

Фимка ТОЗИЈА

Димитринка ЈОРДАНОВА ПЕШЕВСКА

ПРИМЕНА НА ЗНАЕЊЕТО ВО ПОЛИТИКИТЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА НАСИЛСТВОТО ЗА ПОСТИГНУВАЊЕ НА ЦЕЛИТЕ ЗА ОДРЖЛИВ РАЗВОЈ ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Дефиниција и концепти на насилство

Светската здравствена организација (СЗО) го дефинира насилството како намерна употреба на физичка сила или моќ, во форма на закана или вистинска, насочена кон себеси, кон друго лице или пак кон група или заедница која резултира или најверојатно ќе резултира со повреда, смрт, психолошка траума, нарушување во развојот или со лишување (Круг и соработниците, 2002). Така, изразот „употреба на физичка сила или моќ“ треба да се сфати во смисла на тоа дека опфаќа и занемарување и сите видови физичка, сексуална и психичка злоупотреба, како и самоубиство и други дела против себеси. Оваа дефиниција ја поврзува намерната со извршувањето на самиот акт без оглед на исходот од него (Тозија, 2016)

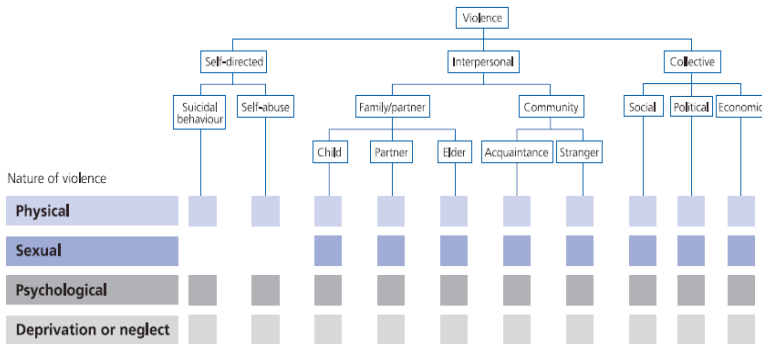
Типологијата на СЗО (Круг и соработниците, 2002) го дели насилството во три широки категории, според карактеристиките на лицата кои го извршуваат насилниот акт: насилство насочено кон себе, интерперсонално

*Проф. д-р Фимка
Тозија е редовен
професор по социјална
медицина и јавно
здравје и раководител
на Катедрата за
социјална медицина,
Медицински факултет
- Скопје*

*М-р Димитринка
Јорданова Пешевска
е предавач на
Факултетот за
политички науки
и психологија на
Универзитетот
Американ колеџ во
Скопје*

насилство и колективно насилство, како широки категории кои дополнително се поделени за да можат да се прикажат поспецифичните видови насилство. Природата на насилниот акт може да биде физичка, сексуална, психолошка вклучувајќи лишување или занемарување. Хоризонталната низа на дијаграмот 1 покажува кој е засегнат, додека вертикалната опишува како се засегнати жртвите.

Дијаграм 1: Типологија на насилството



Извор: Светски извештај за насилство и здравје, СЗО, 2002 год.
(Круз и соработниците, 2002)

Оваа типологија претставува корисна рамка за разбирање на комплексните обрасци на насилството кое се случува ширум светот, како и на насилството во секојдневните животи на поединци, семејства и заедници. Таа исто така надминува многу од ограниченостите на другите типологии на тој начин што ја опфаќа природата на насилните акти, релевантноста на ситуацијата, односот помеѓу сторителот и жртвата, и – во случај на колективно насилство – можните мотиви за насилството. Како и да е, и во истражувањето и во праксата, линиите кои ги разделуваат различните видови насилство не се секогаш толку јасни (Тозија и Бутчарт, 2013).

Сите видовинасилство се силно поврзани со социјални детерминанти од типот на лошо управување, слабо владеење на правото, културни, социјални и родови норми, невработеност, нееднаквост во приходи и родова нееднаквост, брза социјална промена или ограничени можности за образование. Заедничките фактори на ризик кои се поврзани со повеќе сектори, како што се лесен пристап до огнено и друго оружје и преголемата употреба на алкохол, исто така силно се поврзани со повеќе видови насилство. Заедно овие фактори создаваат општествена клима која води кон насилство, а во отсуство на напори за нивно

надминување, тешко може да се постигнат одржливи позитивни резултати во превенцијата на насилството (СЗО, 2014).

Глобална оптовареност со насилство

Насилството негативно влијае врз животите на милиони луѓе, оставајќи долгорочни последици. Повеќе од 1,3 милиони лица низ целиот свет умираат секоја година поради насилство во сите негови форми (насочено кон себе, интерперсонално и колективно насилство), што опфаќа 2,5% од глобалниот морталитет. СЗО проценува дека во 2012 година 475,000 смртни случаи убиство. 60% од настраданите биле мажи на возраст од 15 до 44 години, што го прави убиството трета водечка причина за смрт кај мажите од оваа возрасна група. Постојат големи разлики кај стапките на смртност од насилство меѓу различните региони во светот, според пол и возрасни групи. Проценките се дека највисоките стапки на убиства се во земјите со низок и среден доход како што е регионот на Американите со 28,5 убиства на 100,000 жители, по што следува африканскиот регион со стапка од 10,9 убиства на 100,000 население. Најниска стапка на убиства според проценките има во земјите со низок и среден доход од западнопацифичкиот регион, со 2,1 убиства на 100,000 население. Во периодот 2000–2012 година, се проценува дека стапките на убиство на глобално ниво се намалени за малку над 16% (од 8,0 на 6,7 на 100,000 население), односно за 39% во земјите со висок доход (од 6,2 на 3,8 на 100,000 население). За разлика од ова, стапките на убиство во земјите со низок и среден доход имаат помало опаѓање во истиот период. За земјите со повисок и со понизок среден доход опаѓањето е 13%, а за земјите со низок доход 10% (СЗО, 2014).

