

SMURTO PRIEŠ MOTERIS PAPLITIMAS IR PRIEŽASTYS

Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė

Higienos institutas

Santrauka

Smurtas prieš moteris nuo intymaus partnerio yra svarbi visuomenės sveikatos problema, kurios pasekmės lemia moters, šeimoje augančių vaikų fizinę ir psichinę sveikatą bei visos visuomenės gerovę. Be to, smurtas didina tiesioginę ir netiesioginę finansinę ir ekonominę naštą, kadangi sumažėja smurtą patiriančios moters galimybės darbo rinkoje, padidėja socialinių ir sveikatos paslaugų poreikis. Dėl skaudžių smurto prieš moteris pasekmių, problemą būtina spręsti nedelsiant ir smurto paplitimą siūloma mažinti, stengiantis suprasti šio smurto priežastis, panašiai kaip užkrečiamųjų ir kitų ligų atvejais.

Straipsnyje, remiantis užsienio ir Lietuvos moksliniais šaltiniais, apžvelgiamas smurto prieš moteris paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje, jo priežastys bei teoriniai priežasčių aiškinimai, trumpalaikės ir ilgalaikės pasekmės bei vykdomos smurto prieš moteris prevencijos priemonės.

Reikšminiai žodžiai: smurtas, moterys, smurto paplitimas, smurto priežastys, smurto pasekmės, smurto prevencija.

ĮVADAS

Visuomenės sveikatos dėmesio pasauliniu lygiu smurto problema susilaukė 1996 m. Pasaulio sveikatos asamblėjoje, kai priimtoje rezoliucijoje buvo paskelbta, kad smurtas lemia fizinę, socialinę ir dvasinę žmogaus sveikatą bei yra vienas iš žmogaus teisių ir laisvių pažeidimų [1, 2]. Šis dokumentas paragino Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO), kaip svarbiausią tarptautinę instituciją, inicijuoti ir koordinuoti veiklas, skirtas spręsti smurto, kaip visuomenės sveikatos, problemą. PSO atsakas į šį raginimą buvo 160 ekspertų grupės iš daugiau nei 70 šalių 2002 m. paskelbta pirmoji „Pasaulinė ataskaita apie smurtą ir sveikatą“, kuria pradėta pasaulinė smurto prevencijos kampanija vietiniu, nacionaliniu ir tarptautiniu lygiais [1].

Smurtas prieš moteris pasaulinio dėmesio susilaukė 1993 m., kai Jungtinių Tautų generalinė asamblėja priėmė Deklaraciją dėl smurto prieš moteris panaikinimo, kurioje smurtas prieš moteris buvo apibrėžtas „kaip bet koks smurto aktas prieš moteris, galintis nulėmti fizinę, seksualinę ar psichologinę žalą, įskaitant grasinimus, prievartą, laisvės atėmimą, neatsižvelgiant į tai, ar tai liečia asmeninį ar visuomeninį gyvenimą“, bei akcentuojama, kad moterys yra labiau pažeidžiamos nei vyrai [3].

Lietuvoje 2011 m. priimtame Apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatyme lyčių komponentas neišskiriamas. Jame akcentuojama, kad smurtas artimoje aplinkoje gali būti patiriamas nuo bet kurio šeimos nario, susijusio santuokiniais, partnerystės, svainystės ar kitais artimais ryšiais, taip pat nuo asmens, kartu gyvenančio ir tvarkančio bendrą ūkį [4].

Vis dėlto dažniausiai smurtas suvokiamas kaip vyro smurtas prieš moterį. Nors vis dažniau kalbama apie lyčių lygybę, tačiau daugelyje pasaulio valstybių vis dar išlieka kultūriškai nusistovėjęs vyriškos lyties dominavimas, moteris suvokiama kaip turinti paklusti vyrui, todėl smurtas prieš moteris neretai toleruojamas. Dėl skaudžių pasekmių smurto aukai, jos artimųjų bei visuomenės gerovei smurto problemai skiriamas vis didesnis dėmesys.

Šio straipsnio tikslas – remiantis moksliniais šaltiniais apžvelgti smurto prieš moteris paplitimą, priežastis, pasekmes bei problemos sprendimo būdus (prevenciją ir pagalbą) pasaulyje ir Lietuvoje.

Metodologija: straipsnis parengtas remiantis mokslinės literatūros sisteminės analizės rezultatais, kurie leidžia sisteminti ir vertinti sukauptus faktinius duomenis. Anglų kalba publikuotos mokslinės literatūros šaltinių paieška buvo vykdoma „PubMed“, „EBSCO“, „ProQuest“, „BMJ Publishing Group“ mokslinės literatūros visatekstėse (angl. *full-text*) duomenų bazėse, paieškai pasitelkiant tokius reikšminius žodžius anglų kalba: „violence against women“ and/or „prevalence of violence“ and/or „outcomes of violence“ and/or „reasons of violence“ and/or „outcomes of violence“ and/or „prevention of violence“.

