



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**  
**ΕΝΔΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**  
**ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ**





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

---

# ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Κορνηλάκη Στυλιανή

*Πτολεμαΐδα, 2022*

## Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας με τίτλο Ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη και ο ρόλο της Μαίας που συντάχθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και παραδόθηκε το μήνα Φεβρουάριο του 2023. Η αναφερόμενη εργασία δεν αποτελεί αντιγραφή ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται σαφώς στη βιβλιογραφία και στο κείμενο ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια, αν υπήρξε, αναγνωρίζεται ρητά.

Όνομα (κεφαλαία)

ΑΜ

Υπογραφή:

.....

.....

.....

Ημερομηνία:

.....

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών στην περίοδο της εγκυμοσύνης, καθώς και τον ρόλο της μαιίας. Ένα αρκετά επίκαιρο φαινόμενο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η κακοποίηση στα πλαίσια του θεσμού της οικογένειας δεν υπάρχει από την αρχαιότητα. Είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, που επηρεάζει άτομα κάθε ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου. Ο ρόλος της μαιίας στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας που βιώνουν οι γυναίκες είναι κρίσιμος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, επειδή έρχονται σε στενή επαφή με τις μέλλουσες μητέρες. Οι μαιίες διαδραματίζουν ρόλο κλειδί με το να βρίσκονται σε μοναδική θέση για την εξασφάλιση της υγείας της δυάδας μητέρας - βρέφους. Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις και με υποστηρικτικό πνεύμα μπορούν να συμβάλουν στην εξάλειψη αυτού του πολυδιάστατου φαινομένου.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** ενδοοικογενειακή βία, θύτης, θύμα, ανθρώπινα δικαιώματα, εγκυμοσύνη, ο ρόλος της μαιίας

## **ABSTRACT**

This project deals with the issue of domestic violence against women during pregnancy, as well as the role of the midwife. Currently this is relevant topic, without implying that abuse within the family has not existed since ancient times. It is an important public health issue that affects people of all ages, genders and socioeconomic background. The role of midwives in detecting and responding to domestic violence, experienced by women, is crucial during pregnancy because they keep in close touch with the expectant mother. Midwives play a key role by being in the unique position to ensure the health of the mother- infant dyad. With the appropriate interventions and supportive spirit, they can contribute to the elimination of this multidimensional phenomenon.

**KEY WORDS:** domestic violence, abuser, victim, human rights, pregnancy, the role of a midwife

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

**Ο.Η.Ε.:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**Π.Ο.Υ.:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**Η.Π.Α.:** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

**Ε.Ε.:** Ευρωπαϊκή Ένωση

**Β.Ε.:** Βοσνία Ερζεγοβίνη

**Π.Σ.Υ.:** Παγκόσμια Συνέλευση για την υγεία

**Π.Κ.:** Ποινικός Κώδικας

**Κ.Ε.Θ.Ι.:** Κέντρο Ερευνών για θέματα ισότητας

**F.G.M.:** Female Genital Mutilation

**I.S.T.A.T.:** Istituto nazionale di statistica

## Πίνακας περιεχομένων

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>12</b>
<b>1. ΒΙΑ ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ</b> .....	<b>12</b>
1.1 ΒΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ .....	14
1.2 ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	16
1.3 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ .....	18
1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ.....	19
1.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΕΜΠΟΡΙΑ (TRAFFICKING) .....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>24</b>
<b>2. ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ</b> .....	<b>24</b>
2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Ο.Η.Ε. ....	28
2.2 ΦΕΜΙΝΙΣΜΟΣ .....	29
2.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΣΥΓΚΡΟΥΣΙΑΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ.....	33
2.4 ΒΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>36</b>
<b>3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ</b> .....	<b>36</b>
3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ.....	37
3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ .....	38
3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ.....	39
3.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΙΑ.....	40
3.5 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....	40
3.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΔΕΣΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΠΑΙΔΙΟΥ.....	41
3.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΣ .....	42
3.8 ΠΑΤΡΙΑΡΧΙΑ.....	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	<b>46</b>
<b>4. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</b> .....	<b>46</b>

4.1 ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΘΥΤΗ .....	48
4.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΥΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΑ - ΕΜΒΡΥΟ .....	50
4.2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	50
4.2.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....	53
4.3. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ Ή ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ .....	54
4.4 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΟΝΟΙΟΥ .....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>59</b>
<b>5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ .....</b>	<b>59</b>
5.1 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....	61
5.2 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....	63
5.3 Η ΜΑΙΑ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ .....	65
5.4 ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΘΥΜΑΤΩΝ .....	66
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>69</b>



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*«Αν θέλουμε να καταπολεμήσουμε τις διακρίσεις και την αδικία κατά των γυναικών, πρέπει να ξεκινήσουμε από το σπίτι. Γιατί αν μια γυναίκα δεν μπορεί να είναι ασφαλής στο ίδιο της το σπίτι, τότε δεν πρέπει να περιμένουμε από εκείνη να αισθάνεται ασφαλής πουθενά.»*

**— Aysa Taryam**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρόλο που η βία χρησιμοποιείται απ' όσους θεωρούν ότι βρίσκονται σε θέση ισχύος για την επιβολή εξουσίας και δύναμης εδώ και αρκετές χιλιάδες χρόνια, είναι λίγοι εκείνοι που παραδέχονται την ύπαρξη της και μιλούν γι' αυτή. Είναι μια έννοια που παίρνει πολλές διαστάσεις αναλόγως τις συγκυρίες: από ποιον ασκείται, ποιον στοχεύει και ποιες είναι οι συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε περίπτωση. Για την ανάλυση της απαραίτητο ήταν να της δοθεί ένας ορισμός ο οποίος θα κάλυπτε όλες τις πτυχές της. Μια έννοια πολύ γενική, που εύκολα μπορεί να γίνει συγκεκριμένη, αναλόγως το ποιος βρίσκεται στη θέση ισχύος (θύτης), ποιος δέχεται την βία (θύμα) ή την απειλή αυτής και ποια είναι τα αποτελέσματα της. Είναι ένα φαινόμενο πολύπλευρο που εκδηλώνεται συνήθως με σωματική, λεκτική, ψυχολογική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοσωματική ανάπτυξη των θυμάτων.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα από την άλλη συνδέονται άμεσα με την βία, η οποία χρησιμοποιείται για την παραβίαση και την καταστολή τους. Κάθε δικαίωμα είναι έμφυτο σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις, εξασφαλίζοντας την αξιοπρέπεια τους και την ηθική τους υπόσταση. Βασίζονται στην έννοια της ισότητας και παρόλο που αναγνωρίστηκαν νομικά από πολυάριθμες συνθήκες και συμβάσεις όσον αφορά το γυναικείο φύλο, συνεχίζουν να υπάρχουν διακρίσεις εις βάρος του. Καθοριστικό ρόλο για την ενίσχυση των δικαιωμάτων των γυναικών επιτέλεσε το κίνημα του φεμινισμού, το οποίο στόχευε στην ισότητα μεταξύ των φύλων σε διάφορους τομείς. Αν και εδραιώθηκε σε μια δύσκολη εποχή, κατάφερε να προωθήσει την γυναικεία απελευθέρωση και αυτοδιάθεση. Στον αντίποδα αυτού του αποτελέσματος του φεμινιστικού κινήματος βρίσκεται η πατριαρχία: η ανδρική κυριαρχία έναντι των γυναικών όσον αφορά την λήψη αποφάσεων σε μια κοινωνία ή σε μια οικογένεια. Όσο υπάρχει η βία θα υφίσταται και η πατριαρχία καθώς είναι δύο συνυφασμένοι όροι.

Στην παρούσα εργασία δίνεται περισσότερη έμφαση στην βία που σχετίζεται με το φύλο (έμφυλη βία), δηλαδή την κακοποίηση της γυναίκας μέσα σε μια πατριαρχική κοινωνία. Ένα μη τυχαίο γεγονός που δεν βελτιώνεται με την πάροδο των χρόνων. Σε αρκετές χώρες παρατηρούνται ακραίες εκφάνσεις βίας, ανεξαρτήτως

ηλικίας, γεγονός που κάνει το γυναικείο φύλο να είναι μαθημένο να την δέχεται ήδη από την γέννηση του. Η βία κατά των γυναικών χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, αυτήν που τους ασκείται από την κοινωνία και στην ενδοοικογενειακή. Κύριο σημείο αυτής της εργασίας είναι η δεύτερη κατηγορία που περιλαμβάνει τον έλεγχο, την απειλή, τον εξαναγκασμό και την κακοποίηση ατόμων στα πλαίσια μιας οικογένειας. Υποκατηγορίες της ενδοοικογενειακής βίας είναι η ψυχολογική, η σεξουαλική, η σωματική και η οικονομική βία.

Τι συμβαίνει όμως όταν το θύμα που του ασκείται ενδοοικογενειακή βία είναι μια εν δυνάμει μητέρα, μια έγκυος; Μια εγκυμοσύνη είναι πιθανόν να αναζωπυρώσει τα περιστατικά κακοποίησης μέσα στην οικογένεια, γεγονός που θα επηρεάσει την έκβαση. Πως επηρεάζει η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών τα παραπάνω περιστατικά ως προς την συχνότητα τους; Τι γίνεται όταν κηρύσσεται παγκοσμίως έκτακτη ανάγκη για κατ' οίκον περιορισμό εν μέσω πανδημίας; Πως επηρεάζονται η ήδη ευάλωτες ομάδες πίσω από κλειστές πόρτες;

Η διερεύνηση όλων αυτών και άλλων πολλών ερωτημάτων προϋποθέτει και την επίγνωση των διάφορων περιστατικών. Σε καίρια θέση για την αποκάλυψη αυτών των συμβάντων βρίσκονται οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των μαιών. Εκείνες με τις κατάλληλες παρεμβάσεις είναι ικανές να ανιχνεύσουν περιπτώσεις ενδοοικογενειακής κακοποίησης και μέσα στα πλαίσια μιας επιστημονικής ομάδας να βάλουν ένα λιθαράκι για τον περιορισμό του φαινομένου.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1. ΒΙΑ ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ

Από το πρώτο ήμισυ του 19<sup>ου</sup> αιώνα έως σήμερα, η παγκόσμια σφαίρα έχει βιώσει την πιο βίαιη περίοδο ζωής που είναι γνωστή στην ιστορία της. Από την αποικιοκρατία έως τον Ναζισμό, από τους δυο παγκόσμιους πολέμους έως τον Ψυχρό Πόλεμο και από την περίοδο μετά την αποικιοκρατία έως τις δυτικές κοινωνίες του σήμερα, το φαινόμενο της βίας εδραιώθηκε στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Οι βαθιές και πολυδιάστατες κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνέπειες αυτών των διαδικασιών διαπερνούν το φάσμα των κοινωνικών σχέσεων. Η βία άρχισε να αποτελεί οργανωτικό στοιχείο της κοινωνίας, όχι μόνο ως παράγοντας καταστροφής, αλλά και ως μέσο αναδιάρθρωσης και ανοικοδόμησης, δημιουργώντας συνθήκες για τη συνέχισή της. Τελικά αυτό που επακολούθησε είναι ο κλονισμός της διάκρισης μεταξύ πολέμου και ειρήνης, παράνομης και νόμιμης βίας και εγκληματικότητας, και η τελική διάκριση μεταξύ τάξης και χάους. Τα αποτελέσματα αυτών είναι η απενοχοποίηση της βίας και η αποδοχή της από όλο και μεγαλύτερη μερίδα ανθρώπων. Ως έμμεση συνέπεια της κατάστασης αυτής ήταν η αύξηση της βίας σε διαπροσωπικό επίπεδο, του οργανωμένου εγκλήματος και της προσωπικής παραβατικότητας (Αστρινάκη, 2005).

Επομένως το σύνθετο φαινόμενο αυτό απασχολούσε, απασχολεί και θα απασχολήσει αρκετά, διάφορους φορείς γι' αυτό και ήταν αναγκαίο να αποδοθεί με κάποιους ορισμούς ώστε να μας είναι γνωστά τα όρια του. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει τη βία ως: «η με πρόθεση χρήση φυσικής δύναμης ή ισχύος, απειλούμενης ή πραγματικής, που στρέφεται στο ίδιο το άτομο, σε κάποιο άλλο άτομο ή σε μια ομάδα ή κοινότητα και που είτε καταλήγει, είτε έχει αυξημένες πιθανότητες να καταλήξει σε τραυματισμό, θάνατο, ψυχολογικό τραυματισμό, αποστέρηση ή προβληματική ανάπτυξη». Η βία είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο ανευρίσκεται στην ανθρώπινη φύση ανεξαιρέτως, αφορά όλα τα μέλη της κοινωνίας και χρήζει συνεχούς επιστημονικής προσέγγισης (Ρούκη, 2013). Για την πραγματοποίηση της χρησιμοποιούνται κακοποιητικές και εκφοβιστικές συμπεριφορές που συμβαίνουν παντού, ανεξαιρέτως φύλου και ηλικίας.

Στην προσπάθεια αποσαφήνισης του φαινομένου αυτού κλήθηκε ο Π.Ο.Υ. να δώσει έναν ορισμό. Σύμφωνα λοιπόν με τον Π.Ο.Υ βία είναι: «Η σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, με μορφή απειλής ή πράξης, ενάντια στον εαυτό, σε κάποιο άλλο πρόσωπο ή ενάντια σε μια ομάδα ή κοινότητα, η οποία είτε έχει ως αποτέλεσμα είτε αυξάνει τις πιθανότητες να επέλθει τραυματισμός, θάνατος, ψυχολογική βλάβη, καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή αποστέρηση». Μάλιστα ο παραπάνω οργανισμός διαχωρίζει την βία σε τρεις κατηγορίες: α) την αυτοκατευθυνόμενη βία, όπου εμπíπτουν οι αυτοκτονικές τάσεις και ο αυτοτραυματισμός, β) τη βία στην κοινότητα, η οποία λαμβάνει χώρα εκτός του οίκου και μεταξύ αγνώστων μεταξύ τους ανθρώπων, και γ) τη διαπροσωπική βία, που αφορά στη βία μέσα στα πλαίσια της οικογένειας (εις βάρος συζύγων / συντρόφων, παιδιών, ηλικιωμένων) (Λουμπουρδή, 2021a)

Περίπου 4400 άνθρωποι πεθαίνουν καθημερινά από σκόπιμες πράξεις αυτοκατευθυνόμενης, διαπροσωπικής ή συλλογικής βίας. Πολλές χιλιάδες άλλοι τραυματίζονται ή υποφέρουν άλλες μη θανατηφόρες συνέπειες για την υγεία τους όντας θύματα ή παρατηρητές πράξεων βίας. Επιπλέον, δεκάδες χιλιάδες ζωές καταστρέφονται και οικογένειες γκρεμίζονται. Μεγάλο κόστος διατίθεται στην θεραπεία των θυμάτων, στη στήριξη οικογενειών, στην επισκευή υποδομών και στη δίωξη δραστών (Krug κ.ά., 2002).

Ακόμα πιο έντονο είναι το φαινόμενο όταν αφορά χώρο εργασίας, ή εμπλέκεται η επιβολή της ισχύος κάποιου για την επίτευξη προσωπικών στόχων. Πέρα από τον Παγκόσμιο οργανισμό υγείας, στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ευρώπης: «Βία θεωρείται κάθε πράξη ή παράλειψη που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή, τη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα ή ελευθερία ενός ατόμου ή που βλάπτει σοβαρά την εξέλιξη της προσωπικότητάς του».

Η βία είναι ένα φαινόμενο πολυδιάστατο, επομένως έχει και διάφορες μορφές. Κάποιες από αυτές είναι: η σωματική, η λεκτική, η ψυχολογική, η συναισθηματική και η σεξουαλική. Σε κοινωνικό επίπεδο επικρατούν και άλλες μορφές βίας όπως η πολιτική, η θρησκευτική, ο πόλεμος, η τρομοκρατία, η βία στα γήπεδα, η σχολική βία, ακόμα και ο ρατσισμός. Αυτές που θα μας απασχολήσουν περισσότερο στην παρούσα εργασία είναι οι μορφές βίας στις συντροφικές σχέσεις: η ενδοοικογενειακή βία, η βία

κατά των γυναικών, η ψυχολογική και η σεξουαλική βία· τις οποίες θα αναλύσουμε περαιτέρω παρακάτω.

## **1.1 ΒΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ**

Η βία που σχετίζεται με το φύλο ορίζεται ως βία η οποία ενσωματώνει τις δυναμικές ανισορροπίες που υπάρχουν στην πατριαρχική κοινωνία. Αν και δεν πραγματοποιείται αναγκαστικά από άνδρες κατά των γυναικών, αυτή είναι κυρίως η μορφή που παίρνει. (Βιασμός ανδρών και ορισμένες περιπτώσεις βίας από γυναίκες σε άλλες γυναίκες, όπως ο ακρωτηριασμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων, μπορούν επίσης να χαρακτηριστούν ως έμφυλη βία καθώς αντανακλούν την πατριαρχία). Η έμφυλη βία παίρνει διάφορες μορφές όπως ο βιασμός, συμπεριλαμβανομένου και του συζυγικού βιασμού, την ενδοοικογενειακή βία, την παιδική κακοποίηση, την σεξουαλική και συναισθηματική παρενόχληση, τον ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων (Oram κ.ά., 2017), καθώς και σε ακραίες περιπτώσεις την γυναικοκτονία (σκοπίμη θανάτωση γυναικών λόγω του φύλου τους) (WHO, 2012). Το 70% των δολοφονημένων γυναικών σκοτώνονται από τους συντρόφους τους (Φίλιππα, 2021). Επιπλέον μορφές όπως αυτές της εκπόρνευσης και πορνογραφίας, της καταναγκαστικής στειρώσης ή άμβλωσης, δεν είναι καθόλου σπάνιες. Επίσης ο πόλεμος και η κρατική βία, η εκμετάλλευση των προσφύγων και η μείωση των κρατικών υπηρεσιών η οποία οδηγεί στην αύξηση του άγχους και του φόρτου εργασίας των γυναικών. Περαιτέρω κατηγοριοποίηση των μορφών βίας είναι δύσκολη καθώς υπάρχουν υποβόσκων παράγοντες που παραβλέπουν όλες αυτές τις εκδηλώσεις βίας (Oram κ.ά., 2017). Αναλυτικότερα κάποιες από αυτές τις μορφές παρουσιάζονται παρακάτω.

Παρόλο που έχουν καταγραφεί περιστατικά κακοποίησης ανδρών από τις γυναίκες συζύγους ή συντρόφους, η συζυγική κακοποίηση περιλαμβάνει κυρίως αυτήν που υφίστανται από τους συζύγους τους. Αυτό συμβαίνει γιατί όσον αφορά την έκταση, την ένταση, τη συχνότητα, την δυναμική και τις συνέπειες είναι πολύ σοβαρότερη από εκείνη όπου οι άνδρες είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Η συζυγική κακομεταχείριση δεν είναι ένα μεμονωμένο και τυχαίο γεγονός, αλλά μια μακροχρόνια κατάσταση που δεν σημειώνει βελτίωση. Τα θύματα συνήθως δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν εξ' αρχής την ασκούμενη εναντίον τους βία και αυτό τείνει να είναι η αρχή μιας κακοποιητικής σχέσης. Υποτιμούν το γεγονός και προσπαθούν να

συμμορφωθούν βάση των απαιτήσεων των συντρόφων για να αποφύγουν τυχόν διαμάχες. Δέχονται άθελα τους να γίνουν μέρος ενός μοτίβου στο οποίο καθησυχάζουν, ουκ ολίγες φορές, τον εαυτό τους ότι η συμπεριφορά αυτή θα αλλάξει. Το μοτίβο αυτό είναι ο φαύλος κύκλος της κακοποίησης, την οποία υπομένουν είτε για προσωπικούς λόγους, είτε για χάρη των παιδιών τους, αν αυτά υπάρχουν (Πέτκογλου, 2016). Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, το 35,5% των γυναικών έπεσαν θύματα σωματικής βίας από τους συζύγους τους κάποια στιγμή στη ζωή τους, το 12% εκτέθηκε σε σεξουαλική βία, ενώ το 43,9% σε συναισθηματική βία (Sis Çelik & Aydın, 2019).

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, βία που σχετίζεται με το φύλο καταλήγει αφενός σε γυναικοκτονία και αφετέρου σε σκόπιμη έκτρωση θηλυκού γένους εμβρύου λόγω του φύλου του. Αυτή η πράξη είναι πιθανόν να συσχετίζεται με το σύστημα προίκας που επικρατεί σε εκείνες τις χώρες. Πιο συγκεκριμένα σε αυτό το σύστημα η οικογένεια της νύφης πρέπει να δώσει πολλά χρήματα και άλλα υλικά αγαθά στην οικογένεια του γαμπρού την στιγμή του γάμου. Οι απαιτήσεις από την μεριά του γαμπρού ενδέχεται να συνεχιστούν και μετά τον γάμο και σε περίπτωση που δεν μείνουν ευχαριστημένοι, η νύφη βασανίζεται σωματικά και ψυχολογικά. Υπάρχει περίπτωση ακόμα και να την κάψουν ζωντανή. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που γυναίκες αυτοκτόνησαν, για να μην υποφέρει οικονομικά η οικογένεια τους εξαιτίας τους. Συμπερασματικά είναι ένα μεγάλο οικονομικό βάρος το να αποκτήσει κανείς κορίτσι σε εκείνες τις χώρες, γι' αυτό και πολλοί γονείς καταφεύγουν στην έκτρωση των κοριτσιών αμέσως μετά από το τεστ προσδιορισμού φύλου. Μεταξύ του 1978 και του 1982 έγινε η αποβολή περίπου 78.000 θηλυκών εμβρύων στην Ινδία. Εκτός από το σύστημα της προίκας, υπάρχει ακόμα άλλο ένα θανατηφόρο έθιμο. Το έθιμο που οι ντόπιοι ονομάζουν 'sati' είναι μια ακραία μορφή βασανιστηρίων σε μια γυναίκα. Μετά τον θάνατο του συζύγου, η σύζυγος αναγκάζεται να καθίσει στην νεκρική πυρά όταν ανάψει η φωτιά. Η γυναίκα καίγεται μέχρι θανάτου ενώ άλλοι παρακολουθούν το γεγονός. Νομικά αυτή ενέργεια είναι απαγορευμένη αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν μεμονωμένα περιστατικά που ακολουθείται το έθιμο. Περίπου 1000 γυναίκες έχουν καεί αφότου πέθανε ο σύζυγος τους στην Γκουτζαράτ στην Ινδία. (Bhatt, 1998).

## 1.2 ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η βία κατά των γυναικών αναγνωρίζεται ευρέως ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ως πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι πιο κοινές μορφές βίας κατά των γυναικών είναι η ενδοοικογενειακή κακοποίηση και η σεξουαλική βία. Ο ορισμός της βίας κατά των γυναικών χρονολογείται το 1995 στην 4η Παγκόσμια Διάσκεψη του Ο.Η.Ε. για τις γυναίκες, στο Πεκίνο. Σύμφωνα με τις παραγράφους 118 και 113: «Η βία κατά των γυναικών είναι η έκφραση της ιστορικά διαπιστωμένης ανισότητας στις σχέσεις ισχύος μεταξύ ανδρών και γυναικών που οδήγησε στην κυριαρχία των ανδρών επί των γυναικών και στις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών, με αποτέλεσμα τη παρεμπόδιση της ανάπτυξής τους.» (παρ. 118).

Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την βία ως «το εύρος καταναγκαστικών σεξουαλικών, ψυχολογικών και σωματικών πράξεων εναντίον εφήβων και ενηλίκων γυναικών από πρώην ή τωρινούς συντρόφους». Αυτός ο τύπος βίας κυμαίνεται από λεκτική κακοποίηση, σωματική και σεξουαλική επίθεση, βιασμό έως φόνο (Παπαγιαννοπούλου, Γκόβα, 2009) και χρησιμοποιείται για να αποκτήσει δύναμη και έλεγχο σε ετεροφυλόφιλες ή ακόμα και ομοφυλοφιλικές σχέσεις (Levy, 2008). «Ο όρος βία κατά των γυναικών περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα την σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέτοιων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας είτε αυτό προκύπτει στην δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή». (παρ. 113) (πρόγραμμα Δράσης της Παγκόσμιας Διάσκεψης του Ο.Η.Ε., Πεκίνο, 1995).

