej možné vedľajšie účinky, aké sú limity diskretnosti (*limits of confidentiality*). Jediný spôsob, ako dostať obeť do pozície, aby mohli robiť informované rozhodnutia o tom, či povolia procedúru, je poskytnúť im všetky relevantné informácie v jazyku, ktorému rozumejú.⁷¹

- Treba pamätať na to, že **informovaný súhlas je proces**. Nie je jednoducho dokonaný v okamihu, keď obeť podpíše formulár súhlasu. Informovaný súhlas by mal byť vnímaný ako proces, ktorý pokračuje v priebehu celého vyšetrenia. Obeta by mala byť upovedomená, že môže odmietnuť akúkoľvek procedúru alebo akúkoľvek časť vyšetrenia v akomkoľvek momente vyšetrenia. Obete môžu odmietnuť akúkoľvek časť alebo celé vyšetrenie.⁷² Proces informovaného súhlasu však zahŕňa aj informovanie obetí o vplyve zamietnutia procedúry, pretože môže negatívne ovplyvniť kvalitu starostlivosti a užitočnosť zhromažďovania forenzných dôkazov. Môže to mať tiež negatívny vplyv na trestné stíhanie, pretože forenzné dôkazy, ktoré neboli zhromaždené, mohli byť užitočné a pretože obhajcovia protistrany v občianskom alebo trestnom konaní to môžu zneužiť na diskreditáciu obeti (napr. môžu odvolávajúc sa to, že obeť odmietla procedúru, tvrdiť, že skrýva niečo, čo by sa touto procedúrou odhalilo).
- Predtým, než sa obeť s čímkoľvek zdôveria, mali by byť **informované o tom, či a do akej miery je ich komunikácia dôverná**. Pochopenie toho, čo sa stane s poskytnutými informáciami a rozsahu, v akom môžu byť informácie chránené, je dôležitou súčasťou informovaného súhlasu.

Informácie poskytnuté zo strany dospelaj obeť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sú zvyčajne považované za dôverné, pokiaľ poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nezíska dovolenie k ich zdieľaniu.⁷³ Výnimku zo zachovania dôvernosti informácií predstavuje

⁷⁰ Spracované podľa: U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013; ; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016; Porov. tiež.: Brown a Sommers 2017, s. 276-282; Schafran 2015.

⁷¹ Pre porovnanie, podľa platnej slovenskej legislatívy „Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je **povinný informovať** o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (...) (a) **osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila**, (b) **zákonného zástupcu**, opatrovníka, poručníka, inú fyzickú osobu ako rodič, ktorá má maloleté dieťa zverené do osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v náhradnej osobnej starostlivosti, osobu, ktorá má dieťa v pestúnskej starostlivosti, osobu, ktorá má záujem stať sa pestúnom a má dieťa dočasne zverené do starostlivosti, budúceho osvojiteľa, osobu, ktorá má dieťa zverené podľa osobitných predpisov, alebo štatutárneho zástupcu zariadenia, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu o nariadení ústavnej starostlivosti alebo rozhodnutie súdu o uložení ochrannej výchovy (...), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (...) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie **zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť** pre informovaný súhlas a **primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu** osoby, ktorú má poučiť.“ (§ 6, ods. 1-2 Zákona č. 576/2004 Z. z.).

⁷² Napríklad pacientka môže súhlasiť s tým, aby SANE sestra vyčistila oblasť, kde ju útočník olizoval, aby získala vzorku DNA, ale môže odmietnuť dať súhlas s fotografovaním jej vnútorných zranení (Schafran 2015, s. 17).

⁷³ Pre porovnanie, podľa platnej slovenskej legislatívy „Zdravotnícky pracovník je **povinný zachovávať mlčanlivosť** o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s výkonom svojho povolania. – Povinnosti mlčanlivosti môže zdravotníckeho pracovníka zbaviť iba osoba, ktorej sa skutočnosti týkajú, alebo orgán príslušný na vydanie povolenia, a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov. – Povinná mlčanlivosť sa neporuší postúpením zdravotnej dokumentácie medzi lekármi poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť, ako aj v ďalších prípadoch ustanovených osobitným predpisom. – Povinná mlčanlivosť sa neporuší ani informovaním zdravotníckeho pracovníka, ak rozsah poskytovanej informácie nepresahuje rámec informácií, ktoré zdravotnícky pracovník nevyhnutne potrebuje na riadne plnenie úloh pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 80, odsek 2-5 Zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti,

legislatívne ukotvená oznamovacia povinnosť⁷⁴) a hlásenie pohlavne prenosných ochorení.^{75 76}

- Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a ostatné zainteresované odborníčky a odborníci sa musia **zdržať akéhokoľvek posudzovania alebo nátlaku** pri získavaní súhlasu obetí s forenznými a zdravotníckymi procedúrami.
- Okrem ústneho poskytovania informácií a získavania súhlasu počas celého procesu vyšetrenia, je potrebný **aj písomný súhlas obetí na formulári** vytvorenom na tento účel.
- Existujú rôzne **metódy** ústneho informovania obetí a vyžadovania ich súhlasu. Niektoré osoby realizujúce forenzné a zdravotnícke vyšetrenie napríklad požiadajú od obetí, aby vyjadrili svoj súhlas s každou procedúrou v priebehu vyšetrenia, zatiaľ čo iné vysvetlia obetiam na začiatku, že potrebujú, aby im povedali, ak chcú kedykoľvek prestať.
- Slovné a písomné **informácie** poskytnuté obetiam na facilitovanie procesu súhlasu by mali byť **úplné, jasné a stručné**. Tieto informácie spolu s formulárom na zaznamenanie súhlasu obeť by mali byť prispôsobené úrovni komunikačných schopností a jazyku obetí.
- Osoby realizujúce forenzné a zdravotnícke vyšetrenie si musia byť vedomé verbálnych a neverbálnych podnetov od obetí a prispôbiť svoje metódy získavaniu súhlasu potrebám obetí. Je dôležité **povzbudzovať obeť, aby kládli otázky a informovali** osobu realizujúcu forenzné a zdravotnícke vyšetrenie, ak potrebujú prestávku alebo zopakovanie informácie, alebo nechcú, aby sa konkrétna časť vyšetrenia vykonala.

Je potrebné sa uistiť, že na príslušných formulároch (zdravotníckom a forenznom) sú všetky potrebné **podpisy a dátumy** a zaznačiť súhlas alebo dôvody odmietnutia súhlasu.

Súhlas týkajúci sa zdravotníckeho vyšetrenia a liečby zvyčajne zahŕňa nasledovné položky:

- všeobecná zdravotnícka starostlivosť,
- testy na zistenie tehotenstva,
- testovanie a profylaxia pohlavne prenosných ochorení,
- HIV profylaxia,

zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov). – O problematike mlčanlivosti zdravotníckych pracovníkov a jej prelomení pojednáva vo svojej štúdii Kováč (2009).

⁷⁴ Pre porovnanie, podľa platnej slovenskej legislatívy, v zmysle § 340 Trestného zákona sa **oznamovacia povinnosť** vzťahuje všeobecne na zločiny, na ktoré tento zákon ustanovuje trest odňatia slobody s hornou hranicou najmenej desať rokov. – Okrem toho, Zákon č. 578/2004 Z. z. osobitne zdôrazňuje, že **poskytovateľ** zdravotnej starostlivosti je **“povinný bezodkladne oznamovať”**:

a) *orgánu činnému v trestnom konaní a úradu práce, sociálnych vecí a rodiny ako orgánu sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa osobitného predpisu, v ktorého obvode sa maloletá osoba zdržiava, podozrenie na sexuálne zneužívanie alebo iné zneužívanie maloletej osoby, znásilnenie maloletej osoby, sexuálne násilie voči maloletej osobe, sexuálne vykorisťovanie maloletej osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka maloletej osoby, týranie alebo zanedbávanie maloletej osoby,*

b) *orgánu činnému v trestnom konaní a obci, v ktorej územnom obvode sa plnoletá osoba, ktorá nie je spôsobilá na právne úkony alebo ktorej spôsobilosť na právne úkony je obmedzená, zdržiava, podozrenie na znásilnenie takej osoby, sexuálne násilie voči takejto osobe, sexuálne vykorisťovanie alebo iné zneužívanie takejto osoby, súlož medzi príbuznými, ktorá sa týka takejto osoby, týranie alebo zanedbávanie takejto osoby” (§ 79, odsek 4, písm. a), b) Zákona č. 578/2004 Z. z.).*

⁷⁵ Na Slovensku je v tomto ohľade relevantný bod 5. písm. c) Vyhlášky MZ SR č. 44/2014 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o postupe, metódach, okruhu spravodajských jednotiek a lehotách hlásení pri zisťovaní udalostí charakterizujúcich zdravotný stav populácie a ich charakteristiky. – Bližšie o predmetnej povinnosti pojednáva Avdičová et al. (2015).

⁷⁶ V niektorých krajinách v zahraničí majú rodičia alebo opatrovníci **limitovaný prístup k informáciám** z forenžno-zdravotníckeho vyšetrenia obetí, pokiaľ ide o suspektných páchatel'ov útoku alebo zneužívania, alebo ak by zdieľanie informácií ohrozilo dieťa.

- fotografovanie, vrátane kolposkopických záberov,
- povolenie kontaktovať obeť na medicínske účely,
- poskytnutie (*release*) medicínskych informácií.

Súhlas týkajúci sa zberu forenzných dôkazov zvyčajne zahŕňa nasledovné položky:

- upovedomenie (*notification*) orgánov činných v trestnom konaní (v závislosti od rozhodnutia obete a rozsahu oznamovacej povinnosti),
- zber a poskytnutie (*release*) forenzných dôkazov,
- toxikologický skríning,
- poskytovanie informácií a dôkazov orgánom činným v trestnom konaní, členom SART / SARRT tímu,
- kontaktovanie obetí z dôvodov súvisiacich s trestným konaním v ich prípade,
- upovedomenie obete v prípade zhody (*match*) DNA alebo v prípade objavenia sa ďalších obetí toho istého páchateľa.

Obete by mali byť informované aj o tom, že **anonymizované dáta obete** (fotografie / video / digitálne fotografie / medicínske poznámky) môžu byť **použité** kvalifikovanými osobami **na účely** medicínskeho a forenzného **výskumu a vzdelávania**. Uvedené by malo byť tiež súčasťou formulára informovaného súhlasu (Payne-James et al. 2016, s. 277).

Je potrebné pripraviť návod, **ako postupovať pri získavaní informovaného súhlasu od špecifických skupín obetí**, ako sú napr. deti, osoby s mentálnym postihnutím; osoby pod vplyvom omamných látok; osoby v bezvedomí. Aby mohla osoba poskytnúť informovaný súhlas, mala by byť schopná zvážiť riziká a výhody rôznych možností liečby a zberu forenzných dôkazov. Preto je dôležité, aby osoby realizujúce forenzné a zdravotnícke vyšetrenie posúdili schopnosť a právnu spôsobilosť obetí poskytnúť informovaný súhlas. Ak pacientka/pacient nie je schopná alebo spôsobilá poskytnúť informovaný súhlas, musí byť zrejмый postup identifikácie osoby, ktorá je tento súhlas spôsobilá poskytnúť (vrátane situácii, ak je poručník obete nedostupný, alebo ak je podozrivý zo spáchania sexuálneho útoku).

Vo všetkých prípadoch sa však forenzné a zdravotnícke vyšetrenie **nesmie robiť proti vôli obete**. Dokonca aj obete, ktoré nemajú právnu spôsobilosť udeliť informovaný súhlas, by mali mať priestor privoliť vyšetreniu.

- Je dôležité chápať rozdiel medzi spôsobilosťou na právne úkony a mentálnou kapacitou. Či je alebo nie je príslušná osoba spôsobilá, je zvyčajne stanovené rozhodnutím súdu. Kapacita je schopnosť obete pochopiť, čo sa deje, aby poskytla súhlas alebo privoliť (*assent*) k procesu vyšetrenia. Neexistuje žiadny objektívny test na určenie, či je obeť schopná poskytnúť súhlas alebo nie. Vo väčšine situácií sa kapacita predpokladá, ak obeť dokáže primerane reagovať na otázky a postupovať podľa pokynov.
- U nespolupracujúcich pediatrických pacientiek/pacientov treba zvážiť realizáciu vyšetrenia pod sedatívami, ak je podozrenie na vážne akútne zranenia.
- U obetí, ktoré sú príliš vystrašené, aby podstúpili vyšetrenie, treba zvážiť jeho odloženie.

3.3 Citlivosť voči obeti v súvislosti s možnosťami oznámenia trestného činu⁷⁷

Ako súčasť procesu informovaného súhlasu, osoba realizujúca forenznú a zdravotnícke vyšetrenie by mala vedieť vysvetliť obeti jej možnosti týkajúce sa oznámenia prípadu orgánom činným v trestnom konaní. Možnosti môžu byť limitované tým, či sa na daný prípad vzťahuje oznamovacia povinnosť.

Oznámenie trestného činu poskytuje príležitosť prijať v prípade potreby opatrenia na ochranu obeť⁷⁸, zhromaždiť dôkazy z miesta činu, vyšetriť prípad, začať trestné stíhanie, ak existuje dostatok dôkazov, a brať páchatela na trestnú zodpovednosť za spáchané trestné činy. Vzhľadom na nebezpečenstvo, aké páchatelia sexuálnych trestných činov predstavujú pre spoločnosť, môže oznamovanie prípadov slúžiť ako prvý krok v snahe zabrániť ich opätovnému páchaniu. Oznamovanie taktiež zvyšuje šance na vymožiteľnosť práva obetí, umožňuje identifikovať vzorce sexuálne delikventného konania v spoločnosti a vzdelávať verejnosť o týchto vzorcoch.

Poskytovatelia služieb by mali s obeťami **prediskutovať** možnosti oznámenia prípadu, ich **klady a zápor**y, vrátane skutočnosti, že oneskorené oznámenie môže mať škodlivý vplyv na možnosti trestného stíhania páchatela. Obete potrebujú vedieť, že aj keď v čase forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia nie sú pripravené podať trestné oznámenie, podstúpenie forenzného vyšetrenia je užitočné pre prípad, že by sa rozhodli trestné oznámenie podať neskôr. S plynúcim časom sa totiž prípadné telesné zranenia môžu zahojiť a forenzné dôkazy z ich tela stratiť.

S výnimkou prípadov, na ktoré sa vzťahuje oznamovacia povinnosť, **obet'** a nie osoba realizujúca forenznú a zdravotnícke vyšetrenie, **má urobiť rozhodnutie** či prípad oznámi orgánom činným v trestnom konaní. Na obeť sa v tomto ohľade **nesmie vyvíjať nátlak**. Rešpektujúci a súcitný prístup k obeťam v čase vyšetrenia zvyšuje pravdepodobnosť ich neskoršej spolupráce s orgánmi činnými v trestnom konaní.

V prípadoch, na ktoré sa vzťahuje **oznamovacia povinnosť** profesionálov, by obeť mali byť informované o právnych povinnostiach, ktorými sú profesionáli viazaní, o tom, že prípad oznámia a čo bude obsahom oznámenia. Obete by zároveň mali byť informované o tom, že aj keď profesionál splní oznamovaciu povinnosť, za určitých okolností nie sú povinné vypovedať.^{79 80}

Obete je potrebné informovať o dôsledkoch oznámenia prípadu. Predtým než obeť učinia rozhodnutie o oznámení prípadu, potrebujú informácie o záležitostiach, ktoré sú s oznámením späté. Mali by byť informované napr.:

- o procese oznámenia sexuálnej viktimizácie orgánom činným v trestnom konaní a o informáciách, ktoré sa zvyčajne od obeť požadujú,

⁷⁷ Spracované podľa: U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013; ; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016. – Pre porovnanie, podľa platnej slovenskej legislatívy, pri závažných trestných činoch (s hornou hranicou trestnej sadzby najmenej 10 rokov) bez ohľadu na vek obeť, sú profesionáli viazaní oznamovacou povinnosťou.

⁷⁸ Podľa platnej slovenskej legislatívy, v zmysle § 8, ods. 4) Zákona č. 274/2017 Z. z. Zákon o obeťach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov "V záujme ochrany obeť pred opakovanou viktimizáciou alebo hroziacim nebezpečenstvom je príslušný orgán oprávnený rozhodnúť o uložení osobitných opatrení podľa osobitného predpisu." Osobitným predpisom je napríklad § 82 Trestného poriadku v znení neskorších predpisov, § 27a zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 171/1993 Z. z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov, § 325 ods. 2 písm. e) až h) Civilného sporového poriadku.

⁷⁹ V Slovenskej legislatíve tieto okolnosti vymedzuje § 130 Trestného poriadku (Právo svedka odoprieť výpoveď).

⁸⁰ Niektoré obeť sa môžu obávať možných následkov ohlásenia prípadu, napr. odplaty zo strany páchatela, odmietnutia zo strany rodinných príslušníkov a priateľov, diskriminácie (pokiaľ ide o obeť mužského pohlavia, alebo o obeť LGBTI populácie). Mnohé obeť nie sú ochotné čeliť poníženiu, strate súkromia a negativite, ktorá by podľa nich sprevádzala oznámenie, vyšetrovanie a stíhanie prípadu. Ak sa útoku dopustil intímny partner alebo rodinný príslušník, obeť sa môžu tiež obávať dôsledkov stíhania na ich rodinu (napr. straty príjmu, zamestnania, povolania, poplatkov za právne služby) a toho, že budú obviňované z „rozbitia rodiny“.