Adresas susirašinėti: Loreta Stonienė,
Higienos institutas
Visuomenės sveikatos technologijų centras,
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius.
El. p. loretastonienė@gmail.com

SMURTO PAPLITIMAS

Siekiant suvokti smurto prieš moteris paplitimo apimtį, reikalingi tarpusavyje palyginami įvairių šalių tyrimų duomenys. Tačiau stebima tai, kad tyrimų rezultatus nėra paprasta palyginti dėl skirtingos metodologijos, vartojamų apibrėžimų, klausimų formuluočių, tyrimo aplinkos konfidencialumo lygio ir respondenčių pasitikėjimo tyrėjais, tiriamos populiacijos charakteristikų bei problemos „slaptumo“ lygio visuomenėje. Neatsižvelgiant į tai, tyrimų duomenys rodo, kad skirtingu lygiu smurto prieš moteris problema yra aktuali visose visuomenėse.

2002 m. paskelbtoje PSO ataskaitoje apie smurtą ir sveikatą pateikiami duomenys apie smurto prieš moteris paplitimo tyrimus, atliktus pasaulyje 1982–1999 m. laikotarpiu. Šie duomenys rodo, kad nuo 10 proc. iki 69 proc. moterų įvairiais gyvenimo tarpsniais patyrė fizinį intymaus partnerio smurtą. Per paskutinius metus partnerio smurtą patyrusių moterų procentas varijuoja nuo 3 proc. tarp Australijos, Kanados ir Jungtinių Amerikos Valstijų moterų iki 27 proc. tarp Nikaragvos, 38 proc. Korėjos Respublikos ir 52 proc. Palestinos, Vakarų kranto ir Gazos ruožo moterų [5]. Tokius skirtumus, manoma, nulemia kultūriniai bei religiniai aspektai. Smurto paplitimas yra didesnis, kai šalyje egzistuojančios kultūros normos pateisina smurtą kaip priemonę konfliktams spręsti, todėl kultūra bei įpročiai iš esmės lemia smurto atsiradimą ir, jų nepakeičiant, dauguma politinių ir teisinių reformų smurto prieš moteris nuo intymaus partnerio prevencijos srityje iš esmės neturės didelio efekto [1].

Pirmasis palyginamas tyrimas apie smurtą prieš moteris šeimoje PSO dešimtyje pasaulio valstybių atliktas 2000–2003 m. Tyrimo apklausta apie 24 000 moterų nuo 15 iki 49 metų amžiaus. Šio tyrimo duomenimis, smurto prieš moteris paplitimas varijuoja nuo 15 proc. (Japonija) ir 24 proc. (Serbija ir Juodkalnija), iki 69 proc. (Peru) ir 71 proc. (Etiopija) [1]. Nuo 2003 iki 2008 m. studijų skaičius apie smurto nuo intymų partnerių paplitimą išaugo keturis kartus – nuo 80 iki daugiau nei 300, taip pat daugėja įrodymų apie neigiamą smurto poveikį moters sveikatai ir gerovei [6]. Išsamiai analizuotas smurtas Azijos šalyse. Naujausi atlikti tyrimai rodo, kad per gyvenimą ir per paskutinius metus fizinį smurtą patyrė atitinkamai 31 proc. ir 8 proc. Vietnamo moterų [7], Rytų Indijoje per gyvenimą fizinį smurtą patyrė 16 proc., seksualinį – 25 proc. ir psichologinį – 52 proc. ištėkėjusių moterų. Irane 15 proc. moterų per paskutinius

metus patyrė fizinį sutuoktinių smurtą, seksualinį – 42 proc. ir psichologinį – 82 proc. moterų [8, 9].

Pirmas reprezentatyvus tyrimas „Moteris Lietuvos visuomenėje“ apie smurtą Lietuvoje atliktas 1994 m. Tyrimo, kurio metu apklausta 1500 respondentų (nuo 15 metų amžiaus), rezultatai parodė, kad per visą gyvenimą 16 proc. moterų patyrė fizinį smurtą tėvų šeimoje, 18 proc. – savo sukurtoje šeimoje, pasikėsinimą išprievartauti patyrė 20 proc. moterų [10].

Lietuvoje 1997 m., 2002 m., 2008 m. taip pat atlikti reprezentatyvūs tyrimai smurto prieš moteris tematika. 1997 m. tyrimo duomenimis (18–74 metų amžiaus grupė), 42,4 proc. ištėkėjusių arba gyvenančių neregistruotoje santuokoje moterų bent kartą gyvenime patyrė sutuoktinio / partnerio fizinį, seksualinį smurtą arba joms buvo grasinta, 53,5 proc. praityje santuokinius ryšius turėjusių moterų patyrė savo buvusio vyro / partnerio fizinį, seksualinį smurtą ar grasinimus [11].

2002 m. atliekant Lietuvos gyventojų (vyrų ir moterų) apklausą (15–74 metų amžiaus grupė), be smurto prieš moteris paplitimo, buvo analizuotas smurto suvokimo ir egzistavimo pripažinimo mastas. Tyrimo rezultatai parodė, kad absoliuti gyventojų dauguma (87 proc.) pripažįsta, jog šalyje egzistuoja prievarta prieš moterį šeimoje. Psichologinę prievartą kaip prievartą prieš asmenį pripažįsta 56 proc. respondentų. Vertinant smurto prieš moterį paplitimo duomenis, nustatyta, kad seksualinę prievartą patyrė 17 proc. apklaustų moterų, dažnai fizinę prievartą šeimoje patyrė 10 proc., retai – 25 proc. moterų. 80 proc. respondenčių nurodė patyrusios psichologinę, 20 proc. – ekonominę prievartą [12].

