Светски извештај за насилство и здравје

РЕЗИМЕ

НАСИЛСТВО ОД ИНТИМЕН ПАРТНЕР

превенција

Светска здравствена организација

Женева

Светски извештај за насилство и здравје

Светска здравствена организација
Женева
2002

Превод: Лазар Попов
Лектура: Ирена Ќепеска
Компјутерска обработка: Предраг Китановски

Тираж: 500 примероци

Носители на кампањата “**Светска кампања за спречување на насилство**“ во Република Македонија се:

Светска здравствена организација

Министерство за здравство на Република Македонија

Републички завод за здравствена заштита - Скопје

Фондација Институт отворено општество Македонија

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на РМ

Книгата е отпечатена со финансиска помош на:

- Светска здравствена организација
- Фондација Институт отворено општество Македонија
- Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените на РМ
- Уницеф

Книгата е отпечатена на македонски јазик по претходно добиена согласност од СЗО - Женева

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World report on violence and health / edited by Etienne G. Krug...[et al.].
1. Violence 2. Domestic violence 3. Suicide 4. Sex offenses 5. War
6. Public health 7. Risk factors I. Krug, Etienne G.

ISBN 92 4 154561 5 (NLM classification: HV 6625)

© Светската здравствена организација 2002

Публикациите на Светска здравствена организација ги имаат авторските права во согласност со одредбите од Протоколот 2 на Меѓународната конвенција за авторски права. Сите права се резервирани.

Користените именувања и презентацијата на материјалот на оваа публикација не го изразуваат мнението на Секретаријатот на Светската здравствена организација во однос на правната состојба на било која земја, територија, град или област или на надледните лица, или на она што се однесува на оцртувањето на границите. Имињата на земјите или областите користени во оваа публикација се оние кои се добиени во времето кога беше подготвувано оригиналното издание.

Споменувањето на конкретни компании или производи на одредени производители не значи дека тие се прифатени или препорачани од страна на Светската здравствена организација во однос на други со слична природа кои не се спомената. Со исклучок на грешките или испуштените поими, имињата на производите се нагласени со почетни големи букви.

СОДРЖИНА

Предговор ---------- v
Вовед ---------- vii

Насилството - универзален предизвик ---------- 1

Приодот на здравството кон насилството ---------- 3
Дефинирање на насилството ---------- 4
Видови насилство ---------- 5
Мерење на насилството ---------- 5
Влијанието на насилството - изгубени животи и оштетено здравје7
Корените на насилството - еколошки модел ---------- 9
Од анализа во акција ---------- 11

Видови и околности на насилство ---------- 13

Меѓулично насилство ---------- 13
Младите луѓе и насилството ---------- 13
Насилство од интимен партнер ---------- 15
Злоупотреба и запоставување на децата од родителите и од други старатели ---------- 16
Злоупотреба на стари лица ---------- 17
Сексуално насилство ---------- 18
Зачестеност на интерперсонално насилство ---------- 19
Самонасочено насилство ---------- 20
Обем на проблемот ---------- 20
Зачестеноста на појавата на самоубиство ---------- 21
Колективно насилство ---------- 22
Обем на проблемот ---------- 22
Последици на колективното насилство ---------- 23
Зачестеноста на насилните судири ---------- 24

Што може да се стори за да се спречи насилството ---------- 25

Индивидуални приоди ---------- 25
Приоди насочени кон релации ---------- 26
Активности и мерки во рамките на заедницата ---------- 27
Приоди во однос на насилството кај општествени групи луѓе ---------- 28
Поважни недостатоци ---------- 29
Заклучок ---------- 31
Литература ---------- 33

Насилство од интимен партнер -- 43

Неколку информации -- 45
Големина на проблемот -- 45
Мерење на насилството на партнерот --- 47
Насилство и убиство на партнерот -- 49
Традиционални идеи на машка чест --- 49
Динамиката на насилство од страна на партнарот --- 49
Како жените реагираат на насилството? --- 52
Кои се ризик факторите за насилство од интимниот партнер? ------------------------------------ 53
Индивидуални фактори --- 54
  Историја на насилство во семејството -- 54
  Мажи кои пијат -- 54
  Психички нарушувања --- 55
Фактори на врската --- 55
Фактори на заедницата -- 55
Социолошки фактори -- 56
Последиците од насилството на интимниот партнер -- 57
Влијание врз здравјето -- 57
  Репродуктивно здравје --- 58
  Физичко здравје -- 59
  Ментално здравје -- 59
  Користење на здравствени услуги --- 59
Економско влијание на насилството -- 59
Влијание на децата --- 59
Што може да се стори за да се спречи насилството од страна на партнерот? ------------ 60
Поддршка на жртвите --- 60
Правни лекови и судски реформи --- 61
  Криминализација на злоупотребата --- 61
  Закони и политика на апсење -- 61
  Алтернативни санкции --- 62
  Женски полициски станици -- 62
Лекување на насилниците -- 63
Интервенции на здравството --- 63
Обиди на заедницата -- 64
  Активности на дофат --- 64
  Координирани интервенции на заедницата --- 65
  Превентивни кампањи -- 65
  Школски програми --- 66
Принципи на добра практика -- 67
Дејствија на сите нивоа -- 68
Инволвираност на жените -- 68
Промена на културата во институциите -- 68
Мултисекторски пристап -- 69
Препораки --- 69
Истражување на насилство од страна на интимниот партнер --------------------------------------- 69
Зајакнување на неформалните извори на поддршка --- 70
Градење на зедничка кауза со другите социјални програми --- 70
Инвестирање во примарната заштита --- 70
Заклучок -- 70
Литература -- 71

ПРЕДГОВОР

Дваесеттиот век е век што ќе се памети по насилство. Од него ја наследивме појавата на масовното уништување, насилство што се случи во досега невиден и невозможен обем во споредба со кога било во историјата на човештвото. Но, ова наследство - како последица од новата технологија во служба на идеологијата на омразата - не е единственото нешто што го стекнавме и со кое мораме да се соочиме.

Поневидливо, но затоа, пак, пораспространето е наследството на секојдневното страдање на човекот. Тука е страдањето на децата што им го наметнуваат луѓето, кои, всушност, треба да ги заштитуваат, на жените што се повредувани и понижувани од нивните партнери, на постарите лица што се малтретирани од нивните негуватели, на младите што се заплашувани од нивни врсници, како и на луѓето од секоја возраст што самите врз себе вршат насилство. Ваквите страдања - и многу други примери што можам да ги дадам - се наследство што се раѓа само од себе, бидејќи новите генерациии учат од насилствата на минатите генерации, бидејќи жртвите учат од мачителите и бидејќи се дозволува општествените услови да овозможуваат насилството да опстојува. Ниедна земја, ниеден град, ниедна заедница не е имуна на насилството, но и ние не сме немоќни да му се спротивставиме.

Насилството завладува онаму каде што не постои демократија, каде што не се почитуваат човековите права и не се врши правилно управување. Честопати говориме за тоа како може „културата на насилството“ да се вкорени. Тоа е навистина така - како Јужноафриканец кој го преживеа апартхејдот и ги преживува неговите последици, го видов и го искусив тоа. Вистина е и дека насилството побрзо и пошироко проникнува во општествата каде што властите ја одобруваат употребата на насилство преку своите сопствени постапки. Во голем број општества насилството е толку присутно што ги попречува можностите за економски и за општествен развој. Не смееме да дозволиме ваквата состојба да продолжи и понатаму.

Оние во чиј живот насилството е секојдневно присутно, го прифаќаат како природен дел од човековото битие. Но, не е така. Насилството може да се спречи. Насилните појави можат да се пренасочат. Во мојата земја и во светот имаме очигледни примери за победа над насилството. Влади, заедници и поединци го сфатиле тоа.

Го поздравувам првиот *Светски извештај за насилството и здравје*. Овој извештај во голема мера придонесува да го разбереме насилството и неговото влијание врз општеството. Тој ги прикажува разните лица на насилството почнувајќи од „невидливите“ страдања на најчувствителните поединци на општеството до севкупната и преочигледна трагедија на цели општества. Исто така, ни посочува дека треба да ги разгледаме и факторите што водат до насилство, како и мерките за негово спречување што можат да ги преземат разните сектори на општеството. Притоа мораме да сфатиме дека сигурноста и безбедноста не се случуваат сами по себе; тие се резултат на колективна општа согласност и заложба.

Во извештајот се опишани и дадени и препораки за преземање мерки на локално, национално и на меѓународно ниво, така што може да претставува драгоцено средство за работата на изготвувачите на законите, истражувачите, лекарите, поддржувачите и доброволните работници на полето на превенцијата на насилството. Додека во минатото насилството беше област со која се занимаваше кривичното правосудство, овој извештај цврсто налага да се вклучат сите сектори на општеството во борбата за негово спречување.

На своите деца - најчувствителната група граѓани во секое општество - мора да им обезбедиме живот без насилство и страв. За таа цел, мораме неуморно да се залагаме за одржување на мирот, правдата и напредокот не само на земјите, туку и на заедниците и членовите на едно семејство. Мораме да почнеме најпрво од корените на насилството. Само тогаш ќе можеме да го преобразиме наследството од минатиот век од товар во поука.

Нелсон Мендела

ВОВЕД

Насилството е присутно во животот на голем број луѓе низ целиот свет и, на некој начин, допира и до сите нас. За да се заштитат од злото, некои луѓе остануваат дома со заклучени врати и прозорци и се држат настрана од опасните места. Други, пак, не можат тоа да го избегнат. Насилството им се наоѓа зад заклученита врата - скриено од очите на јавноста. А кај оние, пак, што се наоѓаат во војна или воен судир, насилството допира до секој сегмент на животот.

Овој извештај е првиот целосен опис на проблемот во светски рамки и ја прикажува не само човековата цена на насилството - преку 1.6 милиони изгубени животи годишно и безброј оштетени на разни други начини кои не секогаш се видливи - туку и ги разоткрива различните лица на интерперсоналното насилство, колективното насилство и самонасилството, како и околностите во кои се јавува оваа појава. Извештајот покажува дека онаму каде што постои насилство, здравјето е силно загрозено.

Извештајот, исто така, ни разоткрива и многу други можности. Преку него осознаваме во подлабока смисла што е прифатливо и добро - си поставуваме прашање дали насилството треба да се смета само како прашање на семејна приватност, избор на поединецот или нужна појава во животот. Насилството е сложен проблем кој е поврзан со начинот на размислување и однесување што го определуваат многубројни фактори во рамките на семејството и заедницата, но, и фактори кои секако можат да ги преминат и државните граници. Со помош на извештајот стануваме свесни за потребата од соработка со низа партнери и за усвојување поактивен, научен и целисходен став.

Ние располагаме со некои средства и знаење како да се открие и да се разликува оваа појава - истите средства што ги користиме за решавање на други здравствени проблеми. Тоа се гледа и од извештајот. И, секако дека знаеме каде треба да го примениме своето знаење. Насилството честопати може да се предвиди и да се спречи. Како и другите здравствени проблеми, и тоа не е подеднакво распространето ниту кај различните слоеви на населението, ниту во различните средини. Голем број фактори што придонесуваат за појава на насилство се јавуваат кај различни видови насилства, а се и променливи.

Една од најважните теми на извештајот е значењето на примарната превенција. Со најмали напори на ова поле можат да се постигнат големи и долготрајни добивки, но не и без решителноста на водачите и пошироката поддршка за преземање превентивни мерки од страна на разните партнери како од приватниот така и од јавниот сектор, но и од високоразвиените земји и земјите што се во развој.

Здравството има забележано значителни постигнувања во последните децении, особено во поглед на намалување на стапката на голем број детски заболувања. Меѓутоа, спасувањето на нашите деца од таквите болести само заради тоа тие подоцна да станат жртви на насилство, или да го изгубат животот во чинови на насилство било меѓу блиските партнери или, пак, во војни и воени судири, како и жртви на самоповредување или самоубиство, би претставувало неуспех во борбата за спроведување ефикасна здравствена заштита.

Бидејќи здравството не може целосно да одговори на овој сложен проблем, ние сме решени да дадеме свој придонес во борбата против насилството во светот. Овој извештај придонесува за изградба на разни облици на глобалната борба против насилството, како и за создавање еден

свет во кој сите луѓе ќе имаат побезбеден и поздрав живот. Ве поканувам внимателно да го прочитате овој извештај и да ми се придружите мене и на сите стручни лица што се вклучени во борбата против насилството низ целиот свет и кои дале свој придонес, да го реализираме повикот за акција на овој извештај.

Гро Харлем Брундхенд
Генерален директор на
Светската здравствена организација

НАСИЛСТВОТО - УНИВЕРЗАЛЕН ПРЕДИЗВИК

Не постои земја или заедница што не знае за насилство. Сцени и последици од насилството среќаваме во медиумите, на улиците, во нашите домови, во училиштата, на работа и во организациите. Насилството е универзален камшик кој удира по заедницата и им ги загрозува животот, здравјето и среќата на сите луѓе. Секоја година повеќе од 1.6 милиони луѓе од целиот свет го губат животот како последица од насилство. На секој еден човек што го губи животот како последица на насилство, има голем број луѓе кои се повредени или страдаат од разни физички, сексуални, репродуктивни и ментални здравствени проблеми. Насилството е една од главните причини за смртта на лицата на возраст меѓу 15 и 44 години, при што 14% се мажи, а 7% се жени *(1)*.

Бидејќи насилството е толку присутно, честопати се смета за неизбежен дел од човековото битие - животна појава за која треба да се реагира, а не да се спречува. Исто така, тоа обично се разгледува како прашање од областа на „редот и законот", при кое улогата на здравствените работници се сведува само на справување со неговите последици. Но, ваквите размислувања се менуваат, особено по успешните достигнувања на здравството при други здравствени проблеми поврзани со животната средина и **однесување на** човекот, како што се срцевите заболувања, пушењето и ХИВ-вирусот/СИДА. Ставовите се менуваат со укажувањето на значењето на превенцијата и утврдувањето на основните причини за појавата на насилството. Истовремено, напорите на полицијата, судовите и криминолозите се зајакнати со придонесот на други институции и дисциплини - од детски психолози до епидемиолози.

Значителен дел од трошоците што произлегуваат од употребата на насилство се состојат од справувањето со неговите последици врз животот на жртвите и товарот што им се создава на здравствените институции *(2)*. Така, секторот за здравство се здобива со посебен интерес, но и со клучна улога во борбата за спречување на насилството. Генералниот хирург на САД беше првиот човек кој во 1979 јасно укажа на овој проблем во својот извештај *Здрави луѓе (3)*. Во извештајот се вели дека последиците од насилното однесување не смеат да се заборават при вложувањето на напорите за подобрување на општата здравствената состојба, како и тоа дека искоренувањето на причините за насилството треба да биде најважен приоритет на здравството.

Оттогаш голем број лекари и истражувачи во САД и во светот воопшто, си поставија за задача да го проучат и да го разберат насилството и да најдат начини за негово спречување*(4)*. Ова прашање беше поставено за разгледување на меѓународниот дневен ред кога Светското здравствено собрание на состанокот во Женева во 1996 ја усвои резолуцијата со која го прогласи насилството за најважен светски здравствен проблем (види Прилог 1).

Меѓутоа, со зголемување на свеста за можноста за спречување на насилството се прави само првиот чекор за определување на облиците на напорите за негово спречување. Насилството е особено чувствително прашање. Голем број луѓе не можат да си дозволат да се соочат со оваа појава во професионалниот дел од животот бидејќи таа поставува непријатни прашања поврзани со нивниот личен живот. Да се проговори за насилството значи да се допрат сложени прашања поврзани со моралот, идеологијата и културата. Затоа во официјалните кругови, како и кај поединците неретко се јавува отпор да се поведе разговор на оваа тема.

Целта на првиот *Светски извештај за насилството и здравје*[1] е да се разоткријат

ПРИЛОГ 1

Спречување на насилството: приоритет на јавното здравство (Резолуција WHA49,25)

Четириесет и деветтото Светско здравствено собрание,

Забележувајќи го со голема загриженост зголемениот пораст на појавата на намерни повредувања на луѓе од секоја возраст и од двата пола, но особено жени и деца;

Согласувајќи се со повикот од Декларацијата на Светскиот самит за социјален развој за воведување и спроведување посебни политики и програми за давање здравствени и социјални услуги за спречување на насилството во општеството и за ублажување на последиците од таквата појава;

Согласувајќи се со препораките донесени на Меѓународната конференција за население и развој (Каиро, 1994) и на Четвртата светска конференција за жените (Пекинг, 1995) за преземање итни мерки за спречување на проблемот на насилството врз жените и младите женски лица и за разбирање на здравствените последици;

Потсетувајќи на Декларацијата на ОН за сузбивање на насилството врз жените;

Забележувајќи го повикот на научната заедница во Мелбурншката декларација усвоена на Третата меѓународна конференција за спречување и контрола на повреди (1996) за зголемена меѓународна соработка на полето на остварување на безбедноста на граѓаните на целиот свет;

Потврдувајќи ги тешките моментални и долгорочни импликации на насилството врз здравствената состојба и психолошко-социјалниот развој на поединци, семејства, заедници и земји;

Потврдувајќи го порастот на последиците од насилството врз здравствените услуги насекаде и неговото штетно влијание врз дефицитарните медицински ресурси за земјите и заедниците;

Потврдувајќи дека здравствените работници се честопати меѓу првите што се сретнуваат со жртвите на насилство, кои располагаат со единствени технички можности и кои поради својата посебна улога во заедницата можат да им понудат помош на загрозените;

Потврдувајќи дека Светската здравствена организација, главната агенција за координација на меѓународната соработка на полето на здравството, има обврска да ги води и да ги упатува земјите-членки во развојот на програми за општа здравствена состојба со цел спречување на самонасилството и насилството спрема други лица;

1. ОБЈАВУВА дека насилството е водечки светски здравствен проблем;
2. ГИ ПОТТИКНУВА земјите-членки да го проценат проблемот на насилство на својата територија и да ѝ достават информации на Светската здравствена организација за таквата проценка и за нивниот приод;
3. БАРА Генералниот директор, во рамките на ресурсите што се на располагање, да иницира активности на полето на здравствената заштита во поглед на проблемот на насилството со цел:
   (1) да се утврдат разните видови насилство, да се одреди нивниот обем и да се проценат причините и здравствените последици на насилството при што ќе се земе предвид и „димензијата пол“ при вршење на анализата;
   (2) да се проценат видовите и ефикасноста на мерките и програмите за спречување на насилството и ублажување на неговите последици, при што особено ќе се земаат предвид иницијативите во врска со заедницата;
   (3) да се унапредуваат активности за сузбивање на овој проблем на меѓународно и на национално ниво заедно со мерки за:
      (а) усовршување на системот за препознавање, известување и справување со последиците од насилството;
      (б) поттикнување поголема вклученост на сите сектори во борбата за спречување и справување со насилството;
      (в) унапредување на истражувањето на појавата на насилството како приоритетна задача на истражувањето на полето на здравството;

ПРИЛОГ 1 (*продолжува*)

(г) подготвување и доставување препораки за програми за спречување на насилството во земјите, земјите-членки и заедниците од целиот свет;

(4) да се обезбеди координирано и активно учество на соодветни технички програми на Светската здравствена организација;

(5) да се зајакнува соработката на Организацијата со владите, локалните власти и други организации на системот на ОН при планирање, спроведување и следење на програмите за борба против насилството и за ублажување на неговите последици;

4. БАРА Генералниот директор потоа да достави извештај на Деведесет и деветтата седница на Извршниот одбор за постигнатиот напредок, како и план за акција за унапредување на таков приод на здравството кон проблемот на насилството, кој ќе биде поставен на научна основа.

тајноста, табуата и чувствата за неизбежност на насилното однесување, како и да се поттикне расправа преку која ќе се здобиеме со поголемо разбирање за овој премногу сложен проблем. Секако дека поединечните иницијативи и водството се од огромно значење за да се надмине апатијата и отпорот, но клучен предуслов за сузбивање на насилството во поширока смисла е луѓето да соработуваат меѓу себе, да се здружуваат во разновидни облици на партнерство на разни нивоа за да развијат успешни начини на борба на ова поле.

- Насилството честопати се смета за неизбежен дел на човековото битие - животна појава на која попрво треба да се реагира отколку да се спречува. Особено по постигнатите резултати на здравството кај други здравствени проблеми поврзани со животната средина и разните однесувања, ваквите сфаќања се менуваат.
- Секторот за здравство се здобива со посебен интерес, но и со клучна улога во борбата за спречување на насилството.
- Клучен предуслов за сузбивање на насилството во поширока смисла е луѓето да соработуваат меѓу себе, да се здружуваат во разни облици на партнерства на разни нивоа за да развијат успешни начини на борба на ова поле.

[1] Krug EG et al., eds. *Светски извештај за насилството и општата здравствена состојба,* Женева, Светска здравствена оганизација, 2002.

Овој Краток извештај, главно, се однесува на оние што се одговорни за донесување одлуки и политика на дејствување на полето на здравството на национално ниво, како и на оние што работат на локално ниво и кои први се среќаваат со проблемите и потребите на заедницата. Гледиштата и одлуките донесени во овој извештај се засновани врз *Светскиот извештај за насилството и здравје*, како и на многубројните студии кои се споменати во него.

Приодот на здравството кон насилството

Во основа, здравството дејствува реактивно и терапевтски на полето на борбата против насилството. Бидејќи постои тенденција да се дејствува во посебни области од посебен интерес и стручност, појавата на насилството честопати не се разгледува во поширока смисла и не се зема предвид поврзаноста меѓу разните видови насилство. Меѓутоа, насилството е сложена појава и потребно е да се третира со еден поширок и посеопфатен приод.

Јавното здравство по дефиниција не се задржува на поединечните пациенти, туку на здравствената состојба на заедницата и на населението во целина. Тоа особено интервенира во случаи кога населението се соочува со закана од поопасни болести или повреди. Основните цели на јавното здравство се зачувување, унапредување и подобрување на општата здравствена состојба. Задачата на јавното здравство попрво се состои во спречување на болестите

и повредите, како и на нивната евентуална повторна појава, отколку во третирањето на здравствените последици.

Традиционално, приодот на јавното здравство при загрозување на општата здравствена состојба, се состои од следните четири чекори *(5)*:

– дефинирање и следење на обемот на проблемот;
– утврдување на причините на проблемот;
– формулирање и испитување начини за справување со проблемот,
– пошироко применување ефикасни мерки.

Приодот на јавното здравство е поставен на научна основа. Секој чекор - од дефинирањето на проблемот и утврдувањето на неговите последици до планирањето, испитувањето и проценувањето на начините на дејствување - мора да се заснова врз научни испитувања и цврсти докази. Приодот на јавното здравство е, исто така, мултидисциплинарен. Здравствените работници работат во партнерство со голем број луѓе и организации и користат стручна подготовка од поширок круг - од медицина, епидемиологија и физиологија до социологија, криминологија, образование и економија.

Што се однесува, пак, на насилството, лекарите и нивните партнери тргнуваат со силно убедување - засновано врз докази - дека може да се спречи насилното однесување и последиците од него. Јавното здравство не ја заменува функцијата на кривичното правосудство и на оние што се грижат за спроведување на човековите права, туку ги надополнува нивните активности и им нуди дополнителни средства и извори на соработка.

Дефинирање на насилството

Една причина зошто насилството досега не претставувало проблем на здравството е тоа што не постоела јасна дефиниција за таквиот проблем. Насилството е особено распространета и сложена појава за која е невозможно да се даде дефиниција на егзактна научна основа, туку може да се даде само проценка. Поимите за тоа што е прифатливо и неприфатливо во однесувањето, и што претставува штета, се под влијание на одредена култура и постојано се врши нивна процена, бидејќи вредностите и социјалните норми постојано се менуваат. Кај претходната генерација палката беше составен дел од дисциплината во британските училишта што се користеше за удирање по задникот, по нозете или рацете на учениците. Денес учителите во Велика Британија можат да бидат кривично гонети доколку користат физички дисциплински мерки врз детето.

Најразновидните морални кодови од целиот свет го прават насилството едно од најтешките и најчувствителни прашања со кое треба да се справува на светско ниво. Но, тоа треба најитно да се стори. Мора да се вложат напори за постигнување глобална согласност и да се поставаат универзални стандарди на однесување преку проучување на човековите права со цел да се заштити човечкиот живот и достоинство во овој наш свет кој бргу се менува.

Постојат многубројни можни начини за дефинирање на насилството зависно од тоа кој го дефинира и за каква цел. Дефиницијата на насилството за целите за лишување од слобода и осудување, на пример, ќе се разликува од онаа за давање социјални услуги. Што се однесува на здравството, пак, насилството треба да се дефинира на таков начин што ќе опфаќа низа чинови на насилство од страна на сторителите и субјективни искуства на жртвите без да се даде преопширна дефиниција што би го изгубила значењето - или преопширна што ги опишува природните промени на секојдневното живеење во патолошка смисла. Исто така, глобалната согласност е потребна заради споредба на податоците меѓу земјите и за цврста основа на така изграденото знаење.

Светската здравствена организација го дефинира насилството *(4)* како:

> Намерна употреба на физичка сила или моќ, со закана или конкретно загрозување, против себе, друго лице, група или заедница, чија последица или веројатност за последица е повреда, смрт, психолошка штета, спреченост на развој или каква било загуба.

Дефиницијата опфаќа интерперсонално насилство, суицидно однесување, како и насилство извршено за време на вооружен судир. Исто така, таа опфаќа и поширок обем чинови на насилство што не се физички, а се однесуваат на закани и заплашување. Покрај смртта и повредата, дефиницијата исто така опфаќа голем број честопати невидливи последици на

насилно однесување, како што се психолошката штета, каква било загуба и спреченост за развој на поединецот, семејството и заедницата.

Видови насилство

Сложеноста, присутноста и разноликоста на насилните дела предизвикуваат чувство на немоќ и апатија. Потребна е аналитичка рамка или класификација на видовите насилство за да се издвојат конците на оваа сложена тапиserија за да може природата на овој проблем - и потребните мерки за справување со него - да станат појасни.

Работата на полето на борба против насилството досега беше поделена во посебни области на истражување и дејствување. За да се надмине ваквиот недостаток, аналитичката рамка треба да стави акцент на заедничките обележја и врските меѓу различните видови насилство, што би довело до сеопфатен приод на превенцијата. Постојат мал број категоризации и ниедна од нив не е сеопфатна и универзално прифатена (*6*).

Категоризацијата што се применува во *Светскиот извештај за насилство и здравје* го дели насилството во три пошироки видови според тоа кој го врши чинот на насилството: самонасилство, меѓулично насилство и колективно насилство.

Со ваквата категоризација се разликува насилство што лицето само си го нанесува, насилство што го нанесува друго лице или помала група луѓе и насилство што го нанесува поголема група луѓе, како, на пример, држави, организирани политички групи, вооружени групи или терористички организации (види Слика 1).

Секоја од овие три пошироки категории посебно е поделена на одделни видови насилство.

Самонасилството се состои од суицидно однесување и самозлоупотреба, како, на пример, самосакатење. Суицидното однесување опфаќа разни степени - од едноставна помисла за одземање на сопствениот живот, до планирање на таквата помисла, изнаоѓање средства за нејзино извршување, обид за самоубиство, и извршување на делото. Меѓутоа, тие не треба да се сметаат за различни фази на еден континуум. Голем број луѓе што имаат суицидни помисли никогаш не постапуваат според нив, и дури и оние што вршат обид за самоубиство може да немаат намера вистински да си го одземат животот.

Интерперсоналното насилство е поделено во два подвида:

- Семејно и меѓупартнерско насилство - т.е. насилство меѓу членовите на едно семејство и меѓу блиските партнери, обично, но не и задолжително во домот;
- Насилство во заедницата - насилство меѓу поединци, кои се познаваат или не се познаваат, обично, надвор од домот.

Првата група опфаќа облици на насилства, како, на пример, злоупотреба на деца, насилство од страна на блискиот партнер и злоупотреба на постаро лице. Втората група, пак, опфаќа насилство меѓу младите лица, случајни дела на насилство, силување или напад заради сексуална злоупотреба од страна на непознато лице, и насилство во институции како училишта, работни организации, затвори и домови.

Колективното насилство е наменска употреба на насилство од страна на лица што се идентификуваат како членови на одредена група врз друга група луѓе, заради постигнување одредени политички, економски или социјални цели. Се состои од разни облици: вооружени судири во рамките или меѓу држави; геноцид, репресија и други злоупотреби на човекови права; тероризам; и организиран насилен криминал.

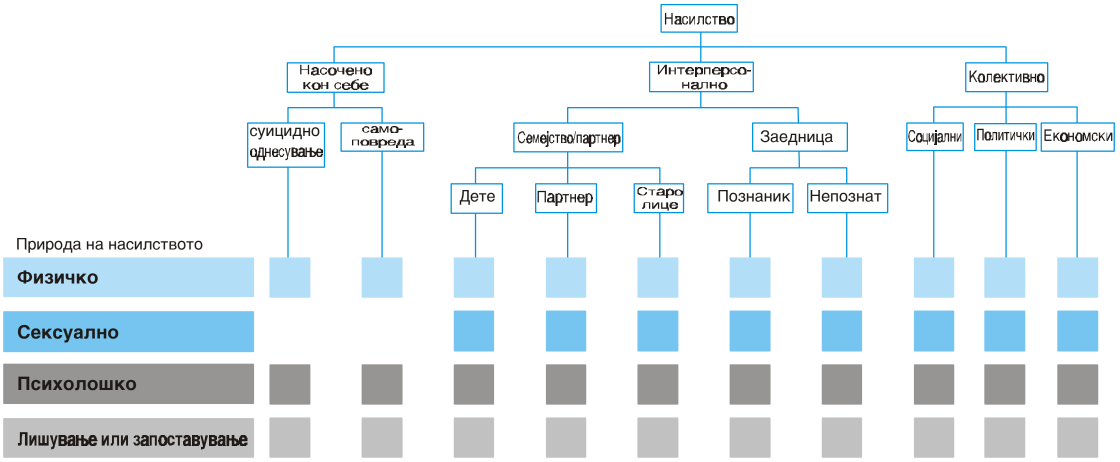
Категоризацијата ја опфаќа и природата на делата на насилство што може да биде физичка, сексуална или психолошка или, пак, да се состои од одредена загуба или запоставување. Категоризацијата, исто така, го зема предвид и местото каде што се случува делото, односот меѓу сторителот и жртвата, и - кај колективното насилство - можните мотиви за насилството.

Мерење на насилството

За да се преземат здравствени мерки, потребно е да се измери обемот на одредениот здравствен проблем. Таквото осознавање е од витално значење за да може да се изготви ефикасна политика. Веродостојните податоци за насилството се важни не само при планирање и следење, туку и за аргументација. Без податоци не може да се стори ништо за решавање на проблемот.

СЛИКА 1

Категоризација на насилството



Мерењето на насилството е мошне сложена работа. Земјите располагаат со информативни системи кои се на различен степен на развој, така што постојат големи разлики во поглед на комплетноста, квалитетот, точноста и корисноста на нивните податоци. Голем број насилства не се ниту евидентирани, бидејќи воопшто не се пријавува до надлежните органи. Други, пак, се пријавени до нив, но досиејата не содржат целосни податоци потребни да се разбере проблемот. Бидејќи начинот на дефинирање на злоупотребата влијае врз тоа кои податоци се земаат, несоодветните дефиниции придонесуваат за прикривање на важните аспекти на проблемот. И, на крајот, поради недоследноста на дефинициите и податоците се оневозможува споредбата на податоците на разните заедници или земји.

Моментално, најраспространета е евиденцијата за смртноста, кои се затоа и најлесно достапни. Извори на податоци претставуваат посмртницата, статистичките податоци и извештаите на вештаците. Меѓутоа, податоците за смртноста претставуваат само капка во океанот. На едно лице лишено од живот се јавуваат одреден број лица што се повредени, психолошки скршени или онеспособени за живот. Бидејќи бројот на случаите со нефатални последици е поголем од оние со фатилни *(7-11)*, потребни се друг вид податоци за да може да се комплетира сликата за извршеното дело на насилство. Тука спаѓаат:

– историјат на болеста, повреда и други здравствени состојби;
– самопријавени податоци за ставови, верувања, однесувања, културни обичаи, мачење и изложеност на насилство;

- Јавното здравство се занимава со заедницата и со населението во целина, а посебно се задржува на оние на кои им се заканува опасност од потешки болести или повреди. Приодот на јавното здравство е поставен врз научна основа - постапките и активностите мора да се поткрепени со точни испитувања. Приодот е, исто така, мултидисциплинарен.
- За да се преземат здравствени мерки, потребно е да постои јасна дефиниција за насилството, како и негова категоризација за да може да се разберат неговите облици и форми.
- Веродостојните податоци за насилството се важни за да се разбере овој проблем. Точните податоци се, исто така, важни заради аргументација. Без податоци не може да се стори ништо за решавање на проблемот.

– податоци за карактеристики на населението и степен на приход, образование и вработеност;
– кривична евиденција за карактеристиките и околностите на делата на насилство и за прекршителите;
– податоци за трошоците за лекување, социјалните услуги и превентивните мерки;
– процедурални и законски податоци и од законодавството.

Овие податоци можат да се добијат од разни извори, како, на пример, од поединци или од евиденции на агенции или институции, од локални програми, од евиденции на заедницата или владини евиденции, од анкети во врска со населението и други, како и од специјализираните студии. Сите овие извори можат да бидат корисни за да се разбере проблемот и да се прикаже зошто меѓусекторските партнерства се од основно значење за приодот на јавното здравство кон овој проблем.

Влијанието на насилството - изгубени животи и нарушено здравје

Во 2000 год. беше проценето дека во светот вкупно 1.6 милион луѓе го изгубиле животот како последица од насилство - стапка од околу 28.8 на 100.000 (види Табела 1). Половина од нив се самоубиства, околу сто се убиства и околу една петина се жртви во воени судири.

Секако дека не е секој подеднакво изложен на опасност од насилство, и ако се разгледа подетално овој проблем, може да се согледа кои се главните жртви и каде живееле тие. Бројот на машките лица изнесува три четвртини од вкупниот број на жртвите на убиство, и има стапка трипати поголема од онаа на женските лица. Највисока стапка на убиства во светот - 19.4 на 100.000 - беше забележана кај мажи на возраст меѓу 15 и 29 години (види Табела 2). Ваквата стапка кај мажите има тенденција да опаѓа со возраста, меѓутоа, за жените стапката изнесува околу 4 на 100.000 во сите возрасни групи со исключок на групата меѓу 5 и 14 години, каде што таа изнесува околу 2 на 200.000.

