

rodukčnom veku, t. j. komplikácie pri umelom prerušení tehotenstva, samovraždy a vraždy, sú vyslovene spoločenské. Na mnohé z nich sa môžeme pozerat' ako na následok prísnej kontroly, ktorú vykonávajú muži nad poblavným životom žien a reprodukciou." (Fauveau a Blanchet 1989, s. 1127.)

Eliminácia násillia páchaného na ženách si vyžaduje zmenu spôsobu, akým spoločnosť artikuluje rodové roly a mocenské vzťahy. Na podporu tohto úsillia tento dokument zhŕňa dostupné údaje o násillí páchanom na ženách z celého sveta a prináša prehľad literatúry o jeho zdravotných následkoch. Dokument sa zaoberá celou šírkou a evolúciou tohto problému, prináša prehľad o zdravotných následkoch rodovo podmieneného násillia a predstavuje akýsi prvotný prehľad o formách násillia páchaného na ženách. Ďalej diskutuje o následkoch rodovo podmieneného násillia na zdravie a vývoj a odporúča opatrenia na jeho odstránenie. Prílohy odporúčajú vládne opatrenia na elimináciu násillia páchaného na ženách, rozoberajú problémy týkajúce sa definovania takéhoto násillia a prinášajú metodológiu na určenie ujmy na zdraví, spôsobenej týraním a znásillňovaním žien v celosvetovom meradle. Prinášajú aj vzor na „určenie nebezpečenstva“ pri skrýningu ohrozených žien a pojednávajú o starostlivosti o bité ženy.

Prerušit' začarovaný kruh rodovo podmieneného násillia si bude vyžadovať súčinnosť niekoľkých sektorov, vrátane výchovy, masovokomunikačných prostriedkov, zákonodarstva, súdnictva a zdravotníctva. Príloha A prináša podrobné návrhy na činnosť jednotlivých sektorov.

*Násillie páchané na ženách,
Pro Familia, ASPEKT, Bratislava, 1996*

2. Rozsah a vývoj problému

V ostatnom desaťročí sa na celom svete čoraz častejšie uznáva, že násillie páchané na ženách sa musí stať predmetom celosvetového záujmu a kognania. Ženské organizácie na celom svete uznali rodovo podmienené násillie za prioritný problém už počas Dekády žien, vyhlásenej OSN v rokoch 1975-1985. Valné zhromaždenie OSN v novembri 1985 prijalo prvú rezolúciu o násillí páchanom na ženách. Odvtedy OSN sponzorovalo niekoľko stretnutí skupiny odborníkov na násillie páchanom na ženách a prejednávalo tento problém aj v Komisii o postavení žien (Commission on the Status of Women), Ekonomickej a sociálnej rade (Economic and Social Council), Štatistickom úrade OSN (UN Statistical Office) a vo Výbore pre prevenciu a boj proti zločinnosti (Committee on Crime Prevention and Control). Nedávno boli predložené dva ďalšie medzinárodné dokumenty, podľa ktorých by sa malo všetko rodovo podmienené násillie uznať za porušenie ľudských práv: Deklarácia OSN o násillí páchanom na ženách (UN Declaration on Violence against Women) a účinnejší Návrh vnútroamerickej konvencie o prevencii, trestaní a odstránení násillia páchaného na ženách, o ktorej sa rokovalo v Organizácii amerických štátov (Draft Inter-American Convention to Prevent, Punish and Eradicate Violence against Women). V roku 1994 aj Panamerická zdravotná organizácia uznala rodovo podmienené násillie za prioritnú tému svojho Programu o zdraví a vývoji žien (Women, Health and Development Program) a UNIFEM prednedávnom vydal dôležitý dokument sumarizujúci vplyv rodovo podmieneného násillia na sociálnoekonomický rozvoj (Carrillo 1992).

Skutočnosť, že svet čoraz častejšie uznáva rodovo podmienené násillie za dôležitý problém, možno pripísať na vrub temer dvadsaťročného úsillia ženských organizácií upútať naň pozornosť. Ženy pri každej príležitosti pripomínajú, že násillie je hlavným predmetom ich záujmu (rámček 1). V ostatnom čase vyše dvesto mimovládnych ženských organizácií počas Šestnástich dní aktivity proti rodovo podmienenému násilliu (Sixteen Days of Activism against Gender Violence) (25.11.-10.12.) spoločne protestovalo proti násilliu páchanému na ženách. V priebehu týchto každoročných podujatí sponzori financujú semináre, konferencie, pouličné divadelné predstavenia a kampane v masovokomunikačných prostriedkoch, ktoré majú za úlohu zamerať pozornosť verejnosti na rodovo podmienené násillie a dožadovať sa reakcií verejných činiteľov.

Definícia násillia páchaného na ženách

V septembri 1992 Komisia OSN o postavení žien (United Nations Commission on the Status of Women) poverila špeciálnu pracovnú skupinu vypracovaním návrhu deklarácie o násillí páchanom na ženách. Táto deklarácia, ktorú na jeseň 1993 schválilo Valné zhromaždenie OSN, po prvý raz poskytuje oficiálnu definíciu rodovo podmieneného násillia na tejto úrovni. Podľa článku 1 deklarácie sa za násillie páchané na ženách považuje „akýkoľvek rodovo podmienený násillný čin, ktorý vedie alebo by mohol viesť k fyzickej, sexuálnej alebo psychickej ujme alebo zraneniu žien, vrátane vyhrážania sa takýmito činmi, zastrasovania alebo svojvoľného obmedzenia slobody, a to vo verejnom či súkromnom živote“. (Ekonomická a sociálna rada – Economic and Social Council 1992.)

Článok 2 tejto deklarácie uvádza, že definíciu treba chápať tak, že sa týka fyzického, sexuálneho a psychickeho násillia vyskytujúceho sa v rodine a spoločnosti – vrátane bitia, sexuálneho zneužívania dievčat, vymáhania vena, znásillnenia v manželstve, obriezky žien a iných tradičných zvykov škodlivých ženám, mimomanželského násillia, násillia spojeného s vykorisťovaním, sexuálneho obťažovania a zastrasovania v práci, vo vzdelávacích inštitúciách a inde, obchodu so ženami, nútenej prostitúcie a násillia páchaného alebo prehládadaného štátom – , ale neobmedzuje sa len naň.

Je dôležité, že táto definícia uznáva aj telesnú, aj duševnú ujmu a hrozbu takouto ujmu aj vo verejnej, aj v súkromnej sfére. Definícia zvlášť poukazuje aj na korene tohto rodovo podmieneného násillia. V tomto dokumente používame definíciu OSN, ale do prílohy B zaraďujeme aj diskusiu o problematike definícií. Zoznam foriem rodovo podmieneného násillia, obsiahnutý v definícii OSN, nie je vyčerpávajúci, a ani to nepredstiera. Pre stručnosť sa tento dokument nebude dopodrobna zaoberať určitými formami násillia, ako je núteneá prostitúcia, sexuálne obťažovanie, obchodovanie so ženami a násillie páchané štátom. To v žiadnom prípade neznamená, že by tieto problémy boli menej závažné. V skutočnosti všetky formy rodovo podmieneného násillia majú spoločné korene a najlepšie im možno porozumieť ako rôznym bodom v spektre.

Rozsah problému

Presný odhad celkovej ujmy na zdraví, spôsobenej násillím páchaným na ženách nemožno urobiť pre nedostatok údajov o rozsahu výskytu násillia a jeho zdravotných následkoch. Štatistika o kriminalite nie je pri odhade výskytu rodovo podmieneného násillia väčšinou užitočná, pretože ani zďaleka

nezachytáva všetky prípady. Podľa nedávnych prieskumov o viktimizácii v USA sa polícia oznámia iba 2 percentá sexuálneho zneužívania detí v rodinách, 6 percent sexuálneho zneužívania detí mimo rodín a 5-8 percent prípadov znásilnenia dospelých. Na porovnanie: oznámených je 61,5 percenta prepadnutí a 82,5 percenta vlámaní (Koss 1990). Napriek tomu sa v ostatných rokoch dosiahol významný pokrok v odhade rozšírenia týrania manželiek vo vyspelých i rozvojových krajinách. Keďže obeť sexuálneho násillia sú stigmatizované, údaje o znásilnení a sexuálnom zneužití sa zhromažďujú pomerne ťažko, hoci v rozvinutých krajinách sa začínajú vo veľkom meradle vykonávať epidemiologické prieskumy sexuálneho násillia.

V nasledujúcej časti prinášame prehľad dostupných údajov o rozličných druhoch násillia, spomínaných v tejto správe: týranie žien, sexuálne útoky, sexuálne zneužívania detí, zanedbávanie dievčat a kultúrou podmienené zvyky poškodzujúce ženy. Rámček 2 prináša celkový prehľad násillia tak, ako sa vyskytuje v životnom cykle. Prístup k rodovo podmienenej viktimizácii z hľadiska životného cyklu poskytuje dôležitý prienik do okamžitých i kumulatívnych účinkov násillia na životy žien a dievčat. Násillie sa môže vyskytnúť v hociktorom období života ženy: mnoho žien prežije v živote viacero prípadov násillia. Hľadisko životného cyklu tiež odhaľuje, že násillie prežiť v jednom období môže mať dlhodobé účinky, ktoré obeť vystavujú ťažkým druhotným zdravotným rizikám, ako je napr. samovražda, depresia, alkoholizmus a toxikománia. Dôkazy nasvedčujú, že v čím ranejšom veku ženinho života sa násillie vyskytne – najmä sexuálne násillie –, tým hlbšie a trvalejšie sú jeho následky (Burnam a kol. 1988).

Výskyt týrania intímnyimi partnermi

Najbežnejšou formou násillia páchaného na ženách je týranie manželiek – či presnejšie týranie žien ich intímnyimi partnermi. 35 štúdií z rôznych krajín, zhrnutých v tabuľke 1, ukazuje, že v mnohých štátoch štvrtina až vyše polovica žien uvádza, že boli telesne týrané súčasným alebo bývalým partnerom. Ešte väčšie percento bolo podrobené sústavnému emocionálnemu aj psychickému týraniu, forme násillia, ktorú mnohé bité ženy považujú za horšiu než telesné týranie. Hoci niektoré z týchto štúdií vychádzajú z cielene vybraných vzoriek, väčšina je založená na pravdepodobnostných vzorkách s veľkým počtom respondentov (Kolumbia, Keňa, Mexiko, USA).

Všetky štúdie sú samy osebe cenné, ale nie sú navzájom porovnateľné, pretože boli zostavené na základe rozdielnych súborov otázok používaných pri zisťovaní výskytu týrania.

Rámček 1

Dôkaz záujmu žien o rodovo podmienené násillie

Keď kanadský fond MATCH International robil prieskum v skupinách žien z rozvojových krajín, aby mohol určiť priority pri udeľovaní budúcich grantov, násillie páchané na ženách bolo odpoveďou číslo 1 (Carrillo 1992).

Na nedávnom seminári o neformálnom vzdelávaní žien, usporiadanom pre 12 štátov v Číne, mali účastníčky povedať, čo je najhoršie na tom, že sú ženy. Takmer jednomyseľne sa vyslovili, že strach z mužského násillia (Bradley 1990).

Na nedávnom stretnutí o reprodukčnom zdraví žien v Ázii, ktoré sponzorovala Rada pre populáciu (Population Council) a Indonézska epidemiologická služba (Indonesian Epidemiology Network), bolo násillie vyhlásené za jeden z dvoch prioritných problémov (Population Council 1991).

V novembri 1991 na konferencii Asociácie žien za rozvoj (Association of Women in Development), usporiadávanej každé dva roky, účastníčky z celého sveta označili násillie páchané na ženách za jeden zo svojich piatich prioritných zdravotných záujmov. O problémoch týkajúcich sa násillia odznelo viac príspevkov než o akejkoľvek inej téme (Marcelo 1992).

Celoštátny projekt zdravia černošských žien (National Black Women's Health Project) označil násillie za najväčší zdravotný problém Afroameričaniek v USA (Avery 1990).

Ženy celého sveta zozbierali viac ako 400 000 podpisov v 124 štátoch pod petíciou požadujúcu, aby Konferencia OSN o ľudských právach, usporiadaná v júni 1993, uznala násillie páchané na ženách za porušovanie ľudských práv žien (Center for Women's Global Leadership 1993).

Keď brazílska Národná rada za práva žien (National Council for Women's Rights) sponzorovala v roku 1986 stretnutie, kde bol vypracovaný zoznam požiadaviek, ktoré sa mali zapracovať do ústavy, ženy sa dožadovali, aby v nich bola nová klauzula o násillí páchanom na ženách (Pitangwy, osobný rozhovor 1993).

Väčšina štúdií sa pýtala respondentiek, či boli „zneužitá“, „bitá“ alebo či „žili v násilníckom vzťahu“. Jednotlivé podotázky (štúdie z Barbadosu, Chile a USA) obsahovali zoznam „činov“, ktorým žena bola, alebo nebola v živote vystavená (či ju niekto bil nejakým predmetom alebo päsťou, či ju pohrýzol).¹ Skúsenosti z kliník a výskumu pouka-

zujú na to, že formulácia otázok, ktorá vyžaduje, aby sa ženy samy označili za týrané, celkove vedie k podhodnoteniu telesného a duševného násillia v intímnych vzťahoch.² V mnohých krajinách sú ženy vychovávané tak, aby telesné a citové tresty považovali za manželovo neodňateľné manželské právo, čím sa vymedzuje rozsah správania, ktorý sa pokladá za týranie. Navyše sa ženy niekedy veľmi neochotne priznávajú k tomu, že sú týrané, pretože sa hanbia alebo sa boja obviniť niektorého člena rodiny. Obidve skutočnosti vedú k predpokladu, že údaje o výskyte týrania v tabuľke 1 pravdepodobne nezachytávajú jeho skutočný rozsah.

Rozšírenosť znásilnení a sexuálnych útokov

Štatistiky z celého sveta svedčia o tom, že sexuálne násillie je v živote žien a dievčat bežné. Šesť vynikajúcich štúdií z USA napr. ukazuje, že každá piata až siedma žena v USA sa v živote stane obeťou dokonaného znásilnenia (Koss 1993, Kilpatrick, Edmunds a Seymour 1992).³ Údaje z USA zodpovedajú štúdiám o znásilnení v iných častiach sveta. Štúdie o znásilnení vysokoškôľáčok v Kanade, Novom Zélande a Veľkej Británii a zistenia z USA poukazujú na to, že výskyt dokonaného znásilnenia je v týchto krajinách takmer rovnaký (DeKeseredy, Kelly 1993, Gavey 1991, Beattie 1992, Koss, Gidycz a Wisniewski 1987; tabuľka 2). Prieskum medzi dospelými ženami (medzi ktorými bolo mnoho vysokoškôľáčok) v kórejskom Soule vykázal trochu nižší výskyt dokonaného znásilnenia, ale rovnaký výskyt pokusov o znásilnenie (Shim 1992). Vo všetkých spomínaných štúdiách boli použité pozmenené prieskumné otázky prevzaté z Prieskumu sexuálnych skúseností (Sexual Experience Survey – SES), ktorý vypracovali Koss a Oros v roku 1982.

Odhady v tabuľke 2 sú založené na právnych definíciách znásilnenia v USA, ktoré za znásilnenie považujú penetráciu do akéhokoľvek otvoru fyzickým násillím, alebo pod hrozbou násillia, alebo prípady, v ktorých je žena omámená drogami alebo alkoholom. (Na porovnanie údaje z Veľkej Británie uvádzajú násillnú anáľnu a orálnu penetráciu, hoci právna definícia znásilnenia vo Veľkej Británii zahŕňa len vaginálnu penetráciu penisom.)

V dejinách boli ženy opakovane vystavované aj mimoriadne brutálnym znásilneniam počas vojen. V nedávnej minulosti bolo masové znásilňovanie zdokumentované v Bosne, Kambodži, Libérii, Peru, Somálsku a Ugande (Swiss a Giller 1993).

Rámček 2

Rodovo podmienené násillie v priebehu života

Obdobie	Typ použitého násillia
pred narodením	umelé prerušenie tehotenstva na základe výsledkov pohlavnej selekcie plodu (Čína, India, Kórejská republika), bitky počas tehotenstva (citové a telesné účinky na ženu, vplyv na plod), nútené tehotenstvo (napr. masové znásilňovanie vo vojne)
dojčenský vek	vraždenie novorodencov ženského pohlavia, psychické a fyzické týranie, odlišné poskytovanie stravy a zdravotnej starostlivosti dievčatám
detstvo dievčat	detské manželstvá, mrzačenie genitálií, sexuálne zneužívania členmi rodiny a inými, odlišné stravovanie a poskytovanie zdravotníckej starostlivosti, detská prostitúcia
dospievanie	vynútené známosti a dvorenie (napr. oblievanie kyselinou v Bangladéši, znásilnenie na schôdzke v Spojených štátoch), ekonomicky vynútený sex (afriké stredoškôľáčky, ktoré sa musia schádzať s „milými starčekmi“, aby mali na školné), sexuálne zneužívania na pracovisku, znásilnenie, sexuálne obťažovanie, nútená prostitúcia, obchod so ženami
reprodukčný vek	týranie žien intímnyimi mužskými partnermi, znásilnenie v manželstve, vymáhanie vena a vraždy pre veno, vražda partnerky, psychické týranie, sexuálne zneužívania na pracovisku, sexuálne obťažovanie, znásilnenie, týranie telesne postihnutých žien
starší vek	týranie vdov, týranie ľudí vo vyššom veku (v USA, v jedinom štáte, kde sú údaje k dispozícii, týranie ľudí v staršom veku sa týka väčšinou žien)

Tabuľka 1

Výskyt týrania manželiek, vybrané krajiny

Krajina	Vzorka	Typ vzorky	Zistenia	Komentár
Antigua (Západná India; Handworker 1993b)	97 žien vo veku 20-45 rokov	Náhodný podsúbor pravdepodobnostnej celoštátnej vzorky	30 percent žien bolo v dospelosti bitých	50 percent žien a mužov uviedlo, že ich mačky boli bité
Barbados (Handworker 1993b)	264 žien a 243 mužov vo veku 20-45 rokov	Celoštátna pravdepodobnostná vzorka	30 percent žien bolo v dospelosti bitých	50 percent žien a mužov uviedlo, že ich matky boli bité
Belgicko (Bruynnooghe a kol. 1989)	956 žien vo veku 30-40 rokov	Náhodná vzorka zo 62 mestských oblastí z celého štátu	3 percentá zažili veľmi kruté násilie, 13 percent stredne kruté násilie a 25 percent menej kruté násilie	Žien sa v prieskume pýtali na 15 typov telesného násillia (od úderov rukou po život ohrozujúce formy násillia, ako napr. škrtenie a postrelenie)
Kanada (Haskell a Randall 1993)	Pohovory so 402 ženami vo veku 18-64 rokov, žijúcimi v Toronte	Náhodná vzorka vybraná spomedzi všetkých obyvateľov s trvalým bydliskom (vrátane bytov) v Toronte	27 percent uviedlo, že boli fyzicky napadnuté intímny partnerom	36 percent žien udávajúce týranie vypovedalo, že sa bojí, že by ich muž, ktorý ich fyzicky napadol, mohol zabiť
Kanada (Kennedy a Dutton 1989)	1045 mužov a žien z provincie Alberta	Pohovory so 454 členmi domácností s trvalým pobytom, náhodne vybraných podľa výsledkov sčítania ľudu: 244 telefonických pohovorov s obyvateľmi Calgary, ktorí tam majú trvalé bydlisko, a 347 z iných oblastí provincie, vybraných na základe náhodného vykrúcania čísel	11,2 percenta respondentov udalo fyzické týranie v posledných rokoch	Tieto údaje sa vzťahujú na jeden rok
Kanada (Lupri 1989)	426 vydatých žien a družiek	Náhodná vzorka zostavená na základe osobných pohovorov a dotazníkov zaslaných poštou	17,8 percenta žien uviedlo, že boli obeťou fyzického násillia partnera v poslednom roku	Tieto údaje sa vzťahujú na jeden rok

Krajina	Vzorka	Typ vzorky	Zistenia	Komentár
Kanada (Smith 1987)	604 vydatých alebo rozvedených žien a družiek vo veku 18-50 rokov, žijúcich v Toronte	Telefonický prieskum na základe náhodného vykrúcania čísel	36,4 percenta žien uviedlo, že boli v partnerskom vzťahu fyzicky týraných; 11,3 percenta uviedlo kruté fyzické týranie	14,4 percenta uviedlo fyzické týranie v poslednom roku
Kanada (Statistika Kanada 1993)	Celoštátna reprezentatívna vzorka zložená z 12 300 žien starších ako 18 rokov	Podrobný telefonický rozhovor na základe náhodného vykrúcania čísel	25 percent žien (29 percent vydatých alebo rozvedených) uviedlo, že ich od 16. roku života terajší alebo predošlý partner fyzicky týral	65 percent obetí zažilo útok viac ako raz, 32 percent viac ako 11 ráz a 45 percent manželských bitiek sa skončilo zranením
Chile (Larrain 1993)	1000 žien v Santiagu vo veku 22-55 rokov, žijúcich v partnerskom vzťahu vyššie 2 roky	Stratifikovaná náhodná vzorka s maximálnou výberovou chybou 3 percentá	60 percent žien týral intímny partner, 26,2 percenta fyzicky týral (kruté násilie - t.j. závažnejšie ako šuchanie, zauchá, hádzanie predmetov)	70 percent týraných žien bolo týraných častejšie ako raz do roka
Kolumbia (PROFAMILIA 1990)	3 272 žien z miest a 2 118 žien z dedín	Náhodná celoštátna vzorka	20 percent bolo fyzicky týraných, 33 percent psychicky týraných, 10 percent znásilnených manželmi	Z demografického a zdravotníckeho prieskumu v Kolumbii
Kostarika (Chacon a kol. 1990)	1 388 žien	Cielene vybraná vzorka žien navštevujúcich detskú kliniku	54 percent uviedlo, že boli fyzicky týrané	Sponzorované UNICEF/PAHO
Ekvádor (CEPLAES 1992)	200 žien s nízkym príjmom	Cielene vybraná vzorka z Quita a okolia	60 percent partneri bili	37 percent z nich bolo fyzicky týraných raz za mesiac až každý deň
Guatemala (štúdia Federica Coya z roku 1990, citovaná v Castillovi a kol. 1992)	1 000 žien z Sacatepequezu	Náhodná vzorka žien zo Sacatepequezu	49 percent bolo týraných, 74 percent intímnymi partnermi	Vrátane fyzického, psychického a sexuálneho týrania v dospelosti; sponzorované UNICEF/PAHO
India (Mahajan 1990)	109 mužov a 109 žien z dediny v Džalandurskej oblasti v Pandžábe	50 percent vzorky z domácností hierarchizovaných podľa kást a 50 percent z domácností mimo kást	75 percent mužov z domácností hierarchizovaných podľa kást sa priznalo, že bije svoje manželky; 22 percent mužov z vyššej kasty sa priznalo, že svoje manželky bije	75 percent manželiek z nižšej kasty uviedlo, že sú často bité

Krajina	Vzorka	Typ vzorky	Zistenia	Komentár
India (Rao 1993)	170 žien v plodnom veku z 3 dedín v poľnohospodárskej oblasti južnej Karnataky	100 percent vzorky bolo z keramikárskej komunity v každej dedine, vybranej podľa predchádzajúceho sčítania ľudu ²	22 percent žien uviedlo, že ich manželia fyzicky týrajú, 12 percent uviedlo, že dostalo bitku v poslednom mesiaci v priemere 2,65 krát	Autor poznamenáva, že neformálne pohovory a etnografické údaje naznačujú, že výskyt je „mimoriadne podhodnotený“.
Japonsko (Skupina na skúmanie domáceho násillia 1993)	796 žien z celého Japonska (17 percent z 4 675 rozposlaných dotazníkov)	Cielene vybraná vzorka založená na prieskume vykonávanom ženskými skupinami v celom štáte, v školách pre dospelé ženy, v médiách atď.	58,7 percenta žien uviedlo, že ich partneri fyzicky týrajú, 65,7 percenta bolo týraných psychicky a 59,4 percenta bolo sexuálne zneužívaných	44 percent žien zo vzorky prežilo všetky tri typy týrania súčasne. Nešlo o reprezentatívnu vzorku.
Keňa (Raikes 1990)	733 žien z oblasti Kisisi	Okresný klastrový výber	42 percent žien bolo pravidelne bitých	Prevzaté z prieskumu o rozšírenosti antikoncepcie
Kórea (Kim a Čo 1992)	707 žien a 609 mužov, ktorí žili v partnerskom zväzku najmenej dva roky	Trojstupňová, stratifikovaná náhodná vzorka z celej krajiny, osobné pohovory	37,5 percenta manželiek uviedlo, že ich manželia v poslednom roku bili	12,4 percenta uviedlo kruté fyzické týranie v poslednom roku
KEDR (Šim 1988)	708 žien zo Suvonu a Soulu	Cielene vybraná vzorka na základe rozposlaných dotazníkov	42,2 percenta žien manželia po sobášii bijú	V poslednom roku bili manželia 14 percent žien
Malajzia (WAO 1992)	713 žien a 508 mužov nad 15 rokov	Náhodná celoštátna vzorka z polostrovnjej Malajzie	39 percent žien partneri v roku 1989 bili	15 percent dospelých (22 percent Malajzijčanov) považuje bitie manželiek za prípustné
Mexiko (Ramirez a Valquez 1992)	1 163 dedinských a 427 mestských žien zo štátu Jalisco	Náhodný prieskum v domácnostiach poberajúcich sociálnu podporu	56,7 percenta mestských a 44,2 percenta dedinských žien zakúsilo nejakú formu medziľudského násillia	Vo vyše 60 percentách prípadov bol hlavným agresorom manžel
Mexiko (Shrader-Cox a Valdéz Santiago 1992)	342 žien starších ako 15 rokov so stredným až nízkym príjmom	Náhodná vzorka domácností v prímestských oblastiach Mexica City	33 percent žilo v násilníckom vzťahu, 6 percent uviedlo znásilnenie v manželstve	66 percent žien bolo týraných fyzicky, 76 percent psychicky a 21 percent sexuálne
Holandsko (Romkens 1989)	1 016 žien vo veku 20-60 rokov	Osobný pohovor	20,8 percenta zažilo fyzické násillie v heterosexuálnom vzťahu	Polovica žien, ktorá uvádzala týranie (11 percent), prežila kruté, opakované násillie