2008 m. tyrimo „Smurto prieš moteris šeimoje analizė ir smurto šeimoje aukų būklės įvertinimas“ duomenimis, smurtą šeimoje patyrė 15 proc. ištėkėjusių moterų, taip pat jį patyrė 56 proc. išsiskyrusių ir savo šeimos nesukūrusių moterų ir šis reiškinys vertinamas kaip neigiamas šeiminių gyvenimo patirties rezultatas [13].

2010 m. atlikto tyrimo apie smurto paplitimą tarp pagyvenusių moterų Lietuvoje duomenimis, 21,8 proc. moterų (60–97 metų), gyvenančių privačiame namų ūkyje, yra patyrusios smurtą. Dažniausiai yra patiriamas psichologinis smurtas (17,8 proc.), ekonominį smurtą patiria 9,5 proc., fizinį – 4,5 proc. respondenčių. Pagrindinis smurtautojas yra vyras arba partneris. Nepriežiūros dažniausi kaltininkai yra dukra ir / ar sūnus [14].

SMURTO PRIEŠ MOTERIS PRIEŽASTYS

Smurtas negali būti nulemtas vieno veiksnio – jo priežastys yra kompleksinės ir, remiantis ekologiniu modeliu, skirstomos į skirtingus lygius [15]. Pirmam lygiui priskiriamos biologinės ir asmeninės žmogaus savybės, tokios kaip elgsena bei bruožai, susiję su padidėjusia rizika tapti smurto auka ar smurtautoju: demografinė charakteristika (amžius, išsilavinimas, pajamos), asmenybės sutrikimai, narkotinių medžiagų vartojimas, smurto patyrimas, smurto stebėjimas ar žavėjimasis smurtu. Antram lygiui smurto prieš moteris atveju priskiriami artimi santykiai su šeima – tai apima šeiminius konfliktus ir / ar tarpusavio nesutarimus. Trečiam – bendruomenės – lygiui priskiriama darbovietės, kaimynystės įtaka asmenybės formavimuisi ir poelgiams. Ketvirtasis – visuomenės – lygis sukuria ir / ar palaiko aplinką, kurioje smurtas yra skatinamas ar slopinamas. Tai baudžiamojo teisingumo sistema, socialinės ir kultūrinės normos, susijusios su lyčių vaidmenimis ar tėvų ir vaikų santykiais, pajamų nelygybė, socialinių paslaugų sistema ir jos stiprumas, visuomenės požiūris į smurtą, smurto paaukojimas žiniasklaidoje ir politinis nestabilumas [16].

PSO inicijuoto tyrimo rezultatai parodė, kad tiek moters, tiek jos partnerio aukštesnis (pvz., vidurinis) išsilavinimas veikia kaip apsauginis smurto prieš moteris veiksnys, kai tuo tarpu moterys, kurios pačios arba jų partneriai nėra įgiję vidurinio išsilavinimo, susiduria su didesne smurto nuo partnerio rizika [17].

Kitas veiksnys, turintis didelę įtaką smurtui atsirasti, yra smurto istorija – jeigu moters ar jos partnerio motina patyrė smurtą nuo partnerio, tokiu atveju pati moteris turi didesnę riziką susidurti su smurtu savo pačios sukurtoje šeimoje [18].

Didesnę riziką patirti fizinį ir ypač seksualinį smurtą turi tos moterys, kurios pačios arba jų partneriai vaikystėje patyrė tokią prievartą. Analizuojant smurto priežastis, nurodoma, kad didesnę tikimybę patirti smurtą nuo savo partnerių turi jaunesnės moterys. Naujausių smurto prieš moteris tyrimų duomenimis, žemesnė socialinė ir ekonominė padėtis, teigiamas moters požiūris į partnerio smurtą bei vieno ar abiejų partnerių probleminis alkoholio vartojimas taip pat buvo nustatyti kaip smurto prieš moteris rizikos veiksniai [19–23].

Šeimos dydis identifikuojamas kaip smurto prieš moteris rizikos veiksnys. Didesnis smurto prieš moteris paplitimas šeimose, gyvenančiose kartu su kitais šeimos nariais ar artimaisiais, auginančiose daugiau kaip penkis vaikus, tyrėjų aiškinamas tuo, kad, didėjant žmonių skaičiui namų ūkyje, didėja finansinės

išlaidos, todėl auga įtampa šeimoje ir atsiranda vis daugiau nesusipratimų. Nustatyta, kad tarp moterų, gyvenančių kaimo vietovėse, smurto paplitimas yra didesnis, palyginti su smurto paplitimu miesto vietovėse, kas gali būti susiję su didesniu miesto moterų informuotumu ir suvokimu, jog smurtas nėra norma. Miesto moterims mažiau priimtinas patriarchalinis šeimos modelis, joms daugiau prieinama pagalba smurto atveju. Šeiminė padėtis – svarbus veiksnys smurtui prieš moteris atsirasti, kadangi partnerių požiūrį vienas į kitą dažnai lemia santykių statusas. Kai kuriuose smurto tyrimuose kaip smurto prieš moteris rizikos veiksnys išskiriamas neįteisinti moters ir jos partnerio santykiai jiems gyvenant kartu [24].