Стапката на самоубиства, пак, има тенденција да се зголемува со возраста и кај двата пола (види Табела 2). Највисока стапка на самоубиства - 44.9 на 100.000 - беше забележана кај мажите на возраст од 60 години и кај постари лица, двапати поголема од стапката кај жените од истата возраст (22.1 на 100.000). Кај групата на возраст од 15 до 29 години, пак, стапката изнесуваше 15.6 на 100.000 кај мажите и 12.2 на 100.000 кај жените.

Стапката на насилна смрт се движи според стапката на приходот во земјата. Стапката на насилна смрт кај земјите со низок или со среден приход е повеќе од двапати повисока (32.1 на 100.000) од онаа кај земјите со висок приход (14.4. на 100.000). Ваквите глобални стапки не ги прикажуваат значителните променливи

ТАБЕЛА 1

Глобална проценка на насилна смрт, 2000

Вид на насилство	Број[а]	Стапка на 100 000 население[б]	Процент од вкупен број (%)
Убиство	520 000	8.8	31.3
Самоубиство	815 000	14.5	49.1
Воени жртви	310 000	5.2	18.6
Вкупно[ч]	1 659 000	28.8	100.0
Земји со низок и со среден приход	1 510 000	32.1	91.1
Земји со висок приход	149 000	14.4	8.9

Извор: Проект на Светската здравствена организација за глобалната состојба на болести за 2000, Верзија 1

[а] Заокружена на 1000

[б] Стандардизирана возраст

[ч] Содржи 14.000 случаи на смрт од намерна повреда од законска интервенција.

ТАБЕЛА 2

Глобална проценка на убиства и самоубиства по возрасни групи, 2000

Возрасна група (години)	Стапка на убиства (на 100 000 население)		Стапка на самоубиства (на 100 000 население)	
	Мажи	Жени	Мажи	Жени
0-4	5.8	4.8	0.0	0.0
5-14	2.1	2.0	1.7	2.0
15-29	19.4	4.4	15.6	12.2
30-44	18.7	4.3	21.5	12.4
45-59	14.8	4.5	28.4	12.6
?60	13.0	4.5	44.9	22.1
Вкупно[а]	13.6	4.0	18.9	10.6

Извор: Проект на Светската здравствена организација за глобалната состојба на болести за 2000, Верзија 1

[а] Стандардизирана возраст

движења. На пример, постојат големи разлики во стапките кај регионите на Светската здравствена организација (види Слика 2). Во регионот на Африка и на двете Америки, стапката на убиства е околу трипати поголема од стапката на самоубиства. Меѓутоа, во регионот на Југоисточна Азија и во европскиот регион стапката на самоубиства е двојно поголема од стапката на убиства, и во регионот на Западниот Пацифик стапката на самоубиства е околу шестпати поголема од стапката на убиства.

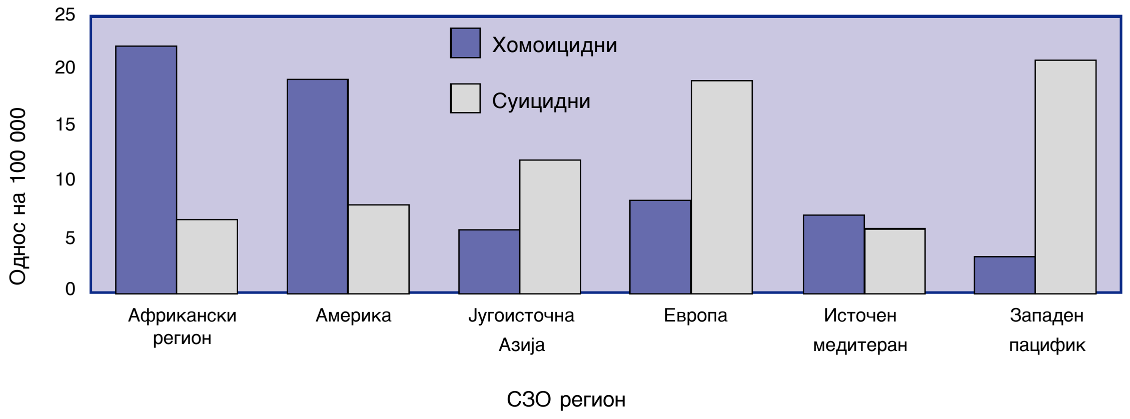
Глобалните стапки исто така не ги прикажуваат значителните променливи движења во земјата - меѓу урбаното и руралното население, меѓу богатите и сиромашните заедници, и меѓу различните расни и етнички групи. Во Сингапур, на пример, кај луѓето со кинеско и индиско потекло се забележува повисока стапка на самоубиства од онаа кај етничките Малезијци *(12)*. Во САД во 1999 младите афроамериканци на возраст од 15 до 24 години беа жртви на убиства чија стапка е двапати поголема од онаа кај младите од шпанско потекло *(13)*.

Бројката на случаите на насилна смрт, меѓутоа, само делумно ја прикажува реалната состојба. Појавата на физичка, сексуална и психолошка злоупотреба е секојдневно присутна во секоја земја нарушувајќи го здравјето на милиони луѓе, покрај огромните трошоци на земјата што се потребни за здравствени услуги, судски трошоци, отсуства од работа и изгубена продуктивност *(14-21)* (види Прилог 2). Исто така, здравствените последици од насилството можат да бидат долготрајни и можат да предизвикаат трајна инвалидност, како, на пример, повреда на ´рбетот, оштетување на мозокот и губење на екстремитетите.

- Во 2000 год. беше проценето дека вкупно 1.6 милион луѓе го изгубиле својот живот поради насилство. Половина од нив се самоубиства, една третина се убиства и една петина се жртви во воени судири.
- Во 2000 год. стапката на смртност поради насилство кај земјите со низок и со среден приход вкупно беше повеќе од двапати поголема од онаа кај земјите со висок приход, иако стапките различно се движат кај поединечни региони и земји.
- Поголемиот број случаи на насилство немаат трагични последици, туку оставаат повреди, ментални и репродуктивни здравствени проблеми, болести пренесени по сексуален пат и други проблеми. Таквите последици можат да бидат долготрајни и да доведат до физичка или ментална инвалидност.
- Покрај цената на човековата трагедија, насилството наметнува и социјални и економски трошоци кои - иако тешко можат да се проценат - се значителни.

СЛИКА 2

Стапки на убиства и самоубиства според СЗО регионот.



ПРИЛОГ 2

Пресметување на трошоците од појавата на насилството

Покрај човечката несреќа, насилството ѝ наметнува и товар на економијата на земјата.

На пример, според студиите спонзорирани од Интер-Америцан Девелопмент Банк во 1996 и 1997 год за влијанието на насилството врз економијата во шест латино-американски земји, проценето е дека трошоците што произлегуваат само од здравствените услуги изнесуваат 1.9% од бруто домашното производство во Бразил, 5.0% во Колумбија, 4.3% во Ел Салвадор, 1.3% во Мексико, 1.5% во Перу и 0.3% во Венецуела *(14)*. Студијата направена во 1992 во САД прикажа годишен трошок од 126 милијарди американски долари за лекување на рани нанесени од истрели *(15)*. Трошоците од рани од посекотини и убоди со нож, пак, изнесуваат 51 милијарда американски долари.

Ваквите податоци покажуваат дека, по правило, жртвите на домашно и на сексуално насилство имаат поголеми здравствени проблеми, значително поголеми трошоци за здравствени услуги и почести посети во болниците заради итна помош во текот на животот за разлика од оние што немаат таква историја. Истото важи и за децата-жртви што подлегнале на злоупотреба и запоставување.

При пресметувањето на товарот на трошоците од појавата на насилството врз економијата, можат да се земат предвид поголем број фактори покрај направените непосредни трошоци за лекарски услуги и трошоците што произлегуваат во рамките на кривичното правосудство. Таквите трошоци се состојат од:

- обезбедување засолниште или други безбедни места и долгорочна нега;
- изгубена продуктивност поради предвремена смрт, повреда, отсуство од работа, долгорочна инвалидност и изгубена способност;
- намален квалитет на живот и намалена способност за водење грижа за себе или за другите;
- штета на јавниот имот и инфраструктурата што доведува до прекин на давање на услугите како што се здравствените, транспортните и трошоците за дистрибуирање на исхрана;
- прекин на секојдневниот живот поради страв за личната безбедност;
- демотивација за вложување и туризам, што влијае врз економскиот развој.

Трошоците што произлегуваат од насилството честопати не се подеднакво распределени. Оние луѓе што имаат најмалку можност да се заштитат од потешките економски услови ќе бидат најмногу погодени.

Покрај непосредните физички повреди, жртвите на насилство можат да страдаат и од голем број психолошки проблеми и проблеми во однесувањето, како што се депресија, прекумерна употреба на алкохол, анксиозност и самоубиствени помисли, но и здравствени репродуктивни проблеми како што се несакана бременост, болести пренесени по сексуален пат и губење на сексуалните функции *(22-25)*.

Меѓутоа, треба да се забележи дека ретко постои само една релација меѓу делото и последиците од него, особено кај психолошките злоупотреби. Дури и кај ектремните случаи се можни низа реакции и последици, бидејќи во несреќа луѓето реагираат на многу индивидуален начин. Возраста и темпераментот на лицето, како и тоа дали тоа има емоционална поддршка, ќе влијае врз исходот од насилниот чин. Луѓето што активно реагираат на насилство имаат тенденденција брзо да се повратат во нормална состојба за разлика од оние што остануваат пасивни. За да може да се обезбедат ефикасни програми за лекување и превенција, потребно е подетално истражување како на здравствените последици од насилството така и на индиректниет фактори.

Корените на насилството - еколошки модел

Не е можно да се објасни зошто едно лице се однесува на насилен начин, а друго не, или зошто е една заедница уништена од насилство,

а соседната живее во мир само со еден единствен фактор. Насилството е премногу сложена појава што има свои корени во интеракцијата на повеќе фактори - биолошки, социјални, културни, економски и политички.

Одредени ризични фактори можат да бидат единствени за одреден вид насилство, но почеста појава е разни видови насилство да носат повеќе ризични фактори. Поделбата на оваа проблематика на повеќе посебни области и непостоењето на соработка меѓу разните групи го прикриваат овој факт и овозможуваат само делумен пристап на превенцијата.

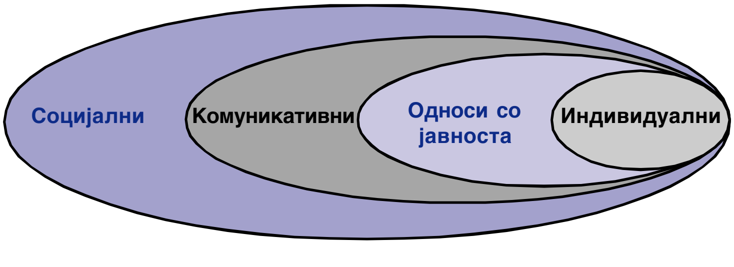
Тоа не е во согласност со условите и потребите за јавното здравство бидејќи е потребно да се има увид во разните видови насилство во поширока смисла и да се познаваат општите модели.

Во *Светскиот извештај за насилството и здравје* се применува еколошкиот модел за да можат да се разберат разните фази и природата на насилството. Еколошкиот модел беше првпат воведен кон крајот на 70-тите години во студијата за злоупотреба на децата *(26-27)*, а потоа и во други истражувања *(28-32)*, но тој сè уште се развива и се усовршува како концепциско средство. Овој модел ни помага да можеме да ги разликуваме најразличните влијанија што доведуваат до појава на насилството и истовремено ни овозможува да ги согледаме нивните меѓусебни односи (види Слика 3).

Со овој модел можеме да ги испитаме факторите што влијаат врз однесувањето - или кои ја зголемуваат можноста да се изврши насилство или да се стане жртва на насилство - со тоа што ќе се поделат на четири нивоа.

СЛИКА 3

Еколошки модел за разбирање на насилството



- Првото ниво се состои од биолошки и лично-историски фактори што влијаат врз однесувањето на поединецот и придонесуваат за потенцијалната можност тој да стане извршител или жртва на насилство. Примери за фактори што можат да се измерат или да се откријат се демографските карактеристики (возраст, образование, приход), психички растројства или растројства на личноста, злоупотреба на дрога и други опојни супстанции, и историјат на агресивно однесување или доживување на злоупотреба.
- Второто ниво ги содржи блиските релации како, на пример, во семејството, со пријателите, блиските партнери и тука се испитува како влијаат тие релации врз зголемувањето на можноста да се стане жртва или извршител на насилство. Кај младите луѓе, на пример, ако пријателите на едно лице се вклучени или поттикнуваат на извршување насилство, може да влијаат врз можноста тоа лице да стане жртва или извршител на насилство *(33-34)*.
- На третото ниво се испитуваат аспектите во врска со заедницата во која се јавуваат општествените односи, како училиштата, работните организации и соседството и се откриваат карактеристиките на таквата средина што придонесуваат за можноста за извршување насилство. Тука можат да влијаат фактори како што се движењата во животната средина (на пример, дали луѓето од соседството престојуваат подолго време во него или имаат тенденција почесто да се преселуваат), густината на населението, високиот степен на невработеност или постоењето локална трговија со дрога.
- Четвртото ниво се состои од фактори поврзани со пошироките општествени групи луѓе што создаваат средина во која се поттикнува или се забранува насилството. Тука спаѓаат достапноста на оружје и социјалните и културните норми. Во таквите норми спаѓаат оние што

им даваат приоритет на родителските права за благосостојбата на децата, оние што го сметаат самоубиството за индивидуален избор наместо појава што може да се спречи, оние што се поборници на машката доминација над жените и децата, оние што ја поддржуваат прекумерната употреба на сила од страна на полицијата спрема граѓаните и оние што го поттикнуваат политичкиот судир. Посилните фактори, пак, исто така вклучуваат и здравствени, економски, образовни и социјални начела кои поттикнуваат економска или социјална нееднаквост меѓу разните групи луѓе во општеството.

Преклопувањето на круговите во моделот означуваат како се факторите од секое ниво зајакнати или модифицирани од фактори на друго ниво. Така, на пример, поединец со агресивна личност има поголема веројатност да се однесува насилно во семејството или заедницата, тој попрво би решил одреден судир со употреба на насилство отколку што би го сторил тоа по мирен пат. Општествената изолација, која е најчест фактор во рамките на заедницата преку лошото постапување со постарите лица, може да биде под влијание како на факторите што се јавуваат во рамките на општествените групи луѓе (на пример, помалку почит кон постарите воопшто), така и на факторите на блиските релации (губење на пријатели и членови на семејството).

Покрај тоа што помага да се категоризираат причините за насилство и нивните сложени меѓусебни влијанија, еколошкиот модел укажува и на тоа дека за да се спречи насилството, треба да се дејствува на повеќе нивоа истовремено. Така, на пример, треба:

- Да се разгледаат индивидуалните фактори и да се преземаат мерки за промена на ризичното однесување на поединецот.
- Да се влијае врз блиските лични односи и да се развиваат здрави семејни средини, како и да им се дава стручна помош и поддршка на оние семејства во кои односите не функционираат.
- Да се проверуваат јавните места како училиштата, работните средини и соседството и да се преземат чекори за решавање на проблемите што можат да доведат до насилство.
- Да се разгледаат проблемите во поглед на половите разлики, нееднаквоста, и несоодветните културни ставови и практики.
- Да се разгледаат поважните културни, социјални и економски фактори што придонесуваат за појава на насилство и да се преземат чекори за нивна промена, како и мерки за надминување еколошки модел за разбирање на насилството на разликите меѓу сиромашните и богатите и да се обезбеди поедеднаков пристап кон добрата, услугите и можностите.

- Не може да се објасни зошто едно лице се однесува на насилен начин само со еден единствен фактор. Насилството е сложена појава што има свои корени во интеракцијата на повеќе фактори - биолошки, социјални, културни, економски и политички.
- Некои ризични фактори можат да бидат единствени за одреден вид насилство, но почеста појава е разни видови насилство да носат повеќе ризични фактори.
- Покрај тоа што ги појаснува причините за насилство и нивните сложени меѓусебни влијанија, еколошкиот модел исто така укажува што треба да се стори на различните нивоа за да се спречи насилството.

Од анализа во акција

Еден поопшт модел за корените на насилството ни дава увид и можни насоки за вршење истражувања и превенција на ваквиот проблем. Меѓутоа, честопати постои голема разлика меѓу согледувањето на последицата и разбирањето како дејствува таа. Потребни се конкретни здравствени програми за да не се постапува само според случајни податоци или размислувања. За да се постигне ефикасност, стратегиите за превенција треба да се воспоставаат врз цврста основа и висококвалитетни истражувања во врска со факторите што влијаат врз појавата на насилството, како и нивното меѓусебно влијание.

Интервенирањето на здравството традиционално се карактеризира со три нивоа на превенција.

- Примарна превенција - приоди што имаат за цел спречување на насилството пред да се изврши.
- Секундарна превенција - приоди што се насочени кон поитни мерки за спречување на насилството, како што се предболничка помош, услуги на брза помош или лекување на полови болести пренесени со силување.
- Терцијарна превенција - приоди што се насочени кон долгорочна медицинска помош по насилството, како што се рехабилитација и реинтеграција, и кои настојуваат да ја ублажат траумата или да ја намалат долгорочната инвалидност како последица од насилството.

Овие три нивоа на превенција се дефинирани според нивниот временски аспект - дали мерките за превенција се преземаат пред да се случи насилството, веднаш по тоа или во текот на подолг период. Овие нивоа на превенција традиционално се спроведуваат кај жртвите на насилство и во рамките на средините во кои се даваат здравствени услуги. Но, тие се однесуваат и на извршителите на насилство и се користат за дефинирање на судските мерки за насилство.

Истражувачите се́ повеќе се задржуваат на дефиницијата за превенција на насилството, која опфаќа одредени интереси како цели *(35)*. Дефиницијата ги групира интервенциите на следниот начин:

- универзална интервенција - приоди што се насочени кон групи или општото население без оглед на поединечниот ризик; на пример, организирање курсеви за ученици или за деца од одредена возраст како и медиумски кампањи во рамките на заедницата.
- Посебна интервенција - приоди што се насочени кон оние кај кои се смета дека постои повисок ризик за извршување насилство (со еден или повеќе присутни фактори за појава на насилство); пример за таква интервенција е обука за родителство, која им се обезбедува на родители со низок приход, на самохрани родители.
- Индикациска интервенција - приоди насочени кон оние што веќе покажале знаци на насилно однесување како што се, на пример, третмани за извршители на семејно насилство.

Како кај високоразвиените, така и кај земјите во развој приоритет му се дава на справувањето со непосредните последици на насилството - со давање помош на жртвите и казнување на сторителите. Ваквите мерки се многу важни и треба да се зацврстуваат секогаш кога е тоа можно, но потребно е и поголемо вложување во примарната превенција на насилството - т.е. мерки за запирање на насилството за, пред сѐ, да не се случи воопшто.

При развивањето на начините за спречување на насилството треба да учествваат голем број сектори и агенции, а треба и да се изготвуваат програми што ќе бидат соодветни за различни културни средини и групи население. Најголемиот недостаток во напорите за оваа цел до денес е непостоењето прецизни проценки на самите начини и мерки за спречување на насилството. Вршењето проценка треба да биде составен дел на сите програми, така што ќе може да се увиди што е ефикасно и што не е во однос на спречувањето на насилството.

- Поголемо значење треба да ѝ се даде на примарната превенција на насилството - т.е. мерки за запирање на насилството за, пред сѐ, воопшто да не се случи.
- Голем број сектори и агенции треба да учествуваат во превентивните активности и вршењето проценка треба да биде составен дел од сите програми.

ВИДОВИ И ОКОЛНОСТИ НА НАСИЛСТВО

Постојат многу видови насилство што се јавуваат во разни околности. Потребно е да се разгледа обемот и движењето на интерперсоналното, самонасилството и колективното насилство и нивната поврзаност, со цел да се обезбеди основа за преземање превентивни мерки и активности против нив.

Интерперсонално насилство

Во 2000 год. беше проценето дека околу 520.000 луѓе биле лишени од живот во чинови на интерперсонално насилство во целиот свет - стапка од 8.8 на 100.000. Но, официјалните статистики за убиства не ја прикажуваат реалната состојба. Голем број случаи на смрт како последица од насилство се сметаат за несреќни случаи или за природна смрт. Во Индија, на пример, здравствените работници се сомневаат дека голем број смртни случаи кај жените што биле евидентирани како „несреќни случаи при пожар“, всушност, се убиства при кои тие биле намерно попрскувани со керозин и палени од страна на сопрузите или други членови од семејството *(36)*. Доколку не се изврши рутинска истрага или не се изврши вештачење при случаи на смрт на најмалите деца и постари лица, ваквите случаи можат погрешно да им се припишат на одредени болести и на други природни причини *(37)*.

На едно лице што е насилно убиено, проценет е поголем број на оние што се физички или психолошки повредени. Официјалните податоци за случаи со нефатални последици обично не се целосни, особено оние што се однесуваат на видовите на интерперсонално насилство кои носат социјален белег. Ваквата состојба е прикажана во Табела 3, што покажува дека и кај земјите во развој и кај високоразвиените земји е поголема веројатноста жените што биле злоупотребени од нивните партнери попрво да им се доверат на своите пријатели или на семејството за ваквите искуства отколку на полицијата, а голем број од нив никому ни не спомнуваат за тоа *(25)*.

Моделите на интерперсонално насилство низ целиот свет се многу различни. И покрај тоа што злоупотребата на деца и постари лица, како и насилството меѓу блиските партнери е проблем со кој се соочува секоја земја, стапките на насилството кај младите лица се особено високи во Африка и Латинска Америка во споредба со другите региони. Одредени облици на сексуално насилство, како, на пример, стапувањето во брак со деца или трговијата со деца, се поприсутни во Африка и Јужна Азија од кое било друго место *(38, 39)*.

- Во 2000 год. околу 520.000 луѓе биле лишени од живот во чинови на интерперсонално насилство.
- Официјалните статистики за убиства понекогаш не ги опфаќаат сите случаи на насилна смрт. Голем број вакви случаи, особено кај дените, децата и постарите лица, можат да се припишат на болест или на друга природна причина.

Младите луѓе и насилството

Појавите на насилство кај младите лица (на возраст меѓу 10 и 29 години) се состои од агресивни чинови на заплашување и физичко заканување до посериозни облици на напад и убиство. Во сите земји младите луѓе се најчести извршители и жртви на убиства.

Во 2000 год. беше проценета бројка од 199.000 лица што биле лишени од живот - стапка од 9.2 на 100.000. Највисока стапка на убиства на млади лица е присутна во Африка и Латинска Америка, а најниска во Западна Европа и во делови од Азија и Пацификот (види Слика 4). Со исклучок на САД, поголемиот дел од земјите со стапка на убиства на млади лица над 10 на 100.000 се или земји во развој или земји каде

што се случуваат социјални и економски превирања. На секое лице убиено со насилство, проценети се 20-40 лица со здобиени повреди на кои им било потребно болничко лекување. Во некои земји како Израел, Нов Зеланд и Никарагва, таа бројка е дури и поголема *(8-10)*.

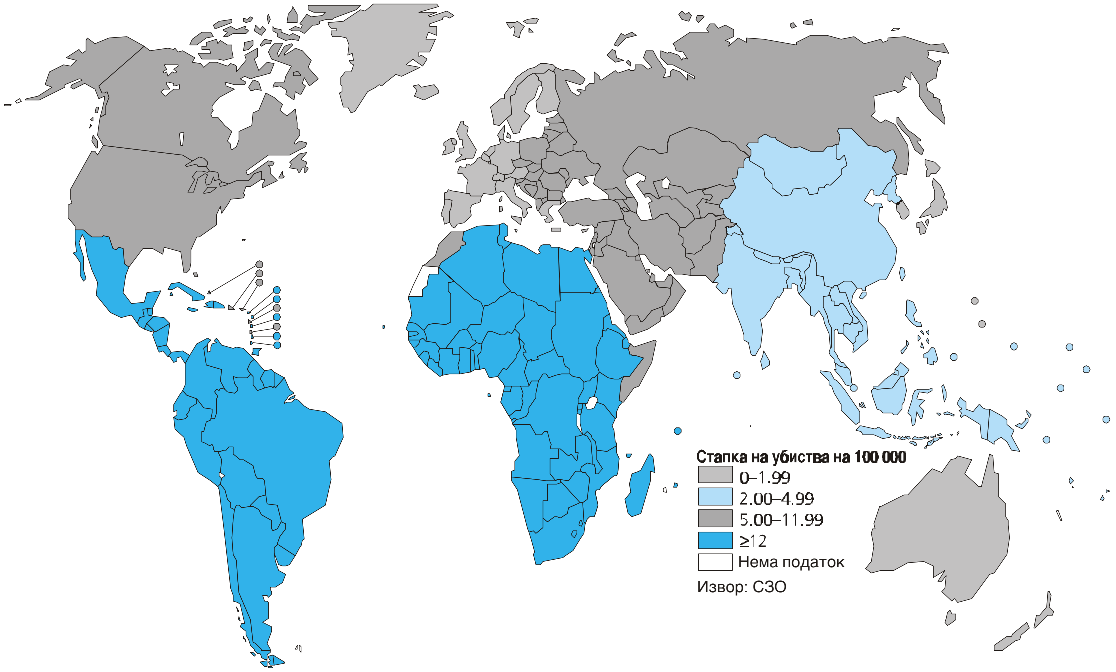
Некои деца покажуваат проблематично однесување уште во најраното детство, што подоцна постепено ескалира и достигнува до облици на агресија кога тие ќе станат адолесценти, а така продолжуваат да се однесуваат и како возрасни *(40-42)*. Поголемиот број млади луѓе што пројавуваат насилни видови однесување, го прават тоа само одреден период, за време на адолесценцијата, а не покажале никаков знак на проблематично однесување како деца*(43)*. Такви „привремени и адолесцентни прекршители" обично бараат возбуда *(44)* и насилните дела обично ги вршат во друштво или група пријатели. Младите луѓе исто така имаат тенденција да се пројават антисоцијално однесување, при што повеќе вршат ненасилни прекршоци отколку насилни *(45, 46)*. Кај младите што покажуваат насилно и деликвентно однесување присутна е и употребата на алкохол, дрога или оружје, што ја зголемува веројатноста за нанесување повреда или смрт.

Факторите што придонесуваат за насилство кај младите се фактори кои се присутни на сите нивоа од еколошкиот модел. Вклучувањето во насилни или деликвентни однесувања пред возраста од 13 години е важен индивидуален фактор *(47, 48)*, заедно со импулсивноста, агресивниот став или верување и нискиот степен на образованост *(34, 49)*. Важни фактори на блиски релации, пак, се доживувањето на физичко казнување или сведоштво на насилство во домот, недостаток на родителска контрола и надзор и дружење со деликвенти *(33, 34, 50)*.

На ниво на заедницата или општествена група луѓе, постојат некои податоци дека изложеноста на медиумското насилство придо-

СЛИКА 4

Пресметана стапка на убиства кај младите лица на возраст меѓу 10 и 29 години, 2000[a]



[a] Стапката е пресметана според податоци од регионите на Светската здравствена организација, а потоа групирана според обемот.

ТАБЕЛА 3

Процент на физички злоупотребени жени што побарале помош од разни извори, избрани студии за население

Земја или регион	Број на испитаници	Процент на физички злоупотребени жени што:			
		Некому се довериле	Пријавиле во полиција	Се довериле на пријатели	Се довериле на семејството
Австралија	6 300	18	19	58	53
Бангладеш	10 368	68	-	-	30
Канада	12 300	22	26	45	44
Камбоџа	1 374	34	1	33	22
Чиле	1 000	30	16	14	32б/21ц
Египет	7 121	47	-	3	44
Ирска	679	-	20	50	37
Никарагва	8 507	37	17	28	34
Република Молдавија	4 790	-	6	46	31
Велика Британија	430	38	22		31

Извор: наведен во референца *25* со дозвола од издавачот

[а] Жени што биле физички нападнати во последните 12 месеци.

[б] Се однесува на оној дел од женското население што им се довериле на своето семејство.

[в] Се однесува на оној дел од женското население што им се довериле на семејството на нивниот партнер.

несува за краткорочни агресивни однесувања, што не може да се заклучи и во поглед на медиумското влијание како врз облиците на потешко насилство (како, на пример, напад или убиство), така и за долготрајноста на последиците од нив *(4.3)*.

- Во 2000 год. 199.000 млади луѓе беа лишени од животот како последица на насилство.
- На секое младо лице што го изгубило животот со насилство, вкупно 20 - 40 лица добиваат повреди или им е потребно болничко лекување.

Истражувањата на полето на други фактори поврзани со заедницата и општествени групи луѓе укажуваат дека е поголема веројатноста младите што живеат во соседство и заедници во кои е присутна висока застапеност на криминал и сиромаштија да се вклучат во насилните појави *(33, 51)*. Исто така, стапката на насилство кај младите се зголемува во време на вооружени судири и репресија, како и кога се случуваат социјални и политички промени во светот *(52, 53)*. Стапката на насилство кај младите е исто така повисока во земјите каде што политиката за социјална заштита е послаба, разликите во приходот се поголеми и каде што преовладува културата на насилството *(54, 56)*.

Насилство од интимен партнер

Насилството врз интимните партнери е застапено во сите земји, во сите култури и на сите нивоа на општеството без исклучок, иако некои групи луѓе (на пример оние со низок приход) се поподложни на појавата на насилство од блискиот партнер за разлика од другите *(57-60)*. Покрај физичката агресија, како што се удирањето или клоцањето, насилството од блиските партнери вклучува и присилен сексуален однос и други облици на сексуална принуда, психолошка злоупотреба, како што е заплашување и понижување и контролирачко однесување како, на пример, отстранување од кругот на семејството и пријателите или ограничување на пристапот до информации и помош.

Иако жените можат да бидат насилни спрема своите машки партнери, а насилство се случува и меѓу партнери од ист пол, поголемиот товар на насилство меѓу партнери го сносат жените што се наоѓаат под контрола на мажите. Во 46 студии за население направени низ целиот свет, 10-69% од жените пријавиле дека биле физички нападнати од страна на нивниот близок машки партнер *(25)*.

Врз поголемиот број жртви на физичка агресија се извршува повеќекратно насилство во одредени периоди *(61, 62)*. Тие исто така подлежат на повеќе видови злоупотреби. На пример, една студија на 613 злоупотребени жени во Јапонија покажа дека помалку од 10% биле жртви само на физичко насилство, додека

врз 57% од нив била извршена физичка, психичка и сексуална злоупотреба *(63)*. Една студија во Мексико покажа дека на повеќе од половината од жените врз кои бил извршен физички напад, исто така била извршена и сексуална злоупотреба од страна на нивните партнери *(64)*.

Во целиот свет настаните што најчесто доведуваат до насилство и злоупотреба се идентични *(65-69)*. Тука спаѓаат случаи кога жената не го почитува или води расправија со мажот, кога го испрашува каде ги троши парите или дали бил со други жени, кога нема зготвено јадење, кога му се префрлува дека не се грижи доволно за децата или домот, кога одбива сексуален однос и кога мажот се сомнева во верноста на жената.

Во поголем број студии, како индивидуални фактори се наведени историјатот за појава на насилство кај семејството на машката страна (особено по глетката на својата претепана мајка) и злоупотреба на алкохол од машката страна *(58, 70-73)*. Сé уште не е јасно зошто нискиот приход ја зголемува опасноста од насилство. Тоа може да се должи на фактот дека нискиот приход дава готов материјал за брачни несогласувања или ѝ оневозможува на жената да се реши да ја напушти насилната или незадоволителна врска. Исто така, тоа може да биде последица и на други фактори што ја придружуваат сиромаштијата, како, на пример, присуството на поголем број членови во домот или чувство на безнадежност.

Жените особено подлежат на злоупотреба од страна на нивните партнери во оние средини каде што постојат нееднакви односи меѓу мажите и жените, разлики во улогите на половите, културни норми при кои мажот има право на сексуални односи без разлика на чувствата на жената и недоволно санкции за таквото однесување *(75, 76)*. Овие фактори само ѝ отежнуваат или создаваат поопасни услови за жената да ја напушти таквата врска. А, од друга страна, и да ја напушти врската, не ѝ е загарантирана безбедност - насилството понекогаш продолжува, па дури и ескалира по таквото нејзино напуштање на партнерот *(77)*. Овој модел е присутен во сите земји.

- Во анкетите извршени низ целиот свет, 10-69% од жените пријавиле физички напад врз нив од страна на нивните машки партнери.

Злоупотреба и запоставување на децата од родителите и од други старатели

Децата се злоупотребуваат и се запоставуваат од нивните родители или од други старатели насекаде во светот. Кај случаи на насилство врз блискиот партнер, злоупотребата на децата вклучува физичка, сексуална и психичка злоупотреба, како и запоставување.

Иако нема доволно веродостојни податоци, беше извршена проценка дека во 2000 год. бројката на убиства на деца под 15 години изнесува 57.000 во целиот свет. Децата од помала возраст се најризичната група: стапката на убиства кај децата на возраст од 0-4 години е двојно поголема од децата на возраст од 5-14 години (5.2 на 100.000 во споредба со 2.1 на 100.000). Најчестата причина за смртност е повредата на главата, заедно со абдоминалните повреди и намерно задушување *(78-80)*.

Веродостојни податоци за случаи на злоупотреба на деца со нефатални последици исто така нема на располагање, но студиите спроведени во разни земји укажуваат дека децата под 15 години возраст се чести жртви на злоупотреба или запоставување на кои им е потребна медицинска помош и интервенција од страна на социјалните служби. Во Република Кореја, на пример, 67% од родителите во неодамнешните студии признале дека употребуваат камшик како дисциплинско средство, а 45% пријавиле дека ги удираат, ги клоцаат и ги тепаат децата *(81)*. Една студија направена во Етиопија покажа дека 21% од децата од градските училишта и 64% од селските училишта пријавиле дека се здобиле со модринки и отоци по телото кога нивните родители ги казнувале *(82)*. Бројката на деца во целиот свет што биле сексуално злоупотребувани не е позната, иако истражувањата покажаа дека околу 20% од жените и 5-10% од мажите биле злоупотребувани како деца *(83, 84)*.