Επομένως η βία κατά των γυναικών αφορά δυο μεγάλες κατηγορίες, την βία που δέχονται μέσα στην οικογένεια (ενδοοικογενειακή βία) και την βία που τους ασκείται από την κοινωνία γενικότερα. Η βία κατά των γυναικών εμφανίζεται όταν θίγεται η σωματική τους αρτιμέλεια, οι ψυχοκοινωνικές τους δεξιότητες και κυρίως η ελευθερία τους. Τέτοια περιστατικά είναι αναμενόμενο να συμβούν σε οποιαδήποτε χώρα είτε εκείνη είναι ακόμα αναπτυσσόμενη είτε σε εκείνη έχουν κατοχυρωθεί με σαφήνεια τα ανθρώπινα δικαιώματα και υπάρχει σεβασμός σε αυτά. Παρόλο που αρκετές οργανώσεις έχουν κινητοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, τα στατιστικά τείνουν να απογοητεύουν. Μία στις τέσσερις γυναίκες θα πέσει θύμα βίας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή της, ενώ το 30% των δεσμευμένων γυναικών δηλώνουν ότι τους έχει



ασκηθεί κάποια μορφή βίας από τον σύντροφό τους. Όμως αυτά τα στατιστικά αφορούν μόνο τα περιστατικά που γνωρίζουμε καθώς πολλά κρούσματα βίας δεν φανερώνονται ποτέ λόγω φόβου ή για κοινωνικούς σκοπούς. Είναι ένα φαινόμενο που επιφέρει μεγάλα ποσοστά αναπηρίας ή ακόμα και θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 16-44 ξεπερνώντας ακόμη και τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και τον καρκίνο. Μπορεί να γίνει τόσο απειλητικό για την δημόσια υγεία όσο είναι και ο καρκίνος για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, σύμφωνα με μια αναφορά της Παγκόσμιας Τράπεζας. (Χατζησπύρου, 2012). Μόνο το έτος 2012, οι στενοί σύντροφοι ήταν υπεύθυνοι για το ήμισυ όλων των ανθρωποκτονιών που αφορούσαν γυναίκες (United Nations, 2016).

Αν και οι οικογένειες που ασκούν γενετήσιο ακρωτηριασμό (F.G.M.) - «διαδικασία που περιλαμβάνει μερική ή ολική αφαίρεση των εξωτερικών γυναικείων γεννητικών οργάνων ή άλλος τραυματισμός των γυναικείων γεννητικών οργάνων για μη ιατρικούς λόγους» - δεν το θεωρούν μορφή βίας, το F.G.M. αναγνωρίζεται διεθνώς ως μορφή βίας εναντίον των γυναικών. Διαφέρει από τις περισσότερες μορφές βίας εναντίον των γυναικών στο ότι προωθείται ως πολύτιμο κοινωνικό και πολιτιστικό κανόνα και γίνεται συνήθως σε όλα σχεδόν τα κορίτσια στην εξάσκηση των κοινοτήτων. Τουλάχιστον 200 εκατομμύρια γυναίκες και κορίτσια σε 30 χώρες εκτιμάται ότι υποβάλλονται σε F.G.M., και περισσότερα από 3 εκατομμύρια κορίτσια εκτιμάται ότι κινδυνεύουν από F.G.M. ετησίως. Η πρακτική είναι πιο συχνή στις δυτικές, ανατολικές και βορειοανατολικές περιοχές της Αφρικής και σε περιοχές της Μέσης Ανατολής (συμπεριλαμβανομένου του Ιράκ και της Υεμένης) και της Ασίας (συμπεριλαμβανομένων Ινδονησία), αλλά υπάρχει επίσης στην Ευρώπη, την Αυστραλία και Βόρεια Αμερική (Oram κ.ά., 2017). Πάνω από 90 εκατομμύρια Αφρικανών γυναικών και κοριτσιών έχουν υπάρξει θύματα γενετήσιου ακρωτηριασμού (Bhatt, 1998).

Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 1824 στις Η.Π.Α. το δικαστήριο του Μισισιπή επέτρεπε στον άνδρα να κακομεταχειρίζεται την γυναίκα του, χωρίς όμως να την σκοτώσει, εφόσον δεν συμμορφωνόταν με ένα προδιαγεγραμμένο μοντέλο συμπεριφοράς. Παράλληλα στο αγγλικό δίκαιο εκχωρούσε στον σύζυγο το δικαίωμα να κακοποιεί την γυναίκα του, με μόνη προϋπόθεση ότι η βέργα που θα χρησιμοποιούσε δεν θα ξεπερνούσε σε πάχος την διάμετρο του αντίχειρα του άνδρα, ο γνωστός “ νόμος του αντίχειρα ” (Πέτκογλου, 2016).

### 1.3 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ

Πολλές χώρες παρέχουν έναν ουδέτερο ορισμό για την ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση. Για παράδειγμα, το Υπουργείο Εσωτερικών του Ηνωμένου Βασιλείου δηλώνει ότι είναι «έλεγχος, εξαναγκαστική ή απειλητική συμπεριφορά, βία ή κακοποίηση μεταξύ ατόμων ηλικίας 16 ετών ή πάνω, οι οποίοι είναι ή έχουν υπάρξει στενοί σύντροφοι ή οικογενειακά μέλη, ανεξάρτητα από το φύλο ή τη σεξουαλικότητα», η οποία περιλαμβάνει, ενδεικτικά, ψυχολογική, σωματική, σεξουαλική, οικονομική και συναισθηματική κακοποίηση. Ομοίως, το Υπουργείο Δικαιοσύνης των Η.Π.Α. ορίζει την ενδοοικογενειακή βία ως ένα «μοτίβο καταχρηστικής συμπεριφοράς σε κάθε σχέση που χρησιμοποιείται από έναν σύντροφο για να αποκτήσει ή να διατηρήσει την εξουσία και τον έλεγχο σε έναν άλλο στενό σύντροφο». Ωστόσο, η ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση αναγνωρίζεται ότι επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες και ότι είναι μια έκφραση της ανισότητας εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών (Oram κ.ά., 2017).

Η ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση είναι, ως εκ τούτου, μια μορφή έμφυλης βίας. Σύμφωνα με τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του νόμου 3500/2006 και τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα, ενδοοικογενειακή βία θεωρείται η τέλεση πράξης άξια ποινής, εις βάρος κάποιου μέλους της οικογένειας. Όπου αφορά την οικογένεια ή την κοινότητα που αποτελείται από συζύγους ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους. Στην οικογένεια περιλαμβάνονται, εφόσον συνοικούν, συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει ορισθεί μέλος της οικογένειας, καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια. Οι διατάξεις του παρόντος νόμου εφαρμόζονται και στην μόνιμη σύντροφο του άνδρα ή στον μόνιμο σύντροφο της γυναίκας και στα τέκνα, κοινά ή ενός εξ αυτών, εφόσον τα πρόσωπα αυτά συνοικούν, ως και στους τέως συζύγους. Θύμα ενδοοικογενειακής βίας καλείται κάθε πρόσωπο της προηγούμενης παραγράφου σε βάρος του οποίου τελείται αξιόποινη πράξη (Βουλή, 2006).

Ορισμένοι εμπειρογνώμονες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν στοιχεία για διακρίσεις μεταξύ «Περιστασιακής βίας» (ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση που είναι λιγότερο συχνές, λιγότερο πιθανό να κλιμακωθούν με την πάροδο του χρόνου και περισσότερο πιθανόν να είναι αμοιβαίες) και «οικείας τρομοκρατίας»

(ενδοοικογενειακή βία και κακοποίηση που χαρακτηρίζεται από ένα καταναγκαστικό μοτίβο: σωματική βία, εκφοβισμός και έλεγχος). Η έρευνα για την ενδοοικογενειακή βία και την κακοποίηση συχνά επικεντρώνεται σε περιστατικά σωματικής βίας, γεγονός που αγνοεί την σοβαρή επίδραση της επαναλαμβανόμενης θυματοποίησης, της σεξουαλικής βίας, της συναισθηματικής κακοποίησης, του ελέγχου και της καταναγκαστικής συμπεριφοράς (Oram κ.ά., 2017).

#### **1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ**

Η ψυχολογική βία εκτιμάται ότι είναι η πιο συχνή μορφή βίας ανάμεσα σε συντρόφους. Παρόλα αυτά υπάρχει ελλιπής έρευνα στο πώς επηρεάζει την ψυχική υγεία. Επίσης η έλλειψη ενός σαφούς ορισμού για την ψυχολογική βία έχει κάνει δύσκολη την σύγκριση των ευρημάτων. Η βία ανάμεσα σε συντρόφους αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας που χαρακτηρίζεται από οποιαδήποτε συμπεριφορά στην οποία μια στενή σχέση προκαλεί σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική βλάβη. Προς το παρόν είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η βία μεταξύ συντρόφων μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένες συνέπειες στα θύματα ψυχικής υγείας. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαπροσωπικό τραύμα, καθώς συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες έχουν εντοπισθεί στο 31% – 84.4% το γυναικών που εκτίθενται σε βία από τους συντρόφους τους: συνάμα με άλλα συμπτώματα όπως κατάθλιψη, άγχος, αυτοκτονικές σκέψεις, χρήση ουσιών και διαταραχές του ύπνου (Dokkedahl κ.ά., 2019). Τα άτομα με διαταραχές μετατραυματικού στρες τείνουν να βιώνουν ξανά τις τραυματικές εμπειρίες που υπέστησαν, ανατρέχοντας στο παρελθόν μέσα από αναμνήσεις και όνειρα που προκαλούν συνεχή ταραχή στο άτομο και του τραβούν την προσοχή από οτιδήποτε και αν κάνει. Έτσι κατακλύζονται από το συναίσθημα του φόβου και τις αδυναμίες να διαχειριστούν νέες καταστάσεις (Φίλιππα, 2021)

Ο δευτερεύον τύπος της ψυχολογικής βίας (σε σύγκριση με την σωματική και την σεξουαλική βία) εκτιμάται ότι είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βίας μεταξύ συντρόφων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Ευρώπη, επηρεάζοντας το 35% των ανδρών και το 49% των γυναικών. Αυτό έχει οδηγήσει τους νομοθέτες σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες να ποινικοποιήσουν την ψυχολογική βία ως ανεξάρτητο αδίκημα, καθιστώντας το εξίσου τιμωρούμενο με τη σωματική βία. Μερικοί ερευνητές υποστήριξαν ότι η ψυχολογική βία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως τραύμα, καθώς δεν αποτελείται στα πρώτα κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού

στρες, δηλαδή απειλή για την ζωή και την σωματική ακεραιότητα. Όμως μια πιο πρόσφατη μελέτη στην βία μεταξύ συντρόφων και την ψυχική υγεία, συμφωνεί ότι η ψυχολογική βία μπορεί ανεξάρτητα να προκαλέσει μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη και άγχος (Dokkedahl κ.ά., 2019)

Παρά τη νομική του αναγνώριση και τις αποδείξεις για την επιρροή του στην ψυχική υγεία, το φαινόμενο παραμένει διφορούμενο τόσο στην έρευνα, όσο και στην κλινική πράξη. Πράξεις ψυχολογικής βίας κατανέμονται κατά μήκος, ξεκινώντας από αυτό που συνήθως ονομάζεται ψυχολογική επιθετικότητα (π.χ. φωνές και προσβολές) και τελειώνει με πιο σοβαρή κακοποίηση, που συχνά ονομάζεται εξαναγκασμός (π.χ. απειλές και απομόνωση). Το πως ερμηνεύουμε την ψυχολογική επιθετικότητα και το πως την διαχωρίζουμε από πιο σοβαρή κακοποίηση εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από το πλαίσιο το οποίο εμφανίζεται, άμα συμβαίνει κατ' εξακολούθηση, πως ερμηνεύτηκε και αν έχει εκληφθεί ως καταχρηστική (Dokkedahl κ.ά., 2019).

Μια άλλη πρόκληση είναι ότι η ψυχολογική βία συχνά χαρακτηρίζεται με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα η έννοια του «καταναγκαστικού ελέγχου» μπορεί να γίνει κατανοητή με δυο τρόπους. Πρώτον ως μια συνολική προσπάθεια χειρισμού του συντρόφου στον οποίο η βία μεταξύ τους είναι ένας τρόπος επίδειξης ελέγχου του ισχυρότερου. Δεύτερον ως ένας δευτερεύον τύπος της βίας μεταξύ συντρόφων που είναι παρόμοιος, ή μέρος, της έννοιας της ψυχολογικής βίας. Το πρώτο περιγράφεται σε μια δομική προοπτική σαν πιο σοβαρή και ασύμμετρη ως προς το φύλο βία, γεγονός το οποίο αντιπροσωπεύει και την ανισότητα των φύλων. Το δεύτερο αντικατοπτρίζει τη συνεχή βία μεταξύ συντρόφων από ψυχολογική επιθετικότητα σε πιο χειριστικές συμπεριφορές που αποτελούν επίθεση (Dokkedahl κ.ά., 2019).

Η διάκριση μεταξύ ψυχολογικής βίας και εξαναγκασμού είναι εμφανής από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος καθορίζει την ψυχολογική βία (δηλαδή την συναισθηματική ή την ψυχολογική κακοποίηση) σαν «προσβολές, υποτιμήσεις, συνεχής ταπείνωση, ενοχλήσεις (π.χ. καταστροφή πραγμάτων) απειλές βλάβης, απειλές ότι θα πάρει τα παιδιά». Ενώ η χειριστική συμπεριφορά καθορίζεται ως η «απομόνωση ενός ανθρώπου από την οικογένεια και τους φίλους του, παρακολούθηση των κινήσεων του, περιορισμένη πρόσβαση στα οικονομικά, στην επαγγελματική απασχόληση, στην εκπαίδευση ακόμα και στην ιατρική φροντίδα. Οι συγκεκριμένες πράξεις βίας διαχωρίζουν αυτούς τους δυο ορισμούς, καθώς η συλλογική ψυχολογική

βλάβη που προκαλούν τα συγγέει. Ομοίως το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο της Ισότητας των Φύλων δηλώνει έναν γενικό ορισμό της ψυχολογικής βίας από την οπτική της προκληθείσας βλάβης: «Κάθε πράξη ή συμπεριφορά η οποία προκαλεί ψυχολογική βλάβη στον νυν ή στον πρώην σύντροφο» Η ψυχολογική βία μπορεί να πάρει μεταξύ άλλων την μορφή εξαναγκασμού, δυσφήμισης, λεκτικής προσβολής ή παρενόχλησης (Dokkedahl κ.ά., 2019).

## **1.5 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΕΜΠΟΡΙΑ (TRAFFICKING)**

Η σεξουαλική βία με γενικούς όρους συχνά παρεξηγείται ακόμη και μεταξύ ιατροδικαστών ψυχιάτρων. Αυτό σημαίνει ότι άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιθανώς επίσης αγωνίζονται με την έννοια. Οι λόγοι για αυτό είναι περίπλοκοι. Ωστόσο, είναι ένα πεδίο που είναι κλινικά προκλητικό και συχνά δεν λαμβάνει το ενδιαφέρον που του αξίζει από τους διάφορους επαγγελματικούς τομείς στην ψυχιατρική, την ψυχολογία και άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας. Είναι σαφώς ένα πολύ σημαντικό θέμα, ιδανικό για βιολογική, ψυχολογική και ψυχοκοινωνική έρευνα (Bradford, 2006).

Για τον γυναικείο πληθυσμό οι συνέπειες του προβλήματος δεν περιορίζονται μόνο στην κατάργηση της αυτοδιάθεσης. Έχουν να αντιμετωπίσουν ένα βίαιο σύντροφο, κινδυνεύοντας ακόμα και από την μετάδοση κάποιου νοσήματος ή ακόμα και από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Το τελευταίο δε, έχει επακόλουθο να οδηγήσει και στην διαδικασία της έκτρωσης, καθώς το να φέρει στον κόσμο τον ‘καρπό’ μιας πράξης που δεν έχει ή ίδια συναινέσει μπορεί να αποβεί μοιραίο. Μια πρακτική που στον κόσμο της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής δικαιολογείται για να απεμπλακεί η κακοποιημένη γυναίκα από οτιδήποτε μπορεί να της θυμίζει τον θύτη και τι βίωσε εξαιτίας του (Λουμπουρδή, 2021b)

Η σεξουαλική βία είναι συχνή στον γενικό πληθυσμό αλλά επικρατεί ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες ομάδες. Για παράδειγμα, μια μελέτη στους επιζώντες της εμπορίας ανθρώπων που ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες υποστήριξης στην Αγγλία διαπίστωσε ότι το 95% των γυναικών που διακινούνται για σεξουαλική εκμετάλλευση, το 54% των γυναικών διακινούνται για οικιακή δουλειά και το 21% των γυναικών που διακινούνται για εκμετάλλευση εργασίας, εξαναγκάζονται να κάνουν σεξ καθώς διακινούνται. Οι γυναίκες αποτελούν πάνω από το ήμισυ των εκτιμώμενων 20,9

εκατομμυρίων θυμάτων εμπορίας ανθρώπων παγκοσμίως. Οι γυναίκες που έχουν διακινηθεί είναι επίσης πιθανό έχουν βιώσει σωματική και σεξουαλική βία πριν διακινηθούν και μπορεί να παραμένουν ευάλωτες στη θυματοποίηση μετά τη διαφυγή από την εκμετάλλευση. Παρόμοια ευρήματα έχουν βρεθεί μεταξύ των γυναικών που αιτούνται άσυλο (Oram κ.ά., 2017).

Η εμπορία ανθρώπων είναι ένα σοβαρό έγκλημα και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που συχνά περιλαμβάνει ακραίες μορφές κακοποίησης και στέρξης. Ορίζεται ως η πρόσληψη και η κίνηση ατόμων - συχνότερα με βία, εξαναγκασμό ή εξαπάτηση - για σκοπούς εκμετάλλευσης, εκτιμάται ότι επηρεάζει τη ζωή περισσότερων από 20 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως. Τα άτομα διακινούνται για σεξουαλική εκμετάλλευση, αλλά και για οικιακή δουλειά και καταναγκαστική εργασία σε μια σειρά βιομηχανιών, συμπεριλαμβανομένης της εργοστασιακής εργασίας, της γεωργίας, των κατασκευών, της εμπορικής αλιείας και της επαιτείας του δρόμου. Η βία, οι καταχρηστικές συνθήκες διαβίωσης και οι περιορισμοί στην κυκλοφορία που συνδέονται συνήθως με το εμπόριο αποτελούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των ανθρώπων, ιδίως την ψυχική υγεία. Αν και τα στοιχεία σχετικά με τα ψυχολογικά επακόλουθα της εμπορίας ανθρώπων είναι περιορισμένα, μελέτες δείχνουν σημαντική αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους και διαταραχή μετά-τραυματικού στρες (Ottisona κ.ά., 2016).

Για την καταπολέμηση του φαινομένου της εμπορίας ανθρώπων εφαρμόστηκε το Πρωτόκολλο του Παλέρμo. Αποτελεί το σημαντικότερο κείμενο του Ο.Η.Ε. καθώς είναι το πρώτο που δεσμεύεται νομικά και καλύπτει όλα τα διακινούμενα πρόσωπα. Βασικοί στόχοι του είναι η πρόληψη του φαινομένου, η αρωγή των θυμάτων κυρίως των γυναικόπαιδων, καθώς και η συνεργασία των κρατών μερών για την επίτευξη τους. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι πρέπει τα κράτη να επικεντρωθούν στην πλήρη αποκατάσταση των θυμάτων είτε αυτή είναι ψυχολογική είτε σωματική, καθώς και την επανένταξη τους στην κοινωνία. Με την συμβολή των μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων φορέων της κοινωνίας εξασφαλίζονται ξενώνες με ιατρική και ψυχολογική στήριξη, καθώς και ευκαιρίες στην εκπαίδευση (Πρωτόκολλο του Παλέρμo, 2000).

Πραγματοποιήθηκαν κάποιες μελέτες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος με γυναίκες και κορίτσια που διακινούνται στη βιομηχανία του σεξ. Υπάρχουν επίσης στοιχεία περιορισμένα ναί μεν και για την υγεία των ανδρών που

διακινούνται στο εμπόριο και βιώνουν διάφορες μορφές εκμετάλλευσης. Οι μελέτες έδειξαν ότι γυναίκες, άνδρες και παιδιά που διακινούνται, βιώνουν βία και αναφέρουν σημαντικά επίπεδα συμπτωμάτων σωματικής υγείας, όπως πονοκεφάλους, πόνο στο στομάχι και πόνο στην πλάτη. Τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αν και τα ορολογικά δεδομένα σχετικά με τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι περιορισμένα, γυναίκες και κορίτσια που διακινούνται για σεξουαλική εκμετάλλευση αναφέρουν συμπτώματα που υποδηλώνουν αύξηση των μολύνσεων. Γυναίκες και κορίτσια που είχαν διακινηθεί για σεξουαλική εκμετάλλευση περιέγραψαν υψηλά επίπεδα σωματικής και σεξουαλικής βίας, τα οποία κυμαίνονταν από 33% σε μια ανασκόπηση φακέλου της Καμπότζης, έως 90% σε μια έρευνα σε πολλές χώρες της Ευρώπης (Ottisona κ.ά., 2016).

Μια μεγάλη έρευνα σε πολλές χώρες που πραγματοποιήθηκε στη Νοτιοανατολική Ασία ανέφερε ότι ο επιπολασμός της σωματικής βίας που βιώνουν άνδρες, γυναίκες και παιδιά ήταν 49, 41 και 24%, αντίστοιχα και της σεξουαλικής βίας 1, 44 και 22%, αντίστοιχα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι αναλύσεις των αρχείων ανέφεραν ότι περίπου οι μισές από τις επτά γυναίκες και σχεδόν το ένα τρίτο των 23 ανδρών που διακινούνται για εκμετάλλευση εργασίας ανέφεραν σωματική βία κατά την παράνομη διακίνηση. Πρόσφατες μελέτες έχουν αρχίσει να διερευνούν παράγοντες κινδύνου για κακή έκβαση ψυχικής και σεξουαλικής υγείας για άτομα που διακινούνται. Ο κίνδυνος ψυχικής διαταραχής φαίνεται να αυξάνεται από πολλούς παράγοντες, όπως η βία πριν και κατά τη διάρκεια της εμπορίας, η περιορισμένη ελευθερία και οι κακές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας κατά τη διακίνηση, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη και οι ανεκπλήρωτες κοινωνικές ανάγκες μετά τη διαφυγή (Ottisona κ.ά., 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2. ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τον Αμερικάνο αρθρογράφο και συγγραφέα P.J.O' Rourke «Υπάρχει ένα και μοναδικό θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα: το δικαίωμα να κάνεις ό,τι θέλεις. Και μαζί μ' αυτό πηγαινει η μία και μοναδική θεμελιώδης ανθρώπινη υποχρέωση: η υποχρέωση να αντιμετωπίζεις τις συνέπειες.».

Ήδη από τα χρόνια της αρχαιότητας είχε υπάρξει αρκετό ενδιαφέρον γύρω από τα δικαιώματα του ανθρώπου. Ο Πλάτωνας, ο Σωκράτης και ο Αριστοτέλης όντες φιλόσοφοι της εποχής εκείνης, είχαν προβληματιστεί για το πως μπορεί ο άνθρωπος να οργανωθεί σε μια κοινωνία. Παρόλο που τότε τα δικαιώματα ήταν τόσο περιορισμένα που προστάτευαν μειονότητες (π.χ. άνδρες πολίτες), οι βάσεις είχαν τεθεί και επιδέχονταν βελτίωση. Η αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ανθρώπου τονώθηκαν ακόμα περισσότερο μετά από την εμφάνιση του ιουδαϊσμού και του χριστιανισμού. Επομένως η φιλοσοφία και η θρησκεία έβαλαν τα πρώτα λιθαράκια ώστε τα ανθρώπινα δικαιώματα να καταλήξουν κατοχυρωμένα σε Σύνταγμα τον 17<sup>ο</sup> αιώνα (Πανταζής, 2015).

