

# Seksuaalvägivald laastab tervise

Kui sageli on patsient teile rääkinud seksuaalvägivalla kogemisest lapsepõlves, teismeliseas, täiskasvanueas? Millal olete ise kahtlustanud, et patsient võib olla seksuaalvägivalla üleelanu? Kas olete kunagi küsinud, kas keegi on patsiendile (seksuaalselt) haiget teinud?



## MADE LAANPERE

arst-õppejõud  
Tartu Ülikooli  
naistekliinik

seksuaalvägivalla  
ekspert  
Sotsiaalkindlustus-  
amet

*Non curarur qui curat*  
(Ei tervene see, kes muretseb).

**M**aailma Terviseorganisatsioon (WHO) on defineerinud seksuaalvägivalla kui vägistamise ja selle katse, muud sunni abil toime pandud teod inimese seksuaalsuse vastu ja seksuaalse ahistamise (1). Selles artiklis keskendutakse vägistamisele ja vägistamiskatsele.

## Seksuaalvägivalla olemus ja levimus Eestis

Seksuaalse ahistamise laialdast esinemist ja olemust on kogu maailmas tõstatanud #Me Too liikumine. See on tänuväärset aidanud ka Eestis probleemi teadvustada, kuid tervisehäirete kontekstis on seda vähem uuritud. Lisaks ei hõlma me neid tervisehäireid, mida toob endaga kaasa seksuaalvägivalla kogemine varases lapseas.

Pikaajalise hirmu tõttu lapseas tekivad püsivad muutused ajus, mis

sageli põhjustavad veelgi tõsisemat kahju (vaimsele) tervisele (2). Teadma peab, et lapseas seksuaalvägivalla ohvriks langemine on riskiteguriks selle kogemisele täiskasvanueas.

Miks me ei ole selliseid patsiente eriti kohanud? Sest seksuaalvägivald on kõige peidetum vägivallaliik ühiskonnas – alaraporteeritud ja alamenetletud, vähimate kohtulahenditega kõigi teiste kuritegude seas ning on vaid üksikud süüdimõistvad otsused (3). 2014. a Eesti naiste tervise uuringu kohaselt oli alla poole (45%) naistest rääkinud kellelegi tema elus kogetud seksuaalvägivallast, enamasti lähisugulasele ja/või sõbrannale (4). Väga väike osa kannatanutest pöördub politseisse. 2018. aastal registreeriti vaid 580 seksuaalvägivallakuritegu, mille ohvritest 75 olid täiskasvanud ja 505 alaealised (5). Tuleb siiski märkida, et politseis registreeritud seksuaalvägivallakuritegude arv Eestis on viimase kolme aasta jooksul suurenenud.

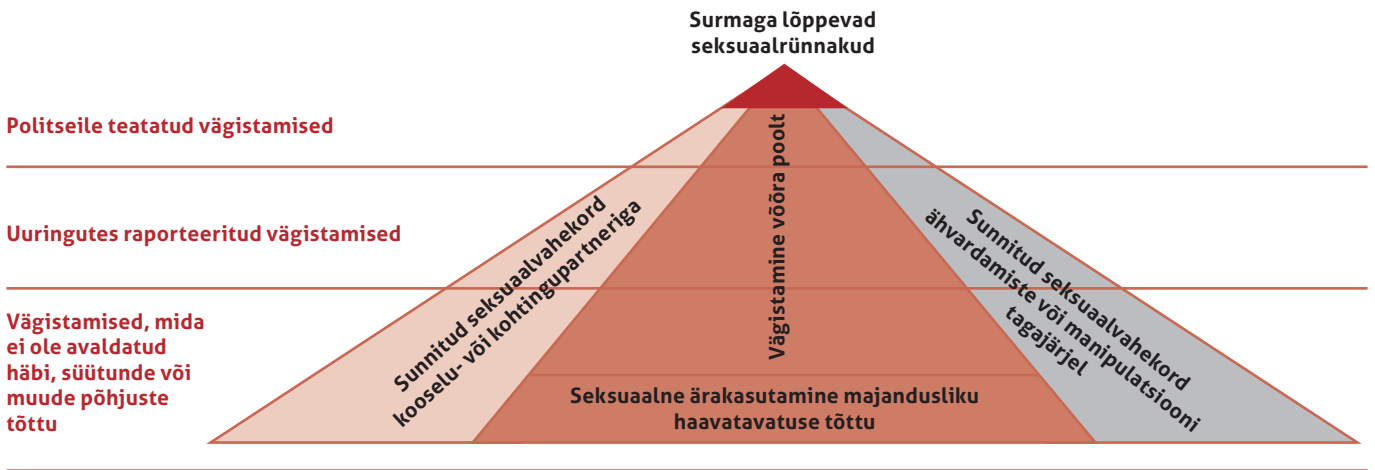
Tegelikkuse kohta annavad täna parimat teavet anonüümsed küsitlusuuringud. WHO on seksuaalvägivalla võimalikku tegelikku levimust kujutanud kasutades jäämäe näidet (1). Enamik

