



Eesti Avatud Ühiskonna Instituut

Projekti toetas



Avatud Eesti Fond
Open Estonia Foundation



Naistearstile naistevastasest vägivallast

K o o s t a n u d

Helve **Kase**

Iris **Pettai**

TALLINN 2006

SISUKORD

Eessõna	3
1. VÄGIVALD JA SUGU	5
1.1. NAISTEVASTANE VÄGIVALD	5
1.1.1. Vägivalla vormid	5
1.1.2. Vägivalla sooline mõõde	8
1.1.3. Naistevastase vägivalla määratlus ja selle liigid	12
1.2. LÄHISUHTEVÄGIVALD	15
1.2.1. Perevägivalla defineerimine	15
1.2.2. Perevägivald kui spetsiifiline kuriteoliik	16
1.2.3. Vägivald suhte eri etappidel	17
1.2.4. Perevägivalla juhtumite tase ja statistika	19
1.3. VÄGISTAMINE	22
1.3.1. Vägistamise definitsioon	22
1.3.2. Vägistamise liigid	22
1.3.3. Grupiviisiline vägistamine	24
1.3.4. Vägistamisjuhtumite tase ja statistika	26
2. VÄGIVALD JA NAISTE TERVIS	29
2.1. NAINE JA NAISTEARST	29
2.1.1. Naiste visiidid naistearsti juurde	29
2.1.2. Naiste hinnangud oma günekoloogile	30
2.2. NAISTE SÜNNITUSKÄITUMINE	34
2.2.1. Sünnitamiskäitumist mõjutavad tegurid	34
2.2.2. Sünnitamise edasilükkamine või sellest loobumine	38
2.2.3. Soovimatud rasedused	40
2.2.4. Abordid	43
2.3. VÄGIVALD KUI NAISE JA EMA TERVISE KAHJUSTAJA	47
2.3.1. Vägivalla põhjustatud vigastused	47
2.3.2. Vägivalla tagajärjed	49
2.3.3. Ema raseduskogemuste mõju tulevasele lapsele	54
2.3.4. Vägivalla riskigrupid	60
2.3.5. Arsti poole mittepöördumise põhjused	63
3. MEEDIKUD JA NAISTEVASTANE VÄGIVALD	65
3.1. KOHTUMINE VÄGIVALLA OHVRIGA	65
3.1.1. Meedikute probleemid kokkupuutel vägivallaga	65
3.1.2. Võimalikule vägivallale viitavad märgid	69
3.1.3. Reageeringud soolise vägivalla probleemile	72
3.2. VÄGIVALLA OHVRIGA SUHTLEMINE	78
3.2.1. Eduka suhtlemise eeldused	78
3.2.2. Küsitluse läbiviimise printsiibid ja eetika	83
3.2.3. Ohvri ootused ja abivajadused	90
3.2.4. Valmisolek praktilise abi osutamiseks	91
Lisad	94
Lisa 1. Näidisküsimused naistearstile vägivallajuhtumite väljaselgitamiseks	94
Lisa 2. Vägivalla ohvritele abipakkuvad organisatsioonid	96
Kasutatud kirjandus	100

EESSÕNA

Naistevastast vägivalda peetakse tänapäeva maailmas üheks olulisemaks probleemiks. Maailma Tervishoiu Organisatsioon (WHO) on kuulutanud naistevastase vägivalla oma prioriteetseks tegevusvaldkonnaks. WHO hinnangul on vähemalt iga viies naine kannatanud vägivalla all. Amnesty International'i hinnangul on inimese sool baseeruva vägivalla näol tegemist kaasaja suurima inimõiguste rikkumisega. Erinevate mõjukate rahvusvaheliste organisatsioonide (ÜRO, WHO, Amnesty International) ja Euroopa Liidu institutsioonide poolt koostatakse soovitusi soolise vägivalla tõkestamiseks ja rakendatakse sanktsioone soovastase vägivalla kui inimõiguste rikkumise eest. ÜRO Peaassamblee koosolekul (The Special Session of the UN General Assembly on the Beijing+5 Review 2000) tunnistati sooline vägivald kuriteoks ja soovitati alustada liikmesriikide juriidilistes ja tervishoiu institutsioonides konkreetseid tegevusi naistevastase vägivalla. Aastal 2004 kuulutas ka Eesti Politsei perevägivalla oma prioriteediks.

Maailmas läbiviidud uurimuste järgi algab või intensiivistub vägivald tihti just naise raseduse ajal. Lapseootel naised on üks perevägivalla riskirühmi, selgub ka aastal 2003 korraldatud Eesti meedikute ekspertküsitusel. Günekoloogide/ämmaemandate hinnangul on naistel vägivalla tagajärjel saadud trauma nr. 1 suguelundite vigastused ja katkenud rasedused. Iga teise küsitletud günekoloogi/ämmaemanda vastuvõtule satub paar korda aastas pekstud rasedaid naisi.

Enamikes arenenud riikides on günekoloogidel, ämmaemandatel ja perearstidel väga oluline roll lapseootel naiste-vägivalla ohvrite abistamisel ja kaitsmisel. Seda just profülaktilisest, naiste informeerimise ja toetamise seisukohast, et ennetada raskete tagajärgedega traumasid. Lähtutakse eeldusest, et kõik lapseootel naised käivad regulaarselt oma tervislikku seisundit kontrollimas. Koolitatud ja kogenud pilguga meedik fikseerib kiiresti vastuvõtule sattunud vägivalla all kannatava naise. Suutes luua ohvriga usaldusväärse kontakti on meedikul võimalus ohvri edaspidist käitumist mõjutada: motiveerida teda laskma oma tervist põhjalikult kontrollida ja pöörduma ka teiste arstide poole, otsima abi tugikeskusest, sotsiaaltöötajalt, politseinikult jt. Õpetada ohvrit kuidas vältida või ka ennetada perevägivalda, kuidas kaitsta end ja veel sündimata last perevägivalla eest, soovitada talle lugemiseks infomaterjale jne.

Paraku Eestis see süsteem ei tööta. Meedikud kohtlevad harva naist-vägivalla ohvrit erilise patsiendina, kes nõuab tavalisest suuremat tähelepanu. Vägivalla ohvrise suhtutakse kui

tavalisse patsienti, kuigi temaga tuleks tegeleda kui riskiolukorras viibiva inimesega. Vägivalla ohver elab pideva psüühilise pinge all, kartes saada uusi vigastusi, mis ohustavad nii tema enda kui raseduse perioodil ka veel sündimata lapse tervist.

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut (EAÜI) on naistevastase vägivalla probleemiga tegelenud alates 2000 aastast. Aastal 2001 viis EAÜI läbi Eesti esimese rahvusliku perevägivalla ohvriuuringu. 2003a viidi Avatud Eesti Fondi finantseerimisel läbi projekti pealkirja all „Vägivald ja naiste tervis“. Selle projekti raames toimus samaaegselt kaks üle-eestilist uuringut. Lisaks elanikkonna kordusuuringule küsitlesime eri valdkondade meditsiinitöötajad, nagu perearstid, günekoloogid, traumatoloogid jt, kes oma igapäevatöös naistevastase vägivalla ohvritega tihedalt kokku puutuvad.

2005-2006 aasta sügis-talvel viidi koostöös Ämmaemandate Ühinguga läbi projekt naiste sünnituskäitumisest ja rasedate vastasest vägivallast. Neljas Eesti haiglas (Pärnu, Viljandi, Jõhvi, Kohtla-Järve) anketeeriti kokku 553 vastsünnitanud naist. Eelnimetatud projekti raames on koostatud ka käesolev käsiraamat „Naistearstile naistevastasest vägivallast“. Kuigi sihtgrupina on eelkõige silmas peetud naistearste ja ämmaemandaid, saame järgnevat lugemismaterjali soovitada ka kõikidele perearstidele ja –õdedele.

Käsiraamatu eesmärgiks on:

1. juhtida medikute tähelepanu naistevastase vägivalla probleemile Eestis,
2. anda ülevaade vägivalla ohvriks langenud naiste tervislikust seisundist ja vägivalla mõjust naiste tervisele,
3. näidata soovimatute raseduste, abortide ja sünnitamisest loobumise seoseid naistevastase vägivallaga,
4. selgitada, kuidas mõjutavad ema poolt raseduse ajal kogetud negatiivsed emotsioonid veel sündimata last,
5. avada naiste hoiakuid naistearstide suhtes,
6. õpetada nägema patsiendis vägivalla ohvrit,
7. julgustada ja nõustada medikut ohvriga suhtlemisel,
8. anda praktilisi näpunäiteid selle kohta, kuidas ja missugust abi ohvrile pakkuda.

1. VÄGIVALD JA SUGU

1.1. NAISTEVASTANE VÄGIVALD

Selles peatükis ...

- ✚ avame vägivalda mõiste ja toome ära 3 vägivalda eksisteerimise vormi
- ✚ selgitame soolise vägivalda olemust
- ✚ anname ÜRO definitsioonid naistevastase vägivalda kohta
- ✚ analüüsime naiste- ja meeste vastu suunatud vägivalda 10 erineva tunnuse lõikes
- ✚ nimetame 10 põhivaldkonda, millistes naistevastane vägivald on suureks probleemiks
- ✚ toome välja 12 maailmas enamlevinud vägivalda liiki, mis ohustavad peaaegu või ainult naisi

1.1.1. VÄGIVALDA VORMID

Vägivald on käitumine, mille abil saavutatakse teises inimeses hirmu tekitades võim tema elu üle. See tähendab ka teise inimese käitumise, mõtete ja tunnete kontrollimist.

Vägivald võib olla:

1. **vaimne**
2. **füüsiline**
3. **seksuaalne**

1. Vaimne vägivald:

- ignoreerimine – tunnete, arvamuste, soovide, ettepanekute eiramine;
- vaikimine – nn tummfilm;
- ähvardamine – vägivalda kasutamisega naise või ka enese vastu, näiteks lubab ennast ära tappa, lapsed emalt ära võtta jms;
- jälitamine, jälgimine – teise inimese järel käimine, tema tegemiste ja käimiste jälgimine, “juhuslike” kohtumiste otsimine jms;

- segamine, tülitamine – kõnetamine, helistamine, kirjade, meilide, kingituste, lillede saatmine jms;
- hirmutamine – hirmu esilekutsumine oma ilme, liigutuste, sõnade või tegudega, näitks kiire autosõit, kui naine kardab kiirust, keldrisse kinnipanek jms;
- söimamine – ebaviisakate, ebatsensuursete sõnade kasutamine ja nimetuste andmine;
- laimamine – näiteks sõpradele rääkimine, kui inetu, rumal jne naine on;
- alandamine – näiteks rääkimine, et naine on paks, inetu, rumal, ei oska mitte midagi jms;
- süüdistamine – näiteks selles, et naine on toimunud vägivaldas ise süüdi, naine on mehe nii kaugele viinud;
- naise ja tema soo halvustamine – näiteks märkused “naise loogika”, “mida naine ka teab” jms;
- manipulatsioon – näiteks naise tunnetega mängimine, olles kord südamlik ja hell, kord vägivaldne;
- sugestsioon – näiteks sisendab naisele, et too on vaimuhaige jms;
- kontroll – teise inimese tegemiste, käimiste, ajakasutamise reguleerimine;
- eraldamine, isoleerimine – sugulastest, sõpradest, kõigist, kes võiksid naisele tuge ja abi pakkuda, näiteks ei luba enam sõbrannaga suhelda;
- laste kasutamine vägivaldalahendina – kasutab lapsi naises süütunde äratamiseks, sõnumitoojate, informaatoritena, kasutab lastega kohtumise õigust vägivaldaga ähvardamiseks;
- meeste eesõiguste ja võimuasendi ärakasutamine – kohtleb naist nagu teenijat, teeb kõik "suured" otsused üksi;
- majanduslik kontroll – töö saamise takistamine, töölkäimise keelamine, rahasaamise takistamine, raha mitteandmine jms;
- juriidiline kuritarvitamine – väljapetmine, allkirja võltsimine jms;
- kaudne vägivald – teise inimese esemete või omandi hävitamine, näiteks asjade lõhkumine, ähvardamine lastele jt lähedastele viga teha jms.

2. Füüsiline vägivald:

- juustest tirimine – ka juukseidpidi lohistamine, juuste väljatõmbamine;
- agressiivne füüsiline kontakt – nügimine, müksimine jms;
- liikumise takistamine – kinnihoidmine, kinnisidumine jms;
- löömine – lahtise käega, rusikaga, jalaga, mingi esemega;
- pekmine – rusikaga, jalaga, mingi esemega;
- kägistamine, lämmatamine – kätega või mingi esemega, nagu püksirihm, padi jms;

- relva kasutamine – külmrelv, näiteks nuga; tulirelv; ka mingi eseme kasutamine relvana, nagu näiteks kahvel jms;
- kaudne vägivald – lemmikloomade, laste jt naisele lähedaste olendite või inimeste piinamine, tapmine.

3. Seksuaalne vägivald:

- soovimatu seksuaalne tähelepanu – seksuaalse sisuga märkuste tegemine;
- seksuaalne häirimine – soovimatute ettepanekute tegemine, seksuaalse sisuga telefonikõnede, kirjade, meilide, pornograafilise materjali pakkumine, saatmine;
- seksuaalsete teenuste eeldamine ja nõudmine (seksuaalne ahistamine töökohal) – seksi vastu karjäärivõimaluste, privileegide pakkumine lähtuvalt pakkuja kõrgemast võimupositsioonist;
- objektistamine – naise pidamine seksuaalse naudingu saamise vahendiks, tema soovide, tunnete, vajadustega mittearvestamine;
- soovimatu, tahtevastane seksuaalne puudutamine - käperdamine;
- seksuaalne sundus – naisele vahekorra või vastuvõetamatu seksi pealesurumine;
- sadistlik vahekord – peksmine või muul moel naise intiimsetele kehaosadele valu tekitamine;
- vägistamiskatse – seksuaalvahekorra üritamine vastu naise tahtmist kas füüsilist jõudu, ähvardusi appi võttes või naise abitut seisundit ära kasutades;
- vägistamine – sh abielusisene vägistamine.

1. **Vaimne vägivald** võib eksisteerida väga erinevates vormides, nagu verbaalne, psühholoogiline, majanduslik, sotsiaalne vägivald. Vägivallatsejad rakendavad oma ohvri suhtes erinevaid tehnikaid alates psühholoogilisest survest ja jõhkrast sõimust kuni majanduslike piirangute seadmise ja sotsiaalse isolatsioonini. Mehe vägivaldne käitumine võib olla alguses peaaegu märkamatu manipuleerimine ja naise elu ning tegemiste kontrollimine. Manipuleerimine ja kontrollimine tähendab teise inimese mõtete, tunnete ja käitumise suunamist ning juhtimist. Vaimse vägivalla abil halvatakse ohvri mõtlemis-, mõistmis- ja teovõime. Eesmärgiks on ohvri enesetunde, eneseusu, vastupanuvõime purustamine ja isiksuse hävitamine. Vaimne vägivald on tihti varjatud. Paljusid vaimse vägivalla vorme on väga raske kindlaks teha.

2. **Füüsiline vägivald** võib ulatuda kinnihoidmisest ja rusikahoopidest kuni kägistamiseni ja mitmesuguste relvade kasutamisest kuni roimadeni. Naistele tekitatud vigastused, haavad, traumad vahelduvad sinistest laikudest, muhkudest, muljumishaavadest kuni

püsivate kahjustusteni, nagu kuulmis-, nägemis- või liikumisvõime kaotamine. Raseduse ajal naise kallal vägivalda tarvitamine võib viia raseduse katkemiseni.

- 3. Seksuaalne vägivald** kaasneb sageli füüsilise vägivaldaga või viib füüsiline vägivald kulminatsioonis seksuaalvahekorrale sundimisele ja vägistamisele. Seksuaalne vägivald on ka igasugune naisele soovimatu seksuaalne puudutamine ja tähelepanu osutamine. Vägivaldne seksuaalvahekord on võimuvahend, mida kasutatakse teise osapoole alandamiseks, et talle kätte näidata madalam koht sugude hierarhias.

Vägivalda eri vormid võivad esineda koos. Kõik vägivallavormid sisaldavad alati vaimset vägivalda. Pole võimalik naist peksta või vägistada ilma talle sealjuures psühholoogilist traumat tekitamata.

1.1.2. VÄGIVALDA SOOLINE MÕÕDE

Vägivalda aluseks võivad olla nii inimese rass, rahvus, religioon, perekonnaseis, seksuaalne suundumus, varanduslik seisund, iga kui ka sugu. Seega võib vägivald olla sooline, sugupoolega liituv ja sugupooltest sõltuvalt erineda. Nii nagu vägivalda ohvritel ja kurjategijatel on sugu, nii on ka vägivallal sooline mõõde.

Naiste vastu suunatud vägivald erineb paljude tunnuste poolest meeste vastu suunatud vägivallast.

Järgnevalt toome naiste- ja meestevastu suunatud vägivalla erinevused 10 tunnuse lõikes (Kase 2004):

1. Vägivallatseja sugu.

- Naiste suhtes kasutavad vägivalda valdavas enamikus vastassoost isikud ehk mehed.
- Meeste kallal tarvitab vägivalda üldjuhul samast soost isik ehk teine mees.

2. Vägivallatseja ja ohvri lähedusaste.

- Naiste suhtes kasutavad vägivalda enamikul juhtudel abikaasad/partnerid või tuttavad mehed. Umbes 80% juhtudest tunneb ohver vägistajat.
- Meeste kallal tarvitavad vägivalda rohkem võõrad või juhututtavad, pereliikmete puhul eelkõige sama pere teised meessoost liikmed.

3. Vägivalla ohvrite sooline proportsioon lähisuhtes.

- Naised on valdavas enamuses ohvrite hulgas, keda nende abikaasad või endised abikaasad vägivaldselt kohtlevad. Ohvrite sooline proportsioon ehk naiste-meeste vahekord on ca 9:1, mis tähendab, et naised kannatavad lähisuhtevägivalda all

ühem korda sagedamini kui mehed. 40 – 70% mõrva ohvriks langenud naistest on tapetud oma abikaasa/elukaalase või endise abikaasa/elukaaslase poolt.

- Mehed langevad lähisuhtes vägivalda ohvriks üheksa korda vähem. Mõrva ohvriks langenud meestest on tapetud oma (endise) naispartneri poolt 4 – 8% ehk 10 korda vähem.

4. Vägivalla toimepanemise koht.

- 2/3 vägivallajuhtumitest toimuvad naise kodus. Seega kuulus inglise vanasõna „minu kodu on minu kindlus“ naise puhul ei kehti. Naise jaoks on kõige ohtlikum koht maailmas tema enese kodu.
- Mehed langevad vägivalda ohvriks valdavalt enamikus avalikes kohtades nagu tänaval, baaris jm või siis töökohal.

5. Vägivalla kasutamise põhjused.

- Naiste vastu suunatud vägivald on tingitud sugupoolte ebavõrdsest seisundist. Mehed kasutavad naiste suhtes vägivald peaaesmärgiga näidata naisele kätte tema madalam koht sugupoolte hierarhias.
- Meestevahelise isikuvastase vägivalla puhul kasutavad mehed üldjuhul vägivald omavahelises võimuvõitluses paremuse väljaselgitamiseks.

6. Vägivalla kasutamise motiivid.

- Naised kasutavad paarisuhtes meeste vastu vägivald sagedamini siis, kui neid endid on enne pikema aja jooksul ja korduvalt vägivaldselt koheldud. Naiste vägivald on tihti enese või laste kaitsmise vahend või katse lõpetada mehepoolne vägivald.
- Mehed kasutavad vägivald eelkõige eesmärgiga naise üle domineerida.

7. Vägivalla tagajärjed.

- Naine on üldjuhul mehest füüsiliselt nõrgem. Naistele on järelikult ka vägivalla tagajärjed raskemad. Eriti ohtlik on vägivald vanematele naistele. Ealised muutused toovad naise jaoks kaasa luude hõrenemise. Mehe rusikahoop võib vanema naise jaoks seetõttu lõppeda tõsise traumaga.
- Mees on tugevam kui naine. Ka mehe füüsiline potentsiaal on paremini välja arendatud, mees teeb rohkem füüsilist tööd, tegeleb enam jõudu arendavate spordialadega.

8. Vägivalla algataja.

- Naine üldjuhul vägivaldse mehega koos elades peretüli ei alusta, ta on selleks liiga ärahirmutatud, kuna on korduvalt kogunud mehepoolset vägivald. Ka Eestis läbiviidud perevägivalla uuringust selgus, et peredes, kus vägivald on igapäevane nähtus, algatab naine aruharva peretüli.
- Mees, kes on vägivaldne, leiab ükskõik millise temale sobiva ettekäände, et naise peal oma agressiivsust välja elada.

9. Vägivalla kasvatus.

- Naiste puhul on vägivalla kasutamisel tegemist taunitava käitumisega. Naistel puudub varasem vägivalla kasutamise harjumus, vägivallaga probleemide lahendamise printsiip.
- Meeste puhul on vägivalla kasutamisel tegemist lubatud käitumisega. Mehi õpetatakse juba poisipõlvest peale enda eest seisma ja vajadusel vastase suhtes vägivalda kasutama.

10. Vägivalla ajaloolis-kultuuriline taust.

- Naistel puudub meeste vastu vägivalla kasutamise ajalooline kogemus ja kultuuriline heakskiit.
- Meestel on naiste suhtes rakendatava vägivalla puhul toeks tuhandete aastate pikkune ajalugu. Meeste vägivalla kasutamist naiste vastu on põhjendanud ja õigustanud nii meeste loodud religioon, filosoofia kui kultuur.

Soolise vägivalla all peetakse silmas naistevastast vägivalda, mis võib avalduda mitmel moel. Vägivald võib olla füüsiline, vaimne või seksuaalne. Ka vägivallaga ähvardamine, millekski sundimine ja vabaduse võtmine on vägivald. Üks vaimse vägivalla liike on ka majanduslik vägivald nagu näiteks majanduslikult sõltuva abielupoolle rahast ilmajätmine.

Statistilised andmed ja maailma eri riikides läbiviidud uuringud tõestavad, et naistevastane vägivald on üks levinumaid kuritegevuse liike kogu maailmas. Rusikareegliks on, mida meestekesksem ühiskond, seda rohkem naistevastast vägivalda. Kui näiteks Eestis on kas vaimset, füüsilist või seksuaalset vägivalda kogenud iga viies naine, siis Ladina-Ameerika maades on meestepoolse vägivalla ohvriks langenud praktiliselt iga teine naine.

Kuna naised moodustavad ühe poole kogu inimkonnast kui tervikust, siis on naistevastane vägivald probleem, mis puudutab kõiki inimeksistentsi valdkondi.

Järgnevalt nimetame 10 põhivaldkonda, millistes naistevastane vägivald on suureks probleemiks:

1. **Globaalne probleem.** Maailmas ei ole ühtegi riiki, ühtegi ühiskonda, kus naistevastane vägivald ei oleks massiliselt levinud.
2. **Inimõiguste probleem.** Naistevastane vägivald kujutab endast paljude erinevate inimese põhiõiguste ja –vabaduste rikkumist, olgu siis tegemist õigusega isikupuutumatusel või seksuaalsele enesemääramisele.
3. **Soolise võrdõiguslikkuse probleem.** ÜRO hinnangul on naistevastane vägivald põhiinstrument, mille abil naised on surutud ühiskonnas meestest madalamale

positsioonile ja mille läbi on takistatud naiste inim- ning kodanikuõiguste realiseerimine ja nende vaba areng.

4. **Inimsuhete probleem.** Naistevastane vägivald mitte ainult ei lõhu perekondi. Vägivald kogunud naistel on raske või isegi võimatu sõlmida vastassugupoolega usalduslikke ja stabiilseid suhteid.
5. **Sotsiaalne probleem.** Naistevastane vägivald toodab mitte ainult naiste vaid sellest tulenevalt ka laste vaesust. Naistevastane vägivald on kas otseselt või kaudselt riigi sotsiaalabi süsteemi üheks suuremaks koormusfaktoriks.
6. **Kriminaalne probleem.** Suur osa siseriiklikust või ka rahvusvahelisest kuritegevusest tuleneb naiste vastu suunatud vägivallast. Nagu maailmas nii ka Eestis on perevägivald enamlevinud kuriteo liike.
7. **Juriidiline probleem.** Olukord, kus naistevastane vägivald sedavõrd erineb meeste vastu suunatud vägivallast, et eksisteerib kümneid vägivalla liike, mis puudutavad peaaegu või ainuüksi naisi, nõuab seadusandjalt ka spetsiaalsete väljatöötamist, mis võtavad arvesse kuritegude soolist diferentseeritust ja eripära, olgu siis tegemist koduvägivalla või naistega kaubitsemisega.
8. **Majanduslik probleem.** Naistevastasel vägivalla on kõrge hind mitte ainult kaudses vaid ka otseses mõttes, rahasse ümberarvestatult. See tuleneb kulutustest, mida ühiskond peab tegema ohvrite ravimiseks, samuti kulutustest politseile, kiirabile, juristile, kohtule, või ka vanglale, mis on vajalik ühe vägivalla juhtumi käsitlemiseks, rääkimata ohvrite tegemata jäänud töötundidest jm.
9. **Tervishoiu probleem.** Naistevastane vägivald ei ole mitte ainult suurim naiste tervise kahjustaja ja lõppeda naise invaliidistumise või isegi surmaga. Ema vastu suunatud vägivald ei ole kahjulik mitte ainult talle, vaid kujundab negatiivselt veel sündimata lapse psüühikat.
10. **Demograafiline probleem.** Partneripoolne vägivald mõjutab tugevalt naise soovi sünnitada rohkem lapsi või ka soovi sünnitada poega.

1.1.3. NAISTEVASTASE VÄGIVALLA MÄÄRATLUS JA SELLE LIIGID

Naistevastasele vägivald on kui spetsiifilisele kuritegevuse liigile hakati maailmas tõsiselt tähelepanu pöörama alles 10-15 aastat tagasi. 1993. aastal Viinis toimunud inimõiguste konverentsil tunnustati esmakordselt, et naistevastane vägivald on inimõiguste rikkumine. 1995. aastal ÜRO egiidi all Pekingis toimunud ülemaailmsel naiste konverentsil võeti vastu dokument naistevastase vägivalla kõikide vormide likvideerimise kohta ehk nn Pekingi platvorm.

Naistevastane vägivald ÜRO käsitlekse järgi:

- Termin “naiste vastu suunatud vägivald” tähendab igasugust soolisel erinevusel põhinevat vägivalda, mille tulemuseks on või mis võib tõenäoliselt lõppeda füüsilise, seksuaalse või psühholoogilise kahjustuse või kannatuse tekitamisega naistele, kaasa arvatud sellise tegevusega ähvardamine, sunniabinõude tarvitamine või vabadustest ilmajätmine, kas avaliku või eraelu sfääris.

Naistevastane vägivald põhineb ajaloolistel eeskujudel, teatud traditsioonilistel ja harjumuspärastel tavadel, mis asetavad naise madalamasse seisundisse perekonnas, töökohal, kogukonnas ja ühiskonnas.

ÜRO naistevastase vägivalla definitsioon:

- Naistevastane vägivald on ajalooliselt kujunenud naiste ja meeste vahelise ebavõrdse võimusuhte tagajärg, mis on viinud meeste ülemvõimu ja naiste diskrimineerimiseni ja samuti takistanud naiste täieõiguslikku arenemist ühiskonnas. Naistevastane vägivald on üks põhimehhanisme, mille abil naised on surutud ühiskonnas meestega võrreldes madalamale positsioonile, alluvussuhetesse.

Naistevastane vägivald on:

- **perekonnas** toimuv füüsiline, seksuaalne ja vaimne vägivald, nagu peksmine, abielus toimuv vägistamine, tütarlaste seksuaalne ahistamine perekonnas, kaasavaraga seotud vägivald;
- **kogukonnas** toimuv füüsiline, seksuaalne ja vaimne vägivald, nagu peksmine, seksuaalne ahistamine ja ründamine töökohal, õppeasutustes ja mujal, vägistamine ning naistega kaubitsemine ja prostitutsioonile sundimine;
- **riigis** heakskiidetud või praktiseeritud füüsiline, seksuaalne ja vaimne vägivald, nagu relvakonfliktide käigus toimuv naiste tapmine ja süstemaatiline vägistamine,

ekspluateerimisega seotud vägivald, seksuaalne orjus ning sundsteriliseerimine, sunnitud abort, sunniviisiline kontratseptiivide kasutamine, pealesunnitud rasedus, lapse sünnieelne soovalik ja tütarlastest imikute tapmine.