Krajina	Vzorka	Typ vzorky	Zistenia	Komentár
Nový Zéland (Anderson a kol. – v tlači)	3 000 ženám v Otagu bol zaslaný dotazník; 497 žien sa zúčastnilo pohovoru (polovica bola sexuálne zneužívaná a polovica bola kontrolná skupina)	Náhodná vzorka žien vybraných podľa voličského zoznamu; všetky čísla sú z interviewovanej vzorky na hlavnú korešpondenčnú vzorku	22,4 percenta bolo fyzicky týraných od 16. roku života, 76 percent partnerom (17 percent z celkového počtu)	20,7 percenta žien fyzicky týraných partnerom bolo zároveň aj sexuálne zneužívaných
Nový Zéland (Mullen a kol. 1988)	2 000 ženám bol zaslaný dotazník; stratifikovaná náhodná vzorka 349 žien sa zúčastnila pohovoru	Náhodná vzorka bola vybraná na základe voličských zoznamov piatich susediacich parlamentných okrskov	20,1 percenta uviedlo, že ich partner bil a fyzicky týral, 58 percent z nich (10 percent vzorky) bolo zbitých viac ako 3 razy	
Nórsko (Schei a Bekketeig 1989)	150 žien vo veku 20-49 rokov z Trondheimu	Náhodná vzorka vybraná podľa údajov o sčítaní ľudu	25 percent bolo fyzicky týraných a sexuálne zneužívaných partnermi	Definícia zahŕňa iba formy násillia ťažšie ako strkanie, sácanie a zauškovanie
Papua Nová Guinea (Toft 1986)	Vidiek: 736 mužov, 715 žien Mesto: nízký príjem 368 mužov, 298 žien, elita 178 mužov, 99 žien	Prieskum na vidieku v 19 dedinách vo všetkých regiónoch a provinciách Prieskum v mestách so zahrnutou vzorkou z elity	67 percent dedinských žien je bitých 56 percent mestských žien s nízkym príjmom je bitých, 62 percent mestských žien z horných vrstiev je bitých	Takmer dokonalá zhoda medzi percentom žien, ktoré sa sťažujú, že boli bité, a mužov, ktorí sa priznávajú, že svoje ženy bijú
Srí Lanka (Sonali 1990)	200 žien s nízkym príjmom z rôznych etnických skupín v Kolumbe	Cielene vybraná vzorka s nízkym príjmom z okolia mesta	60 percent bolo bitých	51 percent uviedlo, že manželia použili zbraň
Tanzánia (Sheikh-Hashimo a Gabba 1990)	300 žien z Dar es Salaamu	Cielene vybraná vzorka z 3 oblastí – Italy, Temeke a Kinondoni (pohovory)	60 percent partneri fyzicky týrali	
Uganda (Wakabi a Mwesigye 1991)	80 žien (16 z každého z piatich kampalských krajov)	Prieskum spisovaný pri návštevách jednotlivých domov; 7 žien odmietlo odpovedať	46 percent z 73 respondentiek uviedlo, že ich partneri fyzicky týrali	Ďalších 7 žien uviedlo, že ich bili členovia rodiny, a ďalších 5 priznalo fyzické týranie alebo znásilnenie neznámymi osobami

Krajina	Vzorka	Typ vzorky	Zistenia	Komentár
USA (Grant, Preda a Martin 1989)	6 000 žien v štáte Texas dostalo dotazníky, 1 539 použiteľných dotazníkov sa vrátilo	Cielene vybraná vzorka v rámci štátu vybraná podľa držiteľiek platného vodičského preukazu	39 percent týrali partneri od 18. roku veku, 31 percent bolo fyzicky týraných	Viac ako 12 percent partneri sexuálne zneužívali od 18. roku veku
USA (Straus a Gelles 1986)	2 143 vydatých žien a družiek	Celoštátna pravdepodobnostná vzorka zostavená na základe náhodného vykrúcania telefónnych čísel	28 percent uviedlo aspoň jeden prípad fyzického týrania	11,3 percenta udalo, že boli týrané v minulom roku
USA (Teske a Parker 1983)	3 000 vidieckym ženám v Texase boli zaslané dotazníky	Náhodná vzorka z miest pod 50 000 obyvateľov	40,2 percent bolo týraných od 18. roku života; 31 percent bolo fyzicky týraných	22 percent bolo týraných v posledných 12 mesiacoch
Zambia (Phiri 1992)	171 žien vo veku 20-40 rokov	Cielene vybraná vzorka žien z chudobných štvrtí na stredne a husto osídlených predmestiach Lusaky a Kafue Rural	40 percent bili partneri, ďalších 40 percent bolo psychicky týraných	17 percent tvrdilo, že si mysleli, že fyzické a psychické týranie patrí k manželstvu

Tabuľka 2

Výskyt znásilnenia medzi vysokoškolskými, vo vybraných štátoch

Štát	Autori štúdie	Vzorka	Definícia použitého znásilnenia	Percento dokonaného znásilnenia	Percento dokonaných znásilnení a pokusov o znásilnenie
Kanada	DeKesseredy a Kelly 1993	Celoštátna pravdepodobnostná vzorka 1 835 žien z 95 VŠ a univerzít	Análny, orálny, vaginálny styk vynútený násilím alebo pod hrozbou násillia SES 9, 10	8,1 percenta (partnermi, s ktorými sa stýkali od strednej školy)	23,3 percenta (znásilnenie alebo sexuálny útok neznámeho muža v bližšie neurčenom čase)
Nový Zéland	Gavey 1991	347 študentiek psychológie (príležitostná vzorka)	Análny, orálny, alebo vaginálny styk vynútený násilím alebo hrozbou násillia alebo pod vplyvom alkoholu alebo drog, ktoré im muž podal SES 8, 9, 10	14,1 percenta	25,3 percenta

Štát	Autori štúdie	Vzorka	Definícia použitého znásilnenia	Percento dokonaného znásilnenia	Percento dokonaných znásilnení a pokusov o znásilnenie
Veľká Británia	Beattie 1992	1 476 žien z 22 univerzít a VŠ technických (príležitostná vzorka)	Análny, orálny, alebo vaginálny styk vynútený násilím alebo vplyvom alkoholu alebo drog, ktoré im muž podal SES 8, 9, 10	11,7 percenta	19,4 percenta
USA	Koss, Gidycz a Wisniewski 1987	Reprezentatívna vzorka 3 187 žien z 32 VŠ a univerzít	SES 8, 9, 10	15,4 percenta (od 14 roku života)	27,5 percenta
USA	Moore, Nord a Peterson 1989	Celoštátna reprezentatívna vzorka 18-22-ročných žien	Donútené k pohlavnému styku proti svojej vôli alebo znásilnené	12,7 percenta beľošiek, 8 percent černošiek (mladších ako 21 rokov)	21,8 percenta
Soul, KEDR	Shim 1992	2 270 dospelých žien	SES 9, 10	7,7 percenta	

a/ Čísla SES označujú, ktoré z nasledujúcich otázok prevzatých z *Prieskumu sexuálnych skúseností* (Koss a Oros 1982) boli v štúdiu použité na určenie percenta znásilnení a pokusov o znásilnenie:

4. Pokúšal sa muž o pohlavný styk (prilahlol vás a pokúšil sa vsunúť svoj penis) proti vašej vôli tak, že sa vám vyhrážal fyzickým násilím alebo používal určitý stupeň fyzického násillia (vykrúcanie ramien, pritláčanie na zem a pod.), ale k styku nedošlo?
5. Mali ste pohlavný styk proti svojej vôli, pretože vám muž dal alkohol alebo drogu?
9. Mali ste pohlavný styk proti svojej vôli, pretože sa vám muž vyhrážal alebo používal určitý stupeň fyzického násillia (vykrúcanie ramien, pritláčanie na zem a pod.), aby vás k nemu prinútil?
10. Prinútili vás k pohlavnému styku (análnemu alebo orálnemu styku alebo penetrácii inými predmetmi ako penis) proti vašej vôli, pretože sa vám muž vyhrážal alebo používal určitý stupeň fyzického násillia (vykrúcanie ramien, pritláčanie na zem a pod.), aby vás k nemu prinútil?

Výskumná skupina Európskeho spoločenstva odhaduje, že v Bosne bolo od začiatku bojov v apríli 1992 znásilnených viac ako 20 000 moslimských žien. Mnohé z nich boli zavreté v „znásilňovacích táboroch“, kde boli opakovane znásilňované a nútené proti svojej vôli rodič srbské deti (Post 1993). Aj tieto príklady svedčia o tom, že znásilňovanie vo vojnách nie je nový fenomén a nevyskytuje sa len v rozvojových krajinách.

Výskyt sexuálneho zneužívania detí a mladistvých

Pretože sexuálne zneužívania detí je veľmi citlivý problém, existuje len niekoľko štúdií založených na výskume celej populácie, na základe ktorých by bolo možné určiť jeho výskyt. Zopár štúdií, ktoré predsa len jestvujú, a uspokojivé nepriame svedectvá poukazujú na to, že sexuálne zneužívania detí a mladistvých je veľmi rozšírené. Štúdie v USA napríklad ukazujú, že od 27 do 62 percent žien si spomína as-

poň na jeden prípad sexuálneho zneužívania, ktorý sa stal, keď boli mladšie ako 18 rokov (Peters, Wyatt a Finkelhor 1986)⁴. Anonymný pravdepodobnostný prieskum v oblasti celého ostrova Barbados odhalil, že každá tretia žena a jeden až dvaja muži zo sta boli vystavení správaniam, ktoré sa považujú za sexuálne zneužívania detí a mladistvých (Handwerker 1993a).⁵ Kanadská vládna komisia odhadla, že každé štvrté dievča a každý desiaty chlapec sú sexuálne zneužití pred 17. rokom života (Badgely 1984).

Podobne aj dostupné nepriame dôkazy z iných krajín nabádajú k zamysleniu sa. Dve štúdie z Nigérie, dokumentujúce pohlavne prenášané choroby u malých detí, poukazujú na to, že v nigérijskej spoločnosti existuje aj sexuálne zneužívania. Štúdia z roku 1988 z nigérijskej Zarie referuje, že 16 percent pacientiek, ktoré vyhľadali lekársku pomoc pre pohlavne prenášané choroby, boli deti mladšie ako 5 rokov a ďalších 6 percent detí vo veku 6-15 rokov (Kisekka a Otesanya 1988). Staršia štúdia z Ibadanu zistila, že 22 percent pacientiek, ktoré navštevovali

kliniku pre pohlavne prenášané choroby, boli deti mladšie ako 10 rokov (Sogbetun, Alausa a Osoba 1977). Prieskum vykonaný v lomskej pôrodnici v Peru odhalil, že 90 percent mladých matiek vo veku od 12 do 16 rokov bolo znásilnených – drvivá väčšina vlastným otcom, otčimom, alebo iným blízkym príbuzným (Rosas 1992). Organizácia mladistvých matiek v Kostarike referuje podobné zistenia: 95 percent jej tehotných klientiek mladších ako 15 rokov sú obeť incestu (Treguear a Carro 1991).

Tieto nepriame dôkazy sa zhodujú s údajmi získaných z medzikultúrnych prieskumov v krízových centrách pre obeť znásilnenia, ktoré odhaľujú, že 40–58 percent prípadov sexuálnych útokov je spáchaných na 15-ročných a mladších dievčatách, vrátane dievčat mladších ako 10 či 11 rokov.⁶ Väčšinu znásilnení spáchajú rodinní príslušníci alebo iné osoby, ktoré obeť pozná. Súdne štatistiky a údaje z krízových centier pre obeť znásilnenia ukazujú, že viac ako 60 percent znásilnených obetí pozná páchatela (tabuľka 3). Bežné chápanie znásilnenia ako zločinu „neznámeho páchatela“ je, žiaľ, pomýlené.

Posledné údaje o výskyte sexuálneho zneužívania vychádzajú z pozorovaní samotných detí. V roku 1991, keď nikaragujské Centro de Información y Servicios de Asesoría en la Salud (CISAS) usporiadalo celoštátnu konferenciu pre deti zapojené do programu Deti deťom (Child to Child, projektu, ktorý školí deti vo veku od 8 do 15 rokov v opatrovaní súrodencov), účastníci označili fyzické a sexuálne zneužívanie za najzávažnejší zdravotný problém mládeže vo svojom štáte. Odvtedy CISAS pomohol iniciovať celoštátnu kampaň, ktorá informovala verejnosť o sexuálnom zneužívaní detí (Rompiendo el Silencio 1992).

Výskyt diskriminačného zaobchádzania s novorodencami a vražd novorodencov

Uprednostňovanie synov v mnohých kultúrach môže mať vážne následky na zdravie a životy žien. Štúdie ukazujú, že tam, kde je táto preferencia silná a prostriedky na živobytie skromné, dievčatá dostávajú menej potravy, horšie vzdelanie a zdravotnú starostlivosť ako chlapci. Vo vidieckych oblastiach Bangladéša je podvýživa takmer trikrát vyššia medzi dievčatami ako medzi chlapcami (Bhatia 1985, Chen, Huq a D'Souza 1981). Ešte nápadnejšie sú rozdiely v zdravotníckej starostlivosti. V bangladéskom Matlabe je počet chlapcov liečených na hnačky v zdravotníckych zariadeniach o 66 percent vyšší ako počet dievčat, hoci obe pohlavia dostávajú hnačky v rovnakom pomere (Bhatia 1985).

Neprekvapuje, že diskriminačné zaobchádzanie sa odráža v štatistike úmrtnosti dievčat a žien. V 43 zo 45 rozvojových krajín, z ktorých sú dostupné čerstvé údaje, je úmrtnosť dievčat vo veku 1–4 roky vyššia než úmrtnosť chlapcov v rovnakom veku (UNICEF 1986). Diskriminácia dievčat v indickom

štáte Pandžáb je taká silná, že napr. dievčatá vo veku 2–4 roky zomierajú dvakrát častejšie ako chlapci v rovnakom veku (Das Gupta, 1987). Podľa správy Svetovej banky „úmrtnosť dievčat v Indii prekračuje každý rok úmrtnosť chlapcov temer o tretinu. Každé šieste úmrtie dieťaťa možno pripísať cielenej rodovej diskriminácii.“ (Chatterjee 1990)

V niektorých častiach sveta je preferencia chlapcov taká veľká, že rodičia odstraňujú dievčatá zabíjaním v novorodeneckom veku alebo selektívnymi umelými prerušeniami tehotenstva. Sčítanie ľudu v Číne v roku 1987, ktoré robil Štátny štatistický úrad, zistilo, že sa narodilo o pol milióna dievčat menej, než sa predpokladalo na základe biologického pomeru medzi počtom narodených chlapcov a dievčat. Podrobná analýza údajov uverejnených v Prehľade populácie a vývoja ukazuje, že pomer medzi mužmi a ženami sa od roku 1982 mení v prospech mužov (Hull 1990). Chýbajúce dievčatá predstavujú zväčša druho- a treťorodené deti vo vidieckych oblastiach. Obe zistenia jasne ukazujú, že politika jedného dieťaťa, ktorú v Číne zaviedli v roku 1979, viedla buď k zvýšenému zabíjaniu novorodencov, alebo k selektívnym prerušeniam tehotenstva pri ženskom pohlaví plodu.⁷

Ďalšie štúdie potvrdzujú, že v Číne, Indii a KEDR sú amniocentéza a vyšetrenie ultrazvukom dostatočne rozšírené na to, aby fetidica mohla nepriaznivo ovplyvňovať pomer medzi mužmi a ženami (Coale a Banister 1992).⁸ Genetické testy vykonávané kvôli pohlavnej selekcii sa v Indii – najmä v severných oblastiach – stali prekvitajúcim obchodom. Kým sa na základe protestov ženských organizácií nezakázala nehanebná reklama týchto testov, indické kliniky na zisťovanie pohlavia dieťaťa vyhlasovali, že je lepšie minúť teraz 38 libier na ukončenie života plodu ženského pohlavia ako neskôr 3 800 libier na veno dcéry. Štúdia o amniocentéze vo veľkej bombajskej nemocnici zistila, že u plodov so zisteným ženským pohlavím došlo v 95,5 percenta k umelému prerušeniu tehotenstva, kým percento mužských plodov s rovnakým osudom bolo veľmi nízke (Ramanamma 1990).

Štúdie z odľahlých regiónov južnej Indie takisto potvrdzujú pretrvávajúce zabíjanie novorodencov ženského pohlavia. V štúdiu o perspektíve všetkých pôrodov v regióne Tamil Nadu, do ktorého spadá 12 dedín, odborník na výživu Sabu George z Cornellovej univerzity uvádza, že 58 percent úmrtí (19 z 33) dievčatiek pripadá na infanticídu. Dievčatká najčastejšie zabíjali v priebehu siedmich dní po narodení.

Dvoma najbežnejšími metódami zabitia bolo podanie rastlinného jedu a udusenie vložením ryžových šupiek nasiaknutých mliekom do hrdla. Počas dvaapoloročného výskumu nebol zaznamenaný ani jeden prípad mužskej infanticidy (George, Abel a Miller 1992).

Analýza, ktorú ako prvý vypracovala harvardská ekonómka Amartya Sen a neskôr dopracoval demo-

graf Ansley Coale, presvedčivo znázorňuje kumulatívny vplyv týchto faktorov na vyhliadky prežitia žien. Sen a Coale porovnali pomer medzi pohlaviami v krajinách, kde sa obom pohlaviam venuje rovnaká starostlivosť, napr. v štátoch Európy a Severnej Ameriky, a v krajinách, kde sú ženy silne diskriminované, napr. v Číne alebo Indii. Pomer medzi mužmi a ženami v prvej skupine krajín bol približne 1,05 alebo 1,06 a odrážala sa v ňom biologická prevaha žien. Ale v južnej a západnej Ázii, severnej Afrike a Číne je bežný pomer 0,94 alebo nižší. Keby mali tieto krajiny pomer medzi pohlaviami, ktorý je bežný v štátoch s menšou rodovo podmienenou diskrimináciou (vrátane niektorých subsaharských afrických krajín), žilo by dnes na svete o 60 miliónov viac žien. „Chýbajúce ženy“ sú obeťami fetidicy, infanticidy, selektívnej zlej výživy, nedostatočných investícií do zdravia žien a rozličných foriem rodovo podmieneného násillia (Sen 1990, Coale 1991).⁹

Rozšírenie kultúrnych praktík poškodzujúcich ženy

Do kategórie rodovo podmieneného násillia možno zaradiť veľa ďalších zvykov, ak sa týmto termínom označuje aj fyzická, aj psychická ujma žien, ktorú spôsobuje mužská sila a dominancia. V tom-

to odseku zavádzame termín kultúrne zvyky poškodzujúce ženy namiesto slovného spojenia tradičné zvyky poškodzujúce ženy.

V terminológii OSN sa slovné spojenie tradičné zvyky vzťahuje v prvom rade na také zvyky ako mutilácia (mrzačenie) genitálií a detské svadby. Hoci je známe, že tieto zvyky majú negatívne následky na zdravie žien a ich dobré životné podmienky, vykonávajú sa i naďalej, často so súhlasom žien, aby dievčatá boli prijateľné ako partnerky pre manželstvo.

Navrhujeme rozšíriť tento pojem o škodlivé zvyky a aktivity bežné vo vyspelých spoločnostiach, ktoré sú pravdepodobne motivované túžbou urobiť zo žien prijateľné, príťažlivé sexuálne partnerky pre mužov. Patria medzi ne patologické stravovanie (anorexia a bulímia) a vysoko rizikové kozmetické operácie. Medzi týmito zvykmi sú, samozrejme, významné rozdiely, napr. mrzačenie genitálií sa obyčajne vykonáva na deťoch, a to s ich súhlasom, alebo bez neho. Máme však pocit, že mrzačenie genitálií treba považovať za jeden z pretrvávajúcich zvykov motivovaných ženskou túžbou vyhovávať sociálne predpisovaným štandardom krásy a vhodnosti na vydaj.

Najpresnejšie odhady ukazujú, že 85–114 miliónov dievčat a žien na svete sa podrobilo mrzačeniu genitálií. Väčšina z nich žije v Afrike, menej v Ázii;

Tabuľka 3

Štatistika sexuálnych zločinov vo vybraných krajinách

	Lima Peru	Malajzia	Mexico City	Panama City	Papua Nová Guinea	Santiago, Chile ^d	USA
Percento páchatelov, ktorých obeť poznali	60	68	67	63	—	72	78
Percento obetí vo veku 15 rokov a mladších	—	58	36	40	47	58	62 ^e
Percento obetí vo veku 10 rokov a mladších	18 ^a	18 ^b	23	—	13 ^c	32 ^a	29

a/ Nedostupné.

Poznámka: Okrem údajov v USA, ktoré obsahujú iba dokonané znásilnenia, ostatné údaje zahŕňajú znásilnenia a sexuálne útoky ako pokusy o znásilnenie a sexuálne obťažovanie.

b/ Percento tých, ktoré sexuálny zločin prežili vo veku 9 rokov a mladšie.

c/ Percento tých, ktoré sexuálny zločin prežili vo veku 6 rokov a mladšie.

d/ Percento tých, ktoré sexuálny zločin prežili vo veku 7 rokov a mladšie.

e/ Založené na priemere z piatich rokov, vypočítanom podľa zločinov hlásených Lega Medicine Service (Právnickej lekárskej službe) v rokoch 1987–1991. Vydané v *Anuario Estadístico del Servicio Médico Legal de Chile* (citované v Avendano a Vargara 1992).

f/ Percento tých, ktoré sexuálny zločin prežili vo veku 17 rokov a mladšie.

Prameň: Údaje z Malajzie sú v *Consumer's Association* (Asociácie spotrebiteľov) 1988; z Panama City z Perez 1990; z Peru z Portugal 1988; z Papuy Novej Guinea z Riley, Wohlfart a Carrad 1985, citované v Bradley 1990; z Mexica City z COVAC 1990 a *Procurador de Justicia del Distrito Federal de Mexico* 1990; z USA z Kilpatrick, Edmunds a Seymour 1992.

g/ Mladšie ako 16 rokov.

Prameň: *Selected Demographic and Health Surveys* (Vybrané demografické a zdravotnícke prieskumy)

ich počet sa v Európe, Kanade a USA, kam tento zvyk importujú rodiny imigrantov a utečencov (Tobia 1993), zvyšuje. Mrzčenie genitálií – často nazývané ženská obriezka – je široký termín používaný na niekoľko úkonov – od odstránenia celého klitoris alebo jeho časti po odstránenie ostatných vonkajších častí genitálií. V najrozsiahlejšej podobe, ktorej sa hovorí infabulácia, sa odstraňuje klitoris a veľké i malé pysky, dve strany pošvy sa zošijú a ponechá sa len malý otvor na odtok moču a menštruačnej krvi. V menej rozsiahlej podobe sa odstráni len klitoris (klitoridektómia) alebo jeho časť, alebo klitoris a malé pysky (excízia). Asi 85 percent obrezaných žien sa podrobilo niektorému z menej rozsiahlych zákrokov.

Mnoho výskumníkov pripisuje pôvod genitálneho mrzčenia túžbe ovládať ženskú sexualitu a zachovať panenstvo mladých dievčat až do manželstva (Hedley a Dorkenoo 1992). Množstvo predsudkov živí tento zvyk i naďalej, ale základom tejto tradície je skutočnosť, že muži sa neoženia s neobrezanými ženami, pretože ich považujú za promiskuitné, nečisté a sexuálne pochybné (Mohamud 1991).

V iných spoločnostiach, v ktorých je panenstvo v manželstve absolútne nevyhnutné, dievčatá vydávajú v mimoriadne mladom veku a obyčajne za oveľa starších mužov. Nedávne demografické a zdravotnícke prieskumy v rozvojových štátoch svedčia o tom, že hoci sú detské sobáše na ústupe, veľké percento mladých dievčat ešte vždy vydajú pred pätnástym rokom života (tabuľka 4). Tieto mladučké nevesty sú často traumatizované sexom dospelých a sú nútené rodiť deti skôr, ako sa ich telá plne rozvinú. Bežným následkom takýchto priskorých pôrodov je veziko-vaginálna alebo rekto-vaginálna fistula – prietrž stien medzi vagínou a mechúrom alebo konečníkom – vinou protahovaného, nepostupujúceho pôrodu a nedostupnej zdravotníckej starostlivosti (neexistujúcej antikoncepcie, predpôrodnej starostlivosti a operačných zákrokov). Ženám s neoperovanou fistulou neustále odtéka moč a odchádza stolica, čím sa z nich stávajú spoločenské vydedenkyne a pravdepodobne kandidátky na rozvod alebo rozluku.