Насилството е една од главните причини за смрт, болест и инвалидност како и за други здравствени и социјални последици ширум светот. Големината на насилството како јавно-здравствен проблем најдобро е прикажана со клиничката пирамида каде случаите на смрт од насилство евидентирани во официјалната статистика го претставуваат само врвот на пирамидата. Смртните случаи се само дел од здравствениот и социјалниот товар кој произлегува од насилството и се само највидливиот дел од ледениот брег на насилството, односно видливиот исход од евидентираното насилно однесување, а за секој смртен случај има многу повеќе случаи кои не завршиле со смрт (Тозија, 2016). Стотици илјади жртви на насилство добиваат итна медицинска помош секоја година. За секој случај на смрт од насилство

има многу повеќе случаи на лица кои бараат итна медицинска помош за повреди настанати како последица на акт на интерперсонално насилство. Десетици илјади луѓе ширум светот се секојдневно жртви на нефатално насилство (СЗО, 2014).

Жените, децата и старите лица се најранливите групи кои го носат товарот од нефаталните последици од физичката, сексуалната и психолошката злоупотреба (Тозија и соработниците, 2012). На глобално ниво, проценките говорат дека 42% од жените кои биле физички и/или сексуално злоупотребени од својот партнер доживеале повреди како резултат од таквото насилство. Околу 30% од жените во светот кои во својот живот имале интимен партнер искусиле физичко и/или сексуално насилство од партнерот во даден момент од животот. Една од пет девојки има доживеано сексуална злоупотреба во детството, а проценките во некои земји се дека овој сооднос е една од три девојки. На глобално ниво, 6% од постарата возрасна популација пријавуваат значителна злоупотреба во претходниот месец. Насилството придонесува за слабо здравје во текот на животот, особено кај жените и децата (СЗО, 2014). Насилството предизвикува големи економски трошоци, а неговото спречување може да го подобри економскиот раст. Здравствените и социјалните последици од насилството исто така им предизвикуваат економски загуби на државите и покрај тоа што не е позната прецизната економска оптовареност, особено во земјите во развој каде економските загуби и влијанието најчесто се потценети. Трошоците за лекување, ментално-здравствени услуги, итна медицинска помош и кривично-правни мерки се само дел од директните трошоци од насилството. Постои и широка лепеза на индиректни трошоци од насилството за индивидуите, семејството, заедницата и општеството како целина (Тозија и Бутчарт, 2013). Мнозинството од жртвите на насилство се во економски најпродуктивната возрасна група од 15 до 44 години. За секој долар од милијардите американски долари потрошени за директна медицинска нега за жртвите, многу повеќе финансиски ресурси се губат поради индиректни фактори, како што се отсуството од работа и нарушувањето на семејните рутини. Директните и индиректните трошоци од изгубената продуктивност поради акти на интерперсонално насилство претставуваат огромен економски товар за жртвите, семејствата и општеството. Економскиот товар од интерперсоналното насилство во САД се проценува на 3,3% од БДП, додека во Англија и Велс вкупните годишни трошоци предизвикани од насилство се проценуваат на 40,2 милијарди американски долари

(СЗО, 2007). Во САД, вкупниот економски товар во текот на животот, кој е резултат на нови случаи на фатално и нефатално насилстви врз децата изнесува околу 124 милијарди американски долари годишно (долари во 2010 година) (СЗО, 2014).

Здравствен профил и оптовареност со болест во Македонија

Последната официјална проценка за бројот на населението во Македонија со која оперира Државниот завод за статистика (ДЗС, 2016) изнесува 2,071,278 жители во 2015 година, што е за 1,6% повеќе споредено со 2005 година. Проценката на Институтот за здравствена метрика и евалуација (ИЗМЕ, 2015) користи е уште повисока 2,1 милиони жители. Периодот 2005-2015 година го одбележа континуирано зголемување на бројот на странски државјани кои се доселувале во Република Македонија. Населението во Македонија сè повеќе старее, за што доказ е и податокот дека учеството на населението постаро од 65 години во вкупното население пораснало од 11,1% во 2005 на 13,0% во 2015 година. Структурат по пол на населението во Македонија покажува сосема мала доминација на машкиот пол со 50,1%. Во истиот овој период (2005-2015 година), бројот на бракови се намалил за 2,2%, додека бројот на разводи пораснал за 41,8% (ДЗС, 2016). Во 2015 година, просечниот животен век во Македонија изнесувал 73,9 години за мажите (споредено со 69,4 во 1990) и 79,1 години за жените (споредено со 74,1 во 1990), или зголемување од 4,5 години кај мажите и 5 години кај жените (ИЗМЕ, 2015). Промените во старосната структура се гледаат и низ постојаното зголемување на бројот на смртни случаи и стапката на морталитет од 9,9 смртни случаи на 1000 жители во 2015 година (споредено со 9,0 во 2005) (ДЗС, 2016).

Политичките и економските процеси во државата донесоа со себе нови стилови на живот во општеството кои влијаеја и врз здравјето на населението, а се појавија и нови карактеристики на болестите така што незаразните болести, насилството и повредите го презедоа во трендовите на морбидитет и морталитет (ИЗМЕ, 2015). Најчести причини за смрт во Македонија во 2015 година биле болестите на циркулаторниот систем со учество од 58,4% во вкупниот број случаи на смрт, по што следуваат малигните неоплазми со 18,3%, ендокрините, нутритивните и болестите на метаболизмот со 4,3%, респираторните заболувања, повредите и надворешните причини итн. (ДЗС, 2016). Водечки причини за смрт во Македонија во 2010 година

биле болестите на циркулаторниот систем со стандардизирана стапка на морталитет (CCM) од 553 на 100,000 жители, по што следувале малигните неоплазми со CCM од 172 и повредите и надворешните причини со CCM од 28 на 100,000 жители (Европска база на податоци „Здравје за сите“) (СЗО, 2016).

Бројот на „години проживеани со инвалидност“ (YLD) се проценува така што тежински се усогласува се преваленцата на различни здравствени состојби според тежината. Петте водечки причини за YLD во Македонија во 2010 година биле: болки во долниот дел од грбот, поголеми *депресивни нарушувања*, паѓања, болки во вратот и дијабетот (ИЗМЕ, 2010), додека во 2015 биле: болки во долниот дел од грбот и вратот, нарушувања кај сетилните органи, *депресивните нарушувања*, дијабетот и болестите на кожата (ИЗМЕ, 2015).