Vägivald on ÜRO määratluse järgi kuritegu.

ÜRO naistevastase vägivalla loetleu aluseks võttes saab tuletada vägivalla liigid, mis ohustavad peaaegu või ainult naisi:

1. lähisuhte vägivald (perevägivald)
2. vägistamine (seksuaalne sund), sh abielusisene vägistamine, vägistamine sõjaseisukorras, nõ veritasu vägistamine (meiepoolt kasutusele võetud termin), kus mõne pere meessoost liikmele kättemaksuks või karistuseks vägistatakse selle pere naissoost liikmeid
3. seksuaalne ahistamine
4. ahistav jälitamine
5. (vägivalla) pornograafia
6. (sund) prostitutsioon
7. naistega kaubitsemine, sh kataloogiabelud ehk pruut kirja teel
8. naiste ja tüdrukute ümberlõikamine
9. sundabelud
10. pruudirööv
11. lapse soo selektsioon kas läbi abortide või vastsündinud tütarlaste tapmise läbi
12. naise reproduktiivseid õigusi puudutav vägivald – siia alla kuuluvad nii sundabordid, kui sünnitamisele sundimine.

Käesolev loend ei ole kaugeltki ammendav ja soolise vägivalla ilminguid võib leida teisigi. Üheks kurioossemaks ja ühtlasi ka harvaesinevamaks on amputantlus (naiste jäsemete kirurgiline eemaldamine spetsiifilise seksuaalse eelistusega meeste vajaduste rahuldamise eesmärgil). Kuigi valdava osa amputantide puhul on tegemist puudega naistega või naistega, kes on invaliidistunud õnnetuse tagajärjel, on maailmas esinenud ka nõ kirurgilise sekkumise juhtumeid.

Naist, kes teeb läbi korduva iluoperatsiooni isegi oma elu ja tervist ohtu seades (näiteks üleloomulike mõõtmeteni oma rinnapartiid suurendades), et ainult oma partnerile meeldida, saab samuti pidada soolise vägivalla ohvriks.

Eesti üha aktiivsem osalus globaliseerumisprotsessis toob endaga kaasa ka uusi naistevastase vägivalda liike, mis Eestis seni veel tundmatud. Olgu siis tegemist selekteeriva abordi või naiste ümberlõikamisega. Kõik see kujutab endast uut väljakutset ka meditsiinisüsteemile.

Järgnevalt peatume põgusalt kahel Eestis enam levinud naistevastase vägivalda vormil, millega meedikud oma igapäevatoos pidevalt kokku puutuvad. Need on lähisuhtevägivald ja vägistamine.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ???** Miks niipalju erinevaid vägivalda liike on suunatud ainult naiste vastu
- ???** Miks kasutavad naised kordades vähem vägivalda kui seda teevad mehed
- ???** Miks on ÜRO defineerinud naistevastast vägivalda just nii nagu ta seda on teinud
- ???** Kuivõrd naistevastane vägivald tuleneb käitumis- ja mõttemallidest, mida meie kultuur peab meeste-naiste "normaalseks" omavaheliseks suhtlemiseks
- ???** Milline on Eesti meditsiinisüsteemi valmisolek seista vastakuti meil veel senitundmatute naistevastase vägivalda liikidega
- ???** Milline on iga üksiku meediku eetika ning vastutus olukorras, kus tekib oht olla naistevastase vägivalda täidepanemise tööriistaks (näit. naiste ümberlõikamine)

1.2. LÄHISUHTEVÄGIVALD

Selles peatükis ...

- + nimetame kuus eri perevägivalla vormi
- + selgitame, milline erinevus on pere- ja lähisuhtevägivallal
- + toome välja 3 erinevust perevägivalla ja avalikus kohas toime pandud vägivalla vahel
- + võrdleme omavahel lähisuhtevägivalla spetsiifikat mehe – naise vahelise suhte kaheksal eri etapil
- + toome mõningaid arve ja fakte perevägivalla levikust maailma eri riikides
- + räägime, mida näitavad Eestis läbi viidud pere- ja naistevastase vägivalla uuringud

1.2.1. PEREVÄGIVALLA DEFINEERIMINE

Vägivalda võivad peres (kodus) kasutada nii mehed kui ka naised, nii lapsed kui ka täiskasvanud.

Üldmõiste “perevägivald” alla mahub kuus erinevat vägivalla vormi:

- 1. Mehe või meespartneri poolt abikaasa või intiimpartneri suhtes toime pandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju.
- 2. Naise või naispartneri poolt abikaasa või intiimpartneri suhtes toime pandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju.
- 3. Vanemate või hooldajate poolt laste suhtes toime pandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju. Raskeim lastevastase vägivalla liik on intsest ehk laste seksuaalne ärakasutamine.
- 4. Vanemate vendade-õdede või teiste suguvõsa liikmete poolt laste suhtes toime pandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju.

5. **Laste (noorukite) poolt vanemate või vanavanemate suhtes toimepandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju.
6. **Täisealiste laste poolt eakate vanemate või vanavanemate (kes on kas perekonnast sõltuvad või haiged) suhtes toimepandud vaimne, füüsiline või seksuaalne rünnak**, mille tagajärjel on ohvrile tekitatud emotsionaalne trauma, füüsilised vigastused või muu kahju.

Kõige sagedamini esinev perevägivalda vorm on selline, kus mees kasutab vägivalda naissoost pereliikme ja eelkõige oma intiimpartneri ehk mehega lähisuhetes oleva naise - abikaasa või elukaaslase vastu. Ohvrite ja vägivallatsete (naiste-meeste) vahetõkord lähisuhte vägivalda juhtumite puhul on 1 : 9, seega on igast kümnest ohvrast 1 mees- ja 9 naissoost.

1.2.2. PEREVÄGIVALD KUI SPETSIIFILINE KURITEOLIIK

Perevägivalda puhul on tegemist vägivallaga, mis põhimõtteliselt erineb avalikus kohas toimunud kuriteost:

1. **Ohver ja vägivallatseteja on abielus või lähedastest suhtes.** Perevägivalda puhul on ohver ja kurjategija omavahel seotud. Avalikus kohas toime pandud vägivalda puhul ei tunne ohver ja kurjategija üldjuhul üksteist.
2. **Ohver sõltub vägivallatsetest emotsionaalselt, materiaalselt, moraalselt.** Ohver on kurjategijast mitmetasandilises sõltuvussuhtes. Sageli pole naised huvitatud, et vägivaldne mees vangistatakse, sest selle tagajärjel satuvad nad lastega raskesse materiaalsesse olukorda. Meestekeskne ühiskond eeldab, et naine oleks oma mehele lojaalne ega "kannaks tüli toast välja". Ja lõpuks - naine armastab meest ja soovib uskuda, kui mees lubab, et vägivald ei kordu. Vaatamata kõige suurematele julmusele tunneb naine end siiski mehega emotsionaalselt seotuna.
3. **Ohver ja kurjategija jäävad pärast kuriteo toimepanemist omavahel samasse ruumi.** Avalikus kohas toime pandud vägivalda puhul lahkub kurjategija sündmuskohalt või põgeneb ohver. Kuriteojärgseid omavahelisi kontakte nende vahel praktiliselt ei esine, va juhul, kui ohver on röövitud ja teda hoitakse vangistuses. Koduvägivalda puhul on olukord vastupidine. Sama katuse all viibimine võimaldab kurjategijal ohvrit määramata aja vältel kõigi sobivate vahenditega mõjutada ja ähvardada: keelata naisel juhtunust rääkimise, takistada teda politseisse teatamisest jne.

1.2.3. VÄGIVALD SUHTE ERI ETAPPIDEL

Suhte kujunemise sõlmpunktid on esimene seksuaalvahekord, ühtekolimine/abiellumine, rasedus, lapse sünd. Vägivald võib alata juba kohtamiste perioodil ja kesta edasi ka pärast abielulahutust või lahkuminekut.

- 1. Kohtinguvägivald.** Vägivald võib ohustada naist juba enne kooselu algust. Mida kiiremini suhe algas, mida rohkem see tugines tunnetele ja mida vähem aega võeti olukorra üle järelemõtlemiseks, seda suurem on oht sattuda kokku vägivaldse partneriga. On väga oluline, et naine oskaks potentsiaalsed vägivaldsed mehed välja selekteerida juba esimestel kohtumistel. Mida kaugemale arenevad suhted vägivaldse mehega, seda raskem on naisel seda suhet lõpetada. Vägivaldne mees vajab oma eksistentsiks ohvrit. Kord sobiva ohvri leidnud, ei soovi ta temast enam loobuda.
- 2. Seksuaalsuhete algus.** Vägivald võib alata esimesest vahekorrast, kui mees ja naine on esimest korda teineteisega tõeliselt lähedased. Tihti avaldub inimese tõeline loomus alles seksuaalvahekorra ajal ning alles siis näeb naine mehe n-ö õiget nägu. Vägivaldne mees, kes käsitleb naist kui oma omandit, võib vahekorda tõlgendada ka kui enda omandiõigustesse astumist. Alates sellest hetkest arvab ta endal olevat naise üle kõik õigused, mida tuleb vajadusel maksma panna ka füüsilist vägivalda appi võttes.
- 3. Abiellumine/kooselu alustamine.** Kooselu algus, abielu võivad lisada vägivallatsejale vaid kindlusetunnet, et ta on naise „seaduslik“ omanik. Kõikides peredes esineb erimeelsusi ja tuleb ette tülisid. Öeldakse koguni: kui kaks inimest elavad koos ja neil ei teki kunagi erimeelsusi, on teine neist üleliigne. On loomulik ja lubatud, et kahel inimesel on erinevad arvamused ja arusaamad. Vägivald pole siiski sama, mis tülitsemine. Vägivald ei ole kahe inimese võrdne riid ega ühiste seisukohtade väljaselgitamine. Vägivald on mehelt naisele suunatud alandamine, ähvardamine, terroriseerimine, peksumine ja vägistamine. Vägivald on võimu kasutamine, mille puhul üks osapool dikteerib teisele, kuidas tuleb elada, olla, suhelda, ja paneb paika tegutsemise reeglid, tehes seda vägivalla abil. Koos suhte püsivamaks muutumisega vägivald vaid laieneb ja muutub üha regulaarsemaks ning tõsisemaks. Tarvitanud korraks vägivald, ületab mees vägivalla kasutamisega kaasneva vaimse barjääri. Seejärel hakkab vägivalla tarvitamise lävi kord-korralt madalduma. Vägivald lähisuhetes on kuritegu, millel on väga suur risk korduda ja kord – korralt julmemaks muutuda.
- 4. Rasedus.** Mitmete uurimuste järgi algab või intensiivistub vägivald naise raseduse ajal. Oleks naiivne arvata, et juba varem vägivald kasutanud mees naise lapseootele jäädes teeks 9-kuulise pausi. Pigem vastupidi – rasedus soodustab vägivald. Üks põhjusi armukadedada mehe puhul on kartus, et laps polegi tema oma. Mees võib alateadlikult tunda hirmu selle ees, et lapse sündides pöördub naise tähelepanu ja hoolitsus temalt

lapsel, samuti võivad mehel aktiveeruda segased tunded, mida ta tundis lapsena omaenda ema suhtes. Rasedus toob naise jaoks kaasa suuri muutusi organismis. Naisel tuleb nüüd keskenduda nende muutustega toimetulekule ja tulevasele lapsele. Kuna ka naine võib last oodates olla oma käitumises ebastabiilsem kui muidu (hakata kergemini nutma, solvuda jms), võivad harjumust emotsionaalsest lisakoormusest tekkivad pinged olla mõlemale poolele tõsiseks katsumuseks. Vägivaldsusele kalduv, egoistlik mees, kes siiani on olnud naise tähelepanu keskpunktis, tunneb ennast uues situatsioonis teisejärgulisena. Ta soovib, et naine pühenduks endiselt ainult tema heaolule, et kõik oleks nii nagu enne, ja püüab seda saavutada maksu mis maksab, kas või vägivalda abiks võttes.

5. **Lapse sünd.** Vägivald võib välja lüüa alles pärast sünnitust. Sel perioodil tuleb vägivald naisele täieliku üllatusena. Vägivalla vallandab armukadedus lapse vastu, kes on nüüdsest naise esmane prioriteet. Mehe jaoks võib lapsest kujuneda n-õ kolmas ratas vankri all, kes tema seni idüllilise elu naise hoolitseva käe all oma ilmumisega ära rikub.
6. **Abielutüdimus.** Ka vanemad naised, kellel seljataga pikem kooselu, ei ole vägivalla eest kaitstud. Abielutüdimus ja jahtunud tunded võivad samuti olla vägivalla ajendiks. Kuigi vägivalla risk aastatega langeb on just vanemas eas naised kõige altimad vigastustele. Vigastuste suur hulk vanemaealiste naiste-vägivalla ohvrite puhul on seotud ealiste muutustega nagu näiteks luude hõrenemine jt.
7. **Abielulahutus.** Lahutuseaeg on naisele kõige riskialdim, sest tõsisemad vigastused ja mõrvad toimuvad just sellel perioodil. Kui naine soovib lahutust/lahkuminekut, võib mees, vastupidi, soovida maksu mis maksab säilitada harjumuspärast, tema jaoks sobivat suhet. Vägivaldse mehe eesmärgiks on iga hinna eest oma ohvrit enesele hoida. Abiks võetakse hirmutamised ja ähvardused. Vägivald võib muutuda veelgi julmemaks ja jõhkramaks kui seni. Nn lahutusstressi käigus reageerivad tihti vägivaldselt ka sellised mehed, kes seda muudes olukordades kunagi teinud pole (ega tee ka hiljem). Lahutamine on naise jaoks suur ja raske samm, mis eeldab lähikondlaste igakülgset toetust.
8. **Lahutusjärgne vägivald.** Vägivald ei lõpe tihti pärast abielulahutust või lahkuminekut, vaid võib kesta veel aastaid. Vägivaldne mees, kes näeb naises oma omandit, võib endale ette kujutada, et tal on elu lõpuni ohvri üle nn omanikuõigused. Paljud naised, kes on sunnitud pärast lahutust koos eksabikaasaga samas korteris edasi elama, teavad, et nende suhetes ei muutunud midagi. Isegi samas (väike)linnas elades on endisel abikaasal lihtne, kui tal tahtmine tuleb, "oma" naist kimbutamas käia. Abielujärgne vägivald võib tihti lõppeda alles siis, kui mees leiab endale uue naise, tihti ka uue ohvri.

1.2.4. PEREVÄGIVALLA JUHTUMITE TASE JA STATISTIKA

Perevägivalda tase on kõrge kogu maailmas. Euroopas on iga viies naine kogenud lähisuhtes oma abikaasa või partneri poolset vägivalda. Soomes kannatab iga päev 309 naist paarisuhtes füüsilise või seksuaalse vägivalda all. Ameerika Ühendriikides on 22 % naistest langenud oma partneri vägivalda ohvriks. USA-s on perevägivald naistele tekitatud vigastuste peamine põhjus, nõudes ligi neli miljonit ohvrit aastas. FBI andmetel on 30-40% mõrvatud naistest tapetud abikaasa või meessõbra poolt (Rhode 1997).

Suurbritannias on perevägivald kõige sagedamini esinev vägivaldne kuritegu. Briti kuritegevuse uuringu kohaselt toimus 1997. aastal ligikaudu 835 000 perevägivalda intsidenti. 1992. aasta Suurbritannia Siseministeeriumi uuringu tulemusena selgus, et 48% tapetud naistest on langenud oma partneri või endise partneri käe läbi.

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut sotsioloog Iris Pettai juhtimisel viis 2001. aastal esmakordselt läbi üle-Eestilise perevägivalda käsitleva uuringu. Küsitluses osales 535 naist ja 472 meest, kokku 1007 inimest. 2003. aastal viidi Eestis läbi teine, vägivalda ja naiste tervist käsitlev küsitlus (valim 1008 vastajat, sealhulgas naised 544 ja mehed 464). Uuringud näitasid, et naistevastane vägivald on Eestis massiliselt levinud. Eesti ületab Põhjamaid naiste-vastase vägivalda taseme poolest enam kui kaks korda.

Naised on sagedamini kui mehed isikuvastase vägivalda ohvrid nii vaimse kui ka füüsilise vägivalda osas. Seksuaalne vägivald ohustab valdavalt ainult naisi. 2/3 kõigist naiste vastu suunatud vägivalda juhtumitest pannakse toime naise kodus ja enamikel juhtudel kas abikaasa või elukaaslase poolt.

Kõikidest Eesti naistest kogeb aasta jooksul vägivalda 20%, ehk viiendik täiskasvanud naistest tunnistab ennast vägivaldse käitumise ohvriks. Seega siis ca 116 tuhat naist vanuses 15-74 aastat. Sellesse numbrisse on koondatud vaimse, füüsilise ja seksuaalse vägivalda juhtumid, mida naised on aasta jooksul kogenud. Sageli on tegemist nn. kombineeritud vägivalda juhtumitega, kus ühed ja samad naised on kogenud nii vaimset kui füüsilist vägivalda või siis füüsilist ja seksuaalset vägivalda.

Kõige enam on naisi, kes peavad ennast vaimse vägivalda ohvriteks. Selliseid naisi on 9% kõikidest naistest, kes on kogenud üksnes vaimset vägivalda ja ei ole isiklikult kokku puutunud muude vägivalda juhtumitega. 9% naistest on olnud füüsilise vägivalda ohvrid või füüsilise ja vaimse vägivalda ohvrid. Ülejäänud 4% naistest on olnud füüsilise ja seksuaalse

vägivalla või siis üksnes seksuaalse vägivalla ohvrid. Ka selle rühma puhul võib seksuaalsele vägivallale lisanduda vaimne vägivald. Selles grupis on ka need naised, kes on aasta jooksul kogenud vaimset, füüsilist ja seksuaalset vägivalda.

Eestis läbiviidud pere- ja naistevastase vägivalla uuringute tulemusi:

	2001	2003
Aastas partneripoolse vägivalla ohvriks langenud naiste osakaal	21	20
o sh füüsiline vägivald	9	9
o sh seksuaalne vägivald	2	4
Aastas naistega toimunud füüsilise või seksuaalse vägivalla juhtumite arv	104 000	116 000
Aastas vigastada saanud naiste arv	44 000	41 000
o sh raskeid vigastusi	6 000	7000

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2001 ja 2003.

Eestis teavitab politseid ainult 10% vägivalla ohvriks langenud naistest, arsti poole pöördub abi saamiseks kolmandik ohvritest, sotsiaaltöötajalt otsib abi vaid 2-3% koduse vägivalla all kannatavatest naistest.

2004 aastal käivitus Politsei Korrakaitse direktori Joosep Kaasiku initsiatiivil Lääne Politseiprefektuuri, Eesti Sotsiaalprogrammide keskuse ja Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi ühisprojekt politsei professionaalsuse tõstmiseks perevägivalla tõkestamisel. Projekti finantseeris Avatud Eesti Fond. Projekti raames töötas politsei koos Eesti Avatud ühiskonna Instituudi sotsioloogi Iris Pettaiga välja uudse perevägivalla alase statistika kogumise süsteemi.

Lääne Politseiprefektuuris aasta jooksul kogutud perevägivalla juhtumeid iseloomustavad statistilised andmed:

- 90% kogu perevägivallast pannakse toime meessoost isikute poolt
- 70% kõigist perevägivalla juhtumitest pannakse toime intiimpartneri poolt
- 90% kõigist vägivaldsetest peredest moodustavad lastega pered.
- 10% kõigist vägivaldses peres kasvavatest lastest on aasta vanused ja nooremad.
- Praktiliselt kõik vägivaldses peres kasvavatest lastest on perevägivalla pealtnägijad, kolmandik neist ise otsese vägivalla ohvrid.

- Mida väiksemad on lapsed, seda vähem häbenevad vägivaldlatsejad nende juursolekul ema suhtes tarvitada füüsilist või seksuaalset vägivalda.
- Peaaegu viiendik vägivaldses peres kasvavatest lastest on füüsilise või seksuaalse perevägivalda ohvriks langenud veel enne 2aastaseks saamist.
- 40% perevägivalda ohritest saab peksta paar korda aastas, iga kümnes ohver kogeb perevägivalda rohkem kui kord kuus.
- Iga viies perevägivalda juhtum lõppeb ohvri jaoks kergemate või raskemate kehavigastustega.
- Rohkem kui kolmandik perevägivalda ohritest on saanud ka varasemate perevägivaldajuhtumite käigus kehavigastusi
- 77% kõigist vigastustest moodustavad abikaasad või elukaaslased

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ??? Miks on perevägivaldal massiline iseloom kogu maailmas
- ??? Miks on nais- ja meessoost perevägivalda ohvrite vahekord 1 : 9 samane kõikjal lääneriikides, kus analoogsed perevägivalda uuringud on läbi viidud
- ??? Miks on perevägivalda ohvriteks eelkõige just naised
- ??? Mis annab meestele õiguse kohelda oma partnerit julmalt ja vägivaldselt
- ??? Miks ühiskond ikka veel otsib perevägivaldale õigustust ja tuntakse kaasa kurjategijale, kõige lähedasema inimese suhtes vägivaldselt käitunud mehele ning süüdistatakse pigem naist-ohvrit
- ??? Miks nii vähesed ohvrid pöörduvad abisaamiseks selleks kutsutud seatud professionaalide poole nagu politsei, sotsiaaltöötajad, meedikud

1.3. VÄGISTAMINE

Selles peatükis ...

- + anname vägistamise definitsiooni nagu see on kirjas EV Karistusseadustikus
- + analüüsime 4 erinevat vägistamise liiki
- + toome välja grupiviisilise vägistamise neli baasfaktorit
- + toome välja grupiviisiliste vägistamiste viis ühisjoont
- + toome mõningaid arve ja fakte vägistamiste ulatusest maailma eri riikides
- + räägime pisut politseistatistikast Eestis toimepandud vägistamisjuhtumite kohta

1.3.1. VÄGISTAMISE DEFINITSIOON

EV Karistusseadustik (Kars § 141 lg 1) määratleb vägistamist järgmiselt:

- Vägistamine on inimese tahte vastaselt temaga suguühendusse astumine vägivallaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimunust aru saama.

Vägistamine on rünnak inimese ühe põhilise inimõiguse - seksuaalne enesemääramisõiguse vastu. Seksuaalne enesemääramisõigus on isiku õigus vabalt valida kas, kellega, millal ja mil viisil ta seksuaalvahekorda astub. Vägistamist on alati hinnatud üheks kõige raskemaks isiksusevastaseks kuriteoks ja seepärast on karistatud ja karistatakse ka tulevikus vägistamise eest rangelt.

1.3.2. VÄGISTAMISE LIIGID

1. Vihavägistamine

- motiiv: viha ja põlgus;
- rünnaku iseloom: ettekavatsematu, impulsiivne, julm;
- rünnakute regulaarsus: ebaregulaarsed, harvad;
- kurjategijale iseloomulik: vaenulikkus naiste vastu;

- kurjategija seisund: depressivne, vihane, tihti eelnevalt alkoholi tarvitanud;
- varasem kuritegevus: võib olla karistatud vägivalla kuritegude eest;
- ohver: võib olla pigem juhuslik ettesattuja
- vägivalla kasutamise viis: kasutab rohkesti füüsilist jõudu, harvem relva;
- vägivallaakti pikkus: lühiajaline;
- ohvri füüsiline seisund: kehal selged vägivalla jäljed;
- ohvri psüühiline seisund: mõnevõrra nõrgem süü- ja häbitunne

2. Üleolekuvägistamine

- motiiv: soov kontrollida teist inimest, vajadus tunda võimu;
- rünnaku iseloom: ettekavatsetud;
- rünnakute regulaarsus: korduvad ja võivad aja möödudes sagedeneda;
- kurjategijale iseloomulik: kahtlemine oma mehelikkuses, jõuetus, ebaõnnestumistunne, vägivaldsed seksuaalfantaasiad mida soovib teadlikult ellu viia.
- kurjategija seisund: hirmul, ärevil;
- varasem kuritegevus: võib olla karistatud seksuaalkuritegude eest;
- ohver: võib olla pigem tuttav
- vägivalla kasutamise viis: ei kasuta ülemäärast füüsilist jõudu, küll aga ähvardusi, käsutab ohvrit ja annab talle korraldusi, võib kasutada ka relva;
- vägivallaakti pikkus: ohvri alandamine võib kesta tunde, et kurjategija saaks nautida oma võimu ja kontrolli;
- ohvri füüsiline seisund: kehal ei pruugi olla füüsilise vägivalla märke;
- ohvri psüühiline seisund: tugev süütunne kuna allus kurjategija ähvardustele

3. Sadistilik vägistamine

- motiiv: sisemise tasakaalu saavutamise vajadus vägivaldsete seksuaalfantaasiade elluviimise läbi;
- rünnaku iseloom: ettekavatsetud, rituaalne;
- rünnakute regulaarsus: korduvad ja võivad aja möödudes sagedeneda;
- kurjategijale iseloomulik: agresioonist erootilise elamuse saamine, puudub kontroll oma sisemiste jõudude üle, kuritegu vajalik sisemise tasakaalu loomiseks ja ilmneb fantaasiates juba teismelise eas;
- kurjategija seisund: äärmiselt erutatud, sündmõtetest haaratud
- varasem kuritegevus: võib olla eelnevalt karistatud vägivalla kuritegude eest;
- ohver: valitakse enamasti sümbolsete tunnuste alusel;

- vägivalla kasutamise viis: ohvri kättesaamiseks võib kasutada relva, ohvri kallal kasutab erinevat vägivalda, iseloomulik orjastamine, piinamine, äärmuslikel juhtudel võib ohvri tappa;
- vägivallaakti pikkus: võib olla pikaajaline ja kesta päevi, ohvrit hoitakse vangistuses;
- ohvri füüsiline seisund: kehal ulatuslikud vägivalla jäljed;
- ohvri psüühiline seisund: ellujäänud ohvri psüühiline seisund üliraske

4. Seksuaalse rahulduse vägistamine

- motiiv: eelkõige seksuaalse rahulduse saamine;
- rünnaku iseloom: pigem impulsiivne;
- rünnakute regulaarsus: ühekordne või väga harv;
- kurjategijale iseloomulik: madal enesekontroll, enesekesksus
- kurjategija seisund: seksuaalselt erutatud
- varasem kuritegevus: ei ole üldjuhul eelnevalt seksuaalkuritegude eest karistatud;
- ohver: üldjuhul eelnevalt tuttav;
- vägivalla kasutamise viis: ei kasuta rohkem vägivalda kui hädavajalik, kui naine osutab eeldatust tugevamat vastupanu, võib rünnaku lõpetada
- vägivallaakti pikkus: lühiajaline;
- ohvri füüsiline seisund: kehal ei esine erilisi füüsilise vägivalla jälgi;
- ohvri psüühiline seisund: tugev süü- ja häbitunne, peab ennast juhtunud süüdlaseks

Vägistamised võib jagada kaheks vastavalt sellele, kas teo sooritas üksikisik või gupp.

1.3.3. GRUPIVIISILINE VÄGISTAMINE

Grupiviisilise vägistamisega on tegemist juhul kui teo paneb toime mitmest isikust, enamjaolt meestest koosnev punt. Neid iseloomustab üksteise hea tundmine ja ühtekuuluvus. Tegemist võib olla võistkonnakaaslastega, lähedaste sõpradega, gängiliikmetega, vendadega jne, kes väärtustavad grupi liikmeks olekut ja lojaalsust. Lojaalsuse rõhutamise üheks eesmärgiks on näidata teistele grupiliikmetele, et kuulun gruppi ja väärin grupi liikme au. Grupiviisiline vägistamine on vahend, millega grupiliikmed avalikult demonstreerivad meessoos paremust, näidates sellega ka teistele gruppidele oma seksuaalsust ja mehelikkust. Grupiliikmed tõestavad üksteisele oma mehelikkust ja seksuaalset jõudu ja põlgust ning kontrolli nõrgema soo, st siis tüdrukute ja naiste üle (Gatley & Martin 2001).

Grupiviisilise vägistamise neli baasfaktorit:

- 1) pornograafia
- 2) vägivallale, sh vägistamisele aldis ühiskond
- 3) mehelikkuse tõestamine naiste alandamise ja nende üle domineerimise kaudu
- 4) grupisisese identiteedi ja lojaalsuse rõhutamine

Grupiviisiliste vägistamiste viis ühisjoont:

1. Grupiliidri olemasolu. Paljud grupiviisilised vägistamised on planeeritud grupijuhi poolt. Grupijuhi ülesanneteks jääb valida ohver ja toimetada ta privaatsesse kohta. Samuti instrueerib grupijuht alama staatusega grupiliikmeid, kuidas tegutseda, vajaduse korral avaldab neile survet osalemiseks ja jõu demonstreerimiseks. Mõned grupiliikmed järgivad juhti koheselt, mõned tõrksalt ja mõned võivad isegi keelduda.