Didele dalimi moters smurto patirtį lemia kultūrinė gyvenimo aplinka. R. B. Whaley ir S. F. Messner teigia, kad smurtas kyla dėl nelygių vyrų ir moterų galimybių bei teisių [23]. Tą įrodo ir JAV mokslininkų, analizavusių moters padėties visuomenėje ir smurto prieš moteris kaitą 1980–2004 m. Niujorke (JAV), atliktas tyrimas, kuris atskleidė, kad per pastaruosius dešimtmečius padidėjo dirbančių moterų skaičius, sumažėjo atotrūkis tarp vyrų ir moterų darbo užmokesčio, moterys pasiekė daugiau laimėjimų politikos srityje ir šis moters statuso visuomenėje gerėjimas lėmė smurto prieš moteris mažėjimą. Tačiau, mokslininkų teigimu, būtina atsižvelgti, kad, gerėjant moterų statusui visuomenėje, vyrų statusas neturėtų blogėti, nes tokia situacija gali sukelti įtampą tarp lyčių ir padidinti smurto prieš moteris paplitimą [25].

Smurto tyrinėtojo J. Giligan teigimu, smurto prieš moteris priežastis yra vyrų gėdos ir pažeminimo jausmai. Būtent gėda dėl žemo socialinio statuso, prastos ekonominės padėties, o ne pats socialinis statusas ar ekonominė padėtis verčia vyrą jaustis nepilnaverčiu. Nepilnavertiškumą vyras bando paslėpti smurtaudamas – tarsi tokiu būdu mėgindamas įrodyti vyriškumą, taigi smurto tikslas – išgauti kitų pagarbą [26].

Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, svarbiausios ir dažniausios smurto prieš moteris priežastys yra nesutarimai šeimoje ir šeiminiai konfliktai, vyro alkoholizmas, depresija, žiaurus partnerio charakteris, moters žeminimas, nemokėjimas konstruktyviai spręsti šeimos konfliktų, vaikų auklėjimo problemos, nuolatiniai moterų priekaištai, nedarbas bei skurdas ir nepritekliai. Tokios priežastys kaip išsilavinimas, socialinė padėtis, kurie kitų šalių tyrėjų nurodomi kaip smurto prieš moteris rizikos veiksniai, šalies tyrimuose kaip rizikos veiksniai nenustatyti [27].

2008 m. Lietuvoje smurto tema atliktame tyrimo pastebėtos pagrindinės smurto prieš moteris

priežastys yra vaikystėje matytas smurtas prieš motiną, t. y. vyrai, matę smurtą prieš motiną, prieš savo partnerę smurtavo keturis kartus dažniau, bei alkoholio vartojimas – daugiau nei pusė respondentų teigė, kad dažniausiai partneris smurtinius veiksmus naudoja paveiktas alkoholio, ką patvirtina ir kiti tyrimai [13].

Penkiose Europos valstybėse, taip pat ir Lietuvoje, atlikto tyrimo tarp pagyvenusių moterų duomenimis, individualūs smurto per paskutinius vienus metus rizikos veiksniai yra jaunesnis amžius (60–69 metų amžiaus moterys smurto patyrė daugiau nei vyresnės – 70 metų), blogesnė fizinė ir psichinė sveikata, emocinio palaikymo stoka, gyvenimas santuokoje, lyginant su neištekėjusiomis moterimis, pensinis amžius (tarp išėjusiųjų į pensiją smurto paplitimas buvo didesnis nei tarp bedarbių arba dirbančiųjų visu / ne visu darbo krūviu). Nustatyti su tarpusavio santykiais susiję smurto prieš vyresnio amžiaus moteris rizikos veiksniai buvo žemos namų ūkio pajamos, lyginant su vidutiniškomis / geromis, nedalyvavimas socialinėje veikloje, lyginant su turinčiomis įdomios veiklos, didesnis namų ūkis bei vienišumas – smurtą patyrusios moterys jaučiasi vienišesnės negu smurto nepatyrusios [14].

Siekiant sumažinti smurto prieš moteris paplitimą, svarbu tiksliai įvertinti dominuojančias smurto prieš moteris priežastis bei rizikos veiksnius ir siekti pokyčių visuose keturiuose lygmenyse – individualiame, tarpasmeniniame, bendruomenės ir visuomenės.

SMURTO PASEKMĖS

Smurto prieš moteris pasekmės turi įtakos ne tik moters ir šeimoje augančių vaikų fizinei ir psichinei sveikatai, tačiau ir visai visuomenei. Be pasekmių individuali, smurtas brangiai kainuoja, įskaitant tiesiogines išlaidas dėl sveikatos priežiūros, teisėsaugos, policijos darbo ir kitų reikalingų paslaugų. Pavyzdžiui, Kanada paskaičiavo, kad 2002 m. visų smurto prieš moteris formų tiesioginių išlaidų suma už medicininės paslaugas buvo 1,1 mlrd. Kanados dolerių. Ugandai 2007 m. smurtas prieš moteris kainavo 2,5 mln. JAV dolerių [6, 29]. Tai tik tiesioginės išlaidos, skirtos padėti smurto aukai, neįskaitant kitų netiesioginių išlaidų, su kuriomis susiduria smurto paliesta šeima ir bendruomenė.