Годините на живот прилагодени според инвалидност (DALY) ги содржат и прераната смртност (YLL) и инвалидноста (YLD) кај една популација. Во Македонија незаразните болести и *повредите генерално се во пораст*, додека заразните болести, матерналните, неонаталните и нутритивните причини за DALY, генерално се во опаѓање. Генерално, трите фактори на ризик кои се одговорни за најголем дел од оптовареноста со болести во Македонија се ризиците поврзани со исхраната, високиот крвен притисок и пушењето. *Насилството од интимен партнер се наоѓа на 14^{мо} место од 15 водечки фактори на ризик во 2010 година* (ИЗМЕ, 2010). Водечки фактор на ризик во 2010 година за децата помали од 5 години било аерозагадувањето во домаќинствата од употребата на цврсти горива, о, а за возрасните на возраст од 15 до 49 години ризиците поврзани со исхраната. Во 2015 година, водечки фактор на ризик за DALY во Македонија бил високиот систолен крвен притисок, по што следувале ризиците поврзани со исхраната, тутунскиот чад, високиот индекс на телесна маса и високо ниво на глукоза во плазмата на гладно (ИЗМЕ, 2015).

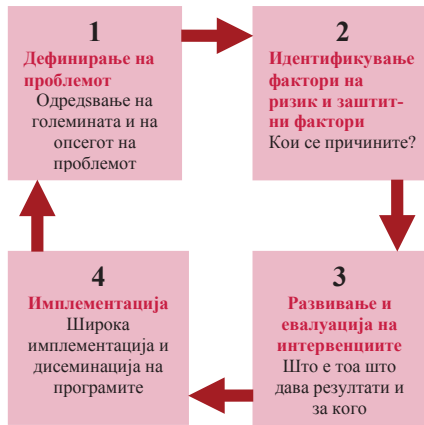
Разбирањето на релативниот учинок на Македонија во споредба со други држави дава слика за успехите на македонското јавно здравство, но и за областите каде државата заостанува. Во 2010 година Македонија се најде на четвртото место според стапката на YLL стандардизирана по возраст и на десеттото место според стапката на морталитет стандардизирана по возраст од 14 споредени земји, избрани и подредени според доходот по глава на жител, за пет мерења од интерес, при што 1 е најдобар, 15 е најлош резултат (ИЗМЕ, 2010).

Проценка на големината на насилството во Македонија

Насилството е сериозен јавноздравствен проблем во Република Македонија кој има негативно влијание врз здравјето, предизвикувајќи фатални повреди и смрт, но и повреди и психолошка траума кои бараат амбулантско лекување или хоспитализација (Тозија, 2009). Како алатки за анализа на состојбата со проблемот на насилството во Македонија се користат јавноздравствениот пристап, пристапот на човековите права и еколошкиот модел. Имено, се анализира големината на проблемот, оптовареноста со истиот, причините и факторите на ризик на различни нивоа, со цел потоа да се дадат препораки за политики и интервенции засновани на докази (Тозија и соработниците, 2006).

Јавноздравствениот пристап претставува научнозаснован, мулти-дисциплинарен пристап за разбирање и превенција на насилството (Тозија и Бутчарт, 2005). Овој пристап има за цел да помогне да бидат искоординирани акциите од страна на претставниците на многу различни области кои се важни за превенирање на насилството, меѓу кои социјалната заштита, образованието, вработувањето, здравството, полицијата и правдата. Јавноздравствениот пристап се состои од 4 чекори: опис на проблемот и следење на состојбите; идентификување на факторите на ризик и на заштитните фактори; развивање и евалуација на програми за превенција; имплементација и дисеминација на овие програми (Круг и соработниците, 2002) (дијаграм 2).

Дијаграм 2: Јавноздравствен пристап



Извор: СЗО (Круг и соработниците, 2002)

Еколошки модел: Насилството е резултат на сложената интеракција меѓу индивидуални фактори, односи, социјални фактори, културни фактори и фактори на средината. Еден од важните чекори во јавноздравствениот пристап за спречување на насилството е да се разбере начинот на кој овие фактори се поврзани со насилството. Со оглед дека насилството е мултидимензионален проблем со биолошки, психолошки, социјални и корени од средината, борбата против насилството треба да се води на неколку различни нивоа истовремено (Тозија и соработниците, 2007). Во тој контекст, еколошкиот модел има двојна цел: (1) го анализира односот меѓу индивидуалните и контекстуалните фактори, и (2) го смета насилството за производ на повеќе нивоа на влијание врз однесувањето, каде што секое ниво во моделот претставува ниво на ризик и, дополнително, секое ниво во моделот може да се смета за клучна точка за интервенција (Круг и соработниците, 2002) (дијаграм 3).

Дијаграм 3: Еколошки модел



Извор: СЗО (Круг и соработниците, 2002)

Пристапот на човековите права се базира на знаењето дека државите ја имаат обврската да ги почитуваат, штитат и исполнуваат стандардите за човекови права и следствено на тоа да го спречуваат, елиминираат и казнуваат насилството. Овој пристап го препознава насилството како феномен кој крши поголем број човекови права: правото на живот, слобода, самостојност и безбедност на личноста; правото на еднаквост и недискриминација; правото на слобода од тортура и од сурово, нечовечно и понижувачко постапување или казнување; правото на приватност; правото на највисок можен стандард на здравје. Овие човекови права се загарантирани во меѓународни и регионални договори но и во уставите и националните законодавства на државите, а меѓународните правни акти ги пропишуваат обврските на државите и механизми со кои се бара од државите да се однесуваат одговорно кон тие свои обврски. „Конвенцијата за елиминирање на сите форми на дискриминација против жените“, на пример, бара од државите потписнички на Конвенцијата да ги преземат сите соодветни чекори за запирање на насилството против жените. Во членот 19 од „Конвенцијата за правата на детето“ е предвидена обврска за државите да ги преземат сите соодветни законодавни, административни, социјални и образовни мерки за заштита на децата од сите форми на физичко или ментално насилство, повреди или злоупотреба, занемарувачко или небрежно постапување, малтретирање или експлоатација вклучувајќи и сексуална злоупотреба, додека за нив се грижи родител(и), законски старател(и) или друго лице (Тозија, 2016).

Оптовареност со насилство во Македонија

Насилството, т.е. самоубиствата и убиствата во Република Македонија, како и во повеќето земји од Југоисточна Европа, покажува растечки тренд во деведесеттите години од дваесеттиот век, достигнувајќи највисоки стапки во 2001 година – 13,9 на 100,000 жители. Смртноста во 2004 година изнесувала 11,6 на 100,000 жители. Во вкупната структура на повредите кои биле трета водечка причина за смрт, со стапка на смртност од 35 на 100,000 жители и со вкупно 708 смртни случаи во 2004 година, намерните повреди се зголемиле на 33% (8% убиства и 25% самоубиства); особено зголемување е забележано кај самоубиствата за 30% во споредба со 2003 година, односно стапката на самоубиства на 100,000 жители пораснала од 6,8 на 8,8 во 2004 година (Тозија и соработниците, 2006).

