

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»



Φοιτήτριες: ΜιχαέλαΚκονέ (16857)

Μαρία Λαναρά (16703)

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Λ. Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:	3
ABSTRACT	4
KEYWORDS:	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ...	8
2. ΤΟΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	11
3. ΤΑ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ...	15
4. Η ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	18
5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	21
6. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	22
7. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	26
8. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	27
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	29
10. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ.....	32
11. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ.....	36
11.1 Ενδοοικογενειακή βία κατά την εγκυμοσύνη	37
12. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΑΝΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	39
ΣΚΟΠΟΣ	44
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως κύριο θέμα την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Αρχικά παραθέτουμε τους ορισμούς της βίας κατά των γυναικών, που αποσαφηνίζουν την ύπαρξη των συγκεκριμένων μορφών της. Μέσα από διάφορες μελέτες αποδεικνύεται με αληθή ποσοστά η μεγάλη διάσταση που έχει επικρατήσει κατά τη πάροδο του χρόνου. Στη συνέχεια αναφερόμαστε στα ερμηνευτικά μοντέλα που οδήγησαν στην ύπαρξη της και στους μύθους που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία παρουσιάζοντας την ανισότητα ανάμεσα στα δύο φύλα. Επιπλέον, για να κατανοήσουμε το υπόβαθρο της βίας υποδεικνύουμε με πραγματικά δεδομένα τα κοινά χαρακτηριστικά του θύτη. Ακολούθως, αναλύουμε διεξοδικά την επιζώσα, επισημαίνοντας τα χαρακτηριστικά της, τα εμπόδια/ λόγοι άρνησης φυγής της, καθώς και τις επιπτώσεις που την συνδέουν με την μετέπειτα ζωής της. Ειδικότερα, η βία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί εξίσου ένα σημαντικό κομμάτι, αφού ακολουθεί τα ίδια χνάρια κακοποίησης, με τη μόνη διαφορά να προσβάλλεται και το ίδιο το νεογνό. Έπειτα θέλοντας να τονίσουμε τον σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στη κακοποίηση των γυναικών, επιδιώκουν να αξιολογήσουν με βάση τα κλινικά ευρήματα, σχεδιάζοντας ένα πλάνο ασφάλειας που συμβάλλει στην κατάλληλη πρόληψη και στη σωστή αντιμετώπιση. Τέλος παρουσιάζουμε τα νέα δεδομένα σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και διατυπώνουμε τα δικά μας γενικά συμπεράσματα που απορρέουν μέσα από αυτά.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ενδοοικογενειακή Βία, Γυναίκες, Πρόληψη, Αντιμετώπιση, Επαγγελματίες Υγείας.

ABSTRACT

This work focuses mainly on domestic violence against women. Initially we set out the definitions of violence against women, which clarify the existence of the specific forms of violence. Through many studies, the great dimension that has prevailed over time has been shown in real terms. We then refer to the interpretative models that led to its existence and the myths related to domestic violence, presenting inequality between the two sexes. In addition, in order to understand the background of violence, we point to the common features of the perpetrator with real facts. Next, we analyze the survivor thoroughly, highlighting its characteristics, the obstacles / reasons for refusing to flee, and the impact that connects it with her later life. In particular, violence during pregnancy is equally an important part, since it follows the same ways of abuse, with the only difference being the infant itself. Then, wishing to highlight the important role that health professionals play in the abuse of women, they seek to assess on the basis of clinical findings by designing a safety plan that contributes to appropriate prevention and appropriate treatment. Finally, we present the new data on the role of healthcare professionals and formulate our own general conclusions deriving from them.

KEYWORDS: Domestic violence, Intimate partner violence, Women, Nurse's role, Nursing care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η βίαιη συμπεριφορά έναντι των γυναικών, θεωρείται ως το σοβαρότερο κοινωνικό πρόβλημα ξεπερνώντας τα πολιτιστικά και κοινωνικά σύνορα (Akbari, Sadeghi and Jahedi, 2017). Εμφανίζεται σε στενές σχέσεις ανεξάρτητα από τον πολιτισμό, τη φυλή, τη θρησκεία ή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Huecker et al., 2018).

Αυτό υποδηλώνει ότι κάθε διαφορετικός πολιτισμός συνδυάζεται με τις δικές του πολυάριθμες πολιτιστικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με την υπακοή: οι γυναίκες είναι διατεθειμένες να υπομείνουν τη σχέση. Οι εκδηλώσεις βίας εγκρίνονται ή απορρίπτονται, νόμιμες ή παράνομες, ανάλογα με τα κοινωνικά πρότυπα που διατηρεί η κάθε κοινωνία (Albuquerque Netto et al., 2015).

Η βία συμπίπτει με τον ανθρώπινο πολιτισμό, αποτελώντας ένα βασικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006). Η πολυπλοκότητα της βίας κατά των γυναικών και των μηχανισμών της ξεδιπλώνεται από την οπτική του φύλου, καθώς οι διαφορές μεταξύ της ύπαρξης μιας γυναίκας και της ύπαρξης ενός άνδρα είναι κοινωνικά κατασκευασμένες και πολιτιστικά προκαθορισμένες. Από τη γέννηση, τα θηλυκά ή τα αρσενικά άτομα μαθαίνουν συμπεριφορές και στάσεις που χαρακτηρίζουν μετέπειτα τις γυναίκες και τους άνδρες, την ταυτότητα και το ρόλο των φύλων τους. Έτσι, η κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των δύο φύλων είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων (Albuquerque Netto et al., 2015).

Γενικότερα ο ορισμός της βίας κατά των γυναικών, περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που στηρίζεται στο φύλο και έχει ως αποτέλεσμα ή είναι δυνατό να έχει την σωματική, σεξουαλική ή 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 (General Ban Ki-moon, 2006). Επιπλέον δημιουργεί καταχρηστικές

συμπεριφορές στο άτομο με σκοπό να αναδείξει τη δύναμη και την εξουσία του (Huecker et al., 2018).

Επιπρόσθετα η βία περιλαμβάνεται μέσα στην οικογένεια (ενδοοικογενειακή βία) αλλά και μέσα στην κοινωνία (βιασμός, σεξουαλική κακοποίηση, σεξουαλική παρενόχληση στην εργασία, trafficking/σωματεμπορία). Δυστυχώς, κάθε μορφή δημιουργεί αλληλένδετες μορφές βίας και ο «κύκλος κακοποίησης» συνεχίζεται συχνά από τα εκτεθειμένα παιδιά στις ενήλικες σχέσεις τους και τέλος στην φροντίδα των ηλικιωμένων, αποτελώντας την επαίσχυντη παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων (General Ban Ki-moon, 2006).

Εν κατακλείδι, η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα εθνικό πρόβλημα δημόσιας υγείας και ουσιαστικά όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας είναι απαραίτητο να αξιολογούν ή να θεραπεύουν σε κάποιο βαθμό έναν ασθενή που είναι θύμα. Με αυτό τον τρόπο θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν τις μορφές που μπορεί να προκύπτουν, όπως η συναισθηματική, η ψυχολογική, η σεξουαλική ή σωματική βία. Μία βία που μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή ξαφνικά, αλλά να ξεδιπλώνεται με την πάροδο του χρόνου με πιο έντονα χαρακτηριστικά (Norris, 2015).

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ**

**Μ
Ε
Ρ
Ο
Σ
Ι**

1. Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Στην εποχή μας η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα πολυκεντρικό φαινόμενο, το οποίο έχει ως κοινό παράγοντα την ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων (Ραϊχάο *et al.*, 2015). Συγκεκριμένα, πρόκειται για οποιαδήποτε πράξη βίας λόγω φύλου που έχει ως πιθανό αποτέλεσμα να προκαλέσει σωματική, σεξουαλική, ψυχική βλάβη, πόνο στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένου του εξαναγκασμού, της αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας, είτε αυτό συμβαίνει σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό βίο (World Health Organization, 2014a).

Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ένα σύνολο καταστροφικών έντονων συμπεριφορών και αρνητικές αντιδράσεις όπως η αδιαφορία, η έλλειψη προσοχής, οι απειλές, η απομόνωση, ο βιασμός, η απαγωγή, η επιθετική παρακολούθηση, η κακοποίηση των παιδιών, ο εκφοβισμός και η εξουσία πάνω στη γυναίκα (Akbari, Sadeghi and Jahedi, 2017; Huecker *et al.*, 2018).

Επιπρόσθετα κάποιες άλλες ορολογίες που χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών που συμβαίνει μεταξύ δύο ανθρώπων μπορεί να είναι τρομοκρατική σχέση και συντροφική βία, κακοποίηση των γυναικών και επιθετικότητα του συζύγου. Ακόμη η βία μπορεί να προκύψει ή να δημιουργηθεί μεταξύ άλλων μελών της οικογένειας (Norris, 2015).

Ειδικότερα η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών – η βία δηλαδή που εμφανίζεται στο σπίτι ανάμεσα στον άντρα και τη γυναίκα, ανάμεσα σε συζύγους – μετατρέπει την αγάπη σε τρόμο. Είτε το θέλουμε είτε όχι, η κακοποιημένη γυναίκα υποβάλλεται συστηματικά σε βίαιη συμπεριφορά από έναν άντρα ο οποίος την εξαναγκάζει να κάνει ότι εκείνος θέλει, ανεξάρτητα από τις δικές τις επιθυμίες, τα δικαιώματα ή τα συμφέροντα που έχουν στενή σχέση με τον άντρα (Walker, 1997). Αυτή η συμπεριφορά κυμαίνεται μεταξύ βιασμού και ανθρωποκτονίας καταπατώντας τα ανθρώπινα δικαιώματα της γυναίκας (Paragiannopoulou E., 2009; Groves *et al.*, 2015).

Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσεται το Σύνδρομο Κακοποιημένης Γυναίκας, μιας γυναίκας που κατεδάφισε τα όνειρα της και δεν έχει τη δυνατότητα να απεμπλακεί από τη σχέση, παρά μόνο από το θάνατο του συντρόφου της (World Health Organization, 2012; Walker, 1997).

Αυτό συνάδει με μακροπρόθεσμα καταστροφικά αποτελέσματα – τις μορφές, που δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμες και δυστυχώς ευρύτατα διαδεδομένες. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

Σωματική Βία: Περιλαμβάνει σωματική βλάβη ή τραυματισμό της σωματικής ακεραιότητας για παράδειγμα κλωτσιές, χαστούκια, δάγκωμα, προσβολές, ρίψεις αντικειμένων, κούνημα και προσπάθεια πνιγμού, τράβηγμα των μαλλιών ρίχνοντάς την στον τοίχο, ξυλοδαρμό κ.λπ. (World Health Organization, 2012; Albuquerque Netto *et al.*, 2015).

Ψυχολογική ή Συναισθηματική Βία: Περιλαμβάνει λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία που προκαλεί συναισθηματική ή διανοητική βλάβη. Μπορεί να είναι πολύ επιβλαβής με το θύμα καταλήγοντας σε κατάθλιψη και αυτοκτονία. Αυτό συνεπάγεται τη μείωση της προσωπικότητας/ταπείνωση, τον εξευτελισμό της συμμετέχουσας κατ' ιδίαν ή δημοσίως, την απαγόρευση της εξόδου από το σπίτι ή το κλείδωμα στο σπίτι, την επιμονή του συντρόφου να γνωρίζει πού βρίσκεται η γυναίκα όταν υπερβαίνει το εύλογο ενδιαφέρον και την εκδήλωση οργής αν μιλήσει με άλλους άνδρες, τη τρομοκράτηση ή τον εκφοβισμό, την απειλή χρήσης βίας εναντίον της ίδιας ή αγαπημένου προσώπου της καθώς και προσβολές, περιφρόνηση και χειραγώγηση (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2014; Albuquerque Netto *et al.*, 2015; Huecker *et al.*, 2018).