- o skutočnosti, že oznámenie spustí vyšetrovanie a v závislosti od výsledkov vyšetrovania sa prokurátor rozhodne či podá alebo nepodá žalobu,
- o účele forenzného vyšetrenia (o tom ako dokumentovanie zranení a zhromaždené forenzné dôkazy môžu byť použité v trestnom konaní),
- o type dôkazov (okrem tých, ktoré môžu byť nájdené na obeti), ktoré môžu byť zhromaždené počas vyšetrovania (napr. iné dôkazy môžu byť nájdené na tele a oblečení podozrivého, na mieste činu, na mieste kam obeť išla bezprostredne po útoku),
- o tom, že oneskorené oznámenie prípadu, môže viesť k strate dôkazov a môže negatívne ovplyvniť schopnosť systému trestnej justície vyšetriť a trestne stíhať prípad.

Ak obeť ešte nie sú rozhodnuté či prípad oznámia, je potrebné **informovať ich o opatreniach a časových rámcoch spojených s uchovaním dôkazov** (Schafran 2015; Burkey et al. 2014, s. 54). Musia teda vedieť, ako dlho bude ich „rape kit“ skladovaný predtým než bude zlikvidovaný, akým spôsobom bude označený a ako naň môžu odkázať.

V mnohých jurisdikciách v USA boli implementované **alternatívy voči tradičnej procedúre oznamovania** prípadov – ako je anonymné alebo „slepé“ (*blind*) ohlásenie. Umožňujú obeti alebo tretej strane (oznamovateľovi) zdieľať s orgánmi činnými v trestnom konaní kritické informácie o sexuálnom útoku bez obetovania ich súkromia. Zároveň umožňujú vyšetrovateľom získať informácie o sexuálnych zločinoch, ktoré by inak zostali neoznámené.

Tieto procedúry sa používajú vtedy, keď obeť nechce prípad okamžite oznámiť alebo nie sú rozhodnuté, či ho chcú ohlásiť pod ich vlastným menom a s ich kontaktnými informáciami (ale sú ochotné ohlásiť ho anonymne).

Na vyvinutie anonymného/slepeho oznamovacieho systému môžu orgány činné v trestnom konaní:

- vytvoriť a dodržiavať politiku ochrany identity obetí (*victim confidentiality*),
- umožniť obetiam oznámiť tak málo alebo veľa informácií, ako si želajú,
- akceptovať informácie vždy, keď im ich obeť ponúknu – oneskorené oznámenie nie je indikátorom nevierohodnosti výpovede,
- vytvoriť postupy a spôsoby ako facilitovať poskytnutie anonymných informácií od tretích osôb (napr. od osoby realizujúcej forenzné a zdravotnícke vyšetrenie),
- vyjasniť s obeťami možnosti pre ich kontaktovanie v budúcnosti - kde, ako a za akých okolností môžu orgány činné v trestnom konaní alebo iný subjekt kontaktovať obeť (napr. obeť môže chcieť byť kontaktovaná v prípade, že sa objaví iná obeť napadnutá pravdepodobne rovnakým páchateľom),
- udržiavať tieto oznámenia oddelene od oficiálnych oznámení pre zamedzenie ich nevhodnému použitiu.

4 PROCES A POSTUPY KLINICKÉHO A FORENZNÉHO VYŠETRENIA

Pre systém trestnej justície majú osobitný význam forenzné dôkazy, na zhromažďovaní ktorých sa významne podieľajú zdravotníčky a zdravotníci. V zahraničí je forenzné a zdravotnícke vyšetrenie často poskytované v nemocniciach alebo lokálnych zdravotníckych zariadeniach. **Čas trvania** vyšetrenia sa pohybuje v rozpätí **3-4 hodín**. Značná doba trvania procedúry vyplýva z potreby venovať obeti špeciálnu pozornosť. Proces zaisťuje, aby bola obeť zdravotne v bezpečí a chránená. Navyše je dôležité vykonať rozsiahle vyšetrenie, aby sa náležite zozbierali akékoľvek a všetky možné dôkazy, ktoré môžu pomôcť pri objasňovaní prípadu na trestnej rovine (Burkey et al. 2014, s. 53).

Nakoľko najdlhšiu tradíciu vo výkone špecializovaného forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia v zahraničí majú tzv. SANE sestry, v nasledujúcich podkapitolách budeme vychádzať prioritne z ich manuálov (U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women 2013; U.S. Department of Justice's Office for Victims of Crime 2016).

4.1 Úvodný kontakt

Niektoré obeť sa možno samé dostavia priamo na špecializované pracovisko, určené pre vyšetrenie obetí sexuálnych útokov. Iné zavolajú najprv na políciu, na tiesňovú linku, či na bezplatnú non-stop linku pre ženy zažívajúce násilie. V prípade druhej možnosti, je v rámci úvodného kontaktu dôležité:

- zistiť, či má obeť vážne zranenia a či je potrebné urýchlene zaistiť zdravotnú pomoc;
- zistiť, či je obeť momentálne v bezpečí alebo či je potrebné iniciovať výjazd polície (napr. ak sa páchateľ zdržiava v blízkosti obete);
- rýchlo posúdiť vek, schopnosti, komunikačné modality a zdravotný stav obete a prispôbiť tomu intervenciu (môže byť potrebné napr. zabezpečenie kvalifikovaného tlmočníka, kontaktovanie orgánu sociálno-právnej ochrany detí, a pod.);

Ak sa zdá, že obeť nemá vážne zranenia, ani nie je v akútnom ohrození bezpečia, je potrebné:

- zdôrazniť obeti význam forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia a riešenia prípadných obáv v oblasti zdravia. Taktiež je žiadúce vysvetliť čo sa deje počas vyšetrenia, majúť pritom na zreteli, že množstvo informácií, ktoré obeť v danom čase potrebuje, sa môže rôzniť;
- motivovať obeť k tomu, aby sa dostavila na špecializované pracovisko určené pre vyšetrenie obetí sexuálnych útokov (alebo ak existuje možnosť zabezpečenia transportu do takéhoto zariadenia, získať k tomu súhlas obete);
- bez ohľadu na to, či sa obeť rozhodne podstúpiť vyšetrenie v špecializovanom pracovisku, je dôležité povzbudiť ju k interakcii s odborníkmi a odborníkmi, ktorí sa zaoberajú poradenstvom a presadzovaním práv obetí sexuálnych útokov;
- spýtať sa obete, či si praje, aby boli kontaktovaní členovia jej rodiny alebo priatelia;
- vysvetliť význam zachovania dôkazov z miesta činu, vrátane dôkazov na tele a odevu obete (zároveň je dôležité zaznamenať počínanie obete a vyjadrenia týkajúce sa útoku);
- vysvetliť obeti možnosti oznámenia trestného činu (pričom treba mať na pamäti, že množstvo informácií, ktoré obeť v danom čase potrebuje sa môže individuálne líšiť).

Orgány činné v trestnom konaní by mali pri úvodnom kontakte zistiť od obete základné informácie o útoku, aby sa včas podarilo zadržať podozrivého a zaistiť miesto činu.

Ak sa obeť chce podrobiť zdravotníckemu vyšetreniu a/alebo odberu forenzného materiálu:

- je potrebné vysvetliť obeti ako uchovať dôkazy z tela pokiaľ nebudú zozbierané (napr. zdržať sa umývania, prezliekania, močenia, vykonania veľkej potreby, fajčenia, pitia, jedenia, česania vlasov, umývania zubov alebo vyplachovania úst);
- vysvetliť obeti, že odev bude pravdepodobne zaistený ako dôkaz. Možno si budú chcieť doniesť, alebo si budú priať, aby im niekto doniesol do špecializovaného zariadenia čisté oblečenie na prezliečenie. Pokiaľ sa už od útoku stihli prezliecť, bude potrebné uchovať oblečenie, ktoré mali na sebe v čase útoku a bezprostredne po ňom. V tejto súvislosti je potrebné vysvetliť obeti ako postupovať, aby nedošlo k neúmyselnému zničeniu alebo kontaminovaniu odevov alebo iných predmetov z miesta činu;
- pokiaľ obeť vie alebo má podozrenie, že k sexuálnemu útoku došlo v stave omámenia alkoholom alebo drogami, je žiadúce vysvetliť jej, že je potrebné odobrať prvú dostupnú vzorku moču, pokiaľ s močením nevydrží až do príchodu na špecializované pracovisko;
- pokiaľ sa obeti zabezpečuje transport na špecializované pracovisko a ide o telesne postihnutú obeť používajúcu pomôcky (ako napr. vozík, vodiaceho psa), treba mať na pamäti, že aj tieto musia byť prepravené a že sa s nimi musí zaobchádzať citlivo, nakoľko ich obeť môžu vnímať ako súčasť seba;
- Ak je obeť na ceste do špecializovaného zariadenia, je potrebné upovedomiť o tom dané zariadenie.

Pri úvodnom kontakte treba byť vždy citliví voči potrebám obete a miere jej traumatizácie. Pre obeť sexuálneho útoku je bežné, že sa osprchujú, jedia alebo podniknú iné kroky, ktoré môžu zničiť dôkazy predtým, než vyhľadajú odbornú pomoc. Odborníčky a odborníci by mali reagovať s porozumením a bez súdenia, a poskytnúť obetiam primeranú starostlivosť.

4.2 Posúdenie naliehavosti a príjem

- Obete sexuálnych útokov je potrebné považovať za pacientky/pacientov s potrebou prednostného ošetrovania.
- Je potrebné **promptne zistiť či obeť nemá akútne zranenia**. Akútne zdravotné potreby majú prednosť pred potrebou zaistenia forenzných dôkazov. Obete by mali byť inštruované, aby sa neumývali, neměnili oblečenie, nemočili, nešli na veľkú potrebu, nefajčili, nepili alebo nejedli pokiaľ nebudú forenzne vyšetrené, s výnimkou prípadov kedy je to nevyhnutné kvôli liečbe akútnych zdravotných zranení. V prípade podozrenia na alkoholom alebo drogami podmienený sexuálny útok, ak obeť potrebujú močiť pred príchodom osoby realizujúcej vyšetrenie, je potrebné zabezpečiť, aby vzorka moču bola náležite odobratá a uchovaná.
- Tak rýchlo ako je to možné po úvodnom posúdení, zvládnutí a stabilizácii akútnych zdravotných problémov a pred ošetrením neakútnych zranení, sa má realizovať forenzné vyšetrenie (so súhlasom obete). Pokiaľ je obeť vážne zranená, osoba realizujúca forenzné vyšetrenie musí byť pripravená pracovať popri osobe, ktorá poskytuje zdravotné ošetrovanie. V takýchto prípadoch sa forenzné vyšetrenie možno bude musieť realizovať v takých podmienkach ako je napríklad oddelenie urgentného príjmu, operačná sála, zotavovňa alebo jednotka intenzívnej starostlivosti.
- Pokiaľ je sexuálny útok čerstvý natoľko, že je ešte možné odobrať forenzné dôkazy, je potrebné upovedomiť osobu realizujúcu forenzné vyšetrenie o potrebe jej služieb.

- Zároveň je potrebné kontaktovať osoby zaoberajúce sa sociálnym poradenstvom pre obeť sexuálnych útokov, aby mohli obetiam poskytnúť svoje služby, pokiaľ sa tak už nestalo.

4.3 Zabezpečenie dokumentácie

- Je potrebné zabezpečiť vyhotovenie dokumentácie z poskytnutého zdravotného ošetrenia a forenzného vyšetrenia. Do zbierky dôkazov, ktoré môžu slúžiť na účely prípadného policajného vyšetrovania a trestného stíhania prípadu, sa zaznamenávajú iba informácie, ktoré potenciálne súvisia so sexuálnym útokom alebo preexistujúce zdravotné faktory, ktoré môžu ovplyvniť interpretáciu nálezov. Iné zdravotné informácie týkajúce sa obeť majú byť uchované oddelene od informácií významných z forenzného hľadiska.
- Je dôležité aby dokumentácia bola úplná, dôkladná a presná.⁸¹ Ak bude osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie neskôr predvolaná, aby svedčila pred súdom, použije dokumentáciu na pripomenutie si prípadu.
- Príslušníčky a príslušníci polície alebo odborníčky a odborníci poskytujúci služby pre obeť, by mali rozumieť aký význam má tento proces dokumentácie a mali by byť schopní to objasniť obetiam.
- Za účelom zaistenia správnosti a objektivity forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia by špecializované zariadenie malo zabezpečovať supervízny proces. Všetky obeť identifikujúce údaje by mali byť odstránené, pokiaľ sa dokumentácia kopíruje na účely supervízie.

4.4 Zdravotná a forenzná anamnéza

- Otázky týkajúce sa zdravotnej a foreznej anamnézy sa obeť kladú po zdravotnom ošetrení akútnych problémov a pred forezným vyšetrením a zberom dôkazov. Účelom týchto otázok je získať informácie, ktoré budú navigovať vyšetrenie, zber dôkazov a laboratórnu analýzu nálezov.⁸²
- Obzvlášť v prípadoch, kedy zber informácií prebieha v čase krátko po sexuálnom útoku, rozprávanie o útoku môže v obeť navodzovať pocity opätovného útoku a jej emočné a telesné rozpoloženie môže komunikáciu robiť náročnou. Môže jej byť taktiež nepríjemné prejednávať osobné záležitosti v prítomnosti určitých osôb. Odborníčky a odborníci zhromažďujúci informácie o útoku by mali spolupracovať na vytvorení takých podmienok procesu získania informácií, ktoré v maximálnej možnej miere rešpektujú obeť a minimalizujú opakovanie otázok.
- Ak obeť oznámi sexuálny útok polícii, odber zdravotnej a foreznej anamnézy a policajný výsluch majú byť koordinované. Neodporúča sa však aby odber zdravotnej a foreznej anamnézy a policajný výsluch prebiehali simultánne, nakoľko obeť nemusí mať ochotu hovoriť s políciou alebo nemusí byť pripravená uvádzať podrobné detaily potrebné na účely trestného konania, alebo jej môže byť nepríjemné uvádzať pred nimi niektoré záležitosti (napr. menštruačný cyklus).
- Ak si to obeť želajú, počas odberu zdravotnej a foreznej anamnézy môžu byť prítomné sociálne poradkyne, aby poskytli podporu a pomoc. Môžu tiež asistovať obetiam pri

⁸¹ Dôležité sú aj detailné poznámky posudzovateľa k procedurálnym otázkam.

⁸² Dôležité je pripomenúť aj to, aby obeť rovnaké penzum detailných informácií uviedla do výpovede pred vyšetrovateľkou/vyšetrovateľom.

vyjadrovaní ich obáv ohľadne otázok a vyjasňovaní ich potrieb v tomto štádiu. Sociálne poradkyne však musia dávať pozor, aby neodpovedali na otázky namiesto obetí alebo aby inak ovplyvňovali ich stanoviská.

- Pokiaľ ide o **prítomnosť** členov rodiny, priateľov alebo iných, pre obeť **podporných osôb**, pred odberom zdravotnej a forenznej anamnézy by obeť mali byť informované, že prítomnosť takýchto osôb môže ovplyvniť alebo byť vnímaná ako ovplyvňujúca ich stanoviská. Niektoré otázky budú veľmi intímne a obeť sa môžu zdráhať otvorene na nich odpovedať v prítomnosti rodinných príslušníkov. Navyše, rodinní príslušníci môžu taktiež zažívať emočnú traumatu a stres vyplývajúci z vedomia, že ich blízka osoba bola sexuálne viktimizovaná. Ak sa po obdržaní tejto informácie obeť rozhodne, že chce mať takúto podpornú osobu prítomnú, tieto osoby by mali byť inštruované, aby neodpovedali na otázky namiesto obete, nekomentovali odpovede obete ani na nich mimicky nereagovali, a neprerušovali obeť. Obeti blízke osoby, podozrivé zo sexuálneho útoku alebo iného zneužívania, nesmú byť prítomné.⁸³
- Pred a počas odberu informácií je potrebné brať ohľad na potreby obetí. Pálčivým potrebám (napr. liečba vážnych zranení, krízová intervencia a podpora, tlmočník) má byť venovaná pozornosť pred začatím zhromažďovania informácií. Je dôležité brať ohľad na kapacitu obetí odpovedať na otázky počas dlhého procesu zhromažďovania informácií a robiť prestávky podľa potreby. Taktiež je dôležité, aby osoba kladúca otázky vnímala a reagovala na verbálne a neverbálne signály obetí. Napr. obeť môžu negatívne reagovať keď si spomínajú na zážitky spojené s útokom alebo ak sa im pripomenú skoršie zážitky viktimizácie. V takýchto chvíľach môžu najviac potrebovať prestávku, porozumenie pýtajúcej sa osoby, možnosť hovoriť o tom čo prežívajú. Sociálne poradkyne môžu byť obzvlášť nápomocné obeť, ktoré sa čelia takýmto emóciám.
- Priestory, v ktorých prebieha zber informácií, majú zaručovať súkromie a klud. Má sa zamedziť vyrušeniam a časovým obmedzeniam.
- **Od obetí by obvykle mali byť zisťované nasledovné informácie:**
 - 1) Dátum a čas sexuálneho útoku/útokov: Je dôležité zistiť, koľko času uplynulo medzi útokom a fyzickým vyšetrením/zberom dôkazov ako aj dokumentovaním zranení. Zber dôkazov ako aj interpretácia fyzického vyšetrenia a analýza dôkazov môže byť ovplyvnená časovým odstupom od útoku.⁸⁴
 - 2) Primeraná zdravotná anamnéza obete: Interpretácia fyzických nálezov môže byť ovplyvnená zdravotnými údajmi týkajúcimi sa menštruácie, nedávnych análnych alebo genitálnych zranení, operáciami alebo diagnostickými procedúrami, anamnézou týkajúcou sa zrážanlivosti krvi, alebo inými relevantnými zdravotnými ťažkosťami či liečbou.
 - 3) Nedávna konsenzuálna sexuálna aktivita: Vzhľadom na citlivosť DNA analýzy je dôležité zhromaždiť informácie o nedávnom konsenzuálnom pohlavnom styku, či išlo o análny, vaginálny a/alebo orálny styk a či bol použitý kondóm. Môže sa zistiť stopové množstvo spermy alebo inej telesnej tekutiny, alebo genitálna mikrotrauma, ktorá nesúvisí s trestným činom. V prípade takéhoto nálezu môže byť potrebné, aby bol spojený s konsenzuálnym partnerom a pomohol v procese interpretácie dôkazov. Obete by mali byť upovedomené, že neskôr môže byť potrebné získať eliminačnú vzorku (*elimination sample*) od ich konsenzuálnych partnerov.