Меѓу другите индивидуални фактори, возраста и полот играат значителна улога за

извршување на насилство. Главно, најподложни на физичка злоупотреба се малите деца, а најголемата стапка на сексуална злоупотреба е присутна кај деца во пубертет или адолесценција *(78, 84-89)*. Во повеќе места, момчињата се почести жртви на тепање и физичко казнување од девојчињата, додека, пак, девојчињата се најчести жртви на чедоморства, сексуална злоупотреба, запоставување и присилување на проституција *(83, 90-92)*. Други фактори што придонесуваат за подложеноста на децата на злоупотреба се ако се одгледувани од еден родител или од многу млади родители без никаква помош од поширокото семејство *(90, 91, 94)*. Чувството на присуство на премногу членови во семејството или присуството на други насилни врски во домот (на пример, меѓу родителите) исто така претставуваат ризични фактори *(91, 95-97)*.

Истражувањата покажуват дека во многу места жените употребуваат физичко казнување на децата повеќе од мажите - веројатно поради тоа што поминуваат поголем дел од времето со нив *(91, 98-100)*. Меѓутоа, кога физичкото насилство доведува до потешки повреди или повреди со трагични последици, тогаш како почести извршители се јавуваат мажите *(101-103)*. Мажите, исто така, се најчести извршители на сексуална злоупотреба (83,104). Некои од факторите што придонесуваат за извршување злоупотреба на деца од страна на родителите или на други старатели се нереалните очекувања за развојот на детето, недоволна контрола на импулсот, стресот, општествената изолација *(90, 93, 102, 105, 106)*. Голем број студии исто така укажуваат дека злоупотребата на децата е поврзана со сиромаштијата и непостоењето „социјален капитал" - социјални структури и односи во соседството што беа наведени за заштита на децата *(107-109)*.

- Во 2000 год. животот го изгубија околу 57.000 деца, при што најчести жртви беа оние на возраст од 0-4 години. Уште многу други беа жртви на злоупотреба и запоставување без трагични последици. Околу 20% од жените и 5-10% од младите биле злоупотребени како деца.

Злоупотреба на стари лица

Злоупотребата на постари лица од страна на нивните роднини или на други негуватели сé повеќе се признава како тежок социјален проблем. Тоа е исто така проблем што може да продолжи во земјите со голем број постаро население. Меѓу 1995 и 2025 год., на пример, се очекува бројот на луѓето над 60 години возраст во светот двојно да се зголеми од 542 милиони до околу 1.2 билиони (110).

Како и кај злоупотребата на децата, и кај постарите лица е присутна физичка, сексуална и психичка злоупотреба и запоставување. Постарите луѓе се особено подложени на економска злоупотреба, кога нивните роднини и други негуватели ги злоупотребуваат нивните финансиски средства и имот.

Не постојат доволно податоци за обемот на злоупотребата кај постарото население. Неколку извршени анкети за население покажаа дека меѓу 4% и 6% од постарите луѓе се злоупотребени во домот *(111-115)*, а во работните средини овој процент е поголем отколку што се очекуваше. Во една студија направена во САД, на пример, 36% од негувателите во домовите за стари лица во една од државите пријавиле дека биле сведоци барем на еден случај на физичка злоупотреба на постар пациент во претходната година, 10% изјавиле дека извршиле барем еден чин на физичка злоупотреба и 40% рекле дека психички ги злоупотребиле *(116)*. Чиновите на злоупотреба во ваквите институции се состојат од физичко ограничување на пациентите, лишување од нивното достоинство и друго во рамките на дневните активности или необезбедување доволно нега (на пример, негрижа за нивниот притисок) *(117, 118)*.

Постарите лица можат да се најдат во голем број случаи на појави на насилство (112, 119-122). Во некои случаи, веќе затегнатите семејни односи можат уште повеќе да се влошат како последица на стрес и фрустрација, бидејќи постарите лица треба да се издржуваат. Во други, пак, зависноста на негувателот од живеалиште и финансиска помош од постаро лице може исто така да биде извор на судир. Социјалната промена може исто така да има важна улога. Во некои општества, функцијата на семејните врски и организацијата на

заедницата што порано се грижела за постари лица сега е ослабната со брзата социо-економска промена во неа. Во земјите на поранешниот СССР, на пример, голем број постари лица беа препуштени да се грижат сами за себе и тоа во средини каде што владееше високо присуство на криминал и насилство.

Постарите машки лица честопати подлегнуваат на злоупотреба од нивните сопруги, нивните возрасни деца и другите роднини во иста мера како и постарите женски лица *(111, 112)*. Но, во оние култури каде што жените имаат инфериорен социјален статус постои посебна опасност за постарите жени - на пример, да бидат напуштени кога ќе станат вдовици и да им се одземе имотот. *(123, 124)* Некои традиционални верувања исто така придонесуваат за изложеноста на постарите жени на физичко насилство. Во Обединетата Република Танзанија, на пример, секоја година околу 500 постари жени се обвинуваат за занимавање со магии и баење и се лишуваат од живот *(125)*.

Во болниците и домовите за постари лица, почеста е појавата на злоупотреба онаму каде што е помалку платена работата за грижа за постаро лице, каде што персоналот е слабо обучен или преморен, или каде што не постојат добри односи меѓу персоналот и оние за кои се грижат, или доколку не постои доволен физички простор и поважни се интересите на институцијата отколку на оние за кои се води грижа *(117)*. Исто така, малкумина доктори или медицински сестри се стручно обучени за откривање појави на злоупотреба на постари лица и здравствените системи не секогаш ја сметаат ваквата нега за приоритетна задача *(126)*. Укажувањето на дискриминаторските приоди и практикии во здравствените системи е важен чекор кон превенцијата на злоупотреба на постарите лица.

- Од 4% до 6% од постарите лица се подложени на разни облици на злоупотреба во домот, а во институциите овој процент е поголем отколку што се очекуваше.

Сексуално насилство

Сексуалното насилство опфаќа разни чинови, како присилен сексуален однос во бракот и други врски со партнери, силување од непознато лице, систематско силување за време на вооружени судири, сексуално вознемирување (вклучувајќи барања на сексуални услуги заради вработување или давање добри оценки во училиштата), сексуална злоупотреба на деца, присилна проституција и трговија со сексуални услуги, брак со деца и други насилни чинови насочени кон сексуалниот интегритет на жените, како и осакатување на женските генитални органи и задолжителна проверка на девственоста кај женските лица. Жените и мажите исто така можат да бидат силувани за време на нивниот притвор или затвор.

Главно, почеста е појавата на сексуална злоупотреба на жените и девојчињата, при што извршители се мажи и момчињата. Но, секако, постојат и податоци за чинови на силување на мажи и млади машки лица од страна на мажи, како и принуда на помладите претставници на овој пол на сексуален однос со постари женски лица.

Податоците покажуваат дека во некои земји речиси една на секои четири жени пријавува сексуално насилство од страна на блискиот партнер, а една третина од адолесцентните женски лица пријавува принуда на сексуален однос *(61, 62, 127-129)*. На пример, 23% од жените во северниот дел на Лондон, Англија, пријавиле дека биле жртви или на обид за силување или на силување од страна на партнерот *(62)*. Слични бројки се добиени во Гвадалахара, Мексико, и Лима, Перу *(32%)*, како и во провинцијата Мидландс во Зимбабве (25%) *(25, 130)*. Други податоци укажуваат дека секоја година стотици илјади жени и женски млади лица од целиот свет се продаваат при вршење трговија со жени заради проституција *(39, 131-134)*, или, пак, се подложени на сексуално насилство во училиштата, работните и здравствените средини и местата што служат како засолништа *(135-145)*. На пример, неодамнешна анкета извршена во Јужна Африка, каде што беше вршено испитување на извршени акти на силување на лица под 15 години возраст, покажа дека воспитувачите

биле одговорни со нивно учество од 32% во пријавените случаи на силување деца *(141)*.

Сексуалното насилство има големо влијание врз физичкото и менталното здравје на жртвите. Покрај повреди, тоа носи зголемена опасност од низа други сексуални и репродуктивни здравствени проблеми со последици што се забележливи како непосредно така и во текот на наредните неколку години *(28, 128, 142)*. Последиците врз менталното здравје се исто така тешки како и физичките и можат да бидат исто толку долготрајни. Смртност може да настапи како последица од сексуалното насилство со вршење самоубиства, заразување од ХИВ вирусот, и убиства, било во текот на нападот или последователно, со „убиства од повредена чест“ *(22-24, 143-145)*.

- Податоците покажуваат дека во некои земји речиси една на секои четири жени пријавува сексуално насилство од страна на блискиот партнер, а една третина од адолесцентните женски лица пријавуваат принуда на сексуален однос. Стотици илјади жени и женски млади лица се принудени на проституција или подлежат на насилство во разни средини, како што се училиштата, работните и здравствените средини.

Постојат неколку фактори што придонесуваат за зголемена опасност едно лице да стане жртва на присилен сексуален однос. Постојат и други фактори што ја зголемуваат можноста едно лице да присилува друго лице на сексуален однос. Исто така, постојат и фактори во рамките на социјалната средина што влијаат врз можноста да се изврши силување и реакција на таквиот чин. Поранешните истражувања покажуваат дека сексуално насилните мажи се повеќе склони кон присилен сексуален однос, да немаат блиски сексуални врски и, главно, се понепријателски расположени кон жените отколку мажите што се сексуално ненасилни *(146-150)*. Насилното сексуално однесување кај мажите исто така се јавува како последица од сведоштво на семејно насилство, при кое таткото бил емоционално далечен и недоволно грижлив *(150-153)*. Сиромашниот живот во заедницата со општа толеранција на сексуалното насилство и нестрогите казни за таквите дела исто така претставуват фактори за ваквата појава *(154-156)*. Исто така, поверојатно е сексуалното насилство да се јави онаму каде што машките права на сексуален однос се подоминантни, каде што половите разлики се големи, и во земјите во кои постои висока стапка на други видови насилство *(157-159)*.

Зачестеност на интерперсоналното насилство

Различните видови меѓулично насилство содржат многу заеднички ризични фактори. Некои од нив се психолошки и бихевиористички, како што е контролата на однесувањето, недоволната самопочит, и личните растројства или растројства во однесувањето. Други, пак, се поврзани со искуствата како што се недостиг на емоционална поддршка, изложување на насилство во раното детство во домот (било доживување или сведоштво на семејно насилство) и семејни или лични искуства на развод или разделба. Злоупотребата на алкохол или дрога често се поврзува со интерперсоналното насилство, додека сиромаштијата и разликите во приходите и половите се важни фактори поврзани со насилството во заедницата или кај одредени општествени групи луѓе.

Различните видови насилство исто така се меѓусебно поврзани на многу важни начини. На пример, во случаите кога лицето е орфрлено, запоставено или подлежи на тешки физички казни од страна на родителите, постои поголема веројатност децата да се здобијат со агресивно и антисоцијално однесување што може да доведе и до извршување на злоупотреба. Децата се најмногу подложени на злоупотреба во семејствата во кои возрасните се насилни меѓу себе. Главно, се чини дека факторите од раното детство се јавуваат кај поголемиот дел од видовите на насилно однесување и затоа даваат можности за превенција кои можат да се покажат корисни во поширока смисла.

Постојат и други големи разлики меѓу видовите на интерперсоналното насилство. Покрај агресивното однесување во заедницата, вклучувајќи го насилството кај младите, најзабележливи појави се злоупотребата и запоставу-

вањето во рамките на семејството, или меѓу блиските партнери, кое има тенденција да биде тајно и скриено од јавноста. Оружјето што се користи за секој вид насилство поединечно, суштински се разликува. На пример, тупаниците, клоците и употребата на предмети почесто се користат во различни облици на семејното насилство, како и она меѓу блиските партнери и сексуалното насилство, за разлика од случаите на насилството кај младите, кога повеќе се среќаваат малокалибарско оружје, огнено оружје и ножеви.

- Некои од ризичните фактори се присутни во сите облици на интерперсоналното насилство, како на пример, растење во насилно или нефункционално семејство, злоупотреба со дрога и други опојни супстанци, општествена изолација, родови разлики, сиромаштија и разлики во приходот, како и личните карактеристики, на пример: отсуство на контрола на однесување и недоволно самопочитување.
- Иако насилството во заедницата, особено насилството кај младината, е честа појава и се означува како криминална појава, семејното насилство (вклучувајќи злоупотреба и насилство на деца и постари лица, или насилство меѓу блиските партнери) е поскриена појава од очите на јавноста. Полицијата и судовите се честопати помалку спремни или подготвени да го спречат ваквото насилство или да го признаат и преземат мерки против истото.

Постојат и разлики во степенот на криминалитетот кај различните видови насилство, како и во подготвеноста на властите да преземат мерки за нивно спречување. Полицијата и судовите, главно, се поподготвени да преземат мерки за спречување на насилното однесување кај младите и на другите видови насилство во заедницата отколку да го сторат тоа во семејствата, било да е во прашање злоупотреба на деца или сурово однесување кон постари лица, како и злоупотреба на жени од страна на мажите. Во голем број земји постои забележителен отпор за преземање мерки во случаи на сексуално насилство. Дури и покрај тоа што постои закон за заштита од насилство врз луѓето, во практиката не се спроведува секогаш. Во одредени земји, службените лица што го спроведуваат законот и самите спаѓаат меѓу извршителите на таквите чинови.

Културата игра исто така важна улога со тоа што определува што е прифатливо однесување, а што злоупотреба, и одредува начини како да се спречи насилството. На пример, постојат најразлични приоди за дисциплинирање на децата низ целиот свет *(160)*. Во некои земји жените и младите женски лица што биле силувани, а законот не ги заштитува, може да се случи да бидат убиени од страна на нивните роднини за да се зачува достоинството на семејството, или, пак, се принудени да се омажат за извршителите на насилството за да се озакони таквата сексуална врска.

Самонасочено насилство

Во некои места во светот самоубиството се презира и се потценува од религиозни или од културни причини - кај други, пак, суицидалното однесување е кривично дело според законот. Поради тоа самоубиството е таен чин, за кој владеат табуа и можеби непризнат, неправилно класифициран или намерно скриен во официјалните евиденции од тие причини.

Обем на проблемот

Беше извршена проценка дека 815.000 лица во светот во 2000 год. извршиле самоубиство - околу едно лице на секои 40 секунди - што ја прави појавата на самоубиството тринаесетта по ред главна причина за смртност во светот. Највисока стапка се јавува во источноевропските земји, а најниска во латиноамериканските и во некои земји во Азија.

Стапката на самоубиствата расте, главно, со возраста. Како што може да се види на Слика 5, стапката на самоубиства кај луѓето на возраст од околу 75 години и повеќе изнесува околу трипати повеќе од оние на возраст од 15 до 24 години. Меѓутоа, апсолутните бројки се најголеми кај оние на возраст под 44 години. Кај оние меѓу 15 и 44 години возраст, самоповреди се четврта главна причина за смртност, а шеста главна причина за нарушено здравје и за инвалидност *(1)*.

Во просек, проценети се три самоубиства на машки лица на секое самоубиство на женско лице. И тука се среќаваат големи разлики меѓу земјите, на пример, сразмерот меѓу самоубиствата на машките и женските лица има најнизок процент во Кина и изнесува 1:1, а највисокиот е во Порторико, од 10:1. Стапката на самоубиствата се разликува во земјите и кај градското и селското население, како и кај расните и етничките групи. На пример, стапката на самоубиствата е повисока кај домародното население од онаа на другото население во земјата *(161-163)*. Во Квинсленд, во Австралија, на пример, стапката на самоубиствата од 23.6 на 100.000 е регистрирана за Абориџините и населението на островот Торес Стрејт меѓу 1990 и 1995 година во споредба со 14.5 на 100.000 во државата во целина *(164)*. Кај Инуитите, кои живеат во арктичкиот регион на Северна Канада, беше пријавена вкупна стапка од 59.5-74.3 на 100.000 во споредба со околу 15.0 на 100.000 за канадското население во целина *(165)*.

Само мал дел од населението што има суицидално однесување, всушност си го одзема животот. Во просек, проценети се 2-3 обиди за самоубиство на секој извршен чин на самоубиство кај луѓето над 65 години возраст, додека кај младите на возраст под 25 години, стапката на самоубиство со и без трагични последици изнесува 100 - 200:1 *(166-167)*. Околу 10 % од оние што извршиле обид за самоубиство навистина си го одземаат животот. А уште поголем број луѓе негуваат суицидни мисли - суицидна идеализација во медицинската терминологија - но никогаш немале намера да си го одземат животот. Жените, во просек, почесто имаат суицидни мисли од мажите *(168)*.

- Над 800.000 луѓе во светот извршиле самоубиство во 2000 год. што ја прави појавата на самоубиството тринаесетта по ред главна причина за смртност во светот. Кај луѓето на возраст од 15 до 44 години самоповреди се четврта главна причина за смртност, и шеста главна причина за нарушено здравје и за инвалидност.

- Стапката на самоубиствата расте со возраста и е највисока кај луѓето на возраст и над 75 години. Во различни земји стапката на самоубиствата може да е различна кај расните и кај етничките групи, како и кај градското и кај селското население.
- Во просек, проценети се три самоубиства на машки лица на секое самоубиство на женско лице.
- Само мал дел од населението што има суицидално однесување, всушност, си го одзема животот. Поголем број луѓе имаат суицидни мисли, но никогаш не ги реализираат, дури и оние што вршат обид за самоубиство немаат намера да си го одземат животот.

Зачестеноста на појавата на самоубиство

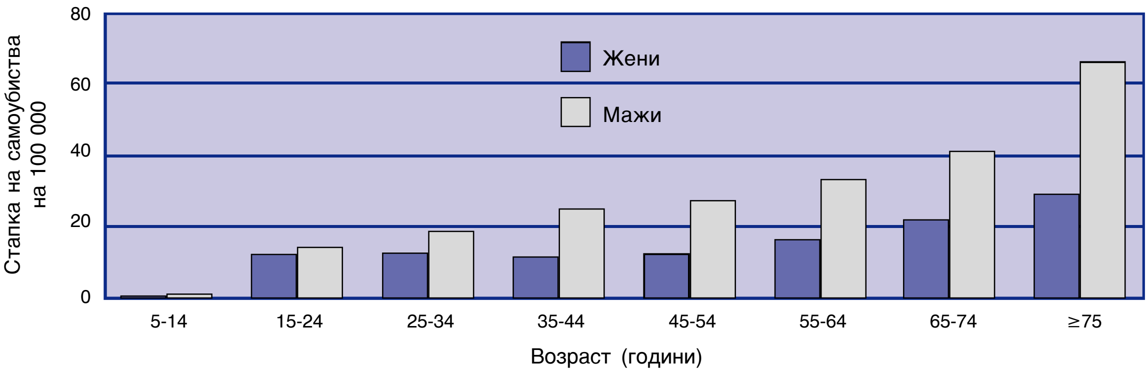
Голем број стресни ситуации или околности можат да ги доведат луѓето во состојба да си нанесат штета самите на себеси *(169-172)*. Таквите фактори се состојат од ситуации кога се живее во сиромаштија, невработеност, загуба на саканите лица, расправии со семејните членови и пријателите, раскин на врска, или проблеми во врска со законот или работата. Иако ваквите ситуациии се општи искуства, само мал дел од населението го привлекува идејата за самоубиство. За да доведат до извршување на самоубиство, овие фактори мора да се појават кај некого што е предиспониран или подложен на самонаштетување.

Кај интерперсоналното насилство во предиспонирачки ризични фактори спаѓаат злоупотребата на алкохол или дрога, доживеана физичка или сексуална злоупотреба во детството, и општествената изолација *(173-176)*.

Психијатриските проблеми, како депресијата и други променливи расположенија, шизофренијата и општото чувство на безнадежност, исто така имаат свое влијание *(177-179)*. Физичките болести, особено оние кои се потешки или предизвикуваат некаква инвалидност, се исто така важни фактори *(180)*. Пристапот до средства со кои може да се одземе животот (најчесто пушка, лекови и отровни препарати во земјоделието) претставува исто така ризичен фактор за извршување обид,

СЛИКА 5

Глобални стапки на самоубиство по возраст и пол, 1995



како и фактор за тоа дали обидот ќе биде успешен или не *(181-183)*. Еднаш извршениот обид е фактор за последователно суицидоно однесување со можни трагични последици, особено во наредните 6 месеци по првиот обид *(184)*.

Секако дека постојат одреден број фактори што придонесуваат кон заштита на луѓето од самоубиствени чувства или од извршување на таков чин. Тие се состојат од висока самопочит и поврзаност со заедницата, особено со семејството и пријателите, социјална поддршка, здрава брачна заедница и приврзаност кон одредена религија *(185 -188)*.

- Тешкотиите и несреќите во животот се чести настани кај сите луѓе; сепак само мал дел од населението го привлекува помислата за самоубиство. За тоа да се изврши, таквите настани мора да му се случат некому кој е предиспониран или подложен на самонаштетување.
- Во предиспонирачките ризични фактори спаѓаат злоупотребата на алкохол или дрога, извршена физичка или сексуална злоупотреба врз лицето во детството, и општествената изолација, како и депресијата и други психијатриски проблеми. Други значајни фактори се и пристапот до средства со кои може да се изврши самонаштетување и еднаш извршениот обид за самоубиство.

Колективно насилство

Колективното насилство со сите свои разновидни облици е проблем што предизвикува мошне голем интерес кај луѓето. Насилните судири меѓу народот и група луѓе, државниот тероризам и тероризмот на група луѓе, силувањето како воено оружје, движењето на раселените луѓе, и судирите на банди - се случуваат секојдневно во поголемиот дел на земјите. Последиците од ваквите појави врз здравјето се многубројни, што може да се види од појавата на смрттноста, физичките болести, различните видови инвалидност и ментални нарушувања.

Светот сеуште учи како најдобро да се справи со разните облици на колективно насилство, но сега е јасно дека општата здравствена состојба игра многу важна улога. Како што соопшти Светското здравствено собрание во 1981 год. *(189)*, улогата на здравствените работници во борбата за зачувување на мирот е значаен фактор за обезбедување добро здравје за сите луѓе.

Обем на проблемот

Дваесеттиот век беше обележан со најголемо присуство на насилство во историјата на човештвото, проценето е дека 191 милиони лица го изгубиле животот како непосредна или посредна последица од судири во кои повеќе од половината биле цивилни лица *(190)*. Покрај Првата и Втората светска војна, други два настана со катастрофални последици врз

животот на луѓето се периодите на сталинизмот и периодот од 1958 до 1960 год. - времето на Големиот Скок Напред во Кина кога исчезнаа милиони луѓе. И за двата настана не постојат податоци за изгубени човечки животи.

Милиони луѓе го изгубија својот живот за време на различни судири, но точните бројки никогаш нема да се дознаат. Во голем дел од земјите не се воделе евиденции, а и онаму каде што се воделе, честопати биле уништувани за време на таквите судири *(191)*. Исто така, постојат и многу причини зошто страните во еден судир сакаат да ги скријат или манипулираат со податоците за изгубените животи, како и со податоците за она што е уништено.

Покрај илјадниците луѓе што биле лишени од животот за време на судирите, има голем број луѓе што биле и повредени, како и некои што останале трајни инвалиди. Не постојат доволно податоци за појавата на инвалидност како последица на таквите судири, меѓутоа некои постојни бројки укажуваат на долготрајните последици од ваквите судири. Во текот на вооружениот судир во Етиопија, кој траеше повеќе од 30 години, на пример, животот го изгубија 1 милион, а половина од нив беа цивилни лица. По завршувањето на судирот, околу една третина од 300.000 војници што се вратија од фронтот беа повредени или инвалиди и најмалку 40.000 имаа изгубено екстремитети во текот на судирот *(192)*. Во Камбоџа, 36.000 лица - т.е. по едно лице на секои 236 од населението - имаа изгубено екстремитети по случајна детонација на копнени мини *(193)*. При некои судири, цивилните лица се намерно осакатувани како дел од стратегијата за деморализирање на заедницата и за уништување на нејзината социјална структура. Познати примери се Граѓанската војна во Мозамбик во 1980 год., како и вооружениот судир во Сиера Леоне, кога на голем број луѓе им беа отсекувани ушите, устата или екстремитетите од страна бунтовниците кои се бореа против државата *(194)*.

Силувањето исто така служеше како оружје во многу судири, како во Кореја за време на Втората светска војна, во Бангладеш за време на Војната за независност, како и судирите во Алжир, Индија (Кашмир), Индонезија, Либерија, Руанда, Уганда и во поранешна Југославија. Војниците ги силуваа жените, ќерките, мајките и сестрите на непријателот, како чин на негово општо понижување и одмазда. На пример, бројката на жените што беа силувани од страна војници за време на судирот во Босна и Херцеговина се движи од 10.000 до 60.000 *(195)*.

- Дваесеттиот век беше обележан со настани на најголемо присуство на насилство во историјата на човекот. Повеќе од половина од луѓето што го изгубија животот во вооружените судири во целиот свет, беа цивилни лица.

Последици на колективното насилство

Покрај непосредната закана од смрт и повреда што ги носат судирите, се зголемува и стапката на смртност и болести кај цивилните лица предизвикани на најразлични начини. На пример, во судирите се уништуваат инфраструктурата и виталните служби, како здравството преку кое се врши имунизацијата, со што се зголемува опасноста од инфективни болести. Во судирот во Босна и Херцеговина, на пример, на помалку од 35% од децата им беше извршена имунизација во 1994 во споредба со 95% пред да се случи овој настан *(196, 197)*. Секако, стапката на смртност кај децата се зголеми за време на овој судир.

Насилството и суровоста на судирите се поврзани со низа психолошки проблеми и проблеми во однесувањето, вклучувајќи депресија и анксиозност, суицидно однесување, злоупотреба на дрога и посттрауматско стресно однесување. Истовремено, психичката траума може да се забележи и како вознемирено и антисоцијално однесување, како што се судирите во семејството и агресивното однесување кон другите. Ваквата состојба може да се влоши и со евентуално располагање со оружје од луѓе кои се навикнале на ваквата појава по долга изложеност за време на судирите. Меѓутоа, последиците од судирите врз менталното здравје се премногу комплексни и непредвидливи. Тука влијаат голем број фактори од природата на судирот, видот на траумата и стресот што е доживеан, културната средина и ресурсите што им се потребни на поединците или заедниците во такви околности *(198)*.

Последиците од судирите се чувствуваат и врз трговијата и другите дејности и ги пренасочуваат ресурсите од другите витални служби и сектори во одбраната *(199, 200)*. Прехранбената индустрија и дистрибуцијата на храна добиваат посебни наменски цели за време на судирите *(201)*. Појавата на глад и геноцид доведе до фактот 40 милиони луѓе да го изгубат животот во 20-тиот век.

Социјалните превирања што ги предизвикаа ваквите судири создадоа услови за сексуално насилство и присилни масовни миграциски движења *(202, 203)*. Ваквите последици не се едноставно несреќни нус појави на судирите, туку се точно одредени намери на оние што се вклучени во таквите судири за да извршат притисок и доминација врз населението.

- Најмалите деца и бегалците се најчувствителна група луѓе на болести и смртност за време на судири. Нивните стапки на смртност и болести може нагло да се зголемат.
- Појавата на низа здравствени проблеми, како што се депресија и анксиозност, суицидно однесување, злоупотреба на алкохол и посттрауматско стресно растројство, исто така се последици од судирите.
- Во судирите се уништуваат инфраструктурата и виталните служби, како здравството, но последиците од таквите судири се чувствуваат и врз трговијата, прехранбеното производство и дистрибуцијата и доаѓа до појава на раселување на населението од своите домови.

Зачестеноста на насилните судири

Корените на насилните судири се обично длабоки и може да се последица од долготрајни тензии меѓу одредени групи луѓе. Комисијата Carnegie за превенција на трагични судири утврди голем број фактори што придонесуваат за вооружени судири за држави *(204)*. Тука спаѓаат:

- Отсуство на демократски процеси и нееднаков пристап до власта. Опасноста е особено голема кога власта има етнички и религиозен идентитет и кога водството е репресивно и наметнува злоупотреба на човековите права.
- Социјална нееднаквост што се согледува во нееднаквата распределба и пристап до ресурсите. Судирите се најверојатни кога економијата е во опаѓање, со што се зголемуваат социјалните нееднаквости и се јавуваат зголемени трошоци за надоместување на таквите ресурси.
- Контрола на само една група врз природни ресурси, како што се скапоцени камења, нафта, дрво и дрога. Во последните децении, борбата за контрола на дијамантите во Средна Африка, на дрвото и скапоцените камења во Камбоџа и на дрогата во Авганистан, Колумбија и во Мјанмар, имаше најважна улога во оружените судири.
- Брзите демографски промени влијаат врз можностите на земјата за обезбедување на основните услуги и вработувања.

Достапноста на оружјето особено во постконфликтниот период, кога при демобилизацијата не се предава оружјето или не се отвораат можности за вработување на вратените војници, е исто така важен фактор.

Се чини дека и некои аспекти на глобализацијата придонесуваат за појава на судири *(205)*. Особено поделбата и одредувањето граници на една држава или група, засилувањето на конкуренцијата за контрола на ресурсите и продлабочувањето на нееднаквостите во одредени средини се фактори што можат да доведат до веројатност за појава на насилни политички судири. Ниеден од овие фактори сам по себе не е доволен за појава на судир, но неколку од нив заедно можат да создадат услови за избувнување на таков судир.

Комисијата Carnegie за превенција на трагични судири утврди голем број фактори што придонесуваат за вооружени судири за држави:

- Непостоење демократски процеси и нееднаков пристап до власта;
- Социјална нееднаквост, која се согледува во нееднаква распределба и пристап до ресурсите;
- Контрола на само една група врз природните ресурси;
- Брзите демографски промени влијаат врз капацитетите на земјата за обезбедување на основните услуги и вработувања.

ШТО МОЖЕ ДА СЕ СТОРИ ЗА ДА СЕ СПРЕЧИ НАСИЛСТВОТО

Не постои само едно единствено решение за овој проблем; насилството мора да се разгледува на повеќе нивоа и во рамките на поголем број сектори во општеството истовремено. Засновани врз можностите што ги дава еколошкиот модел, програмите и политиките за превенција на насилството можат да се насочат кон поединечните односи, односите во заедниците, како и во општествата во целина и да се стават во примена во соработка со разните сектори на општеството до училиштата, работните средини, други институции и до правосудниот систем. Програмите за превенција на насилството можат да бидат најуспешни доколку се целисходни и се засновани на научна основа. Имено, ако се преземат мерки уште рано во детството или ако се спроведуваат во точно одредено време, постои поголема веројатност да бидат поуспешни од краткорочните програми.

Следното поглавје дава краток увид на многубројни програми од целиот свет што имаат за цел сузбивање и спречување на насилството.

Индивидуални приоди

Превенцијата на насилството на поединечно ниво има две цели. Првата цел е да се поттикнат оние размислувања и однесувања кои се поврзани со здравствената состојба кај децата и младите луѓе за да се заштити нивниот развој. Втората цел е да се променат оние размислувања и однесувања кај поединци што веќе постанале насилни или, пак, на кои им се закануva опасност да се повредат. Ваквата превенција е особено насочена кон тоа да ги поттикне луѓето да ги решаваат проблемите и судирите без употреба на насилство.

Видовите приоди насочени кон верувањата и однесувањата на поединецот се следниве:

- образовни програми - на пример, мотивација на учениците да го завршат средното образование, стручно оспособување за ученици и за возрасни, и програми за информирање за злоупотреба на дрогата.
- Програмите за социјален развој - на пример, оние што се насочени за спречување на заплашување, како и претшколски програми. Таквите програми имаат за цел да го подобрат успехот во училиштата и социјалните односи. Програмите за социјален развој се изготвени да им помогнат особено на децата и на адолесцентите за да развиваат социјални вештини, да се справуваат со чувството на лутина, да ги решаваат одредените судири и да развиваат високо морално однесување.
- Терапевтски програми - се состојат од консултативни услуги за жртвите на насилство или за оние што можат себеси да си наштетат, поддршка за групи и терапии за однесување при депресии и други психијатриски растројства кои се блиски до суицидното однесување.
- Програми за лекување - за луѓе што можат себеси да си наштетат, како медицински третмани за оние што страдаат од психијатриски растројства. Постојат, исто така, и програми за извршители на сексуално насилство и лица што ги злоупотребуваат своите партнери и деца. Таквите програми обично користат групна терапија за полови прашања и поучуваат на вештини за справување со чувството на лутина и развиваат чувство на одговорност за преземените постапки.

Степенот на ефикасноста на овие различни приоди зависи од голем број фактори. На пример, програмите за социјален развој, во кои се става акцент на способноста и вештината

за социјализација, се најефикасните стратегии за спречување на насилството кај младите - но, се чини дека се поефикасни кога се применуваат кај децата од претшколска и школска возраст отколку кај оние од средношколска возраст *(206-208)*.

Програмите со кои се даваат консултативни услуги за мажи што вршат злоупотреба на своите партнери се покажаа успешни при одредени случаи кога таквата помош придонесе некои машки лица да го променат своето однесување *(209, 210)*. Меѓутоа, општо земено, одзивот беше многу слаб и голем број од нив не се вклучија во ваквите програми *(209,211)*. Од друга страна, пак, програмите за терапија на суицидно однесување имаа позитивни резултати со тоа што придонесоа да се намали бројот на лицата кај кои се присутни помисли и намери за самоубиство *(212.213)*.

- Индивидуалните приоди се насочени, главно, кон поттикнување здрав став и однесување кај децата и помладите во текот на нивниот развој и промена на ставови и однесувања кај лица што веќе станале насилни или се во опасност да си нанесат штета себеси.

Приоди насочени кон релации

Приодите што се насочени кон релации имат за цел да влијаат врз односот на жртвата или извршителот кон луѓето со кои најчесто се во контакт. Ваквите приоди обично се занимаваат и со проблеми во семејството - на пример, брачна расправија, недоволна емотиввна поврзаност меѓу родителите и децата, недоволна дисциплина или надзор на деца - и негативни влијанија од врсници.