2. Teo ette planeerimine. USA teadlaste (J. W. Vander Zander, G. C. Davison, I. M. Neale jt) andmetel on suurem osa vägistamistest kindlasti ette planeeritud, st pole õige väita, et vägistamine on mehe spontaanne käitumine pärast seda, kui tema seksuaalne vajadus on muutunud ohjeldamatuks. See kehtib ka grupiviisiliste vägistamiste puhul.

3. Ohvri valimine. Tavaliselt valitakse ohvriks kaitsetu ja alistuv naisterahvas. Eelistatakse selliseid, kes on teistest erinevad, nt vaimupuudega või kel pole kindlaid väärtushinnanguid või pole nad mingi grupi liige. Sihtmärgiks valitakse naisterahvad, kes on noored, kogenematud, naiivsed, vähe informeeritud, ebapopulaarsed, mitte väga kenad, varem seksuaalselt ära kasutatud, vaimselt alaarenenud (Martin ja Hummer 1989), (O'Sullivan 1998). Valitakse ka ohvreid, kes on alkoholisõltlased ja ei suuda vastu panna, kui neile pakutakse alkoholi. Grupiviisilised vägistajad suruvad sageli ohvrile peale, et ta jooks liigse koguse alkoholi või tarbiks narkootikume, lootes sellega ohvri vastupanuvõimet vähendada.

4. Ohvri alandamine. Grupiviisiliste vägistamiste üheks eripäraks on ohvri alandamine, mis seisneb nii vaimses kui ka füüsilises alandamises. Vaimne alandamine seisneb enamasti nilbuste rääkimises ja sõimamises. Enamlevinud on siiski füüsiline alandamine, mis seisneb ohvri löömises ja kinni sidumises. Harvad ei ole ka juhud, kus ohvri vagiinasse, pärausse ja suhu topitakse erinevaid esemeid. Näiteks: mehhaanilised hambaharjad, vibraatorid, vibratsiooniga mobiiltelefonid, juukseharjad, pudelid, pesapallikurkad jm ettejuhtuvad esemed.

5. Teo eitamine. Tavaliselt lepivad grupiviisilised vägistajad peale vägistamist ühiselt kokku, et hakkavad juhtunut ja grupiliidri olemasolu eitama. Peale sündmust grupiviisilised vägistajad sageli ütlevad oma õigustuseks, et neil oli ohvri nõusolek grupiviisiliseks seksiks. Ei ole harvad juhtumid, kus grupiviisiliste vägistajate kaitseadvokaat ehitab oma kaitsekõne üles just ohvri mustamisele ja toob välja põhjuseid, et naine andis igati mõista, et tal pole mitte midagi grupiviisilise seksi vastu. Samas asub aga kaitseadvokaat süüaluseid ülistama, tituleerides neid “headeks poisteks”, tuues välja süüaluste sportlikud saavutused, kirikuskäimise jne. Nii tekibki mulje, et niisugused “toredad poisid”, poleks sundinud ohvrit olema seksuaalvahekorras ohvri tahte vastaselt. Juhul kui juhtum leiab kajastamist ka meedias, asuvad kõrvalseisjad pigem “toredate poiste” poolele ja ohvri vastu (Gately & Martin 2001).

1.3.4. VÄGISTAMISJUHTUMITE TASE JA STATISTIKA

Enamus vägistamisi pannakse toime poiste ja meeste poolt tüdrukute ja naiste vastu. USA andmetel moodutavad naiste poolt toime pandud vägistamised kuni 5%, meeste poolt toime pandud vägistamised moodustavad keskmiselt 98%. Peaaegu kolm neljandikku kõigist vägistajatest planeerib oma tegu ette ning vaid umbes 5% vägistajatest võib liigitada psühhootilisteks.

Ameerika Ühendriikidel on arenenud tööstusriikide seast kõige kõrgem registreeritud vägistamiste näitaja. Ameerika naistest on 12–25% on langenud vägistamise ohvriks ja 12–30% naistest on tulnud üle elada vägistamiskatse. Seega on neljandik kuni pool kõigist naistest langenud seksuaalse kallaletungi ohvriks, kusjuures kaks kolmandikku kuni neli viiendikku neist vägistamistest on toime pandud tuttava meesterahva poolt. Ühe hinnangu kohaselt langevad praegustest 12-aastastest tüdrukutest 20–30% oma elu jooksul seksuaalse rünnaku ohvriks (Scually 1990; Russell 1994; Johnson 1980). Vägistamiste tase eri riikides on vägagi erinev. Kui USAs vägistatakse iga 100 000 naise kohta 34, siis Norras ainult üks naine. Eesti vastav näitaja on 12.

Vägistamiste ja seksuaalkuritegude statistikkasse tuleb samas suhtuda äärmise ettevaatlikkusega. Küllaltki suures osas ei jõua seksuaalkuriteod üldse politsei registrisse. N. Wehner-Davini arvates on Lääne-Euroopa maades vägistamisel massiline iseloom, mis ähvardab ühiskonna turvalisust. Tema hinnangul on Saksa Liitvabariigis igal aastal 70 000-1 400 000 vägistamise juhtumit. J. Soutoue-Froule'i arvates 90% vägistamise ohvritest ei esita avaldust politseile, kuid samas pöörduvad paljud neist arstide poole abi saamiseks.

Vastavalt politseistatistikale registreeritakse Eestis keskmiselt 84 vägistamisjuhtumit aastas. Grupiviisilisi vägistamisi on keskmiselt 13 juhtumit aastas. 34-st kannatanust on 59% olnud alaealised ja 41% täiskasvanud. Politseistatistika andmetel aastatel on grupiviisilisest vägistatutest noorimad olnud 15-aastased. Statistikast lähtub, et just 15-aastased tüdrukud langevad kõige sagedamini grupiviisiliste vägistamiste ohvriteks.

Eri vanuserühmadest naiste risk langeda seksuaalse vägivalla ohvriks. Politsei ja med.töötajate eksperthinnangud:

POLITSEI	MED.TÖÖTAJAD
1. Noored tüdrukud 16 - 18a	1. Alaealised, 15a ja nooremad
2. Alaealised, 15a ja nooremad	2. Noored tüdrukud 16 – 18a
3. Vallalised naised, 19 – 21a	3. Vallalised naised 19 – 21a
4. Abielus/vabaabielus naised, 22a ja vanemad	4. Abielus/vabaabielus naised, 22a ja vanemad
5. Keskealised ja vanemad üksikud naised, üle 40a, lesed	5. Keskealised ja vanemad, üksikud naised, üle 40a, lesed

Allikas: Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Tallinna Politseiprefektuuri töötajate küsitlus 2002. Üle-eestiline med.töötajate küsitlus 2003.

Eesti meedikutel puudub tänasel päeval politsei teavitamiskohustus vägistamise juhtumitest, isegi kui ohvri elu on selle teo tagajärjel otseses ohus. Teavitamiskohustuse puudumine on ka kindlasti üks faktor, miks politseini jõuab vaid väike osa, ca 10%, toimepandud seksuaalkuritegudest. Tulemuseks on kurjategijate suhteline kindlustunne, et nende tegu ei tule kunagi ilmsiks, siit järgneb karistamatuse tunne, mis varem või hiljem viib uue samalaadse kuriteoni.

Meedikutepoolset teavitamiskohustuse puudumist on tihti põhjendatud ka vajadusega kaitsta vägivalla ohvriks langenud naist teistkordse ohvristumise (sekundaarne viktimisatsioon) eest, eelkõige ühiskonna ja kaasinimeste halvustava või häbistava suhtumise pärast. Vägistamise näol on kindlasti tegemist ühe kõige erandlikuma kuriteoga selles mõttes, et ohvrile langeb siin osaks vaat et pea suurem kaaskodanikepoolne hukkamõist kui kurjategijale. Seksuaalkuritegude puhul pannakse ohvrile tihti kui mitte kogu süü toimunud kuriteos, siis vähemalt sama süükoorem kui kurjategijale.

Kuritegu saab olla ainult kurjategija süü ja selle toimepanemise eest tuleb häbikoormat kanda temal. Miski, mida kuriteo ohver ütles või tegi, kuidas käitus või riides oli, ei anna mitte kellelegi õigust teise inimese vastu vägivalda tarvitada. Siin saab seksuaalvägivalla ohvri julgustamisel ja abistamisel kõige rohkem ära teha just naistearst, kelle poole ohver pärast vägistamist pöördub. Naistearst võib olla ainus inimene, kellele ohver juhtunust räägib ja kes toimunud kuriteost teada saab. Naistearst peaks samuti ohvrit toetama, et viimane pöörduks politsei poole. Seksuaalkuriteod ei ole üksikjuhtumid. Ühel kurjategijal võib olla kümneid ohvreid. Iga info, mis politseini jõuab, võib olla otsustava tähtsusega vägistaja tabamisel

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ???** Miks on vägistamistel massiline iseloom kogu maailmas ja samuti nendes riikides, kus prostitutsioon on legaliseeritud nagu Saksamaal, mis peaks mõningate arvamuste kohaselt olema seksuaalkuritegusid vähendavaks faktoriks
- ???** Miks vägistamiste arv erinevates kultuurides ja isegi samas kultuuriruumis piirkonniti oluliselt erineb, nagu näiteks Norra ja USA, kui vägistamiste põhjused on puhtbioloogilised, nagu tihti arvatakse
- ???** Miks on seksuaalvägivalla ohvriteks eelkõige just naised
- ???** Miks ei kaota naised samamoodi kontrolli ja ei vägistata mehi
- ???** Kui vägistajad on üksikud "hälbinud" inimesed, nagu arvatakse, siis kuidas saab selline kuriteoliik niivõrd laialt levinud olla
- ???** Miks paljud tavalised ja normaalsed mehed vägistajateks osutuvad

2. VÄGIVALD JA NAISTE TERVIS

2.1. NAINE JA NAISTEARST

Selles peatükis ...

- ✚ analüüsime eesti naiste günekoloogilist ravikäitumist
- ✚ toome välja eri naiste gruppide lõikes naistearstide külastatavuse
- ✚ selgitame mõjutegureid, mis määravad patsientide visiitide sageduse
- ✚ toome välja eri naiste gruppide lõikes patsiendipoolsed hinnangud naistearstidele
- ✚ selgitame mõjutegureid, mis määravad naiste suhtumist naistearstidesse
- ✚ anname taustainfo edasiseks analüüsiks teemal, kuidas naiste günekoloogilist ravikäitumist tundes on naistearstidel võimalik naisi – vägivalda ohvreid senisest enam aidata

2.1.1. NAISTE VISIIDID NAISTEARSTI JUURDE

Eesti Avatud Ühiskonna instituudi poolt 2003 aastal läbiviidud uuringu andmetel oli viimasel kolmel aastal günekoloogi vastuvõtul käinud 72% täiskasvanud (15-74 aastased) naistest Eestis. Kõige enam on günekoloogi juures käinud 21-30 aastased naised. 93% selle vanuserühma naistest on viimase kolme aasta jooksul kasvõi üks kord arsti vastuvõtul viibinud. 31-40 aastastest naistest on günekoloogi juures käinud 86%, noorima vanuserühma (15-20 aastased) naistest aga ainult 57%.

Kindel günekoloog on 64% naistest. Põhimõtteliselt tähendab see, et günekoloogidel on küllalt suur potentsiaal oma patsientide jälgimiseks ja mõistmiseks kui me räägime sellest, kas günekoloogid võiksid senisest enam tuvastada naisi, kes on vägivalda ohvrid. Keskmisest enam on oma kindel günekoloog tekkinud naistel vanuses 31-40 aastat (71% naistest on oma günekoloog) ja 41-50 aastat (72% on kindel günekoloog).

Probleemiks on noorima vanuserühma naised ehk alla 20 aastased, kellel on oma kindel günekoloog vaid 36%. Ülejäänud 64% noortest naistest on käinud juhusliku arsti juures.

Kindla günekoloogi puudumine on kindlasti seotud sellega, et alla 20 aastased noored naised on günekoloogide juures veel vähe käinud. Kuid samas, just noored naised vajavad enam nõustamist ja soovitusi ning kindel arst, kes oma patsienti teab, oleks parem nõustaja ja patsiendi tervise analüüsija.

Vanus. Alla 18 aastaste laste arv ei mõjuta naiste visiitide sagedust günekoloogide juurde, kuid mõjutab günekoloogide valikut. Naistest, kellel on üks laps, on oma kindel günekoloog 62% ja kahe lapsega naistest 71%. Seega laste arv ja sellest tulenev günekoloogide külastamise sagedus mõjutab positiivselt naiste meditsiinikäitumist. Ehk siis, mida rohkem naised günekoloogi juures käivad, seda suurema tõenäosusega kujuneb neil välja oma kindel günekoloog. Kindla günekoloogi olemasolu aga parandab kindlasti teeninduse kvaliteeti, kuna arst teab oma patsienti ja patsiendil endal võib kujuneda lisamotivatsioon käia oma tervist regulaarselt kontrollimas.

Sünnitused mõjutavad mõistagi naiste aktiivsust oma tervise kontrollimisel. Naiste osatähtsus, kes ei ole kordagi sünnitanud, on 23% kõikidest Eesti täiskasvanud naistest. Nende naiste seas on kõige enam naisi, kellel ei ole oma kindlat günekoloogi ja kes käivad sagedamini juhusliku arsti visiidil. Kasvõi ühe lapse sünnitanud naistest on oma kindel günekoloog 70-71%. Seevastu sünnituskogemusteta naistest on oma kindel günekoloog vaid 48% ja enam kui pooled, ehk 52% on käinud juhusliku günekoloogi vastuvõtul.

Perekonna seis mõjutab samuti günekoloogide valikut. Abielus olevatest naistest on 75% kindel arst, vabaabielus naistest on kindel günekoloog 66%. Üksikutel naistel, kellel puudub kindel partner, on oma kindel günekoloog vaid 46%.

2.1.2. NAISTE HINNANGUD OMA GÜNEKOLOOGILE

Uuringus osalenud naised andsid hinnangu günekoloogile, kelle juures nad viimati käisid. Kasutasime arstidele hinnangu andmisel lihtsat kolmeastmelist skaalat, mille sõnaline tähendus on üheselt arusaadav, hea—rahuldav—mitterahuldav. Palusime vastajatel hinnata kolme dimensiooni arsti tegevuses. Kõigepealt „arsti suhtumist patsienti“. Andsime vastajale ette märksõnad „heatahtlik“ ja „hooliv“, mis peegeldavad arsti üldist suhtumist oma patsienti.

Teiseks hindasid vastajad „arsti professionaalsust“, mida selgitasime vastajale märksõnadega „ravi kvaliteet“ ja „õige diagnoos“. Mõistagi ei ole patsient objektiivne ekspert

hindamaks arsti töö kvaliteeti, kuid patsiendi hoiakute mõistmiseks on oluline uurida patsienti arusaamasid arsti professionaalsusest. Patsiendi arusaamad arsti professionaalsusest seonduvad sellega, kas patsient hakkab arsti usaldama või mitte.

Kolmanda parameetri nimetasime „arsti sotsiaalseks tundlikkuseks“ ja vastaja hindas arsti sellest seisukohast kuivõrd „arst nõustab ja õpetab patsienti“ ja kas arst „räägib patsiendile, kuidas tervist hoida ja haigestumisi ennetada“. Viimane parameeter, sotsiaalne tundlikkus, ei kuulu arsti tegevuse juurde kohustusliku käitumisena. Sotsiaalne tundlikkus on pigem iga arsti lisaväärtus, mis enamikele patsientidele kindlasti meeldib, kuid mis koormab arsti ajaressurssi, kuna arst peab lisaks patsiendi haigusjuhtumile tegelema paratamatult ka patsiendi harjumuste, elulaadi ja patsiendi riskikäitumise analüüsiga.

Hinnangute analüüs näitas, et ...

- naised hindavad günekoloogide tegevust kõrgelt. Vaid 4-6% vastajatest, kes on hiljuti günekoloogi juures viibinud, hindab günekoloogide tegevust ebarahuldavaks
- kõige kõrgemalt hindavad patsiendid günekoloogide suhtumist patsientidesse. 64 % naistest hindab suhtumist heaks ja 26% rahuldavaks
- günekoloogide professionaalsust peab heaks 51% ja rahuldavaks 33% naistest
- günekoloogide sotsiaalse tundlikkuse hindab heaks 51% ja rahuldavaks 31% vastajatest

Millised erinevused on günekoloogide suhtumise hindamisel („suhtumine patsienti“). Hinnanguid annavad vastajad, kes on günekoloogi juures viimasel kolmel aastal käinud.

Vanus. Kõige kõrgemalt hindavad günekolooge 31-40 aastased naised, 71% peab arstide suhtumist patsienti heaks ja vaid 1% vastajatest peab suhtumist ebarahuldavaks. Madalamaid hinnanguid annavad 41-50 aastased naised, kellest 58% peab günekoloogide suhtumist patsienti heaks ja 2% ebarahuldavaks. Kõige noorema vanusegrupi (15-20 aastased) naistest annab hinnangu „hea“ 52%. Noorte naiste seas on aga 40% naisi, kes ei oska hinnata günekoloogi suhtumist, kelle juures nad viimasel korral käisid. Kõige kriitilisemad on günekoloogide suhtes 21-30 aastased naised, kellest ligi kümnendik, ehk 9% peab günekoloogide suhtumist patsienti ebarahuldavaks. Samas on 21-30 aastaste naiste seas 66% naisi, kes günekoloogide suhtumist heaks hindavad.

Rahvus. Eesti naiste hinnangud günekoloogidele on kõrgemad kui vene naiste hinnangud. Eestlastest hindab günekoloogide suhtumist oma patsienti heaks 69% ja ebarahuldavaks 2%, vene naistest heaks 57% ja ebarahuldavaks 7%.

Haridus. Keskkharidusega naised hindavad günekoloogide suhtumist patsienti kõige kõrgemalt, 71% heaks ja 4% ebarahuldavaks. Kõrgharidusega naised on teistest kriitilisemad. 59% kõrgharidusega naistest hindab günekoloogide suhtumist heaks ja 5% ebarahuldavaks. Sama tendents iseloomustab ka paljusid teisi sotsiaalelu nähtuseid. Kõrgharidusega inimesed on ühiskonnas toimuva suhtes enamasti kriitilisemad kui madalama haridustasemega inimesed

Perekonna seis. Abielus naised hindavad günekolooge kõige kõrgemalt. 69% abielunaistest peavad günekoloogide suhtumist patsientidesse heaks ja 2% ebarahuldavaks. Märksa kriitilisemad on günekoloogide suhtes vabaabieliu elavad naised. Nendest annavad günekoloogidele hea hinnangu 56% ja ebarahuldava hinnangu 7%. Ka üksikute naiste rühmas on vähem naisi (53%), kes günekoloogide suhtumist patsienti heaks hindavad. Ebarahuldava hinnangu andsid 3% üksikutest naistest. Üksikute naiste seas on palju alla 20 aastaseid noori naisi, mistõttu nende hinnangute muster meenutab noorte naiste hinnanguid. Positiivse hinnangu osakaalu toob alla nende naiste suur osakaal, kes ei oska günekoloogile hinnangut anda. Üksikutest naistest ei oska günekoloogi, kelle juures nad viimati käisid, hinnata 24%

Eelnevast analüüsist selgus, et ligi 64% täiskasvanud Eesti naistest on saanud omale kindla günekoloogi, kelle juures nad käivad. Ülejäänud naised käivad juhuslike günekoloogide vastuvõttudel. Kindlat günekoloogi võivad tegelikult omada veelgi rohkem kui 64% naistest, sest arvestasime vaid nende naiste hinnanguid, kes on viimase kolme aasta jooksul günekoloogi juures käinud. 28% naistest ei ole viimase kolme aasta jooksul günekoloogi juures käinud, kuid kindlasti on ka nende seas naisi, kellel on oma kindel günekoloog.

Järgnevad andmed näitavad, kui oluliselt mõjutab naiste hinnanguid günekoloogile see, kas naistel on oma, kindel günekoloog või kasutavad nad juhuslike, iga kord erinevate günekoloogide teenuseid.

Hinnangute analüüs näitab, et ...

- Kindla günekoloogi juures käivad naised hindavad günekolooge tunduvalt kõrgemalt kui naised, kes külastavad juhuslikke günekolooge
- Kindlat günekoloogi omavate naiste seas on 2 – 2,2 korda enam vastajaid, kes hindavad günekoloogide suhtumist patsientidesse, günekoloogide professionaalsust ja günekoloogide sotsiaalset tundlikkust heaks võrreldes naistega, kes käivad juhuslike günekoloogide vastuvõttudel

- Patsientide üldine suhtumine günekoloogidesse on positiivne, vastajate seas on vähe naisi, kes hindaks oma arsti suhtumist patsienti või arsti professionaalsust mitterahuldavaks. Kindla günekoloogi olemasolu mõjutab naiste suhtumist keskmisest maksimaalse suunas, ehk siis „rahuldav“ suhtumine muutub „heaks“.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ??? Milline tähendus on naistevastase vägivalla varajasel tuvastamisel ja ennetamisel asjaolul, et 64-72% Eesti naistest omab oma kindlat günekoloogi; kuidas saaks seda suurt potentsiaali naistevastase vägivalla ennetamisel maksimaalselt rakendada
- ??? Mis võiks olla põhjuseks, et günekoloogid ei „jätä muljet“ kuni 20 aastastele noortele neiudele, kes günekoloogi juures on käinud; Kas kuni 20 aastaste neiude sihtrühm, kui suurem seksuaalvägivalla riskirühm, vajaks günekoloogidelt erikohtlemist
- ??? Kas 21-30 aastaste naiste sihtrühm vajaks günekoloogidelt erilist kohtlemist; see on kõrgeima perevägivalla riskiga vanusrühm; see on vanus, kus kõige enam naisi jõuab esimese sünnituseni, mistõttu käivad nad ka kõige sagedamini günekoloogide juures
- ??? Kas järjepidevus patsiendi ja günekoloogi vahel võiks olla üks faktor naistevastase vägivalla avastamiseks selle varases staadiumis ja raskemate juhtumite edukaks ennetamiseks
- ??? Milliseid meetmeid saaks kasutada, et soosida järjepidevuse kujunemist patsiendi ja günekoloogi vahel
- ??? Kui suur hulk minu patsientidest on püsikliendid; kuivõrd olen ma kursis oma patsientide terviseprobleemide võimalike põhjustega, nagu näiteks vägivald

2.2. NAISTE SÜNNITUSKÄITUMINE

Selles peatükis ...

- ✚ anname nn „keskmise sünnitaja“ demograafilise portree
- ✚ selgitame vägivalla mõju naiste sünnitamiskäitumisele
- ✚ analüüsime sünnitamisest loobumise põhjuseid
- ✚ analüüsime soovimatute raseduste põhjuseid
- ✚ analüüsime abordi põhjuseid
- ✚ anname taustainfo edasiseks analüüsiks teemal, kas ja kuidas põhjalikult eesti naiste sünnitamiskäitumist tundma õppides ja arvesse võttes perevägivalla kui olulise mõjuteguri rolli oleks võimalik parandada eesti demograafilist situatsiooni

2.2.1. SÜNNITAMISKÄITUMIST MÕJUTAVAD TEGURID

Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi 2003aasta uuringu andmetel ei ole sünnitanud 23% täiskasvanud naistest (rahvusvahelise standardi järgi peetakse täiskasvanute sihtrühmaks 15-74 aastaseid inimesi, kelle hinnanguid ja hoiakuid sotsioloogilistes küsitlustes arvestatakse). Eestis. Ühe lapse on sünnitanud 25% naistest, kaks last 36%, kolm last 12% ja neli või enam last on sünnitanud 4%

Naiste sünnituskäitumise puhul hakkavad 15-20 aastased veel mittedünnitanud naised mõjutama ka keskmiseid näitajaid. Meie uuringu andmetel ei ole kuni 20 aastastest naistest sünnitanud 96%.

Saamaks objektiivsemat üldpilti täiskasvanud naiste sünnituskäitumisest elimineerisime kuni 20 aastaste vanuserühma. 21-74 aastaste naiste vanuserühmas on 14% naisi, kes ei ole sünnitanud. Võrdluseks, alla 20 aastaste naiste sihtgruppi arvestades oli keskmine 23%.

Vanus on kõige suurema mõjuga tegur, millest sõltub naiste sünnituskäitumine. Kuni 20 aastastest ei ole sünnitanud 96% naistest, järgmises vanuserühmas, 21-30 aastaste naistest

ei ole sünnitanud 41%, järgmistes vanuserühmades olulisi erinevusi ei ole, naiste osatähtsus, kes ei ole sünnitanud, jääb alla 10% kõikidest sama vanuserühma naistest. Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi 2006aasta vastsünnitanud naiste sünnituskäitumise uuringu tulemustest lähtuvalt sünnitavad naised esimese lapse kõige sagedamini vanuses 19-25 aastat. Selles vanuseklassis leiab aset 65% kõigist esmastest sünnitustest. Esmasünnitaja keskmine vanus on suhteliselt noor – 22 eluaastat.

Rahvus mõjutab meie uuringu andmetel naiste sünnituskäitumist üsna oluliselt. Eestlastest ei ole sünnitanud 19% ja vene naistest 33%, seega on venelaste seas 1,7 korda enam naisi, kes ei ole sünnitanud. Analüüsis edasi, milline vanusegrupp vene naiste seas ei ole sünnitanud, selgub et kõige suurem erinevus on 21-30 aastaste naiste sünnitamiskäitumises. 21-30 aastastest eesti naistest ei ole sünnitanud 28%, vene naistest aga 54%. Seega on just kõige paremas sünnituseas eesti ja vene naiste sünnituskäitumine oluliselt erinev.

Perekonna seis mõjutab samuti naiste sünnituskäitumist. Kõigist abielus olevatest naistest Eestis ei ole sünnitanud 6%, samas kui vabaabielus elavatest naistest ei ole sünnitanud 23%. Eestis valitseb tugev suundumus vabaabielude suunas. Viimase, 2006 aasta vastsünnitanute küsitluse põhjal toimus 70% kõigist sünnitustest väljaspool ametlikku abielu, 60% juhtudel oli tegemist vabaabielus elavate naistega. 43% naistest sünnitab kooselu esimesel kolmel aastal. Ligikaudu iga kümnes laps Eestis sünnib nõ staažikasse kooselusse, mis on kestnud kauem kui 10 aastat.

Perevägivald on üks olulisi naiste sünnituskäitumise mõjutegureid. 2006 aasta Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi sünnituskäitumise uuringu andmetel iga viies naine, kellel on olnud rohkem kui kaks kooselu ja vähemalt teine rasedus, on kogunud raseduse ajal partneripoolset füüsilist vägivalda, seksuaalset vägivalda 6%, vaimset vägivalda aga ligikaudu kolmandik. Uuring näitab, et raseduse ajal koduvägivald suureneb. Iga viies koges naine partneripoolset vägivalda peale rasedaks jäämist. Eriti intensiivistub füüsiline vägivald. Nii kannatas raseduse ajal endise partneri poolse füüsilise vägivalla all 2,2 korda, seksuaalse vägivalla all 1,5 korda ja vaimse vägivalla all 1,6 korda rohkem naised Eestis keskmiselt. Praeguse partneri poolset vägivalda tunnistatakse märksa vähem. Kuna sünnitajate näol on valdavalt tegemist küllaltki noorte naistega (keskmine vanus 22 aastat) ei saa ka nende kokkupuuted partneripoolse vägivallaga olla kuigi pikaajalised. Kolmandiku naiste vägivallakogemus on lähiajast ja kestnud vähem kui aasta. Iga viies vägivaldse partneriga elav naine on vägivaldal talunud kolm aastat või kauem.

42% partneripoolset vägivalda kogenud vastsetest emadest ei soovi rohkem lapsi. Vägivalla vabas suhtes elavate naiste valmisolek veel sünnitada on oluliselt suurem, vaid 28% leiab, et koos vastsündinuga on nende pere laste arv täis saanud. Meestepoolne vägivald mõjutab ka naise soovi sünnitada poega. Ootuspärane on, et vägivalla all kannatavad naised soovivad vähem meessugu täiendada. Vägivalla all kannatanud emad soovivad rohkem sünnitada tütreid. Vägivalla all kannatanud rasedatest sooviksid tütart 37%, poega eelistaks vaid 17%.