⁸³ Niektoré zdravotne postihnuté obeť môžu byť sprevádzané na vyšetrenie osobnými asistentkami/asistentmi. Obeť by sa mala rozhodnúť či chce, aby bola osobná asistentka/asistent prítomný pri vyšetrení, s výnimkou prípadov, kedy existuje obava, že takáto osoba je osobou podozrivou zo spáchania sexuálneho útoku.

⁸⁴ Kriticky dôležitý je aj opis miesta útoku.

- 4) Aktivity obete po útoku: Množstvo a kvalita dôkazov je ovplyvnená jednak aktivitami obetí a jednak plynutím času. Je dôležité zistiť, či a aké aktivity boli vykonané pred vyšetrením (napr. či obeť močila, vykonali veľkú potrebu, či mali konsenzuálny pohlavný styk, či si utierali pohlavné orgány alebo telo, sprchovali sa, odstránili alebo vložili tampón či hygienickú podložku, použili ústnu vodu, kloktali, umyli si zuby, konzumovali jedlo alebo pili nápoje, fajčili, použili drogy, prezliekli sa).
- 5) Anamnéza obete súvisiaca s útokom (*assault-related patient history*): Informácie, ako napríklad lokalizácia negenitálneho poranenia, citlivosť, bolesť a/alebo krvácanie a anáľno-genitálne poranenie, bolesť a/alebo krvácanie, môžu navigovať zhromažďovanie dôkazov a zdravotnú starostlivosť. Obete by tiež mali byť opýtané na prípadné škrtanie, pretože tento typ poranenia môže mať za následok obštrukciu dýchacích ciest, ak dôjde k opuchu.
- 6) Informácie o útočníkovi (pokiaľ sú známe): Pohlavie a počet podozrivých môže poskytnúť usmernenie o druhoch a množstve cudzích materiálov, ktoré môžu byť nájdené na telách a odevoch obetí. Informácie o podozrivých zhromažďované v tejto fáze by sa mali obmedziť na to, čo môže navigovať vyšetrenie a zber forenzných dôkazov. Podrobné otázky týkajúce sa podozrivých sa majú klásť počas výsluchu v rámci trestného konania.
- 7) Povaha fyzického útoku: Informácie o fyzickom okolí útoku (napr. vnútri, vonku, auto, miestnosť, koberec, špina, blato alebo tráva) a taktike použitej násilníkom sú dôležité pre detekciu, zhromažďovanie a analýzu fyzických dôkazov. Taktika môže zahŕňať, ale nie je obmedzená na používanie zbraní (hroziace alebo spôsobené zranenia), fyzické údery, schmatnutie (*grabbing*), držanie, zovretie, hryzenie, použitie fyzických obmedzení, škrtanie, popáleniny (termické a/alebo chemické), užitie alkoholu alebo drog. Vedieť, či podozriví mohli byť počas útoku zranení, môže byť užitočné pri získaní dôkazov z obetí (napr. stopy krvi) alebo z podozrivých (napr. podliatiny, stopy po poškrabaní alebo hryzení).
- 8) Detekcia alkoholom alebo drogami facilitovaného sexuálneho útoku: V týchto prípadoch je dôležité zhromaždiť také informácie, ako napríklad či došlo k výpadku pamäti, k strate vedomia alebo k vracaniu; či podozrivý dal obeť podozrivé jedlo alebo nápoje (ak to obeť vie); alebo či obeť dobrovoľne požila lieky alebo alkohol. Zhromažďovanie toxikologických vzoriek do 120 hodín po podozrení na požitie sa odporúča, ak došlo buď k výpadku pamäte, alebo k strate vedomia.⁸⁵
- 9) Popis sexuálneho útoku/útokov: Presný, ale stručný popis je dôležitý pre detekovanie, zhromažďovanie a analýzu fyzických dôkazov. Pohovorom by mal byť zistený opis týkajúci sa nasledujúcich bodov (aké konkrétne otázky budú obeť kladené závisí od takých okolností, ako napr. pohlavie obete alebo pohlavie páchatel'a):
- penetrácia vulvy, hymenu a/alebo vagíny u obete, hoci aj nepatrná, vrátane toho, čo bolo použité na penetráciu (napríklad prst, penis alebo iný predmet);
 - penetrácia análneho otvoru, akokoľvek slabá;
 - orálny kontakt obete s genitáliami páchatel'a, alebo orálny kontakt páchatel'a s genitáliami obete,
 - iný kontakt s genitáliami,
 - orálny kontakt obete s konečníkom páchatel'a, alebo orálny kontakt páchatel'a s konečníkom obete,

⁸⁵ Nakoľko ide o dosť špecifické oblasti, je dôležité mať v tíme súdneho lekára a toxikológa.

- negenitálne aktivity (napr. olizovanie, bozkávanie, sacie poranenie, škrtenie a hryzenie);
- iné úkony vrátane použitia objektov;
- ak je známe, či došlo k ejakulácii a miesta ejakulácie (napr. ústa, vagína, genitálie, konečník, povrch tela, na oblečenie, na lôžko alebo iné); a
- použitie antikoncepcie alebo lubrikantov.⁸⁶

Tieto otázky vyžadujú konkrétne a niekedy detailné odpovede. Pre obeť môže byť veľmi náročné odpovedať na niektoré z nich. Osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie by mala vysvetliť, že tieto otázky sú súčasťou štandardného forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia. Mala by tiež vysvetliť, prečo sú jednotlivé otázky kladené.

Údaje o útoku získané od obeť sa majú zaznamenať, pretože pomáhajú navigovať zdravotnícke vyšetrenie, zber forenzných dôkazov, liečbu a plánovanie súvisiace s prepustením. Osoba získavajúca tieto údaje nehodnotí pravdivosť výpovede obeť (Schafran 2015, s.17).

4.5 Fotografovanie

- **Forenzné fotografovanie je nevyhnutné.** Fotografovanie anatómie osoby, ktorá bola zasiahnutá útokom, by malo byť vždy súčasťou forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia v prípadoch sexuálnych útokov. Takéto fotografie môžu doplniť foreznú a zdravotnú anamnézu, dokumentáciu dôkazov a fyzické nálezy. Bežne sa fotografujú tak detekované zranenia ako aj časti tela nevykazujúce zjavné zranenie.⁸⁷
- Kvôli nanajvýš osobnej povahe fotografií, **fotografovanie má realizovať tá istá osoba**, ktorá realizuje aj forenzné vyšetrenie. Nezdravotník môže fotiť iba hlavu a končatiny obeť, v žiadnom prípade nie trup a oblasť genitálií.
- Na vyhotovovanie fotografií na forenzné účely sa má používať **kvalitná technika**, schopná zreteľne zdokumentovať stupeň zranenia a osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie by mala byť oboznámená s jej obsluhou.
- Dôležité je **minimalizovať nepohodlie obeť** počas ich fotografovania a rešpektovať ich potrebu zdržanlivosti a súkromia. Pri fotografovaní je potrebné ich vhodne zakryť. Taktiež treba zvážiť, ako im poskytnúť čo najlepšiu podporu počas fotografovania. Obete môžu chcieť, aby bola prítomná sociálna poradkyňa a/alebo iná podporná osoba.
- Obetiam je potrebné **vysvetliť procedúru forenzného fotografovania**. Fotenie obeť po sexuálnom útoku môže byť pre nich retraumatizujúce. Aby sa znížilo riziko retraumatizácie, je žiadúce pomôcť obetiam pochopiť význam fotiek pri zhromažďovaní forenzných dôkazov, rozsah fotenia a procedúru, ktorá pri tom bude použitá, potenciálne použitie fotografií počas trestného konania, a možnú potrebu zaobstarania ďalších fotografií po vyšetrení.

⁸⁶ Niektoré antikoncepčné prípravky môžu interferovať s presnou interpretáciou predbežných chemických testov, ktoré sa často používajú pri analýze potenciálnych škvŕn semena. Navyše antikoncepčné peny alebo krémy môžu zničiť spermie. Lubrikanty akéhokoľvek druhu sú stopové dôkazy a môžu sa porovnávať s potenciálnymi zdrojmi, ktoré zostali na mieste činu alebo sa získali z tela podozrivých. Vedieť, či bol použitý kondóm, môže byť tiež užitočné pri vysvetľovaní neprítomnosti spermy.

⁸⁷ Kľúčové je fotografovať aj negatívne nálezy, t.j. absenciu poranení. Uvedený aspekt má význam z pohľadu vyšetrovania pri rekonštrukcii alebo vyšetrovacom pokuse alebo previerke výpovede na mieste činu.

- **Identifikácia obete.** Na čistý list papiera je potrebné vytlačiť meno obete alebo iba číslo prípadu, dátum vyšetrenia, meno/iniciály osoby realizujúcej vyšetrenie a tento sfotografovať na začiatku a na konci fotenia. Pokiaľ to fotoaparát umožňuje, je potrebné pri každej obeti vytvoriť novú zložku (s číslom prípadu), do ktorej sa budú ukladať vyhotovené fotografie. Orgány činné v trestnom konaní, ako aj špecializované zariadenia, majú mať osobitné opatrenia na ochranu súkromia obetí a diskrétnu zaobchádzanie s relevantnými fotografiami.
- **Jasné a presné fotografie.** Fotografie je potrebné vyhotovovať za dobrých svetelných podmienok a s čo najväčšou clonou, aby bola dosiahnutá čo najväčšia hĺbka ostrosti. Pri fotení detailov je vhodné použiť režim makro, ktorý sa postará o správne nastavenie parametrov fotoaparátu. Odporúča sa použiť objektív so základnou ohniskovou vzdialenosťou⁸⁸ a dostatočnou svetelnosťou. Neutrálne **osvetlenie** miestnosti a/alebo fotografovaného detailu je potrebné, aby nedošlo k posunu farebného spektra fotografie, zdeformovaniu farieb. Svetlo žiarovky vydáva teplé svetlo, svetlo neónovej výbojky vydáva studené svetlo. Výsledný odtieň svetla ovplyvňuje aj farebný odtieň stien miestnosti (a pri malých vzdialenostiach aj farba oblečenia fotografovanej osoby).⁸⁹ Pri fotení detailov z malej vzdialenosti je ideálne použitie makroblesku. Do fotografie je potrebné zahrnúť **farebnú lištu** (kalibračnú tabuľku), aby bola zaistená presná reprodukcia farieb. Je žiadúce vyhotoviť aspoň dve fotografie – jednu s farebnou lištou a druhú bez na dôkaz toho, že lišta nezakrývala nič dôležité. Aby nedošlo k **rozmazaniu fotky pohybom**, fotený objekt aj fotoaparát by mali byť vo vzájomne stabilnej polohe, čo možno zabezpečiť statívom, držiakom, mechanickou stabilizáciou alebo optickou stabilizáciou obrazu. Os objektívu by mala byť **kolmo na fotený objekt** (alebo detail) aby nedošlo k deformácii perspektívy. Fotený objekt / detail by mal byť umiestnený čo najbližšie k stredu fotografie.
- **Stupnica (scale).** Je potrebné použiť forenznú stupnicu alebo pravítko na označenie veľkosti na fotografiách. Pri fotení detailov treba vyhotoviť aspoň dve fotografie – jednu so stupnicou a druhú bez na dôkaz toho, že stupnica nezakrývala nič dôležité. Dôkazy treba fotografovať na mieste kde sú, predtým, než sú premiestnené alebo zozbierané.
- **Orientácia záberov.** Každé poranenie, vrátane rezov, modrín, opuchu, tržných rán a odrenín, treba sfotografovať najprv z takej vzdialenosti, ktorá umožní zachytiť jeho umiestnenie vo vzťahu k orientačným anatomickým bodom. Následne je potrebné zhotoviť detailné zábery jednotlivých zranení pomocou stupnice. Na zachytenie rozsahu poranenia alebo stavu oblečenia môže byť v niektorých prípadoch vhodná fotografia celého tela pri súčasnej snahe o maximálnu ochranu súkromia obete. Fotografie urobené výhradne na účely identifikácie by sa mali robiť s obeťami, ktoré sú úplne oblečené.
- **Fotografovanie pokožky.** Detailné fotografie rúk a nechtov môžu vykazovať stopy krvi, kože alebo vlasov. Je potrebné vyfotografovať prípadné poškodenie nechtov, znaky po obmedzovaní alebo spútaní okolo zápästia, členkov alebo krku, taktiež aj prípadné známky po uhryznutí. Zároveň treba vyfotografovať aj nečistoty, štrk, vegetáciu alebo iné dôkazy, ktoré sa nachádzajú na tele alebo oblečení.
- **Doplňujúce (follow up) fotografie.** Fotografie by sa mali zopakovať, pretože po vyšetrení sa môžu nájsť nové alebo odlišné dôkazy na telách obetí (napr. podliatiny sa môžu objaviť s odstupom niekoľkých dní). Treba vytvoriť postupy, ktoré majú dodržiavať osoby realizujúce vyšetrenie, policajní vyšetrovatelia a obete, aby sa zabezpečilo zdokumentovanie týchto dôkazov. Okrem dokumentovania objavujúcich sa alebo vyvíjajúcich sa zranení doplňujúce fotografie poskytujú dokumentáciu o hojení zranení a objasňujú zistenia stabilných, normálnych variantov anatómie a nešpecifických nálezov, ako je sčervenanie alebo opuch, ktoré by sa mohli zameniť s akútnymi zraneniami.

⁸⁸ T.j. nie širokohlý objektív a ani teleobjektív.

⁸⁹ Pri zariaďovaní vyšetrovacej miestnosti je potrebné technické parametre súvisiace s osvetlením konzultovať so špecialistkou/špecialistom.

- **Nakladanie s fotografiami.** Súhlas obete je nevyhnutný nielen pre vyhotovenie fotografií ale aj ich akékoľvek používanie, vrátane prípadného použitia na účely trestného konania či na účely supervízie a výučby. Všetky fotografie by mali byť jasne označené a náležite uložené. Majú sa prijať jasné predpisy ohľadom presunu fotografií, kopírovania, tlače, uskladnenia a používania.⁹⁰ Fotografie sa nemajú vkladať do balíka nástrojov pre zber dôkazov (*evidence collection kit*), ktorý sa odosiela do kriminalisticko-expertízneho ústavu. Fotografie vytvorené počas vyšetrenia by sa mali primárne považovať za súčasť forenzného a zdravotného záznamu obete a nemali by sa automaticky odovzdávať orgánom činným v trestnom konaní. Týmto orgánom majú byť nápomocné diagramy tela (*body diagrams*), do ktorých zaznamenáva relevantné údaje osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie. Na základe týchto diagramov sa následne orgány činné v trestnom konaní rozhodnú, ktoré fotografie si vyžadujú.

4.6 Procedúra vyšetrenia a zberu forezných dôkazov

- **Uvedomovanie si dôkazného účelu vyšetrenia.** Osoba realizujúca vyšetrenie počas vyšetrenia systematicky dokumentuje fyzické nálezy a facilituje zber dôkazov z tela a odevu obete. Nálezy počas vyšetrenia a zozbierané dôkazy často poskytujú informácie, ktoré sú nápomocné pri objektívnej a vedeckej rekonštrukcii detailov o skúmaných udalostiach. Vyšetrenie neposkytuje rutínnu zdravotnú starostlivosť, ale pokiaľ sú počas vyšetrenia prezentované zdravotné potreby a obavy obetí, tieto majú byť riešené pred ich prepustením.
- **Od obetí by sa malo zozbierať toľko dôkazov ako je to len možné, pričom zber dôkazov by mal byť navigovaný rozsahom informovaného súhlasu, zdravotnou a forenznou anamnézou obete, nálezi vyšetrenia a inštrukciami v balíku nástrojov pre zber dôkazov (*evidence collection kit*).** Dôkazy zozbierané počas vyšetrenia zahŕňajú najmä biologické dôkazy a stopy. Zozbierané dôkazy môžu byť použité štyrmi potenciálnymi spôsobmi na rekonštrukciu skúmaných udalostí: 1) na identifikáciu podozrivého, 2) na dokumentovanie nedávneho sexuálneho kontaktu, 3) na dokumentovanie sily, hrozby alebo strachu a 4) na potvrdenie faktov ohľadne sexuálneho útoku.
- **Je potrebné dbať na dokumentovanie dôkazov a zranení, ktoré by mohli byť relevantné k otázke, či obeť so sexuálnym kontaktom s podozrivým súhlasila.** Vo väčšine prípadov, obeť páchatel'a poznajú. Väčšina páchatel'ov, ktorí nie sú obeť neznámi, ale aj mnoho neznámych páchatel'ov bude na svoju obhajobu tvrdiť, že obeť so sexuálnym kontaktom súhlasila. Tvrdenia o súhlase zvyčajne vyplývajú z nedostatku dôkazov o použití sily a donútenia. Preto sú dôkazy a dokumentácia fyzických náleзов týkajúcich sa použitia sily alebo donútenia (napr. nálezy odhaľujúce zranenia, nedobrovoľné požitie alkoholu alebo drog, znaky zápasu) dôležité v týchto typoch prípadov. Avšak absencia fyzického zranenia neznamena, že donútenie či sila neboli použité, alebo že obeť so sexuálnym kontaktom súhlasila.⁹¹ Taktiež niektoré fyzické

⁹⁰ Fotografie majú byť bezpečne zložené a zálohované. Nemali by byť uložené v jedinom počítači, keďže treba mať na pamäti prípadné zlyhanie techniky, a riziko poškodenia hardisku.