Inde dievčatá a ženy samy hazardujú so svojim zdravím – tým, že si striktne obmedzujú prístup po-

travy. Prieskum medzi dospelými ženami v Severnej Amerike a Európe ukazuje, že zhruba každá stá či dvestá žena trpí anorexiou. Táto psychická porucha, ktorá sa vyskytuje takmer výlučne u dievčat a žien v rozvinutých západných štátoch a v Japonsku, je charakterizovaná mimoriadnym úbytkom hmotnosti, dosiahnutým dlhotrvajúcim hladovaním (Gordon 1990). Keď sa dodržiavanie diéty zmení na postenie a napokon na dobrovoľné hladovanie, anorektička sa spravidla vzdá bežných činností a vzťahov a s ešte väčšou vervou sa oddáva hladovke. Žena je posadnutá diétou, rátaním kalórií a kontrolou svojho obrazu v zrkadle.

Bulímia – ďalšia porucha podobného druhu – je charakterizovaná prejedaním sa a následným vyprázdnením pomocou umelo vyvolaného zvracania alebo pozitívneho prehľadania. Odhady na základe veľmi prísnych kritérií (prejedanie sa a prečisťovanie na základe týždňového cyklu, venovanie priveľkej pozornosti telesným tvarom a hmotnosti) ukazujú, že bulímia je najčastejšia medzi americkými stredoškôlkami a vysokoškôlkami a postihuje 3–5 percent týchto dievčat. Z toho vyplýva, že niekoľko miliónov mladých Američaniek má klinické problémy s bulímiou. Výskyt bulimie a anorexie v západnom svete narastá a táto tendencia zodpovedá rastúcemu zdôrazňovaniu štíhlosti ako kultúrneho a sexuálneho ideálu (Gordon 1990, Brumberg 1988).¹⁰

Rovnaká kultúrna posadnutosť štíhlosťou a spoločensky definovaný pojem krásy, ktoré vedú k poruchám stravovania, núti ženy v niektorých západných spoločnostiach vyhľadávať kozmetických chirurgov a podrobovať sa zákrokom, ktoré sú pre ich telesné zdravie často veľmi riskantné. Odhaduje sa, že temer dva milióny Američaniek sa podrobili operatívnemu zväčšeniu prs s priemernou cenou 4 000 USD za jednu operáciu. Po mnohých kontroverziách americký Vládny výbor pre výživu a liečivá (U. S. Food and Drug Administration) nedávno zakázal používať silikónové prsníkové implantáty na kozmetické účely v obave, že by výrobky zo silikónu mohli byť karcinogénne (implantáty sa i naďalej smú používať na rekonštrukciu prs po mastektómii). Navyše silikónové implantáty sťažujú zistenie rakoviny prsníka a pravdepodobne súvisia s určitými autoimúnnymi ochoreniami.

Tabuľka 4

Ženy vo veku 20–24 rokov, ktoré sa vydávali mladšie ako 15 rokov, vybrané štáty

Štát	Mali	Nigéria	Kamerun	Uganda	Libéria	Egypt*	Pakistan	Indonézia	Guatemala	Dominikánska republika	Mexiko	Trinidad a Tobago
Percento	21,3	26,7	26,7	17,8	16,6	15,0	11,4	10,0	12,6	9,0	6,2	6,0
Rok správy	1989/90	1990	1987	1991	1986	1987	1991	1987	1987	1988	1991	1990/91

a/ mladšie ako 16 rokov.

Zdroj: Selected Demographic and Health Surveys

3. Základné poznatky o násilí páchanom na ženách

Mnohé názory o násilí páchanom na ženách sú nepravdivé. Práve tieto názory sa napriek svojej skreslenosti zneužívajú s cieľom zabrániť uznaniu tohto problému a jeho riešeniu. Na odstránenie takýchto pomýlených predstáv ženské organizácie zostavili zoznam pravdivých údajov o domácom násilí, zozbieraných od odborníkov, ktorí sa zaoberajú problematikou rodovo podmieneného násilia. Táto kapitola prináša niektoré z najrozsiahlejších poznatkov a predkladá fakty, ktoré ich potvrdzujú. Pre stručnosť uvádzame len niekoľko príkladov, ktoré svedčia o ich pravdivosti.

Násilie hrozí ženám najväčšmi od mužov, ktorých poznajú

Na rozdiel od obrazu rodiny ako prístavu lásky a pochopenia údaje z celého sveta ukazujú, že dievčatá a ženy sú vystavené väčšiemu riziku násilia doma než kdekoľvek inde. Štúdia z roku 1987 o viac ako 2 000 prípadoch ublíženia na tele, zaregistrovaných v priebehu piatich mesiacov ženskou policajnou stanicou (Women's Police Station) v Sao Paole napr. zistila, že viac ako 70 percent všetkých ohlásených prípadov násilia spáchaného na ženách sa stalo doma. Takmer vo všetkých prípadoch bol násilníkom ženin manžel alebo milenec. V temer 40 percentách došlo aj k ťažkému ublíženiu na tele (American Watch 1991).

Túto skutočnosť potvrdil aj brazílsky celoštátny prieskum v domácnostiach (PNAD) z roku 1988, ktorý vykonal IBGE (Brazílsky zemepisný a štatistický ústav – Brazilian Institute for Geography and Statistics). Prieskum zistil, že zavraždených alebo fyzicky napadnutých Brazílčanov prepadol mimo domova predovšetkým známy alebo neznámy človek; naopak, zavraždené Brazílčanky sa stali obeťami osôb, ktoré dobre poznali. Iba na 10 percentách prípadov týrania mužov mali podiel príbuzní (vrátane manželiek); ženy boli týrané svojimi príbuznými vo viac ako polovici ohlásených prípadov fyzického násilia (American Watch 1991). 50 percent znásilnení ohlásených na 125 brazílskych ženských policajných staniách od januára 1991 do augusta 1992 spáchali rodinní príslušníci (Dimenstein 1992).

Nedávny prehľad o násilí páchanom na ženách

z USA, uverejnený v Journal of the American Medical Association, uvádza, že „štúdie svedčia o tom, že súčasne Američanky sú vystavené väčšiemu riziku prepadnutia a zranenia, znásilnenia alebo zabitia terajším alebo bývalým partnerom než všetkými ostatnými typmi násilníkov dohromady“ (Council on Scientific Affairs 1992, s. 3185). Kolumbijská štúdia z 80. rokov, spracovaná Bogotským ústavom súdneho lekárstva, zistila, že každý piaty prípad ublíženia na tele, predložený súdnemu lekárovi na posúdenie závažnosti, bol zavinený násilím zo strany manžela a 9 percent z hospitalizovaných prípadov boli ženy s ublížením na tele (OSN 1991). Štúdia hodnotiaca lekárske záznamy z nesúkromných pohotovostí a dvoch kliník v čílskom Santiagu zistila, že z 2 610 žien, ktoré tieto zariadenia navštívili v septembri a novembri 1986, 1 884 (takmer 73 percent) zranili rodinní príslušníci (OSN 1989).

Rodovo podmienené násilie sa vyskytuje vo všetkých sociálno-ekonomických skupinách

Hoci štúdie poukazujú na to, že násilie páchané na ženách prevažuje v chudobných a robotníckych rodinách, neustále potvrdzujú jeho výskyt aj v dobre situovaných a vzdelaných triedach, hoci nie v rovnako vysokom percente.

Násilie v rodine je prinajmenšom rovnako nebezpečné ako prepadnutie neznámym človekom

Násilie medzi dôverne známymi ľuďmi sa zväčša považuje za menej nebezpečné ako násilie na uliciach; v skutočnosti je to však často práve naopak. V USA viac ako 80 percent všetkých útokov vykonaných manželmi alebo bývalými manželmi malo za následok zranenia; 54 percent útokov vykonali neznámi útočníci. Na obeť manželského násilia pripadlo najvyššie percento vnútorných zranení a upadnutia do bezvedomia (Lentzner a DeBerry 1980, citované v Council on Scientific Affairs 1992).

Hoci sa aj ženy môžu správať násilnícky, väčšinu násilia, ktoré vedie k zraneniu, spáchajú muži na ženách

Podľa Uniform Crime Reports v USA 83 percent všetkých zatknutých sú muži, z čoho 99 percent bolo obvinených zo znásilnenia a 86 percent z trestných činov voči rodine a deťom (Flanagan a McGarrell 1986, citované in: Koss 1990). Prieskumy viktimizácie ukazujú, že viac ako 90 percent dospelých obetí znásilnenia v USA sú ženy (National Victimization Survey, citované in: Koss 1990). V analýze výsledkov Celostátnych prieskumov zločinov v USA

(U. S. National Crime Surveys) za roky 1973–1982 Schwartz prichádza k záveru, že „trinásťkrát viac žien [ako mužov] vyhladáva zdravotnícku pomoc u súkromných lekárov kvôli zraneniam, ktoré utrpeli v manželských potýčkach“ (Schwartz 1987, s. 67, citované in: Dobash a kol. 1992).

Prieskum viktimizácie v kanadských mestách (Canadian Urban Victimization Survey) z roku 1981 a Všeobecný sociálny prieskum (General Social Survey) z roku 1987 takisto potvrdili, že ženy boli väčšinou obeťami útokov svojich blízkych (Solicitor General of Canada 1985, Sacco a Johnson 1990, Kanadská štatistika 1990). Na základe prehľadu údajov z týchto prieskumov Johnson uzatvára, že „ženy tvoria 80–90 percent obetí útokov alebo sexuálnych útokov medzi manželmi alebo bývalými manželmi. V skutočnosti počet domácich útokov na mužov bol v oboch prieskumoch príliš nízky, aby sa dali urobiť spoľahlivé odhady.“

„Rodová“ podstata väčšiny násilných činov je zvlášť viditeľná v štatistike vrážd. Vo väčšine národov 80–90 percent páchatelov vrážd sú muži. Percento mužov, ktorých obeťami sú dospelé ženy, je dokonca ešte vyššie: v Kanade 95 percent zabijakov žien (15-ročných a starších) sú muži (Gartner a McCarthy 1991).

V porovnaní s touto vzorkou ženy naopak tvoria významné percento tých, čo zanedbávajú alebo fyzicky týrajú svoje deti – čiastočne preto, že ženy zvyčajne nesú hlavnú zodpovednosť za starostlivosť o malé deti a ich výchovu. Pravdepodobné obeť fyzického týrania sú rovnako chlapci ako dievčatá. V prípade sexuálneho zneužívania detí však nie: drvivá väčšina zneužívania je zameraná na mladé dievčatá, pričom zneužívateľmi sú starší muži. V USA pripadá 78 percent dokázaných sexuálnych zneužití detí na dievčatá (Wyatt a Powell 1988). V juhoafrickom Durbane bolo spomedzi 37 indických obetí sexuálneho zneužívania detí, potvrdeného lekármi v Nemocnici R. K. Khana, 92 percent dievčat. Až na jedného boli všetci páchatelia muži, z toho dve tretiny rodinní príslušníci (Haffjee 1991). A kostarické služobné štatistiky ukazujú, že 94 percent obetí sexuálneho zneužívania detí sú dievčatá a 96 percent páchatelov sú muži (Claramunt 1991).

Násilie v rodine má tendenciu časom sa stupňovať

Ženské združenia, ktoré v rozvinutých i rozvojových štátoch poskytujú služby obetiam násilia v rodinách, potvrdzujú, že týranie v rodine má sklon nadobúdať rôznorodé podoby a časom sa stupňovať. Najdostupnejšie údaje ilustrujúce toto tvrdenie sú z USA. Zoberte do úvahy nasledujúce skutočnosti:

- Štúdie o týraných ženách v USA ukázali, že väčšina – 73–85 percent – pred vydajom nepoznala fyzické násilie. Po sobášii sa frekvencia a krutosť násilia začala stupňovať (Browne 1987).
- Údaje z dvoch reprezentatívnych prieskumov v Texase vykazujú mnohonásobné týranie. 74,6 percenta žien, ktoré uviedli, že boli fyzicky týrané vo veku vyššom ako 18 rokov, trpelo aj špeciickým druhom psychického týrania a 34,3 percenta bolo aj sexuálne zneužívaných (Teske a Parker 1983, Grant, Preda a Martin 1989).
- V štúdiu z nemocnice Yaleovej univerzity Stark a Flitcraft zistili, že temer každá piata bitá žena najmenej 11 x vyhľadala lekársku pomoc pre trauma. Ďalších 23 percent navštívilo nemocnicu so 6–10 zraneniami spojenými s týraním. Vo väčšine týchto prípadov ošetrojúci lekár nikdy neidentifikoval týranie ako príčinu zranení (Stark a kol. 1981).

Na rozdiel od prevládajúcej mienky väčšina násilníkov nie je duševne chorá

Štúdie o násilníckych mužoch v USA indikujú, že len niekoľkí vykazujú diagnostikovateľnú duševnú poruchu (Maiuro a kol. 1988), pričom nejde o jeden druh porúch (Bograd 1984). Násilie páchané na ženách skutočne potvrdzuje, že muži, ktorí týrajú ženy a dievčatá, nie sú duševne chorí. Mnohí násilníci robia len to, čo považujú za svoje prirodzené právo na dosiahnutie dominancie nad ženami.

Psychické a emocionálne týranie môže mať rovnako ničivé následky ako fyzické týranie

Pracovníci s obeťami násilia v rodinách udávajú, že ženy často považujú psychické týranie a ponižovanie za horšie ako fyzické týranie. Podrobná štúdia 127 bitých žien v Írsku, ktoré odpovedali na otázku „Čo je na bitke najhoršie?“, uvádza týchto päť najčastejších odpovedí: duševné utrpenie (30), život v strachu a hrôze (27), fyzické násilie (27), depresia a úplná strata dôvery (18) a následky na deťoch (17) (Casey 1988).

Alkohol prispieva k násiliu, ale nie je príčinou násilia páchaného na ženách

V niekoľkých spoločnostiach a subkultúrach sa zdá, že týranie manželiek sa vyskytuje najmä v spojení s pozitím alkoholu alebo drog alebo obidvoch, ale v mnohých iných sa alkohol vyskytuje zriedka. V štúdiu 90 menších spoločností Levinson (1989) zistil, že v ôsmich je alkohol, ktorý muži požili,

hlavnou zložkou následných udalostí vedúcich až k bitke manželiek a v piatich má na nich svoj podiel sporadicky. V ďalších 77 spoločnostiach hrá pozitie alkoholu pri týraní malú alebo nijakú úlohu.

Výskumy v USA ukazujú, že násilníci s ťažkými problémami s alkoholom týrajú svoje partnerky vtedy, keď sú opití, aj keď sú triezvi. Títo muži sa častejšie správajú násilnícky a partnerkám spôsobujú ťažšie zranenia než násilníci bez problémov s alkoholom (Frieze a Browne 1989). Takže riešenie prvotného problému s alkoholom môže zredukovať výskyt a krutosť týrania, ale zriedka násilie odstráni. Muži i ženy často používajú stratu zábran zapríčinenú vplyvom alkoholu na ospravedlnenie správania, ktoré by inak nebolo tolerované.

V niektorých spoločnostiach násilie páchané na ženách neexistuje

Hoci násilie páchané na ženách sa vyskytuje takmer vo všetkých kultúrach, sú spoločnosti, v ktorých rodovo podmienené násilie neexistuje. Vo svojom etnografickom prehľade 90 roľníckych a menších spoločností Levinson (1989) uvádza, že v šestnástich „v podstate nepoznajú násilie v rodine“. A Sanday (1981) zisťuje, že existujú spoločnosti, v ktorých nepoznajú znásilnenie. Takéto kultúry – hoci ich je málo – sú dôkazom, že násilie páchané na ženách nie je nevyhnutné.

4. Zdravotné následky rodovo podmieneného násilia

V ostatných rokoch sa výskum čoraz častejšie zameriava na následky, ktoré násilie páchané na ženách má na duševné a telesné zdravie obetí, a na problém, ktorý tým vzniká zdravotníctvu. Hoci väčšina výskumu sa robí v rozvinutých štátoch, lekári a právnici z rozvojových krajín potvrdzujú, že literatúra, ktorá sa opiera o údaje z USA, zodpovedá ich skúsenostiam s bitými ženami a so ženami, ktoré prežili sexuálny útok a týranie.

Keď vezmeme do úvahy túto literatúru a odhady výskytu rodovo podmieneného násilia v rozličných častiach sveta, začína byť jasný veľký význam zdravotných problémov spôsobených násilím. Hádám najlepší odhad týchto problémov prináša pokusný model Svetovej banky pre ročenku World Development Report, ktorá sa v roku 1993 zamerala na oblasť zdravia. Pracovníci Svetovej banky a externí experti odhadovali stratu zdravých rokov života mužov a žien z rôznych príčin. Každý rok stratený v dôsledku predčasnej smrti počítali za jeden odhadnutý rok nespôsobilosti (DALY) a každý rok strávený v chorobe alebo nespôsobilosti ako zlomok DALY, ktorého hodnota závisela od závažnosti nespôsobilosti.

Z tejto analýzy, rozčleneney podľa regiónov a vekových skupín, vyplýva, že znásilnenie a domáce násilie sú významnou príčinou postihnutia a úmrtia u žien v reprodukčnom veku tak v rozvinutých, ako aj v rozvojových štátoch (pozri prílohu C). Vo vyspelých trhových ekonomikách rodovo podmienená viktimizácia obetí zapríčiňuje, že každý piaty rok žien vo veku 15–44 rokov pripadá na chorobu. Pri prepočítaní na osobu vychádza, že zdravotné problémy žien v reprodukčnom veku, zapríčinené znásilnením a domácim násilím sú zhruba rovnaké v rozvinutých aj v rozvojových štátoch, ale pretože celkové zdravotné problémy sú v rozvojových štátoch oveľa väčšie, na rodovo podmienenú viktimizáciu obetí pripadá menšie percento.

Svetová banka odhaduje, že znásilneniu a domácejmu násiliu možno pripísať stratu 5 percent zdravých rokov života žien v reprodukčnom veku v rozvojových krajinách. V štátoch ako Čína, kde je úmrtnosť matiek a chorobnosť zapríčinená chudobou relatívne pod kontrolou, strata zdravých rokov zapríčinená znásilnením a domácim násilím takisto tvorí vysoké percento – 16 percent. V celosvetovom meradle sú zdravotné problémy zapríčinené rodovo podmienenou viktimizáciou medzi ženami vo veku 15–44 rokov porovnateľné s tými, ktoré zapríčinili iné rizikové faktory alebo choroby, ktoré sa vyskytu-

jú v celosvetovej agende na popredných miestach, vrátane vírusu spôsobujúceho imunodeficienciu u ľudí (HIV), tuberkulózy, sepsy pri pôrode, rakoviny a kardiovaskulárnych chorôb (tabuľka 5).

Nasledujúca časť je venovaná dlhodobým a krátkodobým účinkom rôznych typov týrania na zdravie. Rámček 3 obsahuje vplyvy na zdravie, ako sú uvedené v literatúre.

Tabuľka 5

Odhad zdravotných problémov žien vo veku 15–44 rokov, spôsobených určitými podmienkami v celosvetovom meradle

Príčina	DALY (v miliónoch)
Materstvo	29,0
Sepsa	10,0
Obštruovaný pôrod (pôrod pri mechanickej prekážke v pôrodných cestách)	7,8
Pohlavne prenášané choroby (okrem HIV)	15,8
Zápalové ochorenia panvy	12,8
Tuberkulóza	10,9
HIV	10,6
Kardiovaskulárne ochorenia	10,5
Zdravotné následky znásilnenia a domáceho násilia ^a	9,5
Všetky druhy rakoviny	9,0
Rakovina prsníka	1,4
Rakovina krčka maternice	1,0
Automobilové nehody	4,2
Vojna	2,7
Malária	2,3

a/ Znásilnenie a domáce násilie je sem začlenené pre porovnanie. Tvoria rizikový faktor pre také choroby ako pohlavne prenášané choroby, depresia a zranenia, ale nie sú priamo príčinou samotných chorôb.
Zdroj: Svetová banka 1993.

Rámček 3

Zdravotné následky rodovo podmieneného násilia

Bez smrteľných následkov

Následky na telesnom zdraví

Pohlavne prenášané choroby

Zranenia

Zápalové ochorenia panvy

Nechcené tehotenstvo

Potrat

Chronická bolesť v panve

Bolesti hlavy

Gynekologické problémy

Alkoholizmus, toxikománia

Astma

Syndróm dráždivých čriev

Zdraviu škodlivé správanie (fajčenie, sex bez ochrany)

Dočasné alebo trvalé postihnutie

Následky na psychickom zdraví

Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Depresia

Úzkosť

Sexuálna dysfunkcia

Poruchy v prijímaní potravy

Viacnásobná porucha osobnosti

Nurkavo-obsedantná porucha

So smrteľnými následkami

Samovražda

Vražda

Vplyv týrania zo strany intímnych partnerov na zdravie

Týranie žien intímnymi partnermi má vplyv na telesné i duševné zdravie. Medzi telesné následky patria zranenia a množstvo ťažšie definovateľných somatických problémov. V USA 22–35 percent žien, ktoré navštívili mestskú zdravotnú pohotovosť, prejavovalo symptómy dlhodobého týrania (Council on Scientific Affairs, American Medical Associa-

tion 1992). Reprezentatívny prieskum v Texase zistil, že 24 percent žien, ktoré boli niekedy týrané, muselo pre týranie vyhľadať lekársku pomoc (Teske a Parker 1983).

Zranenia spôsobené týraním zahŕňali pomliaždeniny, rezné rany, podliatiny pod očami, otras mozgu a zlomeniny. Týranie vedie aj k potratom a k trvalým zraneniam, napr. k poškodeniu kĺbov, čiastočnej strate sluchu alebo zraku, jazvám po popáleninách, pohryznutiach alebo rezných ranách nožom. V Bangladéši a v určitých oblastiach Latinskej Ameriky spôsobuje oblievanie kyselinou – forma týrania, ktorú čoraz častejšie používajú pomstychtiví milenci – trvalé zohavenie. Týrané ženy okrem zranení často trpia bolesťami hlavy, svalov, bolesťami v brušnej oblasti, opakovanými infekciami pošvy a poruchami stravovania a spánku. Dve štúdie – jedna zahŕňa prieskum 390 náhodne vybraných žien z USA a druhá 2 000 náhodne vybraných žien z Nového Zélandu – zistili, že telesné aj duševné zdravie týraných žien bolo výrazne horšie ako netýraných (Koss, Koss a Woodruff 1991, Mullen a kol. 1988). Nedávny výskum uverejnený v Journal of the American Medical Association ukazuje, že týranie môže vplyvať na telesné zdravie aj oneskorene a môže vyvolať napr. artritídu, vysoký tlak a srdcové choroby (Council on Scientific Affairs 1992).

Kvantitatívne údaje o zdravotných následkoch násilia z rozvojových štátov sú menej dostupné, ale množstvo dôkazov z krízových centier a policajných správ, ako aj etnografický výskum ukazujú, že aj v týchto štátoch je násilie významnou príčinou zranení a zlého zdravotného stavu. V štúdiu o takýchto prípadoch z Číny, ktorá bola predložená na zasadnutí skupiny expertov OSN pre domáce násilie, sa uvádza, že v roku 1984 domáce násilie spôsobilo v Šanghaji 6 percent úmrtí a vážnych zranení (Wu 1986). Trojmesačné pozorovania v egyptskej Alexandrii poukazujú na to, že domáce násilie bolo najčastejšou príčinou 27,9 percent návštev zranených žien v oblastných traumatologických staniách (Graitcer, osobné pohovory 1994). A 18 percent vydatých žien skúmaných v mestských oblastiach Papuy Novej Guiney potrebovalo nemocničné ošetrenie zranení, ktoré im spôsobili manželia. Ako si všimla Christine Bradley zo štátneho výboru pre právnu reformu: „V Papui Novej Guinei, kde majú mnohé ženy vinou malárie zväčšenú pečeň, stačí na ich zabitie jediný úder.“ (1988, s. 3.)

Pre mnohé ženy sú však psychické následky týrania horšie ako telesné. Strach, úzkosť, únava, posttraumatická stresová porucha¹¹ a poruchy spánku a prijímania potravy sú bežnými dlhodobými reakciami na násilie. Týrané ženy sa môžu stať závislými, ľahko ovplyvniteľnými a môžu stratiť schopnosť samostatného rozhodovania. Okrem duševných následkov násilia ženy trpia aj vzťahom k násilníkovi. Právne, finančné a citové putá, ktorý-

mi sú obeť manželského násillia viazané k páchatelovi, posilňujú ich pocity zraniteľnosti, prehry, zradu a beznádeje. Týrané ženy sú často osamelé a vyhýbajú sa spoločnosti, pretože sa snažia utajiť známky týrania.

Neprekvapuje teda, že následky týrania manželiek sú jedným z hlavných zdravotných problémov. U bitých žien v USA je štyri- až päťkrát väčšia pravdepodobnosť, že sa budú liečiť na psychiatrii, než u nebitých žien a päťkrát väčšia pravdepodobnosť, že sa pokúsia o samovraždu (Stark a Flitcraft 1991). Asi tretina bitých žien trpí ťažkými depresiami a niektoré sa stanú závislé od alkoholu a drog¹². Miller uvádza (1990), že násillie v partnerstve je najsilnejším prediktorom alkoholizmu žien, dokonca silnejším než také premenné ako výška príjmu, výskyt násillia v pôvodnej rodine a alkoholizmus manžela/partnera. Navyše štúdie ukazujú, že väčšina bitých alkoholičiek začala piť viac, keď ich manželia začali týrať (Amaro a kol. 1990, Stark a kol. 1981).