Vägivaldses peres suhtub isa uudisesse abikaasa/elukaaslase rasedusest märksa tõrjumalt. Positiivset suhtumist näitab 64% meestest samas peres, kus vägivalda ei tunta, rõõmustab isakssaamise üle 87% meestest. Ükskõikset või isegi negatiivset suhtumist oma tulevasesse lapsesse avaldavad ligikaudu 30% vägivaldsetest meestest. Siit võib tuletada ka üle põhjuse, mis kasutatakse vägivalda oma raseda naise vastu.

Naised soovivad reeglina mõnevõrra rohkem tütart, mehed aga poega. Naised on tulevase lapse soo suhtes tolerantsemad, meeste ootused eelkõige poja osas on kindlamad. Kõige vähem sallib juhuslikkust tulevase lapse soo osas vägivaldne mees. Vägivald, mis tähendab teatavasti võimu ja kontrolli, tahab kontrollida kõike, erandiks ei ole siin ka veel sündimata lapse sugu. Kui kolmandik meestest ei oma tulevase lapse soo osas mingeid konkreetseid ootusi, siis vägivaldsetest meestest vaid iga viies on lapse soo suhtes neutraalne.

Vägivaldsed mehed eelistavad tütart tunduvalt rohkem kui keskmine mees. Siinkohal võib spekuloida mitme teooriaga. Võibolla eeldavad vägivaldsed mehed, et tütart on tulevikus kergem allutada ja kontrollida kui poega. Samas poeg võib vägivaldse isa vastu suureks sirgudes ise vägivalda kasutama hakata. Siit võib prognoosida tulevase konflikte või isegi vägivalda nii ema kui ka lapse vastu, kui vastsündinu ei täida mehe ootusi ja selgub, et tal puuduski võimalus kontrollida oma lapse sugu.

Vägivaldses suhtes olevatel noortel emadel on suuremad probleemid majandusliku toimetulekuga. Vägivalla kogenud noored emad on märksa ebakindlamad, et lapse ise aitab neid vastsündinu eest hoolitsemisel. Vaid 61% vägivaldses suhtes elavatest naistest saavad olla kindlad isapoolsesse panusesse väikelapse hooldamisel. Vägivalla vabas suhtes elavatel naistel on kindlustunne oluliselt kõrgem. 84% on veendunud, et partner ei jäta neid ees ootaval keerulisel perioodil abi ja toeta.

2006a sünnituskäitumise uuringu tulemuste kokkuvõte:

- Esmasünnitaja keskmine vanus on 22 aastat.
- 65% sünnitustest toimub vanusevahemikus 19-25 aastat.
- 70% sünnitajatest ei ole lapse isaga ametlikus abielus.
- 43% naistest sünnitab lapse kooselu esimesel kolmel aastal.
- Vägivaldses suhtes elavatel naistel on oht langeda partneripoolse füüsilise vägivalla ohvriks 9 korda kõrgem kui harmoonilises kooselus naistel.
- Vägivaldses suhtes elavatel naistel esineb 10% enam planeerimata rasedusi.
- Ca 30% vägivaldsetest meestest suhtuvad isadusse ükskõikselt või tõrjuvalt.
- Iga viies teistkordses püsisuhtes naine on kogunud eelmise partneri poolset vägivalda ka raseduse ajal.
- Iga neljas vägivalla ohvriks langenud naine kogeb esmast partneripoolset vägivalda alles peale rasedaks jäämist.
- Meestepoolne vägivald mõjutab naise soovi sünnitada poega. Vägivalla all kannatanud emadest tahaksid poega vaid 17%.
- Vägivalda kogunud noored emad usuvad vähem isapoolsesse abisse inimku eest hoolitsemisel ja lapse täisealiseks kasvatamisel.
- Vägivaldses suhtes elavad naised on kaks korda ebakindlamad enda ja oma lapse edaspidise majandusliku toimetuleku suhtes.
- 42% partneripoolset vägivalda kogunud vastsetest emadest on kindlad, et nad ei soovi rohkem lapsi.
- Vägivalda kogunud vastsünnitanud on 2 – 3 korda enam soovinud oma rasedust katkestada kui harmoonilises suhtes elavad naised.
- Perevägivalla ohvrite hulgas on ca 15% vähem naisi, kes pole teinud aborti.
- 10% raseduse ajal vägivalda kogunud naistest tunnistab, et nad kardavad oma abikaasat/partnerit, 3% kardab sünnitusmajast koos lapsega koju minna.

2.2.2. SÜNNITAMISE EDASILÜKKAMINE VÕI SELLEST LOOBUMINE

Eesti Avatud Ühiskonna Instituudi 2003a uuringu andmetel on sünnitamist mingil põhjusel loobunud või sünnitamist edasi lükanud 23% täiskasvanud naistest Eestis.

Rahvus. Sünnitamisest on sagedamini loobunud vene naised (27% naistest) kui eestlased (20% naistest).

Haridus. Mida kõrgem on naiste haridustase, seda sagedamini on naised sünnitamist edasi lükanud. Just nimelt edasi lükanud, mitte aga sünnitamisest loobunud. Meie uuringu andmetel on keskharidusega naistest sünnitamist edasi lükanud 21%, kesk-eriharidusega naistest 26% ja kõrgharidusega naistest 32%. Alg- või põhiharidusega naiste sünnituskäitumist võrdluseks tuua ei saa, kuna põhiharidusega naisvastajatest on suur osakaal kuni 20 aastastel noortel, kellest 60% veel seksuaalelu puudub ja kelle hinnangud oma sünnituskäitumisele ei ole seetõttu ülejäänud vanuserühmadega võrreldavad.

Selle väite tõestuseks, et kõrgharidusega naised lükkavad sünnitamist edasi, kuid ei loobu sünnitamisest sobiksid järgnevad arvud:

- 21-30 aastaste naiste rühmas ei ole sünnitanud 41% naistest. Sama vanuserühma kõrgharidusega naistest ei ole sünnitanud 71%
- 31-40 aastastest on vastavad osatähtsused 10% ja 16%
- 41-50 aastastest 3% ja 4%
- 51-60 aastastest 11% ja 11%

Vanus. Toodud andmetest saab järeldada, et üle 40 aastaste naiste puhul on kõrgharidusega naiste sünnituskäitumine samasugune kui madalama haridustasemega naistel. Ehk teisiti öeldes, kõrgharidusega naised ei loobunud sünnitamisest, vaid lükkasid sünnitamise edasi hilisemasse vanusesse.

31-40 aastaste naiste sünnituskäitumisest nähtub, et kõrgharidusega naised on veidi vähem sünnitanud kui selle vanuserühma naised keskmiselt. Siiski ei ole erinevus oluline.

21-30 aastaste naiste sünnituskäitumise kohta on käesoleva uuringu andmetel raske selgeid järeldusi teha. Meie andmetele tuginedes võib öelda, et kõrgharidusega naiste sünnituskäitumine erineb oluliselt sama vanuserühma ülejäänud naiste sünnituskäitumisest.

Tänane, 21-30 aastaste naiste sihtgrupp erineb ka oma teistelt hoiakutelt üle 30 aastastest naistest oluliselt. Näiteks 21-30 aastased naised on orienteerunud tööle ja karjäärile hoopis enam kui üle 30 aastased naised. Kuni 30 aastaste naiste karjäärorientatsioon on märksa sarnasem meeste karjääripüüdlustele kui teiste naiste karjäärorientatsioonile. Seepärast ei saa täiesti kindlalt öelda, et valdav osa 21-30 aastastest naistest on sünnitamise üksnes edasi lükanud. Mingi osa 21-30 aastastest naistest võib sünnitamisest ka hilisemas vanuses loobuda.

Perevägivald sünnitusest loobumise faktorina oli põhjalikuma vaatluse all eelmises peatükis.

Sünnitamise edasilükkamise põhjendused:

(hinnang %-s)

Sünnitamisest loobumise või sünnitamise edasilükkamise põhjused	Naiste osakaal, kelle jaoks see põhjus oli oluline
○ puudus materiaalne kindlustunne	62
○ juba oli laps(ed)	52
○ tervislikel põhjustel	35
○ puudus kindel elukoht	32
○ kartus tööd või töökohta kaotada	28
○ ei soovinud last	26
○ abikaasa, elukaaslane ei soovinud last	26
○ puudus kooselu, üksikema staatus minule ei sobinud	25
○ segas hariduse omandamist	16
○ ei tahtnud lapsega koju jääda	16

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2003.

Materiaalse kindlustunde puudumine oli peamiseks nn „hirmu faktoriks“, miks naised sünnitamist edasi lükkasid, oli. Eelkõige mõjutab see hirmu faktor 21-30 aastaste naiste vanuserühma, kelle hulgas oli 83% naisi (keskmine 62%), kes lükkasid sünnitamist edasi materiaalse kindlustunde puudumise pärast.

Kõrghariduse omandamine on samas naiste jaoks tegur, mis peamist hirmu faktorit ehk materiaalse kindlustunde puudumist veidi leevendab. Kõrgharidusega naistest on materiaalse kindlustunde puudumise tõttu sünnitamist edasi lükanud keskmisest veidi vähem, 52% naistest.

2.2.3. SOOVIMATUD RASEDUSED

Naiste sünnituskäitumise selgitamiseks pidasime oluliseks soovimatute raseduste fikseerimiseks. Analüüsime vastajate hinnanguid selle kohta kas neil on olnud soovimatuid rasedusi. Siinkohal ei kasuta me kolme aasta horisonti, kuna tegemist on sotsiaalse sündmusega, mida vastajad niisama lihtsalt ei unusta ja järelkult on ka vastajate hinnangud usaldusväärsed ja analüüsimiseks sobivad.

Soovimatuid rasedusi on olnud 37%, ei ole olnud 63% täiskasvanud naistest. Need on keskmised protsendid, mis iseloomustavad täiskasvanud (15-74 aastasi) naisi üle kogu Eesti.

Vanus. Kuni 20 aastastest noortest on soovimatuid rasedumisi olnud 5%, 21-30 aastastest 25%, 31-40 aastastest naistest 33%. Järsult suureneb soovimatult rasedunud naiste osakaal vanemates vanuserühmades. 41-50 aastaste naiste seas on soovimatult rasedunud 52% ja 51-60 aastastest naistest 55%.

Eelnevatele andmetele tuginedes võib hüpoteetiliselt järeldada, et tõhusamate rasedumisvastaste vahendite olemasolu ja nooremate naiste teadlikkus on kindlalt mõjutanud soovimatute rasedumiste vähenemist.

Analüüsidest kõige nooremate (15-20 aastaste) naiste rühma võiks eeldada, et soovimatute rasedumiste väike osakaal on tingitud sellest, et paljudel alla 20 aastastel naistel ei ole veel seksuaalelu. Meie uuringust selgub, et 15-20 aastastest naistest väidab 40%, et neil on seksuaalelu ja 60 % noortest seksuaalelu puudub. Nendest noortest, kellel nende endi hinnangul on seksuaalelu, on soovimatult rasedunud 13%, veidi enam kui iga kümnes noor naine. Järgmises vanuserühmas, 21-30 aastaste naiste seas on seksuaalelu 89 % ja seksuaalelu puudub 11% naistest. Nendest naistest, kellel on seksuaalelu, on soovimatult rasedunud 27% naistest. Seega kaks korda enam kui nooremas vanuserühmas.

Rahvus. Vene rahvusest naistel on soovimatuid rasedusi enam kui eestlastel. Venelastest on soovimatuid rasedusi olnud 40%, samas kui eesti naistest on soovimatuid rasedusi olnud 34%

Perekonna seis. Abielunaistel on soovimatuid rasedusi olnud veidi enam kui vabaabielu naistel, vastavalt 41% ja 46%. Lahutatud naistel, kellel puudus kindel partner, oli soovimatuid

rasedusi olnud 45%. Seega võiks öelda, et perekonna seis oluliselt soovimatuid rasedusi ei mõjuta, välja arvatud üksikud naised, kellest oli soovimatuid rasedusi olnud vaid 15%.

Elukoht. Linnas elavatel naistel on soovimatuid rasedusi veidi enam kui maanaistel, vastavalt 39% ja 33%. Eesti kolmes suuremas linnas elavate naiste võrdlemisel selgub, et teistest tunduvalt enam on soovimatuid rasedusi Narvas elavatel naistel. Narvalannadest on 60% olnud soovimatuid rasedusi. Iseloomulik on selline tendents eelkõige Narva linnale, sest Ida-Virumaal keskmiselt on soovimatuid rasedusi olnud 49% täiskasvanud naistest. Tallinlannadest on soovimatult rasestunud 36% ja tartlannadest 28%. Eesti keskmine näitaja oli 37%.

Kooselu kvaliteet mõjutab oluliselt soovimatuid rasedusi. Mõõtsime oma uuringus kooselu kvaliteeti skaalaga, mis andis ette järgmised kooselu tüübid, ehk siis kirjeldatud kooselu variandid :

1. Meil on harmooniline kooselu. Tülisid ja konflikte esineb väga harva (HEA kooselu)
2. Aeg-ajalt on meil raskusi teineteisest arusaamisega, kuid saame alati suuremate tülide ja konfliktideta hakkama (RAHULDAV kooselu)
3. Meie kooselus on palju probleeme. Raske on leida ühist meelt. Sagedased on konfliktid ja peretülid (MITTERAHULDAV kooselu)

Vastajad pidid valima enda praegust kooselu kõige paremini iseloomustava lühikirjelduse, ühe kolmest võimalikust. Tinglikud nimetused HEA-RAHULDAV-MITTERAHULDAV igale kooselu tüübile, andsime me tinglikult.

Hea kooselu on 25% naistest, **rahuldav kooselu** 62% ja **mitterahuldav kooselu** 13% naistest. Meeste ja naiste hinnangud oma kooselule on sarnased. Meeste seas on naistest enam selliseid mehi, kes oma kooselu heaks peavad ja vähem mehi, kes oma kooselu mitterahuldavaks hindavad. Meeste hinnangute jaotused on 27%, 63% ja 10%.

Naiste seas, kes hindasid oma kooselu heaks, ehk siis harmooniliseks, on 30% naistest olnud soovimatuid rasedusi. Rahuldava kooseluga naistest on soovimatuid rasedusi olnud 44% ja ebarahuldava kooseluga naistest on soovimatuid rasedusi olnud 59% naistest. Seega oluline seos, mida konfliktsem on naiste kooselu oma abikaasa või elukaaslasega, seda enam on naistel ka soovimatuid rasedusi.

Seega üheks indikaatoriks, mille kaudu günekoloog saab hinnata oma patsientide kooselu kvaliteeti ehk siis potentsiaalselt võimalikku naiste vastu suunatud vägivalda, on soovimatud rasedused.

Vägivald. Soovimatud rasedused on selgelt seotud ka naiste vastu suunatud vägivallaga. Vägivaldses suhtes elavatel naistel on sagedamini planeerimata rasedusi. Naistest, kes viimase kolme aasta jooksul on olnud vaimse, füüsilise või seksuaalse vägivalla ohvrid, on soovimatult rasestunud 49%. Naised, kes ei ole vägivalla ohvrid olnud, on soovimatult rasestunud 34%. Seega võiks öelda, et naiste soovimatu rasestumine toimub paratamatult, kuid naistel, kes satuvad vägivalla ohvriteks juhtub seda teistest naistest märksa sagedamini. Ehk siis naiste vastu suunatud vägivald on üks oluline põhjus, mis viib soovimatute rasestumiseni. Naistest, kes väidavad, et nende abikaasa on nende vastu vaimselt vägivaldne (sageli + mõnikord), on soovimatult rasestunud 58% naistest (keskmine 37%)

Samas on mehe suhtumisel naise rasedusse on oluline roll ka sellel, kas tegemist on planeeritud rasedusega. Kui rasedus on oodatud – soovitud, võtavad pea kõik mehed selle uudise rõõmuga vastu. Soovimatute raseduste puhul suudab naise ootamatusse rasedusse positiivselt suhtuda 2/3 meestest. Iga kümnes võtab asja ükskõikselt ehk neutraalselt. Ligikaudu iga viies mees on alguses negatiivselt meelestatud. 14% suudab naise rasedusega mõne aja möödudes kohaneda 3% aga mitte. Siit järeldub, et ka asjaolu, kas laps on oodatud-soovitud või mitte, on peretülide ja perevägivalla täiendav riskifaktor.

Mõned analüütilised viited erinevate sotsiaalsete gruppide kohta, mis uuringust tulenesid ...

- Põhiprobleemiks, eriti nooremas vanusegrupis (21-30 aastased), miks soovimatu rasestumine toimus, oli vastajate hinnangul põhjendus, et rasestumisvastased vahendid ei toimunud. Siit võib kaudselt välja lugeda ka põhjuse, et nooremad naised ei oska tihti rasestumisvastaseid vahendeid õigesti ja tõhusalt kasutada.
- Eesti rahvusest naised toovad vene naistega võrreldes neli korda sagedamini põhjuseks pealesunnitud vahekorda abikaasa või elukaaslasega

Soovimatute raseduste põhjused:

Naiste hinnangud soovimatute raseduste põhjustele	% soovimatult rasedunud naistest	% kõikidest täiskasvanud naistest
○ ei osanud rasestumist vältida	72	27
○ abikaasa või partner ei kasutanud kondoomi	53	20
○ rasestumisvastased vahendid ei toimunud	27	10
○ naine ei kasutanud rasestumisvastaseid vahendeid	53	20
○ pealesunnitud vahekord abikaasa või elukaaslasega	10	4
○ pealesunnitud vahekord mõne teise mehega	4	1

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2003.

2.2.4. ABORDID

Soovimatu rasedus viib enamasti abordini. Naistest, kellel on olnud soovimatuid rasedusi, on aborte teinud 96% ja naistest, kellel nende enda hinnangul soovimatuid rasedusi pole olnud, on teinud aborti 10%.

42% täiskasvanud naistest Eestis on oma elu jooksul teinud aborti. Aborti teinud naistest on iga naine teinud keskmiselt 2,3 aborti. Naiste seas kes ei ole sünnitanud, on ka kõige vähem aborti teinud naised. Mitte sünnitanud naistest on teinud aborti vaid 9%. Naistest, kes on sünnitanud ühe lapse, on aborte teinud 44% naistest. Kaks last sünnitanud naistest on aborte teinud juba üle poole ehk täpsemalt 57% naistest. Kolm last sünnitanud naistest on aborte teinud 53%.

Abordi tegemise põhjuseid hinnates valis 2/3 naistest abstraktse põhjenduse, „lapse sünnitamine ei sobinud eluplaanidega“. Ebasoovitatav rasestumine on paljuski juhuslike teguritega seonduv.

Uuringu tulemuste analüüs näitab ...

- mida nooremas vanuses teevad naised esimese abordi, seda suurem on tõenäosus, et naised teevad elu jooksul rohkem kui kolm aborti
- naistest, kes esimese abordi ajal olid kuni 21 aastased, on teinud
 - - ühe abordi 36%

- - kaks aborti 30%
 - - kolm aborti 20%
 - - neli või enam 14%
- naistest, kes esimese aborti ajal olid 22-25 aastased, on teinud
 - - ühe aborti 31%
 - - kaks aborti 42%
 - - kolm aborti 10%
 - - neli või enam 17%
- naistest, kes esimese aborti ajal olid vanemad kui 26 aastat, on teinud
 - - ühe aborti 53%
 - - kaks aborti 32%
 - - kolm aborti 9%
 - - neli või enam 6%
- tulemustest nähtub veel, et kui naised on esimese aborti ajal vanemad kui 26 aastased, siis üle poolte naistest, kes aborti teevad, piirduvadki ühe abordiga. Kolme või enama abordini jõuab sellest grupist 15% aborti teinud naistest. Samas, naiste grupp, kes jõuavad esimese abordini alla 21 aastastena, teevad elu jooksul kolm või enam aborti ligi kolmandik (34% naistest)
- abortideni jõudmine ei sõltu sellest, millises vanuses oli naisel esimene seksuaalvahekord. Aborte on teinud 45% naistest, kellel esimene seksuaalvahekord oli kui nad olid vanuses 16-18 aastat. Ka naistest, kelle esimene seksuaalvahekord oli 22-25 aastasena, on abordini jõudnud 45%. Seega erinevusi ei ole.

Rahvus. Eestlaste seas on vähem aborti teinud naisi kui venelaste hulgas. Eestlastest on aborti teinud 40% ja venelastest 45%. Erinevused ei ole olulised ja ühtivad soovimatute raseduste trendiga. Ka soovimatuid rasedusi oli vene naistel veidi enam kui eestlastel.

Perekonna seis. Abielunaised ja vabaabielus elavad naised teevad aborte võrdselt. Aborte on teinud mõlemast rühmast 47% naistest. Kõige sagedamini teevad aborte lahutatud naised, kellel ei ole kindlat partnerit. Nendest on aborte teinud 57%. Üksikutest naistest on aborte teinud 52%.

Elukoht. Linnanaised teevad aborte enam kui maal elavad naised, vastavalt 44% ja 37%.

Tervislik seisund. Oluliselt mõjutab naiste aborte nende tervislik seisund. Naistest, kes hindavad oma tervist „väga heaks“, on teinud aborti 19%. „Hea“ tervisega naistest on abordini jõudnud 37%, „rahuldava“ tervisega naistest on teinud aborti 46% ja oma tervist

„halvaks“ hindavatest naistest 59%. Tervisliku seisundi ja abortide seost mõjutab kindlasti ka naiste vanus. Nooremad naised, kes on parema tervisega, on ka aborte vähem teinud. Ning vanemaealised naised, kes reeglina hindavad oma tervist halvemaks, on teinud ka enam aborte.

Vägivald. Perevägivalda ohvrid on abordi riskigrupp. 2006aasta sünnituskäitumise uuring näitas, et vägivalda kogunud vastsünnitanud on on 2 – 3 korda enam soovinud katkestada mõnda oma rasedust kui harmoonilises suhtes elavad naised. Viimase raseduse katkestamise soov on olnud koguni kolm korda kõrgem. Vägivaldaga kannatanud naistest on rohkem kui pooled teinud aborte, harmoonilises suhetes elavatest naistest vaid iga kolmas. Ka on keskmine abortide arv vägivalla all kannatavatel naistel tunduvalt kõrgem. Perevägivalda ohvrite hulgas on ca 15% vähem naisi, kes pole teinud ainsatki aborti.

Aborti teinud naiste hinnangud abordi põhjustele:

	hinnangud %-s
○ Lapse sünnitamine ei sobinud mu eluplaanidega	65
○ Peres oli juba piisav arv lapsi	39
○ Abort oli hädavajalik tervislikel põhjustel	27
○ Lapse isa ei tundnud lapse vastu huvi. Mul oleks tulnud laps üksinda üles kasvatada	26
○ Olin veel liiga noor selleks, et sünnitada ja saada emaks	19

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2003.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ??? Kui iga neljas vägivalda ohvriks langenud naine kogeb esimest korda vägivalda alles peale raestumist, siis milline peaks olema siit tulenev naistearstide vastutus ja nende panus noorte emade ja veel sündimata laste kaitsel
- ??? Kas „soovimatu rasestumine“ võiks olla üheks näitajaks, mida günekoloogid oma patsientide kohta fikseerivad ja mis kujuneks analüütiliseks indikaatoriks, mille abil saab kaudselt hinnata naistevastase vägivalda nivood peredes
- ??? Kas ”soovimatu rasestumise” või abordisooviga arsti poole pöörduvat naist küsitletakse põhjalikult ka võimaliku vägivalda kohta
- ??? Perevägivald, soovimatud rasedused ja abordid on omavahel tihedalt seotud. Milline peaks olema nende faktide valguses abordinõustamine; kuidas seostada abordinõustamist naistevastase vägivalda ennetamise, lõpetamise ja ohvri abistamisega
- ??? Iga viies naine Eestis on kogenud kas vaimset, füüsilist või seksuaalset vägivalda. 42% partneripoolset vägivalda kogenud naistest ei soovi rohkem lapsi sünnitada. Kas sellest tulenevalt ei ole just naiste kaitsmine vägivalda eest ühe olulisi faktoreid Eesti demograafilise olukorra parandamisel ja iibe tõstmisel? Milline saaks ja peaks siin olema meditsiinisüsteemi panus
- ??? Kas Eesti meditsiinisüsteem on valmis adekvaatselt reageerima kui vastsünnitanud noor ema tunnistab, et ta kardab koos vastsündinud lapsega koju minna kuna tunnetab, et tema enda või lapse elu võib olla ohus

2.3. VÄGIVALD KUI NAISE JA EMA TERVISE KAHJUSTAJA

Selles peatükis ...

- ✚ toome ära vägivalda tõttu naistele põhjustatud erineva raskusastmega vigastuste hulga Eestis
- ✚ räägime vägivalda poolt naistele põhjustatud vigastuste iseloomust ja esinemissagedusest
- ✚ selgitame vägivalda mõju naise füüsilisele ja psüühilisele tervisele
- ✚ toome välja vägivalda tagajärjed naistele 3 eri vägivalda liigi – seksuaalne kuritarvitamine lapsepõlves, väistamine ja perevägivald, löikes
- ✚ selgitame, kuidas mõjutab raseda naise vastu suunatud vägivald ema negatiivsete emotsioonide ja stressi kaudu veel sündimata last
- ✚ analüüsime põhjalikumalt 5 erineva vägivallariskiga naiste rühma

2.3.1. VÄGIVALDA PÕHJUSTATUD VIGASTUSED

Vägivalda hind on Eestis kõrge. Aastas saab Eestis vägivalda tõttu vigastada üle 40 000 naise. Nendest 7 000 naist saab enda hinnangul raskeid või koguni eluohtlikke vigastusi: luumurrud, torke- ja löikehaavad, suguelundite vigastused, katkenud rasedused jne. Paranemiseks kulub ohvritel keskmiselt 11 päeva, mis moodustab kokku 433 000 kaotatud tööpäeva. Vaid iga kolmas ohver pöördub arsti poole. 2/3 püüavad end omal käel ravida. Iga kolmas viga saanud ohver püüab paraneda püstijalu, tööd ja õpinguid katkestamata.

Aastal 2003 korraldatud Eesti medikute ekspertküsitlus näitas, et ka medikud peavad naistevastast vägivalda küllaltki tõsiseks terviseprobleemiks. ¾ küsitletutest on oma igapäevatoos kokku puutunud naistega-vägivalda ohvritega. Vägivalda tagajärjel saavad naised raskeid vigastusi.

Soolisel vägivaldal on suur mõju naise tervisele ja reproduktiivsusele. Uuring näitas, et vägivalda eest ei kaitse naist isegi mitte rasedus. Enam kui pooled günekoloogid puutuvad

paar korda aastas kokku peksmisjälgedega rasedatega. 30% günekoloogide praktikas on esinenud juhtumeid kus vägivalla tagajärjel on katkenud naise rasedus.

Vaatamata tõsistele vigastustele ei pöördu enamik ohvritest arstide poole. Äärmiselt murettekitav on fakt, et valdav osa vigasaanutest, 2/3 naistevastase vägivalla ohvritest ei pöördu koheselt arsti poole vaid püüab end omal käel ravida. Arstiabi saab vaid kolmandik ohvritest. 68% vigasaanud naistest jäävad arstiabist ilma.

Kuriosne on fakt, et 83% ohvritest on käinud aasta jooksul haigena tööl. Iga neljas on haigena tööl käinud neli või enam korda. Võrdluseks, mitteohvritest on haigena tööl käinud pooled. Haigena tööl käimisel ja omapead ravitsemisel on tõsised tagajärjed ohvrite tervisele. Ohvrite uuring näitas, et kuigi ohvrid on valdavalt nooremaelised, kuni 40aastased naised, on nende tervislik seisund oluliselt halvem kui naistel, kellel puuduvad kokkupuuted vägivallaga. ¾ omab mõnda püsivat tervisekahjustust.

Vägivalla ohvritel on mitteohvritega võrreldes oluliselt kehvem tervislik seisund. 72% nendest omab mõnda pikaajalist tervisehäiret, mitteohvritest (kuigi nad on keskmiselt vanemad), on pikaajaline tervisehäire 61%. 87% kurdab stressi ja pideva pingesisundi üle. Võrreldes mitteohvritega kannatavad ohvrid sagedamini nägemishäirete, günekoloogiliste haiguste, kõhupiirkonna vaevuste ja selja- ning kaelavaevuste all.

Lisaks eespooltoodud tervisehäiretele kannatavad ohvrid sagedamini stressi, närvilisuse, depressiooni jms all. 84% ohvritest on viimase kuu jooksul tarbinud mõnda ravimit, mitteohvritest 76%. Ohvrid tarbivad mitteohvritest sagedamini valuvaigisteid, rahusteid ja vitamiine.