Најголемиот дел од жртвите на насилство останале нерегистрирани, затоа што освен постојната легилатива за следење на насилството како надворешна причина за повреди, не постоело систематско евидентирање и следење на жртвите на насилството во здравствениот сектор, установите за социјална заштита, образовните и другите установи во Република Македонија. Растечкиот тренд на морталитет предизвикана од насилство не бил следен со растечки тренд на евидентиран морбидитет; напротив, имал опаѓачки тренд и пад на амбулантскиот морбидитет од 25/100,000 во 1990 на 3/100,000 во 2004 година, односно намалување на бројот на жртвите на насилство од 532 на 62. Официјалната здравствена статистика покажува дека само 449 лица повредени во акти на насилство завршиле во болница во 2003 година. Клиничката пирамида за повреди предизвикани од насилство била обратна во однос на типичната клиничка пирамида, каде што врвот ги претставува случаите на смрт, а основата случаите амбулантски лекувани во примарна здравствена заштита. Соодносот од 235 смртни случаи, 62 лекувани во ПЗЗ и 449 хоспитализирани се должи на несоодветното шифрирање на надворешната причина за смрт и на недоволното евидентирање и пријавување на ваквите случаи. Несоодветното евидентирање на насилството дополнително се влошува со воведувањето на приватното здравство, во кое најголем дел од морбидитетот од насилство не бил евидентиран, што доведе до нереално намалување на морбидитетот (Тозија и соработниците, 2006).

Поради несоодветното евидентирање на насилството во Македонија, невозможно е да се даде објективна оценка за оптовареноста од повредите предизвикани од насилство. Поради тоа е спроведено дополнително истражување во соработка со СЗО – Истражување на повредите во заедницата, на примерок од 1000 домаќинства. Наодите од ова истражување покажале дека 2209 испитаници од усогласениот примерок пријавиле повреди поврзани со насилство, или 4% од пријавените повреди во истражувањето, при што мажите биле засегнати во повеќе од половина од случаите. Интимниот партнер бил идентификуван од страна на жените како најчест сторител во 43,9% од случаите. Мажите биле жртви на насилство сторено од нивен пријател или од припадник на службен орган. Повеќе од половина од испитаниците не успеале во сите ситуации да се исконтролираат, а најголем дел од нив никогаш не носеле оружје. Половина од овие жртви имале доживеано некаква физичка злоупотреба во детството (Тозија и соработниците, 2008).

Глобалното истражување за здравјето на учениците покажа дека 10% од учениците на возраст од 13 до 15 години биле малтретирани од врсниците (булинг) еден или повеќе денови во изминатите 30 дена, додека 8,6% од учениците сериозно размислувале да се самоубијат за време на последните 12 месеци; машките ученици помалку (6,8%) отколку женските (10,5%) сериозно размислувале да се самоубијат (Тозија и соработниците, 2008).

Политики и интервенции засновани на информации

„Извештајот за насилство и здравје во Македонија и водич за превенција“ (Тозија и соработниците, 2006) обезбеди информации за политики и интервенции и за одговорот на Владата на Република Македонија кон обврските дефинирани во Резолуцијата бр. 56.24 на Светското здравствено собрание (WHA) од 2003 година, а во врска со спроведувањето на препораките од „Светскиот извештај за насилство и здравје“ и „Препораката на Европскиот совет од 31 мај 2007 година“. Одговорот на Владата на Македонија беше во согласност со „Резолуцијата WHA67.15 од мај 2014 година за зајакнување на улогата на здравствениот систем во справувањето со насилството, особено против жените и девојките и против децата“ (СЗО, 2014), со „Глобалниот план за акција за зајакнување на улогата на здравствениот систем во справувањето со меѓучовечкото насилство, особено против жените и девојките и против децата“ (СЗО, 2016) и со Целите за одржлив развој (ЦОР) на Обединетите нации и соодветните посакувани резултати согласно „Агендата 2030“ (Обединети нации, 2015) (види Табела 1).

Контролата и превенцијата на насилството е поставена како приоритетен јавноздравствен проблем за Владата на Република Македонија во повеќе стратешки документи како што се: „Здравствената стратегија на Република Македонија 2020“ (цел 9: Безбеден, ефикасен и праведен систем за здравствена заштита) (Министерство за здравство, 2007), односно во „Националната стратегија за контрола и превенција на незаразните болести“ (стратешка приоритетна област бр. 4 – контрола и превенција на повреди и насилство вклучувајќи и семејно насилство) (Министерство за здравство, 2009). „Националната стратегија за заштита од семејно насилство“ 2008-2011 и 2012-2015 (Министерство за труд и социјална политика, 2008 и 2012) и повеќе други, подолу опишани стратешки документи, беа изготвени со цел справување со проблемот на насилството во Македонија следејќи ги препораките на

СЗО за постигнување на таргетите во рамките на Целите за одржлив развој, кои се посредно или непосредно поврзани со насилството (Табела 1).

Табела 1. Целите за одржлив развој на Обединетите нации, таргети кои се директно или индиректно насочени кон превенција на насилството (Обединети нации, 2015)

Таргети кои се директно насочени кон превенција на насилство	Таргети кои се индиректно насочени кон превенција на насилство
Таргет 16.1: Значително да се намалат сите форми на насилство и смртни случаи поврзани со насилство насекаде. Таргет 16.2: Да се стави крај на злоупотребата, експлоатацијата, трговијата и сите форми на насилство и мачење на деца.	Таргет 1.3 и 10.2: Социјална заштита и намалување на сиромаштијата.
Таргет 5.2: Да се елиминираат сите форми на насилство врз жените и девојчињата	Таргет 3.5: Превенција и лекување од користење дрога и од штетно користење алкохол.
Таргет 5.3: Да се елиминираат сите штетни практики како што се детските бракови, браковите на многу рана возраст и принудните бракови, како и осакатувањето на женските гениталии.	Таргет 4.3: Ран детски развој, грижа за децата и предучилишно образование.
	Таргет 11.1: Соодветно, безбедно и економски достапно домување и основни услуги и подобрување на условите за живот во неформалните сиромашни населби.
	Таргет 16.3: Владеење на правото на национално и меѓународно ниво и еднаков пристап до правда за сите.