Επίσης κάποιες μορφές που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ψυχολογική βία είναι η ηθική βία που χαρακτηρίζεται από συκοφαντία και δυσφήμιση, αλλά και η λεκτική βία που εμπεριέχει απειλές, λεκτική τρομοκράτηση του θύματος και εξυβρίσεις έως λεκτικό εξευτελισμό (ΚΕΘΙ, 2003; Albuquerque Netto *et al.*, 2015).

Σεξουαλική Βία: Είναι η μορφή βίας για την οποία οι γυναίκες δυσκολεύονται να εκμυστηρευτούν και να εμπιστευτούν δημιουργώντας ένα ευρύ φάσμα από τη σεξουαλική παρενόχληση μέχρι και τη σεξουαλική εκμετάλλευση χωρίς τη συναίνεση του θύματος. Χρησιμοποιεί φυσικό εξαναγκασμό για να αναγκάσει τις γυναίκες σε ανεπιθύμητες πράξεις. Κάποιες κατηγορίες που περιλαμβάνουν αυτές τις πράξεις είναι η παρενόχληση, η λήψη ή διάδοση σεξουαλικής φωτογραφίας ή βίντεο και η μαγνητοσκόπηση (AlbuquerqueNettoetal., 2015: Hirigoyen, 2006: Huecker etal., 2018).

Οικονομική Κακοποίηση: Θεωρείται ως ένας άλλος τρόπος με τον οποίο μπορεί να βλάψει την επιζώσα διότι ελέγχει τα χρήματά της, η πρόσβαση της σε αυτά πολλές φορές είναι αόρατη ή ελαχιστοποιημένη μειώνοντας την απόδοση φυγής της αλλά ενδέχεται να μην εξασφαλίσει τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους για να μπορέσει να στηρίξει τον εαυτό της αλλά και τα παιδιά της (Konach, 2004; Norris, 2015).

2. ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

2001: Το 14,8% όλων των ενήλικων γυναικών δήλωσαν ότι ήταν θύματα ενός ολοκληρωμένου βιασμού ενώ το 2,8% ήταν θύματα απόπειρας βιασμού. Επιπλέον το 22% των γυναικών υπέστησαν σωματική κακομεταχείριση, το 12% κακομεταχειρίστηκαν και τραυματίστηκαν ταυτόχρονα, το 52,3% κατέληξαν στα έκτακτα περιστατικά και το 30,2% παρενοχλήθηκαν (Sharps *et al.*, 2001; UNHCR, 2001).

2002: Σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν ότι είχαν υποστεί τουλάχιστον μία φυσική επίθεση από έναν στενό εταίρο κυμαίνονταν από 10% έως 34,4% (Duarte *et al.*, 2015).

Με βάση μία άλλη έρευνα το 67% είναι έγγαμες, από τις οποίες το 21% είναι γυναίκες διαζευγμένες ή σε διάσταση. Ακόμη 7 στις 10 γυναίκες είναι δευτεροβάθμιας, τεχνολογικής ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 1 στις 3 γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας παντρεύτηκαν τον δράστη ενώ είχε δείγματα βίαιης συμπεριφοράς του (ψυχολογική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση), 3 στις 5 γυναίκες ανέφεραν ότι βιώνουν ψυχολογική και σωματική βία, ενώ μόνο 3 στις 4 γυναίκες-θύματα ενδοοικογενειακής βίας έχουν αναζητήσει βοήθεια στο παρελθόν (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006).

2003: Το 56% των γυναικών δέχονται μερικές φορές ή/και συχνά λεκτική ή/και ψυχολογική βία. Κυριότερα το 3,6% τους ασκείται σωματική βία και το 3,5% εξαναγκάζεται σε σεξουαλική επαφή. Συνολικά η βία σε όλες τις μορφές κατά των γυναικών αντιστοιχεί στο 60,6% .

Αντίθετα ανάμεσα στις γυναίκες/επιζώσες, στο 12,51% υπάρχουν περισσότεροι ήπιοι χαρακτηρισμοί όπως «πρόκειται για λάθος, αλλά όχι έγκλημα». Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα, το 6,58% ανήκει μεταξύ 18-24 ετών και το 13,1% είναι γυναίκες 55-60 ετών. Από το 3,6% των γυναικών που δέχεται σωματική βία, το

υψηλότερο ποσοστό είναι 4,8% ανάμεσα στις ηλικίες 45-60 ετών, ενώ η σεξουαλική βία από το 3,5%, το 6,1% ανήκει στην ηλικία 45-54 (ΚΕΘΙ, 2003).

2004 – 2006: Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από τον Μάιο του 2004 μέχρι και τον Ιούνιο του 2006 πραγματοποιήθηκαν 46.216 τηλεφωνήματα (περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών με ή χωρίς παιδιά) και εξυπηρετήθηκαν στα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης 5.249 περιστατικά μέσα από 12.054 συνεδρίες (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006).

2008: Η εθνική έρευνα για τη βία κατά των γυναικών τεκμηριώνει ότι 1 στις 4 γυναίκες βιάζονται ή/και προσβάλλονται φυσικά από έναν τρέχοντα ή πρώην σύζυγο/σύντροφο. Όσον αφορά πριν, κατά ή μετά από μια εγκυμοσύνη το 3% μέχρι το 19% των γυναικών αναφέρουν ότι έχουν κακοποιηθεί (Sharps *et al.*, 2008).

2012: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έδειξε ότι το 13-61% είχαν βιώσει σωματική βία από το σύντροφο τους, το 4-49% υπέστησαν σοβαρή σωματική βία, το 6-59% υπέστησαν σεξουαλική βία κάποια στιγμή στη ζωή τους και το 20-75% αντιμετώπισαν μία ή περισσότερες συναισθηματικές καταχρηστικές πράξεις. Από αυτές το 19-51% είχαν φύγει για τουλάχιστον μία νύχτα και το 8-21% είχαν αφήσει το σύντροφό τους δύο έως πέντε φορές (World Health Organization, 2012).

2014: Μία στις πέντε γυναίκες έχει υποστεί σωματική ή/και σεξουαλική βία από νυν ή τέως σύντροφο. Ωστόσο, μόλις το 14 % των γυναικών κατήγγειλαν στην αστυνομία σοβαρό περιστατικό βίας από στενό σύντροφο, ενώ το 13 % από μη σύντροφο.

Περίπου το ένα τρίτο (31%) δηλώνουν ότι έχουν υποστεί έξι ή περισσότερα περιστατικά βιασμού από τον σύντροφό τους και επικοινωνήσαν με κάποιον ιατρό μετά από πιο σοβαρό περιστατικό σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας, ενώ μόλις το 6 % επικοινωνήσαν με κάποιο καταφύγιο γυναικών και το άλλο 4 % με οργάνωση υποστήριξης θυμάτων.

Συνολικά το 43 % έχουν βιώσει κάποια μορφή ψυχολογικής βίας από στενό σύντροφο, το 30% των γυναικών που έχουν υποστεί σεξουαλική βία από έναν τέως ή νυν σύντροφο αλλά έχουν πέσει επίσης θύματα σεξουαλικής βίας κατά την παιδική ηλικία.

Παράλληλα, το 73 % των μητέρων που έχουν πέσει θύματα σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας από σύντροφο δηλώνουν ότι αυτό έγινε αντιληπτό από τουλάχιστον ένα από τα παιδιά τους.

Κατά μέσο όρο, το 39 % των γυναικών δηλώνουν ότι γνωρίζουν άλλες γυναίκες που είναι θύματα ενδοοικογενειακής βίας στον φιλικό και οικογενειακό κύκλο τους. Σχεδόν 9 στις 10 γυναίκες (87 %) θα θεωρούσαν αποδεκτή πρακτική το να απευθύνουν οι ιατροί ερωτήσεις για πιθανή κακοποίηση όταν βλέπουν στο ιατρείο τους γυναίκες με συγκεκριμένα τραύματα.

Επιπρόσθετα μια έρευνα καταδεικνύει ότι οι έγκυες γυναίκες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες, με το 42% να έχουν πέσει θύματα βίας από τον τέως σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το 20 % από τον νυν σύντροφό τους. Συνολικά καταγράφηκαν στο Πρόγραμμα Οικογενειακής Βίας 1.120 έγκυες γυναίκες (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2014; World Health Organization, 2014; Silva *et al.*, 2015).

2015: Σύμφωνα με έρευνες, η σύγκριση ανάμεσα στον άνδρα και στη γυναίκα έδειξε ότι είναι επτά φορές πιο πιθανό η γυναίκα να δεχθεί σεξουαλική επίθεση (20% έναντι 3%). Ακόμη είναι τρεις φορές πιο πιθανό να αναφερθεί σωματική βλάβη (40% έναντι 13%) και ενίοτε πιο πιθανό να απαιτηθεί ιατρική φροντίδα. Το 38% έναντι 7% φοβούνται περισσότερο για τη ζωή τους και το 52% έναντι 8% είναι πιο πιθανό να σκοτωθεί από κάποιον με τον οποίο είχαν στενή σχέση.

Μολονότι έχει ήδη αποδειχθεί ότι οι γυναίκες, λόγω του φύλου τους, αποτελούν ομάδα κινδύνου, εντός αυτής της ομάδας υπάρχουν υποομάδες που βρίσκονται σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο.

- Οι γυναίκες ηλικίας 20 έως 24 ετών διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο μη θανατηφόρου IPV.
- Οι γυναίκες με αναπηρίες είναι 1,5 έως 10 φορές πιο πιθανές να είναι κακοποιημένες ως μη ανήλικες γυναίκες.
- Μία στις έξι έγκυες γυναίκες κακοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Norris, 2015).

2017: Περισσότερες από μία στις τρεις γυναίκες και ένας στους τέσσερις άντρες έχουν βιώσει βιασμό, σωματική βία και / ή καταδιώξεις από έναν στενό συνεργάτη στη ζωή τους. Επιπλέον το 22% των γυναικών και το 7% των ανδρών ανέφεραν αυτοτραυματισμούς που βίωσαν ως θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Arroyo *et al.*, 2017). Επιπρόσθετα σχεδόν το 5% των γυναικών αντιμετωπίζουν διαφορετικές μορφές βίας στις οικογένειές τους. Τα ευρήματα δείχνουν ότι σε 8 από τους 13 γάμους, οι γυναίκες αισθάνονται έντονη βία. Το 66% των γυναικών ήταν μάρτυρες βίας στην παιδική τους ηλικία (Akbari, Sadeghi and Jahedi, 2017).

2018: Μία στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους επτά άνδρες έχει βιώσει σωματική βία από τον στενό συνεργάτη τους, ενώ περίπου μία στις τρεις γυναίκες και σχεδόν ένας στους έξι άνδρες βιώνουν κάποια μορφή σεξουαλικής βίας. Περίπου 1 στις 5 γυναίκες έχουν βιώσει βιασμό ή απόπειρα αυτού σε κάποιο σημείο της ζωής τους. Ακόμη οι γυναίκες ηλικίας 16 έως 24 ετών είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα βίας στα χέρια ενός στενού εταίρου και περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με ενδοοικογενειακή βία θα αναζητήσουν φροντίδα σε ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης (Huecker *et al.*, 2018).

3. ΤΑ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Κατά καιρούς τα ερμηνευτικά μοντέλα της ενδοοικογενειακής βίας, διαμορφώνονται σύμφωνα με τα ατομικά και τα κοινωνικά που συνδέονται με τη σχέση και τα πολιτισμικά ζητήματα. Αυτά, εμπεριέχονται στους παράγοντες κινδύνους συνδέοντας τον άντρα και την γυναίκα ή τη σύζυγο και τον σύντροφο με την κακοποίηση. Γενικά όμως, η κακοποίηση των γυναικών σχετίζεται και με την εκπαίδευση, η οποία διαμορφώνεται μέσα σ' ένα φαύλο κύκλο, που με τα χρόνια επαναλαμβάνεται με πράξεις βίας τόσο στις γυναίκες όσο και στα παιδιά. Εντούτοις, μέσα από μελέτες αναδεικνύεται η σχέση της ενδοοικογενειακής βίας με την εκπαίδευση, υποδηλώνοντας ότι όταν η εκπαίδευση σ' ένα άντρα είναι χαμηλή αυξάνεται η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών (Huecker et al., 2018).