Vzťah medzi bitkou a psychickou dysfunkciou vážne ovplyvňuje aj ženskú úmrtnosť, a to zvýšeným rizikom samovrážd. Po preskúmaní materiálu z USA došli Stark a Flitcraft k záveru, že „týranie môže byť hlavnou z doteraz identifikovaných príčin pokusov žien o samovraždu“ (1991, s. 141). Štvrtina pokusov o samovraždu u Američaniek – a polovici všetkých pokusov o samovraždu u Afroameričaniek – predchádzalo týranie (Stark 1984).

Counts dochádza v medzikultúrnom prieskume samovrážd k rovnakému záveru a tvrdí, že kultúra niektorých afrických, oceánskych a juhoamerických spoločností uznáva samovraždy žien za správanie, ktoré umožňuje „politicky bezmocným ... mstiť sa tým, ktorí urobili ich život neznesiteľným“ (1987, s. 195). Tento argument potvrdzujú nálezy v afrických, peruánskych, papuánskonovoguinejských a melanézskejších spoločnostiach. V rodinách Indov z Fidži bolo v 41 percentách príčinou samovráždy manželské násillie (Haynes 1984).

Samovražda nie je bezvýznamná smrť. Svetová banka odhaduje, že na strate zdravých rokov života žien na čínskom vidieku má samovražda podiel 30 percent (Bobadilla, osobné rozhovory 1993). Toto zistenie zodpovedá správam o masových samovráždach čínskych vidiečaniek, ktoré prinútili vydať sa proti svojej vôli (a často násillie) alebo ktoré manželovi predali (bez vena, 1991). V Srí Lanke, v štáte, kde majú dostatočne presnú štatistiku úmrtnosti, je percento úmrtí mladých žien vo veku 15–44 rokov v dôsledku samovráždy päťkrát vyššie ako percento úmrtí zapríčinených infekčnými chorobami a 55 krát vyššie ako percento úmrtí zapríčinených komplikáciami pri pôrode (WHO 1985).

Tri štúdie z Indie potvrdzujú podobnú súvislosť medzi manželským násillím a samovráždami žien. Ročné štúdium dokonaných samovrážd v Dillí odhalilo, že 46 percent z nich spáchali muži a 54 percent ženy. Ako najbežnejší faktor, ktorý ich dohnal

k samovražde, sa v ňom uvádzajú nezhody v manželstve a zlé zaobchádzanie zo strany manžela a jeho príbuzných. Ďalšia štúdia analyzovala všetky prípady samovrážd, ktoré v roku 1978 zaznamenala policajná stanica v Madrase. Najviac samovrážd spáchali ženy vo veku 15–20 rokov. Pri dvoch tretinách vydatých žien, ktoré spáchali samovraždu, upiedli ako príčinu „nezhody s manželom-alkoholikom alebo toxikomantom“. Tretia štúdia – o samovráždach v Daspure – zistila, že najviac samovrážd spáchali ženy vo veku 15–24 rokov a najbežnejší faktor, ktorý ich dohnal k samovražde, bola „hádky s manželom“ (citované in: Paltiel 1987).

Súvislosť medzi domácim násillím a vraždami je hádam ešte väčšia. Údaje z mnohých štátov dokazujú, že domáce násillie je hlavným rizikovým faktorom pri vraždách žien i vraždách vykonaných ženami. Nedávny prehľad manželských vrážd v USA, uverejnený v American Journal of Public Health, uvádza, že „výskum vrážd medzi intímnyimi partnermi ukazuje, že im často predchádzalo fyzické týranie zamerané na ženy, a niekoľko štúdií potvrdilo, že veľkú časť žien uväznených za zabitie manžela ich manželia fyzicky týrali“ (Mercy a Saltzman 1989, s. 597). V Kanade 62 percent žien zavraždených v roku 1987 zomrelo rukou intímneho partnera (Canadian Centre for Justice Statistics 1988). V prvých 11 mesiacoch roka 1992 bolo v brazílskom štáte Pernambuco zavraždených 415 žien, z toho 70 percent intímnyim partnerom (Dimenstein 1992). 42 zo 100 vrážd v Izraeli (okrem obsadeného územia) v roku 1991 pripadalo na ženy zavraždené manželom alebo milencom (Nevo 1993). V Papui Novej Guineji sa temer 73 percent dospelých žien, ktoré boli v rokoch 1979–1982 zavraždené, stali obeťami svojich manželov (Bradley 1988). Štúdie z rôznych kultúr – vrátane Kanady, Papuy Novej Guineji a USA – potvrdzujú, že ženy zabijú mužov často v sebaobrane a zvyčajne po dlhých rokoch stupňujúceho sa násillia (Browne 1987, Walker 1989, Canadian Centre for Justice Statistics 1988, Bradley 1988, Kellerman a Mercy 1992).

Súvislosť medzi násillím v intímnych vzťahoch a vraždami je zvlášť viditeľná v Indii, kde od roku 1979 rastie počet úmrtí žien upálením, čo možno pripísať komercializácii nárokov na vena (Pawar 1990). Mladá nevesta môže byť vystavená krutému týraniu zo strany manžela a jeho príbuzných, ak jej rodina nevyhoví neustálym požiadavkám na vyplatenie ďalších peňazí. Častým trikom je zapáliť ženu poliatu technickým benzínom a potom tvrdiť, že zomrela pri nehode v kuchyni – odtiaľ pochádza termín upálenie nevesty. V roku 1990 polícia v Indii oficiálne zaznamenala 4 835 úmrtí spojených s venom, ale vládne pramene uvádzajú, že tento počet ani zďaleka nezodpovedá skutočnosti (Kelkar 1992). V mestskej Maharaštre a veľkom Bombaji každé piate úmrtie ženy vo veku 15–44 rokov zavini-la „nehoda s následným upálením“. Pre vek 15–24 rokov je to každé štvrté úmrtie (Karkal 1985).

Zdravotné následky znásillenia a sexuálneho zneužívania

Sexuálny útok môže zapríčiniť jednak telesné zranenie, jednak hlbokú emocionálnu traumu. Štúdia o znásillení vo vidieckych a mestských oblastiach Bangladéša uvádza, že 84 percent obetí znásillenia utrpelo ťažké zranenia alebo upadlo do bezvedomia, duševne ochorelo alebo zomrelo (Shamim 1985). Ženy, ktoré prežili znásillenie, prejavujú rozličné symptómy vyvolané traumou – nočné mory, depresie, neschopnosť sústrediť sa, poruchy spánku a prijímania potravy, pocity hnevu, poníženia a sebaobviňovanie. Navyše 50–60 percent obetí prežíva ťažké sexuálne problémy, vrátane strachu zo sexu, problémov so sexuálnym vzrušením a poklesu sexuálnych funkcií (Burnam a kol. 1988, Becker a kol. 1986, Becker a kol. 1982).

Zhubný vplyv znásillenia neprekvapuje, ak vezmeme do úvahy fyzické, psychické a morálne zlo, ktoré obeti spôsobuje (Breslau a kol. 1991, Herman 1992). Štúdia z USA zistila, že obeť znásillenia vykazovali deväťkrát väčší sklon k pokusom o samovraždu a pravdepodobnosť, že budú trpieť hlbokou depresiou, je dvakrát vyššia ako u tých, ktoré takýmto obeťami neboli (Kilpatrick 1990). Následné štúdie ukázali, že ženy, ktoré prežili znásillenie, vykazujú vyššie percento pretrvávajúcej posttraumatickej stresovej poruchy než obeť iných tráum (Norris 1992). Niektorí odborníci sa domnievajú, že ženy, ktoré sa stali obeťami sexuálneho útoku a týrania, tvoria najväčšiu skupinu trpiacu posttraumatickou stresovou poruchou, a znásillenie považujú za jednu z udalostí, ktoré takmer isto spôsobia posttraumatickú stresovú poruchu (Foa, Olasov a Steketee 1987).

Štúdie, ktoré sledujú obeť dlhší čas, svedčia o tom, že traumatické následky znásillenia môžu pretrvávať dlhé roky. Štúdia, ktorá mala potvrdiť spoľahlivosť testu symptómov prežitého znásillenia, ukazuje, že test dokáže odlišiť symptómy obetí znásillenia od ostatných symptómov až do obdobia troch rokov po znásillení (Kilpatrick 1988). Podľa štúdií z USA každá štvrtá žena ešte aj štyri až šesť rokov po znásillení prejavuje symptómy dysfunkčnosti (Hanson 1990, Burgess a Holmstrom 1979). V inej vzorke 60 percent obetí sexuálneho útoku uvádzalo aj po troch rokoch sexuálnu dysfunkciu (Becker a kol. 1986). Aj po dlhých rokoch je väčšia pravdepodobnosť, že sa u znásillenených žien prejavia 10 rozličných psychiatrických diagnóz, vrátane hlbokkej depresie, alkoholizmu, posttraumatickej stresovej poruchy, toxikománie, obsesívno-kompulzívnej poruchy, bližšie nešpecifikovanej úzkosti, poruchy prijímania potravy, viacnásobnej poruchy osobnosti a hraničnej poruchy osobnosti. Percento relatívneho rizika týchto diagnóz u obetí znásillenia a sexuálneho útoku je približne dvojnásobne väčšie (Koss 1990).

Okrem telesného zranenia a emocionálnej traumy sú znásillené ženy vystavené aj riziku pohlavne prenášaných chorôb, vrátane syndrómu získanej imunodeficiencie (AIDS). Centrum na pomoc obeťam znásillenia v thajskom Bangkoku uvádza, že 10 percent jeho klientiek sa pri znásillení nakazilo pohlavne prenášanou chorobou (Archavanitkui a Pramualratana 1990). V USA sa do júla 1992 temer tucet žien nakazil pri znásillení AIDS a dvakrát toľko detí sa nakazilo AIDS pri sexuálnom zneužívaní (Dattel 1992).

Ďalším závažným problémom je nechcené tehotenstvo. Mexické krízové centrá pre obeť znásillenia uvádzajú, že 15–18 percent ich klientiek otehotnelo v dôsledku znásillenia, čo zodpovedá údajom z Kórey a Thajska (COVAC 1990, CAMVAC 1985, Archavanitkui a Pramualratana 1990, Shim 1992). Mexické obeť znásillenia majú viac možností na výber ako obeť v iných krajinách: nový zákon stanovuje, že sudcovia musia rozhodnúť o žiadosti znásillenej ženy o prerušenie tehotenstva do piatich pracovných dní. Ale v krajinách, kde je prerušenie tehotenstva nezákonné dokonca aj v prípade znásillenia, alebo kde je bezpečné prerušenie tehotenstva nedostupné alebo prohibične drahé, tisíce žien musia trpieť dvojnásobným ponížením – znásillením a nevyhnutnosťou porodiť dieťa splodené násillníkom.

Následky znásillenia sú pre jeho obeť veľmi kruté najmä v spoločnostiach, kde sa vysoko cení panenstvo. Mnoho afrických, ázijských a strednovýchodných kultúr stotožňuje hodnotu ženy s jej panenstvom. Ako Fauveau a Blanchet uvádzajú vo svojej priekopníckej štúdiu o zraneniach vo vidieckom Bangladéši, „o predmanželskom pohlavnom styku sa predpokladá, že zničí prirodzenosť tela a osobnú morálku žien... dokonca aj vtedy, keď sa stali obeťami znásillenia. Ich pošínenú povosť nemožno očistiť.“ (1989, s. 1125.) Štúdia spomína viacero prípadov, keď ženy boli bité a zavraždené alebo dohnané k samovražde, pretože znásillenie alebo nelegitímne tehotenstvo vrhlo na ich rodiny hanbu. Ich štúdia odhalila, že u slobodných mladistvých dievčat sa vyskytuje o 130 percent viac úmrtí v dôsledku samovráždy, vraždy, sexuálneho útoku a komplikácií po umelelom prerušení tehotenstva ako u vydatých mladých žien v rovnakom veku; toto zistenie zapadá do ich kvalitatívnych údajov, z ktorých vyplýva, že násillie spáchané na znásillenených a slobodných tehotných dievčatách je úmyselné (Acasadi a Johnson-Acasadi 1990). Zo štúdie o vraždách žien v egyptskej Alexandrii vyplýva, že 47,1 percenta žien zavraždil príbuzný potom, čo boli znásillené (Graitcer a Youssef 1993).

Výskum v USA ukázal, že asi pätina sexuálne zneužitých detí má vážne, dlhotrvajúce psychické následky (Browne a Finkelhor 1986). Patria medzi ne disasociačné reakcie a iné prejavy posttraumatickej stresovej poruchy, ako napr. chronické sexuálne vzrušenie, nočné mory (flashbacky), spomienky na traumatizujúci zážitok dlhý čas po pôvodnom zážitku a citová otupenosť. Burnam a kol. (1988) za použitia rôznorodých techník ukázali, že ženy, ktoré boli v detstve sexuálne zneužívané, boli dvojnásobne náchylnejšie na psychickú chorobu ako ich nezneužívané rovesníčky (58,6 percenta oproti 24,0 percenta). (Prieskum v losangeleskej spádovej oblasti je projekt na skúmanie psychického zdravia, ktorý sponzoruje National Institute of Mental Health.) Zdá sa, že mimoriadne veľké riziko dlhodobých následkov sa vyskytuje u obetí otcov a otcí-mov, ak pri zneužívaní došlo ku genitálnemu kontaktu a ak obťažovanie bolo násilné (Browne a Finkelhor 1986).

Je ťažké jasne odlišiť telesné a duševné následky sexuálneho zneužívania, pretože dlhodobé psychické komplikácie sa často prejavujú ako telesné problémy. Obmedzený výskum somatických následkov sexuálneho zneužívania detí svedčí o súvislosti s chronickými bolesťami v oblasti panvy, bolesťami hlavy, astmou a gynekologickými problémami (Koss a Heslet 1992). Nedávny výskum dal do súvisu sexuálne zneužívanie detí aj s takými gastrointestinálnymi poruchami ako syndróm dráždivých čriev a chronické bolesti v brušnej oblasti. Tieto poruchy, ktoré nemajú jasne určenú patogenézu, sa vyskytujú častejšie u žien ako u mužov a spôsobujú značné zdravotnícke a ekonomické problémy. V USA sú to zasa najčastejšie gastrointestinálne diagnózy stanovené na poliklinikách a v gastroenterologických ambulanciách (Drossman a kol. 1990).

Ak sa žena stala v ranom veku obeťou sexuálneho násillia, môže sa stať, že neskôr nebude schopná brániť sa, nebude si uvedomovať svoju hodnotu ani hranice osobnosti a bude mať väčší sklon akceptovať viktimizáciu ako súčasť ženstva. Tieto následky môžu zvýšiť možnosť, že sa v budúcnosti opäť stane obeťou násillia (Koss 1990). Rané traumatické sexuálne skúsenosti súvisia so zvýšeným rizikom znásillenia vysokoškôľáčok (Koss a Dinero 1989). Podobne v Brierovej vzorke 49 percent obetí sexuálneho zneužívania v detstve uviedlo, že ich v dospelosti partner bil; v skupine žien, ktoré neboli obeťami sexuálneho zneužívania v detstve, to bolo 18 percent (Briere 1984, citované in: Browne a Finkelhor 1986). Russell (1986) dokladá, že 68 percent obetí incestu uvádza, že v staršom veku boli obeťami znásillenia alebo pokusu o znásillenie (okrem incestuózneho znásillenia); v kontrolnej skupine tých, ktoré neboli obeťami sexuálneho násillia, to bolo 17 percent.

Nedávne štúdie dávajú ranú sexuálnu viktimizáciu do súvisu aj s vysoko rizikovým správaním v dospievaní a dospelosti, vrátane nadmerného požívania drog a alkoholu, nechráneného sexu s mnohými partnermi, prostitúcie a tehotenstva v mladistvom veku (Zierler a kol. 1991, James a Meyerding 1977, Boyer a Fine 1992). Rozličné štúdie dávajú do súvislosti sexuálne zneužívanie detí s ich neskorším alkoholizmom, najmä u žien (Dembo 1987, Jellinek, Murphy a Poitras 1992, Blane, Miller a Leonard 1988). Mimoriadne dobre spracovaná viacnásobná regresná analýza (Miller, Downs a Test, v tlači) zistila, že u žien liečených na alkoholizmus bolo percento viktimizácie v detstve bolo oveľa vyššie ako u žien liečených na iné psychické problémy, u bitých žien bez problémov s alkoholom a žien z bežnej populácie bez problémov s alkoholom. Tieto zistenia sú významné dokonca aj po zohľadnení demografických a rodinných rozdielov, vrátane alkoholizmu rodičov.

Výskumníci Debra Boyer a David Fine (1992) takisto zistili významné spojenie medzi sexuálnym zneužívaním detí a tehotenstvom v mladistvom veku na vzorke 535 mladistvých matiek v štáte Washington. V porovnaní s mladistvými, ktoré otehotneli, ale predtým neboli sexuálne zneužívané, sexuálne zneužívané adolescentky začínajú s pohlavným životom o rok skôr, zväčša užívajú drogy a alkohol a zriedkavejšie používajú antikoncepciu. Počet zneužitých mladistvých dievčat, ktoré dôveria partneri bili, i tých, ktoré vykonávali sex za peniaze, drogy alebo za ubytovanie, bol takisto väčší. Zneužívané ženy mali prvý sexuálny styk v priemere vo veku 13,8 roka (v bežnej populácii je to 16,2 roka). Iba 28 percent zneužitých mladistvých použilo pri prvom pohlavnom styku antikoncepciu – na rozdiel od 49 percent svojich rovesničiek.

Zdravotné následky genitálnej mutilácie

Zdravotné komplikácie po zmrzačení genitálií môžu byť veľmi vážne, najmä pre ženy, ktoré sú infibulované. Štúdia zo Sierra Leone odhalila, že 83 percent všetkých obrezaných žien muselo vyhľadať lekársku pomoc pre problémy, ktoré nastali v súvislosti s týmto zákrokom (Hosken 1988). Bezprostredné riziko pri klotoridektómii a infibulácii je rovnaké: krvácanie klotorálnej artérie, infekcia, neotekanie moču, tetanus alebo otrava krvi od nesterilných a často primitívnych rezných nástrojov (nôž, žiletka, úlomok skla). Bolesť pri zákroku, často vykonávanom bez anestézie, môže spôsobiť, že dievčatká upadnú do šoku.

Infibulované ženy zvyčajne trpia dlhšími a ťažšími zdravotnými následkami ako ženy po excízii. Infibulácia si vyžaduje extenzívnejšie vyrezávanie a šitie, a preto predstavuje oveľa väčšie riziko krvácania a infekcie. A čiastočné prekrytie vaginálneho a ure-

rálneho otvoru vyvoláva ďalšie problémy spojené so zadržívaním moču a menštruačnej krvi, napr. chronickú infekciu močového traktu, kamene v močovej rúre alebo v mechúre, pretrvávajúcu bolesť v chrbte a menštruačné bolesti, nepravidelnú menštruáciu a opakované infekcie reprodukčných orgánov. V ojedinelých prípadoch môžu tieto infekcie spôsobiť sterilitu, čo má pre ženy ďalekosiahle následky, pretože ich hodnota je väčšinou vyjadrená schopnosťou rodiť deti.

Infibulácia odsudzuje ženy na kolotoč bolesti, rezania a opätovného zošívania, aby boli schopné sexuálneho života a rodenia. Infibulované ženy sa neraz musia počas svadobnej noci narezať, aby boli schopné pohlavného styku, a opäť pred pôrodom, aby mohli porodiť. Pohlavný styk je pre ne často bolestivý, pričom pocit bolesti má jednak telesný, jednak psychický pôvod. Infibulácia ohrozuje matku i dieťa pri pôrode. Každá z 33 infibulovaných žien sledovaných v somálskej nemocnici Benadir sa musela podrobiť rozsiahlej epiziotómii počas pôrodu, všetky mali druhú fázu pôrodu päťkrát dlhšiu ako normálne, päť detí zomrelo a 21 trpelo na nedostatok kyslíka pre dlhý, obštruovaný pôrod (pôrod pri mechanickej prekážke v pôrodných cestách) (Warsame 1988). Väčšinu žien po pôrode opätovne infibulovali a rekonštruovali im malý vaginálny otvor. Po čase tento opakovaný chirurgický zákrok zmení genitálnu oblasť na tvrdé, nepoddajné zjazvené tkanivo.

Hoci ženy po excízii zvyčajne majú menej dlhotrvajúcich komplikácií než infibulované ženy, aj klotoridektómia predstavuje vážne riziko. Pomerne veľa žien po excízii bude po celý život trpieť nepretržitými infekciami, bolesťami, krvácaním a abscesmi. Takisto im hrozia vážne psychické následky. Psychickým problémom zavinенým mrzačením genitálií venujú výskumníci malú pozornosť, ale klinici v niektorých prípadoch uvádzajú vážnu dlhodobú úzkosť a psychickú dysfunkciu. Na základe skúsenosti zo Sudánu dr. Nahid Toubia uvádza niekoľko bližšie nešpecifikovaných psychických problémov, depresie a letargiu obrezaných žien, ktoré veľmi pripomínajú psychické problémy bežné u sexuálne zneužitých alebo znásillnených žien v USA: „Tisíce žien [v Sudáne] prichádzajú do ambulancií pôrodnícko-gynekologických oddelení s vážnymi chronickými symptómami, o ktorých metaforicky hovoria, že vychádzajú z panvy. Lekári a zástupcovia nemocnice považujú tieto ženy za veľkú mrzutosť a finančnú záťaž, pretože nemajú žiadne viditeľné patologické problémy. Po presedených hodinách a načúvaní im je pomaly jasné, že bližšie neurčené symptómy celkovej únavy, nespavosti, bolesti v chrbte, bolesti hlavy a prekrvenia panvy, vyslovované deprimovaným, monotónnym hlasom, sú vlastne tiché výkriky o pomoc v oveľa hlbšej bolesti. Keď sa ich začnú vypytovať, ženy sa rozhovoria o strachu zo sexu, brozbe neplodnosti po prekonanej infekcii a strachu z toho, v akom stave sú ich genitálie (nemajú možnosť zistiť, či sú normálne).“ (Toubia 1993, s. 19.)

V roku 1982 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala vyhlásenie, v ktorom varovala profesionálnych zdravotníkov, aby nikdy nevykonávali mutiláciu genitálií. Napriek tomuto vyhláseniu a podobným uzneseniam viacerých zdravotníckych ustanovizní delegáti Seminára OSN o ľudských právach v súvislosti s tradičnými praktikami (UN Human Rights Seminar on Traditional Practices) v Burkine Faso v roku 1991 referovali, že zdravotnícky personál nemocníc robí obriezky pre finančný zisk namiesto pôrodných báb a tradičných obrezačiek, ktoré obyčajne vykonávali tento zákrok (Dorkenoo a Scilla 1992). Hoci „lekárska“ obriezka môže znížiť bezprostredné riziko infekcie, neodstráni porušovanie ľudských práv žien týmto nepotrebným, zmrzačujúcim chirurgickým zákrokom. Ako poukazuje Aziza Kamil, vedúca projektu proti mrzačeniu ženských genitálií káhirskej Spoločnosti pre plánované rodičovstvo: „Nič neprispieje k mrzačeniu genitálií viac ako legitimizovanie jeho výkonu lekárskou profesiou. Ak ho lekári a nemocnice začnú vykonávať namiesto toho, aby ho odsúdili, nemáme žiadnu nádej, že niekedy tento zvyk odstránime. Rešpekt a autorita, ktorá je spojená s lekárskeým stavom, sa preniesu na tento zvyk a (aktivisti a aktivistky) stratia dôveryhodnosť.“ (Dorkenoo a Scilla 1992).

Násillie páchané na ženách a zdravotnícky systém

Násillie ovplyvňuje zdravie žien – a zdravie spoločnosti – tým, že odčerpáva skromné zdroje na liečenie sociálneho zloby, ktorej možno predchádzať. Ak vezmeme do úvahy výskyt týrania a povahu jeho vplyvu na zdravie, opodstatnene pridáme k záveru, že viktimizácia predstavuje významný odlev peňazí z dostupných finančných zdrojov. Štúdia najväčšej americkej organizácie na ochranu zdravia (HMO) odhalila, že znásillenie a sexuálny útok sú predpokladom častejšieho vyhľadávania lekárskej pomoci a výdavkov na ambulantných pacientov než akýkoľvek iný dôvod, vrátane starnutia žien a takého zdravotného rizika ako fajčenie (Koss, Koss a Woodruff 1991). Táto viacnásobná regresná analýza, ktorá vychádza z piatich demografických premenných, štyroch kategórií zdravotného stavu a piatich kategórií životného stresu, došla k nasledujúcim záverom:

- Zdravotnícke výdavky na znásillnené alebo bité ženy boli za rok dvaapokrť vyššie ako na ženy, ktoré neboli znásillnené ani bité (401 USD oproti 161 USD).
- Podľa časovej analýzy uskutočnenej na jednej skupine obetí bol najväčší nárast služieb zdravotníckej starostlivosti zaznamenaný v druhom roku po násillnom čine, ale ani štyri roky po tejto udalosti ešte neklesol na základnú hodnotu.

- Ženy, ktoré zažili sexuálny útok alebo znásilnenie, považujú samy seba za menej zdravé, prejavuje sa u nich viac symptómov temer vo všetkých telesných systémoch (okrem kože a očí) a vyššie percento správania poškodzujúceho zdravia (ako fajčenie a nepoužívanie bezpečnostných pásov).