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

Република Македонија спроведува интервенции засновани на докази кои се во согласност со клучните препораки на СЗО на национално ниво (СЗО, 2014), со цел постигнување на таргетите во рамките на ЦОР што се однесуваат на насилството:

- зајакнување на собирањето податоци со цел одредување на вистинската големина на проблемот;
- изготвување на сеопфатни национални акциони планови засновани

на собраните податоци;

- интегрирање на превенцијата на насилството во други здравствени платформи;
- зајакнување на механизмите за лидерство и координација;
- програми за превенција кои се сеопфатни, интегрирани и засновани на факти и докази;
- услуги за жртвите кои се сеопфатни и засновани на факти и докази;
- зајакнување на поддршката за студии за оценка на постигнатите резултати;
- спроведување на постоечките закони и преиспитување на нивниот квалитет;
- примена на постојните и донесување нови политики и закони за разните видови насилство;
- градење на капацитетите за превенција на насилството.

Применет пристапот „цела влада“

Пристапите „здравје во сите политики“, „цела влада“ и „цело општество“ се применети и придонесоа за успехот на политиките за превенција на насилството во Македонија во согласност со Европската политика за здравје и добросостојба „Здравје 2020“ и Целите за одржлив развој (СЗО, 2012).

Превенцијата на насилството е поставена како приоритет во Двогодишните договори за соработка меѓу СЗО и Министерството за здравство на РМ уште од 2004 година. Ворамки на договорот за соработка за 2005 и 2006 година е формирана национална работна група за насилство и здравје во 2005 година со претставници од министерствата за здравство, внатрешни работи, образование, правда и труд и социјална политика, од невладини организации и од СЗО.

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

Изготвени се национални политики за превенција на семејното насилство и годишни акциони планови: имплементирана е „Национална стратегија за заштита од семејно насилство за периодот 2008-2011 година“ при што координацијата е вршена од националното

координативно тело (МТСП, 2008), имплементирана е и втората „Национална стратегија за заштита од семејно насилство за периодот 2012-2015 година“ (МТСП, 2012). Во 2010 година изготвен е и Заеднички протокол за постапување во случаи на семејно насилство (МТСП, 2010) во соработка со министерствата за здравство, труд и социјална политика, внатрешни работи, образование и правда, невладини организации, УНДП, УНФПА, СЗО, УНИФЕМ и други агенции на Обединетите нации.

Заедничката програма на Обединетите нации „Зајакнување на националните капацитети за превенција на семејното насилство“ започна во декември 2008 и заврши во август 2012 година, обезбедувајќи му техничка и финансиска помош на националното координативно тело во спроведувањето на „Националната стратегија за заштита од семејно насилство“. Агенциите на Обединетите нации: УНДП, УНФПА, СЗО, УНИЦЕФ и УНИФЕМ работеа заедно со националните партнери: министерствата за труд и социјална политика, внатрешни работи, правда, здравство и образование и наука, обезбедувајќи финансиски средства во износ од 2,458,000 US\$ од Владата на Холандија, 958,000 US\$ од Труст фонд на Обединетите нации и 43,000 US\$ од агенции на Обединетите нации. 70,000 US\$ обезбедени од Владата на Република Македонија.

Нов Закон за превенција и заштита од семејно насилство е донесен во 2014 година (Сл. Весник 2015), додека во 2015 година се изготвени потребните правилници за проведување на овој закон за релевантните сектори: здравство, социјална заштита и внатрешни работи. Во 2015 година е изготвен „Протокол за меѓусебната соработка на надлежните институции и здруженија за заштита од семејното насилство“ (МТСП, 2015).

Превенцијата и заштитата од злоупотреба на децата се предвидени во неколку стратешки документи како што се „Националниот акционен план за превенција и борба против злоупотребата и занемарувањето на децата“ (2013-2015) (МТСП, 2013) и „Националната стратегија за борба против сиромаштијата и социјалната исклученост 2010–2020 година“, кои се осврнуваат на правата на децата меѓу кои се правото на социјална заштита, социјална инклузија, здравје, образование и вработување (МТСП, 2010). „Националниот акционен план за правата на детето“ (2012–2015) има за цел унапредување на правичноста, инклузијата и ефикасноста во обезбедувањето услуги за децата од типот на здравствена заштита и образование (МТСП, 2012). „Акциониот план за децата на улица 2013–2015 година“ содржи

одредби за борба против штетните последици од работењето на улица преку обезбедување услуги за овие деца вклучувајќи и образование (МТСП, 2013). Изготвени се протоколи за случаи на злоупотреба и занемарување на деца, сексуална злоупотреба и педофилија (МТСП, 2009). Во 2010 година е изготвен мултидисциплинарен протокол за постапување (идентификација и упатување) со децата на улица во Република Македонија (МТСП, 2010). Направени се измени и дополнувања на Законот за заштита на децата со кој се уредува системот, организацијата и начинот на обезбедување заштита за децата (Сл. Весник, 2009). Законот за семејство предвидува превентивна и репресивна заштита на правата и интересите на децата преку Центрите за социјална работа (Сл. Весник, 2009).

Обука и градење капацитети за превенција на насилството

Програмата на СЗО за модулarna обука за превенција и контрола на насилството, “Обука, Едукација, Унапредување на Соработката во областите здравје, насилство и превенција на повреди” (на англиски: TEACH VIP), е применета заради задоволување на потребите за градење капацитети во областа на превенција и контрола на насилството во Република Македонија, како една од алатките на СЗО за поддршка на имплементацијата на национално ниво на Резолуцијата EUR/RC55/R9 за превенција на повреди во Европа. Овие обуки се реализирани во рамките на активностите на здравствениот сектор за спроведување на „Националната стратегија за превенција на семејното насилство“ и на НПАА; финансиски поддржани од Заедничката програма на ОН и СЗО и организирани во соработка со Министерството за здравство и Институтот за јавно здравје на Република Македонија (ИЈЗ) Обуки во вид на еднодневни „TEACH VIP“ работилници се организирани во повеќе градови во Македонија од здруженијата на лекари по општа медицина, специјалисти по ургентна медицина, педијатри, гинеколози, психијатри и медицински сестри, во соработка со Канцеларијата на СЗО во Скопје и Одделението за контрола и превенција на повреди и насилство при Институтот за јавно здравје, и истите се акредитирани од Лекарската комора. Во периодот 2010-2012 година, 2390 здравствени професионалци ги завршиле овие обуки. Обуките се финансиски поддржани од СЗО во рамките на погореспомнатата Заедничка програма на Обединетите нации, со едукатори универзитетски професори од Медицинскиот факултет во Скопје и претставници на СЗО.