Видовите приоди што се однесуваат на односите се следниве:

- обука за родителство - овие програми се насочени кон подобрување на емотивната врска меѓу родителите и нивните деца, поттикнување на родителите да применуваат доследни методи за детскиот развој, развивање на самоконтрола при воспитувањето. Овие програми може да се користат во случаи кога на децата им претстои опасност да бидат злоупотребени од родителите, за нивна заштита од деликвентни однесувања, и во случаи кога однесувањето на децата е причина за загриженост.
- Менторски програми - со овие програми се врши споредба на млад човек, особено ако развива антисоцијално однесување, со пријателски расположено лице надвор од семејството како позитивен пример.
- Програми за семејна терапија - овие програми имаат за цел да ги подобрат односите и комуникациите меѓу семејните членови, како и да му понудат помош на родителот и детето за надминување на проблем со учењето.
- Програми за домашни посети - тука спаѓаат програмите што се состојат од редовни посети на медицинско или стручно здравствено лице на домовите на семејствата на кои им е потребна поддршка и помош за одгледување дете или каде што постои утврдена можност за лошо постапување со детето. Таквите програми се, исто така, корисни за спречување на деликвентното однесување. Тие се спроведуваат по пат на советување, обука и упатување на стручни и други служби.
- Обука за развивање социјални вештини - овие програми обично спојуваат мешани групи на мажи и жени, кои со помош на стручно лице разговараат за половите разлики и односи што имаат важна улога во појавата на насилство и учат како да се справуваат со нив.

Сите горенаведени видови програми се покажаа ефикасни во одредени ситуации. На пример, во развиените земји и земјите во развој, програмите за домашна посета имаа успех во намалувањето на злоупотребата на децата од страна на родителите и кај насилното однесување на младите. *(214-216)*. Обуката за родителство и семејна терапија е исто така приод со позитивни, долгорочни резултати за намалување на насилното и деликвентно однесување и е поекономична од другите програми за третмани *(43, 217-219)*.

Познати програми за обука за развивање социјални вештини се „Чекор по чекор до

целта“ и „Мажите како партнери“, програми што беа првпат развиени во Африка, но кои беа прифатени и во многу региони во развој *(220, 221)*. Квалитативните проценки за програмите „Чекор по чекор до целта“ во Африка и во Азија покажаа дека тие им помогнале на мажите да комуницираат, повеќе да ги почитуваат жените и да станат поодговорни за своите постапки *(222)*.

- Релационите приоди имаат за цел да влијаат врз односот на жртвата или извршителот со луѓето со кои се тие најчесто во контакт, како и да влијаат врз решавање на проблемите во семејството и негативното влијание од врсниците.

Активности и мерки во рамките на заедницата

Главните цели на превентивните активности во рамките на заедницата се подигање на свеста на јавноста и разгледување на проблеми, стимулирање акции во заедницата, укажување на социјални и материјални причини за појава на насилство во заедницата и обезбедување нега и поддршка на жртвите на насилство.

Видови на ваквите приоди се:

- Кампањи за образование на населението преку медиуми во целата заедница или во одредени средини, како што се училиштата, работните средини и здравствените и други институции.
- Промени во физичката средина, како подобрување на уличното осветлување, изградување безбедни патишта за децата и младите луѓе на пат до училиште и назад, следење и отстранување на загадувачите на средината кои можат да влијаат врз развојот на детето.
- Воншколски активности за млади луѓе како спортски, драмски, ликовни и музички.
- Обука на полиција, здравствени и образовни стручни лица и работодавци заради поусовршено откривање и справување со разни видови насилство.
- Развивање партнерства меѓу полицијата и разни групи на локално ниво на заедницата.
- Програмите за посебни средини, како што се училиштата, работните средини, камповите за бегалци и домови - вклучувајќи ги и болниците, здравствените клиники и институции за грижа за постари лица. Овие видови програми се насочени кон менување на институционалната средина со помош на соодветни постапки, упатства и протоколи.
- Координирани интервенции на заедницата - каде што се вклучени повеќе сектори и имаат за цел усовршување на услугите и програмите.

Образовните кампањи се покажаа корисни во одредени околности, како во мултимедиумската кампања Соул Сити во Јужна Африка. Во оваа кампања се говореше за неколку видови меѓулично насилство како заплашување, насилство на банди, насилство на блиски партнери, силување и сексуално вознемирување. Проценките за телевизиската серија за возрасни Соул Сити покажаа резултати на зголемено познавање и свест и промени во ставовите и социјалните норми за семејното насилство и родовите улоги. Беше забележана и зголемена подготвеност за промена на однесувањето и преземањето мерки за спречување на насилството, како во градските и селските средини така и меѓу мажите и жените.

Иницијативите за развивање партнерство меѓу полицијата и разни групи на локално ниво со успех беа спроведувани во Рио де Женеиро, Бразил и Сан Хозе, Костарика *(223,224)*, меѓутоа, потребни се поточни проценки за утврдување на нивните ефекти. Подобрувањето на обуката за полицијата и здравствените институции е клучна активност за спречување на насилството. Меѓутоа, податоците за успешноста покажуваат дека обуката сама по себе не е доволна за борба против насилството. Потребни се исто така и позасилени напори за промена на ставовите и организациската култура *(225-227)*.

Поврзувањето на секторите на ниво на заедницата сè повеќе се користи за справување со насилството. Се врши координирање на совети, форуми на повеќе агенции, и слични

активности, при што се вклучуваат голем број луѓе, како судии, здравствени и социјални работници, членови на женски здруженија, образовни кадри и локални религиозни и политички раководители. Обично нивната функција се состои од размена на информации и вештини, утврдување на проблеми за обезбедување услуги и унапредување на свеста на заедницата и мерки за еден или за повеќе видови на насилство.

- Напорите во рамките на заедницата се насочени кон подигање на јавната свест за насилството, стимулирање на активности на заедницата и обезбедување помош и поддршка на жртвите.

Приоди во однос на насилството кај општествени групи луѓе

Приодите насочени кон појавите на насилство во рамките на општествени групи луѓе ги земаат предвид културните, социјалните и економските фактори, како и влијанието на овие фактори врз разни средини или заедницата во целина.

Таквите видови приоди се состојат од следното:

- законодавна и судска помош со изготвување или усовршување закони за сексуалното насилство и насилството меѓу блиските партнери или физичкото казнување на децата дома, во училиште или на други места; периодични извештаи за закони за злоупотреба на деца како и злоупотреба на постари лица; и постапки за решавање случаи на семејно и сексуално насилство.
- Меѓународни договори - голем број меѓународни договори и конвенции се однесуваат на спречување на насилството. Покрај тоа што се поставуваат стандарди за националните законодавства, овие инструменти се многу корисни за целите на аргументацијата.
- Промените на стратегијата за намалување на сиромаштијата и нееднаквоста, како и обезбедувањето поголема поддршка на семејствата - како што се програмите за социјална помош и економски развој, создавање можности за вработување, поусовршен образовен систем, право на родителско боледување, вработување на мајки и отворање детски институции.
- Напорите за промена на социјалните и културните норми. Тие се особено важни во однос на родовите прашања, расната или етничката дискриминација, и штетните традиционални практики, кои можат да имаат длабоки корени во социјалната структура.
- Спроведување програми за разоружување и демобилизација во земјите по завршувањето на воениот судир, како и овозможување нови вработувања на поранешните војници.

Се смета дека стапката на злоупотреба и запоставување на деца може значително да се намали со успешно сузбивање на сиромаштијата, со подобрување на образовните структури, отворање на можностите за нови вработувања, како и со овозможување просторно и квалитетно згрижување на децата. Истражувањата во неколку земји укажуваат дека висококвалитетните образовни програми уште во раното детство се успешни за надминување на социјалните и економските нееднаквости и даваат успешни резултати, како за развојот на детето и неговиот успех во училиштето *(228)* - исходи што исто така може да придонесат за намалување на стапката на насилство.

Мерки за спречување насилство со употреба на оружје се применуваат во голем број земји каде што за таа цел постојат построги закони за нелегално поседување оружје, или се ограничени правата за чување оружје за да се спречи кражба и трговија со украдено оружје. Таквите мерки се покажаа како успешни за намалување на стапката на убиства и самоубиства во некои средини *(229-232)*. Други успешни мерки за спречување на самоубиствата се построгите прописи за ограничување на продажбата на отровни препарати кои се користат во земјоделието за отстранување на штетните состојки, како карбон моноксидот од плинот за домашна употреба и издувните гасови на автомобилите. На пример, со ограничувањето на продажбата на еден хербоцид кој се користел за уништување плевел, што придонесе за голем број самоубиства во Самоа,

се постигна нагло опаѓање на таквата стапка во рок од три години *(233)*.

Поважни недостатоци

- Приодите кон појавите на насилство кај општествените групи луѓе се однесуваат на културните, социјалните и економските фактори што придонесуваат за насилството и кои се насочени кон промени во законодавството, прописите и пошироката социјална и културна средина со цел намалување на стапката на насилството во нив и заедницата во целина.

Во претходните поглавја беа накратко изнесени разните програми во светот што имаат за цел спречување на насилството. Беше исто така прикажано дека еден мал дел од овие програми е недоволно развиен и усовршен за да се постигнат успешни резултати. За да се увиди што е успешно или неуспешно во борбата за спречување на насилството и да се насочат ресурсите каде што би биле најефективно употребени, неопходно е да се изврши нивна проценка. Меѓутоа, треба да се забележи дека попрецизните истражувања се подолготрајни и даваат поуспешни резултати. Вложувањето во испробаните приоди не треба да претставува пречка за вложувања во нови кои ветуваат успешни резултати.

Постојат и други недостатоци. Како што наведовме претходно, постојат недоволен број програми чии цели се во рамките на примарната превенција - мерки за запирање на насилството пред тоа да се случи - во споредба со секундарната или терцијарната превенција.

Исто така, постои нерамномерност во користењето на програмите - стратегиите во рамките на заедницата и општествените групи се недоволно истакнати во споредба со програмите што се насочени кон индивидуалните фактори и факторите за релации. И на крајот, најголем број програми за превенција на насилството беа развиени и испробани во развиените земји. Постои итна потреба за развивање и усвојување, испробување и проценување на уште голем број програми за превенција на насилството во земјите во развој и да се утврди што е успешно, а што неуспешно во уште поширок и поразновиден контекст.

- Извршен е мал број прецизни проценки за програмите за спречување на насилството; вршењето проценка е многу важно за сите активности.
- Мал број програми се насочени кон примарната превенција, во споредба со секундарната и терцијарната превенција.
- Програмите што се спроведуваат на ниво на заедницата и општествени групи се недоволно истакнати во споредба со оние што се насочени кон индивидуалните или кон факторите за релации.
- Постои итна потреба за развивање или усвојување, испитување и проценување на уште голем број програми за превенција во земјите во развој.

ЗАКЛУЧОК

Иако постојат некои доста важни недостатоци во знаењето, како и итна потреба од поинтензивно истражување, искуството до денес ни донесе важни поуки за превенцијата на насилството и за ублажување на последиците од него. Тоа се следните:

Насилството може да се предвиди и да се спречи. Како што ни покажа *Светскиот Извештај за насилството и здравјето*, со помош на одредени фактори може брзо да се утврди можност за појава на насилство иако тешко може да се изврши проценка на непосредните последици од неа. Со утврдувањето и мерењето на овие фактори може да им се помогне на оние што се надлежни за донесување на одлуките на тоа поле навремено да преземат мерки и активности. Исто така, со напредокот на истражувањата во јавното здравство се зголемува и изборот на средства за преземање на таквите мерки.

Подобро да се спречи отколку да се лечи. Во светот обично надлежните органи дејствуваат откако ќе се случи ваква појава. Но, со напорите вложени во превенцијата - особено активностите во примарната превенција што помагаат за „утврдување на корените" на проблемот - може да се постигне економичност и долготрајна корисност.

Од големо значење е да се разберат самите околности во кои се јавува насилството за да можат да се утврдат мерките за негово спречување. Насилството е присутно во сите земји, но околностите - средината, неговата природа и ставот на општеството кон него - се разликуваат во голема мера. При планирањето на програмите за превенција мора да се земаат предвид ваквите околности за да се преземат мерки и активности за спречување што ќе бидат соодветни за онаа средина во која се јавува одредената појава на насилство.

Разните видови насилство се меѓусебно поврзани и честопати имаат заеднички ризични фактори. За жал, активностите на полето на истражувањето и превенцијата на разните видови насилство беа честопати развивани поединечно и одвоено. Ако се прекине со ваквата практика, се очекува обемот и успешноста на ваквите активности да се зголеми.

Употребата на ресурсите што се користат во превентивните активности треба да биде насочена, пред сé, кон најчувствителната група луѓе. Последиците од насилството, како и другите здравствени проблеми, не познаваат граници. Иако сите социјални класи се подложни на оваа појава, сепак, најголем ризик постои за луѓето со најнизок социо-економски статус. Запоставувањето на потребите на сиромашните луѓе - во повеќе општества сиромашните се обично најнеопслужуваните од надлежните државните служби за заштита и нега - мора да се земе предвид ако сакаме да го спречиме насилството.

Чувството на самозадоволство претставува пречка во борбата против насилството. Тоа во голема мера влијае врз појавата на насилство и врз напорите за негово спречување. Ова особено важи за оној став според кој насилството - како и прашањето за нееднаквост меѓу себе што е тесно поврзано со него - се смета за непроменлива појава во човековото општество. Ваквото чувство честопати придружено со себичниот однос и грижата само за сопствените интереси, што може да се сретне, на пример, во оние средини каде што мажот е тој што треба да ја „превоспита" жената. Доколку се надмине чувството на самозадоволство спрема насилството, би се намалила и појавата на интерперсоналното и колективното насилство.

Политичката обврзаност за борба против насилството е од клучно значење за напорите на јавното здравство. Иако може многу да се

постигне со помошта на организациите, поединците и институциите, сепак, на крајот, успехот на јавното здравство во борбата против насилството зависи токму од политичката обврзаност. Таа е многу важна како на национално ниво - каде што се донесуваат главните одлуките за финансирањето, политиката, законодавството - така и на регионално, локално и општинско ниво каде што се врши секојдневното спроведување на таквата политика и програмите за превенција. За да се дојде до политичка заложба за борба против насилството, од големо значење се и напорите на секторите на општеството.

Насилството не е неизбежно. Можеме да сториме многу за негово откривање и спречување. Светот уште целосно не го измерил обемот на оваа задача и не располага со сите средства за нејзино реализирање. Меѓутоа, основата на глобалното знаење е веќе стекната.

Светскиот извештај за насилство и здравје се обидува да даде свој придонес кон таа основа.

Се надеваме дека извештајот ќе инспирира и ќе придонесе за зацврстување на соработката, за постигнување нови пронајдоци и за широк одзив во борбата против насилството низ целиот свет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Injury:a leading cause of the global burden of disease.Geneva,World Health Organization,1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Miller TR,Cohen MA,Rossman SB.Victim costs of violent crime and resulting injuries.Health Affairs, 1993,12:186 –197.
3. Healthy people:the Surgeon General 's report on health promotion and disease prevention. Washington,DC,United States Department of Health, Education,and Welfare,Public Health Service,Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General,1979 (publication 79 –55071).
4. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence:a public health priority. Geneva, World Health Organization,1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
5. Mercy JA et al.Public health policy for preventing violence.Health Affairs,1993,12:7 –29.
6. Foege WH,Rosenberg ML,Mercy JA.Public health and violence prevention.Current Issues in Public Health,1995,1:2 –9.
7. Mansingh A,Ramphal P.The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system.West Indian Medical Journal,1993, 42:53 –56.
8. Gofin R et al.Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel.Journal of Adolescent Health, 2000,27:434 –442.
9. Chalmers DJ,Fanslow JL,Langley JD.Injury from assault in New Zealand:an increasing public health problem.Australian Journal of Public Health,1995, 19:149 –154.
10. Tercero F et al.On the epidemiology of injury in developing countries:a one-year emergency room- based surveillance experience from Leo ´n,Nicaragua.International Journal for Consumer and Product Safety,1999,6:33 –42.
11. Diekstra RF,Garnefski N.On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors:an international perspective.Suicide and Life-Threatening Behavior, 1995,25:36 –57.
12. Yip PSF,Tan RC.Suicides in Hong Kong and Singapore:a tale of two cities.International Journal of Social Psychiatry,1998,44:267 –279.
13. Anderson RN.Deaths:leading causes for 1999. National Vital Statistics Reports,2001,49:1 –87.
14. Buvinic M,Morrison A.Violence as an obstacle to development.Washington,DC,Inter-American Development Bank,1999:1 –8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
15. Miller TR,Cohen MA.Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States,with some Canadian comparisons.Accident Analysis and Prevention, 1997,29:329 –341.
16. McCauley J et al.The ‘‘battering syndrome ’’: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices.Annals of Internal Medicine, 1995, 123:737 –746.
17. Koss MP,Koss PG,Woodruff WJ.Deleterious effects of criminal victimization on women 's health and medical utilization.Archives of Internal Medicine, 1991,151:342 –347.
18. Sutherland C,Bybee D,Sullivan C.The long-term effects of battering on women 's health.Women 's Health,1998,4:41 –70.
19. Eby K et al.Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners.Health Care for Women International,1995,16:563 –576.
20. Campbell JC,Soeken K.Forced sex and intimate partner violence:effects on women 's health. Violence Against Women,1999,5:1017 –1035.
21. Briere JN,Elliott DM.Immediate and long-term impacts of child sexual abuse.The Future of Children,1994,4:54 –69.
22. Fergusson DM,Horwood LJ,Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood.II:Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse .Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,1996,35:1365 –1374.
23. Davidson JR et al.The association of sexual as-

sault and attempted suicide within the community. Archives of General Psychiatry, 1996, 53:550 –555.
24. Wiederman MW,Sansone RA,Sansone LA.Historyof trauma and attempted suicide among women in a primary care setting.Violence and Victims,1998, 13:3 –9.
25. Heise LL,Ellsberg M,Gottemoeller M.Ending violence against women.Baltimore,MD,Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs,1999 (Population Reports,Series L,No.11).
26. Garbarino J,Crouter A.Defining the community context for parent –child relations:the correlates of child maltreatment.Child Development,1978, 49:604 –616.
27. Bronfenbrenner V.The ecology of human development:experiments by nature and design. Cambridge,MA,Harvard University Press,1979.
28. Garbarino J.Adolescent development:an ecological perspective.Columbus,OH,Charles E.Merrill,1985.
29. Tolan PH,Guerra NG.What works in reducing adolescent violence:an empirical review of the field.Boulder,CO,University of Colorado,Center for the Study and Prevention of Violence,1994.
30. Heise LL.Violence against women:an integrated ecological framework.Violence Against Women, 1998,4:262 –290.
31. Schiamberg LB,Gans D.An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children.Journal of Elder Abuse and Neglect,1999, 11:79 –103.
32. Carp RM.Elder abuse in the family:an interdisciplinary model for research.New York,NY, Springer,2000.
33. Thornberry TP,Huizinga D,Loeber R.The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency.In:Howell JC et al.,eds. Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders.Thousand Oaks,CA,Sage,1995:213 –237.
34. Lipsey MW,Derzon JH.Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood:a synthesis of longitudinal research. In:Loeber R,Farrington DP,eds.Serious and violent juvenile offenders:risk factors and successful interventions.Thousand Oaks,CA,Sage, 1998:86 –105.
35. Tolan PH,Guerra NG.Prevention of juvenile delinquency:current status and issues.Journal of Applied and Preventive Psychology,1994, 3:251 –273.
36. Karkal M.How the other half dies in Bombay. Economic and Political Weekly,24 August 1985:1424.
37. Reece RM,Krous HF.Fatal child abuse and sudden infant death syndrome.In:Reece RM,Ludwig S, eds.Child abuse:medical diagnosis and management,2nd ed.Philadelphia,PA,Lippincott Williams&Wilkins,2001:517 –543.
38. UNICEF Innocenti Research Center.Early marriage: child spouses.Innocenti Digest, 2001, No.7.
39. Brown L.Sex slaves:the trafficking of women in Asia.London,Virago Press,2001.
40. Huizinga D,Loeber R,Thornberry TP.Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency. Washington, DC, United States Department of Justice,1995. 41.Nagin D,Tremblay RE.Trajectories of boys ’ physical aggression,opposition,and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency.Child Development,1999, 70:1181 –1196.
42. Stattin H,Magnusson M.Antisocial development: a holistic approach.Development and Psychopathology,1996,8:617 –645.
43. Youth violence:a report of the Surgeon General. Washington,DC,United States Department of Health and Human Services,2001.
44. LeBlanc M,Frechette M.Male criminal activity from childhood through youth.New York,NY, Springer Verlag,1989.
45. Farrington DP.Predicting adult official and selfreported violence.In:Pinard GF,Pagani L,eds. Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions.Cambridge,Cambridge University Press,2001:66 –88.
46. Miczek KA et al.Alcohol,drugs of abuse, aggression and violence.In:Reiss AJ,Roth JA,eds. Understanding and preventing violence:panel on the understanding and control of violent behavior.Vol. 3.Social influences. Washington, DC,National Academy Press, 1994:377 –570.
47. Loeber R et al.Developmental pathways in disruptive child behavior.Development and Psychopathology,1993,5:103 –133.
48. Stattin H,Magnusson D.The role of early aggressive behavior in the frequency,seriousness,and types of later crime.Journal of Consulting and Clinical Psychology,1989,57:710 –718.
49. Henry B et al.Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions:age 3 to age 18.Developmental Psychology, 1996,32:614 –623.

50. Smith C,Thornberry TP.The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency.Criminology,1995,33:451 –481.
51. Farrington DP.Predictors,causes,and correlates of male youth violence.In:Tonry M,Moore MH,eds. Youth violence.Chicago,IL,University of Chicago Press,1998:421 –475.
52. Ortega ST et al.Modernization,age structure,and regional context:a cross-national study of crime. Sociological Spectrum,1992,12:257 –277.
53. United Nations Children 's Fund.Children at risk in Central and Eastern Europe:perils and promises. Florence,International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report,No.4).
54. Messner SF.Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence.Psychiatric Clinics of North America,1988,11:511 –525.
55.Fajnzylber P,Lederman D,Loayza N. Inequality and violent crime. Washington, DC, World Bank,1999.
56. Unnithan NP,Whitt HP.Inequality,economic development and lethal violence:a cross-national analysis of suicide and homicide.International Journal of Comparative Sociology,1992,33:182 –196.
57. Gonzales de Olarte E,Gavilano Llosa P.Does poverty cause domestic violence?Some answers from Lima. In:Morrison AR,Biehl ML,eds.Too close to home: domestic violence in the Americas.Washington,DC, Inter-American Development Bank,1999:35 –49.
58. Ellsberg MC et al.Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua.American Journal of Public Health,1999,89:241 –244.
59. Rodgers K.Wife assault:the findings of a national survey.Juristat Service Bulletin,1994,14:1 –22.
60. Martin SL et al.Domestic violence in northern India. American Journal of Epidemiology,1999, 150:417 –426.
61. Ellsberg MC et al.Candies in hell:women 's experience of violence in Nicaragua.Social Science and Medicine,2000,51:1595 –1610.
62. Mooney J.The hidden figure:domestic violence in north London.London,Middlesex University,1993.
63. Yoshihama M,Sorenson SB.Physical,sexual,and emotional abuse by male intimates:experiences of women in Japan.Violence and Victims, 1994,9:63 –77.
64. Granados Shiroma M.Salud reproductiva y violencia contra la mujer:un ana ´lisis desde la perspectiva de ge ´nero.[Reproductive health and violence against women:a gender perspective.]Nuevo Leo ´n, Asociacio ´n Mexicana de Poblacio ´n,Consejo Estatal de Poblacio ´n,1996.
65. Schuler SR et al.Credit programs,patriarchy and men 's violence against women in rural Bangladesh. Social Science and Medicine,1996,43:1729 –1742.
66. Zimmerman K.Plates in a basket will rattle:domestic violence in Cambodia.A summary. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence,1995.
67. Armstrong A.Culture and choice:lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project,1998.
68. Gonzalez Montes S.Domestic violence in Cuetzalan, Mexico:some research questions and results.In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women,Washington,DC,9 –11 January 1998.Takoma Park,MD, Center for Health and Gender Equity,1998:36 –41.
69. Osakue G,Hilber AM.Women 's sexuality and fertility in Nigeria.In:Petchesky R,Judd K,eds. Negotiating reproductive rights.London,Zed Books,1998:180 –216.
70. Johnson H.Dangerous domains:violence against women in Canada.Ontario,International Thomson Publishing,1996.
71. Larrain SH.Violencia puertas adentro:la mujer golpeada.[Violence behind closed doors:the battered women.] Santiago, Editorial Universitaria, 1994.
72. Jewkes R et al.The prevalence of physical,sexual and emotional violence against women in three South African provinces.South African Medical Journal,2001,91:421 –428.
73. Black DA et al.Partner,child abuse risk factors literature review.National Network of Family Resiliency,National Network for Health,1999 (available on the Internet at http://www.nnh.org/risk).
74. Hoffman KL,Demo DH,Edwards JN.Physical wife abuse in a non-Western society:an integrated theoretical approach.Journal of Marriage and the Family,1994,56:131 –146.
75. Counts DA,Brown J,Campbell J.Sanctions and sanctuary:cultural perspectives on the beating of wives.Boulder,CO,Westview Press,1992.
76. Levinson D.Violence in cross-cultural perspective. Thousand Oaks,CA,Sage,1989.
77. Jacobson NS et al.Psychological factors in the longitudinal course of battering:when do the

couples split up?When does the abuse decrease? Violence and Victims,1996,11:371 –392.

78. Kirschner RH,Wilson H.Pathology of fatal child abuse.In:Reece RM,Ludwig S,eds.Child abuse: medical diagnosis and management,2nd ed. Philadelphia,PA,Lippincott Williams &Wilkins, 2001:467 –516.
79. Alexander RC,Levitt CJ,Smith WL.Abusive head trauma.In:Reece RM,Ludwig S,eds.Child abuse: medical diagnosis and management,2nd ed. Philadelphia,PA,Lippincott Williams &Wilkins, 2001:47 –80.
80. Vock R et al.Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990):results of a multicentre study.Archiv fu ¨r Kriminologie, 1999, 204:75 –87.
81. Hahm H,Guterman N.The emerging problem of physical child abuse in South Korea.Child Mal treatment,2001,6:169 –179.
82. Ketsela T,Kedebe D.Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia.Ethiopian Medical Journal,1997,35:23 –33.
83. Finkelhor D.The international epidemiology of child sexual abuse.Child Abuse &Neglect,1994, 18:409 –417.
84. Finkelhor D.Current information on the scope and nature of child sexual abuse.The Future of Children, 1994,4:31 –53.
85. Adinkrah M.Maternal infanticides in Fiji.Child Abuse &Neglect,2000,24:1543 –1555.
86. Kotch JB et al.Morbidity and death due to child abuse in New Zealand.Child Abuse &Neglect, 1993,17:233 –247.
87. Menick DM.Les contours psychosociaux de l ’infanticide en afrique noire:le cas du Se ´ne ´gal.[The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.]Child Abuse &Neglect,2000, 24:1557 –1565.
88. Madu SN,Peltzer K.Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa).Child Abuse &Neglect, 2000,24:259 –268.
89. Olsson A et al.Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women:a population-based anonymous survey.Child Abuse &Neglect,2000,24:1579 –1589.
90. National Research Council.Understanding child abuse and neglect.Washington,DC,National Academy of Sciences Press,1993.
91. Hunter WM et al.Risk factors for severe child discipline practices in rural India.Journal of Pediatric Psychology,2000,25:435 –447.
92. Equality,development and peace.New York,NY, United Nations Children ’s Fund,2000.
93. Zununegui MV,Morales JM,Marti ´nez V.Child abuse:socioeconomic factors and health status. Anales Espan ˜oles de Pediatria,1997,47:33 –41.
94. Sariola H,Uutela A.The prevalence and context of family violence against children in Finland. Child Abuse &Neglect,1992,16:823 –832.
95. Youssef RM,Attia MS,Kamel MI.Children experiencing violence:parental use of corporal punishment.Child Abuse &Neglect,1998,22:959 –973.
96. Kim DH et al.Children ’s experience of violence in China and Korea:a transcultural study.Child Abuse &Neglect,2000,24:1163 –1173.
97. Sumba RO,Bwibo NO.Child battering in Nairobi, Kenya.East African Medical Journal,1993, 70:688 –692.
98. Straus MA et al.Identification of child maltreatment with the Parent –Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents.Child Abuse &Neglect, 1998,22:249 –270.
99. Tang CS.The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong.Child Abuse & Neglect,1998,22:381 –391.
100. Vargas NA et al.Parental attitude and practice regarding physical punishment of school children in Santiago de Chile.Child Abuse &Neglect,1995, 19:1077 –1082.
101. Jenny C et al.Analysis of missed cases of abusive head trauma.Journal of the American Medical Association,1999,281:621 –626.
102. Klevens J,Bayo ´n MC,Sierra M.Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota´, Colombia.Child Abuse &Neglect, 2000, 24:323 –332.
103. Starling SP,Holden JR.Perpetrators of abusive head trauma:comparison of two geographic populations. Southern Medical Journal, 2000, 93:463 –465.
104. Finkelhor D.A sourcebook on child sexual abuse.London,Sage,1986. 105.Sidebotham P,Golding J.Child maltreatment in the “Children of the Nineties ”:a longitudinal study of parental risk factors.Child Abuse &Neglect,2001, 25:1177 –1200.
106. Bardi M,Borgognini-Tari SM.A survey of parent – child conflict resolution:intrafamily violence in Italy.Child Abuse &Neglect,2001,25:839 –853.
107. Gillham B et al.Unemployment rates,single par-

ent density,and indices of child poverty:their relationship to different categories of child abuse and neglect.Child Abuse &Neglect,1998,22:79 –90.
108. Coulton CJ,Korbin JE,Su M.Neighborhoods and child maltreatment:a multi-level study.Child Abuse &Neglect,1999,23:1019 –1040.
109. Runyan DK et al.Children who prosper in unfavorable environments:the relationship to social capital.Pediatrics,1998,101:12 –18.
110. Randal J,German T.The ageing and development report:poverty,independence,and the world 's people.London,HelpAge International,1999.
111. Pillemer K,Finkelhor D.Prevalence of elder abuse:a random sample survey.The Gerontologist,1988, 28:51 –57.
112. Podnieks E.National survey on abuse of the elderly in Canada.Journal of Elder Abuse and Neglect, 1992,4:5 –58.
113. Kivela ¨SL et al.Abuse in old age:epidemiological data from Finland.Journal of Elder Abuse and Neglect,1992,4:1 –18.
114. Ogg J,Bennett GCJ.Elder abuse in Britain.British Medical Journal,1992,305:998 –999.
115. Comijs HC et al.Elder abuse in the community: prevalence and consequences.Journal of the American Geriatrics Society,1998,46:885 –888.
116. Pillemer KA,Moore D.Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes.Journal of Elder Abuse and Neglect,1990,2:5 –30.
117. Bennett G,Kingston P,Penhale B.The dimensions of elder abuse:perspectives for practitioners. London,Macmillan,1997.
118. Harrington CH et al.Nursing facilities,staffing, residents,and facility deficiencies,1991 – 1997.San Francisco,CA,Department of Social and BehavioralSciences,University of California,2000.
119. Homer AC,Gilleard C.Abuse of elderly people by their carers.British Medical Journal,1990, 301:1359 –1362.
120. Nolan MR,Grant G,Keady J.Understanding family care:a multidimensional model of caring and coping.Buckingham,Open University Press, 1996.
121. O 'Loughlin A,Duggan J.Abuse,neglect and mistreatment of older people:an exploratory study. Dublin,National Council on Ageing and Older People,1998 (Report No.52).
122. Keikelame J,Ferreira M.Mpathekombi,ya bantu abadala:elder abuse in black townships on the Cape Flats.Cape Town,Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology,2000.
123. Owen M.A world of widows.London,Zed Books, 1996.
124. Gorman M,Petersen T.Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia.London,HelpAge International,1999.
125. Witchcraft:a violent threat.Ageing and Development,2000,6:9.
126. Sanders AB.Care of the elderly in emergency departments:conclusions and recommendations. Annals of Emergency Medicine, 1992,21:79 –83.
127. Hakimi M et al.Silence for the sake of harmony: domestic violence and women 's health in central Java,Indonesia.Yogyakarta,Gadjah Mada University,2001.
128. Matasha E et al.Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza,Tanzania:need for intervention.AIDS Care,1998,10:571 –582.
129. Buga GA,Amoko DH,Ncayiyana DJ.Sexual behaviour,contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. South African Medical Journal, 1996, 86:523 –527.
130. Watts C et al.Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women.Reproductive Health Matters,1998,6:57 –65.
131. Migration Information Programme.Trafficking and prostitution:the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe.Geneva, International Organization for Migration,1995.
132. Chauzy JP.Kyrgyz Republic:trafficking.Geneva, International Organization for Migration,20 January 2001 (Press briefing notes).
133. Dinan K.Owed justice:Thai women trafficked into debt bondage in Japan.New York, NY, Human Rights Watch,2000.
134. Richard AO.International trafficking in women to the United States:a contemporary manifestation of slavery and organized crime. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence,1999.
135. Bagley C,Bolitho F,Bertrand L.Sexual assault in school,mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. Adolescence, 1997, 32:361 –366.
136. Omaar R,de Waal A.Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female

students in schools and universities in Africa. African Rights,July 1994 (Discussion Paper No.4).