Στις 15 Ιουνίου το 1215 για πρώτη φορά θεσπίστηκε η Μάγκνα Κάρτα το πρώτο κείμενο δημοκρατικών δικαιωμάτων του Μεσαίωνα, στην Αγγλία. Η Αγγλία με αυτό το κείμενο ήταν πρωτοποριακή, καθώς αναγνώριζε τα δικαιώματα όλων των ελεύθερων ανθρώπων του βασιλείου, κάτι το οποίο δεν ίσχυε για καμία άλλη χώρα της Ευρώπης. Έπειτα ακολούθησε το 1628 το Petition of Rights, στην συνέχεια το Habeas corpus act το 1679 και το Bills of rights το 1689. Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, μετά την Αμερικανική επανάσταση σειρά είχε το Bills of rights της Virginia και του Delaware των Η.Π.Α. το 1776. Επιπλέον υπερψηφίστηκε το Αμερικανικό Σύνταγμα του 1787. Μετά από δύο χρόνια, το 1789 απόρροια της Γαλλικής επανάστασης ήταν η Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Στην Ευρώπη η κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συνεχίστηκε τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και στις αρχές του 20<sup>ο</sup> αιώνα (Περράκη, 2000).

Έπειτα από την κατοχύρωση των δικαιωμάτων σε Σύνταγμα, ήταν επόμενο να τους παραχωρηθεί και ένας ορισμός. Θεμελιώδη δικαιώματα, όπως διατυπώθηκε, είναι



«[...] η ολότητα των αξιώσεων ελευθερίας που το άτομο μπορεί να ασκήσει αποκλειστικά και μόνο εξαιτίας της ανθρώπινης φύσης του και πρέπει να κατοχυρώνονται από μια κοινότητα για λόγους ηθικής» (Pohanka, 2009). Δηλαδή είναι εκείνα που αφορούν την φύση του ανθρώπου, τα οποία πρέπει να είναι προσβάσιμα για όλους, ανεξαιρέτως εθνικών, θρησκευτικών, πολιτικών, φυλετικών και άλλων διακρίσεων. Όσον αφορά και τον κόσμο της φιλοσοφίας, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια καθώς και η ελευθερία θεμελιώθηκε για πρώτη φορά ως ανθρώπινο δικαίωμα από τον Ιταλό φιλόσοφο Giovanni Picco della Mirandola (Πανταζής, 2015).

Η παγκόσμια κινητοποίηση γύρω από τα ανθρώπινα δικαιώματα, ύστερα από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, αναβάθμισε σημαντικά την αξία τους, το οποίο είχε ως αντίκτυπο την ψήφιση της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, στις 10 Δεκεμβρίου 1948. Σύμφωνα με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, *«εξασφαλίζουν την αξιοπρέπεια και την αξία του ανθρώπου και επιτρέπουν την ανάπτυξη της φύσης του, των ανθρωπίνων αρετών του, της νοημοσύνης, των ταλέντων, της συνείδησής του και την ικανοποίηση των αναγκών του»*. Ο κυριότερος στόχος που πραγματεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι να επιτευχθεί η υπεράσπιση της αξιοπρέπειας των ανθρώπων (United Nations, 1948).

Στο άρθρο 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η ελευθερία, η ισότητα και η αδελφοσύνη είναι οι θεμελιώδεις πυλώνες του συστήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η διακήρυξη αυτή περιλαμβάνει δικαιώματα ελευθερίας και ασφάλειας, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα, καθώς και δικαιώματα συμμετοχής. Η Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου προστατεύει τις αρχές της ελευθερίας, της ισότητας και της αλληλεγγύης το δικαίωμα της ζωής, την αναγνώριση των πολιτικών δικαιωμάτων, την ισότητα ενώπιον του νόμου, την ελευθερία της σύναψης γάμου και την προστασία της οικογένειας, την ελευθερία της έκφρασης και της γνώμης και την ελευθερία να συνέρχεται και να συνεταιρίζεται. Τα δικαιώματα συμμετοχής στα κοινά, δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι, τα αιτήματα για ισότητα, εργασία, καθώς και για ελευθερία του συνασπίζεσθαι. Επίσης το δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια, μόρφωση συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος για ανεμπόδιστη άσκηση πολιτιστικών και επιστημονικών δραστηριοτήτων. Σε αυτήν βασίζονται έκτοτε διάφοροι οργανισμοί διεθνούς δράσης, όπως για παράδειγμα ο Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών ο οποίος και την συνέταξε.

Βασική αρχή της οικουμενικής διακήρυξης είναι η προστασία κατά των διακρίσεων, πιο συγκεκριμένα ότι κάθε δικαίωμα είναι έμφυτο σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις. Τα τελευταία χρόνια πιστεύεται ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι το σημαντικότερο κατόρθωμα του ανθρώπου όσον αφορά την ηθική του υπόσταση. Η θέσπιση τους από το κάθε κράτος και η εφαρμογή τους από τους θεσμούς υποχρεώνουν να υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στους ανθρώπους ανεξαρτήτως από τα χαρακτηριστικά τους, για να έχουν μια αξιοπρεπή ζωή (Σκούμπη, 2013).

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και οι συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών που ακολούθησαν προβλέπουν την εξάλειψη των διακρίσεων. Πιο συγκεκριμένα η Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διάκρισης κατά των Γυναικών, η οποία ψηφίστηκε το 1979 και τέθηκε σε ισχύ το 1981, αποσκοπεί να εξασφαλίσει ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών. Κυρίως στοχεύει στο να εξαφανιστεί η ενδοοικογενειακή βία, ο καταναγκαστικός γάμος ή η μη δυνατότητα πρόσβασης στην εκπαίδευση. Η Σύμβαση συμμαρτίζει τους στόχους των Ηνωμένων Εθνών: να υπάρχει πίστη στα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, στην αξιοπρέπεια και την αξία του, καθώς και στα ίσα δικαιώματα ανδρών και γυναικών. Διευκρινίζει την έννοια της ισότητας και το πως μπορεί αυτή να επιτευχθεί. Δεν είναι ένα νομοσχέδιο για τα δικαιώματα των γυναικών αλλά και μια ατζέντα δράσης των χωρών που την υπέγραψαν για την διασφάλιση αυτών των δικαιωμάτων (United Nations, 1979).

Η μέριμνα όμως για να προστατευτούν τα θεμελιώδη αυτά δικαιώματα ήταν ελλιπής, γεγονός που δεν προβλημάτισε ιδιαίτερα κανένα στον ευρωπαϊκό κόσμο. Ωστόσο δεν αργήσαμε να συνειδητοποιήσουμε ότι αυτό φέρει επιρροή σε όλους τους τομείς της προσωπικής ζωής των ανθρώπων. Το 1977 η Συνέλευση, το Συμβούλιο και η Επιτροπή τόνισαν το ενδιαφέρον τους για την σημασία που έχουν τα δικαιώματα και υπογράμμισαν ότι θα εξακολουθήσουν να τους αποδίδουν σεβασμό. Η σημασία τους στην πολιτική ήταν αρκετά μεγάλη, παρόλο που δεν μπορούσαν να σταθούν ενώπιον του δικαστηρίου καθώς η νομική τους υπόσταση ήταν μηδαμινή. Επομένως ακόμα υπήρχε αδυναμία στην προστασία τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η κατοχύρωση τους έμελλε να ενισχυθεί αργότερα, με την προστασία τους από διάφορες διεθνείς συνθήκες και διεθνή Δικαστήρια.

Η πρώτη συνθήκη που υπογράφηκε το 1992 ήταν αυτή του Μάαστριχτ ή αλλιώς Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση στην οποία συμπεριλήφθηκε ένα άρθρο το οποίο ορίζει ότι « Η Ένωση σέβεται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως κατοχυρώνονται με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, που υπογράφηκε στη Ρώμη στις 4 Νοεμβρίου 1950, και όπως προκύπτουν από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών, ως γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου».

Σειρά είχε η Συνθήκη του Άμστερνταμ το 1997 η οποία προβάλλει την Ε.Ε. ως ένα χώρο ελευθερίας δικαιοσύνης και δημοκρατικότητας με το να επιτρέπει σε κάθε κράτος το οποίο βρίσκεται στην Ευρώπη, εφόσον τηρεί κάποιες προϋποθέσεις (σεβασμός δημοκρατίας και του κράτους δικαίου), να ενταχθεί στην Ένωση. Η συνθήκη αυτή καταδικάζει τις διακρίσεις και προβλέπει μέτρα για την καταπολέμηση τους από το Συμβούλιο. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το ζήτημα ισότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών στο άρθρο 2 της Συνθήκης περί Ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας προστέθηκε η ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών και το άρθρο 3 προβλέπει ότι «η Κοινότητα επιδιώκει να εξαλειφθούν οι ανισότητες και να προαχθεί η ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών».

Η Σύνοδος κορυφής της Νίκαιας στις 7 Σεπτεμβρίου του 2000 ήταν η τελική μορφή του Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων, μια πρωτοβουλία που πάρθηκε από την Σύνοδο Κορυφής της Κολωνίας το 1999. Τέλος υπογράφηκε μια συνθήκη στην Λισσαβόνα στις 12.12.2007 η οποία ορίστηκε ως μεταρρυθμιστική. Δεν αναίρεσε τις προηγούμενες, αλλά τις τροποποίησε δίνοντας βάση στις παγκόσμιες αξίες των δικαιωμάτων του ανθρώπου και στην θρησκευτική και πολιτιστική κληρονομιά της Ευρώπης. Η νέα συνθήκη δεν περιλαμβάνει το Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων αλλά αναφέρει ότι είναι ισότιμος νομικά με τις Συνθήκες (Μπαρτζώκας, 2014).

Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης είναι το πρώτο διεθνώς νομικά δεσμευτικό κείμενο για την πρόληψη της έμφυλης βίας, την προστασία των θυμάτων και την επιβολή αυστηρών ποινών στους αυτουργούς. Υιοθετήθηκε το 2011 από το Συμβούλιο της Ευρώπης, τέθηκε σε ισχύ το 2014 και υπογράφηκε από την Ε.Ε. το 2017. Για πρώτη φορά αναφέρθηκε ο ορισμός της «βίας κατά των γυναικών» καθώς και της «βίας με βάση το φύλο κατά των γυναικών». Κύριος στόχος της Σύμβασης είναι να καθορίσει τα αδικήματα αυτά, να συμβάλει στην πρόληψη και την καταστολή τους καθώς και να

προστατεύσει τις γυναίκες. Τα παραπάνω θα επιτευχθούν με την προώθηση της ουσιαστικής ισότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών, και της συνεργασίας των εθνών παρέχοντας υποστήριξη όλων των θυμάτων. Το νομοσχέδιο καλύπτει πέρα από τις γυναίκες και τα κορίτσια κάτω των 18 ετών, ενώ σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας όλα τα μέλη της οικογένειας. Μάχεται όλα τα κοινωνικά στερεότυπα και τις σχέσεις ισχύος μεταξύ ανδρών και γυναικών, τα οποία αναπαράγουν την έμφυλη βία και τις ανισότητες (Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης, 2011).

Από μια ομάδα μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επιβεβαιώθηκε ότι η σωματική και σεξουαλική συζυγική βία κατά των γυναικών είναι διαδεδομένη ευρέως και γνωστοποιήθηκε ότι είναι μια σοβαρή κατάχρηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου (Sarkar, 2008).

## **2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ Ο.Η.Ε.**

Η Επιτροπή για τη Θέση των Γυναικών, η οποία απαρτιζόταν αποκλειστικά από γυναίκες εκπροσώπους, αμέσως μετά την ίδρυση των Ηνωμένων Εθνών συναντήθηκε για πρώτη φορά το 1947 στην Νέα Υόρκη. Το 1953 συντάχθηκε η πρώτη διεθνής σύμβαση για τα δικαιώματα των γυναικών όσον αφορά τα πολιτικά τους δικαιώματα, το πρώτο μέσο που αναγνώρισε τα δικαιώματα τους στην πολιτική. Αυτό οδήγησε στη σύμβαση του 1957 για την ιθαγένεια των παντρεμένων γυναικών και το 1962 το δικαίωμα για συγκατάθεση γάμου. Η γενική συνέλευση του Ο.Η.Ε. ενέκρινε το 1967 τη Δήλωση για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών, η οποία είχε ζητηθεί το 1963, ενώ ανέφεραν και το δικαίωμα καταγγελίας που θα είχαν από δω και στο εξής οι γυναίκες που έπεσαν θύματα διάκρισης. Μια σημαντική εξέλιξη ήταν ότι το έτος 1972 ορίστηκε ως το Διεθνές Έτος Γυναικών για να τονιστεί η ισότητα των δύο φύλων και η πρόοδος τους στην ειρήνη και την ευημερία. Ακολούθησε η Πρώτη Παγκόσμια Διάσκεψη για τις γυναίκες στο Μεξικό, έπειτα στην Κοπεγχάγη το 1980 καθώς και στο Ναϊρόμπι το 1985. Κατά την περίοδο της συνέχειας της διάσκεψης στο Ναϊρόμπι, η Επιτροπή για πρώτη φορά συνέδραμε στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών, γεγονός το οποίο ήταν αρκετά σημαντικό και αποτέλεσε θέμα συζήτησης διεθνώς. Αποτέλεσμα αυτών των ενεργειών ήταν η πραγματοποίηση της Παγκόσμιας Διάσκεψης για τα ανθρώπινα Δικαιώματα στην Βιέννη το 1993, η οποία προσπάθησε να εξετάσει ξανά ποια δικαιώματα ισχύουν ως εκείνη την στιγμή.

Φυσιολογική ανθρώπινη ζωή των γυναικών προσπάθησε να εξασφαλισθεί από ακτιβιστές, μαχητές των δικαιωμάτων των γυναικών μέσα στα πλαίσια της καμπάνιας "Η Δικαιοσύνη των Γυναικών είναι ανθρώπινο δικαίωμα." Σε αυτή την διάσκεψη δηλώθηκε ότι *«τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών και των κοριτσιών είναι αναπόσπαστο και αδιαίρετο μέρος των καθολικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων»* (παρ.18). Ένα χρόνο αργότερα ορίστηκε από την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων μια Ειδική Εισηγήτρια για τον Ο.Η.Ε., που ως σκοπό είχε να ερευνήσει και να αναφέρει όλες τις πτυχές της βίας που βασίζονται στο γενετήσιο φύλο (Κανίολου, 2020).

Σειρά είχε η διακήρυξη του Πεκίνο που εγκρίθηκε το 1995 κατά την Τέταρτη Παγκόσμια Διάσκεψη για τις Γυναίκες. Αυτή η πλατφόρμα δράσης επικεντρώθηκε στην εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών και έγιναν προσπάθειες για την ενδυνάμωση των γυναικών μέσω μιας καθορισμένης ατζέντας. Στόχος της είναι η εξάλειψη των διακρίσεων εις βάρος των γυναικών και η εκπλήρωση της ισότητας μεταξύ τους. Μολονότι έχουν λάβει χώρα τόσες διασκέψεις τα στερεότυπα δεν παύουν να υφίστανται, καταλήγοντας το 2010 ότι απουσιάζει η ισότητα των δυο φύλων τόσο νομοθετικά όσο και πρακτικά σε κάθε χώρα του κόσμου. Κρίνονται λοιπόν αναποτελεσματικές οι μεταρρυθμίσεις παρά το γεγονός ότι είναι νομικά κατοχυρωμένες (Κανίολου, 2020).

## **2.2 ΦΕΜΙΝΙΣΜΟΣ**

Το πρώτο φεμινιστικό κύμα γεννιέται το 1830 στις Η.Π.Α. και μετρά περίπου 100 χρόνια ύπαρξης. Αργότερα δραστηριοποιείται και σε άλλα ανεπτυγμένα ευρωπαϊκά κράτη δίνοντας κίνητρο στις αγωνιζόμενες γυναίκες να αποκτήσουν ίσα πολιτικά δικαιώματα με τους άνδρες. Στις Η.Π.Α. το κίνημα των γυναικών συγκεντρώθηκε στην εξάλειψη της δουλείας και την απόκτηση ελευθερίας λόγω της ανθρώπινης υπόστασης τους. Καθοριστικό ρόλο έπαιξε το πρώτο φεμινιστικό κίνημα στο συνέδριο Seneca Falls, το 1848. Το συνέδριο αυτό κατέληξε στην Διακήρυξη των αισθημάτων, ένα κείμενο που παραπέμπει στην Διακήρυξη Ανεξαρτησίας που ψηφίστηκε από 68 γυναίκες και 32 άνδρες. Απόρροια της διακήρυξη αυτής ήταν η διατύπωση των αιτημάτων με μορφή δικαιωμάτων στην εργασία, την ψήφο, την εκπαίδευση και την ιδιοκτησία. Από δω και στο εξής θεωρείται αμετάκλητη η εξίσωση γυναικών και ανδρών ως προς την ορθολογικότητα τους. Το ζήτημα έχει πάρει πλέον

πολιτική διάσταση και αποτελεί αφετηρία για την ανάγκη συλλογικής δράσης η οποία μέλει να είναι αποτελεσματική με την νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των γυναικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρώτο φεμινιστικό κύμα δεν ήταν και τόσο προοδευτικό καθώς αφορούσε κυρίως μορφωμένες λευκές γυναίκες οι οποίες -κατά την γνώμη τους- είχαν προτεραιότητα, περιφρονώντας έτσι αυτές των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Επιπλέον βασίστηκε σε όρους που αφορούν τον φιλελευθερισμό, όπως τα δικαιώματα, την καθολικότητα και την ανθρώπινη φύση και ουδόλως στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναικείας φύσης. Οι γυναίκες ούσες επιβαρυνόμενες με την ανατροφή των παιδιών, με την μητρότητα να παίζει σημαντικό ρόλο σε όλη τους την ζωή καθώς και με την ενασχόληση τους με τα οικιακά, δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν και να απολαύσουν κατά τον τρόπο των ανδρών τα εκλογικά δικαιώματα. Επομένως το Seneca Falls δεν εξέτασε δίκαια τις υποχρεώσεις μιας γυναίκας, υποτιμώντας για παράδειγμα την αφιλοκερδώς εργασίας τους με τα οικιακά, σε σύγκριση με κάθε αμειβόμενη εργασία (Βανδώρος, 2016).

Στην Βρετανία παρόλο που το φεμινιστικό κύμα καθυστέρησε να συγκροτηθεί, έγιναν πιο αποτελεσματικά βήματα για την διεκδίκηση δικαιωμάτων.. Αξιοσημείωτη ιστορική αξία έχει το δοκίμιο Για την υποτέλεια των γυναικών που γράφτηκε από τον John Stuart Mill το 1869. Εκείνος ως συγγραφέας με μεγάλη επιρροή, επηρεασμένος από την σύντροφο του Harriet Taylor, υπερασπίστηκε τη νομική και πολιτική ισότητα των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες σε μια εποχή που το ζήτημα αυτό ήταν αρκετά αμφιλεγόμενο. Τα αιτήματα εκείνης της περιοχής δεν διέφεραν και πολύ με αυτά των Η.Π.Α. Όμως στη Βρετανία οι μέθοδοι διεκδίκησης ήταν πιο δυναμικές γι' αυτό και απέδωσαν καρπούς. Η εφημερίδα Daily Mail το 1906 ονόμασε υποτιμητικά τις τότε αγωνιζόμενες γυναίκες σουφραζέτες (από το «suffrage», το καθολικό εκλογικό δικαίωμα), γεγονός το οποίο δεν κατάφερε να δράσει ανασταλτικά. Οι γυναίκες αυτές οικειοποιήθηκαν τον όρο δίνοντας του θετικό πρόσημο. Δρούσαν με αποτελεσματικές πρακτικές χωρίς να βασίζονται μόνο στα λόγια, γι' αυτό μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1920 αποδόθηκε το εκλογικό δικαίωμα στις γυναίκες αγγλόφωνων χωρών, με πρωτοπόρα την Νέα Ζηλανδία που είχε αναγνωρισθεί ήδη από το 1893.

Μια φεμινιστική αλλά ταυτόχρονα και αναρχική οργάνωση που δημιουργήθηκε στην Ισπανία κατά την διάρκεια του πρώτου φεμινιστικού κινήματος ήταν οι Mujeres Libres. Παρόλο που εδραιώθηκε σε μια εποχή δύσκολη λόγω του εμφυλίου και της

κοινωνικής επανάστασης, κατάφερε να κάνει μεγάλη πρόοδο όσον αφορά την γυναικεία απελευθέρωση. Το περιοδικό ασχολήθηκε αρκετά με το ζήτημα της μητρότητας. Οι συντάκτριες του προσπάθησαν να καταρρίψουν την παραδοχή ότι η μητρότητα είναι η κύρια ταυτότητα μιας γυναίκας. Σύμφωνα με εκείνες η γυναίκα είναι μια προσωπικότητα ανεξάρτητη από τον ρόλο της μητέρας. Προφανώς από αυτό προκύπτει και το ότι μια γυναίκα δεν θα πρέπει μόνο να εκτιμάται από την επιθυμία της να τεκνοποιήσει. Το αν θα κάνει παιδιά δεν θα πρέπει να είναι υποχρέωση και αυτοσκοπός, αλλά επιλογή. Πρώτα οφείλει στον εαυτό της να αναπτύξει όλες τις δυνατότητες της ως άτομο και έπειτα, εφόσον το περιβάλλον είναι το κατάλληλο, να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Όλες αυτές οι θέσεις δεν βασίστηκαν μόνο στα λόγια αλλά έγιναν και πράξεις. Δημιούργησαν το νοσοκομείο Casa de Maternidad όπου παρείχαν φροντίδα στον τοκετό αλλά και αργότερα στις μητέρες και τα παιδιά για θέματα υγείας, αντισύλληψης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αργότερα ιδρύθηκε και το Ινστιτούτο Μαιευτικής το Φεβρουάριο του 1938, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες, συμβουλές ακόμα και οικονομική βοήθεια (Λίτσιου, 2018).

Με τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών ασχολήθηκε αργότερα και η Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών. Στο άρθρο 5 η μητρότητα αναγνωρίζεται ως μια κοινωνική λειτουργία για την οποία απαιτείται η πλήρης κοινή ευθύνη των συντρόφων για την ανατροφή των παιδιών. Είναι η μόνη Συνθήκη για τα ανθρώπινα δικαιώματα που εμφανίζεται ο οικογενειακός προγραμματισμός. Τα συμβαλλόμενα κράτη υποχρεώνονται να τον συμπεριλάβουν στην εκπαίδευση, ώστε οι γυναίκες να γνωρίζουν ότι μπορούν να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για το εάν και πόσες φορές θα τεκνοποιήσουν. Συνιστώνται επίσης ειδικά μέτρα για την προστασία της μητρότητας χωρίς να θεωρούνται μεροληπτικά (United Nations, 1979).

Ο Β' παγκόσμιος Πόλεμος καθυστέρησε την εδραίωση του φεμινιστικού κινήματος καθώς ενόησε φασιστικά και αυταρχικά καθεστώτα. Δεν κατάφερε όμως να εξαφανιστεί τελείως καθώς κάποιες προσωπικότητες αποτέλεσαν λιθαράκια για την διατήρηση του. Σημαντικό πρόσωπο εκείνης της εποχής υπήρξε η Simon de Beauvoir με το έργο της *Δεύτερο φύλο* (1949) το οποίο αναφέρεται στην συγκρότηση της γυναικείας ταυτότητας (Βανδώρος, 2016)

Το δεύτερο φεμινιστικό κύμα γίνεται προσπάθεια για διεύρυνση των ορίων του. Δηλαδή ότι δεν αφορά μόνο την ισότητα που θα έπρεπε να έχουν τα φύλα στην πολιτική, άλλα και σε όλους τους τομείς είτε αυτοί είναι δημόσιοι είτε ιδιωτικοί. Αυτές οι πρακτικές έμελλε να πραγματοποιηθούν στις καθημερινές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο στην εργασία όσο και στην στέγη. Πιο συγκεκριμένα εφαρμόστηκαν ευνοϊκά μέσα όπως χορήγηση αδειών κύησης και ανατροφής.

Εξίσου σημαντικό ήταν να αναγνωριστεί και η ελευθερία όσον αφορά τις σεξουαλικές σχέσεις και την επιλογή για τεκνοποίηση. Όλο και μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού ήταν πλέον ενημερωμένη για τις μεθόδους αντισύλληψης. Αυτό σε συνδυασμό με την άνοδο του φεμινιστικού κινήματος είχε ως αποτέλεσμα ότι η γυναίκα δικαιούται να επιλέξει αν θέλει να αναλάβει ρόλους που της ορίζει η φύση, όπως αυτούς της συζύγου ή της μητέρας, καθώς και τι θα κάνει με το σώμα της. Δηλαδή ότι από δω και πέρα αναλαμβάνει την ευθύνη για την σεξουαλική της ζωή και το πότε θα τεκνοποιήσει. Μια από της σημαντικότερες διεκδικήσεις του δεύτερου κύματος ήταν το ανθρώπινο δικαίωμα των γυναικών στην άμβλωση, μια αρκετά διφορούμενη στάση η οποία δεν έχει σταματήσει να αμφισβητείται μέχρι και σήμερα (Βανδώρος, 2016).