Шеесет универзитетски професори се обучени за „TEACH VIP“ програмата низ 3 тридневни работилници за обука на обучувачи од факултетите за медицина, психологија, социјална работа, родови студии, педагогија, право и од Полициската академија, во периодот 2009-2010 година. Овие работилници, специјално се дизајнирани од од СЗО за обучувачи за превенција на насилство и организирани од Канцеларијата на СЗО во Скопје/Копенхаген/Женева во соработка со Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје и Универзитетот „Свети Кирил и Методиј“, со цел натамошно зајакнување на националниот капацитет за превенција на насилство и нивно користење во курикулумот на идните едукативни интервенции. 105 професионалци се обучени со тридневни воведни работилници за психосоцијален третман на сторителите, додека 14 професионалци завршиле четиримесечна програма за обука реализирана од Центарот „МОДУС“ од Загреб во 2011 година. 220 лекари се обучени со еднодневни работилници за евиденција на насилство и соодветен веб регистар одржани во Скопје во 2012 година од Одделението за контрола и превенција на повреди и насилство при Институтот за јавно здравје.

Во 2010 година се изготвени упатства за механизмите за упатување за професионалци од полиција, здравство, социјална заштита, образование и правда, а дводневни работилници за градење на капацитетите за спроведување на Заедничкиот протокол за превенција на семејното насилство се организирани во 8 општини во периодот 2011-2012 година, со поддршка од Заедничката програма на Обединетите Нации. Обучени се 200 професионалци од различни сектори: здравствени работници, социјални работници, полициски службеници, наставници, вработени во општинските администрации, итн.

Во 2015 година организирани се три еднодневни работилници за градење капацитети за Протоколот за меѓусекторска соработка за превенција на семејното насилство“, и се обучени 90 лекари, медицински сестри, социјални работници и други профили на кадри.

Содржини за контрола и превенција на насилството и повредите и промоција на безбедноста се вклучени во наставата за додипломските и постдипломските студенти на Медицинскиот факултет во Скопје.

Институционални промени

Во 2003 и 2005 година се номинирани национални соработници за контрола и превенција на насилство и повреди. Во рамките на Институтот за јавно здравје на Република Македонија, во 2004 година е формирано Одделение за контрола и превенција на повреди и насилство како водечка организациска единица за превенција на насилство во здравствениот сектор. Променети се структурата и организацијата на Институтот за јавно здравје, воспоставени се нови позиции и описи на работни места за вработените во Одделението кои се регрутирани од вработените во Секторот за социјална медицина и обезбедено е финансирање буџетот на ИЈЗ.

Одделението за контрола и превенција на повреди и насилство има реализирано голем број истражувачки проекти во соработка со СЗО, УНФПА, УНИЦЕФ, ФИООМ, Светската банка и други меѓународни организации кои обезбедуваат техничка и финансиска помош, но и со национални владини и граѓански организации. Во рамките на соработката со СЗО се следниве проекти: Извештај за насилство и здравје во Македонија и водич за превенција – 2006 година; Извештај од евалуацијата на службите за итна медицинска помош во Македонија – 2007 година; Истражување на повреди во заедницата – 2008 година; Резултати од глобалното истражување за здравјето на адолесцентите во Република Македонија – во соработка со УНИЦЕФ – 2008 година; учеството на Одделението во изготвувањето на СЗО Глобалниот извештај за состојбите со превенцијата на насилството за 2014 година. Во 2012 година, Одделението за контрола и превенција на повреди и насилство при ИЈЗ е номинирано за Асоциран центар за поддршка за Безбедни заедници. Специјалисти по социјална медицина и организација на здравствената дејност од ИЈЗ и од Центрите за јавно здравје учествуваа во истражувањата организирани од Одделението за контрола и превенција на повреди и насилство и се соодветно обучени на работилници за време на проектите и ја поминаа „TEACH VIP“. обуката за градење капацитети.

Реализирана е опсежна програма за градење капацитети за превенција на насилство за професионалци од различни области, како што погоре е опишано: 2390 здравствени професионалци и 60 универзитетски професори ја „TEACH VIP“ обуката; 220 лекари се обучени за евиденција на насилство и веб регистар; обучени се 200 професионалци од различни сектори на локално ниво како здравствени работници, социјални работници, полициски службеници, наставници, вработени

во општинска администрација и други за имплементација на Првиот заеднички протокол за третман на жртви на семејно насилство; 90 лекари, медицински сестри, социјални работници и други профили се обучени за спроведување на вториот протокол за меѓусекторска соработка за превенција на семејно насилство.

Во Клиниката за психијатрија во Скопје е формиран Центар за советување на сторители на насилство во 2012 година (Службен весник на РМ бр. 69/2012) и првата група на сторители со судска одлука го помина првиот циклус на третман.

Финансирањето е обезбедено од Заедничката програма на Обединетите нации, како што претходно е опишано со вкупен буџет од над 3 милиони евра. Во 2015 година е воведена нова програма за специјализација по социјална медицина и јавно здравје со нов наставен план (Сл. Весник, 2015).

Изготвен модул за контрола и превенција на насилство и повреди и промоција на безбедноста како дел од акредитираниот наставен план за магистерски и докторски студии по јавно здравство и за специјализацијата по семејна медицина на Медицинскиот факултет во Скопје.

Во 2009 година донесен е нов Закон за евиденции во областа на здравството (С. Весник, 2009), според кој насилството задолжително се пријавува во посебен регистар за насилство.