juhtumitest jäävadki inimese enda teada.

Eestis on seksuaalvägivald olnud varjatud teema ja tulnud “kapist välja” alles hiljaaegu. Pärast taasiseseisvumist Eestis läbi viidud uuringute tulemustest on näha, et vägistamine on Eestis ehmatavalt levinud (6). Nii mehed kui ka naised kogevad seksuaalvägivalda, kuid valdav enamik ohvritest on naised. Euroopa Põhiõiguste Ameti 2014. aasta uuringu järgi on Eestis alates 15. eluaastast seksuaalvägivalda kogunud 13% naistest, st iga kaheksas (3). Seksuaalvägivallaks loeti selles uuringus seksuaalvahekorda sundimist kinni hoides või haiget tehes; soovimatus seksuaaltegevuses osalema sundimist, millest ei olnud võimalik keelduda, ja seksuaalsetes tegevustes osalemist hirmu tundes selle ees, mis võib keeldumise korral juhtuda.

Samasuguse tulemuse saime 2014. aastal läbi viidud rahvastikupõhises Eesti naiste tervise uuringus, milles osales 2413 naist vanuses 16–45 eluaastat. Naistest 7,4% olid elu jooksul kogunud vägistamist – keegi oli vastu nende tahtmist pannud või püüdnud panna oma peenist või muud eset nende tuppe, pärakusse või suhu (4).

” On kogunenud suur hulk tõendust, et seksuaalvägivald on üks traumeerivamaid sündmusi, mõjutades sügavalt ja pikaajaliselt vaimset, füüsilist ja seksuaaltervist.



Joonis 1. Seksuaalvägivalla levimus (WHO).

Seksuaalvägivalla toimepanijaks on reeglina mees, seda ka meessoost ohvrite puhul. Erinevalt üldlevinud arusaamast ei ole seksuaalvägivalla toimepanijaks võõras, vaid tuttav inimene, sageli abikaasa, elukaaslane, endine või praegune seksuaalpartner. Seksuaalvägivald partneri poolt on sageli korduv ja kahetsusväärsetl sageneb naise raseduse ajal (3, 7, 8).

Tüüpiline seksuaalvägivalla ohver on Eestis noor, sageli alaealine naine, kes kogeb seksuaalvägivald varasema tuttava või oma suhtepartneri poolt.

See peaks veenma, et kohtame oma praktikas tegelikke ohvreid pigem sageli, seda enam, et neil on tervisehäireid rohkem kui neil, kes seksuaalvägivald kogunud ei ole.

### Miks ohvrid ei hakka vastu?

On kogunenud suur hulk tõendust, et seksuaalvägivald on üks traumeerivamaid sündmusi, mõjutades sügavalt ja pikaajaliselt vaimset, füüsilist ja seksuaalset (1, 3, 7, 8). Selleks, et paremini aru saada, miks on seksuaalvägivalla ohvrite tervisehäired nii tõsised, tasub korraldada peatuda asjaoludel, mis kaasnevad seksuaalse rännakuga (9, 10).