⁹¹ **Fyzické nálezy poranení po sexuálnom útoku veľmi často absentujú** tak u detských ako aj u adolescentných a dospelých obetí; nálezy sú často normálne alebo nešpecifické (Schafran, 2015; Payne-James et al. 2016; Brown a Sommers 2017; Yek-Quen Mok 2016; Pillai a Price 2016). **Prítomnosť genitálnych poranení nemusí byť pri vyšetrení evidentná** vďaka faktorom ako elastická, muskulárna alebo anatomická štruktúra genitálií a pohlavných orgánov, hojenie (ku ktorému došlo v čase medzi sexuálnym útokom a vyšetrením), zdravotný stav, vek obete (Schafran 2015; Lewis-O'Connor et al. 2017). – **Prevalencia genitálnych poranení závisí aj od použitej metódy vyšetrenia.** Pohybuje sa medzi 5% (priama vizualizácia) po 87% (použitie kolposkopických techník). Okrem spomenutých metód sa využíva aj farbiaca demarkačná technika a UV svetlo. – **Najbežnejšie oblasti genitálneho poranenia u adolescentných a dospelých žien** sú: zadná časť vulvy, tkanivo spájajúce labia minor (malé pysky), samotné labia minor, hymen (panenská blana)

nálezy, ktoré poukazujú na použitie sily, nie nevyhnutne indikujú sexuálny útok. V prípade policajného vyšetrovania, musia kompetentné orgány hľadať ďalšie dôkazy, ktoré môžu pomôcť prekonať tvrdenia o súhlase so sexuálnym aktom.

- **Porozumenie spôsobu testovania biologických dôkazov.** Sperma, krv, vaginálne sekréty, sliny, vaginálne epiteliálne bunky a iné biologické dôkazy môžu byť identifikované a profilované v kriminalisticko-expertíznom ústave alebo na súdnolekárskych pracoviskách či v iných forenzných laboratóriách expertíznych organizácií. Informácie získané z analýzy môžu často pomôcť určiť, či došlo k sexuálnemu kontaktu, poskytnúť informácie o okolnostiach incidentu a byť porovnané s referenčnými vzorkami zozbieranými od obetí a podozrivých z dôvodu identifikácie. Primárnou metódou, ktorú používajú kriminalistické laboratóriá na testovanie biologických dôkazov, je analýza DNA. Na odlíšenie DNA obete a DNA podozrivého je potrebné odobrať obeti vzorku krvi alebo bukálny výter (výter z vnútornej strany líca).
- **Dodržiavanie hygienicko-epidemiologických pravidiel pri manipulácii s infekčným materiálom a zabránenie riziku kontaminácie dôkazov.** Osoba realizujúca vyšetrenie by mala počas vyšetrenia prijať preventívne opatrenia, aby sa zabránilo vystaveniu (obetí aj zdravotníckeho personálu) krvným patogénom a iným potenciálne infekčným materiálom. Napríklad je dôležité dodržiavať zásady týkajúce sa umývania rúk, manipulácie s kontaminovanými ihlami a inými kontaminovanými ostrými predmetmi, nosením ochranných prostriedkov. Vzhľadom na čoraz väčšiu citlivosť analýzy DNA existuje väčšia šanca, že sa môže zistiť náhodná kontaminácia. Forenzné dôkazy, ktoré sú zvyčajne malé v objeme, môžu byť kontaminované cudzou DNA. Odborníčky a odborníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s obeťou ako prví, by mali urobiť všetky preventívne opatrenia na zníženie vonkajšej kontaminácie dôkazov. Napríklad, osoba realizujúca vyšetrenie by mala meniť rukavice v priebehu zhromažďovania dôkazov, kedykoľvek sa môže vyskytnúť krížová kontaminácia alebo pri presune na rôzne plochy povrchu tela. Je vhodné vyžiadať si z kriminalisticko-expertíznych ústavov poradenstvo o postupoch na zabránenie kontaminácii.
- **Význam prítomnosti alebo absencie dôležitých dôkazov.** V prípade páchatel'ov mužského pohlavia môžu dôkazy súvisiace so semenom mať celé spektrum významov, v závislosti od prípadu. Dôkazy súvisiace so semenom sa môžu skladať zo spermií a semennej tekutiny. Ide o cenný dôkaz, pretože môže byť použitý na pozitívne identifikovanie páchatel'a. Je však dôležité poznamenať, že absentujúca vzorka semena nie je indikátorom toho, že nedošlo k sexuálnemu útoku. Existuje niekoľko dôvodov, pre ktoré sa v niektorých prípadoch semeno nenájde: Útočníci môžu používať kondómy, ejakulovať niekde inde, alebo vôbec neejakulovať. Sperma mohla byť vyčerpaná častou ejakuláciou pred útokom. Chronické zneužívanie alkoholu alebo drog, chemoterapia, rakovina, infekcia (napríklad mumps alebo tuberkulóza) alebo vrodené abnormality môžu tiež potlačiť produkciu spermy. K absencii detekovateľných množstiev spermy môžu prispieť aj ďalšie faktory, napríklad významný časový odstup medzi útokom a zhromažďovaním dôkazov, umývanie pred vyšetrením, nesprávny odber, alebo ak bol na penetráciu použitý iný objekt než penis.
- **Vysvetlenie procedúry vyšetrenia a zhromažďovania dôkazov.** Bez ohľadu na metódy, ktoré sa používajú na získanie informovaného súhlasu obetí na účely vyšetrenia a zhromažďovania dôkazov, obetiam by sa mala vysvetliť celá procedúra a to, aké majú možnosti. Osoby realizujúce vyšetrenie môžu poskytnúť niektoré základné informácie pred začatím vyšetrenia a ďalšie informácie v priebehu vyšetrenia. Napríklad, ak sa použijú špeciálne nástroje, obetiam je potrebné v určitom čase pred ich použitím vysvetliť, aké sú to nástroje, ako budú použité, na aký účel a ako dlho bude procedúra trvať. Obete treba povzbudiť, aby kládli otázky a informovali osoby realizujúce vyšetrenie o tom, či

a fossa navicularis (pošvová klenba), klasifikované ako lacerácie, abrázie, alebo tržné rany s možným krvácaním. V nálezoch sa objavujú aj abnormálne začervenania a modriny (Brown a Sommers 2017).

potrebujú prestávku, alebo že nechcú absolvovať konkrétnu časť vyšetrenia alebo zberu dôkazov.

- **Uskutočnenie všeobecného telesného a anogenitálneho vyšetrenia a zdokumentovanie nálezov na diagramoch tela (*body diagram forms*).** Okrem inštrukcií obsiahnutých v balíku nástrojov pre zber dôkazov (*evidence collection kit*), vyšetrenie by malo byť realizované v medziach informovaného súhlasu a s ohľadom na zdravotnú a forenznú anamnézu. Počas vyšetrenia je potrebné sa obeť pýtať aj na to, či si všimla nejaké zranenie alebo či niekde v tele pociťuje bolesť.
 - Všeobecné fyzikálne vyšetrenie. Zisťujú sa vitálne znaky obetí, zaznamená sa dátum a čas vyšetrenia, fyzický vzhľad, všeobecné správanie a orientácia a stav oblečenia pri príchode. Na diagramy tela sa zaznamenávajú všetky telesné nálezy (vrátane pozorovateľných alebo hmatateľných poranení tkanív, fyziologických zmien a cudzích materiálov, ako je tráva, piesok, škrvny, vysušené alebo vlhké sekréty alebo pozitívna fluorescencia). Pozorne si treba všimáť začervenanie, odreniny, modriny, opuchy, roztrhnutie, zlomeniny, uhryznutia, popáleniny a iné formy fyzickej traumy. Potenciálne traumatické nálezy by mali byť palpované, aby sa zistila citlivosť (*tenderness*) a zatvrdnutie (*induration*).
 - Anogenitálne vyšetrenie. Počas vyšetrenia žien⁹² sa preskúmajú vonkajšie genitálie a perineálna oblasť pre prípadnú prítomnosť zranení, cudzích materiálov a ďalších nálezov v nasledujúcich oblastiach: brucho (*abdomen*), stehná, perineum, veľké a malé pysky, klitoris a jeho okolie, peruretrálne tkanivo/uretrálny otvor, hymen, priečna štrbina penisu (*fossa navicularis*) a kožná riasa zadnej časti vulvy (*posterior fourchette*). Použitie kolposkopu počas vyšetrenia vonkajších pohlavných orgánov zvyšuje možnosti spozorovania mikroskopických zranení a môže poskytnúť fotografickú dokumentáciu. Následne je potrebné preskúmať vagínu a cervix pre prítomnosť zranení a cudzích materiálov a telies. Použije sa kolposkop alebo iný zväčšujúci prístroj. Preskúma sa zadok, perianálna pokožka a análny záhyb pre prítomnosť zranení a cudzích materiálov a iných nálezov. Ak je hlásená rektálna penetrácia alebo ak je podozrenie, že k nej došlo, môže sa použiť anoskop ako nástroj na identifikáciu a vyhodnotenie traumy (môže sa tiež použiť na pomoc pri získavaní análnych výterov (*swabs*) a stopových dôkazov (*trace evidence*). U obetí mužského pohlavia je potrebné preskúmať vonkajšiu a perineálnu oblasť pre prítomnosť možných zranení, cudzích materiálov a iných nálezov vrátane brucha, zadku, stehien, predkožky, uretrálny otvor, telo penisu (*shaft*), skrótum (*scrotum*), perineum, glans penis a semenníky. Zdokumentuje sa, či sú pacienti obrezaní.
 - Dokumentácia nálezov: Nálezy zo všeobecného fyzikálneho vyšetrenia a z anogenitálneho vyšetrenia sa zaznamenávajú na príslušné diagramy tela. Podrobné opisy zistení by sa mali poskytnúť podľa potreby. Počas vyšetrenia sa zhromažďujú dôkazy, ktoré sú uvedené v balíku nástrojov pre zber dôkazov (*evidence collection kit*) a fotografuje sa anatómia zasiahnutá útokom.
- **Zber dôkazov predkladaných na analýzu do kriminalistického laboratória.** Skúsené odborníčky/odborníci by sa v procese zberu dôkazov mali riadiť zisteniami plynúcimi z odberu zdravotnej a forenznej anamnézy a z fyzikálneho vyšetrenia obeť. Pre odborné osoby, ktoré nie sú skúsené v procese zhromažďovania dôkazov môžu byť nápomocné inštrukcie, ktoré sú súčasťou balíka nástrojov pre zber dôkazov (*kit*). Avšak tieto inštrukcie by sa nemali čítať pred obeťou (aby sa nezväčšovala jej psychická nepohoda). Ak sa niektoré požadované dôkazy nezozbierajú, osoba realizujúca vyšetrenie by mala zaznamenať dôvody na formulároch dokumentácie.

⁹² Niektoré obeť nikdy predtým neabsolvovali gynekologické vyšetrenie a potrebujú detailné vysvetlenie a podporu počas tejto časti vyšetrenia.

- Zber dôkazov z oblečenia. Oblečenie často obsahuje dôležité dôkazy v prípadoch sexuálnych útokov. Poskytuje povrch, na ktorom možno nájsť stopy cudzích materiálov, ako sú spermie, sliny, krv, chlípky, vlákna a zvyšky z miesta činu. Zatiaľ čo cudzie látky môžu byť umyté alebo opotrebované z tela, rovnaké látky sa často nachádzajú neporušené na oblečení po značnú dobu po útoku. Poškodené alebo roztrhané oblečenie môže byť významné, pretože poškodenie môže byť dôkazom použitia sily (preto netreba prerezávať žiadne existujúce otvory, roztrhnutia ani škvرنy na oblečení). Ak osoba realizujúca forenzné vyšetrenie zistí poškodenie odevu, spýta sa obeť, či poškodenie súvisí so sexuálnym útokom alebo bolo prítomné už predtým. Dôkazy na oblečení obetí je možné porovnávať s dôkazmi získanými od podozrivých a z miesta činu. Medzi položky oblečenia, ktoré sú bežne zozbierané od obetí patrí spodná bielizeň, pančuchový tovar, blúzky, košele/tričká a nohavice. Kabáty a topánky sa zbierajú menej často, pretože je menej pravdepodobné, že majú dôkaznú hodnotu a ich strata môže predstavovať významnú finančnú záťaž pre obeť.

Postupy pre zbieranie odevov, spodnej bielizne a cudzieho materiálu, ktorý sa môže uvoľniť počas vyzliekania, zahŕňajú nasledovné:

- Na podlahu sa umiestni čistá nemocničná plachta ako bariéra. Potom sa na plachtu umiestni zberný papier. Treba dávať pozor, aby sa predišlo prenosu dôkazov. Dokumentujú sa všetky zistenia. Obete sú požiadané o to, aby sa vyzliekli, podľa požiadaviek sa im pritom asistuje a následne ich treba náležite zahaliť. (Pokiaľ sa obeť zdráhajú vyzliekať pred sociálnymi poradkyňami a/alebo inými podpornými osobami, tieto sa môžu otočiť, držať plachtu, aby zahalili obeť, alebo opustiť miestnosť, kým sa obeť vyzliekajú). Ak niekto obeť asistuje, musí používať rukavice.

- Zozbiera sa oblečenie súvisiace s útokom. Najprv treba zistiť, či obeť majú na sebe to isté oblečenie, aké mali buď počas alebo bezprostredne po útoku. Ak je to tak, oblečenie by sa malo preskúmať kvôli nožnej prítomnosti akéhokoľvek zjavného cudzieho materiálu, škvrn alebo poškodenia. Keď sa stanovilo, že odev môže obsahovať možné dôkazy, dané kusy odevu by sa mali zozbierať. Ak obeť nemajú oblečený ten istý odev, ktorý mali počas alebo bezprostredne po útoku, osoba realizujúca forenzné vyšetrenie by sa mala spýtať, kde sa nachádza toto oblečenie. Ak sa toto oblečenie neprinieslo na vyšetrenie, informácie o umiestnení oblečenia by mali byť poskytnuté orgánom činným v trestnom konaní (ak sú do prípadu zapojené), aby bolo možné daný odev vyzdvihnúť a preskúmať predtým, ako sa zničia potenciálne dôkazy. Okrem zberu spodnej bielizne nosenej v čase alebo bezprostredne po útoku môže byť dôležité aj zhromažďovanie spodnej bielizne, ktorú obeť nosia v čase vyšetrenia (ak je to pre daný prípad relevantné).

- Je potrebné pristupovať citlivo k tomu, koľko oblečenia zaistiť ako dôkazný materiál. Kabát alebo topánky obetí sa zaistia iba vtedy, pokiaľ by na nich mohli byť dôkazy. Špecializované pracovisko môže v spolupráci s organizáciami poskytujúcimi služby obetiam zabezpečiť, aby pre obeť bolo dostupné náhradné oblečenie v rôznych veľkostiach.

- Je potrebné zabezpečiť, aby dôkazný materiál, ktorý je vlhký a nemožno ho dôkladne vysušiť na mieste vyšetrenia (napr. mokré oblečenie, tampóny a hygienické vložky) bol balený v nepriepustných obaloch a aby bol pri preprave oddelený od ostatných dôkazov. Je dôležité upozorniť orgány činné v trestnom konaní a pracovníkov kriminologického laboratória na prítomnosť vlhkých dôkazov a potrebu ich okamžitej analýzy alebo ďalšieho sušenia.

- Každý kus oblečenia a zberný papier treba umiestniť do samostatného papierového vrečka, označiť ho a uzatvoriť. Plachta (slúžiaca ako bariéra medzi podlahou a zberným papierom) sa nepredkladá ako dôkaz.