137. Silencio y complicidad:violencia contra las mujeres en los servicios pu ´blicos en el Peru ´.[Silence and complicity:violence against women in public services in Peru.] Lima,Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman,and Center for Reproductive Law and Policy,1998.
138. Dehlendorf CE,Wolfe SM.Physicians disciplined for sex-related offenses.Journal of the American Medical Association,1998,279:1883 –1888.
139. Lamont JA,Woodward C.Patient –physician sexual involvement:a Canadian survey of obstetrician gynecologists.Canadian Medical Association Journal,1994,150:1433 –1439.
140. Nduna S,Goodyear L.Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania. Kibondo,International Rescue Committee,1997.
141. Jewkes R,Abrahams N.The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa:an overview. Social Science and Medicine(in press).
142. Letourneau EJ,Holmes M,Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence.Women ’s Health Issues, 1999,9:115 –120.
143. Cheasty M,Clare AW,Collins C.Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case –control study.British Medical Journal,1998, 316:198 –201.
144. Mercy JA et al.Intentional injuries.In:Mashaly AY, Graitcer PH,Youssef ZM,eds.Injury in Egypt:an analysis of injuries as a health problem. Cairo,Rose l Youssef New Presses,1993:65 –84.
145. Hadidi M,Kulwicki A,Jahshan H.A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. International Journal of Legal Medicine,2001, 114:357 –359.
146. Koss M,Dinero TE.Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women.Journal of Consulting and Clinical Psychology,1989,57:242 –250.
147. Drieschner K,Lange A.A review of cognitive factors in the aetiology of rape:theories,empirical studies and implications.Clinical Psychology Review, 1999,19:57 –77.
148. Dean KE,Malamuth NM.Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing:risk and moderating variables. Journal of Personality and Social Psychology,1997, 72:449 –455.
149. Malamuth NM.A multidimensional approach to sexual aggression:combining measures of past behavior and present likelihood.Annals of the New York Academy of Science,1998,528:113 –146.
150. Ouimette PC,Riggs D.Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators.Violence and Victims,1998,13:117 – 130.
151. Lisak D,Roth S.Motives and psychodynamics of self-reported,unincarcerated rapists.Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 55:584 – 589.
152. Borowsky IW,Hogan M,Ireland M.Adolescent sexual aggression:risk and protective factors. Pediatrics,1997,100:E7.
153. Crowell NA,Burgess AW,eds.Understanding violence against women. Washington, DC,National Academy Press,1996.
154. Heise L,Moore K,Toubia N.Sexual coercion and women ’s reproductive health:a focus on research. New York,NY,Population Council,1995.
155. Rozee PD.Forbidden or forgiven?Rape in crosscultural perspective.Psychology of Women Quarterly,1993,17:499 –514.
156. Bourgois P.In search of masculinity:violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem.British Journal of Criminology,1996,36:412 –427.
157. Bennett L,Manderson L,Astbury J.Mapping a global pandemic:review of current literature on rape,sexual assault and sexual harassment of women.Melbourne,University of Melbourne, 2000.
158. Gartner R.The victims of homicide:a temporal and cross-national comparison.American Sociological Review,1990,55:92 –106.
159. Smutt M,Miranda JLE.El Salvador:socializacio ´ny violencia juvenil.[El Salvador:socialization and juvenile violence.]In:Ramos CG,ed.Ame ´rica Central en los noventa:problemas de juventud. [Central America in the 90s:youth problems.]San Salvador,Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151 –187.
160. Bross DC et al.World perspectives on child abuse: the fourth international resource book.Denver,CO, Kempe Children ’s Center, University of Colorado School of Medicine,2000.
161. Hunter EM.An examination of recent suicides in remote Australia.Australian and New Zealand

Journal of Psychiatry,1991,25:197 –202.
162. Cheng TA,Hsu MA.A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. Psychological Medicine,1992,22:255 –263.
163. Lester D.Suicide in American Indians. Commack, NY,Nova Science,1997.
164. Baume PJM,Cantor CH,McTaggart PG.Suicides in Queensland:a comprehensive study,1990 –995. Brisbane,Australian Institute for Suicide Research and Prevention,1997.
165. Kermayer L,Fletcher C,Boothroyd L.Suicide among the Inuit of Canada.In:Leenaars A et al.,eds.Suicide in Canada.Toronto,University of Toronto Press, 1998:189 –211.
166. McIntire MS,Angle CR.The taxonomy of suicide and self-poisoning:a pediatric perspective.In: Wells CF,Stuart IR,eds.Self-destructive behavior in children and adolescents.New York, NY, Van Nostrand Reinhold,1981:224 –249.
167. McIntosh JL et al.Elder suicide:research,theory and treatment.Washington,DC,American Psychological Association,1994.
168. Linden M,Barnow S.The wish to die in very old persons near the end of life:a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE). International Psychogeriatrics, 1997, 9:291 –307.
169. Kaltiala-Heino R et al.Bullying,depression and suicidal ideation in Finnish adolescents:school survey.British Medical Journal,1999,319:348 –351.
170. Cavanagh JT,Owens DG,Johnstone EC.Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland:a case –control study using the method of psychological autopsy.Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999,34:645 –650.
171. Thacore VR,Varma SL.A study of suicides in Ballarat,Victoria,Australia.Crisis,2000,21:26 –30. 172.Platt S.Unemployment and suicidal behaviour:a review of the literature.Social Science and Medicine,1984,19:93 –115.
173. Murphy GE,Wetzel RD.The life-time risk of suicide in alcoholism.Archives of General Psychiatry, 1990,47:383 –392.
174. Brown J et al.Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,1999, 38:1490 –1496.
175. Santa Mina EE,Gallop RM.Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour:a literature review.Canadian Journal of Psychiatry,1998,43:793 –800.
176. Draper B.Attempted suicide in old age.International Journal of Geriatric Psychiatry,1996, 11:577 –587.
177. Harris EC,Barraclough B.Suicide as an outcome for mental disorders.British Journal of Psychiatry, 1997,170:447 –452.
178. Roy A.Suicide in schizophrenia.In:Roy A,ed. Suicide.Baltimore,MD,Williams&Wilkins, 1986:97 –112.
179. Beck AT et al.Hopelessness and eventual suicide:a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.American Journal of Psychiatry,1985,142:559 –563.
180. De Leo D et al.Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO).International Journal of Psychiatry in Medicine,1999,29:149 –163.
181. National injury mortality reports,1987 –1998. Atlanta,GA,Centers for Disease Control and Prevention,2000.
182. Zhang J.Suicide in Beijing,China,1992 –1993. Suicide and Life-Threatening Behavior,1996, 26:175 –180.
183. Yip PSF.An epidemiological profile of suicide in Beijing,China.Suicide and Life-Threatening Behavior,2001,31:62 –70. 184.Moscicki EK.Epidemiology of suicidal behaviour. In: Silverman MM,Maris RW,eds.Suicide prevention: toward the year 2000.NewYork,NY, Guilford, 1985:22 –35.
185. Wichstrom L.Predictors of adolescent suicide attempts:a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,2000,39:603 –610.
186. Resnick MD et al.Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health.Journal of the American Medical Association,1997,278:823 –832.
187. McKeown RE et al.Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,1998,37:612 –619. 188.Botsis AJ.Suicidal behaviour:risk and protective factors.In:Botsis AJ,Soldatos CR,Stefanis CN,eds. Suicide: biopsychosocial approaches. Amsterdam, Elsevier Science,1997:129 –146.
189. WHA34.38.In:Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board,Volume II,1973 –

1984.Geneva, World Health Organization,1985:397 –398.
190. Rummel RJ.Death by government:genocide and mass murder since 1900.New Brunswick, NJ,and London,Transaction Publications,1994. 191.Zwi A,Ugalde A,Richards P.The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L,ed. Encyclopedia of violence,peace and conflict.San Diego,CA,Academic Press, 1999:679 –690.
192. Kloos H.Health impacts of war in Ethiopia. Disasters,1992,16:347 –354.
193. Stover E et al.The medical and social consequences of land mines in Cambodia.Journal of the American Medical Association, 1994, 272:331 –336.
194. Getting away with murder,mutilation,rape:new testimony from Sierra Leone.New York,NY, Human Rights Watch,1999 (Vol.11,No.3 (A)).
195. Ashford MW,Huet-Vaughn Y.The impact of war on women.In:Levy BS,Sidel VW,eds.War and public health.Oxford,Oxford University Press, 1997:186 –196.
196. Mann J et al.Bosnia:the war against public health. Medicine and Global Survival, 1994,1:130 –146. 197.Horton R.On the brink of humanitarian disaster. Lancet,1994,343:1053.
198. Summerfield D.The psychosocial effects of conflict in the Third World.Development in Practice,1991, 1:159 –173.
199. Brauer J,Gissy WG,eds.Economics of conflict and peace.Aldershot,Avebury,1997. 200.Cranna M,ed.The true cost of conflict.London, Earthscan and Saferworld,1994.
201. Macrae J,Zwi A.Famine,complex emergencies and international policy in Africa:an overview.In: Macrae J,Zwi A,eds.War and hunger:rethinking international responses to complex emergencies. London,Zed Books,1994:6 –36.
202. Reed H,Haaga J,Keely C,eds.The demography of forced migration:s ummary of a workshop. Washington,DC,National Academy Press,1998.
203. Hampton J,ed.Internally displaced people:a global survey.London,Earthscan,Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey,1998.
204. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict.Preventing deadly conflict:final report.New York,NY,Carnegie Corporation,1997.
205. Zwi AB,Fustukian S,Sethi D.Globalisation, conflict and the humanitarian response.In:Lee K,Buse K, Fustukian S,eds.Health policy in a globalising world.Cambridge,Cambridge University Press, 2002.
206. Hawkins JD et al.Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood.Archives of Pediatrics &Adolescent Medicine,1999,153:226 –234.
207. Thornton TN et al.Best practices of youth violence prevention:a sourcebook for community action. Atlanta,GA,Centers for Disease Control and Prevention,2000.
208. Olweus D,Limber S,Mihalic S.Bullying prevention program.Boulder,CO,University of Colorado,Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
209. Edleson JL.Intervention for men who batter:a review of research.In:Stith SR,Staus MA,eds. Understanding partner violence:prevalence, causes,consequences and solutions. Minneapolis, MN,National Council on Family Relations,1995:262 –273.
210. Gondolf E.A 30-month follow-up of courtmandated batterers in four cities. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania,1999 (available on the Internet at http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm).
211. Gondolf EW.Batterer programs:what we know and need to know.Journal of Interpersonal Violence, 1997,12:83 –98.
212. Salkovskis PM,Atha C,Storer D.Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide:a controlled trial. British Journal of Psychiatry, 1990,157:871 –876.
213. Linehan MM,Heard HL,Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry,1993,50:971 –974.
214. Lally JR,Mangione PL,Honig AS.The SyracuseUniversity Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families.In:Powell DR,ed.Annual advances in applied developmental psychology:parent education as an early childhood intervention. Norwood,NJ,Ablex, 1988:79 –104.
215. Olds DL et al.Long-term effects of nurse home visitation on children 's criminal and antisocial behavior:15-year follow-up of a randomized controlled trial.Journal of the American Medical Association,1998,280:1238 –1244.
216. Farrington DP,Welsh BC.Delinquency prevention using family-based interventions.Children and Society,1999,13:287 –303.

217. Patterson GR,Capaldi D,Bank L.An early starter model for predicting delinquency.In:Pepler DJ, Rubin KH,eds.The development and treatment of childhood aggression.Hillsdale,NJ,Lawrence Erlbaum,1991:139 –168.
218. Tremblay RE et al.Parent and child training to prevent early onset of delinquency:the Montreal longitudinal experimental study.In:McCord J, Tremblay RE,eds.Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence.New York,NY,Guilford,1992:117 –138.
219. Greenwood PW et al.Diverting children from a life of crime:measuring costs and benefits. Santa Monica,CA,Rand,1996.
220. Welbourn A.Stepping Stones.Oxford,Strategies for Hope,1995. 221.Men as partners.New York,NY,AVSC International,1998.
222. Gordon G,Welbourn A.Stepping Stones and men. Washington,DC,Inter-Agency Gender Working Group,2001.
223. Buvinic M,Morrison A,Shifter M.Violence in Latin America and the Caribbean:a framework for action. Washington,DC,Inter-American Development Bank,1999.
224. Jarquin E,Carrillo F.La econo ´mica polý ´tica de la reforma judicial.[The political economy of judicial reform.]Washington,DC,Inter-American Development Bank,1997.
225. Bradley J et al.Whole-site training:a new approach to the organization of training.New York,NY, AVSC International,1998. 226.McLeer SV et al.Education is not enough:a systems failure in protecting battered women.Annals of Emergency Medicine,1989,18:651 –653.
227. Harwell TS et al.Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers.American Journal of Preventive Medicine,1998,15:235 –242.
228. Boocock SS.Early childhood programs in other nations:goals and outcomes.The Future of Children,1995,5:94 –114.
229. Loftin C et al.Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia.New England Journal of Medicine, 1991,325:1615 –1620.
230. Villaveces A et al.Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities.Journal of the American Medical Association,2000, 283:1205 –1209.
231. Lester D.Preventing suicide by restricting access to methods for suicide.Archives of Suicide Research, 1998,4:7 –24.
232. Carrington PJ,Moyer MA.Gun control and suicide in Ontario.American Journal of Psychiatry,1994, 151:606 –608.
233. Bowles JR.Suicide in Western Samoa:an example of a suicide prevention program in a developing country.In:Diekstra RFW et al.,eds. Preventive strategies on suicide.Leiden,Brill, 1995:173 –206.
234. WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. International classification of external causes of injuries.Amsterdam,Consumer Safety Institute, 2001.
235. Holder Y et al.,eds.Injury surveillance guidelines.Geneva,World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention),2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).

Насилство од интимен партнер

Неколку информации

Една од најчестите форми на насилство врз жената е онаа од сопругот или од интимниот партнер.Ова е сосема спротивно од состојбата со мажите, кои главно, имаат повеќе изгледи да бидат нападнати од непознат или од некој познајник отколку од некој близок (*1-5*). Фактот дека жените се, често, емоционално врзани за и економски зависни од оние кои ги виктимизираат има големи импликации и врз динамиката на злоупотребата и врз начините за справање со неа.

Насилство од страна на интимен партнер е чест случај во сите земји, независно од социјалната, економската, религиозната или културната група. Иако жените може да бидат насилни со мажите со кои се во врска, а насилство може да се утврди и во врска со партнери од ист пол, сепак насилството од страна на мажите врз жените е најраспространето. Заради тоа, во оваа глава ќе го разгледаме прашањето на насилство од страна на мажите врз нивните партнерки.

Женските организации низ целиот свет одамна го нагласуваат проблемот на насилство врз жената, а посебно од страна на нивните интимни партнери. Преку нивните напори, насилството врз жената сега стана проблем од светски размер. На почетокот гледано како прашање кое се однесува на човековите права, насилството од страна на партнерот се повеќе се гледа како важен проблем за здравјето на луѓето.

Големина на проблемот

Насилство од страна на интимниот партнер значи секое однесување во интимната врска што предизвикува физичка, психолошка или сексуална повреда. Таквото однесување вклучува:

- Чин на физичка агресија - како што е удирање шлаканици, удирање, клоцање и тепање.
- Психолошко злоупотребување - како што е заплашување, постојано потценување и омаловажување.
- Присилно водење љубов и други форми на сексуално принудување.
- Различно контролирачко однесување - како што е изолирање на личноста од нејзиното семејство и пријатели, следење на нејзиното движење, ограничување на пристап до информации или помош.

Кога злоупотребувањето постојано се повторува во една врска, како појава се нарекува „претепување“. Во истражувањето спроведено во 48 земји низ целиот свет, помеѓу 10% и 69% од жените испитаници изјавиле дека биле барем еднаш физички нападнати од страна на нивниот партнер (види табела 4.1.). Процентот на нападнати жени во последните 12 месеци варира од 3% и помалку во Австралија, Канада и САД до 27% жени кои имале еден партнер во животот (тоа значи жени кои имале сексуална врска) во Леон, Никарагва, 38% од мажените жени во Република Кореја и 52% од мажените Палестинки на Западниот Брег и Појасот Газа. За повеќето жени физичкиот напад не е само изолиран инцидент, туку дел од постојано малтретирање.

Истражувањето укажува дека физичкото насилство во интимните врски е често придружувано од психолошко злоупотребување, а кај една третина до една половина од случаите, од сексуално злоупотребување (*3, 8-10*). На пример, Од 613 малтретирани жени во Јапонија, 57% биле физички, психички и сексуално злоупотребувани Помалку од 10% доживеале само физичка злоупотреба (*8*). Слично на ова, во Монетреј, Мексико, 52% од физички нападнатите жени биле и сексуално злоупотребени од нивните партнери. (*11*). Слика 4.1 графички го илустрира преклопувањето на видовите злоупотреба помеѓу жените со партнер во Леон, Никарагва (*9*).

Повеќето жени кои се цел на физичка агресија обично доживуваат повеќе чинови на агресија со текот на времето. Во истражувањето во Леон, на пример, 60% од злоупотребените жени во претходната година биле нападнати повеќе од еднаш, а 20% доживеале тешко насилство повеќе од 6 пати. Помеѓу жените кои пријавиле физичката агресија, 70% пријавиле тешка злоупотреба (*12*). Просечнитот број физички напади во изминатата година кај жените кои тогаш трпеле злоупотреба, спрема истражувањето во Лондон, Англија, бил седум напади (*13*), додека во САД, во националната студија во 1996г., тој број бил три напади (*5*).

ТАБЕЛА 4.1

Физичка злоупотреба на жените од страна на нивните партнери, според одредени студии според популација, 1982 - 1999

Земја или област	Година на студијата	предел	пример: големина	пример: национално истражување	пример: години (старост)	процент на жени физички злоупотребувани од партнерот (%): Во трек на изминзтите 12 месеци	процент: во сегашна врска	процент: некогаш
Африка								
Етиопија	1995	Месканена Вореда	673	II	?15	10[б]		45
Кенија	1984-1987	Област Киси	612	VI	?15		42	
Нигерија	1993	Не е дадено	1000	I	-			31[ц]
Јужна Африка	1998	Источен Кејп	396	III	18-49	11		27
		Мпумаланга	419	III	18-49	12		28
		Северна Провинција	464	III	18-49	5		19
		Национално	10190	III	15-49	6		13
Зимбабве	1996	Провинција Мидландс	966	I	?18			17[д]
Латинска Америка и Кариби								
Антигва	1990	национално	97	I	29-45			30[д]
Барбадос	1990	национално	264	I	20-45			30[ц/е]
Боливија	1998	три области	289	I	?20	17[ц]		
Чиле	1993	провинцијата Санијаго	1000	II	22-55		26/11	
	1997	Сантијаго	310	II	15-49	23		
Колумбија	1995	национално	6097	II	15-49		19	
Мексико	1996	Гвадалахара	650	III	?15			27
		Монтереј	1064	III	?15			17
Никарагва	1995	Леон	360	III	15-49	27/20[ф]		52/37[ф]
	1997	Манагва	378	III	15-49	33/28		69
	1998	национално	8507	III	15-49	12/8[ф]		28/21[ф]
Парагвај	1995-1996	национално, освен Чако регионот	5940	III	15-49			10
Перу	1997	Метро – лима (среден и низик приход)	359	II	17-55	31		
Пуерто Рико	1995-1996	национално	4755	III	15-49			13[г]
Уругвај	1997	два региона	545	II[b]	22-55	10[е]		
Северна Америка								
Канада	1991-1992	Торонто	420	I	18-64			27[ц]
	1993	национално	12300	I	?18	3[д,е]		29[д,е]
САД	1995-1996	национално	8000	I	?18	1.3[ц]		22[ц]
Азија и Западен Пацифик								
Австралија	1996	национално	6300	I	-	3[д]	8	
Бангладеш	1992	национално(села)	1225	II	50	19		47
	1993	два рурал региони	10368	II	15-49		42	
Камбоџа	1996	шест региони	1374	III	-			16
Индија	1993-1994	Тамил наду	859	II	15-39		37	
	1993-1994	Утар Прадеш	983	II	15-39		45	
	1995-1996	утар Праддеш, пет региони	6695	IV	15-65		30	
	1998-1999	национално	89199	III	15-49	11[ф]		19[и]
	1999	шест држави	9938	III	15-49	14		40/26
Папаја Нова Гвинеа	1982	нац. рурал села	628	III[f]	-			67
	1984	Порт Моресби	298	III[h]	-			56
Филипини	1993	национално	8481	V	15-49			10
	1998	Кагајан де Оро сити и Букиндон провинција	1660	II	15-49			26[ј]
република Кореја	1989	национално	707	II	?20	38/12[ф]		
Тајланд	1994	Банкок	619	IV	-		20	

ТАБЕЛА 4.1 (*продолжува*)

Земја или област	Година на студијата	предел	пример			процент на жени физички злоупотребувани од партнерот (%)		
			големина	национално истражување	години (старост)	Во трек на изминзтите 12 месеци	во сегашна врска	некогаш
Европа								
Холандија	1986	национално	989	I	20-60			21/11 [Ц/Ф]
Норвешка	1989	Трондхајм	111	III	20-60			18
Република Молдавија	1997	национално	4790	III	15-44	?7		?14
						6 [Е]		21 [Е]
Швајцарија	1994-1996	национално	1500	II	20-60			
Турција	1998	источна југоисточна Анатолија	599	I	14-75			58 [Ц]
Обединетото Кралство	1993	Северен Лондон	430	I	?16	12 [Ц]		30[Ц]
Источен медитеран								
Египет	1995-1996	национално	7121	III	15-49	16[J]		34[Г]
Израел	1997	Арапската популација	1826	II	19-67	32		
Западниот брег и Појасот Газа	1994	Палестинска популација	2410	II	17-65	52/37[Ф]		

Извор: изведен од референца 6 со согласност на издавачот

а Студија на популација I- само жени, II - мажени жени / со партнер, III - жени со партнер, IV - Женети мажи кои сами сведочат дека практикуваат насилство, V - Жени со бременост, VI - мажени жени - пола со бременост, пола без,

б Во изминатите 3 месеци

ц Група која вклучува жени кои никогаш не биле во врска и затоа не се изложени на ризик од насилство од партнерот

д Иако примерите ги вклучуваат сите жени, степенот на злоупотреба е прикажан за мажените/ жени со партнер (бројот не е даден)

е физички или сексуално злоставувани

ф кое било физичко злоупотребување/ тешко физичко злоставување само

г Степен на злоставување на партнерот помеѓу мажени/жени со партнер, вкалкулирано со податоците на авторот

х не ретко користени техники на пример

и Вклучува напади од други

ј Извршителот може да биде и член на семејството или близок пријател.

Во една врска, обично коегзистираат разни видови злоупотреба. Меѓутоа, превалентните студии за семејно насилство се нова област на истражување, па податоци за различните видови насилство од страна на партнерот, освен физичката злоупотреба, се уште не се достапни.

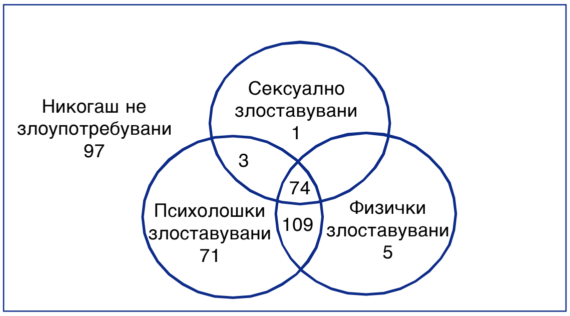
Затоа, бројките во Табела 4.1., се однесуваат исклучиво на физичкото насилство. Дури и така, поради методолошките разлики, податоците од овие добро изготвени студии не се директно споредливи. Пријавените проценети бројки на злоупотребување се многу чувствителни на конкретните дефиниции употребени во студијата, начинот на кој се поставувани прашањата, степенот на приватност во интервјуата и природата на испитаната популација (*14*) (види Квадрат 4.1.) Затоа, разликите помеѓу земјите - посебно доста малите разлики - може добро да ги рефлектираат методолошките варијации, а не реалните разлики во стапките на распространетост.

Мерење на насилството на партнерот

Во истражувањата на насилството од страна на партнарот, жените обично се прашуваат дали некогаш во животот доживеале било какво насилство што е вклучено на список од конкретни чинови на агресија, како примање шлаканици, удари, клоци, тепање или закани

НАЦРТ 4.1.

Преклопување на сексуално, физички и психолошки злоупотребувани жени во Леон, Никарагва (Н = 360 жени со партнер)



ТАБЕЛА 4.1

Како да се направат поспоредливи податоците за насилство од интимниот партнер

Разни фактори влијаат врз квалитетот и споредливоста на податоците за насилство од партнерот, а тие се:

– недоследности во дефинирањето на насилството и злоупотребата;
– варијации во критериумите за избор на учесниците во студијата;
– разлики што произлегуваат од изворите на податоци;
– подготвеност на испитаниците да зборуваат отворено и искрено за искуствата со насилство.

Поради овие фактори, повеќето бројки за распространетоста на насилството од партнерот во разните студии не може директно да се споредуваат. На пример, сите студии не ги раздвојуваат различните видови насилство, така што не е секогаш можно да се направи разлика помеѓу чиновите на физичко, сексуално и психолошко насилство. Некои студии ги испитуваат само насилните акти од претходните 12 месеци или 5 години, додека други ги мерат искуствата во текот на целиот живот.

Постои и значителна варијација во популациите употребени во истражувањето. Многу студии за насилство од партнерот ги вклучуваат сите жени од одредена старосна група, додека други ги интервјуираат само жените што се моментно во брак, или коишто биле во брак. И возраста, и брачниот статус се поврзуваат со ризикот на жената да претрпи злоупотреба од партнерот. Затоа, критериумите за избор на испитаниците може значително да влијаат врз проценките за распространетост на насилството кај една популација.

Проценките може да варираат и според изворот на податоци. Неколку национални студии произведоа проценки за распространетоста на насилството од партнерот - проценки кои, обично, се пониски од оние добиени со помали детални студии за женските искуства со насилството. Помалите детални студии имаат тенденција повеќе да се концентрираат на интеракцијата помеѓу испитувачите и испитаниците. Тие се и со тенденција многу подетално од повеќето национални студии да го покријат предметот на дискусија. Проценките меѓу двата вида студии може да варираат и поради некои од претходно споменатите фактори-вклучително и разликите меѓу проучуваните популации и дефинициите за насилство.

Подобрување на транспарентноста

Сите студии на чувствителни теми како насилството се соочуваат со проблемот како да се добие отвореност од луѓето за интимните аспекти на нивниот живот. Успехот делумно ќе зависи од начинот на кој се формулираат и поставуваат прашањата, како и од тоа колку им е пријатно на испитаниците во текот на интервјуто. Последново зависи од фактори како полот на испитувачот, должината на интервјуто, дали се присутни и други лица и колку е испитувачот заинтересиран и без предрасуди.

Транспарентноста може да ја подобрат разни стратегии. Тие се:

- Во текот на интервјуто на испитаникот да му се дадат некоку можности за разоткривање насилство.
- Да се користат бихевиористички специфични прашања, а не субјективни како „Сте биле ли некогаш злоупотребен?“
- Внимателно да се изберат испитувачите и да се обучат како да развиваат добар однос со испитаниците.
- Да се обезбеди поддршка за испитаниците, за да се избегне одмазда од насилниот партнер или од член на семејството.

Секогаш мора да се земе предвид безбедноста и на испитаниците, и на испитувачите во сите стратегии за подобрување на истражувањата околу насилството.

Светската Здравствена Организација неодамна објави упатства што ги третираат етичките и безбедносните прашања во истражувањата на насилството врз жената (*15*). Упатствата за дефинирање и мерење на партнерското насилство и сексуалниот напад се развиваат за да се помогне во подобрување на споредливоста на податоците. Во моментов се достапни некои од овие упатства (*16*) (види и Ресурси).

со оружје. Истражувањето покажува дека бихевиористички специфични прашања како „Дали некогаш сте биле принудени да водите љубов против своја волја?“ произведуваат повисок степен на позитивна реакција отколку прашања кои ги прашуваат жените дали некогаш биле „злоупотребувани“ или „силувани“ (*17*). Вакавите бихевиористички специфични прашања, исто така, им овозможуваат на истражувачите да ја измерат релативната тежина и зачестеност на претрпената злоупотреба. Физичките чинови кои се многу потешки од удирањето шлаканици, туркањето или фрлањето предмет кон личноста, во студиите се општо дефинирани како „тешко насилство“, иако некои набљудувачи приговараат за дефинирањето на тежината на насилството само според чинот (*18*).

Фокусот само на чинот може, исто така, да ја прикрие атмосферата на ужас што понекогаш ги обзема насилните врски. Во националната студија за насилство врз жените во Канада, на пример, една третина од сите жени кои биле физички нападнати од страна на нивниот партнер, рекле дека во даден момент од нивната врска, тие се плашеле за својот живот (*19*).

Иако меѓународните студии се концентрираат на физичкото насилство затоа што е полесно да се концептуелизира и измери, квалитативните студии сугерираат дека некоои жени ги сметаат психолошкото злоупотребување и деградација дури и за потешки нетолерантни од физичкото насилство (*1, 20, 21*).

Насилство и убиство на партнерот

Податоците од различни земји покажуваат дека насилството од страна на партнерот ги објаснува и значајниот број на смртни случаи со убиство на жените. Истражувањата од Австралија, Канада, Израел, Јужна Африка и Соединетите Американски Држави покажаа дека 40-70% од убиените жртви биле жени убиени од страна на нивните сопрузи, или момчиња, често и во тековна насилна врска *(22-25)*. Ова очигледно е спротивно со машките жртви. Во Соединетите Американски Држави, на пример , само 4% од мажите убиени во периодот помеѓу 1976 и 1996 биле убиени од страна на нивните сопруги, бивши сопруги или девојки (26). Во Австралија помеѓу 1989 и 1996, бројките биле 8.6% (27).

Културните фактори и достапноста на оружјето ги дефинираат профилите на убиства од страна на интимните партнери во различни земји. Во САД повеќе убиства се извршени со огнено оружје отколку со сите други видови оружје заедно (*28*).

Во Индија, огненото оружје е поретко но затоа пак тепањето и смртта од оган се чести. Најчеста тактика е да се полее жената со керозин и потоа да се тврди дека таа умрела во „несреќен случај во кујната“. Претставници од здравството во Индија се сомневаат дека многу убиства на жени се прикриени во официјалната статистика како „случајни изгореници“. Една студија на жени помеѓу 15 И 44 години во Грејтер Бомбај и другите урбани населби на државата Махараштра, во средината на 80-те, открила дека еден од пет смрни случаи на жени се припишува на „случајни изгореници“ (*29*).

Традиционални идеи на машка чест

Во многу места, идејата за машката чест и женската невиност ја ставааат жената на ризик (види, исто така, Глава 6). На пример, во некои делови од Источниот Медитеран, машката чест е често поврзувана со перцепцијата за сексуалната „чистота“ на жените во неговата фамилија. Ако жената е сексуално „обесчестена“ - било преку силување или преку доброволно вклучување во секс надвор од бракот - таа се смета за срам на фамилијарната чест. Во некои општества, единствен начин да се исчисти фамилијарната чест е да се убие „навредливата“ жена или девојка. Една студија за убиства на жени во Александрија, Египет, покажува дека 47% од жените биле убиени од роднина откако претходно биле силувани. (*30*).

Динамиката на насилство од страна на партнарот

Неодамнешните истражувања во развиените земји покажаа дека формите на насилство од страна на интимниот партнер не се исти за сите двојки кои доживуваат насилен конфликт. Изгледа дека постојат барем два модела (*31,32*):

- Тешка и ескалирачка форма на насилство карактеризирана со многубројни

форми на малтретирање, тероризирање и закани, и растечка посесивност и контролирачко однесување од страна на злоупотребувачот.

- Поумерена форма на насилство во врската, каде постојаната фрустрација и лутина повремено избиваат во физичко агресија.

Истражувачите претпоставуваат дека истражувањата на база на заедници се подобро скроени за откривање на втората поумерена форма на насилство - исто така наречена „вообичаено насилство помеѓу двојките“ - отколку тешката форма на насилство позната како „претепување“. Тоа може да помогне да се објасни зошто истражувањата базирани на заедници во индустријализираните земји покажуваат значителни докази на физичка агресија од страна на жените, иако огромното мнозинство од жртвите кои доаѓаат во службите (на пример, во засолништата) и во полицијата или судовите, се жени.

Иако од развиените земји има докази дека жените се вклучуваат во вообичаени форми на насилство помеѓу двојките.,постојат малку индикатори дека жените ги подложуваат мажите на истиот вид тешко и ескалирачко насилство кое често се гледа во клиничките примероци на тепани жени. (*32,33*).

Слично, истражувањата покажуваат дека последиците од насилство од страна на партнерот се разликуваат помеѓу мажите и жените, па и мотивите за негово извршување. Студиите во Канада и Соединетите Американски Држави покажаа дека жените се далеку поподложни на повреди од нивните интимни партнери отколку мажите, и дека жените трпат потешки форми на насилство (*5, 34-36*). Во Канада жените-жртви на насилство од страна на интимниот

ТАБЕЛА 4.2

Процент на испитаници кои одобрувале употреба на физичко насилство врз сопрудниците, свесно, селектирани студии, 1995-1999

Земја или област	Година	Испитаник	Свесно биле за физичко насилство:			
			Таа ги запоставува децата или куќата	Таа го одбива да водат љубов	Тој се сомнева на неверство	Таа му одвраќа или не е послушна
Бразил (Салвадор, Бахиа)	1999	М	-	-	19[а]	-
Чиле(Сантијаго)		Ж	-	-	11[а]	-
	1999	М	-	-	12[а]	-
Колумбија(Кали)		Ж	-	-	14[а]	-
	1999	М	-	-	14[а]	-
Египет		Ж	-	-	13[а]	-
	1996	Урбани Ж	40	57	-	59
Ел Салвадор (Сан		Рурални Ж	61	81	-	78
Салвадор)	1999	М	-	-	5[а]	-
		Ж	-	-	9[а]	-
Гана					-	-
	1999	М	-	43	-	-
Индија (Утар Прадеш)		Ж	-	33	-	-
Нов Зеланд	1996	М	-	-	-	
Никарагва						10-50
	1995	М	1	1	5[ч]	1[д]
Сингапур	1999	Урбани Ж	15	5	22	-
Венецуела(каракас)		Рурални Ж	25	10	32	-
	1996	М	-	5	33[ф]	4
Западноит Брег и Појасот	1999	М	-	-	8[а]	-
Газа		Ж	-	-	8[а]	-
	1996	М	-	28	71	57

Извор: изведен од референца 6 со согласност на издавачот

М- мажи, Ж- жени * - * - не било поставено прашањето

[а]- Неверната жена заслужува да биде тепана

[б]- Исто, 51% од мажите и 43% од жените се согласиле „оправдано е мажот да ја тепа жената ако таа го планира семејството без знаење на мажот“

[ч] - Ако ја фати жената со друг маж

[д]- Таа не прави како што ѝ е кажано

[е]- Исто 11% од урбаните жени и 23% од руралните дени се согласиле „оправдано е мажот да ја тепа жената ако таа излегува без негова дозвола“

[ф]- Таа е во друга сексуална врска со друг маж

[г]- исто 23% од мажите се согласиле „тепањето на жената е оправдано ако таа не ги почитува роднините на мажот“

[х]- Палестинска популација

партнер се трипати поизложени на ризик од насилство и повреди, имаат петпати поголеми изгледи да примат медицинска помош и петпати повеќе да стравуваат за својот живот отколку мажите (*36*). Онаму каде што доаѓа до насилство од страна на жената, поверојатно е тоа да биде во форма на самоодбрана (*32, 37,38*).