Kõige sagedamini esineb ohvritel vägivalla tagajärjel verevalumeid kas keha või näo piirkonnas. Sageduselt järgmisel kohal on luumurrud, mille all kannatas 7 000 naist. Saadud vigastused ei mõjuta üksnes naiste tervislikku seisundit, kannatab ka naiste reproduktiivne tervis. 4 000 naist sai suguelundite vigastusi. Verevalumite kõrval on suguelundite vigastus naistel sagedamini esinev trauma.

Erinevate traumade esinemissagedus vägivalda ohvriks langenud naistel

Koht pingereas		Kõik vastajad %des
I	Verevalumid näo piirkonnas	67
II	Suguelundite vigastused	26
III	Verevalumid keha piirkonnas	20
IV	Eluohtlikud torke-, lõikehaavad	9
V	Luumurrud keha piirkonnas	8
VI	Katkenud raedused	8
VII	Kergemad torke-, lõikehaavad	5
VIII	Sisemised verejooksud löögi, kukkumise tagajärjel	3
IX	Luumurrud käte, jalgade, näo piirkonnas	1

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Meedikute küsitlus (163 vastajat). 2003

2.3.2. VÄGIVALDA TAGAJÄRJED

Soolisel vägivaldal on pikaajalised tagajärjed naise füüsilisele ja vaimsele tervisele kuid mitte ainult. Kogetud vägivald mõjutab paljusid erinevaid aspekte naise elus. Olgu selleks kas või näiteks soov sünnitada veel üks laps.

Vägivalda kogenud naisel on raske mehega usalduslikult suhelda ja normaalset pereelu luua. Ohvril on harva hea kliimaga pereelu. Tihti esineb peretülisid, kus üksteist vastastikku ägedalt süüdistatakse ja kus mees rakendab füüsilist vägivalda. Sagedased on lahutused. Paljud vägivalda kogenud naistest on teist või mitmendat korda abielus.

Naine, keda tema partner on löönud, võib alatiseks kaotada soovi seksuaalsuhte järele juhul, kui ei toimu vajalikku taastumisprotsessi. Enamasti muutuvad seksuaalsuhted pärast vägivaldajuhtumit. Just seksuaalsfäär võib olla valdkond, kus naine tajub kõige rohkem oma haavatavust, millega võib kaasneda hirm. See võib viia püüdeni seksuaalakti vältida või alateadliku tagasitõmbumiseni – naine küll osaleb seksuaalaktis, kuid jääb sealjuures passiivseks. Paljud naised, keda on löödud, kinnitavad, et hilisem seksuaalsuhe vägivalda kasutanud mehega on nende jaoks raske katsumus, kuna nad ei suuda usaldada partnerit, kes on nende usaldust kuritarvitanud. Naise tagasitõmbumine seksuaalsuhtest võib kaasa

tuua uusi mehepoolseid süüdistusi, mees võib naisele ette heita külmust ja hoolimatust, ja omakorda uut vägivalda.

Vägivald kodus mõjutab tugevalt ka naise toimetulekuvõimet ühiskonnas. Traumeeritud psüühika ja kurnatud füüsis vähendavad oluliselt tema konkurentsivõimet tööturul. Lisaks pidevale stressile kodus kogeb vägivalda ohver ka töökohal stressi kuna kardab kaotada tööd. Eesti uuringute andmetel on üle 40% naistest - vägivalda ohvritest olnud mingi perioodi töötud. See viib otsese vaesumiseni. Kolmandik ohvritest elab täielikus vaesuses, pooled saavad tarbida vaid esmaseid toidu- ja tööstuskaupu.

Ohvril võib tekkida tunne, et ta ei kõlba enam mitte kuhugi ja mitte millekski. Küsimus on vägivalda põhjustatud traumas ning vägivallatseja taotluses alistada ja kontrollida ohvrit. See kulutab naise jõuvarusid ja võib viia tema vaimse läbipõlemiseni.

Vägivalda tagajärjed naiste-ohvrite vaimsele ja füüsilisele tervisele:

- traumeeritud psüühika
- madal enesekontroll
- apaatsus
- nõrkus, väsimus
- unetus
- stress
- alkoholisõltuvus,
- vähene huvi seksuaalelu vastu
- günekoloogilised probleemid
- soovimatu rasedus
- viljatus
- sugulisel teel levivad haigused
- HIV/AIDS
- kroonilised haigused
- enesetapumõtted
- osaline või pidev töövõimetus

Tagajärjed eri vägivalaliikide lõikes:

Vägivalla tüüp	Tagajärg
Seksuaalne kuritarvitamine lapsepõlves (täiskasvanud ja alaealised)	Günekoloogilised probleemid, sugulisel teel levivad haigused, HIV/AIDS, varajane rasedus, viljatus, seks kaitsevahendita, soovimatu rasedus, abort, oht saada jälle ohvriks, kehavigastus, ennast mittesäästva eluviisi risk, enesetapp, surm.
Vägistamine	Soovimatu rasedus, abort, viljatus, günekoloogilised probleemid, sugulisel teel levivad haigused, HIV/AIDS, enesetapp, surm.
Perevägivald (lähisuhtevägivald)	Kehv toitumine, krooniliste haiguste kasv, kehavigastus, ajutrauma, organite vigastus, osaline või pidev töövõimetus, krooniline valu, seks kaitsevahendita, günekoloogilised probleemid, alakaal raseduse ajal, nurisünnitus, loote surm, enesetapp, surm.

Inimese seksuaalsus ja sugupoolte vahelised suhted on tihedas vastastikus seoses. Nad mõjutavad üheskoos nii naiste kui meeste seksuaalset tervist ja reproduktiivset eneseteostust.

Naistel, keda on seksuaalselt kuritarvitatud lapsepõlves, on suurem risk...

- olla juhuslikus seksuaalvahekorras ilma kaitsevahendita
- nakatuda HIV/AIDSI
- põdeda kroonilisi (günekoloogilisi) haiguseid
- jääda viljatuks
- olla kaasatud prostitutsiooni
- langeda naistega kaubitsemise ohvriks
- loobuda reproduktiivsest eneseteostusest, mitte sünnitada, vältida suhteid vastassugupoolega
- vägistamise tagajärjel tekkinud hirmust meditsiinilise läbivaatuse ees vältida arstivisiite ja seeläbi oht, et tõsised haigused jäävad õigeaegselt avastamata

Naistel, kes kannatavad lähisuhtes füüsilise vägivalla all on

- rohkem soovimata rasedusi
- rohkem aborte
- rohkem kroonilisi haiguseid
- posttraumaatilise stressi sündroom
- konfliktsemad inimsuhted
- ebapüsivad abielud
- madalam soov sünnitada lapsi, eriti poegi
- madalam konkurentsivõime tööturul ja sellest tulenevalt suurem oht langeda vaesusesse

Vägistamisohvrid kannatavad erinevate probleemide käes nagu

- sugulisel teel levivad haigused
- psüühilised häireid
- probleemid vastassugupoolega suhtlemisel
- kalduvus suitsiidile - vägistamisohvrid sooritavad 9 korda rohkem enesetappe, kui naised keskmiselt.

Läbielatud vägivald põhjustab ohvrites mitmesuguseid tundeid. Kõige tavalisemad on häbi- ja süütunne, kuid ka solvumine, alistatuse- ja alandatusetunne ning hirm. Need reaktsioonid on loomulikud ja omased igale vägivalda ohvriks langenud inimesele. Kõik need tunded, nagu ka viha ja raev, on õiged ja õigustatud.

Vägivaldse teo objektiks sattumisele järgneb tavaliselt vahetult või mõne päeva jooksul šokireaktsioon. Šokireaktsioon võib ulatuda mõnest tunnist kuni mõne ööpäevani. Šoki tõttu on inimesel häiritud võime edastada ja vastu võtta informatsiooni ning mäletada juhtumeid.

Psüühilise šokiseisundi tunnused:

- reaalsusetused,
 - võõrandumistunded nii oma füüsilise keha kui ka toimuva suhtes,
 - ebaselgus, arusaamatus toimuva suhtes,
 - raskused mõtlemisel ja mõistusepärasel tegutsemisel,
 - raskused informatsiooni vastuvõtmisel ja arusaamisel,
 - nutu- ja vihahood,
 - põhjuseta lõbususe hood,
 - paanikahood,
 - tühjustunne,
 - depressioon.

Šokireaktsiooni füüsilised sümptomid:

- nõrkus ja jõuetus,
- rõhuv tunne rinnus ja hingamisraskused,
- südame pekslemine,
- kui oled vigastatud, võib valu tekkida alles natuke hiljem,
- söögiisu puudumine,
- kõhu- jt valud,
- unetus.

Pärast šoki möödumist tuleb inimene tasapisi reaalsusesse tagasi ja hakkab taipama, mis juhtus. Võivad vallanduda kõikvõimalikud negatiivsed emotsioonid (ahistus, segadus, kurbus, hirm, viha, süü, häbi, masendus), on palju vastuseta küsimusi juhtunu kohta, meenuvad intensiivsed mälopildid.

Emotsionaalsed reaktsioonid, mis võivad järgneda:

- kõrgeenenud hirmutunne,
- tujukus, kerge ärrituvus,
- segadus,
- katse blokeerida kõike rünnakuga seonduvat,
- sõltuvuse- ja jõuetusetunne,
- viha, vaenulikkus (nii vägivallatseja, kohtusüsteemi kui ka lähedaste suhtes).

Füüsilised reaktsioonid, mis võivad järgneda:

- unehäired (uinumishirm, painavad unenäod),
- söömishäired, harjumuste muutumine,
- põhjuseeta füüsiline ebamugavustunne, valu,
- peavalu, kehalised pingeseisundid.

Kui vägivallaperiood venib ja ohver ei ole saanud abi ega tuge, võib ta hakata tundma üha süvenevaid abituse ja lootusetuse tundeid, masendust, lootusetust, eraldatust, hirme, häbi enda ja oma olukorra pärast.

Paljud vägivalla all kannatavad naised hakkavad raseduse ajal või ka aja möödudes tundma viha oma laste vastu. Stressi tekitav elu pideva vägivalla varjus võtab emalt lastega tegelemiseks vajalikud energiavarud. Arvesse tuleb võtta ka tõsiasja, et paljud vägivalla all

kannatavad naised on rasedaks jäänud vägivaldsest vahekorra. Isegi kui ema otsustab sünnitada, on tegemist algselt mitteplaneeritud ning mittesoovitud lapsega.

Vägivalla mõju rasedatele. 2003 aasta rasedate vastase vägivalla uuringu andmetest võib järeldada, et kodune vägivald mõjub äärmiselt kurnavalt rasedate naiste psüühikale. Elamine alalise pingele all ja vägivalla hirmus on viinud 85-90% rasedatest pingele ja stressi seisundisse, 83% kurdab ärrituvuse, 58% masenduse või depressiooni üle. Kooselu vägivaldse mehega tähendab elamist pidevas piirsituatsioonis, kus iga neljas naine tunneb aegajalt soovi põgeneda ja pääseda. Ka harmoonilistes suhetes olevatel rasedatel naistel esineb närvilisust, stressi, ärrituvust, masendust jne, kuid märksa vähem.

Uuring näitab, et vägivalla all kannatavatel naistel on mõnevõrra suurem sõltuvus alkoholist, suitsetamisest, ja narkootikumidest, kui harmoonilistes suhetes elavatel naistel. On murettekitav fakt, et 37 % neist jätkas alkoholi tarbimist, 22 % suitsetamist ja 2% narkootikumide kasutamist ka raseduse ajal.

2.3.3. EMA RASEDUSKOGEMUSTE MÕJU TULEVASELE LAPSELE.

Emal on lapse jaoks esimene elukeskkond. Kõik see, mis toimub emaga, mõjutab suuremal või vähemal määral ka loodet. Kõik ema emotsioonid kanduvad üle ka lootele mõjutades teda kas positiivselt või negatiivselt. (Zahharov, A. 1998). Väga oluline roll rasedusperioodil on täita ka isal. Isa suhtumisest emasse ja lootesse sõltub suurel määral tulevase lapse vaimne ja füüsiline tervis. Kui isa suhtumine on positiivne ja oma naist toetav, tunneb lapseootel naine end enesekindlalt ja rahulikult ja nii kujunevad eeldused õnneliku ja terve lapse sündimiseks.

Maslov oma inimvajaduste eristuses tõstab esile turvalisuse vajaduse, mille imikueas kindlustavad vanemad. See on turvalisus hirmu eest, kaitse valu, hirmu, korralageduse eest. Turvalisus kuulub esimest järku vajaduste hulka ja peab olema rahuldatud peale loomulike (füsioloogiliste) vajaduste rahuldamisest. Turvalisuse vajaduse rahuldamine on vältimatu tingimus võimalusele rahuldada teise järku vajadusi – arenguvajadusi. Turvalisuse vajaduse rahuldamine produtseerib heaoleku tunde. Selle tekkimiseks ja stabiliseerimiseks on vaja stabiilset ümbruskonda ja veendumust selle stabiilsuses ja seaduspärasuses. See on kindlustatud lapse sõltuvusega vanematest, mis ka ergutab vanemaid sellist ümbruskonda moodustama ja hoidma. Selles seisneb sõltuvuse konstruktiivne osa varases lapseas.

Turvalisuse tunne kujuneb vanemate hoolde, toe ja armastuse väljendusest lapse suhtes. Üldjärelalusena nendest lähenemistest on väide lapse vajadusest turvalisuse tunde olemasolus ja hoidmises ning veendumus selle tunde kindlustamises täiskasvanute ja esmajärjekorras ema poolt. Turvatunne on kindlustatud täiskasvanu hoolde väljendusega ja positiivselt emotsionaalse suhtumise näitamisega lapse suhtes. Tulemusena tekib ja säilib lapsel esiteks emotsionaalse heaolu tunne ja teiseks tekib kiindumus täiskasvanusse, kes selle heaolu kindlustab. Imikueas määratletakse emotsionaalse heaolu seisundit emotsionaalse komfordi põhitundena, mis kindlustab usaldusliku ja aktiivse suhtumise maailma (soovitud laps).

Mõned raseda emotsioonid nagu kindlustunne, sõltumatus, edu, vastutustunne tugevdavad ema ja emalaps oleva lapse ühist kohanemissüsteemi, teised aga – süütunne, ärevus, hirm, masendus, abitustunne – takistavad lapse arengut nii otseselt (võrdlemisi hilistel raseduskuudel) kui ka kaudselt (sellise ema poolt kantud ja sünnitatud lapse sünnituskogemuste tihendamise kaudu) (Grof, S. 2000).

Emal liigsed emotsionaalsed vastureaktsioonid stressidele, mida on rohkesti meie raskes ja pingelises elus, on põhjuseks tohtule arvule sellistele sünnitusjärgsetele tüsistustele nagu neuroosid, vaimne alaareng ja paljud teised patoloogilised seisundid (Emerson W.)

Mõiste "stress" võttis kasutusele Kanada teadlane-bioloog H.Selye 1936.a. Tõlkes inglise keelest tähendab see "pinget" või "survet". Stress on kohanemine, adapteerumine muutunud tingimustega, nii väliskeskkonnas kui ka organismi sees. Seega on ta raseduse puhul pigem positiivne tegur, mis aitab kohaneda elus eesseisvate muutustega. Tuleb ainult meele pidada, et liigset pinget tuleb püüda vältida. Täielikult ennast stressi eest kaitsta on ebareaalne. Rasedus, mis tingib organismi hormonaalse ümberkorralduse, süvendab närvipinget ja põhjustab mõnikord väga kõrge tundlikkuse välistegurite suhtes. Raseda selline seisund põhjustab paljuski kõrgendatud ärevust ja see ärevus viib sageli tagajärjedeni, mis mõjuvad väga negatiivselt nii emal kui väikelapse organismile.

Üldteada on rasedate kõrgendatud emotsionaalne tundlikkus ja sugereeritavus. Nad solvuvad kergesti, hakkavad nutma, neile on iseloomulikud rahutus, umbusaldamine ja meeleolu kõikumised. Sellised emotsioonid on tavaliselt ajutised ega kajastu märkimisväärselt selles, kuidas kulgeb rasedus, olles kaitsereaktsioonideks, teravdatud enesäilitamise instinkti või emaduse väljendusteks.

Hoopis teine asi on tugevad ootamatud šokitaolised emotsionaalsed häired, vapustused, ehmatused ja pikemaajalised (vähemalt 2-3 kuud kestvad) piisavalt intensiivsed üleelamised (Zahharov, A. 1998). Põhilisteks kroonilise psühholoogilise stressi allikateks raseduse ajal on kõige sagedamini perekondlikud probleemid, sh perevägivald, professionaalsed tegurid (pikad tööpäevad, töö öises vahetuses, õppimine üheaegselt tööga) ja mitme stressori üheaegne toimimine.

Rasedate naiste ägeda stressi põhjuseks võib olla lähisugulase (abikaasa või lapse) kaotus, abielulahutus raseduse ajal või ootamatud psühhogeensed faktorid, mis on eluohtlikud või millega kaasnevad kehalised vigastused. Tulevane laps võib tunnetada ema hirmu, võtta selle omaks ja tunda seeläbi topelt õudust. Emaga raseduse ajal aset leidnud õnnetusjuhtumeid (kukkumine, liiklusõnnetused) või füüsilist kallaletungi tajub loode ka kui tema enda vastu suunatud tapmiskatseid (Hanter, A. Word., S.). Aeg-ajalt loode kogeb, et vanemad tegelevad armastusega. Kui seks on vägivaldne, siis loode tunneb seda ja see kujundab tema suhet seksi tulevikus.

Emotsionaalse kontakti ulatus ja iseloom ema ja veel sündimata lapse vahel on tõenäoliselt otsustavaim mõjur tekkivale psüühikale. Emotsioon ei ole mitte ainult subjekti psüühiline seisund, see on ka tema organismi hormonaalne reaktsioon. Kestvate stressiseisundite puhul moodustub ema veres steroidsete hormoonide üleküllus ja need läbivad platsenta barjääri ning mõjutavad lapse kujuneva aju arengut. Sünnituseelne kogemus kujutab endast ema emotsionaalsete seisundite taasesitust lapse aju poolt.

Siit järeldub, et ema emotsionaalsed seisundid raseduse ajal kanduvad edasi lapsele ja need seisundid võivad muutuda lapse juures domineerivateks pärast tema sündi. Võimalik, et ema ja loote vahelise emotsionaalse kontakti iseloom ja määr on üks tähtsamaid tegureid, mis mõjutab lapse arenevat psüühikat, eriti selle emotsionaalset osa.

Uuringud näitavad, et teadvuse alged tekivad lapsel just alates raseduse teisest poolest. Tugevast stressist kolmandal või neljandal raseduskuul tekivad tagajärjed pigem närvisüsteemile, lapse aju ei ole veel piisavalt arenenud, et muuta emalt saabuv teave emotsioonideks. Emotsioon sisaldab endas mitte ainult aistinguid, kuid ka aistingutele tähenduse andmist. Kuuendaks raseduskuuks (25-ndaks nädalaks) on loode võimeline muutma aistingud emotsioonideks, tulevase lapse sisemine reaalsus hakkab kujunema emapoolse emotsionaalse teabe mõju all.

On olemas korrelatsioon lapse käitumishäirete ja raseduse kuu vahel, millel tekkis traumeeriv toime lapse peajule. Seejuures otsustavam tähtsus lapse emotsionaalse valdkonna kujunemisel on neljandal ($r=0,33$), viiendal ($r=0,38$) ja kuuendal sünnieelsel elukuul emaihus, kui eriti aktiivselt arenevad ja diferentseeruvad peamist rolli emotsioonide kujunemisel mängivad ajustruktuurid (O.Sokolova)

Belgia Catholic University of Leuven teadlased otsustasid uurida, kuidas ema erutus seisundid mõjutavad lapse psüühikat, s. t. kuidas nad mõjutavad lapse tähelepanu halvenemist, hüperaktiivsust, kõrgendatud rahutust ja muid taolisi kõrvalekaldeid. Nad tahtsid selgitada, kas raseduse kestel on selliseid perioode, mil loode on eriti haavatav, kui ema rahutus "programmeerib" lapse bioloogilisi süsteeme nii, et suurendab kalduvust hälvete tekeks.

Uurijad kogusid andmed 71 naise ja nende laste kohta. Viimaseid uuriti pärast sündi ja 8-9 aastasel. Emad täitsid küsimustikud, mille järgi oli võimalik määrata nende stressi taset raseduse ajal. Kui lapsed said 8-9 aastadrks, siis emad, õpetajad ja kõrvaline vaatleja hindasid laste tähelepanu, aktiivsust ja nende omast rahutuse taset.

Uuringu esimesel etapil uuriti laste domineerivaid emotsioone ja võrreldi neid emade valdavate emotsionaalsete seisunditega raseduse ajal. Selleks oli kasutusel spetsiaalselt väljatöötatud küsimustik, mis peegeldas ema psüühilist seisundit. Lapse domineerivate emotsionaalsete seisundite väljaselgitamiseks toimus vestlus emaga. Ilmnes, et lapsele kandusid edasi ema emotsionaalsete seisundite sisu ja iseloom. Selgus, et kõige suurema tõenäosusega kandusid emalt lapsele edasi sellised emotsionaalsed seisundid nagu hirm, agressiivsus.

Edasi tehti kindlaks sõltuvus lapse käitumishälvete ja raseduskuu vahel, millal leidis aset lapse aju mõjutanud traumeeriv toime. Kõige olulisemad lapse emotsionaalse sfääri kujunemisel on üsasisese elu neljas, viies ja kuues kuu, kus kõige aktiivsemalt arenevad ja liigestuvad ajustruktuurid, mis mängivad peamist rolli emotsioonide kujunemisel (Sokolova, O.). Uuring näitas, et laps elab üle kõike seda, mida elab läbi ema.

Prenataalsel kogemusel, mida toetavad vastavad tingimused, võivad olla dramaatilised tagajärjed.

Selle näiteks on järgmine juhtum:

Raseduse kaheksandal nädalal läks naise mees ootamatult teise naise juurde. See vapustas naist ja ta tundis ennast mahajäetuna. Arvatavasti tundis veel sündimata

laps sama. Kuna naisel puudusid piisavad rahalised vahendid ja ta ei tahtnud last üksi kasvatada siis otsustas ta teha aborti. Ta proovis mitu korda nurisünnitust esile kutsuda, kasutades selleks riidenagi kõverdunud otsa. Tema lapsel ilmsid lapsepõlves sadistlikud ja enesehävituslikud kalduvused. Lapse sadistlikud kalduvused olid hämmastavalt sarnased ema abordikatsetega olgugi, et ta neist midagi ei teadnud. Ta põletas ennast sigarettidega ja torkis keha teravate metallesemetega. Tema sadistlik meelisinstrument oli kalapüügi konks ja ta kahetses, et ei saa osta endale piisavalt suurt konksu. Teda arreteeriti nooruses kolmkümmend korda kallaletungide pärast ja tema käitumine sarnanes ema katsetele temast vabaneda. Tavaliselt ründas ta oma ohvreid siis, kui nad magasid, kasutades selleks rasket punutud nõõri, mille otsas oli konks.

Agressioon ja vägivald on patoloogilised sümptomid, mis on kaotustest, mahajäetusest ja agressioonist tingitud korduvate traumade tulemus. Väljend „vägivald sünnitab vägivalda“ ei ole seega tõhipaljas sõnakõlks vaid teaduslikult tõestatud fakt. Eeltoodud juhtumi puhul kandis laps ema agressiivsuse prenataalse kogemuse (ema abordikatsed) läbi kogu elu (William R. Emerson).

Hollandi uurijad lähtusid sellest, et ema sünnituseelne stress võib olla seotud loote seisundi halvenemisega ja otsustasid uurida kas rasedate stressi psühholoogilised ning endokriinsed mõõtmised ennustavad muutusi väikelapse arengus 3 ja 8 kuu vanuses. On välja toodud üldised andmed igapäevastest ärevustest ja rahutustest, mis on seotud rasedusega. Mõõdeti kortisooli ja süljeerituse taset 170 uuritava naisel raseduse esimese, teise ja kolmanda trimestri ajal. Selle projekti käigus sündisid terved lapsed õigeaegselt ja uuringuid jätkati pärast nende sündimist.

Tulemused:

- Rasedusega seotud kõrge rahutuse tase teisel perioodil eeldas väikelapse madalat vaimset taset ja madalat mootorika arengut kaheksandaks elukuuks (p.05).
- Suur igapäevaste ärevuste hulk raseduse algperioodil oli seotud väikelapse madalama vaimse arengutasemega kaheksandaks elukuuks (p.05).
- Varahommikuti avaldunud kortisooli tase raseduse hilisemal perioodil mõjus negatiivselt 3-kuuse väikelapse vaimsele arengule ja ka tema mootorika arengule (p.05 ja p.005) ning mootorika arengule 8 kuu vanuselt (p.01).

Keskmiselt ilmses alanemine vaimse ja mootorika arengu skaalal 8 punkti võrra. Sellest tehti järeldus, et stress raseduse ajal on üks otsustav tegur, mis põhjustab 8-kuistel väikelastel

vaimse arengu ja motoorika arengu peetuse ning võib olla riskiteguriks nende hilisemas arengus (Huizink, A., Robles de Medina, P., Mudler, E. 2003).

Uuringu käigus saadi kõige kindlamad kaudsed tõendid selle kohta, et naise rahutus raseduse ajal võib programmeerida loote arenevat aju, suurendades kalduvust sellistele hälvetele nagu tähelepanematus, hüperaktiivsus, rahutus.

Saadud tulemused annavad alust arvata, et ajavahemik 12-22 nädalat on tulevase lapse psüühikale kõige ohtlikum, sest just sellel perioodil oli kõige suurem korrelatsioon ema rahutuse ja lapse tulevaste hälvete vahel. Veelgi enam – rahutuse mõju tollel perioodil oli tugevam kui suitsetamise mõju raseduse ajal ja alakaalulisuse mõju sündimisel.

Teaduslikult tõestatud on fakt, et ema psühholoogilised läbielamised raseduse ja sünnituse ajal mõjutavad tulevast last. Et lootest kujuneks terve laps, tuleb pidada esmaseks ülesandeks kapseeotel naise psühhoemotsionaalse seisundi parandamist, tema psühholoogilist toetamist aga ennekõike tulevase ema kaitsmist igasuguse vägivalda eest.

2.3.4. VÄGIVALLA RISKIGRUPID

Füüsilise või seksuaalse vägivalla all kannatavad suuremal või vähemal määral naised kõigis vanuserühmades sõltumata sotsiaalsest staatusest, haridusastemest jms. Lähtuvalt riskiastmest sattuda füüsilise või seksuaalse rünnaku ohvriks kas oma kodus või avalikes kohtades võib naised jaotada kahte suurde rühma:

I Kõrgendatud riskiastmega rühm.

Kuni 40aastased naised, kellel tuleb üle elada valdav osa (76% kõigist füüsilistest ja 82% kõigist seksuaalsetest) naiste vastu suunatud rünnakutest. 62% vägivalla tagajärjel saadud vigastustest langeb osaks selle rühma esindajatele.

II Madalama riskiastmega rühm.

Üle 40aastased naised, kes on ohvriteks 24% füüsiliste ja 13% seksuaalsete kallaletungide korral. 38% vigastustest langeb osaks selle rühma esindajatele.

Mõlemas riskirühmas saab eristada allrühmi:

		Osakaal üleelatud rünnakutest %des		Osakaal vigastustest %des
		Füüsilised	Seksuaalsed	
1	Suurim vägivalla riskirühm: 21-30 aastased, vabaabielus naised	36	38	24
2	Kõrge vägivalla riskirühm: 31-40aastased abielus naised	24	19	17
3	Avalikes kohtades toimuvate rünnakute ohvrid: Kuni 20aastased vallalised naised	16	25	21
4	Madala vägivallariskiga rühm: 41-50aastased abielus naised	12	13	14
5	Kõrge vigastuste riskiga rühm: Üle 50aastased üksikud naised	12	5	24
Kokku:		100	100	100

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2003.

1. Suurim vägivalla riskirühm – 21-30aastased vabaabielus naised.

Vägivalla kogemused:

Rühma võib nimetada vägivalla all suurkannatajaks, sest üleelatud kallaletungide poolest ületavad rühma esindajad oluliselt teisi naisi. 36% kõigist füüsilistest ja 38% seksuaalsetest kallaletungidest on suunatud sellele rühmale. Kallaletungide tagajärjel on suur vigastuste osakaal, iga neljas naistevastase vägivalla tagajärjel saadud vigastus toimub rühma esindajatega. 2/3 kallaletungidest toimub kodus abikaasa või elukaaslase poolt, kolmandik avalikus kohas.