- Zozbieranie nečistôt (debris). Je potrebné zozbierať zjavné nečistoty na telách obetí (napr. špinu, listy, vlákna a vlasy) do zberného vrečka, označiť a uzavrieť ho. Obetí sa treba opýtať, či poškriabali tvár, telo alebo oblečenie podozrivých. Ak je to tak, alebo ak sa pozorujú vlákna z iných materiálov pod nechtami obetí, odoberú sa vzorky a materiál spolu s pomôckami použitými na ich odber sa zabalí, označí a uzavrie. Ak je to potrebné, následne sa asistuje obetiam pri oblečení vyšetrovacieho plášt'a (*exam gowns*).
- Zozbieranie cudzích materiálov a sterov z povrchu tela. Je potrebné opatrne skontrolovať telo, vrátane hlavy, vlasov a vlasovej pokožky, či sa na nich nenachádzajú suché alebo vlhké sekréty a škvry (napr. krv, semenná tekutina, pot a sliny) a iný cudzí materiál. Na pomoc pri identifikácii dôkazov sa používa alternatívny svetelný zdroj. Je potrebné získať výtery z akejkoľvek podozrivej oblasti, kde môže byť suchá sekrécia alebo škvrna, akákoľvek vlhká sekrécia, z akejkoľvek oblasti, ktorá fluoreskuje pri použití ultrafialového svetla s dlhými vlnami, a z akejkoľvek oblasti, v súvislosti s ktorou obeť uvádzajú istý alebo pravdepodobný prenos telesnej tekutiny (napríklad lízanie, hryzenie, špliechanie spermy alebo scie poranenie). Pokiaľ obeť neuvádzajú konkrétne miesta na tele, treba urobiť stery z najpravdepodobnejších oblastí (napr. krk, prsia alebo vonkajšie genitálie). Na zber suchých sekrétov sa používa vlhký tampón, po ktorom nasleduje suchý tampón. Vlhké sekréty treba vyčistiť suchým tampónom. Pre každú oblasť, z ktorej sa zberajú vzorky, by sa mali použiť separátne tampóny. Všetky vzorky treba samostatne zabaliť, označiť a uzatvoriť.
- Zozbieranie možných dôkazov česaním vlasatých častí (*collect hair combings*). Účelom tohto postupu je zhromažďovanie chĺpkov podozrivých, ktoré mohli byť prenesené na vlasy obetí. Česanie vlasov môže odhaliť aj iné cudzie materiály. Česanie ochlpenia ohanbia môže byť nevyhnutné, ak útok zahŕňal genitálnu oblasť obetí. Treba použiť hrebeň a zberný papier určený na túto procedúru. Rozložený papier sa umiestni pod zadok obeť a vlasy sa češú smerom k papieru (česať môžu aj obeť). Hrebeň sa následne zabalí do papiera, umiestni do vrečka, označí a uzavrie.
- Zozbieranie orálnych a anogenitálnych sterov a výterov (*swabs and smears*). Súhlas obetí, zdravotná a forenzná anamnéza a nálezy z vyšetrení by mali navigovať zber orálnych a anogenitálnych vzoriek. Vo všeobecnosti by sa vzorky mali odoberať iba z otvorov a oblastí obklopujúcich otvory, ktoré boli podľa obetí zasiahnuté útokom. Treba mať na pamäti, že niektoré obeť sa môžu vyjadrovať vágne o tom, aký typ sexuálneho kontaktu sa vyskytol. Kladením vhodných otázok obetiam môžu osoby realizujúce vyšetrenie pomôcť objasniť, ktoré otvory boli pri útoku zasiahnuté. Ak existuje nejasnosť ohľadne zasiahnutých otvorov (napr. preto, lebo obeť sa nepamätajú, boli v bezvedomí, alebo nerozumejú tomu, čo sa stalo), môže byť vhodné realizovať stery z orálneho, vaginálneho aj análneho otvoru (so súhlasom obetí). Ak pred vyšetrením obeť používajú kúpeľňu, treba ich vyzvať, aby neumývali alebo neutierali sekrécie až do zozbierania dôkazov. Pri odoberaní vzoriek treba zabrániť vzájomnej kontaminácii vzoriek odoberaných z rôznych otvorov. Vzorky sa umiestnia do príslušných obálok, dôsledne označia a uzatvoria. Do materiálov sa zaznačí použitie akejkoľvek cudzej látky počas vyšetrenia (napr. lubrikačného gélu).
- Odber vzorky krvi. Mnohé vzorky zozbierané počas vyšetrenia obsahujú zmes sekrétov. Na interpretáciu výsledkov profilu DNA získaných z týchto vzoriek je dôležité poznať profil DNA obetí. Pre tento účel sa používajú referenčné vzorky DNA obetí. Vzorka krvi môže byť potrebná aj na účely prípadnej toxikologickej analýzy.
- Vzorky zozbierané na medicínske účely sa nemajú miešať so vzorkami určenými a forenznú analýzu.

4.7 Alkoholom a drogami facilitovaný sexuálny útok

- U všetkých osôb, ktoré sa môžu podieľať na odbornej intervencii v prípadoch sexuálnych útokov, treba **podporovať vzdelávanie** o sexuálnych útokoch facilitovaných alkoholom a drogami. Je dôležité, aby boli edukované o tom, ako niektorí páchatelia používajú na facilitovanie sexuálnych útokov drogy a alkohol, ako realizovať skrining zameraný na alkoholom alebo drogami facilitované sexuálne útoky, a ako promptne reagovať v prípadoch, v ktorých je podozrenie na sexuálny útok facilitovaný alkoholom alebo drogami. Musia chápať naliehavosť zberu toxikologických vzoriek, rovnako ako aj potrebu získať informovaný súhlas obetí pred odberom vzorky. V prípadoch podozrenia na alkoholom alebo drogami facilitovaný sexuálny útok by ideálne mala byť zachytená prvá dostupná vzorka moču. Všetky zložky multidisciplinárneho tímu by mali byť poučené, ako zaistiť vzorku v prípadoch, keď obeť musia močiť pred príchodom na špecializované pracovisko, kde prebieha vyšetrenie.
- **Prípady dobrovoľného užitia drog alebo alkoholu obeťami.** Počas vyšetrenia sa obeť môžu zdôveriť, že krátko pred útokom dobrovoľne požili drogy alebo alkohol. Dobrovoľné požitie takýchto látok nemá znižovať vnímanú závažnosť útoku. Obete by mali pochopiť, že informácia o dobrovoľnom užití alkoholu alebo drog môže byť použitá na podkopanie ich dôveryhodnosti na súde, ale aj to, že v niektorých prípadoch môže naopak napomôcť stíhaniu prípadov práve to, že sa zdokumentuje ich zraniteľnosť. Je dôležité zdokumentovať a ošetriť aj to, ak obeť (v snahe zvládnuť stres navodený traumatickým zážitkom) dobrovoľne užíli lieky alebo alkohol v čase medzi útokom a vyšetrením. Môže to ovplyvňovať kvalitu dôkazov rovnako ako aj schopnosť urobiť informovaný súhlas. Nie je nezvyčajné, že obeť siahajú po alkohole alebo drogách, aby sa vysporiadali s prežitou traumou. V prípade, že majú alebo v minulosti mali problém so závislosťou, je dôležité aby ich členky a členovia multidisciplinárneho tímu vedeli navigovať na zdroje pomoci.
- **Situácie, v ktorých je indikovaný odber moču a/alebo vzorky krvi na toxikologickú analýzu:** 1) Ak zdravotný stav obeť odôvodňuje toxikologický skrining (napr. obeť vykazuje ospalosť, únavu, závraty, nevoľnosť, fyziologickú nestabilitu, stratu pamäte, poruchy motorických schopností alebo silnú intoxikáciu); 2) ak obeť alebo obeť sprevádzajúce osoby uvedú, že obeť bola alebo mohla byť omámená; 3) ak má obeť podozrenie z omámenia drogami z dôvodu ťažkostí rozpomenúť sa na udalosti.
- **Procedúra toxikologického testovania má byť obetiam vysvetlená.** Pred odberom vzoriek na toxikologickú analýzu je potrebné vyžiadať informovaný súhlas obetí. Obete by pred udelením súhlasu mali pochopiť nasledujúce skutočnosti:
 - účel toxikologického testovania;
 - možnosť detekovať a identifikovať drogy a alkohol závisí od odberu moču a/alebo krvi v obmedzenom časovom období po ich požití;
 - neexistuje žiadna záruka, že testovanie odhalí, že drogy boli použité na facilitovanie útoku;⁹³
 - testovanie môže ale nemusí byť obmedzené na drogy bežne používané na facilitovanie sexuálneho útoku a môže odhaliť aj iné drogy alebo alkohol, ktoré obeť mohli požiť dobrovoľne;
 - či je potrebná nejaká následná liečba, ak testovanie odhalí prítomnosť drog používaných na facilitovanie sexuálneho útoku (napr. obeť so zdravotnými ťažkosťami, ktoré môžu byť ovplyvnené požitím drog alebo alkoholu, môžu

⁹³ V tomto ohľade je žiaduce znovu zdôrazniť potrebu viacerých odberov biologického materiálu.

potrebovať informácie o možnom vplyve nedobrovoľného užitia drog a alkoholu a čo majú robiť aby identifikovali, liečili alebo predišli potenciálnym problémom);

- výsledky testov, ktoré poukazujú na dobrovoľné užitie drog alebo alkoholu, môžu byť zneužitá na pokus o diskreditáciu obetí alebo spochybnenie ich schopnosti presne vnímať dané udalosti (tieto výsledky avšak môžu zároveň pomôcť dokázať, že dobrovoľné užitie drog alebo alkoholu znemožnilo informovaný súhlas so sexuálnym stykom);
- odmietnutie podrobiť sa toxikologickému testovaniu môže negatívne ovplyvniť trestné konanie (môžu chýbať dôležité dôkazy) a môže byť použité protistranou na diskreditáciu obeť a spochybnenie pravdivosti obvinení;
- kedy a ako môžu získať informácie o výsledkoch toxikologického testovania;
- či sa môže toxikologické testovanie realizovať bez podávania správ orgánom činným v trestnom konaní.

Pri poskytovaní vyššie uvedených informácií obetiam je potrebné postupovať citlivo, a zdôrazniť najmä skutočnosť, že dobrovoľné užitie drog alebo alkoholu neznižuje závažnosť útoku. Za žiadnych okolností by forenzné a zdravotnícke vyšetrenie a liečba nemali byť podmienené súhlasom obeť s toxikologickým testovaním. Obeť by mali mať prístup k výsledkom akéhokoľvek toxikologického skríningu a mali by dostať informácie o tom, ako získať kópiu výsledkov.

- **Vzorky toxikológie by sa mali zhromaždiť čo najskôr po nadobudnutí podozrenia, že išlo o sexuálny útok facilitovaný drogami alebo alkoholom a po získaní informovaného súhlasu,**⁹⁴ a to aj vtedy, ak obeť nie sú rozhodnuté, či podajú trestné oznámenie. Dĺžka času, počas ktorého drogy zostávajú v moči alebo v krvi, závisí od množstva premenných (napr. typ a množstvo užitej drogy, veľkosť tela obeť a rýchlosť metabolizmu, či obeť mali plný žalúdok, a či už predtým močili). Prítomnosť drog používaných pri sexuálnom útoku je v moči detekovateľná dlhšie než v krvi. Čím skôr sa po útoku získa vzorka moču, tým väčšia je pravdepodobnosť detekcie látok, ktoré sa z tela rýchlo eliminujú.

Ak je to vhodné, treba okamžite odobrať vzorku moču. Ak obeť mohli požiť drogu v priebehu 96 hodín pred vyšetrením, mala by byť odobratá vzorka moču najmenej 30 mililitrov do čistej plastovej alebo sklenenej nádoby. Pokiaľ obeť nevydržia nemočiť pokým prídu na vyšetrenie, prvá odborníčka/odborník komunikujúci s obeťou by mal od nej požiadať, aby zachytila vzorku a priniesla ju do špecializovaného zariadenia. V ideálnom prípade by obeť nemali močiť pred zhromažďovaním dôkazov. Ak obeť už močili pred odberom vzorky, malo by sa zdokumentovať koľkokrát tak učinili.

V prípade potreby treba odobrať vzorku krvi. Ak sa požitie drog mohlo vyskytnúť v časovom rozpätí do 24 hodín pred vyšetrením, mala by sa odobrať vzorka krvi s objemom najmenej 20 mililitrov do nádoby obsahujúcej konzervačnú látku (fluorid sodný a oxalát draselný). Vzorka krvi odobratá v priebehu tohto časového rozpätia môže určiť čas, kedy boli drogy požitá.⁹⁵ Ak sa vzorka krvi odoberie na toxikologický skríning, mala by byť sprevádzaná vzorkou moču. Ak je potrebné stanovenie hladiny alkoholu v krvi, krv sa odoberie do 24 hodín po požití alkoholu. Obeť, u ktorých došlo k sexuálnemu útoku facilitovanému drogami, príležitostne zvracajú. Vzorka zvratkov má byť odobratá, nakoľko jej analýza môže byť užitočná pri vyšetrení.

Vzorky je potrebné patrične zabaliť. Každá toxikologická vzorka sa zabalí podľa potrieb laboratória, ktoré vykoná analýzu, umiestni sa do obálky, označí a uzavrie.

⁹⁴ V Slovenskej republike na uvedený úkon nie je potrebný informovaný súhlas.

⁹⁵ Dôležitý je opakovaný odber krvi.

- **Identifikácia príslušného toxikologického laboratória**, ktoré bude analyzovať odobraté vzorky. Špecializované pracovisko by malo mať pripravené kontaktné informácie na laboratórium, a poznať konkrétne požiadavky laboratória týkajúce sa zberu, balenia a prevozu vzoriek.
- **Zabezpečenie náležitého uskladnenia dôkazného materiálu.** V prípadoch, kedy obeť ešte nie sú rozhodnuté, či podajú trestné oznámenie, špecializované pracovisko má rešpektovať požiadavky laboratória vzťahujúce sa na uskladnenie odobratých vzoriek.

4.8 Vyhodnotenie a starostlivosť súvisiaca s pohlavne prenosnými ochoreniami

Obete sexuálneho útoku zvyčajne trpia vážnou obavou, či sa počas útoku nemohli nakaziť pohlavne prenosným ochorením od páchatel'a. Z tohto dôvodu by táto téma mala byť súčasťou forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia.

- **Obetiam je potrebné ponúknuť informácie pre nich zrozumiteľným spôsobom.** Mali by byť informované o rizikách pohlavne prenosných ochorení, o symptómoch a potrebe okamžitého vyšetrenia v prípade objavenia sa symptómov, o možnostiach testovania a liečby (a o potrebe zdržať sa sexuálneho styku do ukončenia liečby), o miere dôvernosti údajov o pohlavne prenosných ochoreniach v zdravotných záznamoch obeť. Koľko detailov je potrebné obetiam uviesť pri verbálnom informovaní, závisí od toho nakoľko sú v problematike zorientované.
- **U každej obeť je potrebné individuálne zvážiť potrebu testovania na pohlavne prenosné ochorenia.** Testovanie v čase počiatočného vyšetrenia nemá zvyčajne forenznú hodnotu, ak sú obeť sexuálne aktívne a pohlavne prenosné ochorenia mohli získať pred útokom. U sexuálne aktívnych obetí by pozitívne výsledky testov mohli byť zneužitá na podkopanie ich dôveryhodnosti (napr. naznačovanie sexuálnej promiskuity). Môžu však existovať situácie, keď testovanie má právny účel, ako je tomu v prípadoch, keď hrozba nakazenia alebo skutočné nakazenie pohlavne prenosným ochorením bolo súčasťou trestného činu. Alebo u sexuálne neaktívnych obetí, sa prvotný (*baseline*) negatívny test, po ktorom nasleduje pohlavne prenosné ochorenie, môže použiť ako dôkaz, ak páchatel' mal tiež pohlavne prenosné ochorenie.

Trichomoniáza, bakteriálna vaginóza (BV), gonorrhoa a chlamýdiová infekcia sú najčastejšie diagnostikované infekcie u sexuálne napadnutých žien. Ich prítomnosť nemusí nutne znamenať, že boli získané počas útoku, pretože tieto infekcie existujú aj medzi niektorými sexuálne aktívnymi ženami. Forenzné a zdravotnícke vyšetrenie predstavuje príležitosť na identifikáciu už existujúcich pohlavne prenosných ochorení, bez ohľadu na to, kedy boli získané, ako aj príležitosť na to, aby osoba realizujúca vyšetrenie zároveň odporučila obeť liečbu. Testovanie na pohlavne prenosné ochorenia v čase vyšetrenia tiež dáva osobám realizujúcim vyšetrenie a obetiam možnosť odložiť liečbu, kým nie je nevyhnutná.

Pred testovaním na pohlavne prenosné ochorenia je potrebné získať informovaný súhlas obeť.

- **Obete je potrebné povzbudiť, aby akceptovali profylaxiu na pohlavne prenosné ochorenia.** Ak je v čase vyšetrenia prijatá profylaxia, testovanie zvyčajne nie je indikované medicínsky. Rutinná preventívna liečba po sexuálnom útoku sa často odporúča, pretože následné (*follow-up*) sledovanie týchto obetí môže byť náročné. Profylaxia môže taktiež znížiť riziko drahšej či rozsiahlejšej liečby, ak by sa pohlavne prenosné ochorenia objavili až neskôr. Ak je profylaxia odmietnutá v čase úvodného vyšetrenia, je medicínsky obozretné získať kultúry a dohodnúť následné vyšetrenie a testovanie. V zdravotných záznamoch je potrebné uviesť ako sa obeť rozhodli a aké boli ich dôvody na odmietnutie profylaxie. Ak profylaxiu poskytuje iná osoba než lekárka

alebo lekár, musí postupovať podľa interného protokolu daného zariadenia (a legislatívy daného štátu), a musí mať možnosť medicínskej konzultácie a supervízie.

Ak klinický obraz obetí naznačuje predchádzajúce rozvíjajúce sa pohlavne prenosné ochorenia mali by byť vyšetrené a náležite liečené.

Ak obeť neboli v minulosti zaočkované proti hepatitíde B, po počiatočnom klinickom zhodnotení by mali dostať aktívnu post-expozičnú profylaxiu.

Pred podaním profylaxie na pohlavne prenosné ochorenia je potrebné získať informovaný súhlas obetí. Obete by mali byť informované o jej prínosoch aj nežiadúcich účinkoch.

- **Obete je potrebné povzbudiť k následnému vyšetreniu pohlavne prenosných ochorení, testovaniu, očkovaníu, poradenstvu a liečbe.** Hoci sa obeť môžu zdráhať absolvovať následné vyšetrenia na pohlavne prenosné ochorenia, takéto vyšetrenia sú nevyhnutné, pretože poskytujú príležitosť na odhalenie nových infekcií, na poskytnutie poradenstva a liečby. Ak obeť v čase prvotného vyšetrenia odmietli profylaxiu, následné vyšetrenie by sa malo vykonať v priebehu týždňa, aby sa zaistilo, že prípadné pozitívne výsledky testov sa s nimi včas prediskutujú a stanoví sa liečba. Obete, ktoré prijali profylaxiu, by mali byť informované o možnosti následného testovania s cieľom potvrdiť prítomnosť alebo absenciu infekcie. Testy na syfilis a HIV infekciu by sa mali opakovať 6 týždňov, 3 mesiace a 6 mesiacov po sexuálnom útoku, ak počiatočné výsledky testov boli negatívne a ak sú tieto infekcie pravdepodobne prítomné u útočníkov.

Je dôležité, aby následná komunikácia s obeťami (najmä zo strany osôb realizujúcich vyšetrenie a sociálnych poradkýň) zahŕňala pripomenutie, aby sa zúčastnili následných vyšetrení a absolvovali testy, očkovanie a liečbu. Sociálne poradkyne a zdravotníčky / zdravotníci by mali byť nápomocní obeťam pri objednávaní sa na následné vyšetrenia. Sociálne poradkyne by tiež mohli sprevádzať obeť na tieto nadväzujúce vyšetrenia.