Tyrimai rodo, kad moterys, patyrusios smurtą vaikystėje arba būdamos jau suaugusios, daug dažniau skundžiasi bloga sveikata, atsižvelgiant į jų fizinę ir psichologinę būklę, rizikingą elgesį (fizinio aktyvumo sumažėjimą, rūkymą, alkoholio ir narkotikų

vartojimą), palyginti su smurto nepatyrusiomis moterimis [1].

Pažymėtina, kad moterys, gyvenančios su smurtaujančiu partneriu, turi didesnę nepageidaujamo nėštumo ar lytiškai plintančių ligų, įskaitant ŽIV, riziką, o smurtas nėštumo laikotarpiu gali turėti neigiamas pasekmes ne tik pačiai moteriai, tačiau taip pat ir besivystančiam vaisiui. Nėštumo laikotarpiu patirtas psichologinis smurtas susijęs su pogimdyvinės depresijos pasireiškimu [30].

Smurtas gali sukelti įvairius fizinės sveikatos pakenkimus, nuo įpjovimų bei kraujosruvų iki negalios ar net mirties [5]. 15–49 metų amžiaus smurtą patyrusios moterys dažniausiai (26 proc.) fizinės sveikatos pakenkimą įvardija kraujosruvas [31]. Tyrimų duomenimis, apie 50 proc. smurtą patyrusių moterų patiria sužalojimus ir tik 58 proc. iš jų dėl įvairių sveikatos pažeidimų kreipiasi pagalbos į sveikatos priežiūros įstaigą [32]. Teigiama, kad moterys, patyrusios partnerio smurtą, turi didesnę tikimybę susirgti koronarine širdies liga, jausti lėtinius kaklo ir nugaros skausmus, palyginti su moterimis, kurios smurto nepatyrė [33].

Įvairių formų smurtas sukelia sunkias ilgalaikes pasekmes moterų psichinei sveikatai. Dažni smurto nuo partnerių padariniai yra potrauminio streso sindromas, depresija, psichozės, nerimas. Tyrimais įrodyta, kad šių psichinės sveikatos sutrikimų pasireiškimas moterims tiesiogiai priklauso ir nuo patiriamos smurto dažnumo [34]. Šeimoje, kurioje smurtaujama, užaugę vaikai turi ne tik didesnę tikimybę užaugę smurtą laikyti kaip normą, tačiau taip pat dažniau susiduria su emociniais ir elgesio sutrikimais: nerimu, depresija, žemu savęs vertinimu [35–37].

Išsamiai analizuojant smurto prieš pagyvenusias moteris pasekmes Lietuvoje, patvirtinta smurto įtaka moters psichologinei savijautai bei gyvenimo kokybei – smurtą patyrusių moterų gyvenimo kokybė buvo žemesnė, palyginti su smurto nepatyrusių moterų. Kaip dažniausia smurto prieš pagyvenusias moteris pasekmė įvardijama moterų jaučiama įtampa, taip pat pyktis, bejėgiškumo jausmas, miego sutrikimai, depresija, baimė ir kt. [14].

SMURTO PREVENCIJA

Smurto prieš moteris nuo intymaus partnerio mastas pasaulyje ir sukliamos neigiamos pasekmės yra akivaizdžios. Daugelis valstybių vykdo įvairias priemones – nuo įstatymų, kuriais remiantis persekiojami ir baudžiami smurtautojai, iki teisinės, medicininės ir psichologinės pagalbos smurto aukoms. Tyrimai rodo, kad visuomenėse, kuriose smurtas netoleruojamas,

smerkiamas ir / ar už jį baudžiama bei kur teikiamos prieinamos paslaugos smurtą patyrusioms moterims, smurto paplitimas yra mažesnis. Vis dėlto reikia pažymėti, kad labai nedaug vykdoma priemonių ir dėdama pastangų, siekiant apskritai išvengti smurto ir sumažinti smurto problemai išleidžiamus finansinius išteklius bei žalą visuomenės sveikatai. Specialistai trūkumu laiko tai, kad sprendžiant šią tarpdalykinę problemą mažai koordinuojami moksliniai tyrimai ir advokacija, o papildomų sunkumų sukelia problemos priežasčių įvairovė nuo lyčių nelygybės, kultūrinių normų ir skurdo iki individo žalingų įpročių [38].

Nors pasauliniu lygiu susitarta, kad tokios intervencijos, kaip pagalba smurtą patyrusiai moteriai, yra gyvybiškai būtinos, o kultūrinės normos ir stereotipai turi didelės reikšmės smurto paplitimui, reikia pažymėti, kad tyrimų, nustatant, kurios intervencijos yra efektyvios, vis dar stokojama. Remiantis PSO, 1 lentelėje pateikiamas tik labai efektyvių ir efektyvių intervencijų, kurios veiksmingos įvairiuose ekonominiuose ir istoriniuose regionuose bei kultūrose, sąrašas [38–39].