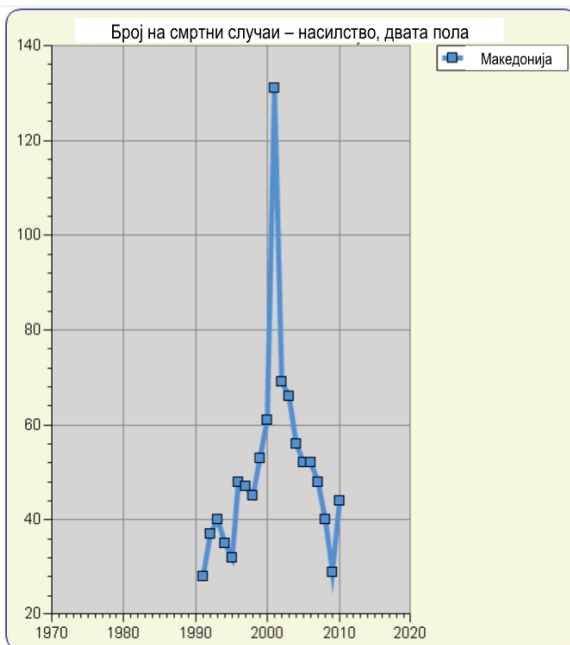
Посветеноста на државата за примена на е-здравство и расположивоста на современа информатичка технологија се потврдени во 2011 година кога Министерството за здравство го започна проектот „Мој термин“, кој во прво време служеше како систем за закажување термин за специјалистико-консултативни и акутни болнички услуги со цел намалување на времето на чекање за одредени медицински процедури. Подоцна овој проект е проширен со електронските здравствени евиденции на сите пациенти кои отишле на лекар и ги опфати и националните регистри на болести, препишување на лекови итн. Предвидено е системот да се прошири и со собирање податоци за факторите на ризик за незаразните болести вклучувајќи го и насилството, а особено за аспектите кои се однесуваат на средината и на однесувањето (МЗ, 2011).

Здравствените професионалци, покрај нивните редовни задачи поврзани со пружањето куративни и превентивни здравствени услуги, треба и да проверуваат дали кај пациентот има знаци на насилство и истите да ги откриваат, веднаш да пружат соодетна здравствена заштита ако има такви знаци секако, да преземаат мерки за превенција на насилството.

Соодветното евидентирање на насилството во согласност со МКБ 10 е важно заради препознавањето на случаите на насилство и на факторите на ризик, особено кај ранливите категории како што се децата, младите и старите лица, што понатаму ќе има значајно влијание на превенцијата.

Исход: Резолуцијата EUR/RC55/R9 е успешно имплементирана во Македонија со 82% од 99 ефективни интервенции, споредено со медијана бодовите на европскиот регион од 73% и многу понизок морталитет од повреди со SDR 28/100000 (слика 4)

Слика 4: Број на смртни случаи од насилство



Извор: База на податоци на СЗО „Здравје за сите“

Резиме на постигнувањата во областа превенција на насилство е презентирano во профилот на Македонија во СЗО Глобалниот извештај за состојбата со превенцијата на насилството (СЗО, 2014) (види рамка 1).

Научени лекции

Значајните постигнувања во оваа приказна се изготвување на национална политика за превенција на насилство, следење на повредите, градење капацитети и мултисекторска соработка. Применетите пристапи „цела влада“ и „цело општество“, со заеднички напори на националните владини и граѓански организации и на меѓународните организации, со силна вертикална и хоризонтална координација, со обезбедени ресурси, легислативни и организациски промени, воспоставувајќи систем на “здравје во сите политики” за превенција на насилството, се главните контрибутивни фактори за оваа успешна приказна, која може да се повторува на повисоко ниво доколку се исполнети сите овие предуслови.

Идни предизвици

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

Идни предизвици се интервенции засновани на докази за промоција на безбедноста, и намалување на социоекономските нееднаквости, решавање на проблемот на насилството и остварување на Целите за одржлив развој.

Целите за одржлив развој се потенцијално моќна рамка за превенција на насилството. Успешната реализација на овие цели нема автоматски да го намали насилството насекаде. Потребно е многу работа за да се сврти вниманието кон овој проблем и да се направат целите мерливи. Севкупното зајакнување на главните функции, и особено изготвувањето на политики и легислатива за превенција на насилството, и воспоставување на силен мониторинг, значително ќе додадат вредност за интегрираниот систем за превенција на насилството, со применет систем “здравје во сите политики” за превенција на насилството.

Резиме

Во Република Македонија применети се политики базирани на докази за превенција на насилството со пренесување на знаењата во пракса. Постигнати се значајни достигнувања во креирањето на национална политика, градење капацитети, мултисекторска соработка и следење на насилството. Применетите пристапи на цела Влада и цело општество, со силна вертикална и хоризонтална координација, со обезбедени ресурси, легислативни и организациски промени, воспоставувајќи систем на здравје во сите политики за превенција на насилство, се главните контрибутивни фактори за оваа успешна приказна. Оваа добра пракса да биде реплицирана во поголеми размери доколку сите овие предуслови се исполнети. Резолуцијата EUR/RC55/R9 е успешно имплементирана со 82% од 99 ефективни интервенции, споредено со медијана бодовите на европскиот регион од 73% и многу понизок морталитет од повреди со SDR 28/100000. Идни предизвици се интервенции базирани на докази за промоција на безбедност и намалување на социоекономските нееднаквости, за справување со насилството и постигнување на целите за одржлив развој, особено оние таргети за превенција на насилството.

Библиографија

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. (2002) World report on violence and health. Geneva
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2010) Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2010. Available at <http://www.healthmetricsandevaluation.org> Accessed on 6th October 2016
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015) Global Burden of Disease 2015: Country profile Macedonia. Available at <http://www.healthdata.org/print/5399> Accessed on 13th October 2016
4. Family Law. Official Gazette of RM (86/1992, 9/1996, 19/2000, 29/2001, 38/2004, 60/2005, 33/2006, 84/2009, 112/2009)
5. Law on Child Protection. Official Gazette of RM No. 98/2000, 17/2003, 65/2004, 113/2005, 98/2008, 107/2008, 46/2009, 83/2009
6. Ministry of Health. (2007) Strategy of the Republic of Macedonia 2020 – Safe, efficient and just health care system. Skopje Available at http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/the_former_yugoslav_republic_of_macedonia/health_strategy_2020_eng.pdf Accessed on 18th October 2016
7. Ministry of Health. (2009) National Strategy for control and prevention of non communicable diseases. Ministry of Health. Skopje Available at <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2012/12/strategija-nezarazni-bolesti.pdf> Accessed on 18th October 2016
8. Ministry of Health. (2009) Law for evidence in health. Official Gazette of RM No 20/09, 55/11 Available at http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Zakon_za_evidencii_vo_oblasta_na_zdravstvoto_Sl_Vesnik_na_RM_br_20_od_16.02.2009_godina.pdf Accessed on 18th October 2016
9. Ministry of Health. (2011) My term. Skopje Available at <http://mojtermin.mk/> Accessed on 18th October 2016
10. Ministry of Health. (2015) By Law for specializations and subspecializations of health workers with higher education in medicine. Official Gazette of RM No 85/15 Available at <http://www.slvesnik.com.mk/Issues/306ac8ad7c214f5e9d509bc61b84b870.pdf>
11. Ministry of Labor and Social Policy. (2008) National Strategy for protection of domestic violence 2008-2011. Ministry of Labor and Social Policy. Skopje
12. Ministry of Labor and Social Policy. (2012) National Strategy for protection of domestic violence 2012-2015. Ministry of Labor and Social Policy. Skopje, 2012 Available at http://mtsp.gov.mk/WBStorage/Files/nasislstvo_strategija_mkd.pdf Accessed on 18th October 2016