- **Je potrebné venovať pozornosť obavám obetí ohľadne HIV infekcie.** Hoci riziko infikovania HIV prostredníctvom sexuálneho útoku sa javí byť nízke⁹⁶, obeť sexuálnych útokov majú zvyčajne v tomto ohľade značné obavy. Obeťam sa majú poskytnúť informácie o riziku HIV, o symptómoch a potrebe okamžitého vyšetrenia, pokiaľ by sa objavili symptómy, o testovaní a možnostiach liečby a o potrebe sexuálnej abstinencie alebo používania bariéry (kondómu) pri sexuálnom styku až do ukončenia liečby. Obeťam treba odporučiť, kam sa môžu obrátiť v prípade potreby ďalších informácií.⁹⁷ Informácie môžu pomôcť obeťam urobiť rozhodnutie o testovaní a liečbe na základe faktov, a nie strachu. Prípadná profylaktická liečba by mala byť aplikovaná len na základe informovaného súhlasu obeť, po vysvetlení možných rizík a benefitov liečby.

4.9 Posúdenie a starostlivosť spojená s rizikom otehotnenia

Otehotnenie v dôsledku sexuálneho útoku je významnou obavou obetí ženského pohlavia a ženy rôzneho veku, z rôznych sociálnych, kultúrnych a náboženských / duchovných prostredí môžu

⁹⁶ Napriek tomu, že infikovanie HIV bolo hlásené u osôb, ktorých jediným známym rizikovým faktorom bolo sexuálne napadnutie alebo sexuálne zneužívanie, riziko získania infekcie HIV jedinou epizódou sexuálneho útoku je pravdepodobne nízke. Celková pravdepodobnosť prenosu HIV počas jedného pohlavného styku od podozrivého, o ktorom je známe, že je infikovaný vírusom HIV, závisí od mnohých faktorov. Za určitých okolností by pravdepodobnosť prenosu mohla byť vysoká. Medzi tieto faktory môže patriť typ pohlavného styku (orálny, vaginálny alebo análny), prítomnosť perorálneho, vaginálneho alebo análneho zranenia (vrátane krvácania), miesto vystavenia ejakulátu, vírusové zaťaženie v ejakuláte a prítomnosť pohlavne prenosného ochorenia alebo genitálnej lézie u útočníkov alebo obeť.

⁹⁷ Na Slovensku funguje bezplatná nonstop linka 0800 666 777 (tzv. svetlá linka AIDS pomoc), ktorá je prevádzkovaná občianskym združením Dom svetla Slovensko (<http://www.domsvetlaslovensko.sk/>) zaoberajúcim sa prevenciou HIV/AIDS a ďalších pohlavne prenosných ochorení.

mať rôzne pocity týkajúce sa prijateľných možností zabránenia tehotenstva. Väčšina SANE programov ponúka prevenciu tehotenstva ak sa obeť sexuálneho útoku dostavia na špecializované pracovisko do 120 hodín po útoku. Osoba realizujúca vyšetrenie a ďalšie zainteresované zdravotníčky a zdravotníci musia dbať na to, aby neovplyvňovali obeť pokiaľ ide o voľbu možností zabránenia tehotenstva.

- **Rozhovor o pravdepodobnosti tehotenstva s obeťami s reprodukčnou kapacitou.** Riziko otehotnenia pri znásilnení sa odhaduje na 2 až 5 %, podobne ako riziko tehotenstva z jednorazového sexuálneho styku. Každá žena s reprodukčnou kapacitou môže potenciálne otehotnieť v dôsledku jediného styku. Určenie pravdepodobnosti počatia závisí aj od iných premenných, napríklad od používania antikoncepčných prostriedkov, pravidelnosti menštruačného cyklu, plodnosti obeť a páchateľa, obdobia cyklu v čase znásilnenia, a či páchateľ ejakuloval intravaginálne. Tehotenstvo v dôsledku znásilnenia je často príčinou veľkých obáv a ďalšej významnej traumy obeť, takže obavy obeť musia byť brané vážne.
- **Poskytnutie tehotenského testu všetkým obeťam s reprodukčnou kapacitou (s ich súhlasom).** Výnimkou je situácia, ak je obeť zjavne tehotná. Ak je obeť tehotná, tehotenstvo môže ovplyvniť, aké lieky je možné podať alebo predpísať v priebehu alebo po vyšetrení. Môžu sa použiť citlivé beta-HCG tehotenské testy. Väčšina komerčne dostupných tehotenských testov na moč deteguje graviditu 8 až 9 dní po počatí, skôr ako vynechá menštruácia. Krvné tehotenské testy detegujú HCG vo veľmi nízkych hladinách. Ak je tehotenský test pozitívny, núdzová antikoncepcia je kontraindikovaná a rozhodnutia o inej medikácii (napr. profylaxia pohlavne prenosných ochorení) sa musia urobiť s ohľadom na tehotenstvo. Ak je test negatívny a obeť mala počas posledných 10 dní nechránený pohlavný styk a pokračovala by v tehotenstve, ak by sa vyskytlo počatie, potom sa môže považovať za tehotnú a núdzová antikoncepcia sa nepodáva.
- **Rozhovor o možnosti intervencie, vrátane núdzovej antikoncepcie.** Obeť znásilnenia často prežívajú úprimný a ohromujúci strach z otehotnenia. Preto je potrebné s obeťami prediskutovať možnosti intervencie, vrátane núdzovej antikoncepcie. Bezprostrednou možnosťou je ponúknuť hormonálnu terapiu („tabletky po“). Ďalšou možnosťou je vyhnúť sa okamžitému zásahu a odporúčať obeť k následnej starostlivosti u poskytovateľa primárnej starostlivosti. S obeťou je potrebné prediskutovať možnosti intervencie a časové rámce pre poskytnutie núdzovej antikoncepcie, aby mohla urobiť kvalifikované rozhodnutie. Zároveň je potrebné informovať ju, že poskytnutie akejkoľvek núdzovej antikoncepcie nechráni pred sexuálne prenosnými infekciami. Rozhovor s obeťou by mal zahŕňať dôkladnú diskusiu vrátane mechanizmu účinku pre každú možnosť zabránenia tehotenstva, vedľajších účinkov, dávkovania a následných opatrení. Tieto informácie by mali byť poskytnuté aj písomne.
- **Poskytnutie profylaxie tehotenstva, podliehajúce informovanému súhlasu obeť.** Obeť by mala byť informovaná, že po podaní „tabletky po“ môže byť menštruácia silnejšia alebo slabšia ako obvykle a nemusí sa dostaviť v očakávanom čase. Ak sa žiadne krvácanie neobjaví do troch týždňov, obeť by mala podstúpiť opätovný tehotenský test. Obeť treba zároveň odporučiť, aby sa zdržala nechráneného sexuálneho styku až do objavenia sa menštruácie, alebo pokým opätovný tehotenský test nebude negatívny. Ak má zdravotníčka / zdravotník morálne alebo náboženské námietky voči poskytovaniu určitých foriem antikoncepcie, môže si uplatniť výhradu vo svedomí.⁹⁸ V takomto prípade

⁹⁸ Podľa Slovenskej legislatívy “od zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb. Ak zdravotnícky pracovník uplatní výhradu svedomia, je povinný o tejto skutočnosti informovať svojho zamestnávateľa a pri uplatnení výhrady svedomia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj svojich pacientov” (Príloha č. 4 *Etický kódex zdravotníckeho pracovníka* k Zákonu č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

by však obeť znásilnenia mali dostať informácie o tom, ako včas získať prístup k týmto službám.

4.10 Prepustenie a následná starostlivosť

Zdravotníčky/zdravotníci, polícia, sociálne poradkyne a iné zainteresované odborníčky a odborníci majú koordinovať svoje aktivity v takej miere ako je to len možné, aby predišli opakovaniam a vyhlí sa ďalšiemu zaťažovaniu obetí.

- **Venovanie pozornosti otázkam spojeným s prepustením a následnou zdravotnou starostlivosťou** (*discharge and follow up*). Osoba realizujúca forenzné a zdravotnícke vyšetrenie by mala pred prepustením obeť venovať pozornosť nasledujúcim záležitostiam:
 - Uistiť sa, že zdravotné a psychické potreby obetí súvisiace so sexuálnym útokom boli ošetrené. S obeťami je potrebné rozprávať o tom, či majú ešte nejaké iné obavy súvisiace s telesným alebo psychickým zdravím, v súvislosti so sexuálnym útokom. Ak dosiaľ neboli ošetrené nejaké zranenia alebo trauma, osoba realizujúca vyšetrenie by mala dať obeťam odporúčania, kam sa môžu obrátiť, ak potrebujú tieto záležitosti ošetriť.
 - Poskytnutie pokynov pri prepustení v ústnej a písomnej podobe⁹⁹. Súčasťou toho majú byť informácie týkajúce sa zhrnutia vyšetrenia (napr. zozbierané dôkazy, vykonané testy, predpísané alebo poskytnuté lieky, poskytnuté informácie a prijatá liečba), informácie o dávkovaní liekov, ktoré treba užívať, potrebné alebo už naplánované následné vyšetrenia a odporúčania. Pokyny pri prepustení môžu obsahovať aj kontakty na lokálne organizácie, poskytujúce služby pre obeť sexuálnych útokov.
 - Dohodnutie následných vyšetrení/opatrení. U obetí so zjavným zranením môže byť v krátkom časovom horizonte potrebné opätovne vyšetriť a zdokumentovať vývin viditeľných nálezov a vyfotiť oblasti zranenia; a v horizonte 2-4 týždňov neskôr zdokumentovať ich hojenie. U niektorých obetí môže byť indikované následné vyšetrenie kvôli ďalšiemu forenznému zhodnoteniu nešpecifických nálezov (ako napríklad sčervenanie, opuch alebo abnormality krčka maternice), ktoré môžu súvisieť s akútnou traumou alebo môžu byť normálnymi variantmi (*variants*). U všetkých obetí môžu byť indikované opakované vyšetrenia na pohlavne prenosné ochorenia. Dlhodobejšia starostlivosť (napr. v prípade HIV testovania, testovania na pohlavne prenosné ochorenia a podávania vakcín proti hepatitíde B) môže byť zabezpečená cez poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti. Ak následné vyšetrenia nie sú naplánované, prinajmenšom je žiadúce obeťam uviesť, ktoré vyšetrenia sú potrebné, a kde ich môžu absolvovať (ak tieto prebiehajú na inom mieste).
 - Prediskutovanie procedúry následného kontaktovania obeť. Je potrebné zistiť, či by obeť uvítali telefonát, účelom ktorého by bolo informovanie o zdravotnom stave a pripomenutie potreby následného testovania a starostlivosti. Pokiaľ súhlasia, je potrebné zistiť aj aký je najlepší spôsob a čas pre takýto telefonát, aby bolo chránené ich súkromie a bezpečie. Prvý následný zdravotnícky kontakt by sa mal zrealizovať 24 až 48 hodín od prepustenia. Osoba zabezpečujúca následnú komunikáciu s obeťou by mala byť oboznámená s prípadom a s potenciálnymi zdravotnými potrebami obeť.

⁹⁹ V dôsledku prežitej traumy si obeť nemusia pamätať, čo všetko im bolo povedané počas vyšetrenia. Preto je dôležité poskytnúť informácie aj v písomnej podobe.

- **Sociálne poradkyne, orgány činné v trestnom konaní, a iné zainteresované odborníčky a odborníci by sa mali skoordinať pri poskytovaní ďalších informácií obeti, pred jej prepustením.** Ak jedinou intervenujúcou osobou je zdravotníčka (prípadne zdravotník), mala by obeti poskytnúť väčšinu nasledovných informácií:
 - Venovať pozornosť potrebám obetí spojeným s fyzickým komfortom. Obetiam je potrebné poskytnúť napríklad príležitosť osprchovať sa (miestnosť pre forenznú a zdravotnícku vyšetrenie by mala disponovať aj kúpeľňou so sprchou), vyčistiť si zuby, vymeniť si oblečenie (čisté náhradné oblečenie by malo byť k dispozícii); dostať jedlo a/alebo nápoj a uskutočniť potrebné telefonické hovory. Obete môžu tiež vyžadovať pomoc pri koordinácii dopravy z miesta vyšetrenia do svojho domova alebo na iné miesto.
 - Pomôcť obetiam s plánovaním opatrení na podporu ich fyzického bezpečia a emočnej pohody. Je potrebné venovať pozornosť skrýniu zameranému na domáce násilie a násilie spojené s randením (*dating violence*), iné formy zneužívania a rizika. Obetiam treba asistovať pri posudzovaní vecí, ako sú:
 - Kam pôjdu po vyšetrení? S kým? Poskytnú im tieto osoby primeranú podporu? Existuje niekto iný, na koho by sa chceli obrátiť? (Je potrebné informovať ich o dostupných organizáciách, kde môžu získať podporu a v prípade potreby im asistovať pri nadviazaní kontaktu.)
 - Sú v ich životných okolnostiach vystavené hrozbe pokračujúceho násillia alebo obťažovania? Potrebujú krízové ubytovanie, alebo alternatívne možnosti bývania? (V prípade potreby má byť obeť oboznámená s možnosťami pomoci.)
 - Majú nárok na ochranné opatrenia (*protection orders*)? (V prípade potreby majú byť obetiam poskytnuté informácie a pomoc.)
 - Existuje potreba zvýšených bezpečnostných opatrení? (Ak je to potrebné majú sa prediskutovať dostupné možnosti.)
 - Ak sa necítia byť v bezpečí, čo urobia, aby získali pomoc? (Treba diskutovať o možnostiach a pomôcť im vyvinúť plán.)
 - Netrpia obeť aktuálne samovražednými myšlienkami a predstavami? (V tomto ohľade treba diskutovať o tom, akými konkrétnymi opatreniami možno znížiť riziko samovraždy.)¹⁰⁰
 - Priblížiť obetiam, aké sú dostupné služby pre obeť sexuálnych útokov. Sociálne poradkyne by mali obetiam, ich rodinným príslušníkom a priateľom popísať, aké služby sú dostupné, vrátane právneho, sociálneho a psychologického poradenstva. Pred prepustením by mali poprosiť obeť, či s nimi môžu udržiavať následný kontakt. Ak súhlasia, môžu stanoviť optimálne metódy a časy pre kontakty. Počas následných kontaktov môžu sociálne poradkyne pomôcť obetiam prehodnotiť ich bezpečnosť; ponúknuť podporu a krízové poradenstvo; odpovedať na ich otázky a poskytovať ďalšie odporúčania a informácie; a pomôcť koordinovať ďalšie služby advokácie a poradenstva v závislosti od identifikovaných potrieb.
 - Vysvetliť postupy trestného konania. Pokiaľ bol prípad oznámený orgánom činným v trestnom konaní, obeť treba informovať, že policajné vyšetrovateľky / vyšetrovatelia ich požiadajú o vypočutie (ak výsluch ešte nebol realizovaný),

¹⁰⁰ U obetí sexuálneho zneužívania a sexuálnych útokov v dospelosti je zvýšené riziko suicídálnych myšlienok a pokusov (Ullman a Najdowski 2009; Calder et al. 2010).

vysvetliť proces trestného konania a aké práva majú obeť trestných činov. Niektoré obeť môžu chcieť vedieť, ako dlho trvá trestné konanie. Informácia o zvyčajných časových rámcoch takýchto procesov im môže pomôcť pripraviť sa na to, zároveň ale musia byť uzrozumené s tým, že každý prípad je jedinečný a zvyčajné časové rámce v ich prípade platiť nemusia.

Obeť by mali dostať kontaktné údaje na príslušnú policajnú vyšetrovateľku (prípadne vyšetrovateľa) a mať možnosť ju kontaktovať kvôli akýmkoľvek novým relevantným skutočnostiam, ak sa objavia nové príznaky zranení, ak podozriví nerešpektujú ochranné opatrenia, ak sa ich podozriví pokúsia kontaktovať, alebo ak majú iné súvisiace otázky alebo obavy. Obeť si musia byť vedomé toho, že je na ich rozhodnutí, či oznámia svoj prípad a budú rozprávať s orgánmi činnými v trestnom konaní. Ak sa ešte nerozhodli, mali by dostať informácie o tom, koho a ako kontaktovať, ak sa prípad rozhodnú oznámiť. Mali by sa tiež poskytnúť informácie o tom, kde bude uložený dôkazový materiál z forenzného a zdravotníckeho vyšetrenia a ako je označený (napr. ak je mu pridelené číslo, malo by sa obeť poskytnúť).

- Poskytnúť informácie. Obetiam je potrebné poskytnúť jasné a stručné informácie, tak v ústnej ako aj písomnej podobe. Informácie by mali byť prispôsobené úrovni komunikačných schopností obeť. Vhodné je poskytnúť obeť brožúru zameranú na otázky akým čelia obeť po sexuálnom útoku. Obeť môžu považovať za užitočné najmä informácie o:
 - samotnom zločine (napr. fakty o sexuálnych útokoch a súvisiacej legislatíve),
 - bežných reakciách na sexuálnu viktimizáciu (so zdôraznením, že to nikdy nie je chyba obeť) a symptómoch traumatických reakcií,
 - právach obeť,
 - službách na podporu obeť,
 - možnostiach poradenstva v oblasti duševného zdravia a odporúčania,
 - zdrojoch podpory pre osoby obeť blízke,
 - absolvovanom forenznom a zdravotníckom vyšetrení a možnostiach použitia dôkazov,
 - pokynoch k nadväzujúcej zdravotnej starostlivosti,
 - plánovaní opatrení na podporu fyzického bezpečia a emočnej pohody,
 - právnych krokov a možnostiach,
 - procedúrach prístupu k zdravotným záznamom.