Podobná štúdia (Felitti 1991) zistila, že 6 percent žien zahrnutých do plánu preventívnej zdravotníckej organizácie navštevovalo lekára 10 i viacrát do roka, ale z tých, ktoré boli v detstve sexuálne zneužívané alebo obťažované, až 22 percent. V reprezentatívnom výskume o využívaní zdravotníckej starostlivosti v Los Angeles respondenti a respondentky, ktorí/é zažili sexuálne zneužitie, v posledných 6 mesiacoch vyhľadali psychiatra temer dvakrát častejšie ako muži a ženy, ktorí/é neboli sexuálne zneužití/é, a tretina z nich vyhľadala praktického lekára častejšie ako muži a ženy, ktorí/é neboli sexuálne zneužití/é (Golding a kol. 1988). Tento fakt sa prejavil aj po prepočítaní vzhľadom na rod, etnickú príslušnosť a vek. Analýzy tejto štúdie svedčia o tom, že zneužívanie má nepriamy vplyv na zdravotnícku starostlivosť, pretože zvyšuje počet psychiatrických pacientov a znižuje schopnosť postihnutých. Štúdia takisto ukazuje, že sexuálne zneužívanie sa vyskytuje oveľa častejšie medzi tými, ktorí využívajú zdravotnícke služby, než tými, ktorí ich nevyužívajú, a upozorňuje na to, že je dôležité využívať zdravotnícke zariadenia na identifikáciu obetí násillia, aby sa mohli vypracovať vhodné podporné programy.

5. Následky rodovo podmieneného násillia na zdravie a vývoj

Rodovo podmienené násillie má dôležité následky na sociálno-ekonomický vývoj a pre kľúčové iniciatívy, ktoré sú na programe dňa na celom svete. Napriek tomu sa len málo významných organizácií orientovaných na rozvoj zameriava na násillie, dokonca i spomedzi tých, ktoré sa venujú zdravotníckej problematike. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) a niekoľko mimovládnych organizácií podporili úsilie o elimináciu mrženia genitálií, ale také trestné činy ako bitka, znásilnenie a incest zväčša ignorujú. Program Ženy, zdravie a rozvoj Panamerickej zdravotníckej organizácie (PAHO) a kanadskej mimovládnej organizácie MATCH International sú vítanými výnimkami.

Vplyv na sociálno-ekonomický vývoj

Rodovo podmienené násillie tým, že ovplyvňuje schopnosť žien fungovať vo svete, môže pôsobiť ako brzda sociálno-ekonomického vývoja. Rozvojové krajiny si už uvedomili, že také problémy ako vysoká pôrodnosť, odlesňovanie a hlad nemožno riešiť bez plnej zaangažovanosti žien. Napriek tomu ženy nemôžu naplno uplatniť svoju prácu a rozvinúť tvorivé myšlienky, keď ich ťažia fyzické a psychické jazvy týrania.

Nové údaje z USA ukazujú, že následky viktimizácie môžu neskôr viesť k nižšej vzdelanosti a príjmu postihnutých žien. Batya Hyman (1993) použila simultánne porovnanie na zobrazenie vplyvu sexuálneho zneužívania detí na neskorší príjem a ukázala, že ženy, ktoré boli sexuálne zneužitú, zarábajú každý rok o 3–20 percent menej ako ženy, ktoré neboli sexuálne zneužitú, podľa toho, o aký typ sexuálneho zneužívania išlo a koľko páchatelov malo na ňom podiel (model zohľadňuje aj ostatné faktory, ktoré ovplyvňujú možnosti zárobku). Incestuózne zneužívanie ovplyvnilo príjem nepriamo tým, že ovplyvnilo vzdelanosť, ako aj duševné a telesné zdravie žien. Príjem žien, ktoré sexuálne zneužil neznámy človek, utrpel ďalším priamym vplyvom; Hyman sa domnieva, že zneužitie ich utvrdilo v tom, že okolitý svet je nebezpečný, a tak s ním obmedzili kontakty.

Násillie páchané na ženách môže zmaříť vývoj širšieho spoločenstva, pretože ovplyvňuje účasť žien na rozvojových projektoch. Štúdia, ktorú si objednal UNIFEM/Mexiko na zistenie skutočnosti, prečo ženy prestali participovať na projektoch, od-

halila, že hlavnou príčinou boli vyhrážky zo strany mužov. Muži si uvedomili, že rastúci vplyv manželiek ohrozuje ich vedúce postavenie, a siahli po bitkách, aby tento proces zvrátili. V indickom Madrase takmer skrachoval fond dlhodobých pôžičiek Fóra pracujúcich žien potom, keď v ňom prestali pracovať vedúce projektu, pretože boli vystavené stupňujúcemu sa domácemu násilliu (Carrillo 1992). Ako uvádza dr. Christine Bradley, vedúca projektu Komisie pre právnú reformu v Papui Novej Guinei: „Odísť na stretnutie bez manželovho dovolenia môže byť pre ženu nebezpečné. Niektorí muži (v Papui Novej Guinei) svoje ženy zamykajú, aby im zabránili zúčastniť sa na stretnutiach, alebo ich vyťahnu z auta, do ktorého nastúpili a ktoré ich na ne malo odviezť, alebo za nimi prídu na stretnutie a odvečú ich odtiaľ domov.“ (Bradley 1990, s. 5.)

Pri mimoriadne krutom prejave mužského násillia v Radžastáne nedávno skupina mužov z miestnej komunity znásilnila vedúcu veľmi úspešného Programu ženského rozvoja, sponzorovaného indickou vládou, pretože nesúhlasili s organizovaným úsilím, ktorým sa pokúšala zabrániť detským manželstvám. Znásilnili ju doma pred očami manžela, ktorého vystríhali: „Urob si s ňou poriadok, lebo ti ju znova znásilníme.“ Tento incident a strach, ktorý vyvolal, zasadil silný úder sľubne sa rozbiehajúcejmu projektu (Rao Gupta, osobný rozhovor 1993, Mathur 1992).

Inde môžu muži použiť silu na to, aby obrali ženy o výdobytky rozvoja. Štúdie jednotlivých prípadov obetí domáceho násillia z Peru a medzi výrobcami odevov z mexických maquiladoras (fabrik vlastnených americkými spoločnosťami) uvádzajú, že muži často bijú svoje ženy, aby ich donútili odovzdať im mzdy (Vasquez a Tamayo 1989, citované in: Carrillo 1992).

Aby sa vyhli násilliu, ženy sa naučili korigovať svoje správanie tak, aby bolo prijateľné pre ich manželov alebo partnerov. Bradley si všimla (1990), že „brozba násillím a strach z násillia ovládajú ženy rovnako ako násillné činy, takže v konečnom dôsledku sa ženy stávajú svojimi vlastnými žalárnikmi“. Nedávna štúdia z Papuy Novej Guiney napr. uvádza, že vydaté učiteľky sa neuchádzajú o postup v povolani alebo ho odmietajú zväčša preto, že sa obávajú odplaty manžela. Ženy tvoria iba 39 percent učiteľov a 5 percent riaditeľov základných škôl v tejto krajine (Gibson 1990).

Strach z násilia spáchaného cudzou osobou obmedzuje aj účasť žien na verejnom živote. V USA 49 percent z 299 žien z prieskumu v šiestich lokalitách pri Chicagu, Filadelfii a San Franciscu odhadlo možnosť, že sa stanú obeťmi znásilnenia vo svojom prostredí, číslom 5 alebo vyšším číslom na desaťstupňovej škále. Takmer polovica vyhlásila, že sa chránia pomocou reštriktívnej, izolujúcej taktiky (nevychádzajú z domu, nenavštevujú určité miesta) „stále alebo skoro stále“ alebo „pomerne často“. Naopak, 90 percent mužov žijúcich v tomto prostredí povedalo, že strach nikdy neobmedzuje ich správanie (Gordon a Riger 1989). V novinovom prieskume v kórejskom Soule v roku 1990 ženy takisto považovali strach zo sexuálneho násilia za hlavnú príčinu stresu (Kórejské centrum na pomoc pri sexuálnom násilí 1991). 94 percent z 2 270 Kórejčaniek v samostatnom prieskume povedalo, že cítia znepokojenie kvôli rozšírenému sexuálnemu násiliu páchanému na ženách. 40 percent cítilo „veľké znepokojenie“ a tvrdilo, že zo strachu obmedzujú svoje aktivity (tamže).

V rozvojovom svete môže mať tento výlučne ženský strach nepredvídaný a zhubný účinok. Strach zo znásilnenia prispieva k podvýžive členov rodín etiópskych utečencov v sudánskych pohraničných táboroch. V nedávnom prieskume o duševnom zdraví žien, sponzorovanom Rozvojovým programom OSN, etiópske utečenkyné vypovedali, že zredukovali počet vareňých jedál pre svoje deti, pretože sa báli znásilnenia pri zbieraní dreva na oheň, ktoré si vyžadovalo dvoji- až trojhodinové potulky mimo tábora, pretože mnohé z nich boli pritom znásilnené (LaPin 1992). Aj pracovníčky zdravotníckej osvedy, ktoré pracujú v indickej vidieckej oblasti Gudžarat, pri referovaní o prekážkach pri práci dôrazne vyjadrovali neochotu cestovať bez sprievodu z dediny do dediny, pretože sa obávali znásilnenia. Dožadovali sa kurzu sebaobrany, aby mohli pokračovať v práci (Khanna 1992). Tieto prípady, ktoré ani zďaleka nie sú ojedinelé, ilustrujú paralyzujúci účinok násilia na ženy a na spoločenský rozvoj, ktorý si zväčša neuvedomujeme.

Vplyv na zdravie matiek

Tehotenstvo by malo byť obdobím, v ktorom zvlášť záleží na tom, aby bola žena zdravá a aby sa dobre cítila. Ale prieskumy ukazujú, že tehotné ženy sú hlavným terčom týrania. Výsledky rozsiahlej štúdie o bití počas tehotenstva, ktorá sa robila medzi ženami s nízkym príjmom v Baltimore a Houstone, ukázali, že každá šiesta tehotná žena bola bitá (McFarlane a kol. 1992). Štúdia publikovaná v Journal of the American Medical Association tri roky sledovala stratifikovanú skupinu 691 bielych, afroamerických a hispánskych žien. 60 percent týraných žien uviedlo dva a viac prípadov násilia a trikrát

častejšie im hrozilo, že v posledných troch mesiacoch tehotenstva im budú musieť poskytnúť predpôrodnú zdravotnícku starostlivosť, ako ženám, ktoré neboli týrané. Iné štúdie ukazujú, že v porovnaní so ženami, ktoré nie sú bité, sú bité tehotné ženy vystavené dvojnásobne vyššiemu riziku potratu a štvornásobne vyššiemu riziku, že ich dieťa bude mať nízku pôrodnú hmotnosť (Stark a kol. 1981, Bullöck a McFarlane 1989). Nízka pôrodná hmotnosť je významným indikátorom vyhládok dieťaťa na prežitie v prvom roku života.

Prieskum medzi 342 náhodne vybranými ženami v rozvojovom svete (blízko Mexica City) odhalil, že 20 percent z tých, ktoré boli bité, uviedlo, že počas tehotenstva dostali úderu do brucha (Shrader-Cox a Valdéz Santiago 1992). V štúdiu o 80 bitých ženách, ktoré v kostarickom San José dali svojich partnerov na súd, 49 percent uviedlo, že ich bili počas tehotenstva, a 7,5 percenta v dôsledku týrania potratilo (Ugalde 1988). Na matky v rozvojových krajinách, ktoré sú podvyživené, prepracované a bez riadnej zdravotníckej starostlivosti, má bitie počas tehotenstva zrejme ešte väčší vplyv než na ženy v rozvinutých krajinách.

Násilie môže byť príčinou aj značného, hoci nedokumentovaného podielu úmrtnosti matiek, najmä mladých slobodných tehotných žien. Fauveau a Blanchet (1989) uvádzajú, že v bangladéskej Matlab Thane v rokoch 1976–1986¹³ na vraždy a samovraždy motivované hanbou zo znásilnenia alebo mimomanželského tehotenstva a zapríčinené bitím alebo problémami s venom pripadlo 6 percent z 1 139 úmrtí matiek. Počet vystúpi až na 21,5 percenta, ak medzi ne zarátame aj úmrtia v dôsledku nevydareného prerušenia tehotenstva, ktoré sa väčšinou vykonáva takisto z dôvodu hanby za mimomanželské tehotenstvo. Spomedzi všetkých úmrtí žien vo veku 15–44 rokov (nielen úmrtí matiek) pripadá na úmyselné ublíženie 12,3 percenta, pričom počet vražd a samovražd prevyšoval počet úmrtí po umelom prerušení tehotenstva.

Zistilo sa, že úmyselné ublíženie je takisto významným faktorom pri úmrtiach matiek v illinoiskom Chicagu. Výskumníci prezerajúci záznamy Cookovho oblastného zdravotného strediska zistili, že od januára 1986 do decembra 1989 bola trauma hlavnou príčinou úmrtí matiek a tvorila 46 percent všetkých úmrtí matiek. 57 percent z nich pripadlo na vraždy a 9 percent na samovraždy (Fildes, Reed a Jones 1992).

Nasledujúca štúdia o 161 ženách žijúcich v Santiagu de Chile odhalila, že u žien, ktoré žijú v spoločensky a politicky násilnom prostredí, je riziko komplikácií v tehotenstve značne vyššie ako u žien z menej násilného prostredia. Po zohľadnení potenciálne skresľujúcich premenných (príjem, vzdelanie, manželský stav, podváha, fajčenie cigariet, nespokojnosť s okolím, životné udalosti, odcudzenie, neistota a depresia) výskumníci zistili, že vysoká hla-

dina sociálno-politického násilia je spojená s takmer päťnásobným zvýšením rizika takých komplikácií v tehotenstve ako preeklampsia, predčasný pôrod, hrozba potratu, tehotenská hypertenzia (Zapata a kol. 1992). Ak stres a trauma zo života v násilnom prostredí vyvolávajú komplikácie, oprávnené sa môžeme domnievať, že život v súkromnom pekle násilného manželského vzťahu môže mať podobné neblahé následky.

Vplyv na plánované rodičovstvo

Mnohé ženy obmedzujú používanie antikoncepčných prostriedkov zo strachu pred odvetou mužov (Dixon-Mueller 1992). Muži v mnohých kultúrach antikoncepciu odmietajú, pretože si myslia, že svedčí o úmysle žien byť neverné, a opierajú sa pritom o logiku, že ochrana proti tehotenstvu dovoľuje ženám promiskuitu. A tam, kde je otcovstvo znakom mužskosti, sa môže snaha žien o používanie antikoncepcie vysvetľovať ako urážka partnerovej mužskosti. Hoci súhlas partnera nie je vždy rozhodujúcim faktorom, štúdie z takých rozdielnych krajín ako Bangladéš, Mexiko a Južná Afrika ukazujú, že bol jedinou významnou podmienkou používania antikoncepčných prostriedkov.¹⁴ Ak partner nesúhlasí, ženy sa používania antikoncepčných prostriedkov vzdávajú alebo sa uchýlia k takým metódam plánovaného rodičovstva, o ktorých sa partneri nedozvedia.

Dôvodom tohto úskoku, o ktorom sa nahlas neveraví, je, že ženy by boli týrané, keby nevyhoveli mužským požiadavkám na sex a rodenie detí. V nedávnom rozhovore Hope Mwesigy z ugandskej FI-DA, neziskovej organizácie poskytujúcej právnu pomoc ženám v Kampale, spomenula príbeh mladej vydatej matky, ktorá ušla od svojho muža, pretože ju pravidelne bil. Hoci slušne zarabá, odmietal živiť ju aj ich dve deti. Aby sa vyhla tomu, že privedie na svet ďalšie deti, ktoré by nemohla uživiť, začala bez manželovho vedomia používať antikoncepčné prostriedky. Keď mu prestala rodiť ďalšie deti, začali sa bitky, a keď sa dozvedel, že používa antikoncepčné prostriedky, boli čoraz surovejšie (Banwell 1990).

Tam, kde právne predpisy vyžadujú súhlas manžela na používanie antikoncepcie, sú ženy vystavené zvýšenému riziku násilia. Podľa Pamelu Onyang z Medzinárodnej pomoci plánovanému rodičovstvu (Family Planning International Assistance) je známe, že kenské ženy radšej sľafujú partnerov podpis, než by riskovali násilie alebo odloku, keby chceli využívať služby pre plánované rodičovstvo (Banwell 1990). Výskumníci, ktorí v Mexiku a Peru robili vo vybranej skupine prieskum sexuality, zistili, že i tam sa ženy báli násilia, opustenia alebo obvinenia z nevery, keby používali antikoncepciu (Folch-Lyon, Macorra a Schearer 1981, Fort 1989). Preto neprekvapuje, že keď etiópske kliniky pre plá-

nované rodičovstvo prestali vyžadovať súhlas manžela, o niekoľko mesiacov sa počet ich klientiek zvýšil o 26 percent (Cook a Maine 1987).

Nie všetky ženy, ktoré sa obávajú násilia pre používanie antikoncepčných prostriedkov alebo pre snahu o ich používanie, sú vystavené skutočnému riziku týrania. Niektoré štúdie dokonca dokazujú, že mnohí muži sú antikoncepcii oveľa viac naklonení, ako väčšina žien predpokladá (Gallen 1986). Ale komunikácia v manželstve je často nedostatočná a ženy vôbec netušia, aký je názor mužov na plánované rodičovstvo – domnievajú sa však, že odráža kultúrne normy, t.j. že muži chcú zväčša veľké rodiny a nedôverujú ženám, ktoré si rodičovstvo plánujú. Rozpor medzi tým, čo si ženy myslia, a skutočnosťou potvrdzuje, že samotná existencia násilia vyvoláva strach.

Dokonca aj v krajinách, kde je plánované rodičovstvo všeobecne akceptované, násilie môže obmedzovať možnosť žien samostatne rozhodovať o reprodukcii a sexuálnom živote. V reprezentatívnom prieskume medzi ženami v Texase viac ako 12 percent z 1 539 respondentiek uviedlo, že ich po 18. roku života manželia, bývalí manželia, priatelia alebo bývalí priatelia sexuálne zneužívali. Z týchto 187 žien 12,3 percenta uviedlo, že im nedovolili používať antikoncepciu, a 10,7 percenta uviedlo, že otehotneli proti svojej vôli (Grant, Preda a Martin 1989).

Štúdie z USA ukazujú, že sexuálna viktimizácia môže hrať nepriamu úlohu pri neprerušení nechceneho tehotenstva. V prieskume v rámci skupiny náhodne vybraných žien v Los Angeles Wyatt, Guthrie a Notgrass (1992) zistili, že v prípade žien, ktoré boli v detstve sexuálne zneužívané, bol 2,4 krát väčší predpoklad, že sa znovu stanú obeťmi sexuálneho násilia aj v dospelosti. Prítom ženy, ktoré sa stali obeťmi sexuálneho násilia, mali značne vyššie percento nechcených alebo prerušených tehotenstiev ako ženy, ktoré sa obeťmi sexuálneho násilia už viackrát nestali.

Štúdia mladistvých matiek v štáte Washington (Boyer a Fine 1992), ktorú sme spomínali v časti venovanej zdravotným následkom sexuálneho zneužívania detí a mladistvých, ukazuje, že sexuálne zneužívanie detí a mladistvých súvisí s nechceným tehotenstvom mladistvých žien. Všima si, že sústredené úsilie na uľahčenie prístupu mladistvých k antikoncepcii a sexuálnej výchove v USA nepomohlo znížiť za posledných 20 rokov percento tehotenstiev mladistvých žien, a autori podotýkajú, že „*klúčovým faktorom pri nevyvetľiteľnom, vysoko rizikovitom sexuálnom správaní a tehotenstvách mladistvých*“ (1992, s. 11) môžu byť nevyriešené problémy súvisiace s ranou sexuálnou viktimizáciou.

Nie je nijakým prekvapením, že mužské násilie môže mariť schopnosť žien chrániť sa pred HIV a ostatnými pohlavne prenášanými chorobami. Násilie – vynútený sex alebo nedostatok odvahy či schopnosti žien primäť partnera na používanie prezervatívy – môže zvýšiť ich ohrozenie. V mnohých kultúrach sa na navrhovanie použitia prezervatívy všeobecne považuje za ešte väčšiu opovázlivosť ako dožadovanie sa antikoncepcie, pretože používanie prezervatívy sa zvyčajne spája s promiskuitou, prostitúciou a chorobami. Ak použitie prezervatívy navrhnú žena, vníma sa to ako prejav jej sklonu k nevere alebo popieranie práva muža na mimomanželský pohlavný styk. Tak či tak môže vyvolať násilnicu reakciu (Worth 1989).

Stratégia prevencie AIDS, založená výlučne na „vyjednávani“ o používaní prezervatívy, predpokladá vyrovnanosť síl medzi mužmi a ženami, ktorá však v mnohých vzťahoch neexistuje. Dokonca ani v konsenzuálnych zväzkoch ženy často neriadia svoj sexuálny život. Štúdiá o priemyselných robotníkoch v Mexiku napr. ukázala, že schopnosť manželiek vyjednávať bola najmenej účinná pri rozhodovaní o tom, či a kedy budú mať s mužom pohlavný styk (Beneria a Roldan 1987). Štúdie o prirodzenom plánovaní rodičovstva na Filipínach, v Peru a Srí Lanke a štúdie o sexuálnych postojoch žien v Guatemale spomínajú aj vynútený sex v manželstve, najmä ak muž prišiel domov opitý (Liskin 1981, Lundgren a kol. 1992). Resumé štúdií skúmaných Guatemalčaniek uvádza, že „z odpovedí žien... je jasné, že sex, ktorý si ich partneri vynútili násilím, nie je pre guatemalské ženy neobvyklý“ (Lundgren a kol. 1992, s. 34).

Pre ženy, ktoré žijú s násilnicovým partnerom alebo s alkoholikom, je hrozba násilného sexu ešte väčšia. V USA 10–14 percent vydatých žien uviedlo, že ich partneri fyzickým násilím prinútili k sexu proti ich vôli, ale medzi bitými ženami sa násilný sex vyskytuje najmenej u 40 percent (Campbell a Alford 1989). V Bolívií a Portoriku 58 percent bitých žien uviedlo, že ich partneri sexuálne zneužívajú (ISIS International 1988), a údaje z Kolumbie hovoria o 46 percentách (PROFAMILIA 1992). Vzhľadom na percento žien na celom svete, ktoré žijú s fyzicky násilnicovým partnerom, je sexuálne násilie v konsenzuálnych zväzkoch pravdepodobne bežné.

Sexuálne zneužívanie detí vystavuje jednotlivcov aj zvýšenému riziku nákazy pohlavne prenášanými chorobami vrátane AIDS, a to reakciami, ktoré u obetí vyvoláva. Niekoľko štúdií spája sexuálne zneužívanie detí s vysokým rizikom, že sa budú venovať prostitúcii (Finkelhor 1987, James a Meyerding 1977). Výskumníci z Brownovej univerzity zistili, že muži a ženy, ktorí/é boli znásilnení/é alebo prinútení/é na sex v detstve alebo mladistvom veku,

štyrikrát častejšie pracovali ako prostitúti a prosti-tútky než ľudia, ktorí neboli zneužití (Zierler a kol. 1991). Pravdepodobnosť, že v jednom roku vystriedajú viacerých partnerov a že budú mať príležitostný sexuálny styk s neznámymi partnermi, je u nich dvakrát vyššia. U žien, ktoré v detstve prežili sexuálne zneužívanie, je pravdepodobnosť výskytu ťažkého alkoholizmu dvakrát vyššia a tehotenstva pred 18. rokom života temer trikrát vyššia. Sexuálne zneužívanie v detstve sa u žien neodráža priamo v zvýšenom percente výskytu HIV, ale u mužov, ktorí boli v detstve zneužívaní, je pravdepodobnosť pozitIVITY na HIV dvakrát vyššia ako u mužov, ktorí v detstve neboli sexuálne zneužívaní. Zvýšené percento výskytu HIV u mužov, ktorí boli v detstve sexuálne zneužívaní, nemožno pripísať vpichovaniu drog do žily.

Na základe sondážneho prieskumu medzi 407 mužmi a ženami na Barbadose antropologička Penn Handwerker dokázala, že sexuálne zneužívanie je samo osebe silným determinantom vysoko rizikového sexuálneho správania barbadoských mladistvých (Handwerker 1993a). Po zohľadnení širokého spektra rôznych sociálno-ekonomických podmienok a typov rodinného prostredia (napr. chýbajúci otec) vidno, že sexuálne zneužívanie úzko súvisí s množstvom partnerov, ktorých mladiství vystriedajú, aj s vekom, v ktorom majú prvý pohlavný styk. Ďalšia analýza ukazuje, že priamy vplyv sexuálneho zneužívania v detstve sa na sexuálnom správaní dospelého človeka prejavuje do 35. roku života. Po zohľadnení viacerých premenných vyšlo najavo, že aj u mužov súvisí fyzické, psychické a sexuálne týranie v detstve s nepoužívaním prezervatívy v dospelosti.¹⁵

Existuje dôkaz, že sexuálne zneužívanie môže mať vplyv na ohrozenie žien AIDS, pretože vplyva na užívanie drog (Fullilove, Lown a Fullilove 1992, Paone a Chavkin 1993). V kvalitatívnej štúdií žien navštevujúcich ambulantnú protidrogovú kliniku v južnom Bronxe sa ukázalo, že sexuálne zneužívanie detí v ranom veku – najmä incest – je jeden z najdôležitejších zážitkov, ktoré silne ovplyvňujú život toxikomaniak (požívajúcich crack, kokaín a heroín). Dooley Worth vysvetľuje: „Pocity stigmatizácie a zhanobenia, ktoré prežívajú ženské obeť incestu... v nich vyvolajú dojem, že sú nemilované a nehodné lásky a zaviniá, že nevedia povedať 'nie' na veci, ktoré nechcú robiť, napr. na pohlavný styk alebo požívanie drog.“ (Worth 1991, zdôraznené v origináli.)