Во потрадиционалните општества, тепањето на сопругата во голема мера се смета за последица од правото на мажот физички да ја казнува својата жена - нешто што се индицира во студиите од земјите како Бангладеш, Камбоџа, Индија, Мексико, Нигерија, Пакистан, Папуа Нова Гвинеја, Палестинска популација Обединета Република Танзанија и Зимбабве (*39-47*). Културните оправдувања за насилството вообичаено потекнуваат од традиционалните идеи за вистинските улоги на мажите и жените. Во многу контексти од жените се очекува да се грижат за своите деца и за домот, да се покорни на своите мажи и да ги почитуваат. Ако мажот смета дека неговата жена не ја исполнува својата улога или ги пречекорува границите - дури и на пример, ако бара пари за домаќинството или ја нагласува потребата на децата - тогаш тој може да одговари со насилство. Како што авторот на една студија од Пакистан ќе забележи „тепањето на жената за таа да се казни или да се дисциплинира е културолошки и религиозно оправдано ... бидејќи мажите се воспириемаат како „сопственици“ на своите сопруги, потребно е да им се покаже кој е газдата за во иднина да не ги прават истите грешки“.

Бројни истражувања во развиените земји и земјите во развој произлегоа со забележително постојана листа на настани што го иницираат насилството од страна на партнерот (*39 - 44*). Тие вклучуваат:

- Непослушност спрема мажот;
- одвраќање на мажот;
- ненавремен ручек;
- несоодветна грижа за децата и домот;
- распрашување на мажот во врска со пари или девојки;
- одење некаде без согласност на мажот;
- одбивање водење љубов со мажот;
- кога мажот се сомнева дека жената е неверна.

Во многу земји во развој жените често се согласуваат со идејата дека мажите имаат право да ги дисциплинираат своите сопруги, ако е потребно и со употреба на сила (види табела 4.2). Во Египет над 80% од руралните жените се согласуват дека тепањето е оправдано во одредени случаи (*48*). Забележителна е една од причините што жените најчесто ја наведуваат како оправдана причина за тепање, а тоа е одбивањето водење љубов со мажот (*49 - 51*). Не е изненадувачки што одбивањето водње љубов е исто така, иницијална каписла за тепање (*40, 52 - 54*). Ова, јасно, има импликации врз можноста на жената за заштита од несакана бременост или сексуално преносливи инфекции.

Општествата често прават разлика помеѓу „оправдани“ и „неоправдани“ причини за малтретирање, и помеѓу „прифатливи"и неприфатливи“ степени на насилства. На овој начин одредени поединци - обично сопрузи или постари членови на фамилијата - го добиваат правото во одредени граници физички да ја казнуваат жената за одредени прекршоци Само ако мажот ги пречекори овие граници - на пример ако стане премногу насилен или ја тепа жената без прифатлива причина - само тогаш ќе интервенираат другите (*39, 43 ,55, 56*).

Оваа идеја на „оправдана причина„ е присутна во многу квалитативни податоци за насилство во земијте во развој. Една домородна жена во Мексико забележала „Јас мислам дека ако жената е виновна, сопругот има право да ја удри...Ако јас сум згрешила нешто. . . никој не треба да ме брани. Но, ако не сум сторила ништо лошо, имам право да ме бранат“ (*43*). Слични сентименти се сретнуват и помеѓу членови на фокусни групи во северна и јужна Индија. „Ако грешката е голема“ ќе забележи една жена во Тамил Наду, „тогаш е оправдано мажот да ја натепа жената. А зошто да не? Кравата нема да биде послушна ако не ја тепаат“ (*47*).

Дури и каде што самата култура им дозволува значителна контрола врз однесувањето на жената, насилните мажи обично ја надминуваат нормата (*49, 57, 58*).Статистичките податоци од Демографското и здравствено истражување во Никарагва, на пример, покажуваат дека помеѓу жените што биле физички злоупотребувани, 32% имале сопрузи кои имале висок степен на „контрола на бракот“,

споредено со само 2% жени кои не биле физички злоупотребувани. Скалата вклучувала различни видови однесување од страна на мажот, вклучувајќи и постојано обвинување на жената дека е неверна и ограничување на пристап до нејзиното семејство и пријатели (*49*).

ТАБЕЛА 4.3

Број на физички злоупотребувани жени кои барале помош од различни извори, според избрани студии на популација

Земја или област	Пример (Н)	Број на физички малтретирани жени кои:			
		Никогаш не кажале никому(%)	Контактирале со полиција (%)	Кажале на пријатели (%)	Кажале на семејството (%)
Австралија	6300	18	19	58	53
Бангладеш	10368	68	-	-	30
Канада	12300	22	26	45	44
Камбоџа	1374	34	1	33	22
Чиле	1000	30	16	14	32[Б]/21[Ц]
Египет	7121	47	-	3	44
Ирска	679	-	20	50	37
Никарагва	8507	37	17	28	34
Република Молдавија	4790	-	6	30	31
Обединетото Кралство	430	38	22	46	31

Извор: изваден од референца 6 со дозвола на издавачот
а Жени физички нападнати во минатите 12 месеци
б се однесува на бројот на жени кои кажале на своето семејство
ц се однесува на бројот на жени кои кажале на семејството на нивниот партнер

Како жените реагираат на насилството?

Квалитативните истражувања потврдија дека повеќето злоупотребувани жени не се пасивни жртви, туку преземаат активни стратегии за максимизирање на нивната безбедност и безбедноста на нивните деца. Некои жени пружаат отпор, други бегаат, додека некои го одржуваат мирот со угодување на барањата на нивните мажи (3, 59-61). Она што на надворешен набљудувач може да му изгледа како недостиг на позитивна реакција од страна на жената, всушност, може да биде пресметана проценка на она што е потребно за да се опстане во бракот и за да се заштити себе си и децата.

Реакцијата на жената на злоупотребувањето е, често, ограничена од можностите што и се на располагање (*60*). Деталните квалитативни истражувања на жените во САД и Африка, Латинска Америка, Азија и Европа покажуваат дека различни фактори ги задржуваат жените во насилни врски. Тие најчесто вклучуваат: страв од одмазда, недостаток на алтернативни економски средства, загриженост за децата, емоционална зависност, недостиг на поддршка од семејството и пријателите и трајна надеж дека мажот ќе се промени (*9, 40, 42, 62, 63*). Во земјите во развој, жените ги наведуваат и жигосувањето на немажените жени, што е дополнителна бариера за напуштање на насилната врска (*40, 56, 64*).

Одрекувањето и стравот од социјално отфрлање често ги спречуват жените да побараат помош. Истражувањата покажуваат дека околу 20 - 70% од злоупотребуваните жени никогаш не кажале никому за злоупотребувањето се додека не биле интервјуирани за истражувањето (види табела 4.3). Оние кои бараат помош тоа го прават главно од членови на семејството или пријатели, а не од институциите. Само мал дел го пријавуваат насилството во полиција.

И покрај препреките, многу злоупотребувани жени сепак ги напуштаат насилните партнери, понекогаш по многу години откако ќе пораснат децата. Во истражувањето во Леон, Никарагва, на пример, 70% од жените на крајот ги напуштиле насилните партнери (*65*). Просечното време што жените го минале во насилна врска било околу 6 години, додека помладите жени порано ги напуштале своите партнери (*9*). Истражувањата покажуваат дека постојат постојани фактори кои ги наведуваат жените да се разделат од своите насилни партнери засекогаш. Ова обично се случува кога насилството станува толку тешко, така што жената сфаќа дека партнерот нема да се промени, или кога ситуацијата почнува значително да се одразува на децата. Жените навеле и дека емоционалната и логистичка подршка од семејството или пријателите е суштински фактор во нивната одлука да и стават крај на врската (*61, 63, 66-68*).

Според истражувањето, напуштањето на насилна врска е еден цел процес а не само „единечен“ настан. Повекето жени си заминуваат и пак се враќаат неколку пати пред конечно да се решат да и стават крај на врската. Процесот вклучува периоди на одрекување, самообвинување и страдање, пред жените да ја признаат реалноста на злоупотребувањето и пред да се идентификуваат со други жени во слична ситуација. Во тој момент започнуваат ослободувањето и заздравувањето од насилната врска (*69*). Признавањето дека овој процес постои може да им помогне на луѓето подобро да ги разберат и да не судат за жените кои што се враќаат во насилната средина.

ТАБЕЛА 4.4

Варијации во ставовите на мажите и пријавено насилство, во селектирани области во Утар Прадеш, Индија, 1995-1996

Област	Пример големина (Н)	Број на мажи кои: Признале дека ја натерале жената да водат љубов (%)	Се согласиле дека ако жената не се покорува, треба да се тепа (%)	Признале дека ја тепаат жената (%)	Ја удриле жената во изминатата година (%)
Алигарх	323	31	15	29	17
Банда	765	17	50	45	33
Гонда	369	36	27	31	20
Канпур Нагар	256	14	11	22	10
Наинтал	277	21	10	18	11

Извор: изваден од референца 6 со дозвола на издавачот

За жал, напуштањето на насилната врска само по себе не гарантира безбедност. Понекогаш, насилството може да продолжи и дури и да ескалира откако жената ќе го напушти партнерот (*70*). Всушност, во Австралија, Канада и САД значителен број на убиства на интимниот партнер кои вклучуваат жени, се случуваат кога жената се обидува да го напушти насилниот партнер (*22, 27, 71, 72*).

Кои се ризик факторите за насилство од интимниот партнер?

Само од неодамна истражувачите почнаа да ги истражуваат индивидуалните и општествени фактори кои би можеле да влијаат врз степенот на насилство од партнерот. Иако насилството врз жената е распространето, произлегува дека постојат примери на пред-индустриски општества каде насилството од партнерот е практично непостоечко (*73,74*). Овие општества служат како сведок на фактот дека општествените односи може да бидат така поставени што ќе се придонесува кон минимизирање на насилството врз жената.

Во многу земји распростанетоста на семејното насилство значително варира меѓу соседните области. Овие локални разлики често се поголеми отколку разликите преку државните граници. На пример, во државата Утар Прадеш, Индија процентот на мажи кои признале дека ги тепаат своите жени варирал од 18% во областа Наинтал до 45% во областа Банда. Бројот што физички ги принудиле нивните жени да водат љубов варирал од 14% до 36% меѓу областите (види табела 4.4). Ваквите варирања покренуваат интересно прашање: Што е тоа што во овие области ги објаснува големите разлики во физички и сексуален напад?

Неодамна истражувачите повеќе се заинтересираа за ваквите прашања, иако моментната база за истражување е несоодветна за задачата. Нашето сегашно разбирање на факторите кои влијаат врз распространетоста на насилството од партнерот во голема мера се базира на истражувањата спроведени во Северна Америка, кои не мора да бидат релевантни за друг контекст. Бројни истражувања според популација се достапни од земјите во развој, но нивната корист во испитувањата на ризикот и факторите на заштита е ограничена од нивната замисла што покрива неколку делови и од ограничениот број на предвидливи фактори што тие ги истражуваат. Општо, моментната база на истражување е многу ограничена кон испитување поединечни фактори, а не кон општествени или социјални фактори кои може да влијаат врз веројатноста од злоупотреба.

Навистина, иако постои новонастаната согласност дека интеракцијата меѓу личните, ситуациски, општествени и културни фактори предизвикува злоупотреба (*55, 75*), се уште нема информации за тоа кои фактори се најважни.

Табела 4.5 ги сумира земените фактори, а кои се поврзани со ризикот на вршење

ТАБЕЛА 4.5

Фактори поврзани со степенот на ризик на мажот за злоупотребување на неговиот партнер

Индивидуални фактори	Фактори што се однесуваат на врската	Фактори од заедницата	Социјални фактори
• Млада возраст • тешко пијанство • Депресија • Нарушувања на личноста • Ниско ниво на академско постигнување • Слаби примања • Искуство или сведоштво на насилство како дете	• Брачни конфликти • Брачна нестабилност • Машката доминантност во семејството • Економскиот стрес • Слабо функционирење на семејството	• Слабите санкции на заедницата против семејното насилство • Сиромаштијата • Низок социјален капитал	• Традиционални норми за половите • Социјални норми кои го поддржуваат насилството

насилство врз интимниот партнер. Сепак, овие информации треба да се гледаат како некомплетни и проиближни. Може да недостигаат неколку важни фактори бидејќи ниедно истражување не ја има испитано нивната важност, додека други фактори просто може да се покажат како корелати на агресијата на партнерот, а не како вистински причински фактори.

Индивидуални фактори

Blek et al. неодамна ја прегледа литературата за социолошки науки од Северна Америка за ризик факторите за физичко напаѓање на интимниот партнер (*76*). Тие ги прегледаа само истражувањата што сметаа дека се методолошки издржани и кои вклучуваат или репрезентативен примерок на заедницата, или клинички примерок со соодветна контролна група. Бројни демографски фактори на личната историја и на личноста произлегоа од оваа анализа, доследно поврзувајќи ги со веројатноста мажот физички да го напаѓа интимниот партнер. Помеѓу демографските фактори, младата возраст и ниските примања постојано се јавуваа како фактори поврзани со веројатноста мажот да изврши физичко насилство врз партнерот.

Некои студии покажаа дека постои врска помеѓу физичкиот напад и сложените мерења на социоекономскиот статус и образовното ниво, иако податоците не се целосно доследни. Истражувањето за здравство и развој во Данедин, Нов Зеланд - една од малкуте лонгитудинални студии поврзани со раѓањето за истражување на насилството од партнерот - открила дека сиромаштијата во семејството во детството и адолесценцијата, ниското академско достигнување и агресивната деликвенција на возреаст од 15 години, сите цврсто предвиделе физичко малтретирање на партнерот од мажите на возраст од 21 година (*77*). Ова истражување беше едно од малкуте кои оценија дека истите ризик фактори најавуваат агресија и од страна на мажите, и од страна на жените врз нивните партнери.

Историја на насилство во семејството

Помеѓу факторите на лична историја, насилството во првичното семејство се појавува како посебно моќен ризик фактор за агресија врз партнерот од страна на мажите. Истражувањата во Бразил, Камбоџа, Канада, Чиле, Колумбија, Костарика, Ел Салвадор, Индонезија, Никарагва, Шпанија, САД и Венецуела сите покажаа дека стапките на злоупотреба биле повисоки помеѓу жените чии мажи биле или тепани како деца или биле сведоци кога нивните мајки биле тепани (*12, 57, 76, 78 - 81*). Иако мажите кои физички ги злоупотребуваат своите жени имаат насилство во својата историја, не сите момчиња кои се сведоци или жртви, стануваат насилни кога ќе пораснат (*82*). Важно теоретско прашање овде е: што ги разликува оние мажи кои се способни да оформат здрави ненасилни односи наспроти несреќното детство, од оние кои стануваат насилни?

Мажи кои пијат

Друг ризик фактор за партнерско насилство кој се јавува постојано низ различни контексти е употребата на алкохол од страна на мажите (*81, 83-85*). Во мета анализата од страна на претходно споменатиот Блек, секоја студија која испитувала консумирање алкохол или претерано пиење како ризик фактор за насилство врз партнерот открила значајна врска, со кое-

фициенти на корелација кои варираат од *r*=0.21 до *r*=0.57 Истражувањата на популација во Бразил, Камбоџа, Канада, Чиле, Колумбија, Костарика, Ел Салвадор, Индија, Индонезија, Никарагва, Јужна Африка, Шпанија исто така, покажаа врска помеѓу на ризикот на жената од насилство и навиката за пиење на нејзиниот партнер (*9, 19, 79 - 81. 86, 87*).

Сепак, дискутабилно е дали природата на врската помеѓу употреба на алкохол и насилство и дали таа е навистина причинска. Многу истражувачи веруваат дека алкохолот функционира како ситуациски фактор, зголемувајќи ја веројатноста за насилство преку намалување на инхибициите, замаглување на расудувањето и попречување на способноста за интерпретирање на пораките (*88*). Претераното пиење може да го зголеми партнерското насилството и преку потхранување на кавгите помеѓу двојките. Други, пак, расправаат дека врската помеѓу насилството и алкохолот е културолошки зависна и постои само во оние околности каде е општо прифатено дека пиењето предизвикува или е изговор за одредено однесување (*89, 90*). Во Јужна Африка, на пример, мажите зборуваат за претходно испланирана употреба на алкохол со која ќе се здобијат со храброст да ги натепаат своите партнери, за што сметаат дека се очекува од нив (*91*).

И покрај спротивставените мислења за причинската улога што ја игра злоупотребата на алкохолот, доказите велат дека жените кои живеат со тешки пијаници се поизложени на физичка злоупотреба и дека мажите што пиеле предизвикуваат посериозно насилство за време на нападот (*57*). На пример, според испитувањето за насилство врз жените спроведено во Канада, жените кои живееле со тешки пијаници биле петпати поподложни на злоупотреба од оние кои живееле со партнери што не пијат (*19*).

Психички нарушувања

Голем број на истражувања се обидоа да утврдат дали факторите на личноста или нарушувањата се постојано поврзани со насилство на партнерот.

Истражувањата од Канада и САД покажуваат дека мажите кои ги напаѓаат своите жени се со поголема веројатност за емоционална зависност, несигурност и ниска самопочит, и им е потешко да ги контролираат своите нагони (*33*). Тие, исто така, се посклони кон искажување поголем гнев и непријателство во однос на ненасилните лица, кон депресија и кон високо место на скалата на психички нарушувања, вклучувајќи и асоцијални, агресивни и гранични психички нарушувања (*76*). Иако стапките на психопатологија обично изгледаат повисоки помеѓу мажите кои ги злоставуваат своите жени, не сите насилни мажи покажуваат такви психолошки нарушувања. Изгледа дека бројот на напади врз партнерот поврзан со психопатологија, е релативно мал во контекст во кој насилството од партнерот е вообичаено.

Фактори на врската

На интерперсонално ниво, најдоследен показател што се јавува кај насилството на партнерот е брачниот конфликт или несогласувањето во врската. Брачниот конфликт е средно до силно поврзан со напад врз партнерот од страна на мажот во сите истражувања ревидирани од Блек (*76*). Таквиот конфликт се покажал како најава за насилство на партнерот и во студијата на мажи и жени во Јужна Африка (*87*) и како репрезентативен примерок на женети мажи во Банкок, Тајланд (*92*). Во истражувањето во Тајланд вербалниот брачен конфликт останува тесно поврзан со физички напад на жената дури и по проверувањето на социо-економскиот статус, нивото на стрес кај мажот и другите аспекти поврзани со бракот како што се пријателството и стабилноста.

Фактори на заедницата

Високиот социо-економски статус обично пружа одредена заштита од ризикот од физичко насилство врз интимниот партнер, иако постојат исклучоци (*39*). Истражувањата од различни средини покажуваат дека иако физичкото насилство врз партнерите постои во сите социо-економски групи, сепак жените што живееат во сиромаштија се во обратно пропорционална релација со насилството (*12, 19, 49, 78, 79, 81, 92 - 96*).

Сѐуште не е јасно зошто сиромаштијата го

зголемува ризикот од насилство - дали поради ниските примања или поради други фактори што се придужни на сиромаштијата, како пренатрупаноста или безнадежноста. За некои мажи живеењето во сиромаштија може да предизвика стрес, фрустрации и чувство на неисплонување на културолошки очекуваната улога на издржувачи. Таа може да даде и готов материјал за брачни несогласици или да им отежне на жените да ги напуштат насилните или инаку незадоволителните врски. Какви и да е прецизни механизми, можно е сиромаштијата да дејствува како "маркер" за разните социјални услови што се комбинираат при зголемување на ризикот со кој се соочуваат жените (*55*).

Како заедницата реагира на насилството на партнерот може да влијае врз вкупното ниво на насилство во таа заедница. Во една компаративна студија на 16 општества, било со висока или со ниска стапка на насилство на партнерот, Каунтс, Браун и Камбел открија дека општества со најниско ниво на насилство на партнерот се оние кои имаат санкции против насилството на партнерот во заеднивата и оние каде што малтретираните жени имаат пристап до засолништа или поддршка од фамилијата (*73*). Општествените санкции или забрани се или во вид на формални правни санкции, или на морален притисок врз соседите да интервенираат ако жената е тепана. Оваа рамка "санкции и засолниште" рамка предлага претпоставка дека насилството од интимниот партнер ќе биде најголемо во општества каде статусот на жената е во состојба на тразиција. Онаму каде жените имаат многу низок статус, насилството "не е потребно" за да се наметне авторитетот на мажот. Од друга страна, онаму каде жените имаат висок статус, тие најверојатно постигнале доволна колективна моќ за да ги сменат традиционалните родови улоги. Така, насилството на партнерот е најголемо онаму каде жената почнува да ги презема нетрадиционалните улоги или да влегува во работната сила. Се сугерираат неколку други фактори на заедницата како можни влијанија врз вкупната инциденца на партнерско насилство, но само малку од нив се емпириски тестирани. Една постојана студија која се спроведува во повеќе земји, спонзорирана од СЗО во осум земји (Бангладеш, Бразил, апонија, Намибија, Перу, Самоа, Тајланд и Обединета Република Танзанија) прибира податоци за бројни фактори на заедницата за да ја испита нивната можна поврзаност со партнерското насилство. Тие се:

- Стапки на друг насилен криминал.
- Социјален капитал (види Глава 2).
- Општествени норми за семејната приватност.
- Норми на заедницата во врска со машкиот авторитет врз жената.

Студијата ќе фрли светлина на релативниот придонес на индивидуалните и општествените фактори кон стапките на партнерско насилство.

Социолошки фактори

Истражувањата помеѓу различните култури дојдоа до голем број социолошки и културни фактори што можат да доведат до зголемено ниво на насилство. Левинсон, на пример, користел статистичка анализа на кодирани етнографски податоци од 90 општества за да ги испита културолошките шаблони на тепање на жената.- испитувјќи ги факторите кои доследно ги разликуваат општествата каде тепањето на жената е вообичаено од оние каде таа практика е ретка или не постои (*74*). Анализата на Левинсон покажува дека тепањето на жената е многу почесто во општества каде мажите имаат економска и одлучувачка моќ во домаќинството, каде жените не можат лесно да се разведат и каде возрасните рутински прибегнуваат кон насилство за да ги разрешат конфликтите. Втор најсилен показател во ова истражување за зачестеноста на тепање на жената е отсуството на женски работни групи. Левинсон ја развива хипотезата дека присуството на женски работни групи нуди заштита од тепање бидејќи тие даваат стабилен извор на социјална подршка, како и економска независност од нивните мажи и семејства.

Различни истражувачи предлагаат голем број дополнителни фактори кои би можеле да придонесат кон повисока стапка на насилство на партнерот. На пример, се расправа дека насилството на партнерот е повообичаено во места со војна или други конфликти и соци-

јални немири, или каде тоа скоро се случувало. Онаму каде насилството е често и поединците имаат лесен пристап до оружје, социјалните односи - вклучувајќи ги улогите на мажи и жени - често се прекинуваат. За време на овие социјални и економски метежи жените се често понезависни и преземаат поголема економска одговорност, додека мажите може да бидат помалку способни да ја исполнат нивната култиролошки очекувана улога на заштитници и хранители. Таквите фактори може доста да го зголемат насилството врз партнерот, но доказите за тоа се сведуваат на анегдоти.

Други, пак велат дека структурната нееднаквост помеѓу мажите и жените строгите родови улоги и идеите за мажественост поврзани со доминација, машка чест и агресија го зголемуваат ризикот од насилство врз партнерот (*55*). Повторно, иако овие претпоставки се чинат разумни, сепак треба да се докажат со цврст доказ.

Последиците од насилството на интимниот партнер

Последиците од злоупотреба се длабоки и ги надминуваат здравјето и среќата на поединците и влијаат врз благосостојбата на цели заедници. Живеењето во насилна врска го погаѓа чувството на самопочит на една жена и нејзината способност да учествува во светот. Истражувањата покажаа дека на малтретираните жени рутински им се забранува пристап до информации и услуги, учество во јавниот живот и емоционална поддршка од пријателите и нивните блиски. Што не е за изненадување, тие често не се способни да се грижат за себе и своите деца како што треба или да работат И да градат кариера.

Влијание врз здравјето

Се помногубројните докази од истражувањата откриваат дека заедничкиот живот со насилниот партнер може да има длабоко влијание на здравјето на жената. Насилството е поврзано со мноштво различни здравствени исходи, како непосредни, така долгорочни. Табела 4.6 се потпира на научна литература за да се сумираат последиците што се поврзуваат со насилството од страна на интимниот партнер. Иако насилството може да има директни здравствени последици како што е повреда, да се биде жртва на насилство го зголемува ризикот од лошо здравје во иднина. Како и кај последиците од цигарите и алкохолот, така и да се биде жртва на насилство може да се смета за ризичен фактор за различни заболувања и состојби.

ТАБЕЛА 4.6

Здравствани проблеми од насилство од интимниот партнер

Физичко
Абдоминални повреди
модрици
Синдром на хронични болки
инвалидност
Фибромијалгија
Скршеници
Гастроинтестинални нарушувања
Синдром на иритирачки боњл
раздеротина и дерење
очно оштетување
намалено физичко функционирање
Сексуално и репродуктивно
Гинеколошки нарушувања
неплодност
карлични воспаленија
компликации во бременост/ спонтани абортуси
сексуална дисфункција
сексуално преносливи болести вклучувајки и ХИВ/СИДА
Не безбеден абортус
насакана бременост
Психолошки и проблеми со однесувањето
Злоупотреба на алкохол и дрога
Депресија и нервоза
нарушувања во јадење и спиење
Чуство на срам и вина
Фобии и паника
физичка неактивност
слаба самопочит
пост трауматски стрес
психосоматско нарушување
Пушење
Самоубиствено однесување и само повредување
нездраво сексуално однесување
Фатални последици по здравјето
Смртност поврзана со СИДА
Смртност при раѓање
убиство
Самоубиство

Истражувањата покажуваат дека жените кои доживеале физичка или сексуална злоупотреба во детството или зрелоста имаат лошо здравје почесто отколку другите жени - во поглед на физичкото фукционирање, психичката благосостојба и усвојувањето на

понатамошни ризични однесувања, вклучувајќи пушење, физичка неактивност, алкохол и злоупотреба на дрога (*85, 97 - 103*). Жената која била цел на насилство е со зголемен ризик од:

- депресија;
- суицидни обиди;
- хронични синдроми на болка;
- психосоматски нарушувања;
- физички повреди;
- гастроинтестинални нарушувања;
- синдром на иритабилни црева;
- различни последици на репродуктивното здравје (види подолу).

Општо, следните заклучоци се од актуелните истражувања за последиците по здравјето од насилство:

- Влијанието од насилството трае многу долго по престанокот на самото насилство (*103,104*).
- Колку што е потешко насилството, толку неговото влијание е поголемо врз физичкото и менталното здравје на жената (*98*).
- Се чини дека влијанието со текот на времето од различни типови насилство и повеќекратни епизоди на насилство е кумулативно (*85, 99, 100, 103, 105*).

Репродуктивно здравје

Жените кои живеат со насилни партнери тешко можат да се заштитат од несакана бременост или болест. Насилството може директно да доведе до несакана бременост или сексуално преносливи инфекции вклучувајќи и ХИВ вирус, преку принуден секс или индиректно преку забрана на жената да користи контрацептивни средства, вклучувајќи и кондоми (*6, 106*). Истражувањата конзистентно покажуваат дека семејното насилство е повообичаено во семејства со многу деца (*5, 47, 49, 50, 78, 93, 107*). Затоа, истражувачите долго време мислеле дека имањето многу деца го зголемува ризикот од насилство, но неодамнешните податоци од Никарагва, всушност, укажуваат дека односот може да биде спротивен. Во Никарагва, налетот на насилството во голема мера претходи на имање многу деца (80% од насилството почнува во првите 4 години од бракот) укажувајќи на тоа дека насилството може да биде ризик-фактор за многу деца (*9*).

Насилството се јавува и за време на бременост, со последици не само за жената, туку и за бебето што го носи. Истражувањата од Канада, Чиле, Египет и Никарагва покажуваат дека 6 до 15% од жените со партнер биле физички или сексуално малтретирани за време на бременоста од нивните партнери (*9, 48, 49, 57, 78*). Во САД малтретирањето за време на бременост варира од 3% до 11% меѓу возрасните жени и до 38% меѓу мајките тинејџерки со ниски примања (*108 -112*).

Насилството за време на бременоста се поврзува со (*6, 110, 113 - 117*):

- спонтани абортуси;
- задоцнет прием на породилно одделение;
- мртвороденче
- предвремени болки и раѓање;
- повреда на бебето;
- бебе со мала телесна тежина, главна причина за смрт на бебиња во земјите на развој.

Насилството на интимниот партнер во значителен, но сепак непризнат број резултира со смрт на мајката родилка. Неодамнешната студија спроведена меѓу 400 села и седум болници во Пуне, Индија, открива дека 16% од случаите на смрт за време на бремеността биле резултат на насилство од партнерот (*118*). Студијата, исто така, покажува дека некои 70% од умирањата на мајките родилки во овој регион останале неевидентирани и дека 41% од регистрираните случаи на смрт биле погрешно класифицирани. Убиствата од страна на партнерот се исто така важна причина за смрт на мајките родилки во Бангладеш (*119*) и во САД (*120, 121*).

Насилството од страна на партнерот е поврзано со ширењето на епидемијата на СИДА.На пример, во шест земји во Африка, стравот од прогонување и последователно насилство во домот е важна причина бремените жени да одбиваат да направат СИДА тест или да не се вратат по резулатите (*122*). Слично како и во една друга студија за пренесувањето на ХИВ помеѓу хетеросексуалците во рурална Уганда, жените кои пријавиле дека биле присилени да водат љубов против своја волја во изминатата година покажале осумпати поголем ризик од зараза со ХИВ (*123*).

Физичко здравје

Очигледно, насилството води кон повреди, од мали исеченици и гребнатинки до траен инвалидитет и смрт. Проучувањата на популации покажуваат дека 40-72% од сите жени што биле физички злоупотребувани од партнерот некогаш во својот се повредуваат (*5, 9, 19,62,79, 124*). Во Канада, 43% од жените повредени на овој начин добиле медицинска помош, а 50 % од нив требало да земат боледување (*19*).

Меѓутоа, повредата не е најчестиот резултат од физичката злоупотреба од страна на партнерот.

Повообичаени се таканаречените „функционални нарушувања„ - мноштво заболувања кај кои не може да се утврди медицинска причина, како што е синдром на иритабилни црева, фибромијалгија, гастроинтестинални нарушувања и други синдроми на хронична болка. Истражувањата постојано ги поврзуваат овие нарушувања со историја на физичка или сексуална злоупотреба (*98, 125-127*). Жените кои биле злоупотребувани, исто така, имаат намалена физичка активносст, повеќе психички симптоми и поголем број на денови поминати в кревет отколку жените кои не биле злоупотребувани (*97, 98, 101, 124,125, 128*).

Ментално здравје

Според студиите во Австралија, Никарагва, Пакистан и САД, жените кои се злоупотребувани од страна на нивните партнери се поделпресивни, страдаат од анксиозност и фобии за разлика од жените кои не се злоупотребувани (*129-132*). Истражувањата, слично на тоа, покажуваат дека злоупотребуваните жени се посклони кон самоубиство и обиди за самоубиство (*25, 49,133-136*).

Користење на здравствени услуги

Имајќи го наум долгорочното влијание од насилството врз здравјето на жената, жените кои биле злоупотребувани се поизложени на користење постојани здравствени услуги, со тоа зголемувајќи ги трошоците на здравствени услуги. Проучувањата во Никарагва, САД и Зимбабве укажуваат дека жените кои доживеале физичко или сексуално злоупотребување, било во детството или зрелоста, користат здравствени услуги почесто отколку оние кои не биле злоупотребувани (*98, 100, 137-140*). Злоупотребуваните жртви во просек имаат повеќе оперативни зафати, прегледи кај доктор, болничко лекување, одење во аптека и на психијатриски консултации во текот на нивниот живот отколку оние кои не се жртви на злоупотреба, дури и со контрола на потенцијални изненадувачки фактори.

Економско влијание на насилството

И покрај човечката цена, насилството поставува огромнен економски товар врз општеството во смисла на изгубена продуктивност и зголемено користење социјални услуги. Во анкетата спроведена меѓу жени во Нагпур, Индија, на пример, 13% морале да се откажат од платена работа поради злоупотреба, пропуштајќи во просек 7 работни дена за еден инцидент, а 11% не можеле да ги извршуваат домашните обврски заради инцидент на насилство (*141*).

Иако не секогаш насилството од страна на партнерот влијае на вкупната можност за вработување на жената, сепак се чини дека тоа има влијание врз заработувачката на жената и нејзината способност да ја задржи работата (*139, 142, 143*) Една студија во Чикаго, Илиноис, САД, покажува дека жените со историја на насилство од страна на партнерот имале повеќе изгледи за периоди на невработеност, поголем број на сменети работни места, и имале повеќе физички и ментални здравствени проблеми што влијаеле на исполнувањето на работните обврски. Тие, исто така, имале пониски примања и поголема веројатност за добивање социјална помош отколку жените кои не пријавиле злоупотребување (*143*). Слично, во една студија во Манагва, Никарагва, злоупотребените жени заработувле 46% помалку отколку жените кои не пријавиле злоупотребување, дури и по проверката на другите фактори што влијаат на заработувачката (*139*).

Влијание на децата

Децата често се присутни за време на домашните расправии. Во една студија во Ирска (*62*), 64% од злоупотребуваните жени посведочиле

дека нивните деца се постојано сведоци на насилство, исто како и 50% од злупотребуваните жени во Монтереј, Мексико (*11*).

Децата кои се сведоци на брачно насилство се изложени на повисок ризик од емоционални и проблеми со однесувањето вклучувајќи анксиозност, депресија, слаби резултати во училиште, низок степен на самопочит, непослушност, ноќни кошмари и поплаки на физичкото здравје (*9, 144-146*). Навистина, студиите од Северна Америка индицираат дека децата кои биле сведоци на насилство меѓу нивните родители, често покажуваат исто однесување и психолошки нарушувања како децата кои се злоупотребувани (*145,147*).