ZÁVER

Publikácia predstavila zahraničný (z USA pochádzajúci) model pomoci obetiam sexuálnej viktimizácie zo strany SANE sestier. SANE je certifikovaná, registrovaná sestra, so špecializáciou vo forenznom ošetrovatelstve. Pomáha sexuálne viktimizovaným osobám, poskytuje im súcitnú starostlivosť, emocionálnu a psychickú podporu, zodpovedá za citlivé zhromažďovanie forenzných dôkazov, ktoré by mohli potenciálne viesť k stíhaniu, odsúdeniu a zatknutiu útočníka, a odporúča následnú starostlivosť obeti (i jej rodine) po traumatickom zážitku zo sexuálneho útoku. SANE sestry pracujú v niektorých krajinách v zahraničí ako súčasť koordinovaného multiodborového tímu SART, ktorého ďalšími členmi sú policajné zložky, právni zástupcovia obetí a pod. (Lewis-O'Connor et al. 2017).

Ako naznačili slová recenzentiek a recenzentov uvedené na úvodných stránkach publikácie, priblíženie filozofie a pracovných postupov SANE sestier môže byť v mnohých ohľadoch pre Slovensko inšpiratívne. Malo by nás predovšetkým pobádať k úsiliu o šandardizáciu forenzných postupov v istej asociácii aj s postupmi nevyhnutného poskytovania zdravotnej starostlivosti a následnej komplexnej opatery o tieto obzvlášť zraniteľné obete. Veríme, že obsah publikácie poskytuje dostatok podnetov pre ďalšie odborné multidisciplinárne, medzirezortné a legislatívne úvahy o tom, aké štandardy postupov a zastúpenie profesií by mal mať slovenský model SART, ktorého kreovanie je pre nás výzvou.

LITERATÚRA

- ADAMS, J. A., STARLING, S. P., FRASIER, L. D., PALUSCI, V. J., SHAPIRO, R. A., FINKEL, M. A. a BOTASH, A. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 383-392.
- AMEY, A.L. a BISHAI, D. (2002) "Measuring the quality of medical care for women who experience sexual assault with data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey." *Annals of Emergency Medicine*, 39(6): 631-638.
- AVDIČOVÁ, M., TRUSKA, P., NÁMEŠNÁ, J. a MUSILOVÁ, M. (2015). Systém hlásenia pohlavne prenosných chorôb v SR a jeho legislatívne zabezpečenie. *Dermatológia pre prax* 9(3), 96-99.
- BAIRD, S., a JENKINS, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1): 71-86.
- BENKOVIČOVÁ, K. (2017). *Sestrám sa zmenia kompetencie, komora hovorí o väčšej zodpovednosti*. Dostupné na: <http://www.teraz.sk/slovensko/zdravie-sestram-sa-zmenia-kompetencie-ko/291036-clanok.html>
- BODNÁROVÁ, B.; FILADELFIOVÁ, J. a HOLUBOVÁ, B. (2008). *Reprezentatívny výskum výskytu a skúseností žien s násilím páchanom na ženách (VAW) na Slovensku: Representative Research on Prevalence and Experience of Women with Violence against Women (VAW) in Slovakia*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2008. - 214 s.
- BROWN, K. P. a SOMMERS, M. S. (2017) Injury and Forensic Examination of the Victim. In: R. R. HAZELWOOD a A. W. BURGESS (Eds.). *Practical aspects of rape investigation : a multidisciplinary approach*. Fifth edition. New York : CRC Press, 2017. ISBN 9781315316369 (ebook), s.269-285.
- BURGESS, A. W. a CARRETTA, C. M. (2017) Rape and Its Impact on the Victim. In: R. R. HAZELWOOD a A. W. BURGESS (Eds.). *Practical aspects of rape investigation : a multidisciplinary approach*. Fifth edition. New York : CRC Press, 2017. ISBN 9781315316369 (ebook), s. 3-17.
- BURKEY, C.R., ten BENSEL, T. a WALKER, J. T. 2014. *Forensic Investigation of Sex Crimes and Sexual Offenders*. Oxford: Elsevier Inc., 2014.
- BURROWES, N. (2013). *Responding to the challenge of rape myths in court*. London: NB Research. [Online]. Dostupné na: http://nb-research.com/wp-content/uploads/2013/04/Responding-to-the-challenge-of-rape-myths-in-court_Nina-Burrowes.pdf
- CALDER, J., McVEAN, A. a YANG, W. (2010). History of abuse and current suicidal ideation: Results of a population based survey, *Journal of Family Violence* 25: 205-214.
- CAMPBELL, R. (2012). Changing the community response to rape: the promise of sexual assault nurse examiner (SANE) programmes. In: J. M. BROWN a S. L. WALKLATE. (eds.) *Handbook on sexual violence*. Abingdon, Oxon: Routledge, s. 458-474.
- 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), 537-571.
- CAMPBELL, R., BYBEE, D., FORD, J.K., PATTERSON, D. a FERRELL, J. (2009) *A Systems Change Analysis of SANE Programs: Identifying mediating mechanisms of criminal justice system impact*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- CAMPBELL, R., BYBEE, D., KELLEY, K. D., DWORKIN, E. R. a PATTERSON, D. (2012a) The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigational Practices. *Criminal Justice and Behavior* 39(2), 169 – 184.
- CAMPBELL, R., BYBEE, D., TOWNSEND, S.M., SHAWN, J., KARIM, N. a MARKOWITZ, J. (2014). The impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) programs on criminal justice case outcomes: A multi-site replication study. *Violence Against Women*, (20)5: 607-625.
- CAMPBELL, R., DWORKIN, E. a CABRAL, G. (2009). An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault on Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse* 10(3), 225-246.
- CAMPBELL, R., GREESON, M., BYBEE, D. I., KENNEDY, A. a PATTERSON, D. (2011) Adolescent sexual assault victims' experiences with SANE-SARTs and the criminal justice system. Department of Justice. Retrieved from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234466.pdf>

- CAMPBELL, R., GREESON, M., KARIM, N., SHAW, J. a TOWNSEND, S. (2013). *Evaluating the Work of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs in the Criminal Justice System: A Toolkit for Practitioners*. Dostupné na: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/240917.pdf>
- CAMPBELL, R., PATTERSON, D. a BYBEE, D. (2012b) Prosecution of adult sexual assault cases: A longitudinal analysis of the impact of a Sexual Assault Nurse Examiner program. *Violence Against Women*, 18(2): 223–244.
- CAMPBELL, R., PATTERSON, D. a LICHTY, L. F. (2005). The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs : A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. *Trauma, Violence & Abuse*. 6(4), 313-329.
- CAMPBELL, R., PATTERSON, D., ADAMS, A.E., DIEGEL, R. a COATS, S. (2008) A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being, *Journal of Forensic Nursing*, 4: 19–28.
- CAMPBELL, R., TOWNSEND, S.M., LONG, S.M., KINNISON, K.E., PULLEY, E.M., ADAMES, S.B. a WASCO, S.M. (2006) Responding to sexual assault victims' medical and emotional needs: A national study of the services provided by SANE programs, *Research in Nursing and Health*, 29: 384–98.
- CAMPBELL, R., WASCO, S.M., AHRENS, C.E., SEFL, T. a BARNES, H.E. (2001) "Preventing the 'second rape': Rape survivors' experiences with community service providers." *Journal of Interpersonal Violence*, 16(12): 1239–1259.
- CAMPBELL, R.; FEENEY, H.; PIERCE, S. J.; SHARMA, D. B. a FEHLER-CABRAL, G. (2016). Tested at Last: How DNA Evidence in Untested Rape Kits Can Identify Offenders and Serial Sexual Assaults. *Journal of Interpersonal Violence* (Mar 27, 2016). [Epub ahead of print] DOI: [10.1177/0886260516639585](https://doi.org/10.1177/0886260516639585)
- CIANCONE, A., WILSON, C., COLLETTE, R. a GERSON, L.W. (2000) 'Sexual Assault Nurse Examiner programs in the United States', *Annals of Emergency Medicine*, 35: 353–7.
- CONDY, R. (2010). Secondary Victims and Secondary Victimization. In: S. G. SHOHAM, P. KNEPPER a M. KETT (Eds.) *International Handbook of Victimology*. Boca Raton, FL: CRC Press - Taylor & Francis Group, 2010, s. 219-249.
- COSAI (2013a). Czech - Participants' hand outs: *Školení na téma multisektorální intervence pro sexuálně napadené ženy: Pracovní listy účastníků*. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/tools/training-programme.html>
- COSAI (2013b). Czech - PowerPoint presentation: *Školení na téma multisektorální intervence pro sexuálně napadené ženy*, Projekt Just/2010/DAP3/AG/1395 podporený v rámci DAPHNE III Programme 2007-2013. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/tools/training-programme.html>
- COSAI (2013c). Czech - Trainers' manual : *Školení na téma multisektorální intervence pro sexuálně napadené ženy: Manuál pro školitele*. Dostupné na: <http://www.cosai.eu/products/tools/training-programme.html>
- COSAI (2013d). Comparing Sexual Assault Interventions project: Czech Republic Case Study Report. Dostupné na: http://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/COSAI_Case_Study_Czech_Republic_Final.pdf
- COSAI (Comparing Sexual Assault Interventions) (2012). *Models of intervention for women who have been sexually assaulted in Europe: A review of the literature*. Dostupné na: http://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/Cosai_Literature_Review_Typeset.pdf
- COUNCIL OF EUROPE (2012). *One in Five: Council of Europe campaign to stop sexual violence against children*. Dostupné na: http://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/Source/Campaign%20outline_28042012_en.pdf
- COURTOIS, C. A. (1996). *Healing the Incest Wound. Adult Survivors in Therapy*. New York : W.W. Norton & Company.
- 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.
- CRAWFORD, A. (2017). Mandatory education on sexual assault law a hot topic at school for new judges. In: *CBC News*, Apr 06, 2017. Dostupné na: <http://www.cbc.ca/news/politics/judges-school-sexual-assault-laws-justice-1.4056483>

- CREAMER, M., BURGESS, P. a MCFARLANE, A.C. (2001) Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine* 31(7): 1237–1247.
- ČECH, J. (2000). *Úvod do policajnej psychológie: Príspevok ku konštituovaniu policajnej vedy*. Bratislava: Akadémia Policajného zboru v Bratislave. 324 s. ISBN 80-8054-130-2.
- ČECHOVÁ, J. (2016). Oběti sexuálního násilí v gynekologické ordinaci II – co je dobré znát. *Praktická gynekologie* 20(3–4): 162–165.
- ČÍRTKOVÁ, L. (2014). *Viktimologie pro forenzní praxi*. Praha: Portál.
- ČÍRTKOVÁ, L. (2016). *Přepis VSV ze dne 4. října 2016: „Problematika sexuálního násilí v České republice“*. Praha: Senát parlamentu ČR.
- DALY, K. a BOUHOURS, B. (2010). Rape and attrition in the legal process: A comparative analysis of five countries. *Crime and Justice: A Review of Research*, 39, 565-650.
- DE ZUTTER, A., HORSELENBERG, R. a VAN KOPPEN, P.J. (2017). The Prevalence of False Allegations of Rape in the United States from 2006-2010. *Journal of Forensic Psychology* 2(2). DOI: 10.4172/2475-319X.1000119
- DELAFLANE, D. a DELAFLANE, A. (2004). Victims of Child Abuse, Domestic Violence, Elder Abuse, Rape, Robbery, Assault, and Violent Death : A Manual For Clergy And Congregations. Denver, Colorado : The Spiritual Dimension In Victim Services & Washington, D.C. : The Office for Victims of Crime, [online], [citované 2006-01-07], dostupné na internete: <<http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/clergy/welcome.html>>.
- DUFFY, J.R. (2013). *Quality Care in Nursing and Health Systems: Implications for Clinicians, Educators and Leaders*. Second edition. New York: Springer Publishing Company.
- DWORKIN, E. R. a SCHUMACHER, J. A. (2016). Preventing Posttraumatic Stress Related to Sexual Assault Through Early Intervention: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse* 1-14, DOI: 10.1177/1524838016669518.
- EDWARDS, K. M., TURCHIK, J. A., DARDIS, C. M., REYNOLDS, N. a GIDYCH, C. A. (2011). Rape myths: History, individual and institutional-level presence, and implications for change. *Sex Roles*, 65, 761-773.
- ERICKSEN, J., DUDLEY, C., MCINTOSH, G., RITCH, L., SHUMAY, S. a SIMPSON, M. (2002). 'Client's experiences with a specialized sexual assault service', *Journal of Emergency Nursing*, 28: 86–90.
- FANFLIK, P.L. (2007). *Victim Responses to Sexual Assault: Counterintuitive or Simply Adaptive?* Alexandria, Virginia: American Prosecutors Research Institute.
- FEHLER-CABRAL, G., CAMPBELL, R. a PATTERSON, D. (2011). "Adult sexual assault survivors' experiences with Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)." *Journal of Interpersonal Violence*, 26(18): 3618–3639.
- FERGUSON, C.E. a MALOUFF, J.M. (2016) Assessing Police Classifications of Sexual Assault Reports: A Meta-Analysis of False Reporting Rates. *Archives of Sexual Behavior* 45(5), 1185–1193.
- FILLIPAS, H. H. a ULLMAN, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, post-traumatic stress disorder and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.
- FRA – Agentúra Európskej únie pre základné práva (2014 a). *Násilie páchané na ženách: celoeurópsky prieskum (Stručný prehľad výsledkov)*. Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2014, 44 s., ISBN 978-92-9239-393-9.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014 b). *Violence against women: an EU-wide survey (Main results)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014, 193 s., ISBN 978-92-9239-342-7.
- FRA (2017). *Violence against women survey*. Dostupné na: <http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey>
- GREESON, M. R. et al. (2016). "Nobody deserves this": adolescent sexual assault victims' perceptions of disbelief and victim blame from police. *Journal of Community Psychology* 44(1), 90–110.
- GREESON, M.R. a CAMPBELL, R. (2013). Sexual Assault Response Teams (SARTs): An empirical review of their effectiveness and challenges to successful implementation. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14, 83-95

- GREŠŠ HALÁSZ, B. (2016). Moderné ošetrovateľstvo-pokročilá prax sestier. In *XI. Celoslovenská vedecká konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva: Zborník abstraktov*. Bratislava: Slovenská komora sestier apôrodných asistentiek, 2016, s. 19-20. ISBN 978-80-89542-56-7.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a TKÁČOVÁ, Ľ. (2014). Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca – Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2015-15-04] Dostupné na internete: http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf. ISSN: 1336-9326.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a TKÁČOVÁ, Ľ. (2015). Pokročilá prax v ošetrovateľstve. In *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVII. – recenzovaný zborník príspevků z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou* [CD-ROM]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015, s. 19-25. ISBN: 978- 80- 87347- 20-1.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a TKÁČOVÁ, Ľ. (2016 a). Forenzná ošetrovateľstvo. In: JIRKOVSKÝ D. (Ed.) *Cesta k modernému ošetrovateľstvu XVIII. – recenzovaný zborník príspevků z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, ISBN: 978-80-87347-23-2, s.74-81. (s.75, 81)
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a TKÁČOVÁ, Ľ. (2016 b). Vízia forenzného ošetrovateľstva v praxi. In: MARTINKOVÁ, J. a. PUTEKOVÁ, S. (eds.) *Nové trendy v ošetrovateľstve III. (Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou)*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978-80-8082-987-2, s. -175-177. (s.175-177)
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a WICZMÁNDYOVÁ, D. (2015). Pokročilá prax sestier v kontexte multidisciplinarity, interdisciplinarity a transdisciplinarity. In *Multiodborová kooperácia v zdravotníctve: Zborník odborných a vedeckých prác* [online]. Vysoké Tatry: SKSaPA, 2015, s. 122- 125. [cit. 2016-12-01] Dostupné na internete: <http://www.rktatry.estranky.sk/clanky/zborniky-s-isbn-vydane-rk-sapa-vysoke-tatry.html> >. ISBN 978-80-89542-49-9.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. a WICZMÁNDYOVÁ, D. (2016). Kategórie pokročilej praxe sestier. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. 2016, s. 111- 114. ISBN 978-80-8132-144-3.
- HEDGE, B. (2002). The Impact of Sexual Assault on Health-care Workers. In: PETRAK, J. a HEDGE, B. (Eds.) *The Trauma of Sexual Assault: Treatment, Prevention and Practice*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd, s. 281-304.
- HORNER, G., THACKERAY, J., SCRIBANO, P., CURRAN, S. a BENZINGER, E. (2012). Pediatric sexual assault nurse examiner care: Trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *Journal of Forensic Nursing*, 8, 105-111. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01131x.
- HOROWITZ, M. J. (1979). *State of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York: Plenum Medical Book Company.
- HORVATH, M. A.H. a YEXLEY, M. (2012). Developments in investigative approaches to rape: the investigative heritage. In: J. M. BROWN a S. L. WALKLATE. (eds.) *Handbook on sexual violence*. Abingdon, Oxon: Routledge, s.114-136.
- HULLOVÁ, M. (2016). Trestný čin znásilnenia a problémy pri jeho objasňovaní. *Policajná teória a prax* 2016(2).
- INTERNATIONAL ADVANCED PRACTICE NURSING (2017). *What is an Advanced Practice Nurse?* Dostupné na: <https://internationalapn.org/what-is-an-apn/>
- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FORENSIC NURSES (2015). *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines*. Dostupné na: http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/2015_SANE_ED_GUIDELINES.pdf
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) 2017. *Frequently Asked Questions of the ICN International NP/APN Network*. Dostupné na: <http://icn-apnetwork.org/>
- International Statistics at NationMaster.com (2017). *Crime > Rape rate: Countries Compared*. Dostupné na: <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Crime/Rape-rate>
- JEANGUENAT, A. (2017) *Data and Communication Flow in CODIS*. Dostupné na: <https://sakitta.org/resources/docs/Data-and-Communication-Flow-in-CODIS.pdf>
- JONES, H. (2012). On sociological perspectives. In: J. M. BROWN a S. L. WALKLATE. (eds.) *Handbook on sexual violence*. Abingdon, Oxon: Routledge, s. 181-202.