PSO akcentuoja būtinybę įgyvendinti smurto prevencijos rekomendacijas: sukurti, įgyvendinti, stebėti ir vertinti nacionalinį veiksmų planą, skirtą smurto prevencijai; tobulinti ir stiprinti informacijos ir duomenų apie smurtą rinkimą; nustatyti prioritetus ir remti smurto priežasčių, pasekmių, kaštų ir prevencijos vertinimo mokslinius tyrimus; propaguoti

ir vykdyti pirminės prevencijos priemones; stiprinti pagalbą smurto aukoms; integruoti smurto prevenciją į socialinę ir švietimo politiką, taip skatinti lyčių ir socialinę lygybę; gerinti bendradarbiavimą ir keitimąsi informacija apie smurto prevenciją; stebėti, kaip laikomasi tarptautinių sutarčių, įstatymų ir kitų mechanizmų, ginančių žmogaus teises; reikalauti tarptautiniu mastu priimtų sprendimų, susijusių su narkotikų ir ginklų prekyba [40], bei tęsti smurto prieš moteris prevencijos programų efektyvumo tyrimus. Dėl pirmų šešių priemonių įgyvendinimo parengtos išsamios metodinės rekomendacijos [41], apimančios bendruosius principus, politinės aplinkos įvertinimą / tobulinimą bei konkrečius veiksmus.

2011 m. JAV kongresas patvirtino naują Smurto prieš moteris aktą, kuriame reiškia susirūpinimą, kad maždaug trečdalis moterų JAV patiria savo vyro ar vaikinio fizinį ar seksualinį smurtą. Pagrindinės numatytos veiksmų kryptys yra: stiprinti sveikatos priežiūros sistemos atsaką į smurtą šeimoje, pasimatymų metu; pagerinti smurto atvejų atpažinimą ir duomenų rinkimą; vykdyti tyrimus, siekiant vertinti smurto prieš moteris prevencijos priemonių efektyvumą [42].

Lietuvoje „Valstybinę smurto prieš moteris mažinimo strategiją“ (Žin., 2006, Nr. 144-5474), Respublikos Vyriausybė patvirtino 2006 m. gruodžio 22 d., siekdama valstybiniu lygiu nuosekliai, kompleksiskai, sistemingai mažinti smurtą prieš moteris šeimoje. Strategijos įgyvendinimas detalizuojamas

1 lentelė. Smurto prevencijos intervencijų nuo intymaus partnerio efektyvumo apžvalga [39]

Strategija	Efektyvumas
1. Sumažinti alkoholio prieinamumą ir žalingą vartojimą	
Reglamentuoti alkoholio pardavimą (sumažinti pardavimo valandas, vietas ir pan.), riboti reklamą, didinti alkoholio kainą	Efektyvu*
Ilgalaikės intervencijos (pvz., kognityvinė elgesio terapija) probleminiams alkoholio vartotojams	Labai efektyvu**
2. Propaguoti lyčių lygybę, siekiant sustabdyti smurtą prieš moteris	
Mokyklinės programos, orientuotos į su lytimi susijusius stereotipus ir požiūrį	Efektyvu
Mikroekonomikos mokymai, juos susiejant su lyčių nuosavybe	Efektyvu
Gyvenimo įgūdžių ugdymo programos	Labai efektyvu
3. Kultūrinių ir socialinių normų, remiančių smurtą, keitimas	
Socialinės rinkodaros naudojimas siekiant keisti socialines normas	Efektyvu
Žiniasklaidos informavimo kampanijos	Efektyvu
4. Smurto aukų identifikavimo, paramos ir priežiūros programos	
Nustatyti smurto aukas ir nukreipti į reikalingas paslaugas	Efektyvu
Advokaciją remiančios programos (keičia smurto aukų elgesį ir sumažina galimą žalą)	Labai efektyvu
Psichosocialinės intervencijos (pvz., kognityvinė elgesio terapija)	Efektyvu
Smurto aukos apsaugos orderiai (neleidžia smurtautojui bendrauti su smurto auka, užkerta kelią pakartotiniam smurtui ir pan.)	Efektyvu

*Daugėja įrodymų apie intervencijos efektyvumą.

** Intervencijos efektyvumas patvirtintas keletu atsitiktinių imčių.

2007–2009 m. ir 2010–2012 m. (Žin., 2009, Nr. 101-4216) priemonių planuose [43–44], kurie atspindi minėtas PSO rekomendacijas.

Vienas svarbesnių šiandienos laimėjimų šalyje yra 2011 m. gruodžio 11 d. priimtas Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas, kuriuo siekiama užtikrinti smurtą patyrusio asmens apsaugą artimoje aplinkoje [4]. Juo siekiama apsaugoti smurto aukas, smurtautoją atribojant nuo aukos.

Smurtas nėra vienkartinis aktas. Daugelis moterų palieka smurtaujančią partnerį ir vėl grįžta, kol nusprendžia galutinai jį palikti. Šis procesas susideda iš daugelio sudedamųjų dalių – neigimo, savęs kaltinimo ir kančios periodų, kol galiausiai suvokiamas situacijos beviltiškumas ir nusprendžiama kreiptis pagalbos [45]. Problemos neigimas, baimė būti šeimos ir bendruomenės atstumtai dažnai sustabdo moteris nuo pagalbos paieškų.