Sotsiaal-demograafiline iseloomustus:

- Peamine kooselu vorm on vabaabieliu (52%). Ametlikus abielus on vaid 10%. Üksikuid on 38%. 70%l on alaealised lapsed.
- Haridustase on madal. Põhihariduse omajaid (37%) on üle kahe korra rohkem kui eakaaslaste seas. 47% omab kesk- või keskeriharidust, 16% kõrgharidust.
- Sotsiaalne staatus on madal. Pooled tüübi esindajatest on teenindajad või töölised ("sinikraed"). "Valgekraesid" (spetsialistid, ametnikud) on vaid 15%. 27% on koduperenaised, 8% õppurid.

2. Kõrge vägivalla riskirühm – 31-40aastased abielus naised

Vägivalla kogemused:

Tüübi esindajaid võib vaadelda kui riskirühma nr 2, sest iga neljas füüsiline ja viies seksuaalne kallaletung on suunatud neile. 17% kõigist kallaletungide tagajärjel saadud vigastustest jääb selle rühma kanda. Sarnaselt eelmisele rühmale toimub 2/3 kallaletungidest kodus.

Sotsiaal-demograafiline iseloomustus:

- Peamine kooselu vorm on ametlik abielu (42%). Iga viies on vabaabieliu, 8%l on kindlad partnerid, 29% on üksikud. Tüüp on kõige lasterikkam 91%l on alaealised lapsed. Iga viies kasvatab lapsi üksi.
- Haridustase ületab Eesti keskmist. Iga viies omab kõrgharidust, põhiharidus on vaid 15%l.
- Sotsiaalne staatus on Eesti keskmine. Kolmandik on "valgekraesid" (spetsialistid, ametnikud) ja kolmandik "sinikraesid" (teenindajad, töölised). 14% on koduperenaised. Kõrge on töötute osakaal, iga viies on töötu.

3. Avalikes kohtades toimuvate rünnakute ohvrid – kuni 20aastased vallalised naised.

Vägivalla kogemused:

Tegemist on riskirühmaga number 3, kelle kallal pannakse toime 16% füüsilistest ja 27% seksuaalsetest rünnakutest. Tüüp saab keskmisest rohkem vigastusi. Iga viies vägivalla tõttu saadud vigastus toimub rühma esindajatega. Eripäraks on, et rohkem kui pooled (58%) rünnakutest toimuvad rühma esindajatega avalikes kohtades (tänav, klubi, park jms), 42% kodudes. Kuna vaid 13% on vabaabielus, panevad enamiku rünnakutest toime tuttavad noormehed (poissõbrad jt).

Sotsiaal-demograafiline iseloomustus:

- Üksikute kõrge osakaal. $\frac{3}{4}$ rühma esindajatest on üksikud vallalised naised, 13% on vabaabielus, 14% on kindel partner.
- Madal haridustase. $\frac{2}{3}$ omab põhiharidust, kolmandik keskharidust.
- Tüübi eripäraks on kõrge õppurite osakaal – 81%, 13% on koduperenaised, 7% töötud.

4. Madala vägivallariskiga rühm – 41-50aastased abielus naised.

Vägivalla kogemused:

Pärast 40ndat eluaastat langeb naiste risk sattuda füüsilise või seksuaalse vägivalla ohvriks mitmeid kordi. 41-50aastastele naistele on suunatud 12% füüsilistest ja 13% seksuaalsetest kallaletungidest. Kallaletungide tagajärjel saadud vigastuste poolest on rühm viimasel kohal. Iga seitsmes vigastus toimub rühma esindajatega. Pooled kallaletungidest pannakse toime kodus (abikaasa, elukaaslase poolt), pooled väljaspool kodu.

Sotsiaal-demograafiline iseloomustus:

- Kõrge abielulisus. 63% on ametlikus abielus, 18% vabaabielus, 5% on partnerid. Vaid 14% on üksikud. $\frac{2}{3}$ kasvatab alaealisi lapsi.
- Kõrge haridustase. Rühma esindajad on kõige haritumad. Iga kolmas omab kõrgharidust.
- Kõrge sotsiaalne staatus. $\frac{2}{3}$ töötavad “valgekraedena” – juhid, spetsialistid, ametnikud.

5. Kõrge vigastuste riskiga rühm – üle 50aastased naised.

Tegemist on rühmaga, kelle tõenäosus sattuda vägivalda ohvriks on kõige väiksem. 12% kõigist füüsilistest ja 5% seksuaalsetest kallaletungidest toimub rühma esindajatega. 71% kallaletungidest toimub ohvri kodus, 29% avalikes kohtades. Kuigi kallaletunge toimub suhteliselt harva, lõpevad need reeglina kergemate või raskemate vigastustega. Tüüp saab aasta jooksul samapalju vigastusi kui 21-30aastased naised. Iga neljas vigastus toimub tüübi esindajatega.

Sotsiaal-demograafiline iseloomustus:

- Kõrge üksikute osakaal. Vaid 40% on abielus, sh 15% vabaabielus, 6%l on kindel partner.
- Kõrge haridustase. Iga kolmas rühma esindaja omab kõrgharidust, 59% kesk- või keskeriharidust.
- Madal sotsiaalne staatus. Iga teine rühma esindaja töötab kas teenindaja või töölisena. Iga neljas on "valgekrae". Iga kolmas on pensionär.

2.3.5. ARSTI POOLE MITTEPÖÖRDUMISE PÕHJUSED

Peamised põhjused, miks ohvrid arsti poole ei pöördu, on ühelt poolt häbi- ja süütunne, et abikaasa/elukaaslane kohtleb oma naist nii julmalt. Ohvriks on hirm, et arst hakkab teda juhtunust süüdistama ja annab talle hinnangu, et ta ei oska olla oma mehele korralik naine. Teiselt poolt kardavad ohvrid, et arst võib teatada politseile ja selle tulemusena võidakse meest karistada, isegi vangistada.

Meditsiini- ja sotsiaalses keskkonnas on vägivalda ohvrid tihti stigmatiseeritud, sest nad "põrusid läbi" sellistes asjades nagu kontratseptiivide kasutamine ja pereplaneerimine, tulla korduvale visiidile ja saada ravi, järgida tervist ja käitumist puutuvaid nõuandeid. Nende tervis võib halveneda või nad võivad jätkata kurtmist, et neid piinab pea- ja seljavalu, seedetrakti probleemid. Tavaliselt peitub selliste kaebuste ja käitumise taga avastamata vägivald. Probleem on selles, et need naised ei saa sellist abi mida nad vajavad. Märkamatu ja mõistetamatu vägivald võib kahandada naiste seksuaalsust ja reproduktiivtervist.

Naised - vägivalda ohvrid ei julge sageli juhtunust kellelegi rääkida, sest siis võib selle teole järneda kohe teine, "karistuseks" esimese ilmsikstuleku eest. Pealegi on sotsiaalne toetus vägivaldse mehe pärast kannatavale naisele minimaalne. Põhiline, mida kannatanu tunneb, on ülekohus, häbistatus ja lõpuks sotsiaalne isolatsioon. Kui inimesed teadvustaksid endale ohvri käitumisele iseloomulikke reaktsioone, suudaksid nad ohvrile palju rohkem toeks olla.

Usalduse loomiseks ohvri ja arsti vahel on väga oluline, et meedikud suhtuksid ohvrise kaastundlikult ja mõistvalt, mitte mingil juhul süüdistavalt. On oluline, et meedikud suudaksid luua patsiendiga sellise usaldussuhte, et vägivalda ohvrid käiksid regulaarselt oma tervist kontrollimas ja arstiga nõu pidamas. Ka on oluline, et meedik oskaks nõu anda, kuhu ohver veel võib pöörduda (politsei, sotsiaaltöötaja, perenõustaja, jurist jne), et oma probleeme lahendada.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ???** Kas on võimalik vähendada haigena tööl käivate naiste arvu
- ???** Mida tuleks ette võtta, et vigasaanud ohvrid pöörduksid koheselt arsti poole ja ei riskiks end iseseisvalt ravida
- ???** Millise vägivalda tagajärgedega Teie oma töös kõige enam kokku puutute
- ???** Milline peaks olema meditsiinisüsteemi ja iga üksiku naistearsti vastutus tulevase põlvkonna vaimse ja füüsilise tervise ees lähtudes perevägivalda massilisest levikust Eestis ja faktist, et ema stressiseisundid ja kogatud agrssioonid mõjutavad sündimata lapse aju ja kujundavad tema psüühikat
- ???** Kuidas vähendada naiste – vägivalda ohvrite stigmatiseeritust eriti, kui tegemist on seksuaalvägivalda kogenud naisega
- ???** Mida saaksite Teie oma igapäevatöös teha, et julgustada naisi-ohvreid võimalikult varakult arstiabi otsima

3. MEEDIKUD JA NAISTEVASTANE VÄGIVALD

3.1. KOHTUMINE VÄGIVALLA OHVRIGA

Selles peatükis ...

- ✚ selgitame, miks on oluline, et naistearstid küsiksid oma patsientide käest vägivalda kohta
- ✚ selgitame, mida tähendab ohvri jaoks võimalus oma vägivallakogemusest kellegagi rääkida
- ✚ näitame, kuidas toimib süsteem, mille puhul vägivaldne mees saavutab võimu ohvri üle ja paneb ta vägivallast vaikima
- ✚ toome välja patsiendi juures võimalikule vägivallale viitavad tundemärgid 3 kategooria lõikes
- ✚ teadvustame medikute võimalikke barjääre ja takistusi soolisest vägivallast rääkimisel
- ✚ analüüsime 5 eri reageeringu tüüpi soolisele vägivallale

3.1.1. MEEDIKUTE PROBLEEMID KOKKUPUUTEL VÄGIVALLAGA

Naistearstidel on täita kaalukas roll, kui nad puutuvad kokku naistevastase vägivalla ohvritega, eriti, kui tegu on sünnieelse või sünnijärgse faasiga, veel sündimata lapse vaimse ja füüsilise tervisega, vastsündinu ema tervisega ja naise reproduktiivsusega. Selleks et rääkida oma muredest, peavad vägivalla ohvrid oma arste usaldama. Mõned naised külastavad meditsiiniastutusi vaid korra aastas, või isegi harvemini, seepärast võib naiste küsitlemine vägivallast olla edaspidi unikaalne võimalus abistada ohvreid ja koguda andmeid.

Meedikutel tuleb silmas pidada tõsiasja, et paljud naised, kes käivad visiitidel, kannatavad vägivalla all. Naistearstid peavad olema oma patsientide suhtes tähelepanelikumad ja oskama vajadusel neid abistada. See on väga tähtis, kuna kaalul võib olla naise tervis ja elu, eriti kui ta ootab last. Eesti haiglate personal on esialgu saanud veel suhteliselt vähe koolitust

vägivalla valdkonnas, eriti kui võrrelda kasvõi näiteks politseitöötajatega. Isegi siis, kui meedik näeb ja teab, et tegemist on vägivalla ohvriga, ei küsi ta tihti naiselt vägivalla kohta. Takistuseks on ühelt poolt ka hirm, et kuuldes vastust “jah”, ei suuda ta inimest aidata või et situatsioon võib väljuda kontrolli alt.

Mõnedel meedikutel võib olla hirm ohvrite probleemide ees. Nad kardavad, et naiste mured ja vajadused koormavad neid üle. Tulemuseks on, et nad ei suuda teha korralikult oma arsti tööd, mida nad on kohustatud tegema. Ja isegi, kui arstid tahaksid aidata naisi-vägivalla ohvreid, kerkib küsimus: “Mis me saame teha?” Esmane vastus sellele küsimusele on – kuulata! Näidata ohvrile, et arsti näol on tegemist inimesega, kellega saab rääkida, kes on valmis patsiendi mured ära kuulama.

On ülioluline küsida iga meditsiini-asutust külastatavat naist vägivalla kohta! Ohvrid tunnevad tihti ennast oma probleemiga üksi. Küsimine oleks esimene samm saladustest ja süütundest vabanemiseks. Murdes vaikust saab anda inimesele lootust.

Parim, mida te saate teha, on olla lihtsalt tähelepanelik kuulaja. Naised vajavad kõige enam lihtsalt rääkimist, mille käigus nad hakkavad nägema juba ise oma probleemidele lahendusi. Rääkimine ja teadmine, et teda kuulatakse, tekitab naises tunde, et tema eest hoolitsetakse, ning probleemide taak väheneb oluliselt. Just see pakub naisele suurt tuge, et ta tuleks toime oma igapäevaste stressidega. Naised saavad stressist jagu suhtlemise kaudu (Gray 2001). Tänu lõdvestumise võimalusele liigub naine elus edasi kergemal sammul ning alustab ise oma probleemide lahendamist.

Enamus ohvritest ei hakka lihtsalt spontaanselt vägivallast rääkima. Eri maade uuringud on näidanud, et kuni 70% naistest oleks rääkinud enda muredest kui arst oleks küsinud ja vaid 6% ütlesid, et nende käest oli küsitud.

Vaatamata sellele, et algselt on vägivalla avalikustamine raske, oleksid ohvrid üldjuhul meeeldi valmis vastama arsti poolt esitatud küsimustele. Oluline on ka privaatsus ja see, et arst oleks hooliv ja mitte hinnanguid langetav. Paljud naised on kaua oodanud, et keegi küsiks vägivallast kohta nende elus. Mida varem arstid saavad aidata ja sekkuda, seda paremaks muutub ohvri elu ja väheneb pikaajaline kuritarvitamise oht. Naiste-vägivalla ohvrite tervise parandamine on suur samm ühiskonna tervise parendamiseks.

Naistearstid esitavad oma patsiendile mitmeid naisi väga intiimselt puudutavaid küsimusi. Just seetõttu on neil lihtne küsida oma patsiendilt ka vägivalla kohta. Rääkides klientiga

sellistel teemadel nagu seksuaalsus, pereplaneerimine, rasedus, võib naistearst üsna lihtsalt jutu sees põigata ka vägivalla teemale.

Muidugi mõned naised vastavad "jah" ja mõned "ei" isegi kui nad on vägivalla ohvrid, kuid see tähendab vaid seda, et nad vajavad rohkem aega ja suuremat usaldust oma arsti vastu. Kuna ukSED on alati avatud, on ohvril võimalus tulla tagasi hiljem. Siis, kui ta tunneb, et on valmis rääkima ja vajab kedagi, kes ta ära kuulab.

Medtöötajad on tihti mures, mida teha kui naine ütleb "jah". Meedikute roll on väga tähtis kuid ka piiratud.

Meedik peaks...

1. toetama ohvrit
2. saama aru probleemist
3. andma informatsiooni, mida ohver vajab.

Kõige tähtsam, mida tervishoiu töötaja saab teha naise jaoks, kes vastab "jah", on olla delikaatne ja mitte hinnanguid langetav.

Küsites vägivallast, saab arsti ja kliendi suhe nõ „täiendavat boonust“:

- Süvendab arsti-kliendi suhet, tehes seda ausamaks ja avatumaks.
- Õpetab medtöötajatele uusi oskusi tulla toime rasketes situatsioonides ja olla ka samas delikaatne.
- Tõstab medtöötajate töövõimet ja tunnet, et nad suudavad olla kasulikud ja patsiente aidata.
- Tervishoiuga tegelevad organisatsioonid muutuvad kliendi jaoks kohaks, kus temast saadakse aru ja kus ta saab abi.
- Usalduse kasv meditsiinisüsteemi vastu tervikuna.

On palju faktoreid, miks vaikus naistevastase vägivalla ümber on kestnud nii kaua. Inimesed arvavad, et soolisel vägivallal nagu näiteks perevägivald, on isiklik tähendus. Sellest ei räägita avalikult. Teiste inimeste eraasjadesse ei sekkuta. Soolist vägivalda on viimaste kümnenditeni kogu maailmas võetud nagu normaalset nähtust, eriti, kui see leiab aset perekonnas. Sooline vägivald on olnud aastatuhandeid midagi sellist, mida mehele on lubatud naisega teha.

Ohvreid on pannud vaikima mitte ainult kurjategija vaid ka ühiskond. Ühiskond on neile sisendanud, et vägivald on nende enese süü, nad on teinud midagi, käitunud kuidagi, millega nad on ise vägivalda ära teeninud. Nad on sooritanud ise mingi väärteo, mille eest neid karistati. Ühiskond on naisi veennud, et keegi nagu nii ei usu neid ja rääkides võib nende olukord veelgi keerulisemaks muutuda.

Alljärgnev tabel näitab, kuidas kurjategija mõjutab ohvrit, tekitades temas barjääre juhtunust rääkimisel:

Kurjategijapoolne põhjendus	Ohvripoolne tõlgendus	Tagajärg ohvrile
Ma lõõn sind, sest ma armastan sind	See ongi armastus	Segadus, väärtushinnangute konflikt. murenemine, ümberformeerumine
Vägivald on sinu süü, sa käitusid nii, et ma olin sunnitud sind karistama	Olen paha ja süüdi	Enese süüdistamine, vägivaldsete õigustamine
See on sinu enda pärast, see teeb sulle head	Mees (teised inimesed) teavad paremini, mis on minu jaoks hea	Ebakindlus, kahtlemine endas, oma otsustes. Otsustusvõimetus
Keegi ei hakka sind kunagi armastama nii nagu mina	Ilma temata olen elu lõpuni üksinda	Sõltuvus, hirm lahkuda vägivaldsest suhtest
Sinu keha kuulub mulle	Minul (naisel) ei ole võimalik (õigus) kontrollida, seda, mida teised inimesed minuga (mehed minu kehaga) teevad	Oht muutuda "krooniliseks" ohvriks
Keegi ei usu sind, kui sa räägid, mis sinuga juhtus	Olen üksi ja keegi ei hooli minust	Vaikus

Harilik stsenaarium on see, et mõlemad inimesed (arst ja patsient) on vait. Üks kardab rääkida ja teine küsida.

3.1.2. VÕIMALIKULE VÄGIVALLALE VIITAVAD MÄRGID

Veel hiljuti ümbritses soolist vägivalda vaikus ja vägivalla ohvrid ei suutnud oma valu sõnastada. Kuid ka naise keha võib rääkida meedikule oma eluloo isegi kui naine endiselt vaikib.

Tervishoiu töötajad näevad, et inimesel on olnud vägivalla "kogemus" tema käitumisstiilist. Näiteks naised, kes kannatasid lapsepõlves seksuaalkuritarvitamise all, tunnevad end tihti süüdi ja häbenevad, kui räägivad seksiga seotud muredest.

Vägistamisohvrite kehad võivad "rääkida" sagenenud haigla visiitide kaudu. Aasta jooksul pärast vägistamist tõuseb arsti külastamine kuni 50%. Kuid enamik naisi ei avalikusta oma traumasid. Samas meditsiinipersonal ei küsi vägivallast ka siis, kuid raviarstile on sõnadetagi selge pöördumise tagamaad.

Ohvrid pöörduvad tavaliselt arsti poole valu, korduvate suguhaiguste ja mitteplaneeritud raseduse tõttu. Kui tervishoiutöötajad puutuvad otseselt kokku taoliste asjadega, tunnevad nad jõuetust ja läbikukkumist, sest ei tea kuidas aidata ja mida teha. Nad võib olla saavad aru, et nende igapäevane töö koosnebki vägivalla ohvrite abistamisest, kuid kuna nad ei ole saanud vastavat koolitust ja ei julge kindlalt olla, et tegu on just vägivalla ohvriga, ei julge nad ka sekkuda.

Meditsiiniteenuseid osutavad professionaalid tunnevad tihti ära vägivalla ohvrid ka siis, kui naine pöördus meediku poole mõne teise terviseprobleemiga, mis esmapilgul ei pruugi vägivallaga haakuda. Vägivalla tunnused võivad avalduda alates inimese emotsionaalsest tasandist kuni silmaga nähtavate vigastusteni.

Üle-eestilises med-töötajate uuringus 2003a küsisime meedikutelt ka selle kohta, kas ja milliste tundemärkide järgi suudavad nad kindlaks teha, et tegemist võib olla vägivalla ohvriga ka sellisel juhul, kui esmapilgul puuduvad vägivallale viitavad vigastused.

Võimalikule vägivallale viitavad märgid võib jagada kolme rühma:

Vägivalla ohvrile viitavad tunnused ilmnevad...

I Käitumisel

- Hilinenud pöördumine arsti poole
- Häbelik, häbeneb tulla arstivastuvõtule
- Korduvad pöördumised sarnaste vaevustega, Sama naine tuleb korduvalt vigastatuna
- Sagedased arsti külastused ilma erilise põhjuseta
- Tihti koos abikaasaga, kes ootab ukse taga
- Vastamisel on pilk suunatud maha
- Hirm (sugulisel teel levivate) nakkushaiguste ees
- Kartlik, tagasihoidlik käitumine, eriti koos mehega
- Allasurutud, arglik (enesesse tõmbunud)
- Endasse tõmbunud/emotsionaalselt pidurdatud
- Erutatud, ärevil. Endast väljas/läheb vastuvõtul endast välja
- Ebakindel, ebalev käitumine&hoiak
- Rahutu, närviline olek - liigutab närviliselt käsi, jalgu
- Rõhutud, masendatud
- Hirmunud
- Väga vaoshoitud
- Ükskõikne, apaatne
- Õnnetu, kurb, murelik
- Tasakaalutu
- Paanikas
- Hüsteerias
- Nutab

II Suhtlemisel

- Soovib südant puistata
- Patsient soovib naisarsti
- Ei taha rääkida arstiga meditsiiniõe kuulates
- Tõrjuv hoiak teatud küsimuste osas
- Ebaloogiline vastus trauma põhjusele
- Ebamäärased kaebused/valud
- Ei kontakteeru hästi
 - Ei taha rääkida juhtunust, põiklevad vastused/põiklevad selgitused juhtumi kohta
 - Kardab rääkida, kust kohast vigastused pärit on

- Keeldub partneri juuresolekul teatud teemadel rääkimast
- Mees ei luba naisel vastata, vaid vastab ise tema eest
- Lootusetu meeleolu, mehe arvamuse arvestamine kõiges
- Soovimatus rääkida oma pereelust
- Usaldamatus
- Esitab juhtunust ebatõepärase versiooni. Valetab, et kukkus jne, mitte, et keegi kasutas vägivalda
- Jutt ja kaebused segased, vasturääkivad (alustab juttu ühe kaebusega, tegelikult selgub hiljem, et tahab rääkida hoopis muust)
- Jutu sees millegi ütlemata jätmise, vakatamine poole lause pealt. Tahtmine millestki rääkida, aga pidevalt jutu katkestamine
- Selgitused on kas väga soravad või väga ebamäärased
- Soovib rääkida, kuid algul pelgab
- Enesesüüdistamine
- Kinnine, endasse tõmbunud, sõnaaher, naine ei ole jutukas
- Naine püüab midagi varjata
- Kogeleb
- Esitab küsimuse a la “mu sõbrannaga juhtus”
- Püüab esitada ühe teema kohta palju küsimusi, kuigi väidab, et temal ei ole sellega mingit pistmist
- Depressioon, stress
- Šokiseisund
- Karbab unetust, ebamäärast valu (südames)
- Enesetapumõtted
- Masendus
- Ei soovi, et vigastustest kusagile teatatakse
- Ei soovi vaginaalset läbivaatust
- Soov anda analüüse, aga paaniline läbivaatuse kartus
- Soovib anda kõiki analüüse (sugulisel teel levivatele haigustele)
- Vigastuste iseloom ei vasta antud selgitusele
- Tahab, et vastuvõtt saaks ruttu läbi

III Vaatlusel (ilma otsese meditsiinilise läbivaatamiseta)

- Kannab tumedaid prille
- Tugev meik näos, varjab sinikaid
- Rebenenud riided

- Kramplik, ülitundlik reaktsioon puudutuse suhtes
- Kahvatu jume
- Punastamine
- Paistetud silmade ümbruses
- Nutetud silmad
- Kaitsvad käsivarre vigastused
- Sõrmede vigastused
- Verevalumid ja muud nähtavad vigastused (nii näo piirkonnas kui kehal)
- Löögi, peksmise jäljed
- Marrastused/ Ekskoriatsioonid (kriimustused, pindmised naha vigastused)
- Muhud
- Muljumisjäljed
- Väljatõmmatud juuksed
- Küünistusjäljed

3.1.3. REAGEERINGUD SOOLISE VÄGIVALLA PROBLEEMILE

Meditsiinitöötajatel on võimalik ravida patsiente mitte ainult arstirohtude vaid ka oma suhtumise ja sõnadega. Uuringud on näidanud, et tihti on meditsiinitöötajad need ainukesed inimesed, kelle poole naine-vägivalla ohver abisaamiseks pöördub. Samas on meditsiinitöötajad ühtlasi ka need inimesed, kes suudavad vägivalda identifitseerida, abivajajat aidata ja tema eest hoolitseda.

Ohvritel on võimalus vägivallast välja tulla, kui leidub keegi, kes neid ära kuulab, informeerib ja toetab. Ohver vajab väga erinevat abi, nii juriidilist kui psühholoogilist, kuid probleemi mõistmine ja kuulamine on suur ja väga oluline samm protsessi alustamises. Ilma selleta ei suuda naine teha järgmisi samme.

Reaktsioonid soolisele vägivallale:

- **Eitamine ja keeldumine** on tavaline reaktsioon soolise vägivalla probleemile. Sooline vägivald on küllaltki raske, emotsionaalne ja stressirohke teema, seepärast kardavad tervishoiu asutuste töötajad, et see võib teha neid emotsionaalseks ja seeläbi jõuetuks tegemaka oma igapäevatööd. Üks tee kuidas inimesed reageerivad mingile keerulisele probleemile, on distantseerumine, otsustamine, et parem (ja ühtlasi ka lihtsam) on mitte sekkuda. Eitamine meditsiinitöötajate poolt võib tekitada ohvris tunde, et see, mis temaga

juhtus, toimub ainult tema elus või isegi, et ta kujutab seda endale lihtsalt ette või mõtles kõik välja.

Kui meditsiinitöötajal puuduvad teadmised psühholoogiast aga ka naistevastasest vägivallast, ei teagi ta, kuidas muul viisil kõik need tekkida võivad emotsioonid vaos hoida, seepärast tundub distantseerumine ainuke mõistlik väljapääs. Koos teadmisetga tekib ka parem arusaam soovägivalla dünaamikast ja selle mõjust ohvrile. Näiteks Inglismaa uuringud näitasid, et umbes 40% tervishoiu töötajatest on ise kannatanud füüsilise või seksuaalse vägivalla all ja see on üks põhjusi, mikst nad tunnevad ebamugavust sellel teemal on patsientidega rääkides.

- **Ratsionaliseerimine** ilmneb, sest meedikud ei tea, kuidas ohvritega suhelda, kuidas reageerida, kuulates draamatilisi lugusi vägivallatsemistest. Isegi kui arstid saavad meditsiiniliselt aidata nais, kellel on haavad kehal, tunnevad nad ebamugavust tunnistada vigastuste päritolu ega julge kokku puutuda ohvri hingehaavadega. Meditsiinitöötajad võivad mitte rääkida vägivallast oma patsientidega ka seetõttu, et nad ise pole sellega enda elus iialgi kokku puutunud. Meedikute vaikimine võib jätta ohvritele tunde, et nad ei saa kunagi abi, ja et vägivald nende elus on normaalne nähtus. Tegelikult meditsiinitöötajad hoopis säästavad nii oma aega kui kogu meditsiinisüsteemi ressursse vägivallast rääkides ja ohvrile abi osutades, kuna sellisel juhul naine ei pea pruugi tulevikus enam vägivallatsemise tagajärgede tõttu meditsiinisüsteemi poole pöörduda.
- **Minimaliseerimine** leiab aset siis, kui meedikud ei oska näha sidet mineviku ja oleviku vahel, ei pea vägivalla teemat aktuaalseks. Soolise vägivalla tõsidust ignoreeritakse ja peetakse vähetahtsaks meditsiinisüsteemis üsna tihti vähetahtsaks või isegi olematuks. Kui ohver puutub kokku inimesega, kes ei võta tema probleemi tõsiselt, võib ta tunda suurt segadust. Ta võib olla kannatab kaudsete sümptomite tõttu, mille põhjuseks on vägivald, kuid keegi ei suuda teda aidata, teadmata ja huvi tundmata, kust need patsiendil esinevad sümptomid tegelikult pärinevad.
- **Identifitseerimine** toimub juhul, kui isik tunneb sidet teise inimesega, sest selgus, et neil on midagi ühist. See võib olla nii iseloomuomadus, rahvus, sotsiaalne klass, kust pärinetakse või ka näiteks naistevastase vägivalla juhtum. Arstile võib tunduda, et ta distantseerub kliendist, kui too räägib oma murest. See on katse olla kaitsetud kui kliendi jutt puudutab teda ennast lähedalt ja tekitab haavatavuse tundeid. Tihti

naissoost meditsiinitöötajad võivad leida oma patsientidega väga palju ühist ja meessoost töötajad omakorda tunda ohvrites ära enda naisi, sugulasi, lapsi.