Seksuaalne rännak on alati ootamatu, meelevaldne ja ennustamatu. Toimepanija valib ohvri, toimepanemise aja ja koha. Ohver kaotab võime ise otsustada. Seetõttu on valdavaks tundeiks hirm, surmahirm. Hirm on üks meie kõige ürgsamaid emotsioone ja selleks on ka väga hea evolutsiooniline põhjus – selleta oleks vähesed meie esivanematest ellu jäänud. Hirmutava signaali saamisel käivituvad neurobioloogilised protsessid kehas murdosa sekundi jooksul. Kaks hirmutava signaali vastuvõtuga seotud

võtmepiirkonda aju on *locus coeruleus* ja *amygdala*. Kõrgemad ajukoorepiirkonnad (*cortex prefrontalis*) lülitatakse hirmutava olukorraga silmitsi seismisel välja ning edasist tegevust dikteeritavad aju ürgsed osad (*truncus encephalicus*). Nii kaob võime planeerida ja analüüsida; tunda nälga või külma, kuna kumbki pole ellujäämise seisukohalt esmatähtis. Sageli kaob otse ohu korral ka võime mõelda ja rääkida.

Omavahel suhtleva tsentraalse ja perifeerse närvi- ja hormonaalsüsteemi (hüpotalamus – hüpofüüs – neerupealis) koostöö tulemusena valmistub keha võitlema ja põgenema. Kuna vägistamis-situatsioonis on jõuvahekord sageli väga ebavõrdne, siis enamasti tajub aju “hirmukeskus” – mandelkeha ja limbiline süsteem – põgenemist võimatuks ja vastuhakku kasutuna. Vähesed hakkavad siiski vastu ja võitlevad edukalt. Uuringud on näidanud, et vaid pooled ohvrid üritavad vastupanu ja vastupanu on enamasti verbaalne (10).

Kui põgenemine või võitlemine pole võimalik, lülitub sisse primitiivne kaitse-reaktsioon – dissotsiatsioon, mille käigus aju valmistab keha vigastusteks ette. Kaob lihastoonus, tekib bradükardia ja vabanevad opioidid, mis loovad psühhilise eemaldumise tunde. Ekstreemsetel juhtudel toimub täielik reaalsusest eemaldumine, kus aju piirkonnad, mis juhivad mõtlemist, keskenduvad vaid

ellujäämisele. Ohvril tekib tunne, et aeg on seisma jäänud ning toimuv ei ole tõeline. Ohvrid on kirjeldanud, et nad nägid kõike otsekui kõrvalt ega suutnud end enam liigutada.

Kõrvalseisjal on seda keeruline mõista. See vajab menetluse ja kohtumõistmise teistsugust käsitlemist võrreldes teiste kuritegudega. Tõendusmaterjali on keeruline leida ja õigusaktid nõuavad vigastusi või raskesti defineeritavat abitud seisundit. Kuid veelgi keerulisem on ellujääjal mõista iseennast – miks ma ei võidelnud vastu või ei põgenenud? Kuidas see sai minuga juhtuda? Ta ei tea, et kõik keha reaktsioonid olid reflektorsed ning nende üle puudus tal kontroll. Tekib süü- ja häbitunne, usk senisesse maailma kaob. See on normaalne reaktsioon ootamatule traumaatilisele sündmusele, kus inimene tunneb, et tema varasematest oskustest ja teadmistest ei piisa, et toimunud mõista ja sellega toime tulla. Seda nimetatakse ka traumaatiliseks kriisiks.

Seksuaalne rännak on üks väheseid, kuid kõige tõsisem enesemääramisõiguse riive, kahjustades nii kehalist, vaimset kui seksuaalset terviklikkust. See on ka põhjus, miks tervisehäired on rasked, sagedased ja püsivad. Kui ei ole füüsilisi vigastusi, siis inimeselt tema keha üle otsustamise võtmine tekitab alati hingelise trauma, sageli kogu eluks.