Incest vyvoláva v dievčatách aj sklon k disociovaniu od vlastného tela. V dôsledku toho sa väčšmi vystavujú riziku a ľahšie podliehajú nátlaku rovesníkov. Neprekvapuje preto, že vzhľadom na tieto následky výskumníci nachádzajú spojenie medzi sexuálnym zneužívaním v detstve a takým počínaním ako vpichovanie drog do žily, alkoholizmus a predčasný sexuálny život (Worth 1991).

Deťom, ktoré boli svedkami týrania manželky, hrozí, že sa samy stanú obeťami týrania a že sa u nich v detstve a dospievaní prejavujú problémy s prispôbovaním sa. V štúdií o bitých ženách, predloženej Ústavu súdneho lekárstva v kolumbijskej Bogote, 74 percent matiek vypovedalo, že ich deti boli svedkami útoku. V 49 percentách prípadov boli deti navyše zranené (Berenguer 1988). Z 80 žien, ktoré navštívili Súdne lekárstvo v kostarickom San José, 40 percent uviedlo, že partner zbil aj deti (Ugalde 1988). A v reprezentatívnom výskume medzi ženami z Texasu 33 percent tých, ktoré boli niekedy v živote týrané, mali deti, ktoré týrala tá istá osoba (Teske a Parker 1983).

Hádám ešte významnejší ako samo fyzické zranenie, ktoré je následkom domáceho násillia, je jeho vplyv na pocit bezpečnosti detí a ich rozvíjajúcu sa osobnosť. Dve nedávne štúdie ukázali, že u detí, ktoré sú svedkami násillia, sa prejavujú takmer rovnaké citové problémy a poruchy správania ako u týraných detí, vrátane depresie, agresivnosti, neposlusnosti, nočných mor, slabých výkonov v škole a sťažovania sa na somatické zdravotné problémy (Davis a Carlson 1987, Jaffe a kol. 1986)¹⁶. Dôkazy z Kanady a z USA ukazujú, že u detí, ktoré boli svedkami alebo obeťami násillia, je väčšia pravdepodobnosť, že v dospelosti budú mať násilnicke sklony (Stordeur a Stille 1989).

Ale násillie môže vplývať na prežitie dieťaťa aj iným, nenápadnejším spôsobom. Je dobre známe, že prežitie dieťaťa je významne a nepriamo spojené so vzdelaním žien (Blumberg 1989). Zatiaľ však nie je jasné, ako ovplyvňuje zdravie detí. Existuje čoraz viac dôkazov, že vzdelávanie funguje nielen tým, že poskytuje nové vedomosti a zručnosti týkajúce sa zdravia, ale aj tým, že odstraňuje fatalizmus, zvyšuje ženské sebavedomie a mení rovnováhu síl v rodine (Lindenbaum, Chakraborty a Elias 1985, Levine a kol. 1987, Caldwell 1979). Ako povedal Peter Adamson (1988), „vzdelávanie odstraňuje rezignáciu a nahrádza ju určitým stupňom sebadôvery, vedomím voľby, vierou, že sa možno rozhodnúť, zmeniť okolnosti, zlepšiť svoj život“. Za pomoci kvalitatívnych výskumných techník Griffiths (1988) odhalila mechanizmus, ktorým sebadôvera a sebavedomie matky ovplyvňujú zdravie dieťaťa. Jej výskum v Kamerune, Indii a Indonézii potvrdil, že matky s vyšším sebavedomím hrajú asertívnejšiu úlohu pri kŕmení detí – prestávajú deti dojčiť v správnom veku, konajú rýchlejšie pri chorobe dieťaťa a trvajú na tom, aby sa dieťa napriek odmietaniu najedlo. Nie je nijakým prekvapením, že sebavedomejšie matky majú lepšie živé deti.

Vzdelanie je vlastne predpoklad sebadôvery a samostatnosti a všetko, čo sebadôveru podryva, sa prejavuje aj na zdraví dieťaťa. Násilné činy a tichý súhlas spoločnosti s násilím neustále ženám pripo-

mínajú ich nízku hodnotu. Tam, kde je ženské sebavedomie a postavenie rozhodujúcim činiteľom na dosiahnutie cieľa rozvoja – napr. zlepšenia šanci dieťaťa na prežitie –, je násillie alebo hrozba násillím veľkou prekážkou pokroku.

Nové empirické údaje takisto spájajú týranie žien manželmi s výživou detí. Pri zisťovaní počtu vydatých žien v troch dedinách v indickej poľnohospodárskej oblasti Karnataka kvalitatívne a kvantitatívne údaje odhalili, že nenáležité vyplácanie vena a spotreba alkoholu boli najvýznamnejšími faktormi, ktoré rozhodovali o tom, či muž manželku zbije, alebo nie (Rao a Bloch 1993). Deti bitých žien boli horšie živé a dostávali menej potravy než deti ostatných žien a autori sa domnievajú, že toto zistenie môže prameniť z vplyvu bitia manželiek na schopnosť žien presadiť v manželstve svoju vôľu.

6. Opatrenia na odstránenie násilia páchaného na ženách

Násilie páchané na ženách je mimoriadne zložitý fenomén, hlboko zakorenený v mocenských vzťahoch medzi pohlaviami, sexualite, identite a spoločenských inštitúciách. Preto sa každá stratégia na odstránenie rodového násilia musí vysporiadať so základnými postojmi danej kultúry a sociálnymi štruktúrami, v dôsledku ktorých prežívajú. Aby bola účinná, musí sa opierať o veľké množstvo expertíz a prameňov, a to vládnych i mimovládnych.

V prvom rade treba prehodnotiť naše chápanie presných príčin rodovo podmieneného násilia. Výsledky niekoľkých nedávnych medzikultúrnych štúdií o domácom násilí a znásilneniach posilňujú podozrenie feministiek, že hierarchické vzťahy medzi pohlaviami – udržiavané výchovou, ktorá nedovoľuje zmenu ich postavenia v spoločnosti, a sociálno-ekonomickými rozdielmi – sú neoddeliteľnou súčasťou násilia páchaného na ženách (rámček 4). Na základe komplexnej štatistiky a kódovaných etnografických údajov z 90 spoločností z celého sveta Levinson (1989) určil štyri faktory, ktoré výrazne predikujú výskyt násilia páchaného na ženách v spoločnosti. Týmito faktormi sú sociálno-ekonomické rozdiely medzi mužmi a ženami, zvyk používať fyzické násilie na riešenie konfliktov, mužská autorita a riadenie rozhodovania v domácnosti a bránenie ženám v rozvoje. Štúdia ukazuje, že ekonomické znevýhodnenie žien je najsilnejším faktorom a nadvláda muža v rodine a nemožnosť žien rozvíjať sa ho ešte väčšmi posilňujú.

Tieto zistenia podporujú názor feministiek, že násilie páchané na ženách nie je neoddeliteľnou súčasťou „mužskosti“, ale funkciou noriem prijateľného správania, ktoré si vytvorila spoločnosť. Ako poznamenáva Cheryl Bernard, riaditeľka rakúskeho Politického ústavu Ludwiga Boltzmana: „V rodine sa násilie na ženách pácha preto, lebo páchatelia cítia – a okolie ich v tom podporuje –, že ide o prijateľný prejav mužského práva, legitímny a vhodný spôsob na uvoľnenie vlastného napätia v stave stresu, na sankcionovanie správania žien... alebo prsto len na vrychutnanie pocitu nadvlády.“ (Bernard 1986, s. 26.)

Rámček 4

Koreláty rodového násilia v medzikultúrnych štúdiách

Predpoklad vysokého výskytu násilia

1. Násilné riešenie medziľudských konfliktov^{a,c}
2. Ekonomické rozdiely medzi mužmi a ženami^c
3. Mužský ideál dominancie, tvrdosti a cti^{a,b}
4. Mužská ekonomická a rozhodovacia autorita v rodine^a

Predpoklad nízkeho výskytu násilia

1. Moc žien mimo domova^{a,b,c}
2. Aktívny zásah spoločnosti pri násilí^{b,c}
3. Možnosť pracovať výlučne medzi ženami a existencia podporných skupín^{b,c}
4. Útočisko pred násilím (útulky, priatelia, rodina)^b

a. Sanday 1981

b. Counts, Brown a Campbell 1992

c. Levinson 1989

V mnohých spoločnostiach sa ženy skutočne považujú za menejcenné a právo ovládať ich sa pokladá za základný aspekt mužskosti. Stratégia prevencie násilia sa preto musí začať odstránením týchto kultúrnych postojov a dekonštrukciou chápania maskulinity, ktoré vedie k agresívnemu sexuálnemu správaniu a ovládaniu žien. Pokiaľ ide o „koristnícke“ sexuálne správanie mužov v niektorých kultúrach, nie je zavinené tým, že by mužská „sexualita“ bola agresívna, ale tým, že sexualita sa používa na vyjadrenie rodovo špecifických mocenských vzťahov. Preto akýkoľvek pokus odstrániť násilie musí riešiť aj mocenské dimenzie, ktoré sú v pozadí.

Je jasné, že každé systematické úsilie o vykorene-

nie násilia musí byť mnohostranné a musí sa opierať o expertízy a pramene z viacerých sektorov, a to vládnych i mimovládnych. Hoci reakcia zdravotníckeho sektoru je samozrejme dôležitá, stratégia, ktorá sa nechce uspokojiť len s odstránením známych „symptómov“ týrania, sa musí sústrediť na elimináciu postojov a predstáv, ktoré legitimizujú násilie a ospravedlňujú kontrolu správania žien mužmi. A musí uľahčiť prístup žien k moci a zdrojom, aby mali reálnu možnosť vymaniť sa z násilníckeho vzťahu. Ako poznamenáva JoAnn Lesli, jedna z riaditeľiek Tichomorského ústavu zdravia žien (Pacific Institute of Women's Health) s pôsobnosťou v Los Angeles, „ak vyššie vzdelanie, vyšší príjem, zamestnanie mimo domu, prístup k úverom atď. poskytujú ženám moc a posilňujú ich sebavedomie, je možné, že aj pri znižovaní chorobnosti a úmrtnosti spojenej s domácim násilím zohrávajú väčšiu úlohu než priame zásahy zdravotníckeho sektoru“ (1992, s. 26).

Stratégia prevencie násilia musí podporovať nenásilné spôsoby riešenia konfliktov (medzi všetkými členmi spoločnosti – mužmi, chlapcami, rodinnými príslušníkmi). Pri novom určovaní hraníc prijateľného správania je dôležité prijímanie takých zákonov, ktoré budú považovať násilie v rodinných vzťahoch za trestný čin – rovnako ako spoločnosť považuje za trestný čin násilie medzi ľuďmi, ktorí sa nepoznajú. Používanie násilia na riešenie konfliktov je naučené správanie – na deti pôsobí doma násilné správanie rodičov a násilie v televízii, vo filme a na videách. Levinsonova štúdia ukazuje, že násilie páchané na ženách sa vyskytuje prevažne v spoločnostiach, v ktorých sa schvaľuje používanie sily pri riešení medziľudských konfliktov.

Táto časť o politike odporúča činnosti, ktoré by vykonával široký diapažon aktérov. Príloha A načrtáva bohatý program na konfrontáciu a elimináciu násilia páchaného na ženách a obsahuje dlhodobé úlohy, ktoré majú zabrániť možnému násiliu, a krátkodobé úlohy, ktoré budú reagovať na potreby obetí. Čitateľ/čitateľka si ju možno prečíta skôr, ako bude pokračovať v čítaní. Táto časť bude ďalej skúmať niektoré zásahy a postoje uplatňované v rozličných končinách sveta, aby vyvolala záujem o inovovanie programu, ktorý sa začína postupne realizovať.

Na rozdiel od akcií proti mnohým zdravotným a vývojovým problémom pri akciách proti násiliu je jasné, ktorý krok je najpotrebnejší: podporovať novovznikajúce iniciatívy. Niektoré z nich sú na vládnej úrovni (príklady pozri v rámčeku 5), ale väčšina vznikla vďaka vytrvalému úsiliu nezávislých ženských organizácií riešiť tento problém napriek odporu miestnych či celoštátnych orgánov. Na to, aby boli akcie proti násiliu úspešné, musia byť špecificky zamerané na určitú oblasť a vychádzať z kultúrnej a politickej reality jednotlivých krajín. Vďaka dobre fungujúcim mimovládnych organizácií už pracuje v rozvojovom svete na niektorých z programov,

ktoré spomínáme nižšie. Posledný zoznam, ktorý vydal ISIS International (1990), obsahuje 379 samostatných organizácií zaoberajúcich sa problémami rodovo podmieneného násilia len v Južnej Amerike. Týmto skupinám, ktoré majú zvonka veľmi malú podporu, by nesmierne pomohla hoci aj minimálna finančná čiastka.

Reforma súdneho systému

Keďže väčšina zákonov na ochranu obetí a trestanie násilníckych páchatelov nie je vôbec vyhovujúca, právna reforma sa stala prvoradým záujmom mnohých skupín, ktoré sa zaoberajú násilím páchaným na ženách. Samozrejme, na zabezpečenie zmeny nestačí zdokonaľiť zákony na papieri, ale dobré zákony môžu veľmi napomôcť ochrane žien pred násilím. Tri najzákladnejšie úlohy právnej reformy sú zmena zákonov, ktoré znemožňujú ženám vymaniť sa z násilníckeho manželstva, odstraňovanie bariér pri podávaní obžaloby a eliminovanie tých častí zákona, ktoré sú voči ženám zaujaté.

Vinou mnohých zákonov sa ženy nemohli vymaniť z manželského zväzku. Článok 114 guatemalského občianskeho zákonníka napr. udeľuje manželovi právo zakázať svojej manželke pracovať mimo domu; okrem iného sa tým drasticky obmedzuje možnosť ženy stať sa finančne nezávislou v prípade, že by bola nútená opustiť násilníckeho manžela (Garcia 1992). V Ekvádore mal do právnej reformy v roku 1989 manžel právo nútiť svoju manželku, aby s ním žila, bez ohľadu na to, ako násilnícky sa voči nej správal (Ponce, Palan a Jacome 1992). V Chile je rozvod nezákonný a nie je možný z nijakého dôvodu, ani pre mimoriadne násilie (Valdéz 1992). Takéto zákony vystavujú ženy žijúce v násilníckych manželstvách veľkému ohrozeniu.

Zákony v iných štátoch takmer znemožňujú podať žalobu za násilie páchané na ženách, najmä ak bolo spáchané intímny partnerom. V Pakistane napr. musíme predložiť svedectvo štyria moslimskí svedkovia, aby mohol byť muž uznaný za vinného za znásilnenie a odsúdený na najvyšší trest – *hadd* (Human Rights Watch 1992). V Pakistane je veľmi ťažké dosiahnuť odsúdenie za znásilnenie, dokonca aj na nižší trest – *tazir* (verejná bičovanie, ťažký žalár, pokuty), pretože zákon o svedkoch považuje ženy ako svedkyne v prípadoch znásilnenia za „nekompetentné“ a ich výpovede iba za podporné svedectvá. V roku 1979 v Pakistane vstúpil do platnosti *hudoob*, zákonné nariadenie, podľa ktorého sú všetky formy sexuálnych mimomanželských vzťahov – vrátane mimomanželského pohlavného styku a cudzoložstva – zločinom proti štátu. Ženy, ktoré nevyhoveli vysokým pakistanským nárokom na dokazovanie znásilnenia, boli samy uväznené pre cudzoložstvo alebo nemanželský pohlavný styk na základe toho, že sa k menu priznali. Aktivisti

v oblasti ľudských práv odhadujú, že až 1500 Pakistáncov je v predbežnej väzbe a čaká na pojednanie za porušenie ľudských práv (Human Rights Watch 1992).

Zákony o znásilnení, ktoré sú voči ženám predpojaté, nie sú nijakou zvláštnosťou. Definícia znásilnenia je v mnohých štátoch veľmi úzka a právo a súdny systém často považuje znásilnenie za zločin proti morálke, rodinnej cti alebo – napr. v africkom zvyklostnom práve – proti vlastníctvu, a nie za trestný čin spáchaný na žene. V prípade sexuálneho násillia je justícia takmer vždy a všade zaujatá voči ženám, ktoré nie sú panny. V niektorých latinskoamerických krajinách – napr. v Brazílii, Kostarike, Ekvádore a Guatemale – zákon definuje určité sexuálne priestupky ako trestné činy iba vtedy, ak boli spáchané na „počestnom“ dievčati alebo žene – t. j. na panne. Čínske a guatemalské zákony napr. zbavujú obvinenia muža, ktorý súhlasí, že si vezme za manželku ženu, ktorú znásilnil; manželstvo s páchatelom vráti obeť a jej rodine časť (Garcia 1992, Valdez 1992).

Navyše v prevažnej väčšine štátov zákon nepozná znásilnenie v manželstve a domáce násillie. Hoci väčšina právnych systémov obsahuje zákony o fyzickom napadnutí, niekedy podľa ich ustanovení ťažko možno odsúdiť intímneho partnera. V Latinskej Amerike si definícia fyzického napadnutia zväčša vyžaduje výskyt zranenia, ktorého následky zavinili nespôsobilosť obeť počas stanoveného počtu dní (zvyčajne týždeň alebo dlhšie). Zväčša ho musí posúdiť súdny lekár, ktorý určí, či incident spadá do právnej definície zranenia, alebo poškodenia. Ale pretože nespôsobilosť sa obyčajne stotožňuje s práceneschopnosťou a pretože za prácu sa považuje zamestnanie mimo domova, zranenie ženy sa nemusí chápať ako poškodenie, hoci má následky na jej fyzické a psychické zdravie.

Podobné rozlišovanie zranenia platí aj v Indii, kde fyzické napadnutie, ktoré nezaviní „väznu ujmú na zdraví“, sa považuje za „nepostihnuteľný“ priestupok – t. j. polícia nemôže zasiahnuť, kým si nevyžiada zatykač od sudcu. Za „väznu ujmú na zdraví“ sa považujú len určité typy trvalých zranení, ako napr. kastrácia, strata sluchu alebo zraku, alebo trvalé zohavenie tváre (články 319–326 indického trestného zákonníka; Agnes 1988).

Rámček 5

Vládne iniciatívy proti rodovo podmienenému násilliu

Vo februári 1991 kanadská vláda ohlásila novú štvorročnú iniciatívu proti násilliu v rodine (Family Violence Initiative), „výzvu konať“, určenú na podnietenie spoločnej ak-

tivity, posilnenie základov kanadského práva a na vytvorenie služieb pre indiánske rezervácie a eskimácke spoločenstvá, zdrojov na pomoc obetiam a potrebanie vinníkov, ako aj na poskytnutie ubytovania týraným ženám a ich deťom (kanadská vláda 1991).

V roku 1991 čilský kongres založil SERNAM, Národnú službu pre matky (El Servicio Nacional de la Mujer), ktorá obhajuje práva a možnosti čilských žien. SERNAM predložil program na prevenciu násillia v rodine na základe právnej reformy, v ktorej by sa domáce násillie považovalo za trestný čin, zdokumentoval výskyt tohto problému, zorganizoval kampane na zmenu verejnej mienky a otvoril krízové centrá na poskytovanie právnej a psychologickéj pomoci (Servicio Nacional de la Mujer 1991).

Nová brazílska ústava, prijatá v roku 1988, obsahuje nasledujúce ustanovenie: Štát má podporovať rodinu, a to každého člena jednotlivito, a vytvárať mechanizmy zabraňujúce násilliu v oblasti vzťahov medzi nimi (America's Watch 1991).

Kolumbijská ústava z roku 1989 uvádza, že „každá forma násillia v rodine sa považuje za ničenie jej harmónie a jednoty a bude sankcionovaná zákonom“ (ISIS International 1993).

V marci 1990 predseda austrálskej vlády ustanovil Národný výbor pre násillie páchané na ženách (National Committee on Violence Against Women), s trojročným rozpočtom 1,35 mil. dolárov. NCVAW podnecuje výskum, koordinuje rozvoj politiky, programov, legislatívy, posilňuje zákony s celoštátnou platnosťou, informuje a koordinuje informovanosť spoločnosti o násillii páchanom na ženách. Jedným zo základných princípov výboru je, že „ženy majú základné právo na bezpečie“ a „muži musia niesť plnú zodpovednosť za násillie, ktoré páchajú“ (NCVAW 1991).

V roku 1992 bolívijská Národná rada pre solidaritu a spoločenský rozvoj (National Council for Solidarity and Social Development) otvorila Úrad pre bité ženy (Office of Battered Women), ktorý vedie domov, kam sa môžu ženy dočasne uchýliť a kde im poskytnú lekársku a poradenskú pomoc. „Sme v tomto odbore úplní nováčikovia“, povedala Maria Luisa Palacio, riaditeľka celoštátneho Úradu sociálneho zabezpečenia. „Hľadáme ďalšie ženské organizácie, ktoré by nám pomohli riešiť tento problém.“ (Nash 1992)

Ekvádorský Národný plán rozvoja na roky 1988–1992 obsahoval po prvý raz celú kapitolu o zlepšení situácie žien. V roku 1991 vládny orgán poverený riešením problemati-

ky žien (DINAMU) vytýčil nový smer činnosti – vytvorenie povedomia a aktivity žien proti násilliu páchanom na ženách. DINAMU otvoril kanceláriu poskytujúcu právnické služby a útulok pre bité ženy, ale činnosť týchto štátnych služieb pre ženy je zatiaľ obmedzená (Ponce, Palan a Jacome 1992).

V právnych systémoch mnohých krajín je bremeno dôkazu a tresty za násillie páchané na ženách zaujaté voči útokom v intímnych vzťahoch. V článku 276 bolívijského trestného zákonníka sa napr. uvádza, že poškodenia zavinené manželom podliehajú trestu, iba ak žene spôsobia zranenie, ktoré zaviní jej neschopnosť na viac ako 30 dní (Rosenberg 1992). V Peru je najprísnejším trestom za týranie manželky 30-dňová verejnoprospešná služba. Právni zástupcovia bitých žien vravia, že v praxi sa aj tieto minimálne tresty vymierajú len zriedkakedy (Kirk 1993).

Súdne lekárstvo v Latinskej Amerike a časti Ázie komplikuje možnosti odsúdenia za znásilnenie. Vo väčšine krajín iba súdni lekári, ktorí sú zamestnancami štátu, majú právo zhromaždiť dôkazy o znásilnení, prijateľné pre súdny dvor. Takíto lekári však zväčša sídlia iba vo veľkých mestách a ambulancie majú vo večerných hodinách a cez víkend zavretú. (V peruánskej Lime, kde sú len piati, by museli vidieť ženu znásilnenú vo štvrtok cestovať celý deň autobusom a potom dva dni čakať, aby ich lekár vyšetril.) Navyše súdni lekári sa nešpecializujú na znásilnenie ani na domáce násillie a vo svojich správach obyčajne vynechávajú informácie, ktoré sú rozhodujúce pre vytvorenie vyšetrovacej komisie (Kirk 1993).

V posledných rokoch urobili niektoré krajiny významný pokrok v prijatých zákonoch týkajúcich sa násillia páchaného na ženách. V júli 1991 Mexiko podstatne prehodnotilo zákon o znásilnení. Predefinovalo znásilnenie ako „zločin proti osobnej slobode“ (a nie proti morálke), rozšírilo definíciu znásilnenia tak, aby obsahovala análnu, orálnu a vaginálnu penetráciu, zvýšilo tresty za znásilnenie, zrušilo ustanovenie, ktoré umožňovalo mužovi, ktorý znásilnil neploletú dievča, vyhnúť sa trestu tým, že bude súhlasiť s manželstvom, a od sudcov vyžaduje, aby vyniesli rozhodnutie o možnosti interrupcie v priebehu piatich pracovných dní (Women's World 1991–1992).

Aj na Filipínach podnikli kroky smerom k reforme. V roku 1993 koalícia 14 ženských združení pracovala a predložila kongresu progresívny zákon o znásilnení, ktorý obsahuje rozšírenú definíciu znásilnenia, predefinovala znásilnenie ako zločin proti osobe (a nie jej počestnosti), vyhlasuje znásilnenie v manželstve za nezákonné, uznáva „telesný a slovný odpor akéhokoľvek stupňa ... za dôkaz prejavu nesúhlasu prima facie“, nedovoľuje informovať o pred-

chádzajúcom sexuálnom živote ženy, aby nedošlo k predsudkom pri žalobe, a poskytuje žene právo na neverejnú súdnu pojednanie (Women's Legal Bureau 1992).

Stále viac vlád, vrátane niektorých z rozvojového sveta (Bahamy, Barbados, Belize, Malajzia, Portoriko), prijalo zákony alebo reformovalo trestný zákonník, aby bolo domáce násillie považované za trestný čin. V mnohých štátoch – vrátane Argentíny, Bolívie, Brazílie, Chile, Kolumbie, Ekvádora, Peru a Venezuely – sú vypracované predlohy zákona, ktoré sa prerokovávajú (ISIS International 1993). Takéto zákony zvyčajne považujú za trestný čin jednak psychické, jednak fyzické násillie a umožňujú vydávať ochranné nariadenia – právne záväzné súdne príkazy, ktoré bránia jednej osobe zneužívať inú osobu. Podľa najpokrokovejších zákonných ustanovení sudcovia môžu nariadiť, aby muž opustil svoju domácnosť, môžu ustanoviť dozorné opatrovníctvo a rozvrh návštevy, nariadiť, aby manžel poskytoval finančnú podporu, zakázať telefonické vyhrážanie a obťažovanie a vydať príkaz, aby násilník navštevoval poradňu. Veľa žien dáva prednosť týmto ochranným nariadeniam pred trestným stíhaním, pretože nechcú, aby sa páchatel násillia dostal do väzenia, alebo sa chcú vyhnúť traume a súdnym poplatkom.