On raske teadvustada endale, et tegelikkuses absoluutselt kõik naised on kaitsetud naistevastase vägivalla ees. Kui meditsiinitöötaja hakkab sellest aru saama, võib tal tekkida hirm enda pärast. Vastureaktsioonina võib ta hakata süüdistama ohvrit ja leida põhjusi, miks ohver on juhtunu ära teeninud. Tegemist on meditsiinitöötaja enesekaitsereaktsiooniga – minuga ei saa midagi sellist juhtuda, ma olen "korralik", "käitun õigesti" jne. Selline meediku poolne hoiak võib põhjustada ohvril pikaajalist süütunnet ja üksindust.

Kahjuks on olemas ka selline variant, mille puhul meditsiinitöötaja võib identifitseerida ennast hoopis kurjategijaga. Võibolla on ta kunagi lõõnud oma naist. Sellisel juhul peab ta suutma end vaos hoida. Kui see ebaõnnestub, saab klient veelkordse trauma, tunnetades teda solvavat hoiakut, leides ennast jälle vaenulikus situatsioonis.

- **Intellektualiseerimine** toimub, kui meditsiinitöötaja võtab enda peale ekperdi rolli. Meedik on koolitatud patsiente „ravima“, seepärast võib ta hakata teglema diagnooside panemisega mitte ainult ohri vigastustele vaid ka olukorrale, mille ohver viibib ja soovitada lahendusi oma „rikkalikest“ elukogemustest. Selline käitumine jätab vähe ruumi ohvri probleemide kuulamiseks ja teadvustamiseks. Samuti võib see tekitada ohtlikke situatsioone, kuna meedik võib soovitada lahendust, mis on antud hetkel patsiendile võibolla et isegi eluohtlik. Pärast sellist kohtumist võib naine tunda end veelgi rohkem süüdi ja üksi enda muredega.

REAGEERING	MÜÜT / BARJÄÄR, MIS REAGEERINGU PÕHJUSTAS	MÜÜDI/BARJÄÄRI LAHTISELETAMINE
1. Eitamine	See juhtub ainult kusagil mujal, kellegi teisega. Teistes riikides, teiste inimestega.	Sooline vägivald eksisteerib igas riigis, kõikides ühiskondades. See võib juhtuda iga naisega. See võib juhtuda samahästi teisel pool maakera kui Eestis.
	Sellised juhtumid ei puuduta minu tuttavaid (patsiente).	Vägivalla ohvriks võivad langeda naised, kes kuuluvad väga erinevatesse rahvustesse ja sotsiaalsetesse klassidesse.
	See juhtus minuga ja ma ei taha seda tunnistada. Tahan selle unustada, ei taha sellest midagi teada.	Vägivallakogemuse uuesti läbielamine on valuline, kuid nii saad sa aidata teisi ja selle läbi ka iseennast.
2. Ratsionaliseerimine	Sellel on iga inimese isiklik probleem/pere siseasi	Vägivald on inimõiguste küsimus, see on ühiskonnaohtlik kuritegu
	See ei ole minu kui arsti probleem	Sooline vägivald on naiste ja kogu ühiskonna tervise probleem
	Mul ei ole aega sellega tegeleda	Patsiendiga vägivallast rääkimine võtab natuke rohkem aega, kuid säästab mitte ainult meditsiinisüsteemi vaid ka politsei, kohtute jt institutsioonide mitte ainult aega vaid ka materiaalseid ressursse tulevikus.
	Kui ma küsin vägivalla kohta, võivad mul tekkida probleemid seadusega	Iga valdkonna spetsialistil, ka meedikul, tuleb endale selgeks teha, millised on tema kohustused seoses ohvrikt saadud infoga seaduse ees. Kas ja millistel juhtudel on näiteks kohustus teavitada politseid.
	Ohvrid tegelikult ei taha sellest rääkida	Naised tahavad rääkida vägivallast nende elus.

	Ohvrid võivad solvuda ja endast välja minna kui ma küsin	Enamikul juhtudel on patsiendid õnnelikud ja tänulikud, kohates kedagi vastutulelikku ja asjatundlikku inimest, kellele lõpuks oma mure südamest ära rääkida.
	Nagunii oli ta ise süüdi/Ta provotseeris seda ise	Keegi ei soovi langeda vägivalda ohvriks. Iga inimene väldib seda niipalju kui vähegi võimalik. Mitte miski, mis inimene ütles või tegi, ei õigusta tema kallal toimepandud vägivalda.
	Ma ei saa nagunii midagi ohvri heaks teha	Sa võid aidata ohvrit palju juba ainuüksi sellega, et astud talle vastu selle ühe sammu võimaldades tal rääkida.
3. Minimaliseerimine	See juhtus minevikus ja sellel ei ole mingit pistmist olevikuga	Minevik mõjutab inimese normaalset ja tervet olekut olevikus ja edaspidises elus. Emaga juhtunu mõjutab mitte ainult teda vaid ka tema (veel sündimata) lapsi.
	Ta ei ole saanud suuremaid vigastusi, asi ei ole nii hull	Soolisel vägivaldal on väga tõsine mõju nii psüühikale kui tervisele. See ei pruugi koheselt silmaga näha olla vaid võib avalduda alles hiljem.
4. Identifitseerimine	See ei juhtuks kunagi minuga, järelkult see ei juhtuks ka naisega, kes on nagu mina (korralik, intelligentne vms).	Isegi kui seda on endale raske tunnistada, võib vägivalda ohvriks langeda iga inimene, sõltumata sellest, kui korralik, haritud vms ta ka ei ole
	Ma saan aru, miks tema partner teda lööb.	Tuleb endale aru anda ja olla ettevaatlik, enne kui identifitseerida ennast kurjategijaga!

5. Intellektualiseerimine	Naine, keda lüüakse, peab mehe juurest ära minema.	Perevägivald on väga keeruline ja mitmetahuline probleem. Ei või otsustada teise inimese eest, mida ta peab tegema. Näiteks äraminek võib olla ohtlik naise elule.
	Inimesed elavad need asjad ruttu üle.	Isegi kui füüsilised vigastused paranevad, peidab vaimne tervis endas palju raskeid ja varjatud tagajärgi.
	Me töötame meditsiiniliste probleemidega.	Naistevastane vägivald on ühiskonna tervise probleem. Vägivalla ohvritel on tihti kroonilised haigused ja palju suuremad terviseprobleemid kui naistel, kes pole kunagi kogenud vägivalda.

Allikas: A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers. UNFPA. United Nations Population Fund. Pilot Edition. 2001 New York.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ??? Kui palju võiks minu patsientide hulgas olla naisi, kes on kogenud soolist vägivalda, milline on nende tegelik olukord
- ??? Kui paljud patsiendid on rääkinud mulle vägivallast, kui paljude käest ma olen küsinud
- ??? Kui hea „kuulaja“ ma olen; kas ma oskan inimesi lõpuni ära kuulata; kas ma suudan ja oskan pakkuda oma patsientidele võimalust „kõik südame pealt ära rääkida“
- ??? Kui „teravapilguline“ vaatleja ma olen; kas ma olen registreerinud oma patsientide juures märke, mis viitavad vägivalla võimalikkusele
- ??? Milline on minu reageering soolise vägivalla juhtumile
- ??? Millised on minu isiklikud barjäärid vägivalla ohvriga suhtlemisel

3.2. VÄGIVALLA OHVRIGA SUHTLEMINE

Selles peatükis ...

- ✚ toome ära eduka küsitleja 4 põhieeldust
- ✚ toome ära 10 põhiprintiispi ohvri edukaks ja eetiliseks küsitlemiseks
- ✚ seletame lahti sekundaarse viktimisatsiooni termini
- ✚ toome ära ohvriga suhtlemise 5 etappi
- ✚ toome ära 5 ohvri nõustamisvõtet, mida tuleks vältida
- ✚ räägime ohvri abivajadustest ja sellest, mida nad meedikutelt eelkõige ootavad

3.2.1. EDUKA SUHTELMISE EELDUSED

Küsitlemisprotsessi edukust toetavad isiksuseomadused on: intellektuaalne kompetentsus, energia, paindlikkus, toetamine, heatahtlikkus, teadlikkus endast ja adekvaatne enesehinnang (D. Kutsar 1995)

Küsitluse läbiviimiseks vajalik isiklik ressurss:

- Selge mina-identiteet (versus: orienteerumine teiste ootustele)
- Positiivne enesehinnang (versus oma jõu demonstreerimine)
- Energiline (versus: surub alla enda või vastaja energia)
- Talub määramatust (versus pingutab üle selguse saamiseks)
- Empaatia (versus vastaja tunnete eiramine või lahustumine tema tunnetes)
- Autentsus, siirus, ausus (versus maskid, fassaad, steriilsus)
- Oma ju ja võimu aktsepteerimine (versus häbemneb oma autoriteeti või nõrkust)
- Avatud muutustele iseendas (versus oma kunagiste eluvalikute vang)
- Avardab oma teadvuse piire (vs: kulutab energiat kaitsetele uute kogemuste ees)
- Väärtustab kliendi eripära (vs lähtub omaenda kultuuri-, soo-, vanuse eripärast kui normist)
- Aus huvi teiste inimeste heaolu vastu (vs abistamine kohusetundest)

Küsitaja olulised omadused:

- kriitilise mõtlemise võime
- kontaktiloomisvõime
- empaatiavõime
- kaastunne
- heatahtlikkus
- soov aidata
- lakoonilisus
- siirus oma tunnetes ja nende väljendamises
- viisakus
- professionaalsus
- teadmised antud valdkonnast
- oskus mitte minna isiklikuks
- oskus mitte õpetada ega moraliseerida
- oskus austada intervjuueeritava soove
- oskus austada intervjuueeritavat kui inimest
- oskus vältida negatiivseid emotsioone, põlgust, raevu vms
- oskus konkreetse inimese konkreetseid probleeme mitte üldistada ega vähendada
- oskus mitte väljuda teema raamidest ja mitte eemalduda probleemist
- oskus mitte kanda oma probleeme üle intervjuueeritava probleemidele
- oskus seada piire, kui intervjuueeritav käitub jämedalt
- kuulamisoskus
- tähelepanelikkus

Lühidalt hea küsitaja põhieeldustest:

1. Kriitilise mõtlemise võime

- vaja on olla avatud kogu intervjuu vältel
- küsitajal pole õigus teha ennatlikke järeldusi, et vältida olukorda, kus järeldus määrab faktid ehk vastaja hakkab andma küsitajale ootuspäraseid vastuseid

2. Kontaktiloomisvõime

- vastaja turvatunne on otseselt seotud küsitaja tolerantsusega ning oskusega suhelda võrdsel inimlikul tasandil
- usaldusliku õhkkonna loomine, näit. suhtlemine „Sina“ vormi ja eesnime kasutades
- arvestada tuleb patsiendi kultuuri- ja rahvuseripära

3. Teadmised antud valdkonnast

- vajalik on tunda naistevastase vägivalla (pere- ja seksuaalvägivalla) probleemaatikat
- kasuks tuleb arengu- ja kriisipsühholoogia aluste tundmine

4. Kuulamisoskus

- hea kuulaja
 - o teab, et korraga räägib vaid üks
 - o on tähelepanelik ja peegeldab partnerile tagasi vestluse vastuolud, kehakeele info ning emotsioonid
 - o saavutab suhteliselt pika silmsideme (ja arvestab asjaolusid, mis võivad seda objektiivselt takistada)
 - o on kaastundlik
- hea kuulaja
 - o ei vaiki, vaid toetab rääkijat mitteverbaalselt
 - o ei katkesta vajaduseta, kuid ei lase ka teemast välja minna
 - o ei teeskle, vaid keskendub kuulamisele
 - o ei luba enesele liigtundlikkust teise emotsioonide suhtes ja oskab jääda erapooletuks
 - o väldib nõuandeid ja konkreetseid juhiseid, kui pole tegemist hädaolukorraga
- hea kuulaja on alati positiivselt häälestatud rääkija suhtes

Küsitleja piirid:

- enda tunnete eristamine vastaja tunnetest
- enda ja vastaja vastutuse selge piiritlemine
- enda eesmärgi ja vastaja eesmärgi selge eristamine
- enda vajaduste, soovide, ootuste jm eristamine vastaja omadest
- enda mõtete eristamine vastaja mõtetest
- enda probleemide eristamine vastaja probleemidest
- enda teema, sisemiste reeglite, situatsioonitõlgenduste, kujutluspiltide jm eristamine vastaja omadest
- enda personaalse ruumi piiride tajumine ja kaitsmine

Nõuded, millistest tuleb vägivallaohvri küsitlemisel kinni pidada.

- konfidentsiaalsus
- anonüümsus
- oma arvamuse ja abi mittepealesurumine

- positiivne suhtumine vastajasse
- mittesüüdistamine ja mittearvustamine

Küsitlaja ei tohi:

- vastajat liiga sageli katkestada
- ilmutada jahmatust või erutust
- küsimusi esitada hukkamõistvas vormis, vastupidi, kogu aeg on vaja demonstreerida toetust ja osavõtlikkust.
- näidata, et sul pole aega
- käituda üleolevalt
- teha pealetükkivaid või ebaselgeid märkusi
- esitada liiga raskeid küsimusi neid vastaja jaoks arusaadavalt lahtiseletamata

Fraasid millest tuleks hoiduda vägivalla ohvriga suheldes:

- Teil pole õigus...
 - Mida te tahate...
 - Sellega me ei tegele...
 - Ma ei tea millega teid aidata ...
 - Seda ma teha ei saa...
- jms

NB!

- **märka küsitletavas ohvrit**
- **võida usaldus ja hoia seda**
- **kuula, mida Sulle räägitakse**
- **vaata küsitletavale silma**
- **tunne talle kaasa**
- **üttele midagi lohutavat**
- **juhi protsessi küsitletavat toetades**
- **tunnusta teda**
- **anna talle informatsiooni**
- **ära haletse, julgusta!**
- **ära unusta, et vägivalla ohvriks langenud naine pole ehk võimeline tavapäraselt käituma!**
- **märka vägivalla ohvris inimesest nagu iga teine**

Suhet mõjutavad:

- Küsija ja Vastaja väärtuste erinevus (Küsija neutraalsuse määr, väärtushinnangute konflikti lahendamise viis, streotüüpsete väärtus hinnangute mõju)
- Küsija ja Vastaja eetilised normid
- Küsija emotsionaalne objektiivsus
- Kontakti algatamise viis (kas kontakti tunnetatakse pigem vabatahtliku või pigem sunniviisilisena)

Vastaja usaldust vähendavad:

Küsija...

- ... emotsionaalne steriilsus
- ... madal energianivoo
- ... usaldamatus
- ... jäikus, rigiidsus

Küsitleja subjektiivsus. Kuna küsitlemisaktsioonis osalevad kaks inimest, mitte kaks robotit, siis tuleb Küsitlejal kui tugevamal positsioonil olijal teatvustada, et suhtes paistavad välja tema eelarvamused, väärtused, elufilosoofia. Neid ei ole vaja lõplikult maha salata, sest niikuinii ei õnnestu neid suhtest (mis sarnaneb teraapiaseansile) täiesti lahus hoida. Parem on neist aeg-ajalt märku anda. Kuid kindlasti lasub küsitlejal eetiline kohustus hoiduda neid vastajale peale surumast. Küsitleja ei saa olla passiivne, kuid ta ei tohi vastajat mõjutada.

Ohvriga suhtlejad peaksid meeles pidama, et ohvrit tuleb kohelda austusega ka siis, kui ohver käitub väljakutsuvalt või isegi agressiivselt. Ohvri agressiivsus tuleneb läbielatud ja seepärast on lubamatu vastata omapoolse vägivallega. Ei tohi unustada olukorda, kus ohver viibib.

3.2.2. KÜSITLUSE LÄBIVIIMISE PRINTSIIBID JA EETIKA

Naise intervjuerimine küsimustes, mis võivad tekitada hirmsaid, alandavaid mälestusi ning hingevalu, võivad tekitada naises ärevust. Mõned naised häbenevad seda, mis nendega juhtus ja mida nad tegema on pidanud. Sellistel puhkudel võib distress tekkida mitte vaid küsitluse ajal, vaid kesta edasi ka peale seda. Samuti võivad naised hakata üle elama ja kahetsema seda, mida nad rääkisid ja et nad üldse rääkisid. Kogu see protsess on naisele äärmiselt traumaatiline. Olge valmis arvesse võtma ohvri stressiseisundit.

Ärge tekitage ohvrile täiendavaid traumasid. Selleks tuletame veelkord meelde lihtsamad reeglid:

- Küsimusi ei tohi esitada hukkamõistvas vormis. Vastupidi, kogu aeg on vaja demonstreerida toetust ja osavõtlikkust.
- Ei tohi esitada küsimusi, mis vihjavad käitumise hukkamõistule või millistele iganes naise poolt tehtud otsustele.
- Küsitleja peab demonstreerima oma mõistmist ja austust ohvrite suhtes, tunnustust kõige selle suhtes, mis on aidanud neil keerulises olukorras hakkama saada
- Ainult ohvril sõltub vestluse jätkamine. Ei tohi sundida naist juttu jätkama kui naine seda ise ei soovi.
- Kui ohver tahab vestlust jätkata, aga Teil pole enam küsimusi, peate jääma asjast huvitatuks kuulajaks ja lubama naisele rääkida ära kõik, mis tal hingel on.

Tähtis on meeles pidada, et vägivalda ohvriks langenud naised on isiksuslikult erinevad ja erinevad on ka nende reageeringud. Mõned naised võivad küsitlemise ajal tunda ärevust, ebamugavust, häbi, hirmu, aga teiste naiste jaoks võivad sellised intervjuud osutada teatud moel teraapiaks. Eriti juhtudel, kui naiste jaoks on tähtis saada ärakuulatud. Siin on oluline lasta naistel rääkida niipalju kui nad ise soovivad. Juhul kui te palute naisel jagada oma väga isiklikke üleelamisi, siis aga katkestate tema jutu kõige olulisemas kohas, mitte lastes tal end välja rääkida (arvates ise, et see traumeerib naist liigselt), võite naisele hoopis kahju tekitada.

Kui jutustamise käigus hakkavad naise juures ilmnema mingid ärevuse tundemärgid (enda kõigutamine, kontrollimatu nutt, värinad, kaebused peavalule, iiveldus, raskused hingamisega jne), siis on mõistlik küsida, kas naine tahab jätkata või tahab ta teemat muuta

või tahab ta üldse vestluse katkestada. Niisugustel juhtudel on vaja lasta naisel oma emotsioonid maha laadida ja loomulikult lubada naisele kõiki tekkivaid emotsioone.

10 olulist printsiipi ohutuks ja eetiliseks korrektseks küsitlemiseks:

1. **Ohvri turvalisus ennekõike.** Vestluse iga moment peab olema naise jaoks maksimaalselt ohutu. Intervjuu ei tohi teha ohvri olukorda hullemaks.
2. **Olge soolise vägivalda temaatikas kompetentne.** Lugege vastavat kirjandust. Võimalusel külastage kõiki sellelaseid koolitusi ja lugege kirjandust.
3. **Pidage silmas võimalikku riski ohvrile.** Tuleb arvestada pidada võimalike riskiteguritega iga konkreetse juhtumi puhul eraldi.
4. **Valmistage ohvri jaoks ette usaldusväärne ja kompetentne informatsioon – ärge andke lubadusi, mida ei saa täita.** Olge valmis naisele arusaadavas keeles talle selgitama tema õigusi, rääkima, millist abi ta võiks saada, vestlema temaga tema tervisest ja ohutusest, andma talle millist iganes informatsiooni, kui ta seda palub.
5. **Valige vastutustundlikult ja ettevaatlikult inimesi, keda ohvrile soovitate.** Teil lasub vastutus õigete inimeste valiku eest, kellega hakkate ohvri aitamiseks koostööd tegema, olgu siis tegemist psühholoogi, sotsiaaltöötaja, politseitöötaja jt.
6. **Pidage kinni anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse printsiibist.** On hädavajalik konfidentsiaalsusprintsiipidest range kinnipidamine, mis on vajalikud ohvri kaitsmiseks.
7. **Saage ohvri nõusolek.** Veenduge, et naine on nõus teiepoolset abi vastu võtma enne, kui hakkate tema jaoks midagi konkreetset korraldama
8. **Kuulake ära iga naise arvamus tema situatsiooni ja riskide kohta ning arvestage seda arvamust.** Pidage meeles, et iga konkreetse naise situatsioon on väga individuaalne. Tema situatsiooninägemus võib paljuski erineda ümbritsevate nägemusest
9. **Ärge tekitage ohvrile täiendavaid traumasid.** Olge valmis arvestama patsiendi stressiseisundiga
10. **Olge valmis tegutsema ohutingimustes.** Olge valmis tarvitusele võtma otsustavaid meetmeid sellisel juhul kui ohver räägib teile reaalsest ähvardustest või reaalsest ohust tema elule

Paljudes ohvri küsitlemise eetikas puudutavates juhtnöörides tuuakse esimese printsiibina välja tõekspidamine “vastaja turvalisus ennekõike”. Naistevastase vägivalda valdkonnas, kus kerkib esile küsimus ohvri ohutusest ja korrektsest tööst ohvritega, tuleb sellest reeglist kinni pidada. Iga intervjuu moment peab olema vastaja jaoks maksimaalselt ohutu. Jutuajamine Teiega ei tohi teha naise olukorda hullemaks.

Vägivalla ohvriks langenud naised on väga tundlikud igat liiki ohtude suhtes. Füüsilise ja psüühilise trauma aste ja kulg iga konkreetse juhtumi puhul pole mitte alati üheselt tunnetatav ja nähtav. Ühtedel juhtudel pole riskifaktorid, ohvri psüühiline seisund kaasvestleja jaoks märgatav. Teistel juhtudel pole need tunnetatavad ja nähtavad naise enda(ohvri) jaoks.

Ohvri küsitlemise juures tuleb ennekõike hoolikalt läbi mõelda võimalikud riskid, mis on seotud selle läbiviimisega. Vältimatu on ette näha ja viia nullipiirini võimalikud momendid, mis võivad osutada naise psühholoogilisele seisundile traumaatilisteks. Sageli on naised sügava depressiooni seisundis. Ei ole mõistlik põhjalikumalt küsitleva hakata sellist naist, kes viibib emotsionaalses kriisiseisundis. Väga tähtis on, et naine räägiks Teiega oma muredest, olles emotsionaalselt stabiilses ja adekvaatses seisundis, et ta oleks võimeline kontrollima vestluse protsessi.

Sekundaarne viktimisatsioon. Küsitleva ebaadekvaatsed reaktsioonid ohvrile, tema poolt räägitavale ja tema vajadustele võivad naises tekitada stressi ja kannatusi. Nende tagajärjel võib ohvrile osaks saada sekundaarne viktimisatsioon.

- Sekundaarne viktimisatsioon on termin, mis väljendab ühiskonna hoolimatust kuriteo ohvriks langenud inimeste suhtes.

Sekundaarset viktimisatsiooni võib ohvrile põhjustada suhtlemine nii intervjuueerijaga, õigusorganite, töökaaslaste, sõprade ja perekonnaga kui ka meedia kalduvus kuritegusid ja inimtragöödiad kaubaks muuta.

Sekundaarse viktimisatsiooni astmestik:

I Ülekohus:

- hirm surveabinõude ees,
- informatsiooni puudus,
- tajutud huvi puudus küsitleva poolt,
- kohtuprotsessi viibimine,
- sissetuleku või töö kaotus.

II Häbistatus:

- häbimärgistatus,
- seksuaalkuritegudele järgnev läbivaatus,
- uurimine ja küsitlemine politseis, kohtus,

- ebateadlike inimeste süüdistused,
- meedia.

III Isolatsioon:

- tõrjumine perekonna ja sõprade poolt,
- kaasinimeste ebamugavus ohvriga juhtunust kõneldes ja suheldes,

Anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Pidage kinni anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse printsiibist. Kaitske kannatanu isiksust ja säilitage konfidentsiaalsus kogu tööprotsessi käigus temaga.

Konfidentsiaalsusprintsiip kehtib nii naise enda kaitsmise kui ka selle informatsiooni huvides, mis temalt intervjuu või vestluste käigus teatavaks tuleb.

Vestluse alguses selgitage, kuidas te ilmsiks tulevat informatsiooni säilitate. Rõhutage, et räägitud loost tulenev informatsioon hoitakse rangelt konfidentsiaalsust silmas pidades ja seda ei kasutata naise loata.

Toimunud vestluse sisu ei tohi kunagi arutada avalikult seostatuna konkreetse vastaja isikuga, sellest ei tohi rääkida kuskil, kus ta võib kolmandate isikute poolt kuulnud saada.

Ühegi naise juhtumit ei tohi arutada ühegi teise naisega sellisel viisil, et konkreetset naist saaks identifitseerida. Rääkida üldiselt sarnastest olukordadest teiste patsientidega on vahel kasulik, kuid seda ei tohi teha kellegi isikuga sidudes või koos identifitseerimist võimaldava informatsiooniga. Isikunimede asemel kasutage varjunimesid.

Saadud informatsiooni avalikustamisel peab muutma isiklike detaile nii palju kui vaja, et oleks välistatud identifitseerimine kellegi konkreetse isikuga. Näiteks, avalikustamisel ei kasutata isikute nimesid, linnade nimesid, töötajate nimesid jne.

Tuleb olla tähelepanelik märkamaks, kui naine ei tunne end enam kindlalt ja väljaspool ohtu olevat või tahab jutuajamist katkestada. Kui märkate muutusi tema käitumises või selles, kuidas ta vastab küsimustele, siis võib teha tähelepaneku, et miski intervjuu jooksul on sundinud teda muutma oma käitumist ja vastamist küsimustele, näit vestluse kuuldeulatusse on ilmunud kõrvaline isik, naise abikaasa sisenes kabinetti vms.

Olge valmis muutma vestluse teemat, vajadusel katkestama või lõpetama küsitlust. Teemat saab kiiresti muuta ohutumasse suunda. Naine peab olema teadlik sellest, et ta võib iga hetk ka ise teemat muuta, kui tunneb end ebakindlalt ja ohustatuna. Arvestage sellega, et iga inimene omab oma individuaalset ohutunnetust ja seda, kuidas ta ohtu hindab.

Nii pere-, kui seksuaalvägivalla ohvriks langenud naiste intervjuerimine nõuab erilist eetikanormidest kinnipidamist. Suur osa ohvritest on läbi käinud kannatused, mis on jätnud väga tugeva jälje nende psüühililisele ja füüsilisele tervisele.

Ohver tunneb end üksildase ja hirmununa ning vajab abi, kuna ta ei ole abivõimalustest tihti üldse teadlik. Oluline on ära tunda märgid, mis viitavad vägivalla võimalikkusele. Sageli on ohvrile suureks kergenduseks juba see, kui ta saab oma mure südamele ära rääkida. Arvestage sellega, et võite olla esimene inimene, kellele ta üldse on julgenud oma probleemist rääkida. Siis on parim, mida teha saab, olla hea kuulaja.

Ohvri küsitlemise eetiline foon peaks olema järgmine:

- patsiendi heaolu tagamine
- konfidentsiaalsus kokkulepitud ulatuses ja ananüümsuse nõude tagamine
- patsiendi õiguste selgitamine ja tagamine, sh isikuandmete kaitse sedusest tulenev
- emotsionaalne objektiivsus, sh kliendiga suhte loomise vältimine
- suunamine abiinstitutsioonide poole tulenevalt vajadusest, seega vajaliku info vahendamine
- efektiivsust soodustavate tingimuste tagamine:
 - empaatia (täpne mõistmine)
 - respekt, austus (positiivne hoiak)

Ohvri küsitlemisest tuleb loobuda kui...

- see võib kujuneda mingil moel ohtlikuks ohvri või Teie jaoks,
- võib tekitada kahju naise psühholoogilisele sisundile,
- teha tema olukorra hullemaks.

Ka parimate kavatsuste korral juhtub vahel, et Teie abi ei jõua abivajajale kohale, vaid paneb ta hoopis eemale tõmbuma. Seetõttu kirjeldame allpool mõningaid karisid, mis võivad osutada suhtlemist takistavaks.

5 ohvri nõustamisvõtet, mida tuleks vältida:

1. **Agar nõuandmine.** Valmis lahenduste pakkumine teise inimese probleemidele.