Joonis 2. Üle 15aastaste seksuaalvägivald kogunud naiste osakaal (4).

## Seksuaalvägivald tervisemõjud

Uuringud näitavad, et seksuaalvägivald on kõigi teiste vägivallaliikide seas kõige suurem pikaajaliste tervisehäirete põhjustaja (3, 7, 8). Mõjud võivad olla ka kohesed, nt erinevad füüsilised vigastused, mis võivad jätta ajutise või püsiva puude. Rünne võib kaasa tuua nakatumise seksuaalsel teel levivatesse nakkustesse/HIV-sse või soovimatu raseduse, mille tagajärjed võivad olla kaugeleulatuvad. Füüsilisi vigastusi esineb siiski harva ja põhjuslikkus on alati arusaadav. Palju enam on aga selliseid tervisehäireid, mille puhul seos ei ole otseselt nähtav.

Näiteks esineb sageli valu erinevates kehapiirkondades, mis ei ole põhjustatud ühestki somaatilisest haigusest, vaid kroonilise stressi poolt esile kutsutud kesknärvisüsteemi valutöötlussüsteemide tasakaalu häirest, mida iseloomustab nii kõrgeenenud valutundlikkus kui muutused tsentraalsetes valu ülekandemehanismides. Sageli on need kõhuvalud. Valu võib haarata kogu keha, kui sihtmärgiks on lihaskond (fibromüalgia). Valu on reaalne – võib toimuda mitmeid ebavajalikke uuringuid ning arstivisiite, kuid põhjus jääbki teadmata.

Pidev stress mõjutab immuunsüsteemi ja see omakorda erinevate krooniliste haiguste avaldumise riski, tehes samal ajal selle all kannatajad vastuvõtlikumaks erinevatele infektsioonidele.

Kõige enam on vaimse tervise häireid (7, 8). Posttraumaatilist stressihäiret esineb pooltel ja igal kuuendal on sellele nähud ka veel aastakümneid hiljem. Depressioon, ärevushäired, paanikahäired, foobiad – neid kõiki on seksuaalvägivald ohvritel kirjeldatud sagedamini kui füüsilisel vägivald ohvritel (3).

Kui seksuaalvägivald üleelanu ei saa abi, kasvab ka sõltuvushäirete risk: alkoholi kuritarvitamine (alkohol kui kiire ja kättesaadav pingemaandaja), toitumishäired, narkootikumid. Esineb enesevigastamist. Uuringud on näidanud, et seksuaalvägivald üleelanutel on suur suitsiidirisk – 30% on mõelnud suitsiidist ja 13% on selle teoks teinud (12).

Seksuaalvägivald ohvritel on Eestis tehtud uuringute põhjal madalam tervise enesehinnang; sagedamini igapäevast lootusetuse tunnet, masendust ja depressiooni (4) ning rohkem ängistust, mis põhjustab igapäevaeluga toimetulekul probleeme (13).

Sotsiaalsed tagajärjed süvendavad sageli tervisehäireid ja vastupidi:

enesesetõmbumine, isolatsioon, töövõime kaotus, sissetuleku vähenemine, häired töös ja õpingutes, enda ja laste hooletusse jätmise, stigmatisatsioon; samuti juriidilised, näiteks kaitsjaga seotud kulud. Näiteks sageli ei tule noored enam toime koolis ainuüksi seetõttu, et puudub keskendumisvõime.

Kui ohver ei ole otsinud ega saanud abi (nt “ma unustan selle, siis see pole enam mu elu osa”) või pole abi olemas; teda on taasohvrustatud (nt “miks sa pidid sinna peole minema ja alkoholi tarvitama?”); teda pole usutud (nt “aga see poiss ju meeldis sulle”) või on kannatusi pisendatud (nt “sul pole ju mingeid vigastusi”), on tervisehäired tõenäolisemad.