Η βία κατά των γυναικών είναι ίσως η μεγαλύτερη διαδεδομένη αλλά λιγότερο αναγνωρισμένη κατάχρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον κόσμο. Θεωρείται ως μία βασικότερη βία που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την ζωή, την ψυχολογική ακεραιότητα και την ελευθερία των γυναικών (Heise et al., 1993).

Τα αίτια που παραπέμπουν στην βία είναι:

1. **Ατομικός παράγοντας:** διαταραχή της προσωπικότητας ή ψυχολογική διαταραχή (ζήλια, χαμηλή αυτοεκτίμηση, θέματα διαχείρισης του θυμού), εθνικότητα, θρησκεία, το αίσθημα κατωτερότητας που οφείλεται στο κακό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και η κακοποίηση που έχει βιώσει σε παιδική ηλικία και εξωτερικεύεται στα μετέπειτα χρόνια. Επίσης οι τοξικές ουσίες όπως είναι το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να ελέγξουν τις βίαιες παρορμήσεις τους, ξεσπώντας με βία πάνω στις γυναίκες. Αλλά και τα άτομα που πάσχουν από ασθένεια με μειωμένη όραση ή έχουν προβλήματα νευρικού κλονισμού έχουν την ίδια βία εξίσου.

2. **Παράγοντες σχέσης:** σχετίζονται με τον κίνδυνο τόσο στη θυματοποίηση των γυναικών όσο και στη συμπεριφορά των ανδρών όπως είναι: η σύγκρουση ή δυσαρέσκεια στη σχέση, η ανδρική κυριαρχία στην οικογένεια, το οικονομικό άγχος και η διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο που δεν γίνεται εύκολα αποδεκτό (αίσθημα κατωτερότητας λόγω της λιγότερης εκπαίδευσης).
3. **Κοινοτικοί και κοινωνικοί παράγοντες:** φτώχεια, χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό καθεστώς των γυναικών, αδύναμες νομικές κυρώσεις κατά της ενδοοικογενειακής βίας στο πλαίσιο του γάμου, έλλειψη πολιτικών δικαιωμάτων των γυναικών, κοινωνική αποδοχή της βίας ως προς τον τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων και υψηλά επίπεδα γενικής βίας στην κοινωνία. Η εξουσία διακινείται με την ιεράρχηση, διότι ο άντρας από τις παλιές εποχές κατείχε την ανωτερότητα και το σεβασμό στο σπίτι. Οι αρχηγικές τάσεις, εμφανίζονται με την κακοποίηση ενάντια στις γυναίκες. Ακόμη με τις πολιτιστικές τους πεποιθήσεις, απέκτησαν το δικαίωμα να ελέγχουν την σύντροφό τους (Fonseca-Machado *et al.*, 2015).

Επιπρόσθετα, ως δεύτερα ερευνητικά μοντέλα είναι ο θύτης και η επιζώσα που αναπτύσσουν διαφορετικά χαρακτηριστικά. Θεωρούνται κυρίαρχοι της ενδοοικογενειακής βίας, αφού οι σχέσεις τους πάλλονται με την ανισότητα και την κατανόηση.

3.1. Χαρακτηριστικά Θύτη

Ο θύτης εξωτερικεύει τα συναισθήματα του μετά από μία απογοήτευση ή μία αίσθηση των προσβεβλημένων προσδοκιών και δικαιωμάτων του. Σύμφωνα με τον Michael Kaufman υπάρχει μία «τριάδα της βίας των ανδρών» δηλαδή η βία ως προς τον εαυτό τους και στη συνέχεια ως προς τις γυναίκες και τα παιδιά τους (UNHCR, 2001).

Κατά κανόνα, ο «τυπικός» βασανιστής υποτιμά τον εαυτό του, έχοντας περιορισμένη αυτοεκτίμηση. Επίσης πιστεύει όλους τους μύθους σχετικά με τις σχέσεις κακοποίησης κάνοντας φανταστικές παραβιάσεις των προσωπικών του κανόνων. Ενστερνίζεται τη παραδοσιακή εικόνα για την αντρική ανωτερότητα και το στερεότυπο του αντρικού ρόλου στην οικογένεια, ενώ μεταθέτει την ευθύνη σε άλλους για τις δικές του πράξεις, βιώνοντας χρόνια παθολογική ζήλια και έντονες αντιδράσεις στο άγχος. Παρουσιάζει διπλή προσωπικότητα, καταφεύγοντας συχνά στο ποτό για να απαλύνει τα συναισθήματα της δυστυχίας και ξεσπάει βίαια στη γυναίκα ή στα παιδιά του. Συχνά χρησιμοποιεί την ερωτική επαφή σαν πράξη επιθετικότητας προκειμένου να τονώσει την αυτοπεποίθηση και τον ανδρισμό του ενώ ενδόμυχα θεωρεί ότι η βίαιη συμπεριφορά του δεν μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006; World Health Organization, 2014; Walker, 1997).

3.2. Χαρακτηριστικά επιζώσας

Με τον όρο επιζώσα εννοούμε όχι μόνο τη γυναίκα που επιλέγει να φύγει αλλά και εκείνη η οποία μένει και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη βία με ένα πλήθος από διαφορετικές στρατηγικές, μερικές από τις οποίες έχει υποτεθεί ότι συνδέονται με το "ρόλο" του θύματος (Παπαθανασίου, 2001).

Κάποια κοινά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων γυναικών είναι:

- Έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υποτιμούν την ικανότητά τους στο να επιτυγχάνουν σε οτιδήποτε μπορεί να αναλάβουν.
- Έχουν μία παραδοσιακή αντίληψη για την ιεραρχία ανάμεσα στη γυναίκα και στον άνδρα, δηλαδή ο σύζυγος αποτελεί τον αρχηγό της οικογένειας πιστεύοντας ότι οι ίδιες είναι ανίκανες να φροντίσουν τον εαυτό τους και ότι πρέπει πάντα να εξαρτώνται από έναν άντρα.
- Πιστεύουν ότι μπορεί να συγκρατήσουν το θύτη από το να χάσει τον έλεγχο και αποδέχονται την ευθύνη για τις δικές του πράξεις.

- Υποφέρουν από ενοχές αλλά αρνούνται τον τρόμο και το θυμό που νιώθουν.
- Έχουν έντονες αντιδράσεις άγχους με ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα.
- Πιστεύουν ότι κανείς δε θα μπορούσε να τις βοηθήσει να βγουν από την άσχημη κατάσταση στην οποία βρίσκονται, εκτός από τον ίδιο τους τον εαυτό (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006)

4. Η ΜΥΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ο πολύπλευρος χαρακτήρας της ενδοοικογενειακής βίας σχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα του φαινομένου, προκαλώντας τη διαιώνιση των στερεοτύπων. Μέσα από αυτό οι αντιλήψεις των ανθρώπων λειτουργούν ως παράγοντες ανάπτυξης διαφορών μύθων που εστιάζονται στη βία σε βάρος των γυναικών. Εντούτοις, το κοινωνικό πρόβλημα υπάρχει, αλλά επεκτείνεται με γοργούς ρυθμούς. Οι πιο διαδεδομένοι μύθοι καταγράφονται παρακάτω και ταυτόχρονα συνυπάρχει η πραγματική όψη των πραγμάτων:

- Μύθος : Η ενδοοικογενειακή βία εμφανίζεται μόνο σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα.

Πραγματικότητα: Η κακοποίηση δεν αφορά μόνο τις οικονομικά και κοινωνικά δυσμενέστερες οικογένειες αντιθέτως συμβαίνει και στις μεσαίες αλλά και ανώτερες κοινωνικές τάξεις.

- Μύθος: Η κατάχρηση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών ουσιών ευθύνεται για την εμφάνιση καταχρηστικής συμπεριφοράς.

Πραγματικότητα: Το αλκοόλ συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση της ενδοοικογενειακής βίας. Συμβάλλει στην εξωτερίκευση της επιθετικής συμπεριφοράς και πολλές φορές ο παρορμητισμός τους θεωρείται ως δικαιολογία για τις ανεπιθύμητες βιαιοπραγίες.

- Μύθος : Η ενδοοικογενειακή βία είναι οικογενειακό ή ιδιωτικό ζήτημα.

Πραγματικότητα: Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα έγκλημα κατά της γυναίκας που συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό σύνολο.

- Μύθος : Η επιζώσα απολαμβάνει την κακομεταχείριση. Αυτό συχνά συνδυάζεται με έναν ακόμη μύθο: Αν δεν της άρεσε, θα τον άφηνε.

Πραγματικότητα: Κανείς δεν απολαμβάνει τη βία. Οι λόγοι για τους οποίους κάποιες γυναίκες αδυνατούν να διαφύγουν από τη σχέση κακοποίησης είναι: οικονομική εξάρτηση, ισχυρός φόβος αντίποινων και ψυχικές διαταραχές.

- Μύθος: Η γυναίκα προκάλεσε τη βία. «Πήγαινε γυρεύοντας»

Πραγματικότητα: Ο άνδρας προκάλεσε τη βία γιατί δεν ήταν σε θέση να ελέγξει το θυμό του και δεν είχε την απόλυτη κυριαρχία των πράξεων του.

- Μύθος: Το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας είναι υπερτιμημένο. Δεν είναι και τόσο σοβαρό πρόβλημα, είναι συνήθως «ένα σπρώξιμο».

Πραγματικότητα: Οι θύτες ακολουθούν πολλές διαφορετικές μορφές βίας, το οποίο αποδεικνύεται από τα υψηλά ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας που καταγράφονται κάθε χρόνο.

- Μύθος: Οι κακοποιημένες γυναίκες προκαλούν την καταχρηστική συμπεριφορά.

Πραγματικότητα: Η βίαιη συμπεριφορά λαμβάνει χώρα, ανεξάρτητα από τις πράξεις ή τα λεγόμενα της επιζώσας. Ακόμα και εάν δεχτεί κάποιος ότι κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά της γυναίκας, πυροδότησε τη βίαιη απάντηση του συζύγου/συντρόφου της, η τελευταία με κανέναν τρόπο δεν δικαιολογείται και αυτό-νομιμοποιείται ως συμπεριφορά.

- Μύθος: Αν το θύμα εγκατέλειπε το θύτη του, η βία θα λάμβανε τέλος.

Πραγματικότητα: Τα πλείστα θύματα ακόμη και να καταφέρουν να φύγουν από τον θύτη, η κακοποιημένη γυναίκα θα συνεχίσει να διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.

- Μύθος: Οι κακοποιημένες γυναίκες έλκονται από τους βίαιους άνδρες. Αν μία τέτοια γυναίκα αφήσει το βίαιο σύντροφό της, ο επόμενος σύντροφος που θα βρει θα είναι και αυτός βίαιος.

Πραγματικότητα: Οι γυναίκες – επιζώσες παρόλο που είχαν βρεί κάποιον σύντροφο που τους ασκούσε βία, δεν σημαίνει αυτό ότι και στη μετέπειτα ζωή τους θα αναζητήσουν κάποιον, ο οποίος θα έχει βίαιες τάσεις απέναντι τους.

- Μύθος: Η βίαιη επίθεση είναι μεμονωμένο γεγονός, απίθανο να ξανασυμβεί.