Účinnosť ochranných nariadení zväčša závisí od toho, ako sa dodržiavajú. Veľmi často sa z ochranných nariadení stáva bezcenný kus papiera, pretože polícia a sudcovia odmietajú uložiť trest za neuposlušnosť. Zato tam, kde sa ochranné nariadenia vykonávajú dôsledne, môžu mnohým ženám poskytnúť značnú ochranu a umožniť im a ich deťom zostať doma. Samozrejme, pre niektorých mužov – najmä pre násilníckych, žiarlivých a obsedantných – je vydanie ochranného nariadenia úplne zbytočné; jedinou možnosťou, ako chrániť ich partnerky, je uväznenie násilníka.

Vlády v ďalších krajinách prijali zákony proti tým špeciálnym typom násillia, ktoré sú u nich bežné. Indická vláda prijala zákon proti „obťažovaniu Evy“: proti sexuálnemu a fyzickému obťažovaniu dievčat a žien na verejnosti. V Indii a Pakistane prijali zákony proti obťažovaniu pre veno a v Bangladéši sa považuje za trestný čin oblievanie kyselinou. Ale tieto zákony sa zriedkakedy dodržiavajú (Heise 1989). V kolumbijskom kongrese sa vedú rozpravy o zákone, ktorý by považoval za trestný čin manželovo *secuestro* (obmedzovanie pohybu alebo izolovanie) manželky. Zákon bol predložený na základe silnejšej tendencie Kolumbijčanov zamykať doma svoje manželky, aby im zabránili v nevere (Maridos secuestros – Muži zamykajúci svoje ženy, 1992).

Tak ako pri ochranných nariadeniach, aj tieto zákony sú účinné iba vtedy, ak sa dodržiavajú v praxi – ale práve pri uplatňovaní zákonov proti násilliu právo najväčšmi zlyháva. V posledných rokoch však vzniklo viacero významných iniciatív za pružnejšie

reakcie súdnicstva na rodovo podmienené násilie (rámček 6).

Rámček 6

Projekty na inováciu súdnicstva

V USA feministické právničky pripravili Vzdelávací program pre sudcov na dosiahnutie rovnoprávnosti žien a mužov na súdoch (Judicial Education Program to Promote Equality for Women and Men in the Courts) (Heise a Chapman 1992). Na základe tohto programu sa vo vyše polovici štátov podarilo vytvoriť špeciálne skupiny zamerané na zisťovanie a odstraňovanie „rodových stereotypov“ na súdoch. Účelové skupiny vytvorené zo sudcov a zástupcov verejnosti odhalili združujúce skutočnosti o tom, ako s obeťami týrania na súdoch zle zaobchádzali, a navrhli odvolať niekoľkých sudcov a školeniami doplniť prípravu sudcov a prokurátorov. Ázij-ské tichomorské fórum pre ženy, právo a rozvoj (Asia Pacific Forum on Women, Law and Development) pracuje na podobnom projekte, ktorý analyzuje zákony v siedmich ázijských štátoch (Fernando 1993).

V zimbabwianskom Harare je projekt Musassa zameraný na upozorňovanie policajtov a prokurátorov na závažnosť problematiky domáceho násillia a znásilnenia. Autori projektu sa o ich práci vyjadrujú takto: „Veľmi starostlivo treba vypracovať špecifickú stratégiu na vzdelávanie profesionálnych pracovníkov v súdnicstve. V mnohých prípadoch treba zaručiť dôveryhodnosť profesionálneho právnika tým, že sa zúčastní vzdelávacieho procesu, ktorý musí byť hutný a zasvätený. Ďalšou účinnou technikou je usporiadanie workshopu, v ktorom by jedna časť pracovníkov v právnom systéme poskytovala informácie druhej (napr. policajti prokurátorom).“ (Stewart 1992)

V Kostarike Instituto Legal de los Naciones Unidas y Desarrollo (ILANUD, Právny inštitút OSN a rozvoja) vypracoval tréning na zvyšovanie vŕniamosti na rodovo podmienené javy, s dôrazom na násilie páchané na ženách, pre prokurátorov, sudcov, právnikov a ďalších odborníkov. V roku 1992 usporiadali 32 workshopov v celej Latinskej Amerike (Facio 1993).

V Malajzii spojilo koncom roka 1984 svoje sily päť organizácií a vytvorili Spojenú akčnú skupinu proti násilliu páchanému na ženách (JAG, Joint Action Group Against Violence

Against Women). JAG zorganizoval mohutnú mediálnu kampaň proti znásilňovaniu, inicioval dialóg s políciou a profesionálnymi zdravotníkmi a úspešne lobboval za vytvorenie čisto ženských tímov pre prácu s obeťami znásilnenia. Ministerstvo zdravotníctva v roku 1987 súhlasilo s vytvorením akútnych krízových centier vo všetkých nemocniciach so zdravotníckym personálom a zaškolenými dobrovoľníkmi z miestnych ženských organizácií. Napriek tomu dodnes nevzniklo ani jedno centrum (APDC 1989).

Azda najznámejšou je vytvorenie ženských policajných staníc, novinka, ktorá sa najprv objavila v Brazílii, Kolumbii, Uruguaji, Peru, Kostarike a Argentíne¹⁷. Údaje z brazílskych špeciálnych policajných staníc ukazujú, že ženské oddelenia veľmi uľahčili oznamovanie týrania. Napr. v Sao Paule bolo v roku 1985, predtým, ako boli otvorené ženské policajné stanice, hlásených 65 prípadov znásilnenia, zato v roku 1990 už 841. V Sao Paule je 96 zo 125 brazílskych ženských policajných staníc; tie od júla 1991 do augusta 1992 zaregistrovali 79 000 z celostátne hlásených 205 000 trestných činov proti ženám a predpokladá sa, že počet ohlásených prípadov by bol oveľa vyšší, keby v ostatných brazílskych štátoch bolo viac ženských policajných staníc (Dimenstein 1992).

Hoci ženské policajné stanice sú významným prínosom, majú svoje problémy. Mnohé boli zaplavené ženami, ktoré sa dožadovali takého druhu pomoci, aký tieto stanice neposkytujú: právneho a iného poradenstva a pomoci v styku so štátnou byrokraciou. Pôvodný plán dosadiť na každú stanicu sociálnych pracovníkov a právnikov sa neuskutočnil. Policajtky, ktoré na týchto staniach pracovali, boli veľmi skoro demoralizované, pretože kolegovia ich prácu nepovažovali za „skutočnú prácu policajta“. Pozorovatelia sa navyše dozvedeli, že bez špeciálneho školenia policajtky nevnímajú potreby žien citlivejšie ako ich kolegovia (hoci sa ukázalo, že na školení boli ženy prístupnejšie a chápacejšie). Špeciálne stanice napokon nezvyšili percento trestných stíhaní, pretože súdnicstvo na vyšších stupňoch nezmenilo svoj postoj. Ale pretože existencia staníc povzbudila ženy, aby sa na nich hlásili, pomohla zastrážiť aspoň tých násilníkov, ktorí sa boja, že by ich mohli udať na políciu.

Najnovším krokom v boji proti násilliu páchanému na ženách v rozvinutých štátoch bol „spoločný zásah“. Táto stratégia núti všetkých zainteresovaných – od bitých žien, úradov dohliadajúcich na dodržiavanie zákonov, súdnicstva, autorov programov zameraných na násilníkov po iné relevantné skupiny –, aby sa pravidelne stretávali a koordinovane reagovali na domáce násilie. Po určení postupu činnosti sú zástupcovia zložiek z nižších stup-

ňov poverení, aby sa pravidelne stretávali a dozerali na jeho uskutočňovanie. V USA si tento model osvojilo zhruba 75 komunit zo sta. Stratégia obsahuje niekoľko kľúčových prvkov. Existujú písomné inštrukcie, ako má reagovať každý úrad, a dohody o spolupráci a výmene údajov. Platený koordinátor riadi špeciálnu skupinu a dozerá na spracovanie prípadov. Advokáti obeť sú vyškolení, aby pomáhali bitým ženám v styku so súdmi a inými oddeleniami poskytujúcimi sociálne služby, a školenie sa poskytuje aj členom dôležitých pracovných tímov zaberajúcich sa dynamikou týrania a problémami, ktoré s ním súvisia. Vznikajú miestne útulky a domovy, ako aj programy zamerané na násilníkov. A existuje aj monitoring – ktorý vykonáva nezávislá ženská skupina –, aby sa zabezpečilo, že každé oddelenie bude riadne vykonávať svoju činnosť a koordinovať ju s ostatnými aktérmi. Podobná stratégia spoločných zásahov sa zavádza do praxe v kanadských veľkomestách (Heise a Chapman 1992).

Reforma systému zdravotníckej starostlivosti

Systém zdravotníckej starostlivosti má veľmi dobré podmienky na identifikáciu obeť a ich odporúčanie do ďalšej starostlivosti. Je to pravdepodobne jediná verejná inštitúcia, ktorá prichádza do styku so všetkými ženami v určitom štádiu života – keď vyhľadávajú antikoncepciu, rodia alebo navštevujú lekára s deťmi. Skúsenosť ukazuje, že tento styk je dôležitý dokonca i v štátoch, kde je hnutie proti násilliu silné, pretože veľa týraných žien nikdy neprivolá políciu a nepoužije ani krízovú linku dôvery, teda nevyužije ani jeden z dvoch najviac rozvinutých zdrojov pomoci. Advokáti v Connecticute napr. odhadujú, že iba 10 percent bitých žien, ktoré sú v tomto štáte, sa kontaktuje so širokou sieťou právnych poradcov, útulkov či krízových centier, s najväčšou pravdepodobnosťou preto, že sa celý systém spolieha na to, že práve polícia a krízové centrá budú samy informovať obeť o dostupných službách (Heise a Chapman 1992). V štátoch s represívnym politickým systémom je pravdepodobnosť, že polícia bude spoľahlivým zdrojom informácií, dokonca ešte menšia.¹⁸

Ženy, ktoré nemôžu alebo nechcú vyhľadať pomoc polície alebo inej štátnej inštitúcie, však obyčajne priznávajú týranie, ak sa ich na to pomocný zdravotnícky pracovník spýta jemne a v súkromí ambulancie. Títo ošetrujúci pracovníci zistili, že na rozdiel od predpokladov ženy ochotne priznávajú, že sú týrané, keď sa ich opýtajú priamo a bez moralizovania. Napr. keď Organizácia pre plánované rodičovstvo v Houstone a juhovýchodnom Texase zaraďila štyri otázky na odhalenie týrania do štandardného prijímacieho formulára, 8,2 percenta žien sa identifikovalo ako fyzicky týrané. Keď sa ošetrova-

teľ/ka pýtal/a to isté osobne, fyzické týranie potvrdilo 29 percent (Bullock a kol. 1989). Výskumníci konštatovali, že na zistenie fyzického a sexuálneho týrania zvyčajne stačia tri či štyri jednoduché otázky (príklady pozri v rámčeku 7). Otázky by mali byť kladené osobne a v súkromí a dotazovateľ by sa mal ubezpečiť, že potencionálny násilník nie je prítomný, aby ženu zbytočne neohrozil.

Rámček 7

Pomôcka na zisťovanie týrania

1. Týral vás niekedy partner alebo iná blízka osoba citovo alebo fyzicky?

ÁNO NIE

2. Udrel vás niekto v poslednom roku, dal vám facku, kopal alebo inak fyzicky zranil?

ÁNO NIE

Ak áno, kto.....
Koľko ráz

3. Udrel vás niekto počas tehotenstva, mlátil vás, kopal alebo inak fyzicky zranil?

ÁNO NIE

Ak áno, kto.....
Koľko ráz

4. Nútil vás niekto v poslednom roku k sexuálnym aktivitám?

ÁNO NIE

Ak áno, kto

Koľko ráz

5. Bojíte sa svojho partnera lebo niekoho z tých, ktorých ste uviedli vyššie?

ÁNO NIE

.....

Poznámka: Vypracovalo Nursing Research Consortium on Violence and Abuse USA.

Prameň: Parker a kol. 1993.

Tí, ktorí zaviedli program na skríning týrania v prenatálnych poradniach a v pohotovostnej službe, poznamenávajú, že už samotné opytovanie sa je dôležitou intervenciou. „Mám dojem, že niektoré ženy čakali celý život, aby sa ich na to niekto spýtal,“ poznamenáva dr. Ana Flavia d'Oliveiro (1993), brazílska lekárka pôsobiaca vo verejnom zdravotníctve, ktorá iniciovala program na zisťovanie týrania medzi tehotnými ženami, ktoré navštevovali jej poradňu. Ošetrujúci pracovníci môžu ženu poučiť, že nik si nezaslúži, aby bol bitý či znásilňovaný, a navrhnúť jej, aby si premyslela, ako sa bude chrániť (napr. že sa uchýli do bezpečia v priateľkinom dome). V mestských oblastiach môžu ošetrujúci pracovníci

ženám odporučiť niektorú z rastúceho počtu služieb poskytujúcich právne a psychologické poradenstvo (pozri nasledujúcu časť o pomoci obeťtiam). I tam, kde neexistuje nijaká podpora zvonka, môže byť takýto individuálny rozhovor a odkrytie existujúceho násillia úľavou pre ženu v jej izolácii.

Ošetrujúci pracovníci pomôžu žene lepšie posúdiť stupeň nebezpečenstva, ktoré jej a jej deťom od násilníka hrozí. V USA napr. výskumníci vypracovali zoznam varovných signálov, indikujúcich, že žena bezprostredne hrozí zavraždenie alebo vážne zranenie. Zoznam obsahuje tieto otázky (úplný zoznam otázok na určenie rozsahu nebezpečenstva je v prílohe D):

- Vystupňovalo sa násillie za posledný rok?
- Je v dome strelná zbraň?
- Vyhrožal sa vám, že vás zabije?
- Nútil vás partner k pohlavnému styku proti vašej vôli?
- Správa sa váš partner násilnícky mimo domova?
- Je váš partner opitý každý deň alebo skoro každý deň?
- Zbil vás partner počas tehotenstva?

Štatistická analýza ukazuje, že ženám, ktoré odpovedali kladne na väčšinu otázok, hrozí vysoké riziko, že ich partner smrteľne zraní. Pomocou tohto jednoduchého dotazníka na určenie miery nebezpečenstva môžu ošetrovateľky pomôcť ženám zhodnotiť svoju situáciu a urobiť bezpečnostné opatrenia. Hoci tento dotazník nemusí vyhovovať podmienkam mimo USA, analýza na základe takýchto indikátorov je jednoduchá a sformulovať vhodné otázky pre hociktorú oblasť nebude zložitá.

Napriek dôležitej úlohe profesionálnych zdravotníckych pracovníkov v tejto oblasti dôkazy napovedajú, že iba málokto identifikujú obeť týrania a reagujú na ne vhodne (Warshaw 1989). Pri vyhodnocovaní 481 lekárskeho správ žien, ktoré pre zranenie vyhľadali lekársku pomoc na najväčších mestských pohotovostiach v Spojených štátoch, sa zistilo, že lekári identifikovali ako bité len 2,8 percenta. Ale bližšie preskúmanie záznamov odhalilo, že 16 percent žien malo zranenie, ktoré pravdepodobne alebo takmer isto svedčilo o bití, a temer 10 percent zranení bolo možné považovať za následok bitia. Ďalších 15 percent malo príznaky traumy svedčiace o bití (Stark a kol. 1981). To znamená, že personál pohotovosti identifikoval iba jednu z ôsmich bitých žien, ktoré ošetril.

V černošskej štvrti Alexandra, v rýchlo sa urbanizujúcom spoločenstve neďaleko centra juhoafrického Johannesburgu, podobná retrospektívna štúdia preskúmala 398 záznamov žien, ktoré prišli v októbri a novembri 1991 s následkami útoku na traumatologické oddelenie Alexandrijskej kliniky. Prieskum zistil, že ošetrujúci personál v 78 percentách prípadov nezaznamenal meno páchatela, ale iba

opis udalosti, napr. „napadnutie sekerou“ alebo „bodnutie nožom“. Záznamy, v ktorých boli bližšie podrobnosti, uvádzajú nasledujúce prípady:

- 35-ročnú ženu dokopal a skrutkovačom pobodal jej priateľ. Pri telesnej prehliadke sa zistilo, že podbrušok je bolestivý na dotyk a že má nartnuté malé pysky a opuchlinu na čele.
- 32-ročnú ženu fyzicky napadol a znásilnil manžel. Keď to oznámila miestnemu tradičnému liečiteľovi, znásilnil ju aj on.
- 32-ročnú ženu fyzicky napadol manžel, a tak šla hľadať pomoc u príbuzných. Cestou ju znásilnil traja muži.
- 15-ročnú vydatú ženu v šiestom mesiaci tehotenstva znásilnil sused. Manžel v tom čase pracoval ako námezdny robotník na pôde patriejej jeho kmeňu.

Štúdie ukazujú, že vhodným tréningom a vypracovanými protokolmi môžu zdravotnícke zariadenia výrazne zvýšiť citlivosť svojich pracovníkov na rodovo podmienené násillie (o protokole pozri prílohu D). Keď oddelenie pohotovosti fakultnej nemocnice v Pensylvánii zaviedlo tréningy a používanie protokolov, percento zachytených bitých žien sa zvýšilo viac ako päťkrát – z 5,6 percent na 30 percent (McCleer a Anwar 1989). Podobne pracovníci poradní pre tehotné po absolvovaní tréningu uskutočneného v rámci programu financovaného Pochodom desaťhaliernikov (March of Dimes; je to sprievod, pri ktorom sa vyberajú malé obnosy) rozpoznavli oveľa viac prípadov násillia. Po šiestich mesiacoch 75 percent vedúcich programu hlásilo, že zaviedli skríning týrania, zatiaľ čo predtým to nerobil ani jeden (Helton, McFarlane a Anderson 1987).

Napriek svojej užitočnosti sú tieto tréningy a protokoly v USA ešte vždy zriedkavé. Iba 20 percent pohotovostí v Massachusetts – v jednom zo štátov s dobre organizovanou verejnou starostlivosťou – malo v roku 1991 písomný protokol na zisťovanie následkov domáceho násillia (Isaac a Sanchez 1992). V tom istom roku sa však začali dve významné iniciatívy, ktoré mali za cieľ zvýšiť angažovanosť zdravotníckeho sektoru na riešení problematiky násillia. Najprv American Medical Association (AMA) iniciovala rozsiahlu kampaň za informovanosť lekárov a verejnosti o domácom násillí a celé číslo svojho prestížneho časopisu *Journal of the American Medical Association* venovala tejto téme. Potom Celostátna komisia na udeľovanie akreditácií nemocniciam (U.S. Joint Commission on Hospital Accreditation) zahrnula protokoly na zisťovanie následkov násillia a školenie personálu pohotovosti o domácom násillí do kritérií pri udeľovaní akreditácie pre nemocnicu (Heise a Chapman 1992). Táto zmena prístupu by mala viesť k aktívnejšiemu vyhľadávaniu obeť týrania a ďalšej pomoci pre ne. Nový projekt sponzorovaný Fondom na prevenciu domáceho násillia (Family Violence Prevention Fund), súkromnou ne-

(Family Violence Prevention Fund), súkromnou neziskovou skupinou zo San Franciska, a Pensylvánskou koalíciou proti domácejmu násilliu (Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence) pomáha inštitucionalizovať nové normy na akreditáciu nemocníc vytváraním modelových protokolov, výcvikovými programami a rozširovaním stratégií, ktoré by sa dali použiť v celej krajine (Family Violence Prevention Fund 1993).

Výcvik pracovníkov je veľmi dôležitý nielen preto, aby sa zvýšilo percento hlásených prípadov, ale i preto, aby sa zabezpečilo, že obeť násillia sa nestanú aj obeťmi zdravotníctva. Obeť znásilnenia a domáceho násillia často uvádzajú, že práve tí pracovníci, ktorí im mali pomôcť, ich ponížovali a znevažovali (Kirk 1993). Pracovníci, ktorí nezistia a nezaznamenajú dôkazy v prípadoch znásilnenia a sexuálneho útoku, môžu ohroziť všetky právne úkony obeť. A zdravotníci, ktorí ignorujú násillie a nevedomouj si jeho negatívne dôsledky, môžu zhoršiť následky pre ženy tým, že ich označia za hypochondrické alebo ich liečia na neexistujúce psychické choroby. Výskum v USA ukazuje, že lekári na pohotovosti predpisujú lieky na upokojenie a proti bolesti vo väčšej miere bitým ženám ako pacientkám s traumou, ktoré neboli bité (Stark, Flitcraft a Frazier 1979). Tlmením bolesti a zahmlievaním úsudku môžu upokojujúce lieky viesť k tomu, že ženy neukončia násilnícky partnerský vzťah a ťažšie hodnotia svoje možnosti. Je všeobecne známe, že válium a iné upokojujúce lieky sa predpisujú pričasto aj v rozvojovom svete (Busto 1991).

Problematika násillia môže a mala by byť súčasťou vzdelávania zdravotníckych pracovníkov všetkých úrovní. Pracovníci a pracovníčky projektov uvádzajú, že problematika domáceho násillia a alkoholizmu u mužov sa vždy objavuje spontánne na rôznych – najmä čisto ženských – skupinových stretnutiach. V materiáloch projektov určených na vzdelávanie zdravotníckeho personálu, ktoré sponzorujú mimovládne organizácie, sa čoraz častejšie objavuje tematika rodovo podmieneného násillia a postavenia žien. Program pre ženy v honduraskom Uraco Pueble napr. zahrnul do svojho vzdelávania zdravotníkov aj sociodrámu, diskusie, hranie rolí na tému domáceho násillia a sexuálneho obťažovania. Zdravotníci organizujú pravidelné stretnutia s občanmi, na ktorých prednášajú o domácom násillí a pozývajú na ne i právnikov, ktorí ženám radia; usporadúvajú aj spoločné stretnutia s manželmi a ostatnými mužmi z dediny (Maher, osobné rozhovory 1993). Zdravotníčky z projektu SARTHI v indickom Gudžarate považujú poskytovanie individuálnej a obecnej pomoci obeťmi násillia za súčasť svojej práce. Sprevádzajú ženy na policajnú stanicu kvôli podaniu ich sťažnosti a spolupracujú s rodinnými príslušníkmi, aby ženu podporili v rozhodnutí zakročiť proti manželovmu násilliu. Koordinátorka programu Renu Khanna poznamenáva, že ženy

samy označili násillie za prioritný problém; SARTHI iba podporil ich záujem o tento problém (Khanna, osobný rozhovor 1992).

Na medzinárodnej úrovni sa urobil pokrok aj pri uznávaní násillia za prekážku zdravého života a vývoja žien. V roku 1991 sponzorovala Panamerická zdravotnícka organizácia (PAHO) v Manague konferenciu Násillie páchané na ženách – problém zdravia obyvateľstva (OPS 1992). Kolumbijské Ministerstvo zdravotníctva vydalo výnos o aktivite za zdravie žien, ktorý obsahuje aj program Prevencia týrania a pozornosť venovaná obeťmi násillia. UNIFEM vydal Zbité sny – násillie páchané na ženách ako prekážka rozvoja (Carillo 1992). Ale Svetová zdravotnícka organizácia nemá žiaden program ani taktiku na eliminovanie rodovo podmieneného násillia. Pri plánovaní Dňa svetového zdravia v roku 1993 – ktorého témou bola prevencia zranení a násillia – dokonca jej pracovníci vôbec neuvažovali o násillí páchanom na ženách, kým ich o tom nepre-svedčili ochrankyne zdravia žien.

Preventívne programy

Hoci násilliu sa teoreticky zväčša dá predchádzať, v praxi sa uplatňuje len málo preventívnych programov.¹⁹ Spomedzi tých, ktoré skutočne existujú, sa väčšina zameriava na prácu s mládežou a deťmi, aby si osvojili nenásilné spôsoby riešenia konfliktov (rámček 8). Niektoré sa venujú rozvíjaniu sebadôvery a schopnosti vyjadriť city konštruktívnym, nenásilným spôsobom. Iné sa snažia odstraňovať rodové stereotypy a uznávanie mužských výsad, ktoré vo veľkom prežívajú v médiách a v kultúre. Programy niektorých škôl nabádajú deti, aby sa zdôverili nejakému dospelému, keby sa ich neznámi ľudia alebo rodinní príslušníci dotýkali proti ich vôli. Na akademickej pôde vznikajú programy, ktoré zvyšovaním sebadôvery bojujú proti znásilneniu ako javu.