Lietuvoje 2008 m. tyrimas parodė, kad daugiau kaip trečdalis smurtą patyrusių moterų apskritai niekada nesikreipė pagalbos, apie pusė kreipėsi į artimuosius ar draugus. 60 proc. moterų, kurios patyrusios smurtą šeimoje, niekuomet nesikreipė pagalbos, negalėjo pasakyti, kodėl jos taip elgiasi. 30 proc., kurios kreipėsi pagalbos, nurodė, kad kitą kartą niekur nebesikreipis [13].

Kalbant apie smurto prevenciją, susiduriama su dviem problemomis: kaip sustabdyti smurtą šeimoje, kuris jau vyksta, ir kaip sustabdyti smurtą, kuris gali įvykti. PSO, kaip smurto nuo intymaus partnerio prevencijos tarptautinis lyderis, siekia suteikti

įvairiapusę pagalbą šalims, įskaitant palyginamą situacijos analizę, smurto priežasčių įvertinimą ir įrodymais pagrįstas intervencijas.

APIBENDRINIMAS

Smurtas nuo intymaus partnerio yra labiausiai paplitusi smurto rūšis, su kuria susiduria ir pasiturinčiose, ir skurdžiose valstybėse gyvenančios moterys. Dėl sukeliama neigiamų pasekmių tai pripažįstama svarbia visuomenės sveikatos problema. Smurtas prieš moteris neigiamai veikia moterų fizinę sveikatą ir gerovę, didina tiesioginę ir netiesioginę finansinę ir ekonominę našta, nes sumažėja smurtą patiriančios moters galimybės darbo rinkoje, padidėja socialinių ir sveikatos paslaugų poreikis.

Suprantama, kad smurtas nėra nulemtas vieno veiksnio, jo priežastys yra kompleksinės, apimančios individualias, tarpasmeninių santykių, bendruomenės ir visuomenės kategorijas. Nepanaikinant smurtą propaguojančios kultūros ir tradicijų, neįmanoma pasiekti norimo rezultato smurto prevencijos srityje.

Kiekvienoje šalyje, atsižvelgiant į situaciją, gali būti skirtingas požiūris į konkretų smurto prieš moteris pasireiškimą, tačiau visais atvejais reikalingas įvairiapusis atsakas. Todėl reikia atkreipti dėmesį į smurto priežastis ir pasekmes, iškelti egzistuojančių požiūrių ir elgesio problemą bei imtis atitinkamų teisinių, politinių ir praktinių priemonių.

Straipsnis gautas 2012-05-11, priimtas 2012-06-15

Literatūra

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. World Health Assembly. Prevention of violence: public health priority (WHA 49, 25). Geneva: World Health Organization, 1996.
3. United Nations General Assembly 85th plenary meeting. Declaration on the Elimination of Violence against Women. 20 December 1993. [Internet] Available from: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm> [cited 2012 May 8].
4. Lietuvos Respublikos apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje įstatymas, patvirtintas LR Seimo 2011 m. gegužės 26 d. Nr. XI-1425. Valstybės žinios. 2011;72-3475.
5. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:87-121.
6. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. Bull World Health Organ. 2011 Jan 1;89(1):2. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/en/index.html> [cited 2012 Apr 23].
7. Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women in rural Vietnam – different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: Need for new intervention guidelines? BMC Public Health. 2008 Feb 11;8:55; doi:10.1186/1471-2458-8-55. PubMed PMID: 18267016; PubMed Central PMCID: PMC2275257.
8. Babu BV, Kar KS. Domestic violence against women in eastern India: A population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health. 2009 May 9;9:129; doi:10.1186/1471-2458-9-129. PubMed PMID: 19426515; PubMed Central PMCID: PMC2685379.
9. Faramarzi MES, Mosavi S. Prevalence and determinants of intimate partner violence in Babol City, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2005;11(5-6):870-9. PubMed PMID: 16761656.
10. Purvaneckienė G. Moteris Lietuvos visuomenėje: tyrimo atskaita. Vilnius: JTVP, 1995.