Неодамнешните резултати укажуваат дека насилството може, исто така, директно или индиректно да влијае на смртноста кај децата (*148,149*). Истражувачите во Леон, Никарагва, откриле дека по проверката на другите можни изненадувачки фактори, децата на физички и сексуално злоупотребувани жени од страна на партнерот имаат шестпати поголема шанса да умрат пред да наполнат 5 години отколку децата на жени кои не биле злоупотребувани. Злоупотребата на партнерот е одговорна за околу една третина од смртта кај децата во овој регион (*149*). Друга студија во индиските држави Тамил Наду и Утар Прадеш покажа дека тепаните жени се поподложни на прекин на бременост и смрт на новороденче (абортус, спонтан абортус или мртвороденче), дури и по проверката на добро утврдените показатели на смртност кај децата, како што е возраста на жената, степенот на образование и бројот на претходни бремености кои резултирале со раѓање на живо дете (*148*).

Што може да се стори за да се спречи насилството од страна на партнерот?

Поголемиот дел од досега спроведените активности по однос на насилството од страна на партнерот се презема од женските организаци, со повремено финансирање и поддршка од владите. Онаму каде се вклучија владите - како во Австралија, Латинска Америка, Северна Америка и делови од Европа - главно беше одговор на барањата од граѓанското општество за конструктивна акција. Првиот бран на активности главно вклучи елементи на правни реформи, обука на полицијата и основање специјализирани служби за жртвите. Повеќето земји сега имаат изгласано закони за семејно насилство, иако многу функционери се уште не знаат за новите закони или не сакаат да ги применуваат. Оние кои се дел од системот (од полицијата или од правниот систем) често ги имаат истите предрасуди што доминираат во општеството во целост. Искуството постојано покажува дека без издржани напори за промена на институционалната култура и практика, повеќето правни и полициски реформи имаат мал ефект.

И покрај 20 години активизам на полето на насилство против жената, забележително малку интервенции се строго оценети. Навистина, неодамнешната ревизија на програмите за спречување семејно насилство во САД спроведено од страна на Националниот Совет за Истражување откри само 34 студии кои се обиделе да ги оценат интервенциите поврзани со насилството на партнерот. Од нив, 19 се фокусирале на спроведување на законите, одразувајќи ја силната наклонетост на владините функционери кон користење на кривичниот правен систем за справање со насилството (*150*). Истражувањата за интервенциите во земјите во развој се дури и поограничени. Постојат само мал број студии кои се обидуваат критички да ги испитаат актуелните интервенции. Помеѓу нив е и ревизијата на програмите за насилството врз жените во четири држави на Индија. Покрај тоа, Фондот за развој на жените при Обединетите Нации ревидираше седум проекти од пет региони финансирани од Фондот за насилство врз жената при Обединетите Нации, со цел да се разменат поуките извлечени од овие проекти (*151*).

Поддршка на жртвите

Во развиениот свет, женските кризни центри и засолништата за тепаните жени се каменпотпорник на програмите за жртвите на семејно насилство. Во 1995 година, имаше околу 1800 такви програми во Соединатите Американски Држави, од кои 1200 обезбедуваа засолништа за итни ситуации, покрај емоционалната, правната и материјалната поддршка за жените и нивните деца (*152*). Вак-

вите центри обично обезбедуваат групи за поддршка и индивидуално советување, обука за работа, програми за децата, помош при обраќање до социјалните служби и при правните работи, упати за лекување од дрога и злоупотреба на алкохол. Повеќето засолништа и кризни центри во Европа и САД на почетокот биле основани од жени активисти, иако сега многу се раководени од професионалци и добиваат финансиска помош од владата.

Од раните 80-ти, засолништата и кризните центри за жени се раширија во многу земји во развој. Повеќето земји имаат барем неколку невладини организации кои нудат специјализирани услуги за жртви на насилство и кампањи во нивна корист. Некои земји имаат стотици вакви организации . Меѓутоа, одржувањето на ваквите засолништа е скапо, и многу земји во развој го избегнуваат овој модел, па наместо тоа тие отвораат сос-телефони, или центри без можност за престој во нив, а пружаат исти услуги како оние со можност за престој.

Онаму каде нема услови за формални засолништа, жените изнаоѓаат други начини за разрешување итни случаи поврзани со семејно злоупотребување. Еден од приодите е да се основа неформална мрежа на т.н. "безбедни домови", каде жените во неволја може да побараат привремено засолниште во домовите на соседите. Некои општини го назначуваат локалното светилиште- храм или црква на пример- за прибежиште каде жените може да преноќат заедно со своите деца за да избегаат од пијаните или насилни партнери.

Правни лекови и судски реформи

Криминализација на злоупотребата

Во 80-ите и 90-ите се појави бран на правни реформи поврзани со физичкото и сексуалното злоупотребување од страна на интимниот партнер (*153, 154*). Во последните 10 години, на пример, 24 земји во Латинска Америка и Карибите усвоија посебни закони за семејно насилство (*154*). Најчестите реформи вклучуваат криминализација на физичкото, сексуалното и психичкото злоупотребување од интимните партнери, било преку нови закони за семејно насилство, било преку менување на постојните казнени законици.

Пораката што треба да се пренесе со овие закони е дека насилството на партнерот е кривично дело и дека нема да се толерира во општеството. Неговото обелоденување е и начин да се разнебити идејата дека насилството е приватна, семејна работа. Настрана од воведувањето нови закони или проширувањето на постоечките, правени се експерименти во некои развиени земји за поддршка на законската регулатива со воведување специјализирани судови за семејно насилство, обука на полицијата и судските службеници, како и обвинителите и обезбедување на посебни советници за помош при соочувањето на жените со кривично-правниот систем. Иако досега беа ретки строги оценки на овие мерки, најновата ревизија на интервенции за семејно насилство од страна на Националната Академија на Науките на Соединетите Американски Држави заклучува: „Незначителен број докази потврдил дека специјализираните единици и сеопфатните реформи во полицијата, јавното обвинителство и специјализираните судови ја подобриле состојбата на злоупотребуваните деца и жени“ (*150*).

Слични експерименти се спроведуваат и на други места. Во Индија, на пример, државните влади имат основано ќелии за правна помош, семејни судови, *lok adalat* (народни судови) и *mahilla lok adalat* (женски судови). Неодамнешните оценки се дека овие тела се, пред се механизми за помирување, кои се потпираат само на посредување и советување за да се промовира помирување на семејството. Меѓутоа, се вели дека овие институции се помалку од задоволувачки дури и како помирувачки механизми, и дека посредниците се стремат да ја стават благосостојбата на жената зад интересот на државата да го сочува семејството (*155*).

Закони и политика на апсење

По службите за поддршка на жртвите, напорите за реформи на полицијата се следниот чекор на интервенција против семејното насилство. Порано, фокусот беше ставен на обука на полицијата, но кога само обуката се покажа како неефикасна за промена на однесувањето на полицијата, напорите се сменија во изнаоѓање закони кои бараат задолжително притво-

рување за семејно насилство и политика која ја задолжува полицијата да заземе поактивен став.

Поддршката за притвор како средство за редуцирање на семејното насилство беше поттикната со истражувањето во 1984 година при еден експеримент во Минеаполис, Минесота, САД кое покажа дека тој го преполовил ризикот од иден напад во текот на шестмесечен период, во споредба со стратегиите на разделување на двојката или со советување да бараат помош (*156*). Овие резултати биле нашироко публикувани и довеле до драматичен пресврт во односот на полициската политика спрема семејното насилство во САД.

Меѓутоа, напорите да се реплицираат резултатите од Минеаполис во пет други подрачја на САД не успеаја да ја потврдат вредноста на заплашувањето со притвор. Овие нови студии открија дека, во просек, тоа не е поефективно во намалување на насилството во споредба со другите полициски мерки како издавање налози или судски покани, со кои се обезбедува советување за двојките или нивно разделување (*157, 158*). Деталните анализи на овие студии откриваат други интересни заклучоци. Кога извршителот на насилството бил женет, вработен или и двете, апсењето ги намалило нападите, но за невработениот и неврзан маж, притворот всушност довел до зголемување на насилството во некои градови. Влијанието на притворот варирало и според заедници. Мажите кои живеат во општество со низок степен на невработеност биле заплашувани со него без разлика на нивниот работен статус; меѓутоа, осомничените кои живеат во област со висок степен на невработеност биле понасилни по притворот отколку кога добивале само предупредување (*159*). Овие резултати наведоа некои лица да преиспитаат колку е мудро задолжителен притвор во областите со голема концентрација на сиромаштија (*160*).

Алтернативни санкции

Како алтернатива на притвор, некои општини експериментираат со други методи на одвраќање од насилно однесување. Еден приод на граѓански закон е издавање судска одлука што му забранува на мажот да контактира или да ја злоупотребува партнерката, му налага да го напушти домот, му наредуваа да плати издршка за детето, или бара од него да оди на советување или лекување од злоупотреба на дрога .

Истражувачите открија дека иако жртвите обично наредбите за заштита ги сметаат за корисни, доказите за нивната ефективност при одвраќање од насилство се комбинирани (*161, 162*). Во една студија во градовите Денвер и Булдер, Колорадо, САД, Харел и Смит (*163*) открија дека наредбите за заштита се ефикасни барем една година во спречувањето повторно појавување на семејно насилство, во споредба со слични ситуации каде што не постои наредба за заштита. Сепак, студиите покажаа дека притворањата за кршење на забраната се ретки, со тенденција да се подрие нивната ефективност во спречувањето насилство (*164*). Друго истражување покажува дека наредбите за заштита ја подобруваат самодовербата на жената, но имаат сосем мал ефект врз мажите со сериозни криминални досиеа (*165, 166*).

На други места, општините се обидуваат со други техники како што е јавно посрамотување, изолирање на домот на насилникот или неговото работно место, или барање од него да работи бесплатно за зедницата како казна за насилното однесување. Активистите во Индија имаат т.н. фаза на *dharna,* форма на јавно посрамотување и протест пред домовите или работните места на насилниците (*155*).

Женски полициски станици

Некои земји се обидеа со женски полициски станици , иновација што почна во Бразил и се рашири низ цела Латинска Америка и делови од Азија (*167, 168*). Иако теоретски препорачливи, оценките покажуваат дека до денес, оваа иницијатива доживеа многу проблеми (*155, 168-172*). Додека постоењето на женски полициски станици ги охрабрува злоупотребуваните жени да го пријават, насилството често, службите кои им се потребни на злоупотребуваните жени -како што се правна помош и советување- не постојат во полицијата. Понатаму, претпоставката дека жените полицајки ќе бидат поемпатични кон жртвите не се покажа како сосема точно, а во некои места обезбе-

дување посебни полициски ќелии за кривично дело против жена им овозможи на други полициски единици полесно да ги отфрлаат жалбите на жените. Ревизијата на женските полициски станици во Индија констатира дека "жените-жртви се принудени да минат долг пат за да ги пријават своите жалби во женските полициски станици и не им се гарантира брза полициска интервенција во случај на насилство". За да биде остварлива, стратегијата мора да биде придружена од обука за сензибилизација на полицајците, стимуланси за поттикнување ваква работа и обезбедување поширок опсег на услуги (*155, 168, 170*).

Лекување на насилниците

Програмите за лекување на извршителите на насилство врз парнерот се иновација која се рашири од САД до Австралија, Канада, Европа и голем број земји во развој (*173-175*). Повеќето од програмите го користат моделот на групна терапија за улогите на родовите и подучување на вештини, вклучувајќи и тоа како да се справат со стресот и лутината, преземање одговорност за сопствените дејства и покажување чуства спрема другите.

Во последните години се правени обиди да се оценат овие програми, иако беа отежнати од одредени методологии кои продолжуваат да задаваат тешкотии во интерпретирањето на резултатите. Истражувањата од САД покажуваат дека поголемиот број мажи (53-85%) кои ја завршуваат програмата за лекување остануваат физички ненасилни и до 2 години, со пониски стапки за подолги следни периоди (*176, 177*). Меѓутоа, овие стапки на успешност, треба да се гледаат во светлото на високата стапка на откажување од таквите програми што општо се случува кај нив; помеѓу една третина и една половина од вкупниот број мажи кои се пријавиле за овие програми не ја завршуваат програмата (*176),* а многу од нив кои се упатени на програмите, никогаш формално и не се пријавуваат (*178*). На пример, оцената на водечката Британска Програма за заштита од насилство, покажа дека 65% од мажите не се појавиле на првата сеанса, 33% посетиле помалку од шест сеанси, а само 33% преминале во втората фаза од програмата (*179*). Неодамнешната евалуација на програмите во четири града во САД откри дека повеќето злоупотребени жени се почуствувале подобро и сигурно откако нивните мажи почнале со програмата (*177*). Меѓутоа, оваа студија откри дека по 30 месеци, скоро половина од мажите употребиле насилство еднаш, а 23% од мажите постојано биле насилни и продолжиле да нанесуваат сериозни повреди, додека 21% од мажите не биле ниту физички ниту вербално насилни. Вкупно 60% од двојките се разделиле, а 24% не биле повеќе во контакт.

Според неодамнешниот меѓународен преглед на истражувачите од Универзитетот од Северен Лондон, Англија (*179*), евалуациите колективно покажуваат дека програмите за лекување се најефикасни ако:

- продолжат на подолг временски период, а не на пократок;
- доволно ги менуваат ставовите на мажите за тие да можат да дискутираат за нивното однесување;
- го одржат учеството во програмата;
- функционираат во тандем со кривично-правниот систем кој строго дејствува кога се прекршуваат условите на програмата Во Пистбург, Пенсилванија, САД нивото на непосетување на програмата опадна од 36% на 6% во периодот од 1994 до 1997 година кога правниот систем почна да издава налози за притвор на мажите кои не се појавиле на првичните сесии со интервју во склоп на програмата (*179*).

Интервенции на здравството

Во последните години вниманието се сврте кон реформи кај здравствените работници за жртвите на насилство. Повеќето жени стапуваат во контакт со здравствена установа во некој момент од својот живот-на пример, кога бараат контрацепција, или кога доаѓаат на породување или бараат заштита за нивните деца. Ова здравството го прави важно место за идентификација на жените кои трпат насилство, и за давање нивна поддршка и, ако е потребно, нивно упатување во специјализирани установи. За жал, студиите покажуваат дека во повеќето земји докторите и медицинските сестри ретко

проверуваат дали жената е злоупотребена дури и при очигледни знаци на насилство (*180-186*).

Постоечките интервенции се фокусирани на сензибилизирање на медицинските работници, охрабрувајќи ги да вршат рутинска контрола за препознавање на знаци на злоупотреба и да изготват протоколи за правилно справање со злоупотребувањето. Се повеќе земји вклучувајки ги и Бразил, Ирска, Малезија, Мексико, Никарагва, Филипини и Јужна Африка- почнаа со пилот проекти за обука на медицинскиот персонал за идентификување на злоупотребувањето и справање со истото (*187-189*). Неколку земји во Латинска Америка вградија и упатства како да се третира семејното насилство во нивниот здравствен сектор (*190*).

Истражувањата покажуваат дека со спроведување на процедурални измени во заштитата на пациентите - како што е обележување на картонот на пациентот како потсетник на давателот на здравствените услуги или вметнување на прашања за злоупотреба на стандардните формулари- имаат најголем ефект врз однесувањето на давателот на здравствената услуга (*191, 192*).

Соочувањето со длабоко вкоренетите верувања и савови е, истотака, важно. Во Јужна Африка, Проектот за обука и и превенција од семејно насилство во Агисананг и неговиот партнер, Единицата за развој на здравствениот систем при Универзитетот од Витватерсранд, организираа курс за медицински сестри за репродуктивното здравје и родовите кој содржеше цврста компонента на семејно насилство. На овие курсеви во вежба се користат познати поговорки, венчални песни, игри со улоги за да се разградат вообичаените идеи за насилство и очекуваната улога на мажот и жената. По вежбата, следи дискусија за обврските на медицинските сестри како здравствени професионалци. Анализите од една анкета спроведена по завршувањето на еден од овие курсеви покажаа дека учесничките повеќе не веруваат дека тепањето на жената е оправдано повеќето прифатија дека е можно силување во брак.

Активното проверување околу злоупотребата- испрашување на пациентките за нивните можни истории на претрпено насилство од страна на партнерот- обично се смета за добра практика во ова поле. Меѓутоа, додека студиите повторно покажуаат дека жените го поздравувват начинот на испрашување за насилството осуда (*181, 182,193*), направена е мала систематска евалуација за тоа дали проверувањето за злоупотреба може да ја подобри безбедноста на жените или нивното здравје, а ако е така, тогаш под кои услови (*194*).

Обиди на заедницата

Активности на дофат

Активностите на терен се главен дел од одговорот на невладините организации на злоупотребата од партнерот. Теренските работници - кои се често рамни на воспитувачи - ги посетуваат жртвите на насилство во нивните домови и заедници. Невладините организации често примаат и обучуваат нови работници за воспитувачи од поранешните клиенти, и самите жртви на насилство.

И владините и невладините проекти често најмуваат застапници - поединци кои ја советуваат и ја информираат злоупотребената жена, особено во преговарањето и договарањето за семејната благосостојба и други бенефиции, и сложеноста на правниот систем. Овие луѓе се фокусираат на правата на жртвите на насилство и работат во институции почнувајќи од полиција, обвинителство па се до болници.

Беа оценети неколку системи за теренска работа. Проектот за семејно насилство во Ислингтон, Лондон, Англија вклучува граѓански застапници во локалните полициски станици, кои имаат за задача да контактираат со сите жртви на насилство во рок од 24 часа од нивното јавување во полицијата. Друга иницијатива во Лондон, Проектот за интервенција при семејно насилство во Хамерсмит и Фулам, комбинираше образовна програма за насилните мажи со соодветни интервенции за нивните партнери. Неодамнешниот преглед на овие програми покажува дека со Проектот во Ислингтон се намалил бројот на повторни повици во полицијата и - се добива заклучок - дека се намалило повторното појавување на семејно насилство. Во исто време се зголемил бројот на жените што ги користат службите,

вклучително засолништа, правните совети и групите за поддршка. Вториот проект успеал да допре до поголем број жени од етничките малцински групи и професионални жени во однос на другите служби за жртви од семејно насилство (*195*).

Координирани интервенции на заедницата

Координираните совети или меѓуагенциски форуми се се попопуларни средства за следење и подобрување на одговорите спрема насилството од интимниот партнер на ниво на заедницата (*166*). Нивната цел е :

- размена на информации;
- идентификување и третирање на проблемите во обезбедување услуги;
- промовирање добра практика низ обука и изготвување упатства;
- следење на случаите и спроведување институционални ревизии за оценување на на практиката на различни агенции;
- промовирање на јавната свест кај заедницата и превентивни активности.

Адаптирано од оригиналните пилот програми во Калифорнија, Масечусетс и Минесота во САД, овој тип на интервенирање широко се распространи низ останатите Соединети Американски Држави, Канада, Велика Британија и делови од Латинска Америка Панамериканската здравствена организација (ПАЗО), на пример, востанови пилот проекти во 16 Латино-Американски Држави за да го тестираат овој метод и во руралните области и во градовите, Во руралните области, координативните совети вклучуваат поединци како локалниот свештеник, градоначалникот, здравствените работници, судиите и претставниците на женски групи. Проектот ПАЗО започна со квалитативна истражувачка студија-позната како *Ла Рута Критика*- за да испита што се случува со жените во руралните средини кога бараат помош, а резултатите се сумирани во квадратчето 4.2.

Овие видови интервенции во заедницата ретко биле евалуирани. Една студија откри значително статистичко растење на бројот на повиците во полицијата што резултирале со апсење, како и бројот на апсења кои резултирале со обвиненија, по имплементирањето на проектот за интервенции во заедницата (*196*). Студијата, исто така, откри дека значително се зголемил бројот на мажи кои биле испратени на задолжително советување во секоја од заедниците, иако не е јасно какво влијание имале овие дејства, ако воопшто го имале, врз стапките на злоупотреба.

Квалитативните евалуации бележат дека многу од овие интервенции главно се фокусираат на координирање на засолнитата и на кривично-правниот систем, за сметка на поширокото учество на религиозните заедници, училиштата, здравството и други социјални установи. Неодамнешниот преглед на меѓуагенцискиот форум во Велика Британија заклучи дека иако координативните совети може да го подобрат квалитетот на услугите кои им се нудат на жените и децата, меѓуагенцискоит форум може да дејствува како параван затскривајќи го фактот дека, всушност, многу малку се менува. Прегледот покажа дека организациите треба да воспостават цврсти критериуми за самооценување кои го обраќаат задоволството на корисникот и вистинските промени во политиката и практиката (*197*).

Превентивни кампањи

Женските организации веќе подолго време практикуваат комуникациски кампањи, мали медиумски и други настани во обид да ја подигнат свеста за насилството од страна на партнерот и да го променат однесувањето. Постои доказ дека ваквите кампањи допираат до голем број луѓе, иако само неколку кампањи биле евалуирани за нивната ефикасност во промената на ставовите и однесувањето . Во текот на 90-ите, на пример, една мрежа од женски групи во Никарагва организирала годишна медиумска кампања за подигање на свеста за влијанието на насилството врз жената (*198*). Користејќи ги слоганите како *Quiero vivir sin violencia* (Сакам да живеам без насилство), кампањите ги мобилизираа заедниците против злоупотребата. Слично на оваа, Фондот за развој на жените при Обединетите Нации, заедно со други агенци на Обединетите Нации спонзорираше низа регионални кампањи против родовото насилството под слоганот "Живот без насилство: тоа е наше право" (*199*). Еден комуникациски проект беше евалуиран е

ТАБЕЛА 4.2

La ruta Critica: студија за реакциите на семејното насилство

Во 1995 година Панамериканската здравствена организација лансира студија на заедници во 10 земји во Латинска Америка (Белизе, Боливија, Коста Рика, Еквадор, Ел Салвадор, Гватемала, Хондурас, Никарагва, Панама и Перу). Целта беше да се забележи процесот низ кој поминува жената што претрпела семејно насилство и решила да го прекине молчењето и да побара помош. Шпанскоит назив за овој процесс беше *La ruta Critica* - критичниот пат - што се однесува на големиот број решенија и дејствија што ги презема жената која сака да ја прекине состојбата на насилство и на реакциите од другите не кои наидува во нејзината потрага за помош. Секое дејство и решение од страна на жената по патот влијае и врз другите, вклучувајќи ги и службите и членовите на заедницата, и обратно, она што тие го прават, има влијание на наредниот чекор што жената ќе го преземе.

Затоа, прашањата во студијата зависеа од последиците на жената што бара помош, изворите на кои им пристапила за помош, нејзината мотивација, и ставовите и одговорите, и од службениците во институциите и од поединците. Квалитативната студија вклучуила 500 детални интервјуа со злоупотребувани жени и повеќе од 1000 интервјуа со службеници, како и некои 50-ина сесии на фокусни групи.

Жените кои биле жртви на насилство набројале неколку фактори што можат да дејствуваат како иницијална каписла за акција. Тие вклучиле и зголемување на суровоста и зачестеноста на насилството, што предизвикало признавање дека злоставувачот нама да се промени. Еден важен фактор што мотивирал акција е констатирањето дека животот на жената и нејзините деца е во опасност. Како и факторите кои ја забрзале акцијата, така и факторите што ја инхибираат жената при барање помош биле многубројни и меѓусебно поврзани.

Студијата покажа дека економските проблеми изгледа се потешки од емоционалните. Многу жени, на пример, изразиле загриженост за нивната способност да се издржуваат самите и нивните деца. Интервјуираните жени често искажувале чувства на вина, самообвинување или ненормалност. Споменати беа и корумпираноста и родовите стереотипи во правниот систем и помеѓу полицијата. Но, најголемиот инхибирачки фактор бил стравот - дека последиците од кажување некому или од заминување би биле полоши од останување во врската.

Од студијата *Ruta Critica*, јасно е дека постојат многу фактори, и внатрешни, и надворешни, што ја имаат тежината на одлуката на злоупотребуваната жена да преземе акција за запирање на насилството. Самиот процес е често пати долг - во некои случаи и по неколку години - вклучувајќи неколку обиди за барање помош од голем број извори. Ретко се случува само еден настан да го забрза дејствието. Доказите покажуваат дека и покрај соочувањето со тешките препреки, злоупотребуваните жени се често снаодливи во барањето помош и изнаоѓањето на начини за ублажување на насилството што им се нанесува.

мултимедијалниот Здравствен проект познат како *Soul City* - или градот Душа во Јужна Африка - проект кој комбинира телевизиски и радио драми во ударниот термин со други едукативни активности. Една компонента е конкретно посветена на семејното насилство (види квадратче 9.1 во Глава 9). Евалуацијата откри зголемено познавање и свест за семејното насилство, променети ставови и норми и поголема подготвеност од страна на аудиториумот на проектот за преземање соодветни дејствија.

Школски програми

И покрај се поголемиот број на иницијативи со цел да се вклучат младите во превенирање на насилството, само мал број конкретно го адресираат проблемот на насилство во интимна врска. Но, постои значителен обем за интегрирање материјал што ги истражува врските, родовите улогите и принудувањето и контролата во постоечките програми за редуцирање на училишното насилство, хулиганството, деликвенцијата и други проблеми со одне-

сувањето, како и во програмаите кои ги покриваат репродуктивното и сексуалното здравје.

Програмите за млади кои експлицитно го третираат злоставувањето во интимните врски тежат да бидат самостојни иницијативи спонзорирани од тела кои работат на запирање на насилството врз жената (види квадратче 4.3) Само еден мал дел од овие програми биле евалуирани, вклучувајќи ги и оние во Канада (*200*) и две во САД (*201, 202*). Користејќи пробни мерки, овие евалуации утврдија позитивни промени во знаењето и ставовите спрема насилството во врската (види исто *203*). Една од овие програми во САД демонстрираше намалување на извршувањето на насилство во еден месец. Иако нејзините ефекти врз однесувањето исчезнаа по една година, се одржаа истите ефекти врз нормите на насилство во една врска, врз вештините за разрешување конфликт и врз знаењето (*201*).

Принципи на добра практика

Се поголемото познавање за партнерско насилство, кое се акмулирало со текот на годините од многуте службеници, застапници и истражувачи укажува на група принципи за насочување на "добра практика" во ова поле. Овие принципи ги вклучуваат следниве:

- Дејствија што се однесуваат на насилството треба да се преземаат на нацио-

ТАБЕЛА 4.3

Промовирање на не наслиство: некои примери од програмите за примарна заштита

Следниве примери се само неколку од многуте примери низ целиот свет на иновативни програми за превенирање насилство меѓу интимните партнери.Во Калабар, Нигерија, Иницијативата за моќ на девојките е наменета за младите девојки. Девојките се среќаваат еднаш неделно во период од три години за искрено да дискутираат за различни прашања поврзани со сексуалноста, здравјето на жените и нивните права, врските и семејното насилство. Специфичните теми во програмата изготвени за градење самопочит и учење вештини на самозаштита, ги вклучија општествените ставови што ги ставаат жените на ризик од силување и умешноста да се прави разлика помеѓу љубов и занесеност.

Едукацијата Напад врз сопругата во Торонто Канада работи со имигрантки и жени бегалци, помагајќи им да развиваат кампањи за заштита од насилство што се кутуролошки соодветни за нивните заедници со помош на специјални вработилници за вештиниг. Едукацијата Напад врз жената обезбедува техничка помош овозможувајќи им на жените сами да ги спроведуваат своите кампањи. Во исто време, таа им нуди емоционална поддршка на жените-организаторки да ја надминат дискриминацијата што често е насочена кон женската кампања против семејното насилство, затоа што на нив се гледа како на закана за кохезијата на заедницата.

Во Мексико, една невладина организација Институто Мексикано де инвестигасион де фамилија и побласион, направи работилница за адолесценти за да им помогне при превентивата на насилството на состаноците со љубовни партнери и во односите помеѓу пријателите. Насловен "Лицата и маските на насилството", проектот користи техники за помагање на младите луѓе да ги истражат очекувањата и чувствата поврзани со љубовта, желбата и сексот, и да разберат како традиционалните родови улоги може да го инхибираат однесувањето, и кај мажите, и кај жените.

Во Тринидат и Топбаго, невладината организација СЕРВОЛ (волонтерски услуги за сите) спроведува работилници за време од 14 недели за адолесценти за да им помогне во развивањето здрави врски и учењето родителски вештини. Проектот им помага на овие млади луѓе да разберат како нивната улога на родители ќе придонесе кон формирање на она што тие се и ги учи како да не ги повторуваат грешките на своите родители и други роднини што можеби ги направиле во подигањето на нивните семејства. Како резултат, студентите откриваат како да ги препознаат и да ги управуваат своите емоции, и да станат почувствителни за тоа како раните физички и психолошки трауми можат да доведат до деструктивно однесување подоцна во животот.

нално и локално ниво.

- Инволвирањето на жените во развојот и имплементацијата на проектите и безбедноста на жените треба да ги насочува сите решенија поврзани со интервенциите.
- Напорите за реформирање на одговорот од институциите, вклучувајќи ја полицијата, здравствените работници и судството- треба да ја прошират обуката кон промени во културата на институциите.
- Интервенциите треба да ги покриваат и да бидат координирани помеѓу различните сектори.

Дејствија на сите нивоа

Една важна поука што треба да се извлече од напорите за превенција на насилството е дека дејствијата треба да се случуваат и на национално и на локално ниво. На национално ниво, приоритети се подобрување на статусот на жената, поставување на соодветни норми, политики и закони за злоупотреба, и создавање социјална средина што е погодна за ненасилни врски.

Многу земји, развиените како и земјите во развој открија дека е корисно да се формиира формален механизам за развој и имплементација на национални планови за акција. Ваквите планови треба да вклучат јасни цели, нивоа на одговорност и временски рамки, и да бидат поткрепени од адекватни ресурси. Искуството, меѓутоа, покажува дека само националните напори не се доволни за трансформирање на околностите на насилството од страна на интимниот партнер.

Дури и во оние развиени земји каде националните движења против насилство од партнерот постојат повеќе од 25 години, изборот на помош достапен на злоупотребуваните жени и реакциите со кои таа се соочува во институциите како полицијата, се уште доста варираат во зависност од местото. Онаму каде што имало напори во заедницата за спречување насилство и каде се основани групи за спроведување обука и следење на активностите на формалните институциижртвите на насилство напредуваат значително подобро за разлика од оние каде ваквите напори ги нема (*204*).

Инволвираност на жените

Интервенциите треба да корелираат со жени-кои се обично најдобри судии за своите состојби- и да ги респектираат нивните одлуки. Неодамнешните ревизии на различните програми за семејно насилство во Индиските држави Гуџарат, Карнатака, Мадхија, Прадеш и Махараштра, на пример, постојано укажуваат дека успехот или неуспехот на проектите зависи најмногу од ставовите на организаторите кон насилството од интимниот партнер и нивните приоритети за вклучување на интересите на жените за време на планирањето и имплементацијата на интервенциите (*205*).

Безбедноста на жените треба внимателно да се земе во обѕир кога се планираат и имплементираат интервенции. Оние кои го земаат за приоритетен факот на безбедноста и самостојноста на жената, обично се покажале за поуспешни од оние кои не го сториле тоа.На пример, беше изразена загриженост околу законите кои од здравствените работници бараат да ги пријавуваат сомнителните случаи на злоупотреба во полиција. Овие видови на интервенции им ја земаат контролата на жените и обично се покажауваат како контрапродуктивни . Тие можат да ги доведат во прашање безбедноста на жената и шансите таа да побара медицинска помош (*206-208*). Ваквите закони ги претвораат здравствените работници во оружје на правниот систем и работат против емоционалната заштита која е предвидена да се пружи во клиниката (*150*).

Промена на културата во институциите

Обично се постигнува мала промена со краткорочните напори за сензитивизирање на институционалните работници, освен ако не постојат и вистински напори за инволвирање на целата институција. Природата на раководење на организацијата, начинот на кој се евалуира работата и наградувањето, вткаените културни верувања и пристрасност се од примарна важност (*209, 210*). Во случај на реформа на здравствената практика, самата обука не е доволна да се промени институционалното однесување кон жртвите на насилство (*211, 212*). Иако обуката може да го подобри знаењето и

практиката на кратко, нејзиното влијание бргу избледува, освен ако не е придружувано од институционални промени во политиката и изведбата (*211, 213*).

Мултисекторскн пристап

Разлличните сектори како што се полицијата, здравството, судството и социјалната служба треба да работат заедно во разрешување на проблемот на насилство од партнерот. Историски гледано, тенденцијата на програмите се концентрира на еден сектор, што од искуство се покажа дека многу често дава слаби резултати (*155*).

Препораки

Според постоечките докази, насилството против жената се покажа како сериозен и широкораспространет проблем во сите делови од светот. Постојат се повеќе податоци за деструктивното влијание на насилството врз физичкото и менталното здравје на жената во целост. Следниве се главни препораки за акција:

- Владите и други донатори требада се охрабрат да инвестираатповеќе во истражувањето на насилството од страна на интимниот партнер во следнава декада.
- Програмите треба да се поттикнуваат многу повеќе да инвестираат во истражувања на насилството од интимните партнери во наредната деценија
- Програмите треба да стават поголем акцент врз овозможување на семејствата, круговите на пријатели и групи на заедницата, вклучувајќи ги и религиозните заедници да се занимаваат со проблемот на насилството од страна на партнерот.
- Програмите за насилство на партнерот треба да бидат интегрирани во други програми, како што се оние за насилството меѓу младите, бременост кај тинејџерките, злоупотреба на дроги и други форми на семејно насилство.
- Програмите треба повеќе да се фокусират на примарната превенција на заштита од насилство од партнерот.

Истражување на насилство од страна на интимниот партнер

Недостигот на јасно теоретско разбирање на причините за насилство од страна на интимниот партнер и неговата поврзаност со други форми на интерперсонално насилство ги разниша напорите за градење ефикасен одговор на глобално ниво. Потребни се студии на разни фронтови кои ќе го унапредат разбирањето на насилството вклучувајќи:

- Студии кои ги испитуваат распространетоста, последиците и факторите на ризик и заштита од насилство од страна на интимниот партнер во различни културни средини, што користат стандардни методологии.
- Лонгитудинални истражувања на траекторијата на насилно однесување од интимните партнери со текот на времето, кои што проучуваат дали и како таа се разликува од развојот на други насилни однесувања.
- Студии кои го истражуваат влијанието на насилството во текот на животот на личноста, испитувајќи го релативното влијание на различни видови насилство врз здравјето и благосостојбата, и дали овие ефекти се кумулативни.
- Студии кои ја испитуваат животната историја на возрасни кои се во здрава, ненасилна врска и покрај искуството во минатото за кое се знае дека придонесува кон зголемен ризик од насилство од страна на партнерот.