Πραγματικότητα: Η βία αποτελεί ένα ευρύτατο μοντέλο κυριαρχίας και ελέγχου του θύτη ενάντια στην επιζώσα. Συνήθως αυτό δεν συμβαίνει μεμονωμένα αντίθετα γίνεται σε τακτικά διαστήματα.

- Μύθος: Αν τη χτυπάει, θα πρέπει να είναι ψυχικά ασθενής. Εάν όμως αυτή δέχεται τη βία, θεωρείται ψυχικά ασθενής.

Πραγματικότητα: Η ψυχική ασθένεια δεν αποτελεί προαπαιτούμενο για την εμφάνιση της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά διαταράσσει τον εσωτερικό του κόσμο εξωτερικεύοντας τα συναισθήματά του. Αντιθέτως η επιζώσα υπομένει την βία από τον σύζυγο/σύντροφο της είτε επειδή φοβάται είτε για άλλους λόγους, όπως είναι η οικονομική εξάρτηση, η ντροπή, η απομόνωση που προκαλεί η κοινωνία και οι δικές της ενοχές (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006).

5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η κατάχρηση των γυναικών από στενούς συνεργάτες έχει συνδεθεί με τραυματικές βλάβες, μακροχρόνιες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία (Sharps *et al.*, 2008), όπως σε θραύσματα οστών, τραυματικά εγκεφαλικά τραύματα και εσωτερικές βλάβες. Οι επιζώσεις μπορεί επίσης να αναπτύξουν πολλαπλές συννοσηρότητες όπως (Huecker *et al.*, 2018):

- Ψυχολογικά προβλήματα: κατάθλιψη, φόβο, άγχος, αυτοκαταστροφικές/ αυτοκτονικές απόπειρες, κρίσεις πανικού, διατροφικές διαταραχές, συναισθηματικές δυσκολίες, διαταραχή μετατραυματικού στρες.
- Θανατηφόρα αποτελέσματα (ανθρωποκτονία).
- Διαταραχές ύπνου, χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών.
- Χρόνια γαστρεντερικά συμπτώματα: σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου σχετιζόμενο με στρες.
- Αναπαραγωγικά συμπτώματα: πυελικό άλγος, σεξουαλική δυσλειτουργία, ανεπιθύμητα αναπαραγωγικά αποτελέσματα όπως πολλαπλών ακούσιων κυήσεων ή και τερματισμών.
- Ανεξήγητα ουρογεννητικά συμπτώματα: λοιμώξεις ουροδόχου κύστης ή νεφρών.
- Επαναλαμβανόμενη κοιλιακή αιμορραγία και σεξουαλικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις.
- Καρδιακά συμπτώματα: υπέρταση, θωρακικός πόνος.
- Σοβαροί τραυματισμοί: μώλωπες, θωρακικά – κοιλιακά τραύματα, εκδορές, κατάγματα και σπασμένα οστά ή δόντια, στραγγαλισμός.
- Προβλήματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα: πονοκέφαλοι, γνωστικά προβλήματα, απώλεια ακοής.
- Αναπνευστικά προβλήματα όπως άσθμα.
- Ινομυαλγία (Campbell, 2002; World Health Organization, 2012, 2014b; Sohal and James-Hanman, 2013; Norris, 2015; Arroyo *et al.*, 2017).

Μια από τις επιπτώσεις της επανειλημμένης ενδοοικογενειακής βίας είναι η ανικανότητα να σπάσει ο κώδικας της σιωπής ακόμα και όταν εξαρτάται από αυτό η ζωή σου. Οι κακοποιημένες γυναίκες χάνουν σταδιακά τη χρήση της ίδιας τους της φωνής (Walker, 1997).

6. ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι επαγγελματίες από το τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης οφείλουν να είναι σε εγρήγορση αναγνωρίζοντας τις γυναίκες που είναι ευάλωτες, αφού βιώνουν ή έχουν βιώσει την ενδοοικογενειακή βία, ώστε να είναι σε θέση να υιοθετήσουν στρατηγικές για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βία (Paixão *et al.*, 2015).

Το γεγονός ότι η ενδοοικογενειακή βία φέρνει άμεσα ή έμμεσα πολλές κακοποιημένες γυναίκες κάθε λεπτό, αυτές προσπαθούν με κάθε τρόπο να αναζητήσουν ένα «χέρι» βοήθειας στα διάφορα συστήματα υγείας. Ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές ενσωματώνουν κάποιες αντιλήψεις σχετικά με τη βία που έχουν υποστεί οι γυναίκες από τον σύζυγο τους, συμβάλλοντας στην άρνηση των λεγόμενων τους με αποτέλεσμα να αδυνατούν να τους βοηθήσουν. Μέσα από αυτό αναδεικνύεται η ανωτερότητα του άνδρα και η κατωτερότητα της γυναίκας, ταυτίζοντας τον εαυτό τους με το δράστη (Paragiannopoulou E., 2009).

Επίσης υπάρχουν και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που έχουν βιώσει ή αισθανθεί ότι έχουν υποστεί κάποια μορφή βίας είτε αυτή είναι σωματική είτε λεκτική. Πολλές φορές οι γυναίκες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία παραμελούνται εξαιτίας της γραφειοκρατίας ή λόγω έλλειψης συντονισμού των τομέων υγείας και του συστήματος απονομής της ποινικής δικαιοσύνης (Paragiannopoulou E., 2009).

Σημαντικό για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν φροντίδα στις κακοποιημένες γυναίκες οφείλουν να λαμβάνουν ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση σχετικά με τη ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών. Ομοίως, για τις γυναίκες που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, θα πρέπει να υπάρχει υποψία ότι

πιθανότατα να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν και για αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τους δείξουν την διέξοδο με ενθάρρυνση παροτρύνοντας τες να επιστρέψουν σε σπίτια κάποιου συγγενή (Devries *et al.*, 2013; Sohal and James-Hanman, 2013).

Ακόμη οι βασικές γνώσεις που οφείλουν να διαθέτουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη βία συμπεριλαμβανομένου τους νόμους που αφορούν την επιζώσα, τις υπηρεσίες που θα μπορούσαν να τους προσφέρουν για υποστήριξη, αναγνώριση και κλινική φροντίδα. Συγκεκριμένα:

1. Θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα θύματα βίας και τους ενδεχόμενους κακοποιούς στην οικογένεια.
2. Οφείλουν να είναι σε θέση να αξιολογούν όλους τους ασθενείς για κατάχρηση και να παρέχουν συμβουλές, εκπαίδευση και παραπομπή.
3. Τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας μπορεί να υποφέρουν από συναισθηματική, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση και να έχουν ανάγκη από ενσυναίσθηση και κατανόηση.
4. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα μιας ψυχικής και σωματικής νόσου, ασθένειας και τραυματισμού που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία και να παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη στα θύματα.
5. Οι τραυματισμοί απαιτούν συχνά άμεση αξιολόγηση και θεραπεία μετά από επίθεση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας να είναι συχνά οι πρώτοι που αξιολογούν και εντοπίζουν τα θύματα βίας.
6. Όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να γνωρίζουν την παρουσία πιθανών θυμάτων κακοποίησης στο κλινικό περιβάλλον τους.
7. Οι πάροχοι υγείας να αναγνωρίζουν την ενδοοικογενειακή βία και να έχουν ένα σχέδιο που περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με τους πόρους της κοινότητας που σχετίζονται με καταφύγιο, συμβουλευτική, ομάδες υπεράσπισης, προστασία των παιδιών και νομική βοήθεια (SohalandJames-Hanman, 2013: Hueckeretal., 2018).

Ωστόσο έχουν χρέος να καθοδηγήσουν ενημερώνοντας τις κακοποιημένες γυναίκες για τα δικαιώματά τους, τα οποία περιλαμβάνουν μια ζωή απαλλαγμένη από φόβο και βία, αυτοπροσδιορισμό της ίδιας χωρίς παρεμβάσεις, παροχή υπηρεσιών υγείας με καλή ποιότητα και υψηλό επίπεδο, μη διακριτική μεταχείριση, ιδιωτικό απόρρητο, εμπιστευτικότητα και πληροφορίες που οφείλουν να ενημερώνουν την επιζώσα (World Health Organization, 2014).

3.1 Νοσηλευτική Πρόληψη

Οι επαγγελματίες της υγείας περιλαμβάνουν τις δικές τους ηθικές και ανθρωπιστικές πτυχές επικεντρώνοντας στην επαφή τους με την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών θέτοντας ως πρωταρχικό στόχο την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Fonseca-Machado *et al.*, 2015).

3.1.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την κατανόηση και την παρέμβαση ενάντια στους παράγοντες που θέτουν τις γυναίκες σε κίνδυνο τέτοιων περιστατικών βίας (Αρτινοπούλου, 2000).

Οι Νοσηλευτές ως μέλη των ειδικών ομάδων στα κέντρα υγείας οφείλουν να είναι προετοιμασμένοι να επεξεργαστούν, να ενθαρρύνουν και να βιώσουν δράσεις για την πρόληψη της βίας απαιτώντας ενέργειες, οι οποίες συνδέονται με άλλα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με άλλους τομείς, όπως για παράδειγμα το νομικό πλαίσιο, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η εκπαίδευση κ.λπ. (Paixão *et al.*, 2015).

Πρωτίστως είναι σημαντικό να θεσπιστεί η κατάλληλη νομοθεσία που θα βοηθήσει στην ανάπτυξη πολυάριθμων πολιτικών που να αντιμετωπίζουν τις διακρίσεις κατά των γυναικών, να προωθούν την ισότητα των δύο φύλων, να υποστηρίζουν και να βοηθούν τις κακοποιημένες γυναίκες να προχωρήσουν σε πιο ειρηνικά πολιτισμικά

πρότυπα. Μετά την αναγνώρισή της επιζώσας από τους επαγγελματίες υγείας, είναι απαραίτητο να γίνει μία σωστή καταγραφή, μια ομαδική εργασία που θα οδηγήσει την υπόθεση στο υφιστάμενο διατομεακό δίκτυο, εξασφαλίζοντας την προστασία των νομικών, ανθρωπινων, σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων (Sohal and James-Hanman, 2013; Fonseca-Machado *et al.*, 2015).

Επίσης, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των παροχών υπηρεσιών υγείας είναι μια άλλη σημαντική στρατηγική (Sohal and James-Hanman, 2013). Μέσα από αυτό η εκπαίδευση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο προστασίας, αποτρέποντας κάποια βλάβη και βοηθώντας στη ψυχολογική αποκατάσταση (UNHCR, 2001).

Σημαντικό ρόλο για την ευαισθητοποίηση διαδραματίζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τα οποία δεν πρέπει να ενισχύουν τα στερεότυπα κατωτερότητας της γυναίκας και να αποκρύπτουν ένα μέρος του προβλήματος. Αντιθέτως οφείλουν μέσα από διάφορες καμπάνιες και γραπτά πρωτόκολλα να παρουσιάζουν τα ακριβή περιστατικά βίας προκειμένου όλος ο κόσμος να μάθει τι πραγματικά υπέστη βία (World Health Organization, 2012; Hirigoyen, 2006). Ακόμη υπάρχουν τα ραδιοφωνικά προγράμματα, οι αφίσες και τα φυλλάδια που συμβάλλουν στη διάδοση πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τα δικαιώματα των γυναικών, καθώς και ανθρωπιστικές οργανώσεις (UNHCR, 2001).

3.1.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως απώτερο σκοπό την δημιουργία προγραμμάτων που θα στοχεύουν στον εντοπισμό γυναικών που διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο πιθανής κακοποίησης από κάποιον άνδρα (Αρτινοπούλου, 2000).

Ένα από τα προγράμματα που μπορούν να διεξαχθούν για την καλύτερη εχεμύθεια των παραπάνω γυναικών αποτελούν οι νοσηλευτές της κοινότητας/δημόσιας υγείας που ως επισκέπτες στο σπίτι μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη στις γυναίκες που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο (Sharps *et al.*, 2008).