13. Ministry of Labor and Social Policy. (2010) Joint protocol for treatment in case of domestic violence. Ministry of labor and Social Policy. Skopje, 2010
14. Ministry of Labor and Social Policy. (2014) Law for prevention and protection from domestic violence. Official Gazette No 138/14 and 33/15
15. Ministry of Labor and Social Policy and Ministry of Health. (2013) National Action Plan for Prevention and Combating Child Abuse and Neglect (2013-2015). Skopje
16. Ministry of Labor and Social Policy. (2015) Protocol for intersectoral collaboration of responsible institutions and associations for protection of domestic violence. Official Gazette of Republic of Macedonia No 143/15. Available at http://www.mtsp.gov.mk/content/pdf/protokol_1.9.2015.pdf Accessed on 18th October 2016
17. Ministry of Labor and Social Policy. (2010) Multidisciplinary protocol for treatment (identification and referral) of Street Children in Republic of Macedonia. Ministry of labor and Social Policy. Skopje, 2010 Accessed on 18th October 2016
18. Ministry of Labor and Social Policy. (2009) Action Plan for Prevention and Combatting Sexual Abuse of Children and Pedophilia (2009-2012). Skopje
19. Ministry of Labor and Social Policy. (2010) National Strategy for the Fight against Poverty and Social Exclusion, 2010–2020. Skopje
20. Ministry of Labor and Social Policy. (2012) National Plan of Action on the Rights of the Child (2012–2015). Skopje
21. Ministry of Labor and Social Policy. (2013) Action Plan for Children on the Streets 2013–2015. Ministry of Labor and Social Policy of Republic of Macedonia, Skopje
22. State Statistical Office. (2016) Macedonia in Figures 2015. Skopje Available at http://www.stat.gov.mk/Publikacii/MakedonijaVoBrojki2016_en.pdf Accessed on 13th October 2016
23. Tozija F, Butchart A. (2005) Interpersonal Violence and Public Health. In: Health Determinants in the Scope of New Public Health. Georgieva L, Burazeri G. Eds. Health Determinants in the Scope of New Public Health. PH-SEE, Sofia 2005: 201-219
24. Tozija F., Gjorgjev D., Cicevalieva S. (2006) Report on violence and health in Macedonia – a guide for prevention. MOH/IPH. Skopje
25. Tozija F, Spasovski M, Karadzinska-Bislimovska J, Gjorgjev D, Kos-evska E (2007) Violence and Injury prevention – Challenges for Health Promotion in Macedonia. In: Donev D, Pavlekovic G, Zaletel Kragelj

- L. Eds. Health Promotion and Disease Prevention. PH-SEE-A Handbook for Teachers, Researching, Health Professionals and Decision Makers; Skopje, Macedonia, 2007:651-69. http://www.snz.unizg.hr/ph-see/Documents/Publications/FPH-SEE_Book_on_HP&DP.pdf
26. Tozija F., Gudeva Nikovska D., Gjorgjev D. (2008) Community Injury Survey. Republic Institute for Health Protection. Skopje
 27. Tozija F, Gjorgjev D, Kosevska E, Kendrovski V. (2008) Global Student Health Survey in Macedonia. Republic Institute for Health Protection. Skopje
 28. Tozija F. (2009) Violence and injury prevention and safety promotion in Macedonia: evidence based policy intervention. Archives of Public Health. Vol 1, No. 1 2009: 39-46
 29. Tozija F, Gjorgjev D, Kochubovski M. (2012) Violence and maltreatment of elderly – applied ecological model in risk assessment and policy intervention. Journal of Environmental Protection and Ecology. Official Journal of the Balkan Environmental Association. Vol.13 No 4:2173-2185
 30. Tozija F. Butchart A (2013) Violence a global public health problem and universal challenge. In: Forum for Public Health in Southeastern Europe. A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals (2nd edition). Volume I: Health: Systems – Lifestyle – Policies. Editors: Burazeri G., Zaletel Kragelj Lj Jacobs Verlag, 2013:420-434 <http://www.seejph.com/documents/Volume-I-Health-Systems-Lifestyle-Policies.pdf>
 31. Tozija F. (2016) Structural and Social Violence. In: Laaser U., Beluli F. (Eds.). South Eastern European Journal of Public Health. Special Volume 2016: A Global Public Health Curriculum 2nd Edition, Publisher: Jacobs/Germany 2016, p:105-119 ISSN 2197-5248, DOI: 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2015-106 Available at <http://www.seejph.com/index.php/seejph/article/view/106/82>
 32. WHO. (2007) Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health
 33. WHO. (2012) Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Proceedings of Regional Committee for Europe. 2012:10-3.
 34. WHO. (2014) Global status report on violence prevention 2014. Geneva
 35. WHO. (2014) 67th WHA Resolution WHA67.15. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva: 2014:19-24.

36. WHO. (2014) Global Status Report on Violence Prevention. Geneva Available at http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ Accessed on 19th October 2016
37. WHO. (2016). Sixty-Ninth WHA. Resolution WHA69.15 Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within a National Multisectoral Response to address Interpersonal Violence, in particular Against Women And Girls, And Against Children. Geneva
38. WHO. (2016) European Health for All database (HFA-DB) Available at <http://www.euro.who.int/en/countries/the-former-yugoslav-republic-of-macedonia/data-and-statistics> Accessed on 14th October 2016
39. United Nations. General Assembly Resolution [Internet]. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2015 [cited 2016Oct27]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030_agenda_for_sustainable_development_web.pdf Accessed on 1st November 2016