Οι ζωές των γυναικών - σε αντίθεση με εκείνες των ανδρών - δεν είναι αυτόνομες, βασίζονται στην συγγενικότητα. Αυτή η τοποθέτηση είναι το λιγότερο η βιολογική απεικόνιση, αν όχι η βιολογική αιτία όλων των όψεων της διαφορετικότητας μεταξύ των δύο φύλων. Οι περισσότερες γυναίκες υπερβαίνουν σωματικά την διαφοροποίηση της βιολογικής ανάρκειας από την υπόλοιπη ανθρώπινη ζωή όπως ανακοινώνεται από την νόρμα της Καντιανής ηθικής. Όταν μια γυναίκα είναι έγκυος η ζωή της 'αγκαλιάζει' μια καινούργια εμβρυική ζωή. Όταν αργότερα επέλθει η γαλουχία, οι ανάγκες της λειτουργούν εκπληρώνοντας εκείνες των παιδιών. Η εμπειρία του να είσαι άνθρωπος, για τις γυναίκες, διαφέρει από εκείνη των ανδρών, περιλαμβάνει την μη αυτόνομη εμπειρία του συναισθηματικού και ψυχολογικού δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους. Μάλλον η κεντρική ιδέα της φεμινιστικής θεωρίας του τελευταίου αιώνα είναι ότι οι γυναίκες είναι ουσιαστικά συνδεδεμένες και όχι ξεχωριστές από την υπόλοιπη ανθρωπότητα. Πρακτικά δια μέσου της εγκυμοσύνης, της συνουσίας και του θηλασμού καθώς και υπαρξιακά δια μέσου της ηθικής και της πρακτικής ζωής. Είναι ολοκληρωτικά συνδεδεμένες, ενώ οι άνδρες όχι. Αυτό σύμφωνα με την φεμινιστική θεωρία που αφορά τις σχέσεις, μια θεωρία πολύ εξέχουσα και



ανοικτά αποδεκτή στην κοινωνία, είναι η ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους (Karlan & Ortiz, 1992).

### **2.3 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΣΥΓΚΡΟΥΣΙΑΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΕΣ**

Οι κοινότητες που συχνά αντιμετωπίζουν σταθερά υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας εναντίον γυναικών και παιδιών είναι οι μετασυγκρουσιακές. Δηλαδή κοινότητες οι οποίες βρίσκονται σε μια κατάσταση σύγκρουσης στην οποία ο ανοικτός πόλεμος έχει τελειώσει. Τέτοιες καταστάσεις παραμένουν τεταμένες για χρόνια ή δεκαετίες και μπορούν να κατανεμηθούν στην μεγάλη κλίμακα βίας. Υπάρχει απουσία πολέμου αλλά όχι και πραγματική ειρήνη. Ο τερματισμός της βίας στην δημόσια σφαίρα θεωρείται ευρέως ότι επιταχύνει την κλιμάκωση της βίας στην ιδιωτική σφαίρα. Η προστασία των γυναικών και των παιδιών από την ενδοοικογενειακή βία θα πρέπει να είναι ένας ουσιαστικός στόχος δημόσιας πολιτικής στις κοινότητες αυτές.

Για τις γυναίκες, το τέλος των συγκρούσεων συχνά δεν σημαίνει τέλος της βίας. Είναι ένα καλά τεκμηριωμένο φαινόμενο ότι οι κοινότητες μετά τη σύγκρουση βιώνουν υψηλότερα ποσοστά ενδοοικογενειακής και οικογενειακής βίας (Bradley S, 2018).

Ο Νί Αολαίν παρατηρεί: «Οι φεμινίστριες διεθνείς νομικοί επιστήμονες έχουν από καιρό σημειώσει ότι η σεξουαλική βία και η έμφυλη βία σπάνια συμμορφώνεται με τα χρονοδιαγράμματα των συνθηκών ειρήνης και των εκχειριών, αλλά αντέχει».

Γενικά οι κοινωνίες μετά τη σύγκρουση έχουν υψηλότερα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας. Για τις γυναίκες και τα παιδιά των οποίων οι άνδρες σύντροφοι και συγγενείς επιβιώνουν από τη σύγκρουση, η ενδοοικογενειακή βία αυξάνεται όταν οι πρώην μαχητές επιστρέφουν στα σπίτια τους. Το ψήφισμα 1325 του Συμβουλίου Ασφαλείας των Ηνωμένων Εθνών για τις γυναίκες, την ειρήνη και την ασφάλεια και τα συναφή ψηφίσματα που ακολουθούν, αναγνωρίζει επίσης σιωπηρά την ευπάθεια των γυναικών και των κοριτσιών στη βία σε κοινότητες μετά τη σύγκρουση, και ζητούν την εφαρμογή διεθνών κανόνων για τα ανθρώπινα δικαιώματα για την προστασία των γυναικών και των κοριτσιών από τέτοια βία. Επομένως, το τέλος της βίας στη δημόσια σφαίρα θεωρείται ευρέως ότι επιταχύνει την κλιμάκωση της βίας στον ιδιωτικό τομέα (Bradley S, 2018).

Στον απόηχο της φρίκης της σύγκρουσης στην πρώην Γιουγκοσλαβία μεταξύ 1991 και 1999, παρατηρήθηκε αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας στην Βοσνία Ερζεγοβίνη μετά τη σύγκρουση, αλλά το πρόσφατα ανεξάρτητο κράτος δεν είχε πλαίσια που να επιτρέπουν αποτελεσματικές αντιδράσεις σε τέτοια βία. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι Συμφωνίες του Ντέιτον που έληξαν τους Βαλκανικούς πολέμους το 1995 ήταν το αποτέλεσμα ειρηνευτικών συνομιλιών που δεν περιελάμβαναν γυναίκες και χρησιμοποιούσαν ουδέτερη για το φύλο γλώσσα. Στην Βοσνία μετά τη σύγκρουση, «οι γυναίκες αναμενόταν να επικεντρώνονται κυρίως στους ρόλους τους ως μητέρων και συζύγων». Το Κόκμπερν σημειώνει: «Αντίθετα, η ειρηνευτική συμφωνία του Ντέιτον δεν μείωσε, αλλά μάλλον επιβεβαίωσε τον πατριαρχικό εθνικισμό ως κυρίαρχη ιδεολογία και κοινωνικό σύστημα στη μεταπολεμική Βοσνία Ερζεγοβίνη». Το 2010, ένας συνασπισμός οργανώσεων ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη Β.Ε. διαπίστωσε ότι «η βία κατά των γυναικών, ιδίως η ενδοοικογενειακή βία, εξακολουθεί να είναι ένα ευρέως διαδεδομένο κοινωνικό πρόβλημα στη Βοσνία». Μια έκθεση του 2000 που ανατέθηκε από την United States Agency for International Development (USAID) διαπίστωσε επίσης ότι το 20% των γυναικών σε μια πόλη της Βοσνίας Ερζεγοβίνης είχαν πέσει θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Bradley S, 2018).

## **2.4 ΒΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η δημόσια υγεία ορίζεται ως η οργανωμένη αντίδραση της κοινωνίας για την προστασία και την προαγωγή της υγείας, καθώς και για την πρόληψη ασθενειών, τραυματισμών και αναπηριών. Το σημείο εκκίνησης για τον εντοπισμό θεμάτων, προβλημάτων και προτεραιοτήτων δημόσιας υγείας, καθώς και για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων, είναι ο πληθυσμός στο σύνολό του ή οι πληθυσμιακές υποομάδες (Biro, 2011).

Ένα νέο αναδυόμενο πεδίο στη δημόσια υγεία είναι σε πολλές χώρες η πρόληψη της βίας. Η κοινότητα της δημόσιας υγείας έχει ξεκινήσει πρόσφατα να συνειδητοποιεί την συνεισφορά που μπορεί να προσφέρει για να μειώσει ή να μετριάσει τις συνέπειες της βίας. Το 1949, ο Γκόρντον ζήτησε οι προσπάθειες πρόληψης των τραυματισμών να βασίζονται στην κατανόηση των αιτιών με παρόμοιο τρόπο με τις προσπάθειες πρόληψης των μεταδοτικών ασθενειών. Το 1962, ο Γκόμεζ αναφερόμενος στον ορισμό του Π.Ο.Υ. για την υγεία δήλωσε ότι είναι προφανές πως η βία δεν συμβάλει στην

«παράταση ζωής» ή στην «πλήρη κατάσταση ευημερίας». Ορίζει τη βία ως ένα ζήτημα που οι ειδικοί της δημόσιας υγείας χρειάζεται να διευθετήσουν και δήλωσε ότι δεν πρέπει να απασχολεί μόνο τους δικηγόρους, το στρατιωτικό προσωπικό ή τους πολιτικούς (Krug κ.ά., 2002).

Η προσοχή που έχει αφιερωθεί στην πρόληψη της βίας από τους ειδικούς της δημόσιας υγείας έχει αυξηθεί ουσιαστικά από το 1970 · ο αριθμός των δημοσιεύσεων στην βία που αναφέρονται στο Medline έχει αυξηθεί κατά 550% (από 2711 τη δεκαετία του 1970 σε πάνω από 8000 τη δεκαετία του 1990). Πέρα από την επιστημονική έρευνα, αρκετές χώρες ανέπτυξαν άλλες δραστηριότητες που σχετίζονται με την βία, κυρίως στον τομέα συλλογής δεδομένων και υπηρεσιών για τα θύματα. Ο αριθμός των κοινωνικών οργανώσεων και των δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της βίας με βάση το φύλο των γυναικών επίσης αυξήθηκε απότομα. Οι προσπάθειες για την τοποθέτηση της βίας στην παγκόσμια ατζέντα της υγείας κορυφώθηκαν το 1996, με την έγκριση ψηφίσματος από την Παγκόσμια Συνέλευση για την υγεία (Π.Σ.Υ.), την ετήσια συγκέντρωση όλων των υπουργών υγείας. Αυτό το ψήφισμα κήρυξε την βία ένα μεγάλο, κοινό ζήτημα υγείας που αφορά όλο τον κόσμο και έκανε επιτακτική την ανάγκη για αύξηση της δράσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η ενδοοικογενειακή κακοποίηση παίρνει διάφορες μορφές: βία μεταξύ συντρόφων, οικογενειακή βία, γρονθοκόπημα, συζυγική κακομεταχείριση και κατάχρηση είναι μερικές από αυτές. Δεν είναι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά αλλά ένα μοτίβο πολλών σωματικών, σεξουαλικών ή και ψυχολογικών συμπεριφορών που διαπράττονται από έναν νυν ή πρώην σύζυγο (Hornor, 2005). Στις κακοποιητικές σχέσεις, η βία γενικά δεν είναι μεμονωμένο συμβάν, αλλά εμφανίζεται επανειλημμένα (Edin & Högberg, 2002). Είναι ένα γεγονός το οποίο όλοι γνωρίζουν ανεξαιρέτως κοινωνικής τάξης, εκπαιδευτικού επιπέδου, πολιτισμού, θρησκείας και πολιτικής σταθερότητας (Χατζησπύρου, 2012). Παρόλο που οι γυναίκες είναι πιθανότερο να υποστούν βλάβες σωματικά είτε ψυχικά, η ενδοοικογενειακή βία δεν έχει φύλο. Οι συμπεριφορές που βασίζονται σε καταναγκασμό και στις προσβολές είναι σχεδιασμένες να χειραγωγούν και να κοντρολάρουν για να επιτύχουν συμμόρφωση και εξάρτηση (Hornor, 2005).

Η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την πρόληψη και την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής βίας του 2011, στο άρθρο 3 περίπτωση β), ορίζει ως ενδοοικογενειακή βία *«όλες τις πράξεις σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας οι οποίες συμβαίνουν εντός της οικογένειας ή οικογενειακής μονάδας ή μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων, είτε ο δράστης διαμένει ή διέμενε στην ίδια κατοικία με το θύμα είτε όχι.»* (Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης, 2011). Η Ευρωπαϊκή Ένωση, ορίζει ως ενδοοικογενειακή βία *«κάθε σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία που ασκείται εις βάρος του θύματος από τον τωρινό ή πρώην σύζυγο, το σύντροφο ή άλλα μέλη της οικογένειας.»* (Χατζησπύρου, 2012)

Όσον αφορά την Ελλάδα, η ελληνική νομοθεσία για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας (Νόμος 3500/2006), στην παράγραφο 1 του πρώτου άρθρου ορίζει την ενδοοικογενειακή βία ως: *«... η τέλεση πράξης που είναι άξια ποινής, σε βάρος μέλους της οικογένειας, σύμφωνα με τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του παρόντος και τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού Κώδικα.»*. Όπως καταλαβαίνουμε δεν δίνεται ένας ορισμός εγκληματολογίας που να αφορά την ενδοοικογενειακή βία παρά μόνο μια

αναφορά στα κεφάλαια του Ποινικού κώδικα όπου και καταδικάζεται ως πράξη άξια ποινής (Λουμπουρδή, 2021b). Απαραίτητο για να κατανοήσουμε την ενδοοικογενειακή βία είναι σίγουρα να εμβαθύνουμε στον ορισμό της οικογένειας. Επομένως σύμφωνα με τον νόμο 3500/2006, η οικογένεια ή κοινότητα αποτελείται από συζύγους ή γονείς και συγγενείς πρώτου και δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους. Στην οικογένεια περιλαμβάνονται, εφόσον συνοικούν, συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός παραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει ορισθεί μέλος της οικογένειας, καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια. Στο Ποινικό δίκαιο, η οικογένεια συνιστά ένα βοηθητικό έννομο αγαθό και νοείται ως η αμοιβαία κοινωνική – νομική ιδιότητα των ανθρώπων να ανήκουν σε έναν ελάχιστο κοινωνικό πυρήνα (Πέτκογλου, 2016).

Επομένως λόγω της περιπλοκότητας του φαινομένου δεν είναι εύκολη η συγκέντρωση στοιχείων που να μετρούν το μέγεθος της ενδοοικογενειακής βίας με ακρίβεια. Παρόλα αυτά με μια μελέτη του ο Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε δέκα χώρες διαπιστώθηκε ότι το 15% - 71% των γυναικών ανέφεραν σωματική και/ή σεξουαλική κακομεταχείριση από τον σύζυγο τους κάποια στιγμή στη ζωής τους. Το δείγμα της μελέτης απαρτιζόταν από γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 χρονών (Howard κ.ά., 2013).

### **3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ**

Η σωματική βία δεν απειλεί μόνο την ακεραιότητα του ατόμου σωματικά, μπορεί να είναι και επικίνδυνη για την ζωή. Τα σημάδια που αφήνει είναι φανερά, γι' αυτό είναι και η πιο επικίνδυνη. Αξιοσημείωτη είναι η πληροφορία που προκύπτει από την έρευνα MATCH, ότι 6 στις 10 γυναίκες έχουν βιώσει σωματική κακοποίηση από τους συντρόφους τους στην Τανζανία (Bhatt, 1998). Το 1/3 των γυναικών που φθάνουν στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Φίλιππα, 2021).

Ενδεικτικά η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει:

1. Γροθιές, χαστούκια στο πρόσωπο και το κεφάλι.
2. Κλωτσιές, γροθιές σε όλο το σώμα.
3. Κλείσιμο αεροφόρων οδών έως ότου το θύμα λιποθυμήσει.
4. Σπρωξίματα πάνω σε αντικείμενα, ή στην σκάλα.

5. Κατάγματα και κακώσεις άκρων.
6. Εγκαύματα από σίδερο, τσιγάρο, ή κάποιο καυτό υγρό.
7. Πληγές από διάφορα αντικείμενα
8. Βίαιο ξύρισμα ηβικής περιοχής.
9. Βίαιες σεξουαλικές επιθέσεις.
10. Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
11. Μαχαιριές ή ακόμα και ακρωτηριασμοί.
12. Πληγές από πυροβόλα όπλα.

Η σωματική βία συνήθως ξεκινάει με ένα αθώο χαστούκι και αργότερα μπορεί να εξελιχθεί σε συχνή βίαιη κακοποίηση ή ακόμα και φόνο (Κοσμίδης, 2014).

### **3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ**

Μια γυναίκα κακοποιείται σεξουαλικά όταν υποχρεώνεται, με την χρήση βίας ή την απειλή αυτής, σε ερωτικής πράξη ή επαφή με το σύζυγο/σύντροφο της. Ουσιαστικά είναι η πράξη του βιασμού μεταξύ συζύγων κατ' επανάληψη. Συνήθως οι γυναίκες αυτές είναι απομονωμένες από τον κοινωνικό τους περίγυρο επομένως δεν συνειδητοποιούν την σοβαρότητα της κατάστασης καθώς δεν συναναστρέφονται με γυναίκες και δεν γνωστοποιούν τους προβληματισμούς τους. Κάθε φορά περιμένουν ότι η συμπεριφορά αυτή θα αλλάξει προς το καλύτερο, μπαίνοντας έτσι στον φαύλο κύκλο (Κοσμίδης, 2014).

Τις τελευταίες δεκαετίες μεγάλη ευθύνη αποδίδεται στην σεξουαλική βία, όσον αφορά την εμφάνιση ιού ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (H.I.V.), ή άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων σε γυναίκες που την υφίστανται. Γυναίκες σε κακοποιητικές σχέσεις είναι πιθανόν να μην έχουν τον έλεγχο όσον αφορά την χρήση προφυλάξεων ή γενικότερα να προγραμματίσουν πότε θα συμβεί μία συνουσία. Επιπροσθέτως, υπάρχουν στοιχεία συμπεριφοράς τα οποία δείχνουν ότι οι άντρες που χρησιμοποίησαν βία κατά των συντρόφων τους, είναι πιο πιθανόν να έχουν πολλαπλούς συντρόφους, να κάνουν χρήση αλκοόλ, να επισκέπτονται εκδιδόμενες, ή να έχουν ήδη κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα σε αντίθεση με τους μη βίαιους άνδρες. Όλα αυτά αυξάνουν το κίνδυνο να μεταδοθεί στις γυναίκες ο H.I.V.

Προφανώς είναι επίσης πιθανόν γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία να έχουν κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Πέρα από την σεξουαλική βία, ένας έμμεσος τρόπος κακοποίησης είναι και το σαμποτάζ στην αντισυλληπτική αγωγή αν η

γυναίκα έχει την επιλογή να κάνει λήψη αυτής ή την μη δυνατότητα χρήσης προφυλακτικού απειλώντας την με βίαιη συμπεριφορά. Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερο ρίσκο για την ζωή της γυναίκας, καθώς ενδέχεται να προσπαθήσουν να απαλλαγούν από το κύημα χρησιμοποιώντας παράνομες και επικίνδυνες μορφές έκτρωσης (García-Moreno κ.ά., 2013). Ο εξαναγκασμός σε πορνεία καθώς και η καταγραφή πορνογραφικού περιεχομένου υπό την απειλή της δημοσιοποίησης μετέπειτα, εμπίπτουν στην σεξουαλική βία (Κοσμίδης, 2014).

Οι σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες κάνουν παράπονα για νευρική κατάσταση, μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και διαταραχές ύπνου (Sedney & Brooks, 1984). Αρκετά στενή είναι επίσης η σχέση μεταξύ της σεξουαλικής βίας και της παρουσίας αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με μια μελέτη, κύριο προγνωστικό παράγοντα για την ύπαρξη αυτοκαταστροφικών σκέψεων αποτελεί η σεξουαλική κακοποίηση. Δεν είναι λίγες οι γυναίκες που παραδέχονται πως αν δεν είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση δεν θα επιχειρούσαν να αυτοκτονήσουν. Η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, βλάπτουν τον εαυτό τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτοτραυματίζονται όλες οι γυναίκες που πέφτουν θύματα σεξουαλικής βίας (Curtis, 2006).

### **3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ**

Η υποβάθμιση, η εξευτέλιση και η κατάρρευση της αυτοεκτίμησης του θύματος από τον θύτη συγκροτούν την πνευματική ή ψυχολογική βία. Η κακοποίηση αυτής της μορφής δρα εσωτερικά και υπογείως. Γι' αυτούς τους λόγους δεν είναι εύκολο να την διακρίνουμε παρόλο που πλήττει σε μεγάλο βαθμό τα θύματα. Μορφές ψυχολογικής βίας θεωρούνται η στέρηση τροφής, ύπνου και προσωπικής ελευθερίας, η επιβολή τροφής, μέθης ακόμα και ύπνου, ο κατ' οίκον περιορισμός, η απομόνωση από φίλους και συγγενείς, ή η ταπείνωση του θύματος παρουσία τους, καθώς και οι απειλές για λήψη επιμέλειας των παιδιών. Στην ψυχολογική βία εμπίπτει και η λεκτική βία, άμεσα συνδεδεμένη με την πρώτη, η οποία αποτελείται από εξυβρίσεις, απειλές και λεκτική τρομοκρατία (Κοσμίδης, 2014). Τα παραπάνω είναι πιθανόν να οδηγήσουν το θύμα σε κατάθλιψη ακόμα και αυτοκτονικές συμπεριφορές (García-Moreno κ.ά., 2013). Ο κλάδος της ψυχολογίας έχει συνεισφέρει πολλές φορές στην κατανόηση του κοινωνικού προβλήματος της βίας των ανδρών κατά των γυναικών τα τελευταία χρόνια, επαναδιατυπώνοντας το πρόβλημα, ως πρόβλημα κατάχρησης εξουσίας από

άνδρες που έχουν κοινωνικοποιηθεί και πιστεύουν ότι έχουν το δικαίωμα να ελέγχουν τις γυναίκες στη ζωή τους, ακόμα και με βίαια μέσα (Walker, 1999). Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι τα θύματα της ψυχολογικής βίας δυσκολεύονται να την αναγνωρίσουν ως κακοποίηση με αυτό να τις καθιστά ανίκανες να υπερασπιστούν τους εαυτούς τους ή να αναπτρώσουν το ηθικό τους ύστερα από τις βίαιες επιθέσεις (Κοσμίδης, 2014).

### **3.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΙΑ**

Οικονομική βία είναι η οικονομική στέρηση και χειραγώγηση του άλλου μέσα από τα χρήματα ή άλλα υλικά αγαθά όπως για παράδειγμα έλεγχος οικονομικών πόρων με τρόπο κυριαρχικό, υποτιμητικό, εκβιάζοντας και στερώντας την οικονομική αυτονομία του θύματος. Αυτή η κατάσταση συχνά οδηγεί σε περιπτώσεις εξάρτησης το θύματος από τον θύτη (Παπαδάκη & Σκαρβελάκη, 2014). Συνήθως στις οικογένειες που υφίσταται κακοποίηση το θύμα συγκατοικεί με το θύτη, δέχεται αυξημένη ψυχολογική πίεση και συνήθως δεν αντιδρά. Αυτό κάνει τον θύτη πιο καταπιεστικό καταφεύγοντας ακόμα και σε αποστέρηση διατροφής και των μέσων συντήρησης. Πιο συγκεκριμένα οικονομική βία έχουμε όταν απαιτείται από τον θύτη ολοκληρωτικός έλεγχος των οικονομικών του θύματος, καθώς και όταν η σύντροφος αναγκάζεται για οποιοδήποτε έξοδα προσωπικών της ή οικογενειακών αναγκών να ζητήσει χρήματα από εκείνον. Επιπλέον περιστατικά που τα έξοδα πρέπει να εγκρίνονται μόνο από εκείνον και αφαιρείται από την γυναίκα το δικαίωμα να διαχειριστεί μόνη της τις απολαβές της, κάνοντας την οικονομικά εξαρτημένη, χαρακτηρίζονται ως οικονομική βία στα πλαίσια της οικογένειας (Κοσμίδης, 2014). Γυναίκες θύματα του ενδοσυζυγικού βιασμού τείνουν να είναι περισσότερο οικονομικά εξαρτημένες από τους συζύγους τους σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν βιώσει τέτοιου είδους βιασμό (Heise, 1998).