Lisaks isiklikele kannatustele on seksuaalvägivald ka suureks koormaks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile. Seetõttu võiks pikaajaliste tervisehäiretega patsientide puhul mõelda ka kogetud (seksuaal)vägivald. On rohkelt mõistetavaid barjääre, sh soov patsienti mitte haavata või teadmatus olemasolevast abist jm, mida siinkohal ei jõua käsitleda. Kuid üldiselt on uuringud näidanud, et naised ootavad tervishoiutöötajate aktiivset küsimust kogetud vägivald kohta (3, 14).

Arstile võib (seksuaal)vägivald avaldamine muuta lihtsamaks kliiniliste otsuste tegemise. Patsiendile saab selgitada tema võimalike mitesomaatiliste tervisehäirete põhjuseid ning leida abi. Väga paljudel juhtudel on selleks psühhoteraapia. Siinkohal on paslik öelda, et vägivald eripäradega ei ole kursis kaugegtki mitte kõik psühhoterapeudid, mistõttu ohvriabi ja naiste tugikeskused on abi otsimisel olulisel kohal.

### Millist abi ohver vajab?

Pärast seksuaalvägivald kasvab üleelanute hulgas hüppeliselt tervishoiuasutusse pöördumise tõenäosus, kuid enamik ohvritest ei avalda selle toimumist. Kõige enam toob neid sinna pärast juhtunut hirm suguhaiguste ees.

### Nõustumise osakaal väitega “Naised põhjustavad ise oma riietusega vägistamise ohvriks langemist”



Joonis 3. Seksuaalvägivaldaga nõustumise osakaal (14).

## Professionaalse kohtlemise ABC

Ma USUN sind

Mul on KAHJU, et see sinuga toimus

Sa oled TUBLI, et sa pöördusid

Ma kuulan, mida sa VAJAD

Ma AITAN sul saada abi

Asjad lähevad PAREMAKS

Kõik tunded on loomulikud

Kõik reaktsioonid on loomulikud

Hilisemaid tervisehäireid ei pruugi ohvrid ise juhtunuga otseselt seostada.

Üldiselt otsivad seksuaalvägivald ohvrid abi pigem vähe ning oma roll on siin enesesüüdistusel (nt “kui ma ei oleks sinna peole läinud ja alkoholi tarvitanud, poleks seda juhtunud”) ja taasohvrustamise hirmul (nt “kõik ju teavad, et ma olen ise ka süüdi”). Ka on pidurdajaks abi otsimisel häbi ja piinlikkus ning kartus, et nangun ei saa keegi aidata. Suuresti on selle taga ühiskonnas levinud ohvrit süüdistav hoiakud, nt arvavad pooled elanikud Eestis, et riietus põhjustab vägistamist (15). Vt joonis 3. Seksuaalvägivaldaga nõustumise osakaal (14).

On märkimisväärne, et aastal 2014 pöördus Euroopa Liidus keskmiselt iga viies naine oma kõige tõsisema kehalise või seksuaalse vägivaldajuhtumise tõttu abi saamiseks mõne abistava organisatsiooni poole, Eestis iga kümnes (3). Kõige sagedamini pöörduti tervishoiuasutusse.

Seksuaalründe ohvriks langenu puhul on oluline teada, et mõju ohvri elule ja tervisele sõltub paljuski esimesest inimesest, kellega ohver pärast rünnet kokku puutub (professionaalne abi vs. taasohvrustamine).

### Seksuaalvägivald kriisiabikeskused

1970. aastatel mõisteti USA-s ja Austraalias, et seksuaalvägivald üleelanutele on vaja abi. Ennetamiseks seksuaalvägivaldast