- võetakse vaid harva kuulda;
 - jätab mulje nõuandja üleolekust;
 - võib viia abivajaja masendusse, kuna temalt võetakse vastutus tema enda otsuste ja lahenduste ees.
2. **Analüüsimine/tõlgendamine.** Inimesele otse väljaütlemine, milles tema probleem tegelikult seisneb, miks ta ennast just niimoodi tunneb ja miks tal on niisugune probleem
 - tekitab sageli uue probleemi;
 - muudab abivajaja tõrjuvaks;
 - jääb sageli abivajaja poolt aktsepteerimata;
 - jätab lahtiseks küsimus, kas analüüs oli üldse õige.
 3. **Loogikal põhinev veenmine.** Loogiliste vastustega küsimuste jada, mille eesmärgiks on juhtida tugevatest emotsionaalsetest reaktsioonidest vallatud inimene mingi lahenduseni;
 - sageli ei mõtle abivajaja ratsionaalselt, ei suuda loogikat järgida;
 - tekitab tõrjuvat hoiakut, frustratsiooni, vastuhakku.
 4. **Kritiseerimine.** Ära kritiseeri vägivallatsejat.
 - võib panna ohvri automaatselt teda kaitsma.
 5. **Jutlustamine või moraliseerimine.** Lähtuvalt oma isiklikust väärtustesüsteemist öelda abivajajale, et see, mida ta teeb, on kas õige või vale. Sageli kasutatakse vormi "Sa peaksid" või "Sa poleks tohtinud".
 - tekitab tõrjuvat hoiakut;
 - omaksvõtmise korral tekitab süütunnet;
 - tagasilükkamise korral tekitab vastuhakku;

Kui see on vähegi võimalik, tuleb vestlus lõpetada positiivselt. Intervjueerija võib naisele öelda, et ta peab sellistes rasketes oludes hästi vastu. Naisele võib öelda, et saadud informatsiooni kasutatakse teiste naiste abistamiseks.

Kui naine on Teid usaldanud ja oma probleemist rääkinud, näidake talle oma muret ja hoolimist:

- Ma olen sinu pärast mures.
- Mul on hea meel, et sa rääkisid oma probleemist.
- On selge, et sina ei ole süüdi selles, mis toimub.
- Kinnitage oma valmidust toetada:
- Mida ma saaksin teha, et sind aidata?
- Mida sa saaksid teha, et tunda end turvalisemalt?
- Kuidas Sa oled seni hakkama saanud?

Ohvriga suhtlemise etapid:

1. **Probleemi identifitseerimine.** Esmase informatsiooni kogumine kannatanu kohta (asupaik, dokumentide olemasolu, tervislik seisund, materiaalne olukord jne.)
2. **Toimunu väljaselgitamine.** Selgitage, mis juhtus ja kas vigastuste põhjuseks on vägivald? Rahulik, inimlik, kuid mitte mingil juhul hinnanguline suhtlemine ohvriga loob pinnase, et ta räägib teile oma loo. Kui naised tunnevad, et neist peetakse lugu, et neid miski ei ohusta ja et vestlus ei too neile kaasa mingeid negatiivseid tagajärgi, siis on rohkem võimalusi, et nad räägivad oma tegelikust olukorrast.
3. **Diagnoosi panek.** Fikseerige vigastused (võimaluse korral tehke fotosid). Tehke vajalikud analüüsid.
4. **Dokumentatsiooni koostamine.** Koostage korrektne dokumentatsioon ohvri vigastuste kohta. Isegi kui ohver ei soovi selle konkreetse juhtumiga politsei poole pöörduda, võib korrektsest dokumentatsioonist olla talle abi kunagi hiljem, kui ta on psühholoogiliselt valmis vägivaldlatsejale vastu astuma.
5. **Ohvri nõustamine.** Uurige abivajaja hetkesituatsiooni ja vajadusi. Kas on olemas ohutu koht, kuhu ta saaks minna? Uurige koos kõiki võimalikke alternatiive (vajadusel andke naiste varjupaiga, psühholoogi, politsei vms kontaktandmed). Eesmärgiks on aidata naisel endal leida endas julgust ja jõudu, mitte teda päästa. Olge valmis ohvrile arusaadavas keeles selgitama tema õigusi, vestlema temaga tema tervisest ja ohutusest, andma talle millist iganes informatsiooni, kui ta seda palub.

3.2.3. OHVRI OOTUSED JA ABIVAJADUSED

2003aastal läbi viidud üle-eestilises elanikkonna ja meditsiinitöötajate küsitluses üldpealkirja all "Vägivald ja naiste tervis" selgitasime nii vägivalda ohvrite ootusi meditsiinitöötajate poolse abi osas kui ka arstide võimalusi ohvreid aidata.

Arsti juurde tuleb peksmisjärgedega naine, kes ise kui ka tema lapsed kannatavad pidevalt mehe füüsilise vägivalda all. Millist käitumist arstilt ootate?

(Vastused skaalapunktile seda kindlasti %des)

	Ohvrid	Mitteohvrid
○ Andma ohvrile informatsiooni, kuidas edasi toimida ja kuhu veel abi saamiseks pöörduda	68	56
○ Julgustama ohvrit ka edaspidi arsti poole pöörduma pärast perevägivalda tõttu saadud vigastusi	62	47
○ Peale meditsiinilise abi osutama ohvrile ka hingeabi ja moraalselt toetust	42	36
○ Teatama juhtumist sotsiaaltöötajale või psühholoogile, kes naist ja lapsi aitaksid	41	38
○ Teatama juhtumist politseile, kes vägivaldsetega edasi tegeleks	23	35
○ Edaspidi ennast kursis hoidma, kuidas ohvril ja tema lastel õnnestub oma elu korda seada ja vägivalda vältida	19	25

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Elanikkonna uuring 2003.

Eeskätt peavad ohvrid kui mitteohvrid oluliseks, et meditsiinitöötaja oleks valmis ohvrit nõustama, kuhu abi saamiseks edasi pöörduda ja kindlasti julgustama meditsiinilist abi otsima. Ligi pooled ohvritest sooviksid arstilt ka hingeabi ja moraalselt toetust. Valmis ollakse selleks, et arst teataks juhtunust sotsiaaltöötajale või psühholoogile. Toetust ei leia politsei informeerimine (küsimustikus kirjeldatud juhtumised ei olnud tegemist raskete vigastustega). Kõige vähem pooldatakse seda, et arstist teha sotsiaaltöötaja, kes hoiaks end kursis sellega, kas ja kuidas ohver suudab oma elu korda seada.

Mida meedik saaks teha naise-vägivalla ohvri abistamiseks?

(vastused skaalapunktile seda oleks kindlasti vaja)

	Kõik vastajad %des
○ Tagada ohvrile konfidentsiaalne ja turvaline jutuajamine arstiga	82
○ Anda nõu, kuhu pöörduda abi saamiseks	73
○ Uskuda ohvrit, austada teda	71
○ Tunnistada juhtumi ebaõiglust ohvri suhtes	46
○ Aidata ohvril välja töötada tegevusplaani edaspidiseks	19

Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Meedikute küsitlus (163 vastajat). 2003

3.2.4. VALMISOLEK PRAKTILISE ABI OSUTAMISEKS

Olge valmis võtma tarvitusele otsustavaid meetmeid ja tegutsema sellises olukorras, kus naine räägib teile reaalselt eksisteerivast ohust või ähvardusest, mis võidakse täide viia. Näiteks olukord, kus vastsünnitanu tunnistab, et ei julge koos lapsega haiglast koju minna, kuna tema enda või vastsündinud lapse elu võib sattuda ohtu.

Reeglid vägivallaohvri ohutuks abistamiseks:

- Enne kui saadate naise ükskõik millisesse abiinstitutsiooni, püüdke võimalikult rohkem teada saada sellest, mida need konkreetsed institutsioonid saavad naise jaoks teha.
- Enne kui astute ise kontakti kellega iganes abiorganisatsioonide või valitsusasutuste esindajatest, veenduge, et naine on sellega nõus ja inimesed, kes ohvriga edaspidi tööle hakkavad, tõepoolest oma ala professionaalid.
- Kindlasti arutage ohvriga läbi kõik võimalikud riskid, mis võivad olla seotud abiorganisatsioonide või valitsusasutuste esindajate kaasamisega (ülekuulamised, kohtus tunnistuse andmine jm).

Ka kõige paremate kavatsustega abipakkuja võib arvata, et tema teab, mis on ohvri jaoks parim ja võib anda soovitusi mingiks konkreetseks tegevuseks lähtudes mingitest omadest eelistustest. Sellised soovitused (näiteks tulla mehe juurest ära, arutada asju, mida naine pole veel valmis avalikustama) võivad viia pöördumatult halbade tagajärgedeni.

Enne seda kui midagi soovitada või hakata nii- või teistmoodi tegutsema, on vaja läbi arutada asjaolu, kuidas naine ise näeb enda olukorda. Milliseid riske ta ise näeb ja tunnetab ning

millist kasu ta mingisugustest tegutsemistest saab. Samuti tuleb arutada naisega seda, kuidas ta ise näeb, millal on kõige parem aeg muutuste läbiviimiseks.

Naisele tuleb esitada küsimusi ka selle kohta, kuidas ta siiani on hakkama saanud, milliseid ellujäämistaktikaid kasutanud, millised nendest on teda aidanud, millised, vastupidi, kahjuks tulnud.

Küsimused, mis tuleb läbi vaadata ja arutada naisega, kes on otsustanud vägivaldse suhte lõpetada:

- tema psühholoogiline seisund ja hädavajalik abi selle taastamiseks (üksindus, hirm, psüühiline tervis)
- otsesed tagajärjed (võimalus pöörduda tagasi perekonda, füüsiline ohutus)
- praktilised variandid sellest, kus ta saab peale kodunt lahkumist peatuda, kuidas hakkab end (oma lapsi) üleval pidama kui otsustab vägivaldse mehe maha jätta;

Meedikud peavad endale teadvustama oma võimalused ja piirangud soovides abistada vägivalla ohvriks langenud naisi.

Informatsioon, mis võib osutada ohvri jaoks vajalikuks ja kasulikuks

- Kohalike organisatsioonide nimekiri, kes on võimelised abi ja toetust andma (naiste varjupaigad, ohvrite tugigrupid), kaasa arvatud kogu kontaktinformatsioon
- Sotsiaalteenuseid osutavad organisatsioonid
- Õigusabi andmise kohad, eriti tasuta õigusabi võimalused

Kui tegemist ei ole olukorraga, kus naise füüsiline tervis ja elu võib olla ohus ja vajalik oleks pöörduda naiste varjupaiga poole, on parim variant vägivalla all kannatanud naistele abi saamiseks tugigrupid. Eesti Sotsiaalprogrammide Keskus on välja arendanud üle-eestilise tugigruppide võrgustiku (vt. lisa 2). Töötavad ka venekeelsed tugigrupid, esialgu küll veel ainult Tallinnas ja Kirde-Eestis. Tugigrupp kui eneseabigrupp on vägivalda kogunud naistele vajalik, sest nagu kirjutab John Gray (2001, on naistel peamiseks toimetuleku teguriks suhtlemine. Tugigrupp on koht, kuhu kogunevad samasuguste probleemidega naised, kes mõistavad neid tundeid, mida nad läbi elavad ja seega on naised üksteisele abiks ja saavad omakorda toetuda professionaalsele grupijuhile, kes neid igati aitab.

Probleemid edasimõtlemiseks...

- ???** Millised on minu suhtlemisoscused keerulistes situatsioonides; kas need vajaksid täiendamist/lihvimist
- ???** Milliseid vigu ma olen teinud ohvritega suhtlemisel; kuidas neid edaspidises töös kõige edukamalt vältida
- ???** Millised on minu kogemused perevägivalga ohvritega suhtlemisel? Kas Teil on õnnestunud mõjutada nende käitumist ja nad on alustanud oma tervise põhjalikku kontrolli, pöördunud ka teiste arstide poole, otsinud abi tugikeskusest, sotsiaaltöötajalt, politseinikult jt
- ???** Mis on minu praktikas õnnestunud rohkem, mis vähem; millised on olnud edu aga ka ebaedu põhjused
- ???** Kas ma suudan ja oskan ohvrile anda kogu informatsiooni, mida ta minult ootab; mida peaksin veel enda jaoks selgeks tegema/välja selgitama
- ???** Kes on või võiksid olla minu „koostööpartnerid“ - sotsiaaltöötajad, politseitöötajad, lastekaitsetöötajad, teistest meditsiinivaldkondade esindajad, psühholoogid, ohvriabiga tegelevate organisatsioonide spetsialistid, kelle hoolde ma saaksin oma patsiendid – vägivalga ohvrid, rahuliku südamega usaldada, kui ma olen nad abi saamiseks edasi suunanud

LISA 1. NÄIDISKÜSIMUSED NAISTEARSTILE VÄGIVALLAJUHTUMITE VÄLJASELGITAMISEKS

ÜLDISED KÜSIMUSED:

- Kas sind on kunagi puudutatud viisil, mis ei ole meeldiv?
- Kas sind on kunagi puudutatud sinu tahte vastaselt või ilma sinu nõusolekuta?
- Kui on olemas hea puudutus ja halb puudutus – kas keegi on sind kunagi puudutanud halvasti?
- Mõnikord puudutatakse naisi nagu lapsi viisil, mis ei ole meeldiv – kas keegi on sind kunagi selliselt puudutanud?
- Umbes pooled naistest on oma ellu jooksul kogunud füüsilist vägivalda või ahistamist. Kas sinuga on seda kunagi juhtunud?
- Kui te oma partneriga riidlete, siis kuidas te seda teete?
- Kas sa kardad oma partnerit?
- Kas sinu partner on sind kunagi kritiseerinud, solvanud, sinu peale karjunud? Kas ta on hävitanud sinu asju või purustanud esemeid majapidamises?

SPETSIIFILISED KÜSIMUSED:

- Kui vana sa olid, kui sa esimest korda seksuaalselt käitusid? Kellega koos sa siis olid?
- Paljud naised ütlevad, et neile lähedased inimesed on neile haiget teinud. Kas seda on juhtunud kunagi ka sinuga? Kas sind lüüakse ka praegu?
- Sa märkisid, et sinu partner kaotab kannatuse. Mis siis juhtub, kui ta kaotab kannatuse? Kas ta lööb siis sind?
- Kas teie riidlemised sisaldavad ka lükkamist, löömist ja tõukamist?
- Tundub, et sa kardad oma partnerit. Kas ta on sulle kunagi haiget teinud?
- Sa ütlesid, et su partner kasutab alkoholi(narkootikume). Kuidas ta käitub, kui ta on purjus (narkouimas)?
- Kas kodus on keegi sind löönud või vigastanud?
- Kas sinu suhtes on olnud aegu, kus teil on füüsilisi kaklusi?
- Kas sinu partner on sind kunagi kritiseerinud omavahel või avalikult, sinu arvamust alla surunud või sind alavääristanud?
- Sa ütlesid, et sinu partner kaotab lastega tihti kannatuse? Kas ta kaotab kannatuse ka sinuga? Räägi, mis juhtub, kui ta kaotab kannatuse?

- Me teame, et umbes veerand kõikidest rasedatest kannatab oma abikaasade vägivalda all. Kas sinu raseduse ajal on sinu abikaasa sinu vastu füüsilist vägivalda kasutanud? Kas seda on juhtunud enne, kui sa rasedaks jäid?

SÜMPTOMITEGA SEOTUD KÜSIMUSED:

- Ma märkasin, et sul on mitmeid sinikaid (muhkuseid). Palun räägi mulle, mis tegelikult sinuga juhtus?
- Tundub, et sa tunned end läbivaatuse ajal ebamugavalt. Kas sinuga on midagi juhtunud, mis on pannud sind puudutusi kartma?
- Sul on muhud ja haavad (kehaosal) mis ei tundu olevat põhjustatud kukkumisest. Palun räägi, kuidas sa need said? Mis juhtus?
- Sa paistsid väga endast väljas olevat, kui ma sind günekoloogiliselt läbi vaatasin. Kas me võiksime sellest rääkida?

**LISA 2. NAISTEVASTASE VÄGIVALLA OHVRITELE ABI ANDVAD ORGANISATSIOONID
EESTIS**

Organisatsioon	Tegevus	Kontakt
Eesti Laste Fond	Lahutajate seminar-koolitus.	Telefon: 64 111 88 E-post: lastefond@elf.ee Koduleht: www.elf.ee
Eesti Sotsiaalprogrammide Keskus	Naiste tugigruppide võrgustik, meeste tugigrupp, perevägivalla teemalised koolitused.	Koduleht: www.sotsiaalprogrammid.ee
Ida-Virumaa psühholoogilise abi keskus	Psühholoogiline nõustamine ning tugigrupp perevägivalda kogenud naistele ning vägivalda pealtnäinud lastele.	Telefon: (033) 71 177 või 56 66 82 77 E-post: pakeskus@hot.ee Koduleht: www.hot.ee/pakeskus/
Kohtla-Järve Laste Varjupaik	Varjupaiga teenus lastele ja emadele, psühholoogiline-, sotsiaalne- ja juriidiline nõustamine.	Telefon: 33 44 057 E-post: marika@kjl.ee
Kuressaare linna laste varjupaik „Laurits“	Varjupaiga teenus lastele (vajadusel koos emadega).	Telefon: 45 332 05 E-post: kuressaare@eelk.ee
Kuriteo ohvrite toetamise ühing „Ohvriabi“	Kuriteo ohvrite nõustamine ja tugisikute teenus kohtus ja politseis.	Telefon: 67 33 854 E-post: ohvriabi@ohvriabi.ee Koduleht: www.ohvriabi.ee
Narva Laste Varjupaik	Varjupaiga teenus lastele, psühholoogiline- ja sotsiaalne nõustamine.	Telefon: 35 71 632 E-post: variu.paik@mail.ee
MTÜ Eluliin	Psühholoogiline kriisinõustamine.	Telefon: 6314300 E-post: kriisiabikeskus@tallinnlv.ee Aadress: Pärnu mnt 9, Tallinn
MTÜ Enne ja pärast sündi	Varjupaiga teenus rasedatele ja emadele lastega.	Telefon: 657 24 79 E-post: nomme.varjupaik@mail.ee
Pärnu Pereabikeskus	Sotsiaalnõustamine; psühholoogiline kriisiabi; hooldus ja rehabilitatsioon laste varjupaigas.	Telefon: (044) 31 133 Koduleht: www.parnu.ee/index.php?id=51
MTÜ Tallinna Laste Tugikeskus	Laste väärkohtlemise ennetamine ning väärkoheldud ja vanemliku hoolitsuseta laste ja nende pereliikmete aitamine.	Telefon: 655 69 70 E-post: info@lastetugi.ee Koduleht: www.lastetugi.ee
Tallinna Laste Turvakeskus	Varjupaiga teenus, psühholoogiline nõustamine, kriisiabi, ja tugi vägivalla või muude probleemide tõttu ohtu sattunud ja hoolitsuseta jäänud lastele.	Telefon: 660 8060 E-post: info@lasteturva.ee Koduleht: www.lasteturva.ee/ Aadress: Mooni 1/Paldiski mnt 51
Tallinna Lastekodu Kopli keskuse varjupaik	Varjupaiga teenus, psühholoogiline nõustamine, kriisiabi, ja tugi vägivalla või muude probleemide tõttu ohtu	Telefon: 6684759 E-post: viu.orgmets@tallinnalastekodu.ee Aadress: Maleva 16, Tallinn

	sattunud ja hoolitsuseta jäänud lastele.	
Tallinna Lastekodu väikelaste varjupaik	Varjupaiga teenus, psühholoogiline nõustamine, kriisiabi, ja tugi vägivalda või muude probleemide tõttu ohtu sattunud ja hoolitsuseta jäänud kuni 4-a. lastele.	Telefon: 6524694 E-post: Elo.kalev@tallinnalastekodu.ee Address: Sõpruse pst 248, Tallinn
Tallinna Lastekodu Nõmme keskuse ema - lapse Varjupaik	Varjupaiga teenus rasedatele ja emadele lastega.	Telefon 6700962 E-post: Merle.priimae@tallinnalastekodu.ee
Tallinna Naiste Varjupaik	Varjupaiga teenus perekõnnetatud naistele.	Telefon: 52 64 697 või 66 158 33 E-post: naisteabi@hotmail.ee
Tartu Laste Tugikeskus	Meditsiiniline, psühholoogiline- ja sotsiaalne nõustamine lastele ja nende vanematele.	Telefon: (07) 484 666 või 55 99 42 04 E-post: ch.abuse@online.ee Koduleht: www.tugikeskus.org.ee/
Tartu Laste Turvakodu	Varjupaigateenus vägivalda või muude probleemide tõttu ohtu sattunud lastele ja emadele.	Telefon: 7 361 641 E-post: turvakodu@hotmail.ee Koduleht: www.teehead.org/tartultk/
Tartu Naiste Varjupaik	Varjupaiga teenus ja nõustamine lähisuhtevägivalda kogunud naistele (nii lastega kui ilma); naiste tugigrupp; perekõnnetatud teemalised koolitused.	Telefon: 55 94 94 96 või (07) 381 831 E-post: info@naistetugi.ee Koduleht: www.naistetugi.ee/

Naiste tugigrupid

Naiste tugigruppidesse on oodatud naised, kes on lähisuhetes kogunud vägivalda. Täpsem informatsioon naiste tugigruppide kohta Eesti Sotsiaalprogrammide Keskus www.sotsiaalprogrammid.ee

Jõgeva	Neljapäeviti kell 16.30	Telefon 58 006 316
Jõhvi	Kuu viimane kolmapäev	Telefon: (033) 71 177 (vene keeles)
Narva	Teisipäeviti kell 17	Telefon: 50 31 092 (vene keeles)
Saaremaa	Neljapäeviti kell 18	Telefon: 52 58 068
Pärnu	Kolmapäeviti kell 18	Telefon: 53 820 734
Tallinn	Neljapäeviti kell 18	Telefon: 56 987 393
Tallinn	Teisipäeviti kell 18	Telefon: 55 596 404 (vene keeles)
Tapa	Teisipäeviti kell 18	Telefon: 55 608 717
Tartu	Esmaspäeviti kell 18	Telefon: 55 94 94 96

Riiklikud abisaamise võimalused		
Politsei		Telefon: 110 Koduleht: www.pol.ee
Hädaabi		Telefon: 112 Koduleht: www.rescue.ee
Riiklikud ohvriabitöötajad	35 ohvriabi töötajat üle Eesti, kes pakuvad vägivalda ohvritele emotsionaalset tuge, infot abisaamise võimalustest ning juhendavad, kuidas organisatsioonidega suhelda.	E-post: ohvriosa@ensib.ee
Tallinna laste abi- ja infotelefoni	Jagab informatsiooni abisaamise võimaluste kohta.	Telefon: 1345
Usaldustelefon	Jagab informatsiooni abisaamise võimaluste kohta.	Telefon: 126

RIIKLIKUD OHVRIABI TÖÖTAJAD

Nimi	Koht	Telefon
Harju Maakond		
Juta Männisalu	Maardu Orumetsa 11, Politsei ruumides	600 6204
Olga Sepp	Saue Tule põik 2, Politsei ruumides,	612 4531
Tallinn		
Evelin Müürel	Põhja Politseiosakond – Erika 15	661 9099
Anne Valtin ja Ingrid Veskiväli	Lõuna Politseiosakond – Rahumäe tee 6	655 5068
Eve Palo ja Mare Keerles	Kesklinna Politseiosakond – Pärnu mnt 11	641 0017
Üllar Nõlv	Ida Politseiosakond – Vikerlase 14	600 9059
Hiiu maakond		
Marko Truu	Hiiu Maavalitsus, Leigri väljak 5 Kärkla	463 6116
Saare maakond		
Katrin Paukson	Kuressaare Lossi 7, Politsei ruumides,	455 5864
Pärnu maakond		
Agne Susi ja Merileid Ruul	Pärnu Pikk 18, Politsei ruumides	444 0716
Rapla maakond		

Ruthi Heinpõld ja Ene Paadimeister	Rapla Savi 2, Politsei ruumides	489 0455
Järva maakond		
Ervin Raudsik	Paide Tallinna 12, Politsei ruumides	383 8208
Lääne maakond		
Serli Kүүnarpuu ja Anu-Ly Jürman	Haapsalu Lahe 8, Lääne Maavalitsuse ruumides	472 5636
Tartu maakond		
Katti Kask ja Liia Kilp	Tartu Riia 179a, Politsei ruumides	730 3069
Anu Kruus	Tartu Riia 179a, Politsei ruumides	730 3067
Viljandi maakond		
Evelin Leppik ja Maiju Margus	Viljandi Vabaduse plats 6, Pensioniameti ruumides	433 0555
Valga maakond		
Laida Avtomonov ja Üllas Linder	Valga Kesk 12 Pensioniameti ruumides	766 6181
Võru maakond		
Ülle Jaason	Võru Jüri 19a 4 korrus	786 4640
Jõgeva maakond		
Agur Karukäpp ja Mare Maalma	Jõgeva Ristiku 3, Pensioniameti ruumides	776 2745
Põlva maakond		
Piret Mets	Põlva Käisi 1a, Põlva Maavalitsuse ruumides	799 8915
Lääne-Viru maakond		
Monika Martin ja Aive Silvet	Rakvere Tallinna 30, Pensioniameti ruumides	322 3634
Ida-Viru maakond		
Tatjana Zamorskaja	Narva Malmi 5a, Pensioniameti ruumides	359 1061
Virje Härm	Kiviõli Keskpuiestee 37a , Politsei ruumides	334 4255
Malle Peterson	Kohtla-Järve Pärna 24, Pensioniameti ruumides	339 5712
Eva Aleksandrina	Jõhvi, Jaama t 32	337 0778

Kasutatud kirjandus

- H. Kase. Vaikijate hääled. Raamat soolisest vägivallast. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Tallinn, 2001.
- N. Ollus. Sooline vägivald – mis see on? Kogumikus Vaikijate hääled. Raamat soolisest vägivallast. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Tallinn, 2001
- M. Kimmel. Vägistamine, perevägivald ja mehelikkus – mis on armastusel sellega pistmist? Kogumikus Vaikijate hääled. Raamat soolisest vägivallast. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Tallinn, 2001
- I. Pettai. Naistevastane vägivald – tabuprobleem Eestis. Kogumikus Vaikijate hääled. Raamat soolisest vägivallast. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Tallinn, 2001.
- I. Pettai. Kas perevägivalla põhjuseid tuleb otsida indiviidist või ühiskonnast? Ariadne Lõng. ENUT. III aastakäik 1/2, 2002.
- K. Mets. Grupiviisilised vägistamised. Lõputöö. Sisekaitseakadeemia Kriminoloogia ja sotsioloogia õppetool. Tallinn, 2003.
- Kuritegude vältimise käsiraamat. Kriminaalpreventsiooni Nõukogu. Tallinn, 2001.
- Ohvriabi käsiraamat. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2002.
- S. Pertu, P. Montonen-Mikkilä, R. Rauhala, P. Särkkälä. Päänavaus selviytymiseen. Väki-valtaa kokeneiden naisten käsikirja. Jyväskylä, 1999. Tõlge eesti keelde. Ava silmad! Käsiraamat vägivalda kogenud naistele. Jyväskylä, 2001.
- Perheväkivallan kohtaaminen. YK:n ammatiauttajan käsikirja, sarja C: työraporteja 3/1993
- M. Heiskanen, M. Piispa. Faith, Hope, Battering. A Survey of Men`s Violence against Women in Finland. Statistics Finland, 1998.
- Women`s Studies Encyclopedia. Greenwood Press, 1991.*
- Men & Violence. Special Issue. The International Association for Studies of Men. Newsletter. Oslo. Vol 6,2. June 1999.*
- E. Pence, M. Paymar. Power and Control: Tactics of Men Who Batter. Minnesota Program Development. Duluth, 1986.
- ICITAP Domestic Violence Course. Koolitusmaterjalid.
- Support Network for Battered Women. Koolitusmaterjalid.
- World Report on Violence and health. World Health Organization. Geneva, 2002.
- It`s in our hands. Stop violence against women. Amnesty International Publications, 2004.
- Гендерное насилие как проблема общественного здравоохранения. Материалы конференции. Кишинев, 2002.
- J. Makarova. Rasedus ja stress. Lapseootel ema mõtete ja emotsioonide mõju lapse psüühikale. Diplomitöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Ämmaemanda õppetool Tallinn 2006.
- A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers & Managers. UNFPA. United Nations Population Fund. Pilot Edition. 2001 New York.
- K. Toomet, M.Loit, A. Vatter. Juhiseid tööks seksuaalvõigivalla ohvritega. Eesti Pereplaneerimise Liit. Tallinn. 2001.