### **3.5 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Η άσκηση βίας κάθε μορφής μεταξύ των μελών μιας οικογένειας απαγορεύεται. Λεπτομερώς στο άρθρο 6 του νόμου 3500/2006 περί ενδοοικογενειακής σωματικής βλάβης αναφέρεται:

*1. Το μέλος της οικογένειας το οποίο προξενεί σε άλλο μέλος αυτής σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του, υπό την έννοια του εδαφίου α' της παρ. 1 του άρθρου 308 του Ποινικού Κώδικα, ή με συνεχή συμπεριφορά προξενεί εντελώς ελαφρά κάκωση*



ή βλάβη της υγείας του, με την έννοια του εδαφίου β' της παραπάνω διάταξης, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους.

2. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου είναι δυνατόν να προκαλέσει στο θύμα κίνδυνο για τη ζωή του ή βαριά σωματική βλάβη, επιβάλλεται φυλάκιση, τουλάχιστον, δύο ετών. Αν επακολουθήσει βαριά σωματική ή διανοητική πάθηση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. Αν ο υπαίτιος επεδίωκε ή γνώριζε και αποδέχθηκε το αποτέλεσμα της πράξης του, τιμωρείται με κάθειρξη.

3. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου τελέσθηκε σε βάρος εγκύου ή σε βάρος μέλους της οικογένειας το οποίο, από οποιαδήποτε αιτία, είναι ανίκανο να αντισταθεί, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, δύο ετών και αν η πράξη τελέσθηκε ενώπιον ανήλικου μέλους της οικογένειας, τιμωρείται με φυλάκιση, τουλάχιστον, ενός έτους.

4. Αν η πράξη της πρώτης παραγράφου συνιστά μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης, επικίνδυνης για την υγεία, ή ψυχικού πόνου, ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος, επιβάλλεται κάθειρξη. Αν το θύμα είναι ανήλικος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών.

5. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εφαρμόζονται αντίστοιχα και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας, η δε πράξη του στρέφεται σε βάρος προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού.

### **3.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΔΕΣΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ - ΠΑΙΔΙΟΥ**

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα για τον αντίκτυπο της ενδοοικογενειακής βίας στις γυναίκες και τα παιδιά έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις. Σε μια μελέτη παρατήρησης 46 παιδιών των Graham-Bermann και Levendosky που διεξήχθη το 1998 διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που ήταν μάρτυρες ενδοοικογενειακής βίας είχαν πολύ περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, περισσότερα αρνητικά συναισθήματα, ανταποκρίνονταν λιγότερο κατάλληλα σε καταστάσεις, ήταν πιο επιθετικά με τους συνομηλίκους τους και είχαν πιο κυκλοθυμικές σχέσεις με τους δασκάλους τους, σε σχέση με εκείνα από μη βίαιες οικογένειες. Σε μια άλλη έρευνα μικρού εξίσου δείγματος βρέθηκε ότι παιδιά ηλικίας 3 έως 5 ετών έχουν αυξημένο τραύμα και διασχιστικές διαταραχές σε σχέση με τα παιδιά από μη βίαια σπίτια, καθώς και

χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε σχέση με τα παιδιά σε μη βίαιες οικογένειες. Δυστυχώς όμως αυτές οι μελέτες είναι προβληματικές καθώς βασίζονται σε μη επαρκές δείγμα το οποίο πάρθηκε από καταφύγιο από άτομα παρόμοιας αν όχι της ίδιας εθνικότητας (Levendosky κ.ά., 2003).

Ο δεσμός μεταξύ παιδιού και γυναίκας ξεκινάει ήδη από την σύλληψη και είναι ο στενότερος δεσμός που υπάρχει. Η μητρότητα μπορεί και πρέπει να είναι ελεύθερη επιλογή και να υφίσταται κάτω από ευνοϊκές συνθήκες, ώστε τα παιδιά να μεγαλώνουν σε ένα υγιές περιβάλλον. Σε καμία περίπτωση όμως δεν ευθύνεται μόνο η γυναίκα για την γαλουχία τους και ούτε θα πρέπει να κατακρίνεται κοινωνικά μια γυναίκα που αποφασίζει να μην κάνει παιδιά. Ένα παιδί χρειάζεται αγάπη και αυτή μπορεί να πηγάζει από οποιονδήποτε το αγαπά και το μεγαλώνει ελεύθερα, όχι μόνο από τους γονείς του. Το ζήτημα της μητρότητας επιδέχεται βελτίωση και πλήρη διαχωρισμό από τον μύθο του αυτοσκοπού (Λίτσιου, 2018).

Έγινε μια έρευνα σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών, η οποία εξέτασε το ρόλο που παίζει ο δεσμός μητέρας – παιδιού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας σε οικογένειες που διαδραματίζεται ενδοοικογενειακή βία. Οι αναφορές που έδωσαν οι μητέρες καθώς και η παρατήρηση της σχέσεως μεταξύ μητέρας και παιδιού χρησιμοποιήθηκαν για να εκτιμηθεί η ποιότητα της σχέσης. Οι συμμετέχοντες αποτελούταν από 103 παιδιά και τις μητέρες τους. Παρόλο που μερικές καταθλιπτικές μητέρες δυσκολεύτηκαν με την γονεϊκότητα, άλλες αντιστάθμισαν την βία και έγιναν πιο αποδοτικές στα καθήκοντα τους ως μητέρες. Η ενδοοικογενειακή βία επηρέασε αρνητικά την συμπεριφορά των παιδιών προς τις μητέρες όσον αφορά την αλληλεπίδραση, αλλά δεν επηρέασε τις μητέρες να αναπτύξουν προβληματική συμπεριφορά. Αυτό υποδήλωσε ότι το αντίκτυπο της ενδοοικογενειακής βίας ξεκινά ήδη από πολύ νωρίς στην σφαίρα των σχέσεων και όχι σε αυτήν της ψυχικής υγείας (Levendosky κ.ά., 2003).

### **3.7 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΣ**

Στην τρίτη παράγραφο του άρθρου 1 του ν. 3500/2006 διαμορφώνεται ο ορισμός του θύματος στα εγκλήματα ενδοοικογενειακής βίας. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή θεωρείται ως “θύμα” ενδοοικογενειακής βίας κάθε πρόσωπο της παραγράφου 2 του άρθρου 1 του ίδιου νόμου, σε βάρος του οποίου τελείται αξιόποινη πράξη κατά τα άρθρα 6, 7, 8 και 9 του νόμου αυτού, καθώς και το μέλος, στην οικογένεια του οποίου

τελέσθηκε αξιόποινη πράξη κατά τα άρθρα 299 και 311 του Ποινικού κώδικα, και ο ανήλικος ενώπιον του οποίου τελείται μία από τις αξιόποινες πράξεις της διάταξης αυτής. Πιο συγκεκριμένα στην έννοια του θύματος περιέχεται κάθε μέλος της οικογένειας σε βάρος του οποίου τελέσθηκαν τα αδικήματα της σωματικής βλάβης (άρθρο 6), της παράνομης βίας (άρθρο 7 παρ. 1), της απειλής (άρθρο 7 παρ. 2), του βιασμού, (άρθρο 8) της κατάχρησης σε ασέλγεια (άρθρο 8 παρ. 2) και της προσβολής της γενετήσιας αξιοπρέπειας (άρθρο 9), το πρόσωπο στην οικογένεια του οποίου τελέσθηκε κάποιο από τα αδικήματα των άρθρων 299 Ποινικού Κώδικα ( ανθρωποκτονία από πρόθεση) και 311 Π.Κ. (θανατηφόρα σωματική βλάβη), αλλά και ο ανήλικος ενώπιον του διαδραματίζεται η αξιόποινη πράξη (Νόμος 3500/2006 - ΦΕΚ 232/Α/24-10-2006 ). Από την άλλη πλευρά θύτης ή αλλιώς δράστης ενδοοικογενειακής βίας καλείται το άτομο που ασκεί άμεσα ή στηρίζει έμμεσα με κάθε τρόπο πράξεις κακοποιητικές ή την άσκηση βίας μέσα στα πλαίσια μιας οικογένειας (<https://diotima.org.gr/>, Ορολογίες)

Το 1979 η ψυχολόγος Lenore Walker δημοσίευσε το “Battered women” (στα ελληνικά “Οι κακοποιημένες γυναίκες”) με το οποίο θέλησε να ερμηνεύσει το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και τον δεσμό μεταξύ θύτη και θύματος. Πρότεινε την θεωρία της αποτελούμενη από 3 στάδια που σχετίζονται με την επαναλαμβανόμενη κακοποίηση στις περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας: την **φάση της δημιουργίας της έντασης** κατά την οποία το θύμα επιδιώκει την ισορροπία ώστε να αποφευχθεί ο ξυλοδαρμός, την **οξεία κακοποιητική φάση** όπου το θύμα αισθάνεται ανακούφιση αλλά και θυμό που ο θύτης δεν τήρησε για ακόμη μια φορά την υπόσχεση του και επαναλαμβάνει περιστατικά βίας και την **φάση της ηρεμίας ή περιόδου αγάπης** με τον θύτη να μετανιώνει και να επέρχονται αμφότεροι στην καθημερινότητα τους μέχρις ότου ο κύκλος επαναληφθεί. Αντί να βλέπει την ενδοοικογενειακή βία ως ένα σετ από τυχαία παρόμοια περιστατικά βίας, η Walker απέδειξε ότι η βία ακολουθεί ένα προβλέψιμο κύκλο ή μοτίβο που επαναλαμβάνεται. Ο χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί ο κάθε κύκλος ολοένα και μειώνεται ενώ η βία αυξάνεται. Για να εξηγήσει γιατί οι γυναίκες μένουν στην κακοποιητική σχέση, ενσωμάτωσε έννοιες όπως η μαθημένη ανικανότητα, το σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας και το σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Τα τεστ στην θεωρία της Walker βρίσκουν ότι έχει περιορισμούς όσον αφορά την αμφίδρομη κακοποίηση, αναγνωρίζοντας την διαλείπουσα ύπαρξη βίας και εξηγώντας το ευρύ φάσμα των μη βίαιων, χειριστικών

συμπεριφορών που χρησιμοποιούν οι θύτες όπως προτείνεται από το μοντέλο Duluth (Domestic Abuse Intervention Project ή DAIP ή μοντέλο Pence), ένα πρόγραμμα που αναπτύχθηκε για την μείωση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών. (Wilson, 2019)

### 3.8 ΠΑΤΡΙΑΡΧΙΑ

Η βία κατά των γυναικών βασίζεται στις σχέσεις εξουσίας μεταξύ συζύγων και αυτό το ζήτημα γίνεται κατανοητό αν κάποιος βασιστεί στην ιστορία. Παρόλο που οι γυναίκες έχουν περισσότερα επίσημα δικαιώματα στις σύγχρονες κοινωνίες σε σχέση με αυτά που είχαν στο παρελθόν, παραμένουν σε υποδεέστερη θέση σε σχέση με τους άνδρες τους (Wermuth L κ.ά., 1981) . Καθώς η Πατριαρχία επιμένει ακόμα και σήμερα σε πολλούς τομείς της κοινωνίας μας, θα ήταν περίεργο να μην υπάρχει και στα πλαίσια μιας οικογένειας.

Η έννοια της πατριαρχίας η οποία έχει αναπτυχθεί σε πολλά φεμινιστικά γραπτά δεν είναι μια απλή σύλληψη, αλλά έχει μια ποικιλία από διαφορετικά νοήματα. Δεν είναι μια καινούργια έννοια, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί σε κινήματα γυναικών τα οποία ανέλυσαν τις αρχές της υποβόσκουσας καταπίεσης των γυναικών. Έχει ιστορική σημασία στην φεμινιστική σκέψη, καθώς έχει χρησιμοποιηθεί από τις πρώτες φεμινίστριες όπως την Virginia Woolf, την Vera Brittain και το Fabian Women's Group για παράδειγμα. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί από τον αντιμαρξιστή κοινωνιολόγο, Max Weber. Στην προσπάθεια της παροχής μιας κριτικής αξιολόγησης μερικών χρήσεων της έννοιας της πατριαρχίας στο πλαίσιο του σύγχρονου φεμινιστικού λόγου είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου τα είδη των προβλημάτων που έχει χρησιμοποιηθεί για να αναλυθούν. Σε γενικό επίπεδο ο όρος πατριαρχία έχει χρησιμοποιηθεί για να αναφερθεί στην ανδρική κυριαρχία και στις δυναμικές σχέσεις που οι άνδρες κυριαρχούν έναντι των γυναικών. Η Heidi Hartmann προσπάθησε να διατηρήσει την ριζοσπαστική φεμινιστική χρήση της λέξης πατριαρχίας και αναφέρεται σε αυτή ως την ανδρική εξουσία επί των γυναικών προσπαθώντας να αναλύσει τη σχέση μεταξύ αυτής και της οργάνωσης της καπιταλιστικής εργασιακής διαδικασίας. Ο Eisenstein ορίζει την Πατριαρχία ως την φυλετική ιεραρχία που εκδηλώνεται στο ρόλο της γυναίκας ως μητέρας, οικιακής εργάτριας και καταναλώτριας εντός της οικογένειας. Τέλος ορισμένες από τις σελίδες του «Women Take Issue» έχουν χρησιμοποιήσει τον όρο για να αναφερθούν συγκεκριμένα στις

αναπαραγωγικές σχέσεις που υπάρχουν στην οικογένεια Έτσι η θεωρία της πατριαρχίας προσπαθεί να διεισδύσει κάτω από της ιδιαίτερες εμπειρίες και εκδηλώσεις της γυναικείας καταπίεσης και να διατυπώσει κάποια συνεκτική θεωρία της βάσης της υποτέλειας που τις διέπει (Beechey, 1979).

Η ανδρική κυριαρχία όσον αφορά την λήψη αποφάσεων σε μια οικογένεια είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδεικνύουν την αυξημένη βία εναντίον των γυναικών μέσα στα πλαίσια μιας οικογένειας. Σε μια έρευνα που έγινε το 1975 που αφορούσε την Ενδοοικογενειακή Βία στις Ηνωμένες Πολιτείες βρέθηκε ότι γυναικεία κακοποίηση συνέβαινε σε ποσοστό 11% σε ζευγάρια που επικρατούσε ανδρική κυριαρχία σε σύγκριση με ένα ποσοστό 3% των ζευγαριών που η γυναίκα είχε περίπου ίση επιρροή στη λήψη των αποφάσεων με τον άνδρα. Στην πατριαρχία εμπίπτει και μια μορφή βίας που δεν είναι άλλη από εκείνη της λήψης αποφάσεων μόνο από τον άνδρα. Οι πιο κακοποιητικοί σύντροφοι έτειναν να παίρνουν τις περισσότερες αποφάσεις που αφορούν τα οικονομικά και να κοντρολάρουν αυστηρά πότε και που θα πάνε οι γυναίκες τους. Επομένως η σχέση της βίας μέσα στην οικογένεια είναι άμεσα συνυφασμένη με την δομή της πατριαρχικής κοινωνίας. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι άνδρες που μεγάλωσαν σε πατριαρχικές κοινωνίες (οικογένειες που ενθαρρύνουν τους παραδοσιακούς ρόλους των φύλων) είναι πιθανότερο να εξελιχθούν σε βίαιους ενήλικες, να βιάσουν και να κακοποιήσουν τις γυναίκες τους σε σχέση με τους άνδρες που μεγάλωσαν σε πιο ισότιμα σπίτια (Heise, 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4. ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Σύμφωνα με το Κέντρο ελέγχου Ασθενειών (Center for Disease Control) η βία μεταξύ συντρόφων κατά την εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται ως σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση που υπόκειται σε μια έγκυο γυναίκα (Χριστοδούλου Σ κ.ά., 2011). Η κακοποίηση των εγκύων γυναικών δεν είναι σπάνια. Ο επιπολασμός της σωματικής επίθεσης των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει υπολογιστεί σε 8% σε τυχαίο δείγμα κοινού σε ιδιωτικές προγεννητικές κλινικές και μεταξύ 7 % και 11% σε μη τυχαία δείγματα που λήφθηκαν από πανεπιστημιακές μαιευτικές κλινικές υπηρεσίες. Τα ποσοστά συνολικής βίας κατά εγκύων γυναικών που συγκεντρώθηκαν από τη Δεύτερη Εθνική Έρευνα για την Ενδοοικογενειακή Βία ήταν τα εξής: 154 περιστατικά βίας ανά 1000 γυναίκες κατά τη διάρκεια του πρώτου τετράμηνου της εγκυμοσύνης και 170 περιστατικά ανά 1000 γυναίκες που διένυαν τον πέμπτο έως τον ένατο μήνα της εγκυμοσύνης τους. Τις περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύμα κακοποίησης μέσα στην οικογένεια σε ποσοστό 60,6% τις έχουν οι εγκυμονούσες, σε σχέση με της γυναίκες που δεν βρίσκονται σε εγκυμοσύνη. Αυτό ήταν αποτέλεσμα ενός δείγματος από 6002 νοικοκυριά, αλλά σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες ήταν κάτω των 25 ετών, μια ηλικία που είναι πιο πιθανόν να συμπίπτει εγκυμοσύνη και κακοποίηση. Ωστόσο η επίθεση κατά των γυναικών στην εγκυμοσύνη συμβαίνει με επαρκή συχνότητα, καταλήγοντας να είναι ένα θέμα που ανησυχεί και απειλεί την υγεία της εγκύου καθώς και του αναπτυσσόμενου εμβρύου (Newberger κ.ά., 1992).

Η έρευνα της Ιταλικής στατιστικής αρχής του 2011 έδειξε ότι η βία είχε ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε ποσοστό 15% των περιπτώσεων, κλιμακώθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο 16,6% και παρέμεινε αμετάβλητη στο 50,6% (ISTAT, 2011). Επομένως μια εγκυμοσύνη μπορεί να επιδεινώσει το φαινόμενο της κακοποίησης κατά των γυναικών και μερικές φορές είναι πιθανό να είναι συνέπεια της βίας. Οι εγκυμονούσες που δέχονται βία θεωρούνται υψηλού κινδύνου επειδή η έκθεση τους σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με αυξημένη μητρική, εμβρυϊκή και βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα (Mauri κ.ά., 2015).

Στην Ελλάδα το 68% των κακοποιημένων γυναικών είναι έγγαμες (Σκαλιώνη, 2022). Το δείγμα από 32 κοινότητες σε μια μελέτη που έλαβε χώρα στην Κίνα έδειξε ότι το ποσοστό κακοποίησης των γυναικών πριν την εγκυμοσύνη ήταν 8,5%, κατά την διάρκεια αυτής 3,6%, ενώ κατά την περίοδο της λοχείας ανερχόταν στο 7,4% (Guo κ.ά., 2004). Σε μια άλλη έρευνα στην Αγγλία το 5% των γυναικών έπεσαν θύμα ξυλοδαρμού κατά την διάρκεια της κύησης, ενώ το 11% μετά το πέρας του τοκετού (Bowen κ.ά., 2005). Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και στη Βόρεια Καρολίνα, όπου το 6,9% των γυναικών χτυπήθηκε πριν από την εγκυμοσύνη, το 6,1% κατά την διάρκεια της και το 3,2% μετά την γέννηση (Martin κ.ά., 2001). Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω επιδημιολογικά στοιχεία μπορούμε να καταλήξουμε στο ότι, η εγκυμοσύνη δεν μπορεί να προστατέψει μια γυναίκα από την συντροφική βία (Crempien κ.ά., 2011).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η βία μπορεί να στρέφεται προς την κοιλιά, το στήθος ή γεννητικά όργανα (Mezey, 2003). Γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί σωματικά ή σεξουαλικά από τους συντρόφους τους αναφέρουν αυξημένα ποσοστά σημαντικών προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα έχουν 16% περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν νεογνό χαμηλού βάρους γέννησης. Παραπάνω από τις διπλάσιες είναι οι πιθανότητες να καταλήξει σε άμβλωση, σχεδόν διπλάσιες να βιώσει κατάθλιψη και σε ορισμένες περιοχές είναι πιθανό να αποκτήσουν H.I.V., σε σύγκριση με γυναίκες που δεν έχουν βιώσει βία από συντρόφους τους (García-Moreno κ.ά., 2013).

Η πιο συχνή αιτία της βίας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ότι ο σύζυγος/πατέρας δεν είναι προετοιμασμένος και έχει ένα αίσθημα άγχους για την ερχόμενη γέννηση. Αυτό το άγχος είναι πιθανόν να εκδηλωθεί ως απογοήτευση προς την γυναίκα και το έμβρυο. Έφηβες (ηλικίας 12-17) που διανύουν μια εγκυμοσύνη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κακοποιηθούν από τους συντρόφους τους είτε σωματικά είτε ψυχολογικά (Χριστοδούλου Σ κ.ά., 2011).

Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι και αποτέλεσμα κακοποίησης επομένως, καθίσταται τις περισσότερες φορές ως ανεπιθύμητη, με αποτέλεσμα να συνδέεται με την απόφαση άμβλωσης. Οι Evins και Chescheir στην μελέτη τους το 1996 βρήκαν ότι από το σύνολο των γυναικών που ζητούσαν να υποβληθούν σε διαδικασία άμβλωσης, το 31% είχαν κακοποιηθεί κάποια στιγμή στην ζωή τους, ενώ το 22% είχε υποστεί

σωματική κακοποίηση το προηγούμενο έτος. Επιπλέον είναι επίσης πιθανόν να θέλουν να διακόψουν την κύηση για να περιορίσουν τον περαιτέρω έλεγχο που θα μπορεί να ασκήσει ο σύντροφος της πάνω της ή ακόμα και στο ίδιο τους το παιδί. Μπορεί να θεωρεί ότι αφού η σχέση της με τον σύντροφο της σπλώθηκε από την ύπαρξη κακοποίησης δεν είναι το κατάλληλο περιβάλλον για να μεγαλώσουν ένα παιδί. Έτσι παρόλο που αδυνατούν να εγκαταλείψουν αυτήν την κακοποιητική σχέση, προσπαθούν να προστατέψουν το αγέννητο παιδί τους τερματίζοντας την εγκυμοσύνη τους (Evins & Chescheir, 1996)

#### **4.1 ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΘΥΤΗ**

Για την κατανόηση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας είναι σημαντικό να προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τα αίτια που οδηγούν τον θύτη, στην περίπτωση αυτή τον σύζυγο, να καταφύγει σε περιστατικά ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Ένα από τα χαρακτηριστικά που συναντώνται στην προσωπικότητα με την οποία σχετίζονται πολλές κλινικές παρατηρήσεις, είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ανασφάλεια, κατάθλιψη και ευαισθησία στην κριτική προκύπτουν από την χαμηλή αυτοεκτίμηση και μετατρέπονται σε θυμό και επιθετικότητα για να κατευναστεί η αίσθηση άγχους και φόβου. Επιπλέον τα κακοποιητικά άτομα συχνά χαρακτηρίζονται απομονωμένα από τον κοινωνικό περίγυρο καταλήγοντας εξαρτημένοι από τις συζύγους τους για να καλύψουν όλες τις συναισθηματικές τους ανάγκες. Πιστεύουν ότι όλοι γύρω τους είναι εχθροί και ότι τους κατακρίνουν. Έτσι το παράδοξο είναι ότι προσπαθώντας να προστατεύσουν τις γυναίκες τους από τους άλλους, καταλήγουν οι ίδιοι να είναι επικίνδυνοι για εκείνες (Neidig κ.ά., 1986). Τις ζηλεύουν παθολογικά, επικρίνουν τις πράξεις τους και δεν τις εμπιστεύονται. Ψάχνουν λεπτομερώς όλες τις λεπτομέρειες για την ζωή της γυναίκας τους σε μια προσπάθεια να νιώσουν ασφαλείς καταλήγοντας να γίνονται παρανοϊκοί. Ο πιο συχνός λόγος για το ξέσπασμα ενός επεισοδίου κακοποιητικής συμπεριφοράς είναι η υπόνοια ότι η σύζυγος τους, τους απατά (Chatzifotiou, 2003). Σε ακραίες περιπτώσεις καταλήγουν να κάνουν stalking (παρενοχλητική παρακολούθηση) στην ίδια τους την σύντροφο. Το stalking περιλαμβάνει σκόπιμες, επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποσκοπούν στο να προκαλέσουν τρόμο και ανησυχία στο παρενοχλούμενο άτομο, στην συγκεκριμένη περίπτωση την σύζυγο. Το θύμα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά από



παρακολουθήσεις, απειλές και άλλες παραβιαστικές συμπεριφορές καθώς και την αποστέρηση της ελευθερίας του (<https://diotima.org.gr/>, Ορολογίες)

Εκτός από τα παραπάνω οι άνδρες που εμπλέκονται σε κακοποιητική συμπεριφορά, ασπάζονται τα παραδοσιακά στερεότυπα που αφορούν τον ρόλο του κάθε φύλου στην κοινωνία (Neidig κ.ά., 1986). Το κοινωνικό φύλο απαρτίζεται από όλες εκείνες της συμπεριφορές, τα χαρακτηριστικά και τις δραστηριότητες που η εκάστοτε κοινωνία αποδίδει σε μία γυναίκα ή σε έναν άνδρα τυπικά (<https://diotima.org.gr/>, Ορολογίες). Πράγματι οι πιο κοινές αιτίες της κακοποίησης είναι οι ανισότητες στην κατανομή της εξουσίας μέσα στην σχέση συζύγων και ο σεξισμός (Neidig κ.ά., 1986). Σεξισμός είναι το σύνολο όλων εκείνων των θεσμών και των ατομικών ή συλλογικών συμπεριφορών που υποδηλώνουν, αναπαράγουν και νομιμοποιούν την κυριαρχία των αρρένων έναντι των γυναικών σε κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό επίπεδο (<https://diotima.org.gr/>, Ορολογίες). Άνδρες που αδυνατούν να ανταποκριθούν στον ρόλο που τους δίνει η κοινωνία για το φύλο τους τείνουν να παρομοιάζουν την αδυναμία τους σαν κάποιο θηλυκό χαρακτηριστικό και προβάλλουν την ευθύνη της αποτυχίας τους στις γυναίκες (Neidig κ.ά., 1986)

Σημαντικό στοιχείο για την μείωση των συγκρούσεων είναι η ενσυναίσθηση. Ενσυναίσθηση είναι μια έμμεση συναισθηματική αντίδραση ως προς την κατάσταση που βιώνει κάποιος άλλος. Αποτελεί το αίτιο που μας ωθεί να συμπαραστεκόμαστε στους ανθρώπους γύρω μας και όχι να τους δημιουργούμε προβλήματα πληγώνοντας τους (Κοτσάνη, 2018). Το να ανταποκρίνεσαι συναισθηματικά σε κάποιον μπορεί να εμποδίσει την επιθετικότητα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κακοποιητικοί γονείς σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης από ότι οι μη βίαιοι γονείς (Neidig κ.ά., 1986)

Σύμφωνα με κάποιες εμπειρικές μελέτες που έγιναν το 1986, ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών που ήταν μάρτυρες περιστατικών βίας που αφορούσαν την μητέρα τους, αργότερα κατέληξαν οι ίδιοι να κακοποιούν τις συζύγους τους. Μεγαλώνοντας σε ένα βίαιο σπίτι αυθόρμητα αντιδρούν και ως ενήλικες με τις ίδιες συμπεριφορές που έχουν βιώσει. Χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι όλοι που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία θα καταλήξουν αργότερα να είναι βίαιοι. Στην περίπτωση που τα παιδιά πέρα από παρατηρητές κακοποιήθηκαν, αυτό αυξάνει την πιθανότητα οι

ίδιοι να γίνουν επιθετικοί κατά των γυναικών. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι δεν είναι βίαια όλα τα αγόρια που κακοποιήθηκαν και ότι δεν έχουν όλοι οι θύτες υποστεί σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση (Heise, 1998).

Πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν ότι η κακοποίηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σοβαρή και οι άνδρες που χτυπούν τις έγκυες είναι ακραία επικίνδυνοι. Σε μια μελέτη τραυματικών ατυχημάτων στα οποία συμμετείχαν 476 έγκυες γυναίκες βρέθηκε ότι το 54,6% των περιπτώσεων προκλήθηκε από τροχαία ατυχήματα το 22,3% από ενδοοικογενειακή βία το 21,8% από πτώσεις και το 1,3% οφειλόταν σε εγκαύματα, διάτρητα τραύματα ή δαγκωματιές ζώων (Hedin & Janson, 2000).

## **4.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΘΥΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΑ - ΕΜΒΡΥΟ**

### *4.2.1 Επιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης*

Η ενδοοικογενειακή βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας που απειλεί την υγεία των μητέρων και των εμβρύων (Mauri κ.ά., 2015). Παρόλο που τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας διαφέρουν ως προς την ηλικία, την φυλή, το θρήσκευμα, το μορφωτικό επίπεδο και βρίσκονται σε διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες, υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που συνδέουν τις προσωπικότητες τους (Walker, 1989). Το αντίκτυπο της κακοποίησης στις γυναίκες είναι εκτεταμένο και περιλαμβάνει ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορούν να αυξήσουν τους κινδύνους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κάποιες από τις επιπτώσεις είναι: η μη αύξηση του βάρους σώματος, η ανεβασμένη αρτηριακή πίεση, η αναιμία, ο εμετός έπειτα από επίμονη ναυτία, η αφυδάτωση, και οι λοιμώξεις ουροποιητικού. Όλα αυτά σε συνδυασμό ή και μεμονωμένα έχουν ως επακόλουθο τις συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία (Alhusen κ.ά., 2013).

Οι εγκυμονούσες κινδυνεύουν από την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες όταν έχουν υποστεί περιστατικά κακοποίησης. Ιδιαίτερα αυξημένος είναι ο κίνδυνος σε μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, σε γυναίκες που βιώνουν κατάθλιψη και άγχος κατά την κύηση, όταν προϋπάρχουν αποβολές, μαιευτικές επιπλοκές κατά τον τοκετό, ακόμα και στη γέννηση νεκρού εμβρύου (Born κ.ά., 2006). Μια μελέτη που συνέκρινε 638 γυναίκες χωρίς διαταραχή μετατραυματικού στρες και 455 γυναίκες με μετατραυματική διαταραχή στρες αποφάνθηκε ότι οι δεύτερες είχαν περισσότερες

πιθανότητες για εξωμήτρια κύηση, πρόωρες συσπάσεις, αυτόματες αποβολές καθώς και την γέννηση εμβρύου με μακροσωμία (Seng κ.ά., 2001).

Οι σωματικές επιπτώσεις μπορούν να επηρεάσουν κάθε σύστημα οργάνων και η κατάχρηση μπορεί να κλιμακωθεί όσον αφορά την συχνότητα και την σοβαρότητα, ειδικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εκτός από τις σημαντικές άμεσες επιπτώσεις σχετικά με τη σωματική ακεραιότητα των εγκύων γυναικών, (όπως βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, στο δέρμα, στο αναπαραγωγικό σύστημα, τα όργανα της κοιλίας και το πρόσωπο), υπάρχουν και έμμεσες όπως ο περιορισμός της πρόσβασης σε προληπτική, θεραπευτική και υγειονομική περίθαλψη. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της θυματοποίησης περιλαμβάνουν ντροπή, φόβο, μειωμένη αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη. Το θύμα τείνει να αυτοκατηγορείται έχοντας την συνεχή ανάγκη να μαλακώσει και να συγκρατήσει την βία του συντρόφου της. Παρόλα αυτά αρκετές γυναίκες είναι αρκετά επινοητικές όσον αφορά την προστασία τους και στην αναζήτηση επιλογών εν όψει συνεχιζόμενων απειλών και επιβλαβών δράσεων. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις επίσης εντείνονται με την απροθυμία της γυναίκας να αποκαλύψει την κατάσταση που βιώνει στον κοινωνικό της περίγυρο ή σε κάποιον ειδικό. Επιπλέον είναι μαθημένες να αποφεύγουν τις υπηρεσίες που μπορεί να προκαλέσουν την οργή των κακοποιών τους και να επιδεικνύουν ευαισθησία στην κατάχρηση αλκοόλ και άλλων παράνομων ναρκωτικών (Newberger κ.ά., 1992). Είναι πεπεισμένες ότι θα παραμείνουν για πάντα αβοήθητες στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης και ότι ο μόνος τους σύμμαχος είναι ο ίδιος τους ο εαυτός και κανένας άλλος. Μια ψευδής πεποίθηση καθώς η κακοποιημένη γυναίκα σταματάει να είναι θύμα και απελευθερώνεται της μόνο με την αποδοχή εξωτερικής βοήθειας (Walker, 1989).

Η περίοδος της εγκυμοσύνης συμβάλει την αύξηση του κύκλου της βίας (Walker, 1989). Τα στατιστικά δείχνουν ότι 95% των γυναικών που κακοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν κακοποιηθεί και πριν μείνουν έγκυες. Επίσης σημαντικό είναι ότι 4.3% των εγκύων γυναικών βίωσε σοβαρή βία με το δείγμα κακοποιημένων γυναικών να αποτελείται από μικρότερες ηλικίες με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαίδευση σε σχέση με τις μη κακοποιημένες. Στην ομάδα των πρώτων μια μεγάλη μερίδα των γυναικών είχε κάνει μια ή περισσότερες εκτρώσεις σε σχέση με την άλλη ομάδα (Hedin & Janson, 2000).

Επιπροσθέτως γυναίκες που έπεσαν θύματα πρώιμης σεξουαλικής κακοποίησης εμφανίζουν διαταραχές διατροφής, πόσο μάλλον οι γυναίκες που ετοιμάζονται να γίνουν μητέρες, επηρεάζοντας έμμεσα και την ανάπτυξη του παιδιού τους. Είναι υψίστης σημασίας κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης οι ειδικοί να ερευνούν και τυχόν διατροφικές ανωμαλίες και να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε αυτές ώστε με τις κατάλληλες παρεμβάσεις να εξαλειφθούν (Senior κ.ά., 2005).

Η κακοποιημένη γυναίκα, ανεξάρτητα από τις επιθυμίες της και τα δικαιώματα της, συνεχώς γίνεται αποδέκτης βίαιων ψυχολογικών, σωματικών και σεξουαλικών συμπεριφορών από τον σύζυγο της που σκοπό έχει μόνο την επιβολή ελέγχου. Δεν είναι καθόλου απίθανο να βρεθεί έστω μια φορά σε αυτή τη θέση οποιαδήποτε γυναίκα. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι για να χαρακτηριστεί μια γυναίκα ως κακοποιημένη, ο κύκλος της βίας θα πρέπει να λάβει χώρα τουλάχιστον 2 φορές (Walker, 1989).

Τα αποτελέσματα στην έρευνα Newberger (1992) υποδηλώνουν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί στην εγκυμοσύνη να γεννήσουν παιδιά χαμηλού βάρους. Η σχέση μεταξύ της θυματοποίησης των γυναικών και του χαμηλού βάρους γέννησης των παιδιών μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Άμεσα φανερώνεται από διάφορους βιολογικούς μηχανισμούς. Μια σωματική ή σεξουαλική επίθεση που περιλαμβάνει κοιλιακό τραύμα μπορεί να προκαλέσει αποκόλληση πλακούντα, η οποία ανάλογα με την ηλικία κύησης τους εμβρύου θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια του κυήματος ή πρώιμη έναρξη του τοκετού επομένως και προωρότητα (Newberger κ.ά., 1992). Άλλες επιπτώσεις κοιλιακού τραύματος κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να περιλαμβάνουν κατάγματα εμβρύου, ρήξη μήτρας, ήπατος, σπλήνα, κάταγμα πυέλου και αιμορραγία πριν από τον τοκετό (Mezey, 2003). Επιπλέον το τραύμα μπορεί να προκαλέσει συσπάσεις στην μήτρα πρόωρη ρήξη των υμένων και λοίμωξη που οδηγεί σε πρόωρη έναρξη του τοκετού και πιθανή απώλεια του εμβρύου.

Αξιοσημείωτα είναι επίσης τα αποτελέσματα που προκύπτουν από μια μελέτη που έγινε το 2001 σε 959 γυναίκες στο Χονγκ Κονγκ, με την οποία διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αυξημένη συσχέτιση της κατάθλιψης στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης με την εφαρμογή επισκληρίδιας αναισθησίας, αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών αλλά και με την είσοδο πολλών νεογνών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας (Chung κ.ά., 2001).

#### 4.2.2 Επιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας μετά την εγκυμοσύνη

Οι κακοποιητικές συμπεριφορές στο οικογενειακό περιβάλλον σε συνδυασμό με τις ορμονικές διαταραχές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, καθώς και μετά το πέρας αυτής είναι σχεδόν βέβαιο να συμβάλλουν στην εμφάνιση επιλόχειου κατάθλιψης. Συνήθως γίνεται αντιληπτή εντός 3 μηνών από τον τοκετό και εκτός από την αυξημένη θνησιμότητα λόγω αυτοκτονιών, μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στις γνωστικές λειτουργίες της μητέρας και κατ' επέκταση στο να φροντίσει τα παιδιά της (Φίλιππα, 2021). Κύριο προγνωστικό παράγοντα για την ύπαρξη αυτοκαταστροφικών σκέψεων αποτελεί η σεξουαλική κακοποίηση. Δεν είναι λίγες οι γυναίκες που παραδέχονται πως αν δεν είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση δεν θα επιχειρούσαν να αυτοκτονήσουν (Curtis, 2006).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν λάβει χώρα σε μαιευτικές κλινικές γνωστοποιήθηκε ότι οι γυναίκες που ανέφεραν την ύπαρξη κακοποίησης όσο ήταν έγκυες, είχαν 4,21 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με εκείνες που δεν ανέφεραν παρόμοια περιστατικά (Ogbonnaya κ.ά., 2013). Αν δεν διαγνωσθεί και δεν θεραπευτεί μετά τον τοκετό, μπορεί να επηρεάσει δυννητικά τον δεσμό μητέρας- παιδιού. Η μητέρα που πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του βρέφους της (J. F. Cohn κ.ά., 1990), υπάρχουν στιγμές που δείχνει να ενοχλείται από την παρουσία των παιδιών της, τα οποία καταλήγουν να νιώθουν ανασφάλεια (Martin κ.ά., 2006). Η συνύπαρξη παιδιών με τις καταθλιπτικές μητέρες τους είναι πιθανό να επηρεάσει όλη τους την πορεία αναπτυξιακά και να εμφανίσουν συμπεριφορικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα των παιδιών που μεγάλωσαν δίπλα σε καταθλιπτικές μητέρες είναι το θλιμμένο βλέμμα και το ανέκφραστο πρόσωπο (Alvarez-Segura κ.ά., 2014).

Τέλος όσον αφορά την μητέρα, η κακοποίηση της μπορεί να οδηγήσει στην επιδείνωση της υγείας της μετέπειτα, εμφανίζοντας χρόνιες ασθένειες όπως υπέρταση, διαβήτη, ή άσθμα τα οποία μπορούν να επιφέρουν επιβλαβείς επιπτώσεις στο έμβρυο (Newberger κ.ά., 1992).

Η ενδοοικογενειακή βία κατά την περίοδο της εγκυμοσύνη είναι πιθανόν να επηρεάσει και την γαλακτογένεση των θυμάτων. Αυτό συμβαίνει διότι τα επίπεδα κορτιζόλης είτε είναι πολύ μειωμένα, όπως συμβαίνει στην διαταραχή μετατραυματικού στρες, είτε είναι αυξημένα, όπως συμβαίνει στην κατάθλιψη

(Kendall-Tackett, 2000). Τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης οδηγούν συνήθως σε καθυστέρηση της έναρξης της γαλακτογένεσης κάποιες μέρες μετά τον τοκετό (Grajeda & Pérez-Escamilla, 2002). Αυτό είναι αρκετό για να πιστέψει η γυναίκα ότι δεν μπορεί να παράγει αρκετό γάλα για το μωρό της και να σταματήσει την διαδικασία του θηλασμού. Για να γίνει επιτυχής εγκαθίδρυση του θηλασμού είναι απαραίτητη η σωστή διαχείριση της εκάστοτε κατάστασης από τους επαγγελματίες υγείας (Kendall-Tackett, 2007). Είναι επίσης πιθανό οι κακοποιητικοί σύντροφοι να μην υποστηρίζουν διαδικασίες όπως τον θηλασμό, γεγονός που οφείλεται στην παθολογική τους ζήλεια με αποτέλεσμα η γυναίκα να αποθαρρυνθεί τελείως και να σταματήσει τον θηλασμό (Scott κ.ά., 2006). Η κακοποίηση λοιπόν είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε παύση της διαδικασίας του θηλασμού, γεγονός το οποίο αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης ασθενειών στα μωρά. Τα νεογνά που δεν τρέφονται με το πρωτόγαλα (πύαρ) είναι πιο ευάλωτα σε ασθένειες και λοιμώξεις μελλοντικά καθώς ότι μόνο το μητρικό γάλα μπορεί να παρέχει τα απαιτούμενα θρεπτικά και ανοσολογικά στοιχεία που χρειάζονται (Kendall-Tackett, 2007).

### **4.3. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ Ή ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

Η χρήση ουσιών έχει σημαντική επιρροή στην υγεία της κοινωνίας. Ορίζεται ως η παρατεταμένη ή περιστασιακή χρήση ουσιών που οδηγούν στη σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση από την εθιστική ουσία. Έχει προκαλέσει μεγάλη αύξηση των περιστατικών βίας σε όλο τον κόσμο αλλά κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αν δεν γίνουν κάποια βήματα για τον περιορισμό της χρήσης ουσιών, το μέλλον φαντάζει δυσοίωνα. Η κατάχρηση ουσιών από τους άνδρες ευθύνεται για την ενδοοικογενειακή βία, συμπεριλαμβανομένου και του βιασμού που συμβαίνει στο οικογενειακό περιβάλλον (Bhatt, 1998).

Μια μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, επιβεβαιώνει ότι τα άτομα που ασκούν βία, εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, άνδρες που βιαιοπράγησαν, εμφάνιζαν παραπάνω συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας καθώς και εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με άλλα μη βίαια άτομα (Yang κ.ά., 2013)

Η μακροχρόνια έκθεση σε απειλητικά για την ζωή περιστατικά, όπως την ενδοοικογενειακή κακοποίηση συσχετίζεται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Howard κ.ά., 2010), όπως η κατάθλιψη, φοβίες, χρήση αλκοόλ και άλλων παράνομων

ουσιών (Trevillion κ.ά., 2012). Η κατάχρηση ουσιών από τις έγκυες γυναίκες είναι αρκετά επικίνδυνη για την εγκυμονούσα και το παιδί, δεδομένου ότι αυξάνει την πιθανότητα ενδομήτριου ή νεογνικού θανάτου, προωρότητας και παιδικής κακοποίησης αργότερα (Connolly κ.ά., 2013). Συμβαίνει σε συχνότητα 10-12% του συνόλου των κυήσεων με δεδομένα βασισμένα σε τοξικολογικές εξετάσεις. Σαφώς εγκυμονούν κίνδυνοι για το έμβρυο αν η μητέρα είναι χρόνια αλκοολική, τοξικομανής ή αντίστοιχα καπνίστρια. Αυτά σε συνδυασμό ή μεμονωμένα μπορούν να οδηγήσουν σε εμβρυικές δυσπλασίες, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (Bhatt, 1998), διπλασιασμός του κινδύνου χαμηλού βάρους γέννησης και αύξηση της θνησιγένειας (Newberger κ.ά., 1992).

Οι γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία μπορεί να κάνουν χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ για να καλύψουν την ντροπή τους και τα βάσανα τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το τσιγάρο είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για καθυστέρηση της νεογνικής ανάπτυξης (Newberger κ.ά., 1992). Το τσιγάρο είναι το σύμβολο του μοντερνισμού και του κοινωνικού κύρους (Bhatt, 1998), όμως κατά την καύση της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα παράγονται ουσίες με επιβλαβή δράση. Η νικοτίνη διέρχεται τον πλακούντα περνάει στην εμβρυική κυκλοφορία και στο αμνιακό υγρό πολύ περισσότερο απ' ό τι στην μητρική κυκλοφορία. Αυτό που προκαλείται είναι έντονη αγγειοσύσπαση, με αποτέλεσμα να παρέχεται ελάχιστο αίμα στην μήτρα τον πλακούντα και τα όργανα του εμβρύου. Το μονοξείδιο του άνθρακα διέρχεται επίσης τον πλακούντα, συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη, παρεκτοπίζοντας το οξυγόνο από τις αντίστοιχες θέσεις. Επακόλουθο είναι να εμφανιστεί τοπική υποξία καθώς ελαχιστοποιείται η παροχή οξυγόνου στους εμβρυικούς ιστούς που ακόμα αναπτύσσονται. Οι Μελέτες έχουν δείξει ότι ο καπνός μπορεί να είναι αιτία για νεογνά χαμηλού βάρους (λιποβαρή), μικρή ηλικία κύησης, νευροαναπτυξιακές ανωμαλίες νεογνού, κοινωνική απομόνωση, ευερεθιστότητα, υψηλά ποσοστά αυτόματης αποβολής, ανεπιθύμητες αλλαγές στον πλακούντα, υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης συγγενούς δυσπλασίας και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα (Πράπας, 2010). Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία σε γυναίκες με νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης, το 56% των γυναικών που είχαν δεχθεί σεξουαλική βία όσο ήταν παιδιά, κάπνιζε όσο ήταν έγκυος για να χαλαρώσει από το στρες, σε αντίθεση με το 31% που δεν είχε βιασθεί (Grimstad & Schei, 1999) Όλα τα παραπάνω πιθανόν είναι να μην θεωρηθούν ως προφανής βία,

όμως θα πρέπει να θεωρηθούν ως ανεπαίσθητη βία στο ανυπεράσπιστο έμβρυο (Bhatt, 1998).

Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ από την έγκυο, μπορεί να επηρεάσει την εμβρυική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα 1/100 νεογνά που γεννιούνται από εγκύους που κάνουν χρήση αλκοόλ επηρεάζονται, ενώ το 30-50% των εγκύων που καταναλώνει περισσότερα από (6-8) ποτά την ημέρα εμφανίζει σύνδρομο αλκοολικού εμβρύου. Η δράση της αιθανόλης είναι γρήγορη και η τοξικότητα της άμεση, επηρεάζοντας την λειτουργία των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη, σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη) και προκαλώντας δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες στον εγκέφαλο. Επίσης εκκρίνεται στο μητρικό γάλα επομένως αντενδείκνυται η χρήση του και κατά την διάρκεια της γαλουχίας. Οι επιπλοκές στο έμβρυο είναι πολυάριθμες, ξεκινούν από αυτόματη αποβολή ή ενδομήτριο θάνατο, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, χαμηλό βάρος γέννησης και ολοκληρώνονται με το στερητικό αλκοολικό σύνδρομο. Ένα σύνδρομο το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί ως έμμεση μορφή βίας στο έμβρυο το οποίο εμφανίζει συγγενείς ανωμαλίες (μικροφθαλμία, λαγώχειλο, λυκόστομα, υποπλασία μύτης- γέφυρας, μικρογναθία, ανωμαλίες εγκεφάλου, καρδιάς και σπονδυλικής στήλης), διαταραχές προσωπικότητας (ελλειμματική προσοχή, μαθησιακές δυσκολίες) νοητική στέρηση, διαταραχές σωματικής ανάπτυξης, υπερκινητικότητα, ακόμα και επιληψία (Πράπας, 2010). Τα βρέφη με στερητικό σύνδρομο γεννιούνται ψάχνοντας για την δόση τους, γι' αυτό και παρουσιάζουν συμπτώματα όπως σπασμούς, τρόμο, τρέμουλο και υψηλή ευερεθιστότητα. Ακόμη εμφανίζουν διαταραχές στον ύπνο τους και βγάζουν περίεργες κραυγές, συμπτώματα που παραμένουν για αρκετό καιρό. Η διάγνωση αυτών των νεογνών είναι σημαντική καθώς από την γέννηση τους και για λίγο χρονικά διάστημα τους δίνονται υποκατάστατα ουσιών για να απεξαρτηθούν σταδιακά. Σε σχέση με τα βρέφη μη εθισμένων μητέρων έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν, διότι είναι επιρρεπή σε παθήσεις του αναπνευστικού (Φίλιππα, 2021).