tingitud nii lühi- kui ka pikaajalisi mõjusid ohvrite tervisele, vajavad seksuaalvägivalda üleelanud kohest kompleksset meditsiinilist, psühhosotsiaalset, kohtumeditiinilist ja juriidilist abi ühest kohast. Selleks seati sisse spetsiaalsed teenused ja nii sündisid esimesed seksuaalvägivalda kriisiabi keskused (*sexual assault centres*, SAC). Euroopas loodi need esmakordselt aastal 1985 Iirimaa ja 1986 Inglismaal, pärast seda Põhjamaades. Enamasti on need tervishoiusüsteemis asuvad spetsiaalsed keskused, kuid on ka neid, mis asuvad politseistruktuurides – vajalik on 24tunnine valmisolek. Pöördumine on ajaliselt piiratud (tavaliselt 7 ööpäeva), kuid enamasti ei ole muid piiranguid, st need on mõeldud igas vanuses ja mõlemast soost inimestele. Pöörduda võiks võimalikult kiiresti, see on oluline abi andmise ja tõendmaterjali kogumise seisukohast.

Seksuaalvägivalda kriisiabikeskustes pakutakse esmase abina ohvri nõusolekul (16):

- tundlikku kohtlemist ja psühholoogilist toetust kriisilolukorras;
- meditsiinilist läbivaatust ja abi koos kohtumeditiinilise tõendmaterjali kogumisega;
- vigastuste kirjeldamist ja fotografeerimist;
- suguhaiguste testimist ja vajadusel HIV-i nakatumist vältiva raviga alustamist;
- abi raseduse ärahoidmisel;
- uimastamiskahtlusega patsientidelt toksikoloogia kogumist;
- juriidilist toetust
- järeldravisse suunamist (meditsiiniline ja psühholoogiline abi).

## Eestis on abi olemas

Eestis sai esimene ohver pöörduda seksuaalvägivalda kriisiabikeskusesse (SAK) mais 2016 Lääne-Tallinna Keskhaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikum. Hiljem liisandusid Pärnu Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla. Teadaolevalt on Eesti ainus riik

” Seksuaalründe ohvriks langenu puhul on oluline teada, et mõju ohvri elule ja tervisele sõltub paljuski esimesest inimesest, kellega ohver pärast rünnet kokku puutub (professionaalne abi vs. taasohvrustamine).

## Seksuaalvägivalda kriisiabikeskused Eestis

Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik (Pelgulinna Sünnitusmaja vastuvõtutuba, tel 5342 4724)

Tartu Ülikooli Kliinikum (günekoloogia osakonna valveöde, tel 731 9954)

Pärnu Haigla (valvenaistearst, tel 447 3505)

Ida-Viru Keskhaigla (günekoloogia osakonna valveöde, tel 331 1041)

Abi saab ka veebilehelt [www.palunabi.ee](http://www.palunabi.ee) ja ohvriabi kriisitelefoni 11 6006

endisest idablokist, kus selline teenus on olemas.

Eelmises peatükis kirjeldatud abi saadakse kõigis neljas keskuses ja see toimub standardiseeritud vastavalt juhendile, mille kinnitasid Eesti Naistearstide Selts ja Eesti Kohtuarstide Selts (17) ning mille peamiseks, kuid mitte ainsaks eeskujuks oli WHO juhend (16).

Mida tehakse Eesti SAK-ides, saab vaadata internetist YouTube’ist märksõna alt “seksuaalvägivalda kriisiabikeskused Eestis”.

Pöörduda saavad igas vanuses ja mõlemast soost inimesed kuni 7 ööpäeva pärast toimunud rünnakut. Kogutud tõendmaterjal antakse päringu alusel üle politseile ning sellega tegeleb edasi Eesti Kohtumeditiinilise Ekspertiisi Instituut. Alates juulist 2019 osutatakse seksuaalvägivalda kogenud inimestele ka tasuta õigusabi. Praeguseks ajaks on Eesti seksuaalvägivalda kriisiabikeskustesse pöördunud 350 inimest vanuses 2–74 aastat, keskmise vanusega 25 eluaastat. Neist kolm on olnud meessoost. Alaealisi oli neljandik. Keskmise pöördumise aeg oli 28–30 tundi pärast rünnakut. Varasemalt on seksuaalvägivalda kogenud neljandik ja sama palju on kahtlust uimastamisele, enam on vaimse tervise probleemidega inimesi.