11. Purvaneckienė G. Smurtas prieš moteris Lietuvoje. Moterų informacijos centras. Vilnius: Danielius, 1999.
12. Dirsienė N. Prievara prieš moteris. Moterų informacijos centras, 2002.
13. BGI Consulting. Smurto prieš moteris šeimoje analizė ir smurto šeimoje aukų būklės įvertinimas: tyrimo ataskaita, 2008. [Internet] Available from: http://www.bukstipri.lt/uploads/Tyrimas_Smurto_pries_moteris2008%282%29.pdf [cited 2012 May 9].
14. Reingarde J, Tamutiene I et al. Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of the Lithuanian Survey (AVOW Project). Lithuania: Vytautas Magnus University, 2010.
15. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
16. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. *Lancet*. 2002;360:1083-1088.
17. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
18. Gentile DA. Media violence and children: A complete guide for parents and professionals. Westport, CT: Praeger, 2003.
19. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011 Feb 16;11:109. doi:10.1186/1471-2458-11-109. PubMed PMID: 21324186; PubMed Central PMCID: PMC3049145.
20. Wathen N, Jamieson E, Wilson M, Daly M, Worster A, MacMillan H, McMaster University Violence Against Women Research Group. Risk indicators to identify intimate partner violence in the emergency department. *Open Med*. 2007;1(2) [Internet]. Available from: <http://www.openmedicine.ca/article/view/63/61> [cited 2012 May 7]. PubMed PMID: 20101295; PubMed Central PMCID: PMC2802016.
21. Djikanovic B, Jansen HA, Otasevic S. Factors associate with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *J Epidemiology Community Health*. 2010;64(8):728-35.
22. Vieira EM, Persona Gda S, Santos MA. Factors associate with intimate partner physical violence against health service user. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):730-7.
23. Whaley RB, Messner SF. Gender equality and gendered homicides. *Homicide studies*. 2002;6(3):188-210.
24. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. 2011 March 16; 3: 105-15. doi: 10.2147/IJWH.S17016. PubMed PMID: 21573146; PubMed Central PMCID: PMC3089428.
25. Xie M, Heimer K, Lauritsen JL. Violence against women in U.S. Metropolitan Area: Changes in Women's Status and Risk, 1980-2004. *Criminology*, 2012;50(1):105-143.
26. Gilligan J. Smurtas: apmąstymai apie nacionalinę epidemiją. Vilnius: Vaga, 2007.
27. Gustaitienė M. Smurto prieš moteris priežastys ir prevencija. *Sociologija*. Mintis ir veiksmai. 2005;1;110-21.
28. Abeya SG, Aferwork MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns and associated factors. *BMC Public Health*. 2011 Dec 9; 11: 913. doi: 10.1186/1471-2458-11-913. PubMed PMID: 22151213; PubMed Central PMCID: PMC3252295.
29. Economic Policy Research Centre. Kampala Intimate Partner Violence Estimating its cost and effect in Uganda. In: Intimate partner violence: high costs to households and communities. New York: International Center for Research on Women (ICRW) and United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.
30. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araujo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2010;376(9744):903-10.
31. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role community-level factors? *BMC Women's Health*. 2011 Dec 20;11:56. doi:10.1186/1472-6874-11-56. PubMed PMID:22185323; PubMed Central PMCID: PMC3260128.
32. Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *Eur J Public health*. 2009;19(2):178-82.
33. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public health (Oxf)*. 2011;33(1):15-21.
34. Avdibegović E, Sinanović O. Consequence of domestic violence on women's mental health in Bosni and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006;47(5):730-41.
35. Usta J, Farver JAM. Is there violence in the neighbourhood? Ask the children. *Journal of Public Health*. 2006;1: 3-11.
36. Greenfield EA, Marks NF. Profiles of Physical and Psychological Violence in Childhood as a Risk Factor for Poorer Adult Health: Evidence from the 1995-2005 National Survey of Midlife in the U.S. *J Aging Health*. 2009;21(7):943-66.
37. Vareikienė I, Malinauskienė V. Moksleivių mokykloje patiriamo priekabiavimo, konfliktų, smurto šeimoje ir psichologinės būsenos sąsajos. *Visuomenės sveikata*. 2007;1(36):10-15.
38. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
39. WHO, Liverpool John Moores University. Violence prevention the evidence: Series of briefings on violence prevention. 2010. [Internet] Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf [cited 2012 May 8].
40. Krug, EG et al. The Way Forward: Recommendations for Action. In: Krug E, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report of Violence and Health. Geneva, Switzerland: The World Health Organization. 2002:241-254.
41. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
42. Violence against women health initiative act of 2011 (S. 1765/HR 1578). [Internet] Available from: <http://www.govtrack.us/congress/bills/112/hr1578/text> [cited 2012-05-12].
43. LR Vyriausybės nutarimas 2006 m. gruodžio 22 d. Nr. 1330 „Dėl valstybinės smurto prieš moteris mažinimo strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2007–2009 metų plano patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2006;112-4273.
44. LR Vyriausybės nutarimas 2009 m. rugpjūčio 19 d. Nr. 853 „Dėl valstybinės smurto prieš moteris mažinimo strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2010–2012 metų plano patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2009;101-4216.
45. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27(6):700-6.

Prevalence and reasons of violence against women

Loreta Stonienė, Vaida Aguonytė, Laura Narkauskaitė

Institute of Hygiene

Summary

Intimate partner violence against women is a substantial problem of the public health and consequences of this problem determine mental and physical health of women, children, and all public welfare. Increasing of violence indicate and indirect financial and economic load, because it decrease of women potential in the work market, grow demand of social and health service. This problem should be solving immediately regarding severe consequences of violence against women. Reducing the prevalence of violence is important to understand the reasons, much like communicable and other diseases.

The aim of this article is to review Lithuanian and foreign scientific sources about prevalence of violence against women, causes of violence and theoretical interpretation of

causes, short- and long-term consequences and prevention programs.

Keywords: violence against women, prevalence of violence, reasons of violence, prevention, outcomes of violence.

Correspondence to Loreta Stonienė,
Institute of Hygiene,
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania.
E-mail: loretastoniene@gmail.com

Received 11 May 2012, accepted 15 June 2012