3.1.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη συνδέεται με προγράμματα οργάνωσης, εφόσον έχει ήδη κακοποιηθεί μία γυναίκα, επιδιώκοντας την μη επανεμφάνιση της κακοποίησης από το σύντροφο/σύζυγο (Αρτινοπούλου, 2000).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι να παρέχουν φυσική φροντίδα έτσι ώστε να κάνουν την γυναίκα να αισθανθεί ανεξάρτητη και ικανή να παίρνει τις δικές της αποφάσεις. Απαραίτητο είναι η ενθάρρυνση με μικρά και αποτελεσματικά βήματα, προτρέποντας την να προγραμματίσει τις δραστηριότητες της ζωής της. Κάποιες από αυτές είναι: η εκπαίδευση της επιζώσας, η εύρεση εργασίας ώστε να εξασφαλίσει τις υλικές της ανάγκες, να συμμετέχει σε δραστηριότητες χαλάρωσης που την ευχαριστούν μειώνοντας το άγχος και την ένταση, να ασκείται για ψυχολογική ενδυνάμωση και τέλος να αναγνωρίζει τις σκέψεις που την παροτρύνουν να βλάψει τον ίδιο της τον εαυτό (αυτοκτονία ή αυτοτραυματισμός) (World Health Organization, 2014).

7. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η κακοποιημένη γυναίκα αδυνατεί να φύγει από τη σχέση κακοποίησης καθώς αισθάνεται παγιδευμένη στην έντονη θυματοποίηση, εναποθέτοντας τις ελπίδες της για βελτίωση/αλλαγή του συντρόφου της παρά στη δική της αντίδραση, η οποία παραμένει παθητική. Επιπρόσθετα υπάρχουν πολυάριθμοι λόγοι που είναι πιθανό να αποθαρρύνουν ή να αποτρέπουν την κακοποιημένη γυναίκα από το να φύγει:

- Η ενδεχόμενη οικονομική της εξάρτηση από το σύζυγο ή σύντροφο.
- Ο στιγματισμός που συχνά συνοδεύει τη φυγή από το σπίτι, ειδικά σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας.
- Η ανησυχία για το μέλλον των παιδιών της όταν αυτή είναι μητέρα.
- Η ενοχοποίηση για το ότι τα παιδιά θα χάσουν τον πατέρα τους.
- Η δυσκολία στο να βρει εργασία.

- Η έλλειψη υποστήριξης από το συγγενικό και κοντινό της περιβάλλον.
- Και το σημαντικότερο, ο φόβος για εκδίκηση και αντίποινα από τη μεριά του συντρόφου (Παπαθανασίου, 2001).

8. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Οι γυναίκες που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία αναζητούν βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα παρέχουν συμβουλευτική αγωγή και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Αυτό αποδεικνύεται σε πολλές μελέτες, που υποδηλώνουν ότι όσο ευρύτερες είναι οι αλληλεπιδράσεις, τόσο περισσότερη θα είναι η πρόσβαση σε πηγές υποστήριξης, και αν οι γυναίκες είναι εκτεθειμένες στη βία, μπορούν να λάβουν βοήθεια για να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους (Groves *et al.*, 2015; Akbari, Sadeghi and Jahedi, 2017).

Οι τραυματισμοί απαιτούν συχνά άμεση αξιολόγηση και θεραπεία μετά από επίθεση με αποτέλεσμα, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας να είναι συχνά οι πρώτοι που αξιολογούν και εντοπίζουν τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Huecker *et al.*, 2018).

Ερωτήσεις που διατυπώνονται κατά την πρώτη επαφή της επιζώσας με τους επαγγελματίες υγείας:

Σε περίπτωση που υποψιάζεστε ότι η κατάχρηση βασίζεται σε φυσικές ή συμπεριφορικές παρατηρήσεις, χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες ερωτήσεις:

1. «Με ανησυχεί ότι ο τραυματισμός αυτός μπορεί να προκλήθηκε από κάποιον που σας βλάπτει. Μήπως κάποιος σας έβλαψε;»
2. «Παρατήρησα ότι του συντρόφου σας δεν του αρέσει να σας αφήνει μόνη, πώς αισθάνεστε γι' αυτό;»
3. «Η βία κατά των γυναικών έχει γίνει ζήτημα υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, ρωτώ όλους τους ασθενείς μου εάν έχουν βιώσει ποτέ κακοποίηση / βία ως παιδί, έφηβος ή ενήλικος».

4. «Πιστεύετε ότι ο θύτης χρειάζεται ιατρική ή ψυχιατρική παρέμβαση; Θεωρείτε ότι είναι επείγουσα κατάσταση;»
5. «Νιώθετε ότι εάν πάτε στο σπίτι σας θα είστε ασφαλείς ή θέλετε να φιλοξενηθείτε από κάποιους φίλους ή σε κάποιο καταφύγιο;»
6. «Υπάρχει κίνδυνος ο θύτης να επιστρέψει στο σπίτι με όπλο ή να είναι επηρεασμένος από καταχρηστικές ουσίες;»
7. «Σας έχει απειλήσει ή παρενοχλήσει εσάς και τα παιδιά σας;»
8. «Πότε βιώσατε τελευταία φορά κάποιο περιστατικό ενδοοικογενειακής βίας;»
9. «Έχετε εκμυστηρευτεί σε κάποιον/α την κακοποίηση σας;»
10. «Είχατε ποτέ τάσεις αυτοκτονίας μετά από κάποια κακοποίηση (σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική);» (Groves *et al.*, 2015; Norris, 2015).

Στη συνέχεια οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα θύματα βίας και τους ενδεχόμενους κακοποιούς στην οικογένεια. Επιπλέον να αξιολογούν την επιζώσα και με βάση τα ευρήματά τους να της δίνουν τις απαραίτητες συμβουλές και ταυτόχρονα να την εκπαιδεύουν για την ασφάλεια της. Ακόμη να εντοπίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα μιας ψυχικής και σωματικής νόσου, ασθένειας και τραυματισμού που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία (Huecker *et al.*, 2018).

Τέλος οφείλουν να έχουν ένα σχέδιο που περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με τους πόρους της κοινότητας που σχετίζονται με καταφύγιο, συμβουλευτική, ομάδες υπεράσπισης, προστασία των παιδιών και νομική βοήθεια για τις επιζώσες που είναι θύματα κακοποίησης στο κλινικό περιβάλλον τους (Huecker *et al.*, 2018).

9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολη στο να αποκαλυφθεί από την επιζώσα λόγω του φόβου της για την ίδια της τη ζωή. Αυτό έχει ως αντίκτυπο η διάγνωση από τους επαγγελματίες υγείας να γίνεται πολλές φορές αργοπορημένα, όταν φθάσει πια σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου ή σε κάποιο γραφείο ιατρού. Η διάγνωση της κακοποιημένης γυναίκας αποτελεί ένα βασικό στάδιο που προηγείται της νοσηλευτικής αντιμετώπισης και έχει ως κλειδί την καθιέρωση ενός πρωτοκόλλου αξιολόγησης (Huecker et al., 2018: Walker, 1997).

Η διάγνωση περιλαμβάνει τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, τη φυσική εξέταση, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τις ακτινογραφίες. Παρόλα αυτά οι επαγγελματίες οφείλουν να εξετάζουν κάθε θηλυκό άτομο για περίπτωση ενδοοικογενειακής βίας. Ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι αναγκαίο να υποψιαστούν ότι πρόκειται για το σύνδρομο κακοποιημένης γυναίκας.

Αυτό επιτυγχάνεται με το να αναγνωρίσουν τα τέσσερα κριτήρια αυτού (Huecker et al., 2018: Walker, 1997).

Το πρώτο κριτήριο σχετίζεται με την αναγνώριση των τυπικών τραυματισμών ανάλογα με την περιγραφή του τραυματισμού, σημείο και αιτία (Walker, 1997). Τα προφανή κλινικά ευρήματα είναι:

- Μώλωπες, Εκδορές, Αμυχές
- Τσιμπήματα, Κοψίματα, Μαχαιριές
- Εγκαύματα
- Σπασμένα οστά, Κατάγματα, Θλάση
- Τραύματα από πυροβολισμούς

Χαρακτηριστικά διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν τα σημάδια στον αυχένα που είναι σύμφυτα με προσπάθεια στραγγαλισμού, η πετερική αιμορραγία στα μάτια, οι ενοχλήσεις στο κεφάλι, στο πρόσωπο, στο λαιμό, στο στήθος, στη κοιλιά, στη πλάτη καθώς και τα μυοσκελετικά τραύματα. Οι τραυματισμοί που υποδηλώνουν

αμυντική στάση όπως εκείνοι που βρίσκονται στα χέρια και στους βραχίονες θεωρούνται ύποπτοι, ενώ οι γυναίκες μπορεί να φέρουν κάποιο στοματικό ή οδοντικό τραύμα (Norris, 2015: Hueckeretal., 2018).

Ακόμη η επιζώσα είναι πιθανό να παρουσιάζει συναισθηματικά ή ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα απομόνωσης, μετά – τραυματικό στρες, κόπωση και μειωμένη όρεξη, ενώ έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες αυτές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος, διαβήτη, υπέρτασης και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Devries *et al.*, 2013).

Επιπλέον το δεύτερο κριτήριο, επαναφέρει στις σκέψεις της επιζώσας παρελθοντικά τραυματικά γεγονότα που παίρνουν διάφορες μορφές όπως εφιάλτης, διαταραχές ύπνου, αϋπνία, ονειροπολήσεις και επίμονη σκέψη ότι η κακοποίηση θα επιστρέψει και θα επιδεινωθεί. Ακόμη βιώνει μια αίσθηση αδυναμίας, απώλειας ελέγχου, ανάκλησης και αίσθημα διαχωρισμού από το σώμα, αφηγώντας την ιστορία του τραυματισμού της (Walker, 1997).

Στη συνέχεια το τρίτο κριτήριο σχετίζεται με την καταγραφή ιστορικού το οποίο είναι ασαφές και δεν ταιριάζει με την πραγματική κλινική εικόνα ενός ασθενούς, ενώ η επιζώσα δεν δίνει αρκετές λεπτομέρειες σχετικά με τις συνθήκες του τραυματισμού δείχνοντας άγνοια για το πώς προήλθαν. Τέλος ένα χαρακτηριστικό που εκφράζει μια κακοποιημένη γυναίκα είναι η ίδια η συμπεριφορά της και το βλέμμα της, που υποδηλώνουν την απόγνωση της, με συμπτώματα που συνδέονται με ανησυχία, κρίσεις πανικού και φόβοι που εξελίσσονται σε άκρατες φοβίες (World Health Organization, 2014: Ζυγά & Αθανασοπούλου, 2009).

Σημαντικό επίσης κρίνεται οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να εκτιμήσουν την συμπεριφορά του θύτη, προκειμένου να αντλήσουν περαιτέρω πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αξιολογήσουν το περιστατικό της ενδοοικογενειακής βίας. Οι χαρακτηριστικές του αντιδράσεις που φέρουν στην επιφάνεια τη κακοποίηση που ασκούν στην γυναίκα είναι:

- Επιμένει να είναι παρών κατά τη διάρκεια εξέτασης της επιζώσας.
- Απαντάει αυτός για τη γυναίκα.
- Είναι υπερβολικά φιλικός με τον πάροχο περίθαλψης, εμφανίζεται ευγενικός ή υπερβολικός.
- Μπορεί να ελαχιστοποιήσει τον τραυματισμό και να μην εκφράσει συμπάθεια.
- Να κάνει παρατηρήσεις σχετικά με την σύντροφο του ή να την κατηγορήσει για τη βία / ατύχημα.