- 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, 2016). *Obete sexuálneho zneužívania detí medzi nami*. Veľký Šariš – Kanaš : Ascend, 2014. ISBN 978-80-971470-1-3 (šitá väzba), ISBN 978-80-971470-2-0 (brožovaná väzba).
- KARKOŠKOVÁ, S. (2015). Fenomén sekundárnej traumatizácie v pomáhajúcich profesiách. In: HUNYADIOVÁ, S., BUJDOVÁ, N., HOLONIČ, J. a MÁNYA, T. (eds.) *Supervízne dni 2015*. Gelnica: Zrkadlenie, o.z., s. 107-128.
- KARKOŠKOVÁ, S. (2016). Problematika sexuálneho násillia ako výzva pre špecializáciu sestier. In: GREŠŠ HALÁSZ, B. (Ed.) XI. *Celoslovenská vedecká konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva, Košice 11. – 12.3. 2016, Zborník abstraktov*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, ISBN 978-80-89542-56-7, s. 28.
- KILPATRICK, D. G. (2000). The Mental Health Impact of Rape. National Violence Against Women Prevention Research Center. Dostupné na: <https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/research/mentalimpact.shtml>
- KOVÁČ, P. (2009). Mlčanlivosť zdravotníckych pracovníkov a jej prelomenie. *Pediatrica pre prax* 10(3): 159–162.
- KRAHÉ, B. (2016). Societal Responses to Sexual Violence Against Women: Rape Myths and the “Real Rape” Stereotype. In: H. KURY, S. REDO a E. SHEA (eds.) *Women and Children as Victims and Offenders: Background, Prevention, Reintegration*. Springer International Publishing, s. 671-700.
- KRAHÉ, B., SCHEINBERGER-OLWIG, R., WAIZENHÖFER, E. a KOLPIN, S. (1999). Childhood Sexual Abuse And Revictimization In Adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 23 (4), 383–394.
- LALOR, K. a McELVANEY, R. (2011). Overview of the nature and extent of child sexual abuse in Europe. In: *Protecting children from sexual violence - A comprehensive approach*. Strasbourg: Council of Europe, s. 13-43.
- LEDRAV, L. a SIMMELINK, K. (1997) ‘Efficacy of SANE evidence collection: A Minnesota study’, *Journal of Emergency Nursing*, 23: 75–7.
- LEGAL MOMENTUM (2017). Dostupné na: <https://www.legalmomentum.org/national-judicial-education-program>
- LEWIS-O’CONNOR, A. WOLBERT BURGESS, A. a HARVEY MARCHETTI, C.A. (2017). Victim Services and SANE/SART Programs. In: R. R. HAZELWOOD a A. W. BURGESS (Eds.). *Practical aspects of rape investigation : a multidisciplinary approach*. Fifth edition. New York : CRC Press, 2017. ISBN 9781315316369 (ebook), s. 19-34.
- LIEVORE, D. (2003). *Non-reporting and hidden recording of sexual assault: An international literature review*. Canberra: Australian Institute of Criminology. Dostupné na: <http://www.aic.gov.au/publications/reports/2003-06-review.pdf>
- LOEB, T. B., WILLIAMS, J. K., CARMONA, J. V., RIVKIN, I., WYATT, G. E., CHIN, D. a ASSUAN-O’BRIEN, A. (2002). Child sexual abuse : Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13, 307-346.
- MAKER, A.H., KEMMELMEIER, M. a PETERSON, C. (2001). Child Sexual Abuse, Peer Sexual Abuse, and Sexual Assault in Adulthood: A Multi-Risk Model of Revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (2), s. 351-368.
- MARKOWITZ, J. (2007). *The Role of the Sexual Assault Nurse Examiner in the Prosecution of Domestic Violence Cases*. Alexandria, Virginia: National District Attorneys Association. American Prosecutors Research Institute.
- MARKOWITZ, J. (2014). Cultivating Leadership. In: *SANE Sustainability Education Project*. National Sexual Violence Resource Center and International Association of Forensic Nurses. Dostupné na: http://www.nsvrc.org/sites/default/files/nsvrc-publications_sane-mobile-app_cultivating-leadership.pdf
- Montana Department of Justice (2017). *Montana’s Statewide Inventory of Unsubmitted Sex Assault Kits Federally Certified*. Dostupné na: <https://dojmt.gov/montanas-statewide-inventory-unsubmitted-sex-assault-kits-federally-certified/>
- NJEP - The National Judicial Education Program (2010). *Judges Tell: What I Wish I Had Known BEFORE I Presided in an Adult Victim Sexual Assault Case*. New York: Legal Momentum & National Association of Woman Judges, 2010.

- OČENÁŠOVÁ, Z. et. al. (2015). *Mapovanie služieb a potrieb žien so skúsenosťou so sexuálnym násilím*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.
- OGLOFF, J. R. , CUTAJAR, M.C., MANN, E. a MULLEN, P. (2012). Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends & issues in crime and criminal justice*, No. 440 June 2012. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- PAGE, A. D. (2008a). Gateway to reform? Policy implications of police officers' attitudes toward rape. *American Journal of Criminal Justice*, 33, 44-58.
- PAGE, A. D. (2008b). Judging women and defining crime: Police officers' attitudes toward women and rape. *Sociological Spectrum*, 28, 389-411.
- PAGE, A. D. (2010). True colors: Police officers and rape myth acceptance. *Feminist Criminology*, 5, 315-334.
- PATTERSON, D. a CAMPBELL, R. (2009). A comparative study of the prosecution of childhood sexual abuse cases: The contributory role of pediatric forensic nurse examiner (FNE) programs. *Journal of Forensic Nursing*, 5(1), 38-45.
- PATTERSON, D., GREESON, M., a CAMPBELL, R. (2009). Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health & Social Work*, 34: 127–136.
- PAYNE-JAMES, J., NEWTON, M.A. a BASINDALE, C. (2016) Forensic science, forensic medicine and sexual crime. In: P. RADCLIFFE, G. H. GUDJONSSON, A. HEATON-ARMSTRONG a D. WOLCHOVER (Eds.). *Witness Testimony in Sexual Cases: Evidential, Investigative and Scientific Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780199672936, s. 265-278.
- PETTITT, B., WALLACE, L., NAYLOR, A. a CASTLE, M. (2016). Providing for the needs of witnesses. In: P. RADCLIFFE, G. H. GUDJONSSON, 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.
- PILLAI, M. a PRICE, J. (2016). Child and adolescent sexual assault examinations: Good practice and key issues. In: P. RADCLIFFE, G. H. GUDJONSSON, A. HEATON-ARMSTRONG a D. WOLCHOVER (Eds.). *Witness Testimony in Sexual Cases: Evidential, Investigative and Scientific Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780199672936, s. 295-308.
- PROCHÁZKA, I. (2014). Potreba ďalšieho coming outu: Lesby, gayové, bisexuálni a transgender osoby jako oběti sexuálního násilí. In: P. KUTÁLKOVÁ a L. KOBOVÁ. *Sexuální násilí: Proč se nikdo neptá?* Praha: In IUSTITIA, o. p. s., ISBN 978-80-260-5793-2, s. 175-180.
- RAUNICK C.B., LINDELL, D.F., MORRIS D.L. a BACKMAN T. (2015) Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners. *Journal of Forensic Nursing* 11(3), 123-128.
- ROBOHM, J.S. a BUTTENHEIM, M. (1996). The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: A preliminary investigation. *Women & Health*, 24 (3), 59-75.
- ROODMAN, A. C., a CLUM, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 183–204.
- RYCHTÁRIK, J. K. (2010). metodologickým problémom viktimáčného výskumu. In *Obete kriminality – Victims of Crime*. Bratislava : Eurokódex, s. r. o., 2010, s. 211-220.
- SAFE Place Merseyside (2017). The Sexual Assault Referral Centre for the Merseyside Area, Liverpool, Veľká Británia. Dostupné na: <http://www.safeplacemerseyside.org.uk/visiting-the-centre/>
- SALTER, A. C. (1995). *Transforming Trauma. A Guide to Understanding and Treating Adult Survivors of Child Sexual Abuse*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- SHAW, J., CAMPBELL, R., CAIN, D. a FEENEY, H. (2016). Beyond Surveys and Scales: How Rape Myths Manifest in Sexual Assault Police Records. *Psychology of Violence* 18, [online]. DOI:10.1037/vio0000072
- SCHAFFRAN, L. a WEINBERGER, J. (2012). Impressive progress alongside persistent problems: Rape law, policy and practice in the United States. In: WESTMARLAND N. a GANGOLI G. (Eds.), *International approaches to rape*. Bristol, UK: Policy Press at the University of Bristol, s. 193-228.
- SCHAFFRAN, L.H., BAYLIFF, C.J a. BEN-JEHUDA, D. (1994, 2005). *Understanding Sexual Violence: The Judicial Response to Stranger and Nonstranger Rape and Sexual Assault*. New York: National Judicial Education Program to Promote Equality for Women and Men in the Courts / Legal Momentum, 1994, 2005.

- SCHAFFRAN, L.H. (2015). Medical Forensic Sexual Assault Examinations: What Are They, and What Can They Tell the Courts? *The Judges' Journal* 54 (3), 16-20,43.
- SIDRAN INSTITUTE – Traumatic Stress Education and Advocacy. (2016). Post Traumatic Stress Disorder Fact Sheet. Dostupné na: <https://www.sidran.org/resources/for-survivors-and-loved-ones/post-traumatic-stress-disorder-fact-sheet/>
- SIEVERS, V., MURPHY, S. a MILLER, J. (2003) 'Sexual assault evidence collection more accurate when completed by sexual assault nurse examiners: Colorado's experience', *Journal of Emergency Nursing*, 29: 511–14.
- SIRCHIE - Command Every Scene™ (2017). Dostupné na: <http://www.sirchie.com/victim-sexual-assault-kit-updated.html#.WZqw0OpBqA8>
- SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK (2017a). STV: Sestričkám by mali pribudnúť kompetencie. Dostupné na: <http://www.sksapa.sk/monitoring-medii/stv-sestrickam-by-mali-pribudnut-kompetencie.html>
- SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK (2017b). Zdravotnícke noviny: Kompetencie sestier sa rozširujú. Ide len o to, ako. Dostupné na: <http://www.sksapa.sk/obsah/regionalne-komory/zoznam-regionalnych-komor/zdravotnicke-noviny-kompetencie-sestier-sa-rozsiria-ide-len-o-to-ako.html>
- Smernica Európskeho parlamentu a rady 2012/29/EÚ z 25. októbra 2012, ktorou sa stanovujú minimálne normy v oblasti práv, podpory a ochrany obetí trestných činov.
- SMITH, M.S. a SMITH, T.M. (1999). A stimulus control intervention in the gynecological exam with sexual abuse survivors. *Women & Health*, 30 (2), 39-51.
- Tech Against Assault - creating Biotech to empower every survivor (2017). Dostupné na: <http://www.techagainstassault.com/todays-kit/>
- TEMKIN, J. a KRAHÉ, B. (2008). *Sexual assault and the justice gap: A question of attitude*. Oxford: Hart Publishing, ISBN: 978-1-84113-670-7.
- THE CROWN PROSECUTION SERVICE (2012). *CPS Policy for Prosecuting Cases of Rape*. London, UK: The Crown Prosecution Service. Dostupné na: <https://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/rape.html>
- The Law Office of Brian J. Prain PLLC (2016). Dostupné na: <http://www.michiganassaultandbatteryattorney.com/wp-content/uploads/2016/07/evidence.png>
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, Office on Violence Against Women (2013). *National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations - Adults/Adolescents* (Second Edition). Dostupné na: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ovw/241903.pdf>
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE'S OFFICE FOR VICTIMS OF CRIME (2016). *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development and Operation Guide*. Dostupné na: <https://www.ovcttac.gov/saneguide/introduction/>
- ULLMAN, S.E., a NAJDOWSKI, C.J. (2009). "Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors," *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39: 47–57.
- VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál.
- VENEMA, R. M. (2014). Police Officer Schema of Sexual Assault Reports: Real Rape, Ambiguous Cases, and False Reports. *Journal of Interpersonal Violence* 1–28. DOI: 10.1177/0886260514556765.
- Vyhláška č. 44/2014 Z. z. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o postupe, metódach, okruhu spravodajských jednotiek a lehotách hlásení pri zisťovaní udalostí charakterizujúcich zdravotný stav populácie a ich charakteristiky.
- WALBY, S., ARMSTRONG, J. a STRID, S. (2012). Developing measures of multiple forms of sexual violence and their contested treatment in the criminal justice system. In: J. M. BROWN a S. L. WALKLATE (Eds.) *Handbook on sexual violence*. Abingdon, Oxon: Routledge, s. 90-113.
- WHO (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva: World Health Organization, Gender and Women's Health, Family and Community Health Injuries and Violence Prevention, Noncommunicable Diseases and Mental Health, 2003, ISBN 92 4 154628 X.
- WOLITZKY-TAYLOR, K. B., RESNICK, H. R., MCCAULEY, J. L., AMSTADTER, A. B., KILPATRICK, D. G. a RUGGIERO, K. J. (2011). Is reporting of rape on the rise? A comparison of women with reported

versus unreported rape experiences in the National Women's Study-Replication. *Journal of Interpersonal Violence*, 26: 807–832.

YEK-QUEN MOK, J. (2016). The interpretation of clinical signs of sexual abuse in children. In: P. RADCLIFFE, G. H. GUDJONSSON, A. HEATON-ARMSTRONG a D. WOLCHOVER (Eds.). *Witness Testimony in Sexual Cases: Evidential, Investigative and Scientific Perspectives*. Oxford: Oxford University Press, ISBN: 9780199672936, s. 279-293.

Zákon 160/2015 Z. z. Civilný sporový poriadok

Zákon č. 171/1993 Z. z. Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 171/1993 Z. z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov

Zákon č. 274/2017 Z. z. Zákon o obetiach trestných činov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok

Zákon č. 355/2007 Z. z. Zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ŽITŇANSKÁ, J. (2017) *Slovník pojmov v oblasti zdravotného postihnutia: správa v slovenskom posunkovom jazyku*. Dostupné na: <https://www.janazitnanska.sk/single-post/2017/07/03/Slovn%C3%ADk-pojmov-v-oblasti-zdravotn%C3%A9ho-postihnutia-spr%C3%A1va-v-slovenskom-posunkovom-jazyku>

Koordinačno – metodické centrum pre rodovo podmienené a domáce násilie

Naším poslaním je v súlade s Národným akčným plánom na prevenciu a elimináciu násilia páchaného na ženách na roky 2014 – 2019 vytvoriť, implementovať a koordinovať komplexnú celoštátnu politiku pre danú oblasť.

Predchádzanie a znižovanie násilia na ženách a domáceho násilia je jednou z hlavných priorít ochrany a podpory ľudských práv. Aktuálnym medzinárodným štandardom, ktorý demokratické a právne štáty vytvorili v záujme predchádzania násiliu na ženách a domácejmu násiliu, je Dohovor Rady Európy o predchádzaní násiliu na ženách a domácejmu násiliu a o boji proti nemu. Na úrovni Európskej únie ich reflektuje Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2012/29/EÚ, ktorou sa stanovujú minimálne normy v oblasti práv, podpory a ochrany obetí trestných činov. Pre KMC sú tieto normy základným štandardom a ašpiráciou pre dosiahnutie zníženia násilia a zvýšenia ochrany a podpory žien vystavených násiliu a obetí domáceho násilia.

Vízia KMC

- Zabezpečiť kvalitu systémovej ochrany a podpory ženám zažívajúcim násilie a obetiam domáceho násilia.
- Zvýšiť úroveň citlivosti a porozumenia hlavných aktérov, médií a verejnosti na tému rodovo podmieneného a domáceho násilia.
- Znížiť výskyt násilia na ženách a domáceho násilia z dlhodobého hľadiska.

Ciele KMC

- Vytvoriť a implementovať nástroje pre zabezpečenie efektívneho systému prevencie a eliminácie násilia na ženách a domáceho násilia, vrátane špecifickej legislatívy na elimináciu a prevenciu násilia na ženách a domáceho násilia.
- Vytvoriť podmienky pre rýchlu a efektívnu ochranu a podporu všetkých žien a obetí domáceho násilia vystavených násiliu, alebo hrozbe násilia.
- Predchádzať vzniku násilia a akejkoľvek situácii, ktorá prispieva k vzniku a tolerancii násilia.
- Vytvoriť dostatočnú poznatkovú bázu o násilí na ženách a domácom násilí, aby bolo možné zvyšovať dostupnosť, kvalitu a účinnosť intervencie a prevencie v prípadoch násilia.

Rodovo podmienené násilie

„...je namierené voči určitej osobe z dôvodu jej pohlavia, rodovej identity alebo rodového vyjadrenia alebo ktoré neprimerane postihuje osoby určitého pohlavia a môže obeti spôsobiť telesnú, sexuálnu, psychickú ujmu alebo majetkovú škodu“¹⁰¹. Zahŕňa násilie páchané blízkou osobou, sexuálne delikty, obchodovanie s ľuďmi, otroctvo a rôzne formy škodlivých praktík, ako napríklad nútené manželstvá, mrzačenie ženských pohlavných orgánov a takzvané trestné činy spáchané v mene cti.

Domáce násilie

Zahŕňa „...rôzne skutky fyzického, psychického, sexuálneho a majetkového násilia, ktoré je charakteristické najmä tým, že násilie pácha osoba, ktorá s obeťou je, alebo bola, v manželskom alebo partnerskom zväzku, alebo je iným rodinným príslušníkom obete bez ohľadu na to, či páchateľ s obeťou žije, alebo žil v spoločnej domácnosti.“¹⁰²

¹⁰¹Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2012/29/EÚ, ods. (17)

¹⁰²Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2012/29/EÚ, ods. (18)