#### **4.4 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΚΟΡΟΝΟΙΟΥ**

Τον Δεκέμβριο του 2019 αναφέρθηκαν περιστατικά πνευμονίας άγνωστης προέλευσης στην πόλη Wuhan της Κίνας. Έπειτα από αρκετή έρευνα απομονώθηκε ο υπαίτιος ιός για αυτή την ιογενή νόσο, που ονομάστηκε νόσος COVID-19 (Coronavirus disease 2019) . Πρόκειται για μια περίπτωση σοβαρού οξέος αναπνευστικού



συνδρόμου το οποίο εξαπλώνεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, από τον βήχα ή το φτέρνισμα, μέσω σταγονιδίων εντός 2-14 ημερών από την μόλυνση. Η λοίμωξη από το νέο αυτό στέλεχος του κορονοϊού προκαλεί κυρίως συμπτώματα πυρετού, βήχα και αναπνευστικής δυσχέρειας. Καθώς η επιδημία άρχισε να εξαπλώνεται και να σημειώνονται χιλιάδες θάνατοι, κηρύχθηκε από τον Π.Ο.Υ ως πανδημία στις 12 Μαρτίου του 2020 (Shabaan κ.ά., 2021).

Ο COVID-19 οδήγησε σε μια μεγάλη κρίση δημόσιας υγείας που έχει κατακλύσει εκατομμύρια ανθρώπους, χωρίς να κάνει διακρίσεις. Παρόλα αυτά είναι δύσκολο να εξισώσουμε τις συνέπειες αυτής της έξαρσης, καθώς δεν επηρεάστηκαν στον ίδιο βαθμό όλα τα κοινωνικά στρώματα. Οι Κυβερνήσεις διάφορων χωρών ως απάντηση στον περιορισμό της εξάπλωσης αυτής της λοίμωξης, θέσπισαν καραντίνα στο σπίτι και lockdown. Η κινητικότητα τέθηκε υπό επιτήρηση και οι άνθρωποι παρέμεναν σπίτι. Οι συνέπειες αυτών των μέτρων ως επί το πλείστον επηρέασαν τους ήδη ευάλωτους, τους φτωχούς, τους άστεγους, τα παιδιά, τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα τις γυναίκες. Η καθημερινότητα επί κορονοϊού υποχρέωνε όλα τα μέλη της οικογένειας να μείνουν σπίτι για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, το οποίο πρακτικά σημαίνει ότι σε μια πατριαρχική κοινωνία, η γυναίκα καλείται να φροντίσει όλα τα υπόλοιπα μέλη σιτίζοντας τα περισσότερες φορές την ημέρα απ' ότι συνήθως. Επίσης αναμενόμενο ήταν να διακόψουν προσωρινά την εργασία τους, όσοι δεν εργάζονταν σε κάποιο φορέα ή επιχείρηση που παρέμειναν ανοικτά στο lockdown, εφόσον δεν ήταν δυνατόν να εργαστούν από το σπίτι. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα πολλά νοικοκυριά να κυριευτούν από άγχος, απογοήτευση και αβεβαιότητα. Ο συνδυασμός αυτών των τριών, ειδικά σε πατριαρχικές κοινωνίες, οδήγησε σε διεστραμμένες εκφράσεις βίας εναντίον των εξαρτώμενων μελών, δηλαδή τους ηλικιωμένους, τα παιδιά και τις γυναίκες. Ως αποτέλεσμα τα ποσοστά κακοποίησης αυξήθηκαν με καλπάζοντα ρυθμό (Ghoshal, 2020). Η Phumzile Mlambo-Ngcuka, διευθύντρια των Ηνωμένων Εθνών δήλωσε ότι ο εγκλεισμός ενισχύει την ένταση και την πίεση που δημιουργείται από τις ανησυχίες για την ασφάλεια, την υγεία και τα χρήματα και αυξάνει την απομόνωση για τις γυναίκες με βίαιους συντρόφους. Περιέγραψε την κατάσταση ως «μια δυσμενής συγκυρία ελέγχου και βίαιης συμπεριφοράς πίσω από κλειστές πόρτες» (United Nations, 2020). Ο Π.Ο.Υ. έχει δώσει προτεραιότητα στην επείγουσα ανάγκη να αναγνωριστεί ότι, η βία κατά των γυναικών εξακολουθεί να αποτελεί μείζονα παγκόσμια απειλή για την δημόσια υγεία των γυναικών κατά την διάρκεια

καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (World Health Organization, 2020). Η κρίση που έχει επιφέρει ο COVID πέρα από μία σειρά έμφυλων συνεπειών, έχει δώσει το έναυσμα ώστε να αυξηθούν τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας.

Η ενδοοικογενειακή βία προκάλεσε ποικίλες συνέπειες, όπως άμεσο τραυματισμό, μακροχρόνιο σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα, επηρεάζοντας όλα τα μέλη της οικογένειας. Οι συνέπειες αυτές μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα και τις μετέπειτα γενιές. Σύμφωνα με μια έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι γυναίκες που έχουν βιώσει βία ή κακοποίηση κάτω από αυτές τις συνθήκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποβάλουν και η εμπειρία ενός τέτοιου περιστατικού διπλασιάζει τις πιθανότητες κατάθλιψης (United Nations, 2020).

Τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας έχουν ήδη αυξηθεί σε πολλές χώρες που πλήγηκαν από τον κορονοϊό, όπως η Βραζιλία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Κίνα οι Ηνωμένες πολιτείες, η Αυστραλία και η Ελλάδα. Στην επαρχία Χουμπέι της Κίνας τα ποσοστά ενδοοικογενειακής κακοποίησης κατά την διάρκεια του lockdown τριπλασιάστηκαν σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος για την ίδια περίοδο και την ίδια έκταση. Αναφορές για αυξημένη ενδοοικογενειακή βία προέρχονται επίσης από τον Λίβανο και την Μαλαισία. Στην Αγγλία η Εθνική Γραμμή Βοήθειας αρμόδια για την βία εντός της οικογένειας σημείωσε αύξηση 25% σε κλήσεις και διαδικτυακά μηνύματα μετά την έναρξη του lockdown, ενώ στην Κύπρο πάνω από 30%. Οι εκκλήσεις αυτές έγιναν από γυναίκες που έχουν πρόσβαση σε κινητό τηλέφωνο, που μπορούν να φύγουν από το σπίτι για ένα μικρό χρονικό διάστημα ή να εξασφαλίσουν την ιδιωτικότητα τους μέσα σε αυτό ώστε να πραγματοποιήσουν την κλήση. Αρκετές όμως ήταν και εκείνες που δεν θα μπορούσαν να διαχειριστούν όλα τα παραπάνω ώστε να καλέσουν σε κάποια Γραμμή Υποστήριξης. Στην Ελλάδα οι Αστυνομικές Δυνάμεις επένδυσαν σε δημόσιες εκστρατείες ευαισθητοποίησης σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία κατά την διάρκεια της πανδημίας και σε στρατηγικές που θα βοηθούσαν τα θύματα στην αναζήτηση βοήθειας. Ο Π.Ο.Υ και ο Ο.Η.Ε. αναγνώρισαν ότι η απειλή προς τις γυναίκες κατά την περίοδο του COVID είναι μείζονος σημασίας (Ghoshal, 2020)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Διάφοροι οργανισμοί υγείας βρίσκονται στο πλευρό των εκτιθημένων σε ενδοοικογενειακή βία γυναικών. Ωστόσο, αυτές οι γυναίκες δεν μπορούν να μοιραστούν τα προβλήματά τους για πολλούς λόγους, όπως η ντροπή μπροστά στο υγειονομικό προσωπικό, ο φόβος του ατόμου που διέπραξε τη βία και η ενοχή (Sis Çelik & Aydın, 2019). Οι επιβιώσασες γυναίκες από την άσκηση βίας αργούν ή παρεμποδίζονται να αναζητήσουν μαιευτική παρακολούθηση και φροντίδα με αποτέλεσμα οι επιπτώσεις να αυξάνονται. Η μεταγεννητική περίοδος που αποτελείται από τον ερχομό του νέου μέλους στο σπίτι, είναι μια περίοδος που οι μορφές βίας ενδέχεται να αυξηθούν προς την γυναίκα ή και να στραφούν προς το νεογνό. Το μαιευτικό προσωπικό πρέπει με τα κατάλληλα μέσα να συμβάλει στην ανίχνευση και στην διαχείριση αυτού του φαινομένου (Σκαλιώνη, 2022).

Για όλους τους ανθρώπους ζωτικής σημασίας είναι η δημόσια υγεία. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην μητρότητα κατέχει μοναδική θέση στην επιρροή της τρέχουσας και της μελλοντικής υγείας της μητέρας και του βρέφους. Κομβικό ρόλο στην παροχή αυτών των υπηρεσιών παίζουν οι επαγγελματίες υγείας που ασκούν την μαιευτική. Οι μαίες παρέχουν φροντίδα στις πιο κρίσιμες στιγμές πριν ή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της τεκνοποίησης. Καθώς εμπλέκονται όλο και περισσότερο σε όλες τις πτυχές της παροχής φροντίδας για την μητρότητα, ο ρόλος τους στην διασφάλιση της συνολικής υγείας των μητέρων και των βρεφών πρέπει να καταστεί σαφέστερος. Είναι πρόπων να αναγνωρίσουμε την σημαντική συμβολή των μαίων στην υγεία της μητέρας και στην ανάδειξη ότι η μαιευτική πρακτική μπορεί να έχει ένα βαθύ αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού (Biro, 2011).

Παρόλα αυτά το επάγγελμα της μαιευτικής νομιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1902 σε Αγγλία και Ιρλανδία, με αποτέλεσμα να παρατηρηθούν αυξημένα περιστατικά νοσηλείας για τους φυσιολογικούς τοκετούς, με τους γιατρούς να επιτελούν σημαντικότερο έργο, απ' ότι πρότινος, στην διεξαγωγή τους. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι μαίες σε ορισμένα νοσοκομεία ενεργούν περισσότερο ως μαιευτήρες νοσηλεύτριες παρά ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες, κι αυτό γιατί η εκπαίδευση τους

μπορεί να είναι αναποτελεσματική ή η δομή και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας να μην τους το επιτρέπει (Begley, 2001).

Η μαιευτική αναγνωρίζεται ως ένα συναισθηματικό επάγγελμα και είναι δύσκολο αφενός οι φοιτητές και αφετέρου οι επαγγελματίες αργότερα να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε εξαιρετικά συναισθηματικές, απρόβλεπτες αποκαλύψεις και σε διάφορες μορφές κακοποίησης (Smith κ.α., 2018). Μέρος του εκπαιδευτικού προγράμματος των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι μαθήματα για την κοινωνική ανισότητα των φύλων καθώς και η ενδοοικογενειακή βία. Τα μαθήματα αυτά θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι μαθητές τα παρακολουθούν. Το ζήτημα της βίας κατά των γυναικών θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με την ενσωμάτωση μαθημάτων που αφορούν θέματα όπως η υγεία των γυναικών, η κοινοτική υγειονομική περίθαλψη, η ψυχική υγεία και η υγεία των παιδιών. Η μάθηση αυτή πρέπει να υποστηρίζεται τόσο με εκπαίδευση πιστοποίησης όσο και με εκπαιδεύσεις σε άλλα περιβάλλοντα, όπως συνεδριάσεις και συνέδρια που σχετίζονται με την επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας, ώστε να διατηρείται επ' αόριστον (Sis Çelik & Aydın, 2019).

Το μοντέλο της μαιευτικής φροντίδας έχει κάποια χαρακτηριστικά όπως, την αναγνώριση της κανονικότητας και μοναδικότητας της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξη του ατόμου μέσα από την εμπειρία της εγκυμοσύνης. Μέσα από την ανταλλαγή πληροφοριών καθιστά την οικογένεια και πιο συγκεκριμένα την γυναίκα να γίνει υπεύθυνη στην λήψη αποφάσεων. Στόχος της μαιευτικής φροντίδας είναι η υγεία της μητέρας και του βρέφους, καθώς και η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών. Κεντρικό στοιχείο της νέας μαιευτικής είναι οι έννοιες της επιλογής, της συνέχειας και της αυτονομίας καθώς αντικατοπτρίζει έννοιες που προωθήθηκαν μέσα στον φεμινισμό (Hyde & Roche-Reid, 2004).

Για όλους τους επαγγελματίες υγείας, έτσι και για το μαιευτικό προσωπικό διατίθεται μια διεθνής στρατηγική για την πρόληψη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, η οποία προβλέπει:

1. Να διαθέτουν κατάλληλα κριτήρια
2. Λήψη ειδικής εκπαίδευσης για άμεση παρέμβαση
3. Ποιους ασθενείς και με ποιο τρόπο να ρωτήσουν για πιθανή βία
4. Αποτελεσματικά μέσα για την αποκάλυψη ενός περιστατικού

5. Συλλογή αποδεικτικών στοιχείων
6. Συνεχής ενημέρωση για το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας
7. Να έχουν γνώση της νομοθεσίας
8. Υπηρεσίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου
9. Αντιλήψεις του φροντιστή
10. Εμπειρία του φροντιστή
11. Χρόνος και συχνότητα εκπαίδευσης
12. Παρακολούθηση και Αξιολόγηση Υπηρεσιών
13. Πρόσθετη αξιολόγηση από υπηρεσίες που προστατεύουν κακοποιημένες γυναίκες
14. Δημιουργία τμημάτων για την φροντίδα των θυμάτων
15. Συνεργασία μεταξύ διαφόρων τμημάτων
16. Ψυχολογική υποστήριξη φροντιστών (Stewart κ.ά., 2015).

## **5.1 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Οι μαίες και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε υπηρεσίες μητρότητας βρίσκονται σε ιδανική θέση για να εργαστούν με γυναίκες που εντοπίζουν ότι έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία. Μπορούν να τους παρέχουν υποστήριξη και να τις παραπέμπουν κατάλληλα αν ποτέ κριθεί αναγκαίο (Eustace, 2016). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να δημιουργήσουν ένα ασφαλές και αξιόπιστο περιβάλλον για τις γυναίκες και, ως εκ τούτου, να είναι σε μοναδική θέση ώστε να εκμαιεύσουν σημαντικές πληροφορίες και να παρέχουν ειδική υποστήριξη (Mauri κ.ά., 2015). Σύμφωνα με το άρθρο 37 «Υπηρεσίες κατ' οίκον μαιευτικής φροντίδας – Μαίες στο σπίτι», το νόμου με τίτλο «ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑ»:

**1.** Η κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα αναπτύσσεται για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε εγκύους, λεχώνες και νεογέννητα για την καλή έκβαση της εγκυμοσύνης, του τοκετού, καθώς και την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου των συντρόφων τόσο ψυχολογικά όσο και βιολογικά.

**2.** Η κατ' οίκον μαιευτική φροντίδα μπορεί να αναπτυχθεί και να οργανωθεί από δημόσιους οργανισμούς υγείας, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, είτε κερδοσκοπικού είτε μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τοπικές αρχές πρώτης τάξης και τα

νομικά τους πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς και ιδιώτες επαγγελματίες υγείας με σχετικά επαγγελματικά δικαιώματα.

**3.** Η κατ' οίκον μαιευτική περίθαλψη έχει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την περιγεννητική φροντίδα και τη συμπτωματική φροντίδα όλων των εγκύων και λεχωίδων, ιδίως των εγκύων με απειλούμενη εγκυμοσύνη, των λεχωίδων μετά από καισαρική τομή και των νεογνών που εμφανίζουν ίκτερο. Αποκατάσταση μετά τη νοσηλεία και σταθεροποίηση της υγείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας και μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, καθώς και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και του οικογενειακού προγραμματισμού (<http://www.opengov.gr/yyka/?p=3650>)

Μια σειρά σύντομων απεικονιστικών τεχνικών έχει αποδειχθεί σχετικά έγκυρη και αξιόπιστη για χρήση σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης και υπάρχουν επαρκή στοιχεία ότι αυτός ο έλεγχος είναι αποδεκτός από έγκυες γυναίκες. Παρόλα αυτά δεν εφαρμόζεται αυτός ο συστηματικός έλεγχος τακτικά από μαιές, νοσοκόμες και γυναικολόγους που εργάζονται σε εγκαταστάσεις με σχεδιασμένη ειδική εκπαίδευση ,συγκεκριμένα πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες (Mauri κ.ά., 2015). Είναι επιτακτική ανάγκη οι μαιές να βασίζονται το έργο τους στην αρχή του «Ωφελείν, ή μη βλάπτειν» (Biro, 2011). Η θεμελιώδης αυτή αρχή που διατυπώθηκε από τον Ιπποκράτη αναφέρεται στο καθήκον και την υποχρέωση του θεραπευτή να ωφελεί τον ασθενή με ανιδιοτέλεια, χωρίς να προκαλεί βλάβη (News247, 2021).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2017), οι υπηρεσίες υγείας ως στόχο πρέπει να έχουν την ενδυνάμωση της μητρικής αυτοπεποίθησης, εφαρμόζοντας γυναικοκεντρική πρακτική, καθώς μεριμνούν για να έχουν θετική εμπειρία όσον αφορά την γέννα και την μητρότητα. Η μαία ή ο μαιευτής είναι τα κατάλληλα πρόσωπα για να εμπιστευτεί η γυναίκα που διανύει μια εγκυμοσύνη, καθώς η στενή σχέση τους δεν είναι ικανή ώστε να κινήσει υποψίες στον κακοποιητικό σύντροφο. Στην Ελληνική κοινωνία έχει υποτιμηθεί αρκετά ο ρόλος του μαιευτικού προσωπικού, γεγονός που πρέπει να διορθωθεί διότι είναι πολύ σημαντικός (Σκαλιώνη, 2022). Γι' αυτό και σύγχρονη μαιευτική θα πρέπει να έχει ως βάση της το σύνθημα «Η μαία/ ο μαιευτής μαζί με την γυναίκα» (Bradfield κ.ά., 2019).

Προγράμματα ρουτίνας προγεννητικού ελέγχου για την κατάθλιψη και την ενδοοικογενειακή βία δεν υποστηρίζονται, επομένως η ευρεία εισαγωγή τους θα

μπορούσε ενδεχομένως να κάνει περισσότερο κακό παρά καλό. Η έλλειψη εκπαίδευσης, ο περιορισμένος χρόνος και ο φόβος μήπως προσβάλουν τις γυναίκες, αναφέρονται κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας ως τους λόγους για τους οποίους δεν θέλουν να εμπλακούν με το θέμα.

Μια πρόσφατη έρευνα σε μαιευτήρια στη Σκωτία διαπίστωσε ότι μόνο το 15% των μαιών ρωτούσε τακτικά για την ενδοοικογενειακή βία, ενώ το 45% μόνο όταν υπήρχαν ενδείξεις (Foy κ.ά., 2000). Μια Βρετανική μελέτη για τη στάση των μαιών απέναντι στην ενδοοικογενειακή βία διαπίστωσε ότι το 55% διαφώνησε με το ότι οι ερωτήσεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία πρέπει να αποτελούν μέρος της προγεννητικής αξιολόγησης και μόνο το 49% πίστευε ότι η μαία καλείται να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη φροντίδα των γυναικών που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία (Scobie & McGuire, 1999).

Σε μια αυστραλιανή έρευνα που σκοπό έχει την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των σπουδαστών της μαιευτικής όσον αφορά την ανίχνευση και την διαχείριση της ενδοοικογενειακής βίας, οι φοιτητές κλήθηκαν να κάνουν δυο τυπικές ερωτήσεις σε ασθενείς. Η πρώτη ερώτηση ήταν: «Τους τελευταίους 12 μήνες, έχετε χτυπηθεί, χαστουκιστεί ή πληγωθεί με οποιονδήποτε τρόπο από τον σύντροφό σας ή έναν πρώην σύντροφο;». Η δεύτερη τυπική ερώτηση ήταν: «Φοβάστε τον σύντροφό σας ή έναν πρώην σύντροφό σας». Εάν η απάντηση ήταν αρνητική, της παρείχαν απλά πληροφορίες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία και ο έλεγχος είχε ολοκληρωθεί. Εάν όμως φανερωνόταν η οποιαδήποτε μορφή βίας, τότε γίνονταν περαιτέρω ερωτήσεις σχετικά με το αν η γυναίκα νιώθει ασφαλής να γυρίσει σπίτι ή αν χρειάζεται κάποια βοήθεια για την εξασφάλιση της δικής της ακεραιότητας, καθώς και των παιδιών που είναι υπό την φροντίδα της (Smith κ.α., 2018).

Για να εφαρμοστεί και να διατηρηθεί ένα πρόγραμμα ανίχνευσης της ενδοοικογενειακής βίας θα πρέπει να υπάρχει ενεργή παρακολούθηση και έλεγχος, να παρέχεται υποστήριξη για την αντιμετώπιση της δυσφορίας μετά από την αποκάλυψη, καθώς και ο χώρος και ο χρόνος για ασφαλή και αποτελεσματικό έλεγχο (Mezey, 2003).

## **5.2 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Ακόμα η ενδοοικογενειακή βία κατά των εγκύων γυναικών είναι ένα ευαίσθητο θέμα που φαίνεται να είναι ταμπού σε μερικές κοινωνίες, γι' αυτό και είναι δύσκολο

να προσεγγιστεί σε μία κλινική συνάντηση. Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε το 2012 στην Ιταλία οι μαίες φάνηκε να έχουν ελάχιστη γνώση επί του θέματος και αισθάνονται απροετοίμαστες να ασχοληθούν με αυτό το ζήτημα. Πιστεύουν ότι η εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων κατάρτισης θα ήταν παραπάνω από χρήσιμη για τις ίδιες καθώς και για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Δεν είναι ακόμα τόσο σαφές ποιος πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα (Mauri κ.ά., 2015). Παρόλα αυτά δυο μελέτες στη Σουηδία και στην Αμερική έδειξαν ότι οι εγκυμονούσες βρίσκουν αποδεκτό να ερωτηθούν από την Μαία τους αν έχουν υπάρξει θύματα βίας. Προϋπόθεση αυτής της έρευνας είναι να διεξαχθεί σε ένα ασφαλές, εμπιστευτικό περιβάλλον και ο επαγγελματίας υγείας να διακατέχεται από ενσυναίσθηση και να μην είναι επικριτικός.

Είναι στο χέρι της μαίας να εξασφαλίσει αυτό το περιβάλλον ζητώντας από τον σύντροφο να φύγει από το δωμάτιο και να προβεί σε ιδιωτική συζήτηση με την γυναίκα (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Μια τέτοια συζήτηση μπροστά στο σύντροφο, στην οικογένεια ή σε φίλους μπορεί να θέσει και την ίδια καθώς και την γυναίκα σε κίνδυνο (Mezey, 2003). Οι μαίες και οι νοσοκόμες είναι τα βασικά σημεία επαφής για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, καθώς δημιουργούν στενές εργασιακές σχέσεις με τις ασθενείς τους και ανήκουν σε μια επαγγελματική ομάδα που αποτελείται κυρίως από γυναίκες (Sis Çelik & Aydın, 2019). Η συμβουλευτική σε γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία απαιτεί κατάλληλες δεξιότητες, εμπειρία και μπορεί να είναι χρονοβόρα. Επομένως για πολλούς λόγους δεν μπορεί πάντα όλο το προσωπικό να διαχειριστεί ένα τέτοιο θέμα.

Έγινε μια έρευνα ανάμεσα σε μαίες στο Λονδίνο το 2003, όσον αφορά τις εμπειρίες τους για θέματα ενδοοικογενειακής βίας. Κατά την διάρκεια της έρευνας πρότειναν την πρόσληψη μιας μαίας που να είναι υπεύθυνη για όλο τον έλεγχο ρουτίνας, διαθέσιμη για πιο περίπλοκα και εξειδικευμένα θέματα που αφορούν την κακοποίηση και να έχει διασυνδέσεις με εξωτερικούς φορείς. Επίσης να εκπαιδεύεται συνεχώς και θα διευρύνει τις γνώσεις της σε αυτόν τον τομέα (Mezey, 2003).