Αντίθετα η συμπεριφορά της επιζώσας μπορεί να είναι αόριστη και φυλασσόμενη αλληλεπίδραση, χωρίς να λέει τίποτα μπροστά στον σύντροφό της, ελαχιστοποιώντας τη σοβαρότητα του τραυματισμού της, αποφεύγοντας την επαφή με τα μάτια και κοιτάζοντας τον συνεργάτη της για καθοδήγηση (Norris, 2015).

10. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Η πρώτη γραμμή υποστήριξης που παρέχεται σε μία κακοποιημένη γυναίκα κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο είναι η πιο σημαντική σε συναισθηματικό, σωματικό και υποστηρικτικό τομέα χωρίς όμως να παραβιάζεται η ιδιωτικότητά της. Αυτή η καταχρηστική βία τεκμηριώνεται με τις πιο βασικές πτυχές. Κάποιες από αυτές είναι:

- ✓ Τον εντοπισμό των τραυματισμών (καλύτερα γίνεται με διαγράμματα σώματος).
- ✓ Πλήρης περιγραφή όλων των τραυματισμών (τύπος, χρώμα).
- ✓ Μέγεθος τραυματισμών, εάν δεν είναι διαθέσιμη καμία συσκευή μέτρησης, συγκρίνετε με ένα γνωστό είδος.
- ✓ Άλλα χαρακτηριστικά τραυματισμού (π.χ. κηλίδες, αιμορραγία, κ.α).
- ✓ Μηχανισμός τραυματισμού.
- ✓ Περιοχές ευαισθησίας / πόνου.
- ✓ Μορφές τραυματισμών.
- ✓ Διαχωρισμός μεταξύ της έκθεσης του συνεργάτη και των παρατηρήσεών σας.
- ✓ Συμπεριφορές επιζώσας, δράστη και παιδιών.
- ✓ Οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με το σχεδιασμό της ασφάλειας ή παραπομπές που παρέχονται.
- ✓ Εάν υπάρχουν υπόνοιες για ναρκωτικές ουσίες ή οποιοδήποτε υγρό του σώματος (ούρα) έτσι ώστε να συλλέγονται και να συντηρούνται για τυχόν επανάληψη του συμβάντος (Akbari, Sadeghi and Jahedi, 2017).

Η συνυπάρχουσα βοήθεια περιλαμβάνεται από πέντε καθήκοντα:

- ΑΚΟΥΩ

Σκοπός είναι να δώσει στη γυναίκα την ευκαιρία να πει τι θέλει αφού η ακρόαση είναι το σημαντικό μέρος της καλής επικοινωνίας και η βάση σε μία σχέση εμπιστοσύνης και να μπει σε ένα ιδιωτικό μέρος για να ανοιχτεί στον επαγγελματία υγείας, βοηθώντας την να βρει ένα ασφαλές μέρος για να μείνει (World Health Organization, 2014).

- ΕΡΕΥΝΩ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΥΣΗΧΙΕΣ

Με σεβασμό ανταποκρινόμαστε στις ανάγκες της, μαθαίνοντας τι είναι πιο σημαντικό για τη γυναίκα , ακούγοντας την ιστορία της με ιδιαίτερη προσοχή (World Health Organization, 2014).

- ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ

Ο στόχος της επικύρωσης διαδραματίζεται ανάμεσα στην επιζώσα και στον επαγγελματία υγείας, διότι τα συναισθήματα της θα εκφραστούν εφόσον της δοθεί το δικαίωμα να τα εξωτερικεύσει χωρίς φόβο και βία. Επίσης η εμπειρία κάποιου/ας νοσηλευτή/τριας φαίνεται μέσα από τα λεγόμενα του (καταλαβαίνει ότι λέει και την πιστεύει) (World Health Organization, 2014).

- ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Πολλές γυναίκες που έχουν υποστεί βία έχουν φόβους για την ασφάλεια τους, γνωρίζοντας ότι χρειάζονται ένα σχέδιο προστασίας. Αυτό το πλάνο γίνεται επειδή η βία δεν είναι κάτι που μπορεί να σταματήσει από μόνη της, αλλά με την πάροδο του χρόνου μπορεί να γίνει χειρότερη και συχνότερη. Για αυτό οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να αξιολογήσουν τον άμεσο κίνδυνο βίας που μπορεί να προκληθεί κατά την επιστροφή της στο σπίτι, παρέχοντας της την κατάλληλη ασφάλεια όπως η διασφάλιση κλειστής συνομιλίας, η διατήρηση και η εμπιστευτικότητα των αρχείων και η εγρήγορση σε αποτελεσματικές δικαιολογίες για την αποτροπή οποιοδήποτε συμβάντων (Peel, Against and Abuse, 2010).

•ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Πολλές γυναίκες που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία θα έχουν προβλήματα συναισθηματικής ή ψυχικής υγείας για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης αποθαρρύνονται να αναφερθούν επειδή υπάρχει έντονο το στίγμα του βιασμού, η αίσθηση της υποβάθμισης και της ντροπής αλλά και ο φόβος για την σωματική τους ασφάλεια (UNHCR, 2001; World Health Organization, 2014).

Μετά από μια σεξουαλική επίθεση, η βασική ψυχοκοινωνική υποστήριξη μπορεί να είναι επαρκής για τους πρώτους μήνες, παρακολουθώντας τη γυναίκα ταυτόχρονα για πιο σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (Sohal and James-Hanman, 2013).

Ένα άλλο κομμάτι της είναι η κοινωνική υποστήριξη που αποτελεί προστασία για κάθε γυναίκα που βιώνει την κατάχρηση της βίας. Συχνά αισθάνεται αποκομμένη από τους άλλους ανθρώπους που αδυνατούν να συνδεθούν μαζί της έχοντας την επιθυμία να μοιραστεί αυτό που της έχει συμβεί (World Health Organization, 2014).

Σε αυτή τη φάση λόγω της άρνησης του περιβάλλοντος της να την ακούσουν, οι επαγγελματίες υγείας την προτρέπουν να συνεργαστεί με ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό καθώς και να απευθυνθεί σε υπηρεσίες μέριμνας αλλά και σε εθελοντικές ομάδες που θα την βοηθήσουν. Μερικές από αυτές είναι το γραφείο ισότητας, γραμμή SOS, κέντρο ψυχικής υγιεινής, γυναικεία ομάδα αυτοάμυνας, σύνδεσμος για δικαιώματα γυναικών, το δίκτυο καταπολέμησης της αντρικής βίας κατά των γυναικών και το Κέντρο Ερευνών σε Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι) (Ζυγά & Αθανασοπούλου, 2009).

Στο πλαίσιο ολοκληρωμένων δράσεων για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και της παροχής προστασίας και αρωγής των θυμάτων διακίνησης, η Γενική Γραμματεία Ισότητας λειτουργεί δύο Συμβουλευτικά Κέντρα για την βία κατά των γυναικών, όπου το ένα βρίσκεται στην Αθήνα από το 1988 και το άλλο στο Πειραιά από το 1999 (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006).

Ένας βασικός παράγοντας για την αλλαγή της κοινωνικής απομόνωσης που προκαλείται από τη βία είναι η πρόσβαση των γυναικών σε διάφορα ιδρύματα και κέντρα όπως το κέντρο υποδοχής κακοποιημένων γυναικών και ο ξενώνας που εξασφαλίζει στην επιζώσα και τα ανήλικα παιδιά της προσωρινή φιλοξενία (Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού, 2006; Albuquerque Netto *et al.*, 2015).

Η αξία των ιδρυμάτων είναι ότι παρέχουν άμεση επικοινωνία και προστασία, έτσι ώστε να απαλλάσσουν όσο αυτό είναι δυνατόν τις κακοποιημένες γυναίκες από τα συναισθήματα της απομόνωσης, της αδυναμίας και της κατωτερότητας. Τα ιδρύματα σώζουν κακοποιημένες γυναίκες, βοηθώντας τις να αρχίσουν μια καινούργια ζωή παραμένοντας ίσως για ένα χρόνο ή/και περισσότερο, εφόσον χρειάζονται συνεχή υποστήριξη. Αυτό αποδεικνύεται και από στατιστικές που υποδηλώνουν ότι οι μισές περίπου γυναίκες που μένουν πάνω από μία εβδομάδα σε κάποιο ίδρυμα δεν επιστρέφουν στη συνέχεια στο βασανιστή τους. Και ότι ακόμα περισσότερες καταφέρνουν τελικά να τον εγκαταλείψουν, αν υπάρχει για αυτές διαθέσιμη ασφαλής στέγη, ακόμα και αφότου έχουν επιστρέψει στο σπίτι (Sharps *et al.*, 2008 : Walker, 1997).

Ακόμη τα καταφύγια προσφέρουν σύνθετες ανάγκες στα άτομα που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία, όπως είναι η ικανότητα να ζουν και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα τους (οικονομικά, ψυχολογικά, σωματικά κ.α.), λαμβάνοντας τις απαραίτητες εξετάσεις από του αρμόδιους. Συνήθως διαθέτουν συμβούλους που είναι πρόθυμοι 24ωρες την ημέρα, παρέχοντας ένα ασφαλές μέρος για κάποια που έχει βιώσει κακοποίηση. Ορισμένα από αυτά βοηθούν τις επιζώσες να εξασφαλίζουν προστατευτικές εντολές, να συλλέγουν στοιχεία για δίωξη και να τα καθοδηγούν στα βήματα του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης (Kovach, 2004; Arroyo *et al.*, 2017; Shors, Chang and Millon, 2018).

Εν κατακλείδι, μέσα από τη θέσπιση ειδικών νομικών διαδικασιών προτρέπουν τις γυναίκες να αναγνωρίσουν και να ισχυροποιήσουν την άποψη τους για τον κόσμο, επιτρέποντας τους να ακουστεί επιτέλους η φωνή τους, μιλώντας για την δική τους ιστορία. Ωστόσο υπάρχουν και μειονεκτήματα σχετικά με τη νομοθεσία, διότι

μερικές γυναίκες φοβούνται να αναφέρουν στην αστυνομία την ενδοοικογενειακή βία γιατί ενδέχεται να έχουν αντίποινα του θύτη. Άλλοι λόγοι είναι η απροθυμία και η αργοπορία της αστυνομίας να δράσει εις βάρος του θύτη προκαλώντας περαιτέρω κακοποίηση (Konach, 2004: Walker, 1997).

11. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Η ενδοοικογενειακή βία εισβάλλει στη ζωή της επιζώσας μέσω του θύτη με αυξανόμενη επιθετικότητα, το οποίο μπορεί να συνδέεται με την κακοποίησή του κατά την παιδική του ηλικία. Ανεξάρτητα από αυτό, χρέος μας είναι να αξιολογούμε την επικινδυνότητα σε κάθε μορφή βίας, αποτρέποντας τον κίνδυνο τόσο για την ίδια τη γυναίκα όσο και για το περιβάλλον της.

Με αυτό τον τρόπο διαμορφώνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- Η επιθετική συμπεριφορά προερχόμενη από τη παιδική ηλικία.
- Διαταραγμένη προσωπικότητα (Αντικοινωνικός).
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Χαμηλή εκπαίδευση.
- Κακοποίηση των παιδιών και της γυναίκας.
- Σεξουαλική παρενόχληση.
- Οικογενειακό ιστορικό βίας.
- Η κατάχρηση ουσιών και οινόπνεύματος (αύξηση επιθετικότητας).
- Κακή γονική μέριμνα.
- Οικονομικό άγχος/ οικογένειες με χαμηλά ετήσια εισοδήματα.
- Εκπαιδευτικό υπόβαθρο (η γυναίκα είναι πιο μορφωμένη).
- Οι απειλές του θύτη προς την επιζώσα και τους οικείους της.
- Σωματική κακοποίηση κατά την εγκυμοσύνη (Norris, 2015: Hueckeretal., 2018).