Понатаму, многу повеќе истражување е потребно во интервенциите, и со цел на лобирање кај донесувачите на одлуки за поголемо инвестирање, како и за подобрување на дизајнот и имплементацијата на програмите. Во наредната деценија, приоритет треба да му се даде на следново:

- Документација на различните стратегии и интервенции низ целиот свет за борба против насилството од страна на интимниот партнер.
- Студии за оценување на економските трошоци од насилството од страна интимниот партнер.
- Евалуација на краткорочни и долгорочни

ефекти од програмите за превенција и одговор на насилството од партнерот - вклучувајќи училишни образовни програми, правни промени и промени во политиката, служби за жртвите на насилство, програми кои ги таргетираат извршителите на насилството, и кампањи за промена на социјалните ставови и однесувања.

Зајакнување на неформалните извори на поддршка

Многу жени не бараат помош од надлежните служби или системи кои им се достапни Проширувањето на неформалните извори на поддршка од соседите и пријателите, религиозните заедници и другите групи, и од работните места се од витално значење (*6, 61, 183, 214*). Како овие неформални групи и поединци одговараат ќе одреди дали жртвата на насилство од партнерот ќе преземе дејствие или ќе се повлече во изолираност и самообвинување (*214*).

Постои голем простор за програми кои креираат конструктивни одговори од страна на семејството и пријателите. Една иновативна програма во Ицтакалко, Мексико, на пример, користеше настани во заедницата, информативни средства (како што се постери, брошури и аудио касети) и работилници за помагање на жртвите на насилство да зборуваат за насилството низ кое поминале и да им укажат на пријателите и другите членови на семејството како најдобро да се справат со ваквите ситуации (*215*).

Градење на зедничка кауза со другите социјални програми

Постои големо совпаѓање на факторите што го зголемуваат ризикот од различни проблеми во однесувањето (*216*). Се чини и дека постои значителен континуитет помеѓу агресивното однесување во детството и видовите на проблематично однесување во младоста и адолесценцијата (види Глава 2). Увидот што се доби од истражувањето на вакви видови насилство, исто така се совпаѓа со резултатите од други истражувања. Очигледна е потребата за рана интервенција кај семејствата со голем ризик и за обезбедување поддршка и други видови услуги пред да се појават дисфункционални модели на однесување внатре во семејството, кои што се основа на насилно однесување во адолесценцијата и зрелоста.

За жал, засега постои мала координираност помеѓу програмите на испитувањата на насилството кај младите, злоупотребата на деца, злоупотребата на дроги и насилството од партнерот, и покрај фактот дека сите овие проблеми редовно коегзистираат во семејствата. Ако сакаме да постигнеме вистински прогрес, тогаш мора да се обрне внимание на развојот на моделите на агресивно однесување- модели кои често започнуваат во детството. Интегрираните одговори за превенцијата кои ги третираат врските помеѓу различните типови насилство имаат потенцијал да намалат некои од овие форми на насилство.

Инвестирање во примарната заштита

Важноста на примарната превенција на насилството од партнерот често пати е засенета од важноста на големиот број на програми кои, се разбира, треба да се справаат со непосредните и бројни последици од насилството. И креаторите на политиката, и активистите во ова поле мора да дадат приоритет на, мора да се признае, огромната задача на создавање општествена средина која овозможува и промовира еднакви и ненасилни односи меѓу луѓето. Темелите за една ваква средина мора да бидат новата генерација деца кои треба да станат полнолетни со подобри вештини од оние што нивните родители ги имале кога ги решавале своите односи и конфликти, со подобра можност за иднина и со посоодветни идеи за тоа како мажите и жените може да се потпрат еден на друг и да ја делат моќта.

Заклучок

Насилството од страна на интимниот партнер е важен проблем за јавното здравје. За решавање на истото потребно е инволвирање на многу сектори кои ќе работат заедно на општинско, национално и интернационално ниво. На секое ниво, одговорите мора да вклучат зголемување на моќта кај жените и девојките, достигнување до мажите, задоволување на потребите на жртвите и зголемување на казните за

насилниците. Од витално значење е одговорите на насилството да ги вклучат и децата и младите луѓе и да се фокусираат на менување на нормите на заедницата и општеството. Направениот прогрес во секоја од овие области ќе биде клуч за постигнување глобално намалување на насилството врз интимните партнери.

Литература

1. Crowell N,Burgess AW.Understanding violence against women.Washington,DC,National Academy Press,1996.
2. Heise L,Pitanguy J,Germain A.Violence against women:the hidden health burden.Washington, DC,World Bank,1994 (Discussion Paper No.255).
3. Koss MP et al.No safe haven:male violence against women at home,at work,and in the community. Washington,DC,AmericanPsychological Association,1994.
4. Butchart A,Brown D.Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence,determinants and consequences. Forensic Science International,1991,52:35 –51.
5. Tjaden P,Thoennes N.Full report of the prevalence, incidence,and consequences of violence against women:findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice,Office of Justice Programs,United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention,2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL,Ellsberg M,Gottemoeller M.Ending violence against women.Baltimore,MD,Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs,1999 (Population Reports,Series L,No.11).
7. Violence against women:a priority health issue. Geneva,World Health Organization,1997 (document WHO/FRH/WHD/97.8).
8. Yoshihama M,Sorenson SB.Physical,sexual,and emotional abuse by male intimates:experiences of women in Japan.Violence and Victims,1994, 9:63 –77.
9. Ellsberg MC et al.Candies in hell:women 's experience of violence in Nicaragua.Social Science and Medicine,2000,51:1595 –1610.
10. Leibrich J,Paulin J,Ransom R.Hitting home:men speak about domestic abuse of women partners. Wellington,New Zealand Department of Justice and AGB McNair,1995.
11. Granados Shiroma M.Salud reproductiva y violencia contra la mujer:un ana ´lisis desde la perspectiva de ge ´nero.[Reproductive health and violence against women:a gender perspective.] Nuevo Leo ´n, Asociacio ´n Mexicana de Poblacio ´n,Consejo Estatal de Poblacio ´n,1996.
12. Ellsberg MC et al.Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua.American Journal of Public Health,1999,89:241 –244.
13. Mooney J.The hidden figure:domestic violence in north London.London,Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al.Researching domestic violence against women:methodological and ethical considerations.Studies in Family Planning,2001, 32:1 –16.
15. Putting women first:ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women.Geneva,World Health Organization,2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al.Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements,Version 1.0.Atlanta,GA,National Center forInjury Prevention and Control,Centers for Disease Control and Prevention,1999.
17. Ellsberg M,Heise L,Shrader E.Researching violence against women:a practical guide for researchers and advocates. Washington, DC, Center for Health and Gender Equity,1999.
18. Smith PH,Smith JB,Earp JAL.Beyond the measurement trap:a reconstructed conceptualization and measurement of battering.Psychology of Women Quarterly,1999,23:177 –193.
19. Rodgers K.Wife assault:the findings of a national survey.Juristat Service Bulletin,1994,14:1 –22.
20. Cabaraban M,Morales B.Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines.Cagayan de Oro,Research Institute for Mindanao Culture,Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al.Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio:un estudio cualitativo sobre la ruta crý ´tica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.[Paths of women who broke the silence:a qualitative study of help-seeking by women affected by family violence.]Lima,Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Nin ˜as and World Health Organization,1998.
22. Mouzos J.Femicide:the killing of women in Australia 1989 –1998.Canberra,Australian Institute of Criminology,1999.
23. Juristat.Homicide in Canada.Ottawa,Statistics Canada,1998.
24. Gilbert L.Urban violence and health:South Africa 1995.Social Science and Medicine, 1996, 43:873 –886.
25. Bailey JE et al.Risk factors for violent death of women in the home.Archives of Internal Medi-

cine, 1997,157:777 –782.
26. Fox JA,Zawitz MW.Homicide trends in the United States.Washington,DC,Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice,1999.
27. Carcach C,James M.Homicide between intimate partners in Australia.Canberra,Australian Institute of Criminology,1998.
28. When men murder women:an analysis of 1996 homicide data.Washington,DC,Violence Policy Center,2000.
29. Karkal M.How the other half dies in Bombay. Economic and Political Weekly,24 August 1985:1424. 30.Mercy JA et al.Intentional injuries.In:Mashaly AY, Graitcer PL,Youssef ZM,eds. Injury in Egypt:an analysis of injuries as a health problem.Cairo,Rose El Youssef New Presses,1993.
31. Johnson MP.Patriarchal terrorism and common couple violence:two forms of violence against women.Journal of Marriage and the Family,1995, 57:283 –294.
32. Johnson MP,Ferraro KJ.Research on domestic violence in the 1990s:making distinctions. Journal of Marriage and the Family,2000,62:948 –963.
33. Kantor GK,Jasinski JL.Dynamics and risk factors in partner violence.In:Jasinski JL,Williams LM,eds. Partner violence:a comprehensive review of 20 years of research.Thousand Oaks, CA,Sage,1998.
34. Morse BJ.Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. Violence and Victims,1995,10:251 –272.
35. Brush LD.Violent acts and injurious outcomes in married couples:methodological issues in the national survey of family and households.Gender and Society,1990,4:56 –67.
36. Canadian Centre for Justice Statistics.Family violence in Canada:a statistical profile.Ottawa, Statistics Canada,2000.
37. Saunders DG.When battered women use violence: husband-abuse or self-defense?Violence and Victims,1986,1:47 –60.
38. DeKeseredy WS et al.The meanings and motives for women 's use of violence in Canadian college dating relationships:results from a national survey.Sociological Spectrum, 1997, 17:199 –222.
39. Schuler SR et al.Credit programs,patriarchy and men 's violence against women in rural Bangladesh. Social Science and Medicine, 1996,43:1729 –1742.
40. Zimmerman K.Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia.A summary. Phnom Penh,Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L.Community-based research for social change in Mwanza,Tanzania.In:Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women,Washington,DC,9 –11 January 1998.Takoma Park,MD,Center for Health and Gender Equity,1998:4 –9.
42. Armstrong A.Culture and choice:lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project,1998.
43. Gonzalez Montes S.Domestic violence in Cuetzalan, Mexico:some research questions and results.In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women,Washington,DC,9–11 January 1998. Takoma Park,MD, Center for Health and Gender Equity,1998:36 –41.
44. Osakue G,Hilber AM.Women 's sexuality and fertility in Nigeria.In:Petchesky R,Judd K,eds. Negotiating reproductive rights.London,Zed Books,1998:180 –216.
45. Hassan Y.The haven becomes hell:a study of domestic violence in Pakistan.Lahore,Shirkat Gah Women 's Resource Centre,1995.
46. Bradley CS.Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain.In:Domestic violence in Papua New Guinea.Boroko,Papua New Guinea Law Reform Commission,1985:32 –71.
47. Jejeebhoy SJ.Wife-beating in rural India:a husband 's right?Economic and Political Weekly, 1998,33:855 –862.
48. El-Zanaty F et al.Egypt demographic and health survey 1995.Calverton,MD,Macro International, 1996.
49. Rosales J et al.Encuesta Nicaraguense de demografia y salud,1998.[1998 Nicaraguan demographic and health survey.]Managua,Instituto Nacional de Estadisticas y Censos,1999.
50. David F,Chin F.Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas.Iloilo City,Central Philippines University and Family Health International,1998.
51. Bawah AA et al.Women 's fears and men 's anxieties:the impact of family planning on gender relations in northern Ghana.Studies in Family Planning,1999, 30:54 –66.
52. Wood K,Jewkes R.Violence,rape,and sexual coercion:everyday love in a South African township.Gender and Development,1997,5:41 –46. 53.Khan ME et al.Sexual violence within marriage. Seminar(New Delhi),1996:32 –35.
54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team.National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea.Goroka,Papua New Guinea Institute of Medical Research,1994.
55. Heise L.Violence against women:an integrated ecological framework.Violence Against Women 1998,4:262 –290.

56. Rao V.Wife-beating in rural South India:a qualitative and econometric analysis.Social Science and Medicine,1997,44:1169 –1179.
57. Johnson H.Dangerous domains:violence against women in Canada. Ontario, International Thomson Publishing,1996.
58. Romero M.Violencia sexual y domestica:informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atencion a adolescentes de San Miguel de Allende. [Sexual and domestic violence:report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende.]Mexico City, Population Council,1994.
59. Campbell J et al.Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women 's responses to battering.Journal of Interpersonal Violence,1999,13:743 –762.
60. Dutton MA.Battered women 's strategic response to violence:the role of context.In:Edelson JL, Eisikovits ZC,eds.Future interventions with battered women and their families.London,Sage, 1996:105 –124.
61. Sagot M.Ruta crý ´tica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en Ame ´rica Latina:estudios de caso de diez paý ´ses.[The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America:case studies from ten countries.]Washington,DC,Pan American Health Organization, 2000.
62. O 'Conner M.Making the links:towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin,Women 's Aid,1995.
63. Short L.Survivor 's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence.In:Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women,Washington,DC,9 –11 January 1998. Takoma Park,MD,Center for Health and Gender Equity,1998:27 –31.
64. George A.Differential perspectives of men and women in Mumbai,India on sexual relations and negotiations within marriage.Reproductive Health Matters,1998,6:87 –95.
65. Ellsberg M et al.Women 's strategic responses to violence in Nicaragua.Journal of Epidemiology and Community Health,2001,55:547 –555.
66. Bunge VP,Levett A.Family violence in Canada:a statistical profile.Ottawa,Statistics Canada,1998.
67. Campbell JC,Soeken KL.Women 's responses to battering:a test of the model.Research in Nursingand Health,1999,22:49 –58.
68. Campbell JC.Abuse during pregnancy:progress, policy,and potential.American Journal of Public Health,1998,88:185 –187.
69. Landenburger KM.The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship.Journal of Obstetric,Gynecologic,and Neonatal Nursing, 1998,27:700 –706.
70. Jacobson NS et al.Psychological factors in the longitudinal course of battering:when do the couples split up?When does the abuse decrease? Violence and Victims,1996,11:371 –392.
71. Campbell J.Assessing dangerousness:violence by sexual offenders,batterers,and child abusers. Thousand Oaks,CA,Sage,1995.
72. Wilson M,Daly M.Spousal homicide.Juristat Service Bulletin,1994,14:1 –15.
73. Counts DA,Brown J,Campbell J.Sanctions and sanctuary:cultural perspectives on the beating of wives.Boulder,CO,Westview Press,1992.
74. Levinson D.Family violence in cross-cultural perspective.Thousand Oaks,CA,Sage,1989.
75. Dutton DG.The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives. Vancouver,University of British Colombia Press, 1995.
76. Black DA et al.Partner,child abuse risk factors literature review.National Network of Family Resiliency,National Network for Health,1999 (available on the Internet at http://www.nnh.org/ risk).
77. Moffitt TE,Caspi A.Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study,New Zealand. Washington, DC, National Institutes of Justice,1999.
78. Larrain SH.Violencia puertas adentro:la mujer golpeada.[Violence behind closed doors:the battered women.]Santiago,Editorial Universitaria, 1994.
79. Nelson E,Zimmerman C.Household survey on domestic violence in Cambodia.PhnomPenh, Ministry of Women 's Affairs and Project Against Domestic Violence,1996.
80. Hakimi M et al.Silence for the sake of harmony: domestic violence and women 's health in Central Java,Indonesia.Yogyakarta,Gadjah Mada University,2001
81. Moreno Martý ´n F.La violencia en la pareja. [Intimate partner violence.]Revista Panamericana de Salud Pu ´blica,1999,5:245 –258.
82. Caeser P.Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolentmen.Violence and Victims,1998,3:49 –63.
83. Parry C et al.Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa.Curationis,1996,19:2 –5.
84. Kyriacou DN et al.Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women.Annals of Emergency Medicine,1998,31:502 –506.
85. McCauley J et al.The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medi-

cine practices.Annals of Internal Medicine,1995, 123:737 –746.
86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN).Domestic violence in India. Washington, DC, International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities,2000.
87. Jewkes R et al.The prevalence of physical,sexual and emotional violence against women in three South African provinces.South African Medical Journal,2001,91:421 –428.
88. Flanzer JP.Alcohol and other drugs are key causal agents of violence.In:Gelles RJ,Loseke DR,eds. Current controversies on family violence. Thousand Oaks,CA,Sage,1993:171 –181.
89. Gelles R.Alcohol and other drugs are associated with violence –they are not its cause.In:Gelles RJ, Loseke DR,eds.Current controversies on family violence.Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182 –196.
90. MacAndrew D,Edgerton RB.Drunken comportment: a social explanation. Chicago, IL,Aldine, 1969.
91. Abrahams N,Jewkes R,Laubsher R.I do not believe in democracy in the home:men 's relationships with and abuse of women. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa,Medical Research Council,1999.
92. Hoffman KL,Demo DH,Edwards JN.Physical wife abuse in a non-Western society:an integrated theoretical approach.Journal of Marriage and the Family,1994,56:131 –146.
93. Martin SL et al.Domestic violence in northern India. American Journal of Epidemiology,1999, 150:417 –426.
94. Gonzales de Olarte E,Gavilano Llosa P.Does poverty cause domestic violence?Some answers from Lima. In:Morrison AR,Biehl ML,eds.Too close to home: domestic violence in the Americas.Washington, DC,Inter-American Development Bank,1999:35 –49.
95. Straus M et al.Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys.Journal of Marriage and the Family,1986,48:465 –479.
96. Byrne CA et al.The socioeconomic impact of interpersonal violence on women.Journal of Consulting and Clinical Psycholo gy,1999, 67:362 –366.
97. Golding JM.Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples.Research in Nursing and Health,1996, 19:33 –44.
98. Leserman J et al.Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice:how types of abuse impact health status.Psychosomatic Medicine, 1996,58:4 –15.
99. Koss MP,Koss PG,Woodruff WJ.Deleterious effects of criminal victimization on women 's health and medical utilization.Archives of Internal Medicine, 1991,151:342 –347.
100. Walker E et al.Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect.American Journal of Medicine,1999, 107:332 –339.
101. McCauley J et al.Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds.Journal of the American Medical Association,1997,277:1362 –1368.
102. Dickinson LM et al.Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse.Archives of Family Medicine, 1999,8:35 –43.
103. Felitti VJ et al.Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults:the Adverse Childhood Experiences (ACE)study.American Journal of Preventive Medicine,1998,14:245 –258.
104. Koss MP,Woodruff WJ,Koss PG.Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence,incidence,and physician usage. Behavioral Science and Law,1991,9:85 –96.
105. Follette V et al.Cumulative trauma:the impact of child sexual abuse,adult sexual assault,and spouse abuse.Journal of Traumatic Stress, 1996, 9:25 –35.
106. Heise L,Moore K,Toubia N.Sexual coercion and women 's reproductive health:a focus on research. New York,NY,Population Council,1995.
107. Najera TP,Gutierrez M,Bailey P.Bolivia:follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey,and women 's economic activities,fertility and contraceptive use.Research Triangle Park, NC, Family Health International,1998.
108. Ballard TJ et al.Violence during pregnancy: measurement issues.American Journal of Public Health,1998,88:274 –276.
109. Campbell JC.Addressing battering during pregnancy:reducing low birth weight and ongoing abuse.Seminars in Perinatology,1995,19:301
306. 10.Curry MA,Perrin N,Wall E.Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women.Obstetrics and Gynecology, 1998,92:530 –534.
111. Gazmararian JA et al.Prevalence of violence against pregnant women.Journal of the American Medical Association,1996,275:1915 –1920.
112. Newberger EH et al.Abuse of pregnant women and adverse birth outcome:current knowledge and implications for practice.Journal of the American Medical Association,1992,267:2370 –2372.
113. Bullock LF,McFarlane J.The birth-weight/battering connection.American Journal of Nurs-

ing,1989, 89:1153 –1155.
114. Murphy C et al.Abuse:a risk factor for low birth weight?A systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal,2001, 164:1567 –1572.
115. Parker B,McFarlane J,Soeken K.Abuse during pregnancy:effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. Obstetrics and Gynecology,1994,84:323 –328.
116. Valdez-Santiago R,Sanin-Aguirre LH.Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight.Salud Publica Mexicana,1996, 38:352 –362.
117. Valladares E et al.Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight [Dissertation]. Umea ¢ª,Department of Epidemiology and Public Health,Umea ¢ªUniversity,1999.
118. Ganatra BR,Coyaji KJ,Rao VN.Too far,too little, too late:a community-based case –control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. Bulletin of the World Health Organization,1998, 76:591 –598.
119. Fauveau V et al.Causes of maternal mortality in rural Bangladesh,1976 –85.Bulletin of the World Health Organization,1988,66:643 –651.
120. Dannenberg AL et al.Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991.American Journal of Obstetrics and Gynecology,1995,172:1557 –1564.
121. Harper M,Parsons L.Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992 –1994.Obstetrics and Gynecology,1997, 90:920 –923.
122. Brown D.In Africa,fear makes HIV an inheritance. Washington Post,30 June 1998,Section A:28.
123. Quigley M et al.Case –control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome,2000, 5:418 –425.
124. Romkens R.Prevalence of wife abuse in the Netherlands:combining quantitative and qualitative methods in survey research.Journal of Interpersonal Violence,1997,12:99 –125.
125. Walker EA et al.Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis:II.Sexual, physical,and emotional abuse and neglect.Psychosomatic Medicine,1997, 59:572 –577.
126. Walker EA et al.Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease.American Journal of Psychiatry,1993,150:1502 –1506.
127. Delvaux M,Denis P,Allemand H.Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 1997,9:345 –352.
128. Sutherland C,Bybee D,Sullivan C.The long-term effects of battering on women ’s health.Women ’s Health,1998,4:41 –70. 129.Roberts GL et al. How does domestic violence affect women ’s mental health?Women ’s Health,1998, 28:117 –129.
130. Ellsberg M et al.Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. American Psychologist,1999,54:30 –36.
131. Fikree FF,Bhatti LI.Domestic violence and health of Pakistani women.International Journal of Gynaecology and Obstetrics,1999,65:195 –201.
132. Danielson KK et al.Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study.American Journal of Psychiatry,1998,155:131 –133.
133. Bergman B et al.Suicide attempts by battered wives. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991, 83:380 –384.
134. Kaslow NJ et al.Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. Journal of Consulting and Clinical Psychology,1998, 66:533 –540.
135. Abbott J et al.Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population.Journal of the American Medical Association,1995,273:1763 –1767.
136. Amaro H et al.Violence during pregnancy and substance use.American Journal of Public Health, 1990,80:575 –579.
137. Felitti VJ.Long-term medical consequences of incest,rape,and molestation.Southern Medical Journal,1991,84:328 –331.
138. Koss M.The impact of crime victimization on women ’s medical use.Journal of Women ’s Health, 1993,2:67 –72.
139. Morrison AR,Orlando MB.Social and economic costs of domestic violence:Chile and Nicaragua. In: Morrison AR,Biehl ML,eds.Too close to home: domestic violence in the Americas.Washington, DC,Inter-American Development Bank,1999:51 –80.
140. Sansone RA,Wiederman MW,Sansone LA.Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting.Violence and Victims,1997,12:165 –172.
141. IndiaSAFE Steering Committee.IndiaSAFE final report.Washington,DC,International Center for Research on Women,1999.
142. Browne A,Salomon A,Bassuk SS.The impact of recent partner violence on poor women ’s capacity to maintain work.Violence Against Women,1999, 5:393 –426.

143. Lloyd S,Taluc N.The effects of male violence on female employment.Violence Against Women, 1999,5:370 –392.
144. McCloskey LA,Figueredo AJ,Koss MP.The effects of systemic family violence on children 's mental health.Child Development,1995,66:1239 –1261.
145. Edleson JL.Children 's witnessing of adult domestic violence.Journal of Interpersonal Violence,1999, 14:839 –870.
146. Jouriles EN,Murphy CM,O 'Leary KD. Interspousal aggression,marital discord,and child problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989,57:453 –455.
147. Jaffe PG,Wolfe DA,Wilson SK.Children of battered women.Thousand Oaks,CA,Sage,1990.
148. Jejeebhoy SJ.Associations between wife-beating and fetal and infant death:impressions from a survey in rural India.Studies in Family Planning, 1998,29:300 –308.
149. A ¢ªsling-Monemi K et al.Violence against women increases the risk of infant and child mortality:a case-referent study in Nicaragua. Bulletin of the World HealthOrganization,in press.
150. Chalk R,King PA.Violence in families:assessing prevention and treatment programs.Washington, DC,National Academy Press,1998.
151. Spindel C,Levy E,Connor M.With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women.New York, NY, United Nations Development Fund for Women,2000.
152. Plichta SB.Identifying characteristics of programs for battered women.In:Leinman JM et al.,eds. Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women 's Health.New York,NY, The Commonwealth Fund,1998:45.
153. Ramos-Jimenez P.Philippine strategies to combat domestic violence against women. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University,1996.
154. Mehrotra A.Gender and legislation in Latin America and the Caribbean.New York,United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean,1998.
155. Mitra N.Best practices among response to domestic violence:a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft].Washington, DC, International Center for Research on Women,1998.
156. Sherman LW,Berk RA.The specific deterrent effects of arrest for domestic assault.American Sociological Review,1984,49:261 –272.
157. Garner J,Fagan J,Maxwell C.Published findings from the spouse assault replication program:a critical review.Journal of Quantitative Criminology,1995,11:3 –28.
158. Fagan J,Browne A.Violence between spouses and intimates:physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ,Roth JA, eds.Understanding and preventing violence:panel on the understanding and control of violent behavior.Vol.3.Social influences. Washington, DC,National Academy Press,1994:115 –292.
159. Marciniak E.Community policing of domestic violence:neighborhood differences in the effect of arrest.College Park,MD,University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW.The influence of criminology on criminal law:evaluating arrests for misdemeanor domestic violence.Journal of Criminal Law and Criminology,1992,83:1 –45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association.Legal interventions in family violence: research findings and policy implications. Washington,DC,United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J,Fagan J,Wexler S.Restraining orders for battered women:issues of access and efficacy. Women and Politics,1984,4:13 –28.
163. Harrell A,Smith B.Effects of restraining orders on domestic violence victims.In:Buzawa ES,Buzawa CG,eds.Do arrests and restraining orders work? Thousand Oaks,CA,Sage,1996.
164. Buzawa ES,Buzawa CG.Domestic violence:the criminal justice response.Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al.Civil protection orders:victims 'views on effectiveness.Washington,DC,National Institute of Justice,1998.
166. Littel K et al.Assessing the justice system response to violence against women:a tool for communities to develop coordinated responses. Pennsylvania, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (available on the Internet at http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm).
167. Larrain S.Curbing domestic violence:two decades of activism.In:Morrison AR,Biehl ML,eds.Too close to home:domestic violence in the Americas. Washington,DC,Inter-American Development Bank,1999:105 –130.
168. Poonacha V,Pandey D.Response to domestic violence in Karnataka and Gujurat.In:Duvvury N, ed.Domestic violence in India.Washington,DC, International Center for Research on Women, 1999:28 –41.
169. Estremadoyro J.Violencia en la pareja:comisarý ´as demujeres en el Peru ´.[Violence in couples:

police stations for women in Peru.]Lima, Ediciones Flora Tristan,1993.

170. Hautzinger S.Machos and policewomen,battered women and anti-victims:combatting violence against women in Brazil.Baltimore,MD,Johns Hopkins University,1998.
171. Mesquita da Rocha M.Dealing with crimes against women in Brazil.In:Morrison AR,Biehl L,eds.Too close to home:domestic violence in the Americas. Washington,DC,Inter-American Development Bank,1999:151 –154.
172. Thomas DQ.In search of solutions:women 's police stations in Brazil.In:Davies M,ed.Women and violence:realities and responses worldwide. London,Zed Books,1994:32 –43.
173. Corsi J.Treatment for men who batter women in Latin America.American Psychologist,1999, 54:64.
174. Cervantes Islas F.Helping men overcome violent behavior toward women.In:Morrison AR,Biehl ML,eds.Too close to home:domestic violence in the Americas.Washington,DC,Inter-American Development Bank,1999:143 –147.
175. Axelson BL.Violence against women:a male issue. Choices,1997,26:9 –14.
176. Edleson JL.Intervention for men who batter:a review of research.In:Stith SR,Staus MA,eds. Understanding partner violence:prevalence, causes, consequences and solutions. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations,1995:262 – 273.
177. Gondolf E.A 30-month follow-up of courtmandated batterers in four cities. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania,1999 (available on the Internet at_http://www.iup.edu/maati/publica- tions/30MonthFollowup.shtm).
178. Gondolf EW.Batterer programs:what we know and need to know.Journal of Interpersonal Violence, 1997,12:83 –98. 179.Mullender A,Burton S.Reducing domestic violence:what works? Perpetrator programmes.London,Policing and Crime Reduction Unit,Home Office,2000.
180. Sugg NK et al.Domestic violence and primary care: attitudes,practices,and beliefs.Archives of Family Medicine,1999,8:301 –306.
181. Caralis PV,Musialowski R.Women 's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims.Southern Medical Journal,1997, 90:1075 –1080.
182. Friedman LS et al.Inquiry about victimization experiences:a survey of patient preferences and physician practices.Archives of Internal Medicine, 1992,152:1186 –1190.
183. Ruta crý ´tica que siguen las mujeres vý ´ctimas de violencia intrafamiliar:ana ´lisis y resultados de investigacio ´n.[Help-seeking by victims of family violence:analysis and research results.] 0Panama City,Pan American Health Organization,1998.
184. Cohen S,De Vos E,Newberger E.Barriers to physician identification and treatment of family violence:lessons from five communities. Academic Medicine,1997,72(1 Suppl.):S19 –S25.
185. Fawcett G et al.Deteccio ´n y manejo de mujeres vý ´ctimas de violencia dome ´stica:desarrollo y evaluacio ´n de un programa dirigido al personal de salud.[Detecting and dealing with women victims of domestic violence:the development and evaluation of a programme for health workers.] Mexico City,Population Council,1998.
186. Watts C,Ndlovu M.Addressing violence in Zimbabwe:strengthening the health sector response.In:Violence against women in Zimbabwe: strategies for action.Harare,Musasa Project, 1997:31 –35.
187. d 'Oliviera AFL,Schraiber L.Violence against women:a physician 's concern?In:Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Copenhagen,Denmark,3 –8 August 1997.London, International Federation of Gynaecology and Obstetrics,1997:157 –163. 188.Leye E, Githaniga A,Temmerman M.Health care strategies for combating violence against women in developing countries.Ghent,International Centre for Reproductive Health,1999.
189. Como atender a las mujeres que viven situationes de violencia dome ´stica? Orientaciones ba ´sicas para el personal de salud. [Care of women living with domestic violence: orientation for health care personnel.] Managua,Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999. 190.Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence:expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society". Washington,DC,Pan American Health Organization,1999.
191. Olson L et al.Increasing emergency physician recognition of domestic violence.Annals of Emergency Medicine,1996,27:741 –746.
192. Freund KM,Bak SM,Blackhall L.Identifying domestic violence in primary care practice.Journal of General Internal Medicine,1996,11:44 –46.
193. Kim J.Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa.In:Health care strategies for combating violence against women in developing countries.Ghent, International Centre for Reproductive Health,1999:101 –107.
194. Davison L et al.Reducing domestic violence:what works?Health services.London,Policing and

Crime Reduction Unit,Home Office,2000.
195. Kelly L,Humphreys C.Reducing domestic violence: what works?Outreach and advocacy approaches. London,Policing and Crime Reduction Unit,Home Office,2000.
196. Gamache DJ,Edleson JS,Schock MD. Coordinated police,judicial,and social service response to woman battering:a multiple baseline evaluation across three communities.In:Hotaling GT et al., eds.Coping with family violence:research and policy perspectives.Thousand Oaks,CA,Sage, 1988:193 –209.
197. Hague G.Reducing domestic violence:what works? Multi-agency fora.London,Policing and Crime Reduction Unit,Home Office,2000.
198. Ellsberg M,Liljestrand J,Winkvist A.The Nicaraguan Network of Women Against Violence:using research and action for change.Reproductive Health Matters,1997,10:82 –92.
199. Mehrotra A et al.A life free of violence:it 's our right.New York,NY,United Nations Development Fund for Women,2000.
200. Jaffe PG et al.An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships.Violence and Victims,1992, 7:129 –146.
201. Foshee VA et al.The Safe Dates program:one-year follow-up results.American Journal of Public Health,2000,90:1619 –1622.
202. Krajewski SS et al.Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships.Journal of Family Violence,1996, 11:93 –112.
203. Lavoie F et al.Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. Journal of Interpersonal Violence,1995,10:516 –524.
204. Heise L.Violence against women:global organizing for change.In:Edleson JL,Eisikovits ZC,eds. Future interventions with battered women and their families.Thousand Oaks,CA,Sage,1996:7 –33.
205. Domestic violence in India.Washington,DC, International Center for Research on Women, 1999.
206. American College of Obstetricians and Gynecologists.ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. International Journal of Gynecology and Obstetrics,1998,62:93 –95.
207. Hyman A,Schillinger D,Lo B.Laws mandating reporting of domestic violence:do they promote patient well-being?Journal of the American Medical Association,1995,273:1781 –1787.
208. Jezierski MB,Eickholt T,McGee J.Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. Journal of Emergency Nursing,1999,25:79 –80.
209. Bradley J et al.Whole-site training:a new approach to the organization of training.New York,NY, AVSC International,1998.
210. Cole TB.Case management for domestic violence. Journal of the American Medical Association, 1999, 282:513 –514.
211. McLeer SV et al.Education is not enough:a systems failure in protecting battered women.Annals of Emergency Medicine,1989,18:651 –653.
212. Tilden VP,Shepherd P.Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department:use of a nursing protocol.Research in Nursing Health,1987,10:209 –215.
213. Harwell TS et al.Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers.American Journal of Preventive Medicine,1998,15:235 –242.
214. Kelly L.Tensions and possibilities:enhancing informal responses to domestic violence.In: Edelson JL,Eisidovits ZC,eds.Future interventions with battered women and their families.Thousand Oaks,CA,Sage,1996:67 –86.
215. Fawcett GM et al.Changing community responses to wife abuse:a research and demonstration project in Iztacalco,Mexico.American Psychologist,1999, 54:41 –49.
216. Carter J.Domestic violence,child abuse,and youth violence:strategies for prevention and early intervention.San Francisco,CA,Family Violence Prevention Fund,2000.