### 5.3 Η ΜΑΙΑ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Η δημόσια υγεία μπορεί να φαίνεται απομακρυσμένη από τις καθημερινές ανησυχίες ενός πολυάσχολου μαιευτηρίου και των μαιών που εργάζονται σε αυτό. Ωστόσο, με την κυβέρνηση της Κοινοπολιτείας να επικεντρώνεται στη μεταρρύθμιση της υγείας και των νοσοκομείων συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών μητρότητας, καθίσταται όλο και πιο σημαντικό οι μαιές να συμμετέχουν ενεργά στα ευρύτερα ζητήματα της δημόσιας υγείας (Biro, 2011). Οι μαιές χρειάζονται καλύτερες συνθήκες εργασίας και υποστήριξη για να έχουν δυνατότητες να ασχοληθούν με περίπλοκα θέματα, όπως αυτό της ενδοοικογενειακής βίας. Αν και γνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπάρχουν ορισμένα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν πριν από την εισαγωγή μιας έρευνας ρουτίνας (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Συχνά παρατηρούνται φραγμοί που εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν πιθανά θύματα, συμπεριλαμβανομένης της περιορισμένης γνώσης και ευαισθησίας στην κακοποίηση των γυναικών, καθώς και της δικής τους αντίληψης για την ενδοοικογενειακή βία και τον τρόπο αντιμετώπισης της (McGarry & Ali, 2018). Μια σημαντική ενέργεια για τους επαγγελματίες υγείας για τη βέλτιστη διαχείριση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας είναι να εκπαιδευτούν επαρκώς ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα, άμεση βοήθεια και περαιτέρω παραπομπή σε άλλους τομείς (Rigol-Cuadra κ.ά., 2015).

Η ενδοοικογενειακή βία είναι καλά κρυμμένη και δύσκολη να ανιχνευθεί, εν μέρει λόγω πολιτιστικών ταμπού, αλλά και λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και κατάρτισης. Μόνο η παρουσία εμφανών σωματικών ενδείξεων κάνουν τις μαιές να υποπτεύονται βία. Είναι πρόβλημα όλοι όσοι απαρτίζουν μια διεπιστημονική ομάδα (μαιές, γυναικολόγοι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) ή άλλες υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα, να μοιραστούν την ευθύνη για την φροντίδα των κακοποιημένων γυναικών, καθώς υπάρχει αβεβαιότητα ποιες παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές για την μείωση της βίας (Mauri κ.ά., 2015). Για μερικές γυναίκες μπορεί να είναι αρκετή η παροχή πληροφοριών που τους επιτρέπουν να έχουν πρόσβαση σε βοήθεια αν την χρειαστούν, ενώ σε άλλες περιπτώσεις οι απαιτήσεις ελεύθερου χρόνου των επαγγελματιών υγείας είναι πιο εκτεταμένες. Δεν είναι

ρεαλιστικό να περιμένουμε από τις μαίες να έχουν το χρόνο να παρέχουν τέτοια συμβουλευτική (Mezey, 2003).

Η συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες για μεμονωμένα θέματα είναι δυνατή. Οι μαιευτήρες συνδέονται άμεσα με μονάδες προγεννητικής φροντίδας. Αν κρίνουν αναγκαία την συμβουλευτική, η πρόσβαση σε ψυχολόγο και λειτουργό πρόνοιας είναι πάντα διαθέσιμη (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Η παρέμβαση, αντί να επικεντρώνεται σε επαγγελματίες υγείας, προσφέρεται καταλλήλως μέσω από κοινοτικούς πόρους και φορείς που υποστηρίζουν τακτικά τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας (Mezey, 2003). Οι μαίες και οι νοσηλεύτριες πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένες ώστε να ενεργούν υπεύθυνα εντοπίζοντας τέτοιες περιπτώσεις και να λαμβάνουν έγκαιρα δράση (Sis Çelik & Aydın, 2019).

Είναι σημαντικό οι μαίες να νιώθουν αυτοπεποίθηση και να είναι ικανές να εργαστούν στον τομέα της δημόσιας υγείας (Smith κ.α., 2018). Μελέτες έχουν δείξει ότι διάφοροι τομείς της πρακτικής της δημόσιας υγείας δεν δείχνουν εμπιστοσύνη στις μαίες όσον αφορά την ενδοοικογενειακή βία (McNeill κ.ά., 2012). Η εμπιστοσύνη σε τέτοια επαγγέλματα που βασίζονται στην πρακτική εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως την κλινική έκθεση, είτε αυτή είναι πραγματική είτε προσομοιωμένη, την εκπαιδευτική προετοιμασία καθώς και την συνεχή εξέλιξη των δεξιοτήτων. Η υπερβολική αυτοπεποίθηση δεν ισοδυναμεί πάντα με την ύπαρξη ικανοτήτων και αντιστρόφως (Donovan, 2008). Στο πλευρό των γυναικών και του μαιευτικού προσωπικού είναι πάντα η Ελληνική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία, η οποία οργανώνει δράσεις ενημέρωσης που απευθύνονται στο απλό κοινό, καθώς και σεμινάρια ή συνέδρια σε συνεργασία με σπουδαιούς Έλληνες αλλά και ξένους επιστήμονες.

#### **5.4 ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΘΥΜΑΤΩΝ**

Κρίνεται σημαντική η συνεργασία οργανωμένων δράσεων σε κοινωνικό επίπεδο για την πρόληψη της βίας και της γυναικείας κακοποίησης. Απαραίτητη επίσης είναι και η λειτουργία κέντρων και κοινωνικών δομών για συμβουλευτικούς σκοπούς (Mezey, 2003). Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης τονίζει ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη. Είναι απαραίτητο να λειτουργεί ένα συγκροτημένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών που σκοπό έχει να προσφέρει στήριξη τόσο ψυχοκοινωνικά όσο και νομικά, αλλά και ασφαλή διαμονή σε θύματα που έχουν επιβιώσει από άσκηση έμφυλης βίας (Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης, 2011).

Ένα δίκτυο δομών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας, έχει οργανωθεί από την Γενική Γραμματεία Δημογραφικής και Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων. Στο Δίκτυο αυτό περιλαμβάνονται :

- 28 συμβουλευτικά κέντρα για τα οποία είναι αρμόδιοι οι Δήμοι εντός των οποίων λειτουργούν.
- 14 συμβουλευτικά κέντρα για τα οποία είναι αρμόδιο το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.).
- Ένα συμβουλευτικό κέντρο για το οποίο είναι αρμόδια η Γενική Γραμματεία.

Τα Κέντρα παρέχουν δωρεάν κοινωνική, ψυχολογική υποστήριξη και νομική συμβουλευτική, ενώ οι υπηρεσίες τους απευθύνονται τόσο σε Ελληνίδες όσο και σε μετανάστριες/ πρόσφυγες, επιζώσες όλων των μορφών έμφυλης βίας. Εκτός από τα παραπάνω περιλαμβάνεται μια γραμμή έκτακτης ανάγκης, η γραμμή SOS 15900 και το mail [sos15900@isotita.gr](mailto:sos15900@isotita.gr), τα οποία κατόπιν επικοινωνίας ενημερώνουν το θύμα για το πως να κινηθεί. Τέλος υπάρχει και η ιστοσελίδα [metoogreece.gr](http://metoogreece.gr), μέσω του οποίου προσφέρονται σε γυναίκες υπηρεσίες για σεξουαλική παρενόχληση, κακοποίηση και εξουσιαστική βία (<https://isotita.gr/>).

Οι οργανώσεις υγείας κατέχουν σημαντική θέση στην παροχή βοήθειας σε γυναίκες που εκτίθενται και κινδυνεύουν από βία. Περίπου το 80% των γυναικών που κινδύνεψαν υπό την απειλή σωματικής βίας, απευθύνθηκαν τουλάχιστον μια φορά σε οργανισμούς υγείας για να λάβουν βοήθεια (S. κ.α. Cohn κ.ά., 2002).

Εξαιρετική βοήθεια μπορούν να προσφέρουν και προγράμματα κατ' οίκον επισκέψεων στις οικογένειες υψηλού κινδύνου που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία (Tandon κ.ά., 2005). Τέτοια προγράμματα θέτουν ως σκοπό την ενίσχυση της ψυχολογίας των εγκύων ώστε να εξασφαλίσουν την καλή έκβαση της εγκυμοσύνης (Olds κ.ά., 1999), να προλάβουν τυχόν κακοποίηση των παιδιών (Daro & Harding, 1999) καθώς και την πρόληψη χρήσης ουσιών ενημερώνοντας για τους κινδύνους που εγκυμονούν (Baker κ.ά., 1999).

Η δυνατότητα πρόσβασης των γυναικών σε ειδικές υπηρεσίες που έχουν φτιαχτεί για την μείωση των περιστατικών κακοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την

ψυχολογία τους και να ελαχιστοποιήσει την έκθεση τους σε βίαιες συμπεριφορές (McCloskey κ.ά., 2006).

## Βιβλιογραφία

Αστρινάκη, Ρ. (2005). Η κοινωνική ανθρωπολογία και ο βίαιος εικοστός αιώνας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 118, 3–29.

Βανδώρος, Σ. (2016). *Φεμινισμός*.

Κανιόγλου, Ε. (2020). *Η προστασία των δικαιωμάτων των γυναικών στο πλαίσιο του ΟΗΕ*.

Κοσμίδης, Γ. (2014). *Ιατροδικαστική διερεύνηση κλινικών περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας* [Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κλινικοεργαστηριακός. Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας]. <http://hdl.handle.net/10442/hedi/42303>

Κοτσάνη, Α. (2018). *Η ενσυναίσθηση των εκπαιδευτικών και η επίδρασή της στη διαμόρφωση φιλοκοινωνικής συμπεριφοράς*. <http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/21644>

Λίτσιου, Ε.-Ι. Π. (2018). Το πρώτο φεμινιστικό κύμα και οι Mujeres Libres. Στο *Aristotle University of Thessaloniki Institutional Repository—IKEE* (GRI-2018-22296, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης). <https://doi.org/10.26262/heal.auth.ir.299196>

Λουμπουρδή. (2021a). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών—IKEE / Aristotle University of Thessaloniki—Library*. <http://ikee.lib.auth.gr/record/332777>

Λουμπουρδή, Φ. Σ. Γ. (2021b). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών*. Aristotle University of Thessaloniki.

Μπαρτζώκας, Α. (2014). *Προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής ένωσης μετά τη Συνθήκη της Λισαβόνας*. <http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/24382>

*Νόμος 3500/2006—ΦΕΚ 232/Α/24-10-2006 (Κωδικοποιημένος)*. (χ.χ.). [e-nomothesia.gr](http://e-nomothesia.gr) | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. Ανακτήθηκε 2 Σεπτέμβριος 2022, από <https://www.e-nomothesia.gr/oikogeneia/n-3500-2006.html>

- Πανταζής, Β. (2015). *Ανθρώπινα δικαιώματα και διακρίσεις*.
- Παπαδάκη, Ε., & Σκαρβελάκη, Μ. (2014). *Ανεπιθύμητη σεξουαλική εμπειρία στους νέους άνδρες και νέες γυναίκες ηλικίας 18 έως 25 ετών στο νομό Ηρακλείου*.
- Περράκη, Σ. (2000). Διεθνής Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, β έκδοση, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα–Κομοτηνή.
- Πέτκογλου, Φ. Β. (2016). *Η ενδοοικογενειακή βία ως κοινωνικό φαινόμενο, τα αίτια και η αντιμετώπισή της*. Aristotle University of Thessaloniki.
- Πράπας, Ν. (2010). Κύηση υψηλού κινδύνου. *Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης*.
- Πρωτόκολλο του Πατέρμο. (2000). *EUR-Lex—L33700—EN - EUR-Lex*. <https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/protocol-against-the-trafficking-of-people.html>
- Ρούκη, Δ. (2013). *Μορφές βίας και δομές αντιμετώπισής της*.
- Σκαλιώνη, Δ. (2022, Νοέμβριος 25). Ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη: Ο υποστηρικτικός ρόλος της μαίας και του μαιευτή. *ertnews.gr*. <https://www.ertnews.gr/eidiseis/endooikogeneiaki-via-stin-egkymosyni-o-yprostiriktikos-rolos-tis-maias-kai-toy-maieyti/>
- Σκούμπη, Ο. (2013). *Εκπαίδευση στα ανθρώπινα δικαιώματα και εκπαιδευτική πολιτική: Οργάνωση και αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δράσεων*. <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/2079>
- Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης. (2011). Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας. *Κωνσταντινούπολη, 11, 2011*.
- Φίλιππα, Ε. (2021). *Ενδοοικογενειακή βία και περιγεννητική ψυχική υγεία*. <https://doi.org/10.26257/heal.duth.10793>
- Χατζησπύρου, Θ. Κ. (2012). *Ενδοοικογενειακή βία και ποινική διαμεσολάβηση*. Aristotle University of Thessaloniki.
- Χριστοδούλου Σ, S., Θουπή, Ρ., Matsinska, Ε., Ρουσσάκη, Μ., Roussaki, Μ., Ματσίνσκα, Ε., Thourí, Ρ., & Χριστοδούλου, Σ. (2011). *Η συντροφική κακοποίηση*

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.  
<https://apothesis.lib.hmu.gr/handle/20.500.12688/1188>

Alhusen, J. L., Lucea, M. B., Bullock, L., & Sharps, P. (2013). Intimate Partner Violence, Substance Use, and Adverse Neonatal Outcomes among Urban Women. *The Journal of Pediatrics*, *163*(2), 471–476. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.01.036>

Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., San, L., & Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>

Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, *9*(1), 116. <https://doi.org/10.2307/1602724>

Beechey, V. (1979). On patriarchy. *Feminist Review*, *3*(1), 66–82.

Begley, C. M. (2001). ‘Giving midwifery care’: Student midwives’ views of their working role. *Midwifery*, *17*(1), 24–34. <https://doi.org/10.1054/midw.2000.0232>

Bhatt, R. V. (1998). Domestic violence and substance abuse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *63*, S25–S31.

Biro, M. A. (2011). What has public health got to do with midwifery? Midwives’ role in securing better health outcomes for mothers and babies. *Women and Birth*, *24*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.06.001>

Born, L., Soares, C. N., Phillips, S.-D., Jung, M., & Steiner, M. (2006). Women and Reproductive-Related Trauma. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*(1), 491–494. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.049>

Bowen, E., Heron, J., Waylen, A., Wolke, D., & Team, and the A. study. (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: Findings from a British longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *112*(8), 1083–1089. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00653.x>

Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R. (2019). “It’s what midwifery is all about”: Western Australian midwives’ experiences of being ‘with woman’ during

labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>

Bradford, J. M. W. (2006). On sexual violence. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 527–532. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238483.34894.68>

Chatzifotiou, S. (2003). Violence against women and institutional responses: The case of Greece. *European Journal of Social Work*, 6(3), 241–256. <https://doi.org/10.1080/1369145032000164555>

Chung, T. K. H., Lau, T. K., Yip, A. S. K., Chiu, H. F. K., & Lee, D. T. S. (2001). Antepartum Depressive Symptomatology Is Associated With Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 830.

Cohn, S. κ.α., Cohn, F., Salmon, M. E., & Stobo, J. D. (2002). *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223509/>

Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15–23. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.15>

Connelly, C. D., Hazen, A. L., Baker-Ericzén, M. J., Landsverk, J., & Horwitz, S. M. (2013). Is Screening for Depression in the Perinatal Period Enough? The Co-Occurrence of Depression, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence in Culturally Diverse Pregnant Women. *Journal of Women's Health*, 22(10), 844–852. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4121>

Crempien, R. C., Rojas, G., Cumsille, P., & Oda, M. C. (2011). Domestic Violence during Pregnancy and Mental Health: Exploratory Study in Primary Health Centers in Peñalolén. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 2011, 1–5. <https://doi.org/10.5402/2011/265817>

Curtis, C. (2006). Sexual Abuse and Subsequent Suicidal Behaviour: Exacerbating Factors and Implications for Recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(2), 1–21. [https://doi.org/10.1300/J070v15n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J070v15n02_01)



Daro, D. A., & Harding, K. A. (1999). Healthy Families America: Using Research to Enhance Practice. *The Future of Children*, 9(1), 152–176. <https://doi.org/10.2307/1602726>

Dokkedahl, S., Kok, R. N., Murphy, S., Kristensen, T. R., Bech-Hansen, D., & Elklit, A. (2019). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 8(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1118-1>

Donovan, P. (2008). Confidence in newly qualified midwives. *British Journal of Midwifery*, 16(8), 510–514. <https://doi.org/10.12968/bjom.2008.16.8.30784>

Edin, K. E., & Högberg, U. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18(4), 268–278. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0318>

Eustace, κ. α. (2016). *Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy—PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27178111/>

Evins, G., & Chescheir, N. (1996). Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Women's Health Issues*, 6(4), 204–210. [https://doi.org/10.1016/1049-3867\(95\)00012-7](https://doi.org/10.1016/1049-3867(95)00012-7)

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>

Foy, R., Nelson, F., Penney, G., & McIlwaine, G. (2000). Antenatal detection of domestic violence. *The Lancet*, 355(9218), 1915. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)73366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)73366-3)

García-Moreno, C., Organization, W. H., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. World Health Organization.

Ghoshal, R. (2020). Twin public health emergencies: Covid-19 and domestic violence. *Indian Journal of Medical Ethics*, 05(03), 195–199. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.056>

Grajeda, R., & Pérez-Escamilla, R. (2002). Stress During Labor and Delivery Is Associated with Delayed Onset of Lactation among Urban Guatemalan Women. *The Journal of Nutrition*, 132(10), 3055–3060. <https://doi.org/10.1093/jn/131.10.3055>

Grimstad, H., & Schei, B. (1999). Pregnancy and delivery for women with a history of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(1), 81–90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00113-6)

Guo, S. F., Wu, J. L., Qu, C. Y., & Yan, R. Y. (2004). Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 84(3), 281–286. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2003.08.019>

Hedin, L. W., & Janson, P. O. (2000). Domestic violence during pregnancy: The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 79(8), 625–630.

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262–290.

Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 206–212.

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 40(6), 881–893. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991589>

<https://diotima.org.gr/>. (Ορολογίες). Ορολογίες. Διοτίμα. <https://diotima.org.gr/orologies/>

ISTAT. (2011, Ιούλιος 27). *Violence and abuses against women inside and outside family*. <https://www.istat.it/en/archive/34562>

Kendall-Tackett, K. A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: Chronic hyperarousal in PTSD, depression, and irritable bowel syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 799–810. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00136-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00136-8)

Kendall-Tackett, K. A. (2007). Violence Against Women and the Perinatal Period: The Impact of Lifetime Violence and Abuse on Pregnancy, Postpartum, and Breastfeeding. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 344–353. <https://doi.org/10.1177/1524838007304406>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083–1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of family psychology*, 17(3), 275.

Martin, S. L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L. L., & Cloutier, S. (2006). Intimate Partner Violence and Women's Depression Before and During Pregnancy. *Violence Against Women*, 12(3), 221–239. <https://doi.org/10.1177/1077801205285106>

Martin, S. L., Mackie, L., Kupper, L. L., Buescher, P. A., & Moracco, K. E. (2001). Physical Abuse of Women Before, During, and After Pregnancy. *JAMA*, 285(12), 1581–1584. <https://doi.org/10.1001/jama.285.12.1581>

Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, 31(5), 498–504. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>

McCloskey, L. A., Lichter, E., Williams, C., Gerber, M., Wittenberg, E., & Ganz, M. (2006). Assessing Intimate Partner Violence in Health Care Settings Leads to Women's Receipt of Interventions and Improved Health. *Public Health Reports*, 121(4), 435–444. <https://doi.org/10.1177/003335490612100412>

McGarry, J., & Ali, P. (2018). Responding to domestic violence and abuse: Considerations for health visitors. *Journal of Health Visiting*, 6(2), 95–98. <https://doi.org/10.12968/johv.2018.6.2.95>

McNeill, J., Doran, J., Lynn, F., Anderson, G., & Alderdice, F. (2012). Public health education for midwives and midwifery students: A mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 142. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-142>

Mezey. (2003). *Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence—ScienceDirect*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1470032803012631>

Neidig, P. H., Friedman, D. H., & Collins, B. S. (1986). Attitudinal characteristics of males who have engaged in spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 1(3), 223–233. <https://doi.org/10.1007/BF00978561>

Newberger, E. H., Barkan, S. E., Lieberman, E. S., McCormick, M. C., Yllo, K., Gary, L. T., & Schechter, S. (1992). Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: Current knowledge and implications for practice. *Jama*, 267(17), 2370–2372.

News247. (2021). *Ωφελέειν, ή μη βλάπτειν: Ένα βιβλίο για ιατρική πρακτική εν μέσω πανδημίας*. <https://www.news247.gr/politismos/vivlia/ofeleein-i-mi-vlaptein-ena-vivlio-gia-iatriki-praktiki-en-meso-pandimias.9195939.html>

Ogbonnaya, I. N., Macy, R. J., Kupper, L. L., Martin, S. L., & Bledsoe-Mansori, S. E. (2013). Intimate Partner Violence and Depressive Symptoms Before Pregnancy, During Pregnancy, and After Infant Delivery: An Exploratory Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 2112–2133. <https://doi.org/10.1177/0886260512471080>

Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses: Recent Findings. *The Future of Children*, 9(1), 44–65. <https://doi.org/10.2307/1602721>

Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)

Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: An updated systematic review.

*Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4), 317–341.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000135>

Rigol-Cuadra, A., Galbany-Estragué, P., Fuentes-Pumarola, C., Burjales-Martí, M. D., Rodríguez-Martín, D., & Ballester-Ferrando, D. (2015). Perception of nursing students about couples' violence: Knowledge, beliefs and professional role. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 527–534. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0357.2584>

Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 266–271. <https://doi.org/10.1080/01443610802042415>

Scobie, J., & McGuire, M. (1999). The silent enemy: Domestic violence in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 7(4), 259–262. <https://doi.org/10.12968/bjom.1999.7.4.8356>

Scott, J. A., Binns, C. W., Graham, K. I., & Oddy, W. H. (2006). Temporal Changes in the Determinants of Breastfeeding Initiation. *Birth*, 33(1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00072.x>

Sedney, M. A., & Brooks, B. (1984). Factors Associated with a History of Childhood Sexual Experience in a Nonclinical Female Population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(2), 215–218. <https://doi.org/10.1097/00004583-198403000-00015>

Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampsel, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 17–22. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01097-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01097-8)

Senior, R., Barnes, J., Emberson, J. R., & Golding, J. (2005). Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 187(3), 268–273. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.3.268>

Shabaan, E., Hamed, S., Sayed, Z., Ragab, O. H., & Abdelhafez, K. (2021). Adapting of (NANDA) Nursing Process as an Approach of Care for COVID-19

Isolated patients. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(24), 12–30. <https://doi.org/10.21608/asnj.2021.52089.1084>

Sis Çelik, A., & Aydın, A. (2019). The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 210–217. <https://doi.org/10.1111/ppc.12333>

Smith κ.α., κ. α. (2018). ‘Asking the hard questions’: Improving midwifery students’ confidence with domestic violence screening in pregnancy—ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595316302086>

Stewart, D. E., Vigod, S., & Riazantseva, E. (2015). New Developments in Intimate Partner Violence and Management of Its Mental Health Sequelae. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0644-3>

Tandon, S. D., Parillo, K. M., Jenkins, C., & Duggan, A. K. (2005). Formative Evaluation of Home Visitors’ Role in Addressing Poor Mental Health, Domestic Violence, and Substance Abuse Among Low-Income Pregnant and Parenting Women. *Maternal and Child Health Journal*, 9(3), 273–283. <https://doi.org/10.1007/s10995-005-0012-8>

Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>

United Nations. (1948). *OIKOYMENIKH ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ*. Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ - Greece. <https://unric.org/el/οικουμενικη-διακηρυξη-για-τα-ανθρωπι-2/>

United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December 1979*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

United Nations. (2016). *Facts and figures: Ending violence against women*. UN Women – Headquarters. <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

United Nations. (2020, Απρίλιος 5). *UN chief calls for domestic violence 'ceasefire' amid 'horrifying global surge'*. UN News. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>

Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American psychologist*, 44(4), 695.

Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21.

Wermuth L, Dobash, R. E, & Dobash, R. (1981). *VIOLENCE AGAINST WIVES - A CASE AGAINST THE PATRIARCHY | Office of Justice Programs*. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/violence-against-wives-case-against-patriarchy>

WHO. (2012). *Understanding and addressing violence against women: Femicide*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.38>

Wilson, J. K. (2019). Cycle of Violence. Στο F. P. Bernat & K. Frailing (Επιμ.), *The Encyclopedia of Women and Crime* (σσ. 1–5). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118929803.ewac0083>

World Health Organization. (2020). *COVID-19 and violence against women*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-SRH-20.04>

Yang, M., Wong, S. C., & Coid, J. W. (2013). Violence, mental health and violence risk factors among women in the general population: An epidemiology study based on two national household surveys in the UK. *BMC Public Health*, 13, 1020. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1020>