Εφόσον η γυναίκα διατρέχει σοβαρό κίνδυνο και χρήζει άμεση βοήθεια, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να την ενημερώσουν και να της εξασφαλίσουν μια κατάλληλη διαμονή σε κάποιο καταφύγιο ή σε κάποια άλλη υποστηρικτική δομή. Με αυτό τον τρόπο προσφέρουν την παρέμβαση τους αξιολογώντας κατάλληλα την ασφάλεια του χώρου, εξασφάλιση άριστης επικοινωνίας με την διεύθυνση και προώθηση συνεργασίας με τις απαραίτητες υπηρεσίες (Huecker *et al.*, 2018).

11.1 Ενδοοικογενειακή βία κατά την εγκυμοσύνη

Η ενδοοικογενειακή βία είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα ανησυχητική και επικίνδυνη για την υγεία της μητέρας, του εμβρύου και μετέπειτα του παιδιού (Fonseca-Machado *et al.*, 2015).

Παρόλο που η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι της γυναίκας, η ενδοοικογενειακή βία την επιβαρύνει περισσότερο προκαλώντας δυσμενείς επιπτώσεις. Ορισμένες από αυτές είναι η καθυστερημένη είσοδος ή μη προγεννητική φροντίδα, η σωματική κακοποίηση που έχει ως αντίκτυπο την κακή αύξηση βάρους της μητέρας οδηγώντας στο θάνατο του εμβρύου. Επιπλέον οι τραυματικές βλάβες (χαστούκια, χτυπήματα, κλωτσιές, ξυλοδαρμός) μπορεί να προκαλέσουν πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης (Sharps *et al.*, 2008; World Health Organization, 2012).

Οι κακοποιημένες έγκυες γυναίκες κατά τη σεξουαλική βία προσβάλλονται από διάφορα προβλήματα υγείας, για παράδειγμα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και HIV/AIDS. Ακόμη έχουν κατάθλιψη (συναισθηματική δυσφορία και επιλόχεια κατάθλιψη), διαταραχές μετατραυματικού στρες και καταστάσεις άγχους που προκαλούν ασταθή συναισθήματα (Campbell, 2002; Sharps *et al.*, 2008; World Health Organization, 2012).

Επιπλέον μεγάλο ρόλο διαδραματίζει και ο ψυχολογικός τομέας ο οποίος προκαλεί στην εγκυμονούσα κακή ψυχική υγεία, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, κάπνισμα), ανικανότητα παροχής φροντίδας και θηλασμού στο βρέφος αλλά και την προσπάθεια σωματικής ανάκαμψης για επιβίωση (Groves *et al.*, 2015).

Επιπρόσθετα έχει συσχετιστεί με ανεπαρκή εμβρυϊκά και νεογνικά αποτελέσματα, όπως πρόωρη απελευθέρωση, χαμηλό βάρος ή μικρή ηλικία γέννησης, εμβρυϊκή δυσφορία, προγεννητική αιμορραγία και προεκλαμψία (Campbell, 2002; Sharps *et al.*, 2008; World Health Organization, 2012).

Εντούτοις η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία η γυναίκα βρίσκεται σε συχνή επαφή με τους επαγγελματίες υγείας. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η καλύτερη διεξαγωγή για τη μείωση των ψυχικών διαταραχών, τους συναφείς παράγοντες κινδύνου και την αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης (Fonseca-Machado *et al.*, 2015).

12. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΑΝΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ασφάλεια και συναισθηματική υγεία

- *Λάβετε υποστήριξη.* Καλέστε μια γραμμή βοήθειας για την κρίση της ενδοοικογενειακής βίας και / ή παρακολουθήστε μια ομάδα υποστήριξης γυναικών ή θυμάτων για τουλάχιστον δύο εβδομάδες για να λάβετε υποστήριξη από άλλους και να μάθετε περισσότερα για τον εαυτό σας και τη σχέση με τον θύτη.
- *Κάνε ό, τι είναι ασφαλές για σένα.* Αν πρέπει να επικοινωνήσετε με τον θύτη, φροντίστε να το κάνετε με τον τρόπο που αισθάνεστε ασφαλείς είτε τηλεφωνικώς είτε ταχυδρομικά.

Ασφάλεια για τα παιδιά σας

- *Ενημερώστε τα σχολεία των παιδιών σας.* Συζητήστε μαζί τους για το ποιος θα παραλαμβάνει τα παιδιά, δίνοντας τους τη λέξη κλειδί. Παρέχετε μια φωτογραφία του θύτη, εάν είναι εφικτό.
- *Ανταλλαγή παιδιού σε ασφαλές μέρος.* Βρείτε ένα ασφαλές μέρος για να ανταλλάξετε το παιδί σας κατά την συνάντηση. Ορισμένες κοινότητες έχουν συγκεκριμένες τοποθεσίες μόνο για το σκοπό αυτό. Επικοινωνήστε με το τοπικό πρόγραμμα παροχής βοήθειας για θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

Ασφάλεια στη δουλειά

- *Πες σε κάποιον.* Αποφασίστε ποιος στο χώρο της εργασίας σας θα γνωρίζει την περίπτωσή σας, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ασφάλεια γραφείου, εάν είναι διαθέσιμη. Παρέχετε μια φωτογραφία του θύτη.
- *Εμφανίστε τις κλήσεις σας.* Ορίστε να έχετε κάποια οθόνη και να καταγράφετε τις τηλεφωνικές σας κλήσεις.

- *Κάντε ένα σχέδιο ασφαλείας.* Δημιουργήστε ένα σχέδιο ασφάλειας για την είσοδο και την έξοδο από το χώρο εργασίας σας. Έχετε κάποιον να σας συνοδεύσει στο όχημά σας ή σε άλλο μεταφορικό μέσο. Εάν εσείς και ο δράστης κακοποίησης εργάζεστε στον ίδιο χώρο, συζητήστε με τον προϊστάμενό σας τις επιλογές σας σχετικά με τον προγραμματισμό, τις προφυλάξεις ασφαλείας, τις παροχές προσωπικού / οικογένειας.

Ασφάλεια κατά τη διάρκεια της ενδοοικογενειακής βίας

- *Πηγαίνετε σε μια περιοχή που έχει έξοδο.* Αποφύγετε κλειστούς χώρους όπως το μπάνιο, τη κουζίνα, την αποθήκη.
- *Μείνετε σε ένα δωμάτιο με ένα τηλέφωνο.* Καλέστε 911, έναν φίλο ή έναν γείτονα και ενημερώστε τους εάν υπάρχουν όπλα στο σπίτι.
- *Οπτικοποιήστε τη διαδρομή διαφυγής σας.* Αποτελεσματικότερη διαφυγή σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
- *Έχετε μια συσκευασμένη τσάντα έτοιμη.* Κρατήστε τη κρυμμένη σε ένα εύχρηστο μέρος για να φύγετε γρήγορα ή αφήστε την τσάντα αλλού εάν ο θύτης ψάχνει στο σπίτι σας.
- *Σκεφτείτε μια λέξη κώδικα ή ένα σήμα.* Ενημερώστε το παιδί σας, τους γείτονές σας, ώστε να μπορέσουν να καλέσουν βοήθεια όταν τους ειδοποιήσετε.
- *Εμπιστευθείτε την κρίση σας.* Σκεφτείτε τίποτα που αισθάνεστε ότι θα σας κρατήσει ασφαλή και θα σας δώσει χρόνο για να καταλάβετε τι να κάνετε στη συνέχεια. Μερικές φορές είναι καλύτερο να φύγετε και μερικές φορές είναι καλύτερο να χαλαρώσετε τον θύτη - οτιδήποτε λειτουργεί για να προστατεύσετε τον εαυτό σας και τα παιδιά.

Ασφάλεια κατά την προετοιμασία για έξοδο

Η έξοδος μπορεί να είναι ο πιο επικίνδυνος χρόνος.

- Έχετε ένα ασφαλές μέρος για να μείνετε. Βεβαιωθείτε ότι είναι ένα μέρος που μπορεί να προστατεύσει εσάς και το παιδί σας.
- Καλέστε ένα πρόγραμμα υπηρεσίας θυμάτων οικιακής βίας. Μάθετε ποιες υπηρεσίες και καταφύγια είναι διαθέσιμες ως επιλογές εάν τις χρειάζεστε. Διατηρήστε τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου σας πάντα κοντά σας.
- Βρείτε κάποιον που εμπιστεύεστε. Αφήστε τα χρήματα, τα επιπλέον κλειδιά, τα αντίγραφα σημαντικών εγγράφων και ενδυμάτων μαζί τους εκ των προτέρων, ώστε να μπορείτε να φύγετε γρήγορα, εάν είναι απαραίτητο.
- Άνοιγμα λογαριασμού ταμιευτηρίου. Βάλτε το στο όνομά σας μόνο για να αυξήσετε την ανεξαρτησία σας. Εξετάστε την άμεση κατάθεση από το λογαριασμό σας ή τον έλεγχο παροχών.
- Ελέγξτε το σχέδιο ασφαλείας σας. Μελετήστε και ελέγξτε τα σχέδιά σας όσο πιο συχνά γίνεται, για να μάθετε τον ασφαλέστερο τρόπο να αφήσετε τον κατοικίδιο.

Ασφάλεια στο σπίτι σας (Εάν ο δράστης δεν ζει μαζί σας)

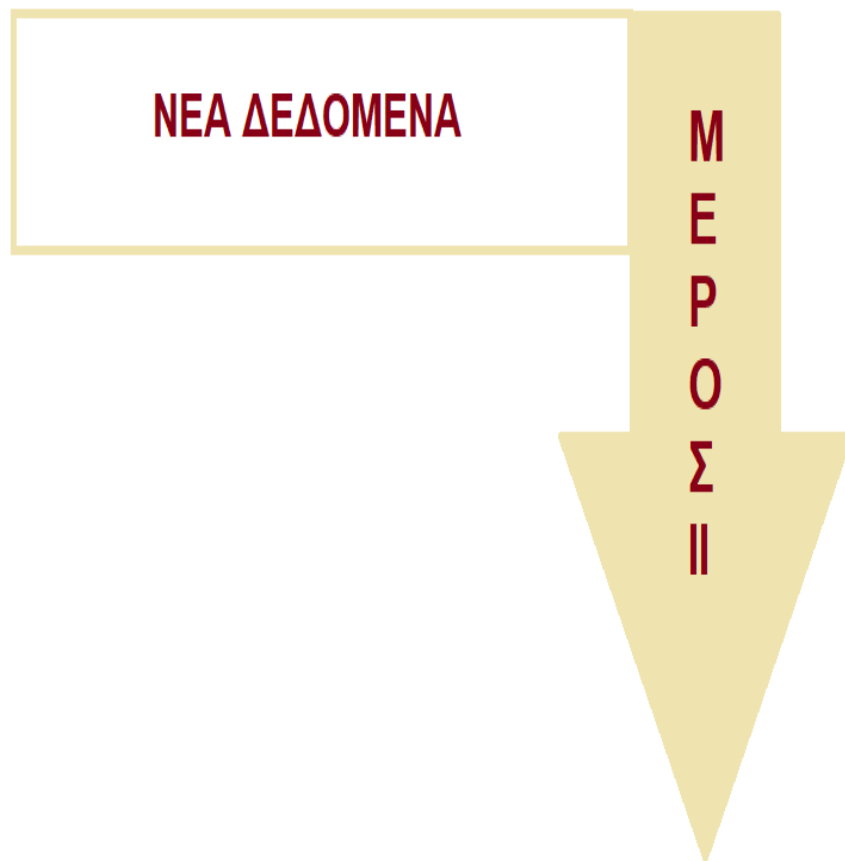
- Αναβαθμίστε το σύστημα ασφάλειας σας. Αλλάξτε τις κλειδαριές στις πόρτες και τα παράθυρα το συντομότερο δυνατό. Εξετάστε μια υπηρεσία ασφαλείας, μπάρες παραθύρων, καλύτερο φωτισμό, ανιχνευτές καπνού και πυροσβεστήρες.
- Αλλαγή του αριθμού τηλεφώνου σας. Εμφανίστε τις κλήσεις σας αν έχετε τηλεφωνητή ή αναγνωριστικό καλούντος. Αποθηκεύστε όλα τα μηνύματα με απειλές. Επικοινωνήστε με την τοπική εταιρεία τηλεφωνίας σας για να αποκτήσετε έναν μη δημοσιευμένο αριθμό.
- Συζητήστε με τους γείτονες και τον ιδιοκτήτη. Ενημερώστε τους ότι ο κατοικίδιος δεν ζει πλέον μαζί σας και ότι πρέπει να καλέσουν την αστυνομία αν βλέπουν τον θύτη κοντά στο σπίτι.