Väčšina vzdelávania verejnosti a mediálnych aktivít ženského hnutia možno klasifikovať ako prevenciu, keďže väčšina úsilia sa zameriavala viac na potenciálne obeť než na zmenu postojov mužov. Ženské združenia viedli stovky workshopov a zostavili tisíce brožúrok, komiksov a iných materiálov upozorňujúcich na túto problematiku, aby ženám poskytli základné informácie o ich právach. Hoci iba niekto z nich sa dočkalo uznania, všetky boli veľmi osožné, pretože iniciovali dialóg o tejto často tabuizovanej téme (Zurutuza 1993). V niekoľkých rozvojových krajinách, napríklad v Ekvádore a v Peru, financovali celoštátne mediálne kampane, aby verejnosť upozornila na problémy spojené so znásilnením a domácim násillím (Zurutuza 1993). Sanfranciský Fond na prevenciu domáceho násillia sa pokúša pokročiť v prevencii prostredníctvom médií tým, že vykonáva komplexný prieskum trhu, aby mohol starostlivo vypracovať posolstvá určené na

zmenu postojov spoločnosti voči násiliu. Je to prvý pokus o využitie techniky masovokomunikačných prostriedkov, ktoré v USA tak úspešne vplývali na zníženie konzumácie alkoholu a cigariet, aj na boj proti domácejmu násiliu.

V ostatných rokoch sa prostriedky aj zásahy systému justície (zatýkanie, trestné stíhanie) začali v USA a Kanade používať aj na prevenciu prípadného násillia zo strany známeho útočníka. Až do konca 70. rokov polícia tradične reagovala na privolanie do rodiny (ak vôbec prišla) tým, že násilníka vyviedla von, aby si schladil hlavu; zatknutie používala len ako poslednú možnosť. V 80. rokoch sa situácia v Spojených štátoch radikálne zmenila, keď policajné oddelenia – pod nátlakom advokátok bitých žien, ohlasovacej povinnosti a nových zákonov týkajúcich sa vzťahu do väzby – začali zatýkať páchatelov za napadnutie intímnej partnerky.²⁰ Posun v sociálnej politike štátu predstavoval aj výskum v Minneapolise, ktorého výsledky boli zverejnené v roku 1984 a z ktorých vyplývalo, že v porovnaní s manželskou odľahou alebo radou, aby manželský pár vyhľadal pomoc, zatknutie znížilo v sledovanom období šiestich mesiacov riziko ďalších násilností na polovicu (Sherman a Berk 1984). O širokú publicitu týchto zistení sa postarali advokáti, ktorí sa usilovali o uznanie útoku na manželku za trestné, a tým skončovať s dvojítm metrom pri posudzovaní násillia na verejnosti a domáceho násillia.

Ale nedávne štúdie spochybnili výsledky minneapoliskeho experimentu (Schmidt a Sherman 1993). Dve (Colorado Springs a Miami) z piatich štúdií zistili, že ak sa častejšie používa uvalenie väzby, môže to byť dokonca menej účinné ako iné policajné zásahy. Podrobná analýza odhaľuje, že účinnosť väzby kolíše podľa toho, o aký druh páchatela ide. Ak je páchatel ženatý alebo zamestnaný, alebo aj ženatý aj zamestnaný, uväznenie zníži recidívu, ale v niektorých mestách u nezamestnaných a slobodných alebo rozvedených páchatelov vedie uvalenie väzby naopak k zvýšenému násilliu. Niektorí výskumníci považujú zamestnanie a manželstvo za prostriedky „sociálnej zakotvenosti“ a argumentujú tým, že zatknutie väčšmi zastráša tých, ktorí majú čo stratiť (Sherman a Smith 1992). Ale je možné aj to, že na miesto zamestnania sa dajú dosadiť aj iné, nezohľadnené faktory, ako napr. vzdelanie, sebavedomie a sociálno-ekonomické postavenie. Presné zistenie podstaty a príčin rozdielného účinku väzby si vyžaduje ďalšiu analýzu a výskum.²¹

Tým nechceme povedať, že uvalenie väzby pre domáce násillie činy nie je užitočné, ale že vo všeobecnosti pravdepodobne neznižuje recidívu efektívnejšie než iné policajné zásahy. Pôvodným cieľom advokátov pri presadzovaní zatknutia vlastne ani nebolo predísť možnému násilliu, ale odstrániť existujúce násillie a ženám zabezpečiť rovnakú ochranu zo zákona (Stark 1993). Je otázne, či zatknutie predíde násilliu v intímnom vzťahu, po-

dobne ako je otázne, či predíde iným trestným činom: literatúra o mladistvých delikventoch a o všeobecnej kriminalite neposkytuje veľa empirických a teoretických údajov o tom, či uvalenie väzby znižuje zločinnosť mladistvých alebo dospelých delikventov (Gelles 1993). Samotné zatknutie pravdepodobne nestačí. Cielená štúdia (Steinman 1989) zistila, že zatknutie bez ostatných trestnoprávných sankcií viedlo k následnému zvýšenému násilliu. Ale keď po zatknutí nasledovalo trestné stíhanie a súdne pojednávanie, zatknutie významne znížilo výskyt ďalšieho násillia.

V iných krajinách sa ženy začali organizovať, aby zabránili mutilácii genitálií a ďalším tradičným zvykom poškodzujúcim ženy a dievčatá. V roku 1984 Svetová zdravotnícka organizácia sponzorovala konferenciu v senegalskom Dakare, na ktorej sa spojilo 22 výborov z rôznych štátov, usilujúcich sa o odstránenie mutilácie genitálií, a vytvorilo Celoafriický výbor pre tradičné zvyky ovplyvňujúce zdravie žien a detí (Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children). Slovmi Berhane Rasa Worka, prezidentky výboru, je „obriezka žien jednoznačným príkladom sociálneho násillia, ktoré musia ženy mlčky znášať ako cenu za manželstvo a spoločenské uznanie“ (Heise 1993, s. 180).

Rámček 8

Iniciatívy na prevenciu rodovo podmieneného násillia

V jamajskom Kingstone tri skupiny využívajú ľudové divadlo na preventívnu výchovu proti rodovo podmienenému násilliu. Umelecký kolektív Sistern využíva interaktívne workshopy a pouličné divadlo na podnecovanie diskusie o problémoch domáceho násillia a znásillenia. Women's Media Watch protestuje proti násilliu a pochybnému obrazu, ktorý o ženách vytvárajú masovokomunikačné prostriedky, a využíva možnosť, aby mladí ľudia našťudovali divadelné hry, ktoré by im pomohli uvedomiť si zložitú problematiku sexuality a sexuálneho násillia. Teens in Action, skupina, ktorá vznikla po brutálnom znásillení a zavraždení mladého dievčaťa, predvádza dramatické útvary, ktoré majú ľudí z ich okolia viesť ku kritickému premýšľaniu o problematike sexuality, o vzťahu medzi mužmi a ženami a o znásillení (Popular Education Research Group 1992).

V kanadskom Ontariu Iniciatíva na prevenciu násillia Ministerstva školstva školí deti v oblasti medziľudských vzťahov. Program zahŕňa učebné osnovy týkajúce sa prevencie domáceho násillia, overované v rokoch 1991-

-1992 na niektorých školách, *Príručku o prevencii domáceho násillia*, na ktorej spolupracovalo 60 odborníkov, a výcvik pre pedagógov v problematike domáceho násillia. V rámci projektu ša vydali a distribuovali stovky brožúrok a poviedkových kníh, sponzorovali divadelné skupiny a organizovali dni učiteľov a rodičov. Projekt spolupracoval aj so školami, políciou, zdravotníkmi, pracovníkmi útulkov a oddeleniami poskytujúcimi sociálne služby, aby sa lepšie oboznámili so závažnosťou tejto problematiky (Erue 1991).

V newyorskem Brooklyne využíva projekt Výchovou proti násilliu tréning sebaobrany ako úvod k diskusi o prevencii násillia s deťmi na stredných školách. Stretnutia sa konajú každý týždeň a deti sa na nich učia sebaobrane a nenásillným spôsobom riešenia konfliktov. Projekt upozorňuje na podobnosť medzi stratégiou medziľudských vzťahov a filozofiou karate. Učí, že bojové umenia nezneužívajú násillie, ale naopak, skutočný majster je ten, kto sa presadí za použitia čo najmenej sily. Takisto ich učí stavať sa kriticky k tomu, ako masovokomunikačné prostriedky deformujú obraz bojových umení vytváraním takých pseudohrdinov ako Bruce Lee (Ellman 1993).

V kanadskom Ontariu pracuje medzi ženami imigrantov a utečencov Education Wife Assault (EWA), aby ich naučila vypracovať si také postupy boja proti násilliu vo svojom okolí, ktoré by pre ne boli vhodné a prijateľné z hľadiska vlastnej kultúry. EWA organizuje „kurzy zručnosti“, kde sa ženy naučia vypracovať vlastné programy na boj proti domácejmu násilliu, ktoré zohľadňujú ich kultúrne špecifiká. Poskytuje im aj technické vybavenie na takéto kampane. Zamestnanci EWA podporujú ženské aktivistky aj emocionálne, aby im pomohli prekonať osamelosť a silný odpor, na ktorý ženy bojujúce proti domácejmu násilliu často narážajú, pretože ich ostatní považujú za hrozbou pre kultúru a súdržnosť spoločnosti.

(Center for Women's Global Leadership 1992).

V roku 1990 na konferencii o Tradičných zvykoch ovplyvňujúcich zdravie žien a detí: Dokedy ešte? (Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children: How Far Forward?) v etiópskej Addis Abebe hlasovali africké účastníčky za podporu zákonov zakazujúcich mutiláciu ženských genitálií a trestajúcich tých, ktorí ju vykonávajú. Prvý seminár OSN o tradičných zvykoch z hľadiska ľudských práv v Ouagadougou v Burkine Faso v máji 1991 odporučal, aby sa na zlikvidovanie škodlivých

zvykov využívala nielen legislatíva a vzdelanie, ale aj také prostriedky ako pouličné divadlo a organizovanie spoločenského života (Dorkenoo a Scilla 1992). Afričanky žijúce v Európe, Kanade a USA začali organizovať boj proti tomuto zvyku medzi imigrantmi a utečencami (Hedley a Dorkenoo 1992).

Programy na pomoc obetiam

V rozvinutom svete sú základným kameňom programov na pomoc obetiam týrania krízové centrá pre znásillené ženy a útulky pre bité ženy. Bežné krízové centrum pre znásillené ženy má k dispozícii krízovú linku dôvery s nepretržitou prevádzkou, programy vzdelávania verejnosti, kmeňových zamestnancov alebo dobrovoľníkov, ktorí sprevádzajú znásillené ženy do nemocnice a na policajnú stanicu, usporadúva výcviky pre odborníkov v oblasti zdravotníctva a súdnicstva, poskytuje poradenstvo a podporné skupiny pre obeť. Útulky poskytujú núdzové ubytovanie pre ženy a deti až na niekoľko mesiacov. Takisto majú k dispozícii krízovú linku dôvery, podporné skupiny pre ženy, ktoré sú v nich ubytované, programy vzdelávania verejnosti, základnú starostlivosť o deti a advokátky, ktoré pomáhajú ženám ubytovaným v útulkoch komunikovať s inštitúciami právneho systému a úradmi sociálnych služieb. Niektoré lepšie financované útulky poskytujú právnu pomoc a pracovný výcvik a zamestnávajú pracovníčky, ktoré usporadúvajú školenia a podnikajú kroky na inštitucionálnu reformu, aby sa zredukovalo násillie páchané na ženách (Heise a Chapman 1992).

Od začiatku 80. rokov sa začali útulky a krízové centrá pre ženy vo veľkom objavovať aj v rozvojových krajinách. Najmenej 40 rozvojových štátov už má aspoň niekoľko mimovládnych organizácií, ktoré pomáhajú obetiam násillia. Niektoré štáty majú špeciálne krízové centrá pre znásillené ženy aj osobitné služby pre bité ženy; iné majú jedno alebo niekoľko viacúčelových krízových centier, ktoré poskytujú služby všetkým ženám, čo sa stali obeťou nejakého rodovo podmieneného násillia. Pretože udržiavanie takýchto útulkov stojí nemalé peniaze, mnohé mimovládne organizácie v rozvojových krajinách sa rozhodli, že žiadne neotvorí, a namiesto toho zamerali svoje obmedzené finančné zdroje na podporu svojpomocných združení, právnických služieb, poradenstva a inštitucionálnej reformy. Niektoré ženské organizácie odmietli systém útulkov aj preto, lebo ich pokladajú skôr za posilnenie závislosti obetí násillia, než za riešenie problému (Carcedo, súkromný rozhovor 1993).

Služby bitým ženám a obetiam znásillenia začali poskytovať aj niektoré vlády, hlavne na úrovni samospráv. V roku 1989 napr. mexická vláda vytvorila špeciálne oddelenia pri úrade oblastného prokurátora, kam sa nahlasujú prípady sexuálneho ná-

silia. Tieto oddelenia majú za cieľ poskytovať obetiam násilia právnú, zdravotnú a psychologickú starostlivosť v atmosfére pochopenia a dôvery. Zavedla sa nová legislatíva, ktorá dlhodobo podporuje päť špecializovaných oddelení v Mexico City a oddelenia vo všetkých významných mestách v štáte (Women's World 1991-1992). Podobne peruánske Ministerstvo zdravotníctva hľadá finančne nenáročnejšie spôsoby na poskytnutie ubytovania ženským obetiam násilia. Mariano Querol, riaditeľ Ústavu pre duševné zdravie (Mental Health), nedávno navštívil Spojené štáty, aby sa oboznámil s modelmi pomoci obetiam v riedko obývaných vidieckych oblastiach (Querol, súkromný rozhovor 1992).

Aj v rozvojovom, aj v rozvinutom svete hrajú podporné skupiny významnú úlohu pri odstraňovaní následkov násilia a upozorňovaní verejnosti na jeho existenciu. Lucrecia Ollero, koordinátorka Programu na prevenciu násilia v Lugar de mujer (Bojmatiek) v argentínskom Buenos Aires, uvádza: „Skupina vytvára priestor, kde sa týraná žena môže začať psychicky zotavovať. Stále sa rozpráva so ženami, ktoré dlhé roky prežili niečo podobné a ktoré s ňou podelia o svoje skúsenosti. Za týchto okolností dostane od skupiny prvú konkrétnu pomoc – nádej. Vidí, že iné ženy sa dokázali oslobodiť, a začne veriť, že aj jej sa to hľadám podarí.“ (Popular Education Research Group 1992, s. 11.)

Podporné skupiny pomáhajú týraným ženám, aby začali žiť plnším, produktívnejším životom. Sú mimoriadne dôležité aj pre ženy, ktoré nie sú schopné alebo ochotné opustiť násilníckeho partnera; pomáhajú im, aby sa prestali obviňovať, znižujú ich osamotenosť a vytvárajú pre ne odrazový mostík k spoločenským aktivitám. Význam sociálnej opory pri zmierňovaní stresovej reakcie je takisto veľmi dobre preukázaný (van der Kolk 1988, Rachley 1990). Podľa Lucrecie Ollero, „keď máte pocit, že vás niekto počúva a chápe, začínate sa cítiť ako človek“ (Popular Education Research Group 1992, s. 11.)

Vďaka podporným skupinám sa ženy môžu vyhnúť aj ďalšiemu násiliu. Pri nedávnom vyhodnocovaní práce kostarickej ženskej organizácie CEFEMINA sa zistilo, že 60 percent týraných žien, ktorým podporné skupiny poskytli pomoc, začalo už po šiestich mesiacoch žiť pokojným životom – zväčša vďaka tomu, že opustilo partnera. Vzhľadom na to, že CEFEMINA poskytla za rok služby vyše 400 ženám a náklady nedosiahli ani 20 000 USD (t. j. náklady na jednu ženu boli zhruba len 50 USD), jej program je veľmi efektívny aj po finančnej stránke (Carcedo, súkromný rozhovor 1993).

Podporné skupiny pomáhajú i sexuálne zneužívaným deťom a mladým. Ako súčasť svojho komunikačného projektu zameraného na prevenciu násilia v spoločnosti kostarická skupina Ser y crecer (Byť a veriť) trénuje profesionálov v troch oblastiach – pedagógov, terapeutov a sociálnych pracovníkov – pre vedenie svojpomocných podporných skupín pre obete sexuálneho zneužívania. Projekt poskytuje

trojmesačný výcvik a manuály na vedenie 16 stretnutí podpornej skupiny. Skupina Byť a veriť učí miestnych vedúcich z tých istých profesionálnych oblastí identifikovať obeť zneužívania a uskutočňovať prvý kontakt s nimi. Ďalších školí na „odborníkov v prevencii“, ktorí budú viesť preventívny výcvik vo svojich komunitách. Napr. zdravotná sestra môže byť vyškolená na to, aby oslovovala rodičov v čakárni u lekára (Bátes, súkromný rozhovor 1993).

Inde vo svete hľadajú vlastné spôsoby, ako sankcionovať páchateľov a pomáhať obetiam týrania – často tým, že zvýšia „spoločenské odsúdenie“ násilného správania pomocou verejnej konfrontácie a pokorenia. Napr. medzi Garifunčanmi, afroindickou populáciou obývajúcou karibské pobrežie Belize, ženy obkolesia dom muža, ktorý bije manželku, a kričia, aby naň verejne uvalili hanbu. V prípade krutého násilia pomôžu žene ujsť – buď jej suseda poskytne dočasné prístrešie, kým sa konflikt nevyrieši, alebo jej poskytnú trvalé bydlisko (Kerns 1992). V Mire de las Flores, chudobnom predmestí peruánskej Limy, sa ženy združili do susedských dozorných výborov a nosia pištalky, ktorými si privolajú na pomoc ostatné ženy, keď ich niekto napadne (Heise 1989). Levinson v medzikultúrnej štúdií, z ktorej sme citovali už predtým, spomína, že „existencia príbuzných alebo susedov, ktorí zasiahnu v situáciách násilia alebo hroziaceho násilia, je charakteristickou črtou spoločnosti s nízkym percentom bitia manželiek“ (1988, s. 452).

V Kanade sa domorodé spoločenstvá zaoberajú domácim násilím tým, že pripomínajú tradičné spôsoby riešenia konfliktov. V Manitobe ženy z rezervácie Hollow Water začali používať kmeňový „liečebný kruh“ na diskusiu o domácom násilí. Členovia komunity konfrontujú násilníka, žiadajú od neho, aby sa verejne priznal k svojmu zločinu, a ponúkajú svoju pomoc obeti aj páchateľovi. Násilník dostane „liečebnú zmluvu“, v ktorej je vymieraný trest – obyčajne verejnoprospešná práca – a prijímajú sa opatrenia na ochranu obeť. Keď zmluva vyprší, odohrá sa očistná ceremónia symbolizujúca návrat rovnováhy medzi násilníkom, jeho rodinou a spoločenstvom. V tejto fáze sa „liečenie“ definitívne skončilo a na zločin treba zabudnúť. „Liečenie“ môže trvať roky (MATCH International 1990).

Terapeutické programy pre páchateľov

V ostatných rokoch je čoraz väčší záujem rehabilitovať páchateľov pomocou terapeutických a reedukačných programov. Terapeutické programy sa rozšírili najmä v rozvinutých štátoch, kde súdne dvory hľadali spoločenské riešenie násilia páchaného na manželkách, ktoré by neposielalo ďalších odsúdených do beztak preplnených väzníc. Mnohé ženy uvítali, že ich manželia dostanú po prvom spáchanom násilí pomoc, a nie trest. V USA súdne na-

riadené programy vyžadujú, aby sa páchateľ zúčastňoval na stretnutí raz do týždňa počas 12 týždňov. Iné programy vyžadujú iba 6 pohovorov, ďalšie pravidelné dochádzanie počas 8 mesiacov (Heise a Chapman 1992). Niekoľko programov vytvorených podľa amerického a kanadského vzoru sa objavilo aj v rozvojových krajinách (napr. v Mexiku).

Väčšina programov je založená na myšlienke, že násilnícke správanie je naučené a sociálne posilňované. Poradenské štýly variujú – od štruktúrovaných skupín, v ktorých sa muži učia o dynamike moci pri bití, po voľné svojpomocné skupiny, ktoré vedú skúsení facilitátori. Niektoré skupiny sa zameriavajú na zlepšenie schopnosti mužov ovládať emócie; iné zachádzajú ešte ďalej a spočívajú mužmi tradované právo ovládať ženy násilím. Mnohé programy zahŕňajú nácvik relaxácie, vzdelávanie o socializácii mužov, ako aj techniky modifikácie správania, ako napr. „time-out“ („prestávka“), ktorá zamedzí stupňovanie hnevu (Stordeur a Stille 1989).

Iba nedávno sa výskumníci pokúsili vyhodnotiť efektívnosť programov pre násilníkov, ktorí bijú manželky. Zdá sa, že takéto programy znižujú fyzické násilie niektorých mužov, ale ďalšie premenné, ako napr. spolupráca s justíciou, pravdepodobne takisto hrajú určitú úlohu (Harrel 1991). Nedávna správa (Tolman a Bennett 1990), založená na výpovediach obetí, uvádza, že 53–85 percent mužov, ktorí absolvovali takýto program, sa v nasledujúcich 6–18 mesiacoch nespráva násilne a aj percento výskytu násilia v priebehu dlhšieho obdobia je nižšie. Ale tie isté štúdie ukazujú²², že dokonca aj „nenásilní“ muži naďalej používajú vyhrážky a psychické týranie na kontrolu (ovládanie) svojich manželiek. Edleson a Gruzsinski sa domnievajú, že „veľa mužov, ktorí upustili od násilia, sa môže uchýliť k vyhrážkam ako k „zákonnej“, ale nemenej terorizujúcej forme ovládania“ (1988, s. 20). Navyše percento úspešnosti, uvedené v týchto štúdiách, sa vzťahuje len na tých, ktorí absolvovali celé spomínané programy. Pretože viac ako polovica účastníkov programov ich neabsolvuje až do konca, nie je jasné, do akej miery sú vlastne úspešné (Saunders a Azar 1989).

Na základe vyhodnotenia údajov, ktoré je zatiaľ hádam najspoločnejšie, sa zistilo, že súdom nariadené programy nemali žiaden pozitívny vplyv na mieru výskytu fyzického násilia a vyhrážania sa násilím (stanoveného na základe výpovedí páchateľov a obetí a policajných záznamov), ani na presvedčenie o práve biť manželky a ovládanie násilím (Harrel 1991). Na rozdiel od iných štúdií táto porovnávala mužov, ktorým súd nariadil absolvovať program, so skupinou mužov, ktorí nemali prikázané absolvovať program – t. j. so skutočnou kontrolnou skupinou. Navyše porovnávala percento násilia u mužov pred zásahom súdu a po zásahu súdu, ale pred absolvovaním programu, čo umožnilo výskumníkom zistiť, či zapôsobil výlučne program, alebo čiastočne aj zásah justície. Štúdia odhalila, že

percento násilia bolo nižšie po uväznení a predbežnom výsluchu na súde a že samotný program nepriinesol ďalší pozitívny vplyv. Tieto zistenia vedú k domnienke, že väčšinu pozitív pripisovaných programu v skutočnosti prináša zásah justície, a nie samotný program.

Bolo by však predčasné robiť závery, že pri znižovaní budúceho domáceho násilia si od takéhoto programu netreba veľa sľubovať. Program a vyhodnotenie metód sú ešte len v začiatkoch a nové prístupy v práci s delikventmi môžu byť predsa len užitočnejšie. Výskumníci poznamenávajú, že ak sa neudeľujú tvrdé tresty za zneužívania a za neúčast na programe, znižuje sa jeho účinnosť. Výsledky prieskumu (Harrel 1991) poukazujú na to, že ani jeden z mužov, ktorí absolvovali spomínaný program, ani z mužov z kontrolnej skupiny neveril, že ak v budúcnosti spácha nejaké násilie, bude to mať pre neho závažné právne alebo spoločenské následky.

V Severnej Amerike a Európe existuje okrem programov pre násilníkov aj dlhoročná snaha rovnako pristupovať k páchateľom sexuálnych zločinov. Používané techniky zahŕňajú neurochirurgické zákroky, podávanie farmakologických prípravkov (napr. acetátu medrosyprogesterónu alebo MPA, protikladu androgénu) a kognitívnu a behaviorálnu terapiu. V USA zhruba tri štvrtiny všetkých programov pre sexuálnych delikventov realizuje štát, i keď v roku 1990 40 štátov odsudzovalo sexuálnych delikventov do väzenia (v polovici 80. rokov to bolo 48 štátov; Sapp a Vaughn 1991). V ostatných rokoch sa kladie čoraz väčší dôraz na identifikáciu a starostlivosť o mladistvých sexuálnych delikventov, aby sa zamedzilo agresívnemu sexuálnemu správaniu skôr, ako sa vystupňuje. Výskum 411 ambulantne liečených dospelých sexuálnych delikventov ukazuje, že 58 percent začalo s deviantným sexuálnym správaním v ranej adolescencii a že priemerný mladistvý sexuálny delikvent mužského pohlavia mal na svojom konte 380 obetí (Abel a kol. 1985, citované in: Stops a Mays 1991). Spoľahlivé, hoci zriedkavé vyhodnotenia výsledkov programov pre dospelých delikventov potvrdzujú, že aspoň niektoré programy znižujú počet recidív (podľa percent opätovného uväznenia väzby) pedofilov a exhibicionistov, ale ani jeden nezabral u páchateľov opakovaných znásilnení (Marshall a kol. 1990).

Programy pre páchateľov a programy pre sexuálnych delikventov – podobne ako pre násilníkov – sú stále iba v začiatku, a tak by sme ich zatiaľ nemali odmietaať ako neúčinné. Ale zaoberanie sa jednotlivými páchateľmi potom, čo u nich vznikol (a spoločenskými normami sa utvrdil) určitý druh násilného správania, nie je práve najšľachetnejším prístupom k riešeniu násilia páchaného na ženách. Hoci program môže zabrániť týraniu jednej či viacerých žien, skutočná prevencia si vyžaduje sformovanie takej generácie jednotlivcov, ktorí budú považovať násilnícke správanie za nevhodné.