Ka minevikus läbielatud seksuaalvägivald võib häirida igapäevast toimetulekut. Abi ja nõu saamiseks võib alati pöörduda lähima ohvriabitöötaja poole, kontaktid on leitavad kodulehel [www.palunabi.ee](http://www.palunabi.ee)

Samuti võib helistada ööpäev läbi avatud ohvriabi kriisitelefoni 116 006.

## Kasutatud kirjandus:

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA *et al.* World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002: 141–81. Kättesaadav: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1)
2. Vrolijk-Boschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA *et al.* Clinical practice: recognizing child sexual abuse – what makes it so difficult? *Eur J Pediatr.* 2018; 177:1343–1350.
3. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey, FRA 2014. Kättesaadav: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
4. Lippus H, Laanpere M, Part K *et al.* Eesti Naiste Tervise Uuring: seksuaal- ja reproduktiivtervis, tervisekäitumine, hoiakud ja tervishoiuteenuste kasutamine. Uurimisaruanne. Tartu: Tartu Ülikooli naistekliinik 2015. Kättesaadav: [https://sisu.ut.ee/sites/default/files/naistetervisuuring/files/uuvestre2014\\_loppraport.pdf](https://sisu.ut.ee/sites/default/files/naistetervisuuring/files/uuvestre2014_loppraport.pdf)
5. Kuritegevus Eestis 2018. Justiitsministeerium 2019. Kättesaadav: <https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/kuritegevus-eestis-2018>
6. Soo K, Laanpere M, Lippus H, Part K. Seksuaalvägivalda levimus ja hoiakud Eestis: uuringute ülevaade. Eesti Seksuaaltervise Liit, Tartu 2015. Kättesaadav: [http://www.estl.ee/admin/upload/Dokumendid/SVV\\_ULEVADE\\_EESTIS\\_2015.pdf](http://www.estl.ee/admin/upload/Dokumendid/SVV_ULEVADE_EESTIS_2015.pdf)
7. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence 2013. Geneva:WHO, 2013. Kättesaadav: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
8. Jina R, Thomas LS: Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27:15–26.
9. Kozłowska K, Walker P, Mclean L *et al.* Fear and the defence cascaded: clinical implications and management. *Perspectives* 2015; 23:1–25.
10. Arnstein A. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10:410–422.
11. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG.* 2015; 122:577–584.
12. Kilpatrick DG, Saunders BE, Veronen LJ *et al.* Criminal victimization: lifetime prevalence, reporting to the police and psychological impact. *Crime Delinq* 1987; 33: 479–489.
13. Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL *et al.* Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93:669–677.
14. Gielen AC, O’Campo PJ, Campbell JC *et al.* Women’s opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. Women’s opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *Am J Prev Med* 2000; 19:279–285.
15. Eesti elanikkonna teadlikkuse uuring soopõhise vägivalda ja inimkaubanduse valdkonnas, TNS Emor 2014. Kättesaadav: [http://lft.ee/admin/upload/files/Elanike%20hoiakud%20soop%C3%B5hise%20v%C3%A4givalda%20ja%20inimkaubanduse%20valdkonnas2014\\_aruanne\\_TNS%20Emor\\_1%C3%B5plik.pdf](http://lft.ee/admin/upload/files/Elanike%20hoiakud%20soop%C3%B5hise%20v%C3%A4givalda%20ja%20inimkaubanduse%20valdkonnas2014_aruanne_TNS%20Emor_1%C3%B5plik.pdf)
16. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva 2003. Kättesaadav: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/)
17. Laanpere M, Part K. Seksuaalvägivalda ohvrite abistamise juhend. Tartu, 2015. Kättesaadav: [https://www.ens.ee/Ravijuhendid/sv\\_ohvrite\\_abistamise\\_juhend\\_ees-ti\\_demo.pdf](https://www.ens.ee/Ravijuhendid/sv_ohvrite_abistamise_juhend_ees-ti_demo.pdf)