- *Λάβετε νομικές συμβουλές.* Βρείτε έναν δικηγόρο με γνώσεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία για να εξερευνήσετε την επιμέλεια, την επίσκεψη και τις διατάξεις διαζυγίου που προστατεύουν εσάς και τα παιδιά. Συζητήστε την επιλογή μιας παραγγελίας συγκράτησης.

Αν αποφασίσετε να φύγετε, πάρτε μαζί σας ...

Άδεια γάμου, δίπλωμα οδήγησης, τίτλο αυτοκινήτου.	Φάρμακα, γυαλιά, βοηθήματα ακοής, βιβλίο διευθύνσεων κ.λπ. που χρειάζεστε εσείς και η οικογένειά σας.
Πιστοποιητικά γέννησης - δικά σας και οικογενειακά.	Προσωπικά αντικείμενα - βιβλίο διευθύνσεων, εικόνες, παιχνίδια.
Κάρτα παροχών, Πράσινη κάρτα.	Κάρτα κοινωνικής ασφάλισης, άδεια εργασίας, πράσινη κάρτα, διαβατήριο, χαρτί διαζυγίου, σχολικά και ιατρικά αρχεία, δικαστικά έγγραφα.
Χρήματα, κάρτες επιταγών, πιστωτικές κάρτες, κάρτες ATM, βιβλίο πληρωμής, έγγραφα υποθήκης.	Κλειδιά (σπιτιού, αυτοκινήτου, γραφείου).

(Peel, Against and Abuse, 2010: Huecker et al., 2018).



ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την Ενδοοικογενειακή Βία (ΕΒ) κατά των γυναικών. Παράλληλα έγινε μελέτη για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων **PubMed** και **Google Scholar** όπου αναζητήθηκαν άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία διερευνούσαν την ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και το ρόλο του νοσηλευτή.

Αρχικά στο **PubMed** γράψαμε στη μηχανή αναζήτησης τη λέξη *intimate partner violence* δίνοντας μας 11337 άρθρα, στη συνέχεια βάζοντας “*intimate partner violence*” μας εμφάνισε 6392 άρθρα. Έπειτα προσθέτοντας το πρώτο περιορισμό *freefulltext* μας επέστρεψε πίσω 2274 αποτελέσματα και με το δεύτερο περιορισμό *nursing journals* καταλήξαμε στα 70 άρθρα. Επιπλέον καταγράφοντας *domestic violence AND nursing care* μας εμφανίστηκαν 4220 αποτελέσματα και με “*domestic violence AND nursing care*” μας επέστρεψε 45 άρθρα. Τέλος προσθέτοντας το περιορισμό *nursing journals* μας έδωσε ως τελικό αποτέλεσμα 40 άρθρα όπου από αυτά επιλέξαμε 18.

Επίσης, στο **GoogleScholar** καταγράψαμε στη μηχανή αναζήτησης τη φράση “*domestic violence*” επιστρέφοντας μας 951.000 άρθρα. Έπειτα, βάζοντας τους περιορισμούς τα άρθρα που έχουν δημοσιευτεί το 2014-2018 μας έδωσε 59.500 άρθρα και με τον δεύτερο περιορισμό *nursing* μας εμφανίστηκαν 1400 άρθρα. Στη συνέχεια θέτοντας τον τελευταίο περιορισμό όπου οι λέξεις να εμφανίζονται στον

τίτλο του άρθρου μας κατέληξε στα 89 άρθρα, όπου από όλα αυτά κρίναμε ότι τα πιο χρήσιμα για την διεκπεραίωση της εργασίας μας ήταν τα 8.

Για την εύρεση περισσότερων άρθρων σχετικά με το θέμα μας χρησιμοποιήσαμε τη μηχανή ηλεκτρονικής αναζήτησης **WorldHealthOrganization(WHO)** όπου εκεί πληκτρολογήσαμε τη λέξη “intimate partner violence” επιστρέφοντας μας 1350 άρθρα. Στη συνέχεια προσθέσαμε τον περιορισμό «pdf» δίνοντας μας 602 αποτελέσματα, από τα οποία επιλέξαμε 3 άρθρα που μας ενδιέφεραν.

Επίσης δανειστήκαμε ορισμένα βιβλία που κρίναμε ότι ήταν απαραίτητα για τη συγγραφή της εργασίας μας, αυτά είναι τα εξής:

- 1) Όταν η Αγάπη Σκοτώνει (Walker, 1997)
- 2) Η κακοποιημένη γυναίκα: Η βία μέσα στο ζευγάρι (Hirigoyen, 2006)
- 3) Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση Γυναικών (Αρτινοπούλου, 2006)
- 4) Η συμβολή των επαγγελματιών της υγείας στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας (Ζυγά & Αθανασοπούλου, 2009)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Huecker, M. & Smock, W., 2018. *Domestic Violence*. [e-book] Treasure Island (FL): StatPearls. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>.

Abstract:

Domestic violence (including child abuse, intimate partner abuse, and elder abuse) is a common health problem and virtually all healthcare professionals will at some point evaluate or treat a patient who is a victim. Unfortunately, each form of family violence begets interrelated forms of violence, and the "cycle of abuse" is often continued from exposed children into their adult relationships, and finally to the care of the elderly. Domestic violence includes a range of abuse including economic, physical, sexual, emotional, and psychological. Intimate partner violence includes stalking, sexual and physical violence, and psychological aggression by a current or former partner. Domestic violence is difficult to identify, and many cases go unreported to health professionals or legal authorities. Healthcare professionals should be able to recognize, evaluate and refer and to assess all patients for abuse and offer counseling, education, and referral. Health professionals must be able to identify the signs and symptoms of a mental and physical disease, illness, and injury related to domestic violence. When healthcare professionals identify domestic violence, they should have a plan that includes providing community resource information related to shelter, counseling, advocacy groups, child protection, and legal aid. All healthcare professionals must understand that domestic violence, whether in the form of emotional, psychological, sexual, or physical violence, is common in our society and should be prepared.

Περίληψη:

Η ενδοοικογενειακή βία (συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης των παιδιών, των συντρόφων και των ηλικιωμένων) είναι ένα κοινό πρόβλημα υγείας και ουσιαστικά όλοι οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θα πρέπει να αξιολογούν και να θεραπεύουν έναν ασθενή που είναι θύμα. Δυστυχώς, κάθε μορφή βίας δημιουργεί

αλληλένδετες μορφές και ο «κύκλος κακοποίησης» συνεχίζεται συχνά από τα εκτεθειμένα παιδιά στις ενήλικες σχέσεις τους και τέλος στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Η ενδοοικογενειακή βία περιλαμβάνει μια σειρά επιπτώσεων, όπως οικονομικές, σωματικές, σεξουαλικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές. Η συντροφική βία περιλαμβάνει την καταδίωξη, την σεξουαλική και σωματική βία, καθώς και την ψυχολογική βία. Η ενδοοικογενειακή βία συχνά είναι δύσκολο να εντοπιστεί και πολλές περιπτώσεις δεν αναφέρονται στους επαγγελματίες υγείας ή στις νομικές αρχές. Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν και να παραπέμπουν όλους τους ασθενείς για κατάχρηση και να παρέχουν συμβουλευτική, εκπαίδευση και παραπομπή. Ακόμη να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα μιας ψυχικής και σωματικής ασθένειας και τραυματισμού που σχετίζονται με την ενδοοικογενειακή βία. Όταν οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης εντοπίσουν την ενδοοικογενειακή βία, θα πρέπει να έχουν ένα σχέδιο που να περιλαμβάνει την παροχή κοινοτικών πηγών πληροφοριών σχετικά με καταφύγια, συμβουλευτική, ομάδες υπεράσπισης, προστασία των παιδιών και νομική βοήθεια. Όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να κατανοήσουν ότι η ενδοοικογενειακή βία, είτε υπό τη μορφή συναισθηματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής ή σωματικής βίας, είναι κοινή στην κοινωνία μας και θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι.

2.Shors, T. J., Chang, H. Y. M. and Millon, E. M. (2018) 'MAP Training My Brain™: Meditation Plus Aerobic Exercise Lessens Trauma of Sexual Violence More Than Either Activity Alone', *Frontiers in Neuroscience*, 12(April), p. 211.

Abstract:

Sexual violence against women often leads to post-traumatic stress disorder (PTSD), a mental illness characterized by intrusive thoughts and memories about the traumatic event. These mental processes are obviously generated by the brain but often felt in the body. MAP Training My Brain™ is a novel clinical intervention that

combines mental training of the brain with physical training of the body. Each training session begins with 20-min of sitting meditation, followed by 10-min of slow-walking meditation, and ending with 30-min of aerobic exercise at 60–80% of the maximum heart rate. In previous studies, the combination of mental and physical (MAP) training together significantly reduced symptoms of depression and ruminative thoughts, while reducing anxiety. We also documented positive changes in brain activity during cognitive control and whole-body oxygen consumption in various populations. In the present pilot study, we asked whether the combination of meditation and aerobic exercise during MAP Training would reduce trauma-related thoughts, ruminations, and memories in women and if so, whether the combination would be more effective than either activity alone. To test this hypothesis, interventions were provided to a group of women (n = 105), many of whom had a history of sexual violence (n = 32). Groups were trained with (1) MAP Training, (2) meditation alone, (3) aerobic exercise alone, or (4) not trained. Individuals in training groups completed two sessions a week for at least 6 weeks. MAP Training My Brain™ significantly reduced post-traumatic cognitions and ruminative thoughts in women with a history of sexual violence, whereas meditation alone, and exercise alone did not. MAP Training significantly enhanced a measure of self-worth, whereas meditation and exercise alone did not. Similar positive effects were observed for all participants, although meditation alone was also effective in reducing trauma-related thoughts. Overall, these data indicate the combination of meditation and exercise is synergistic. As a consequence, MAP Training is preferable and especially so for women who have experienced sexual violence in their past. Simply put, the whole is greater than the sum of its parts.

Περίληψη:

Η σεξουαλική βία κατά των γυναικών οδηγεί συχνά σε μετατραυματική διαταραχή άγχους (PTSD), μια ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ενοχλητικές σκέψεις και μνήμες για το τραυματικό γεγονός. Αυτές οι ψυχικές διαδικασίες προφανώς δημιουργούνται από τον εγκέφαλο, αλλά συχνά αισθάνονται στο σώμα. Το MAP Training My Brain™ είναι μια νέα κλινική παρέμβαση που συνδυάζει την ψυχική

εκπαίδευση του εγκεφάλου με τη σωματική άσκηση του σώματος. Κάθε εκπαιδευτική περίοδος ξεκινά με διαλείμματα καθισμάτων 20 λεπτών, ακολουθούμενη από διαλογισμό αργού περιπάτου 10 λεπτών και τελειώνοντας με αερόβια άσκηση 30 λεπτών στο 60-80% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού. Σε προηγούμενες μελέτες, ο συνδυασμός ψυχικής και σωματικής εκπαίδευσης μείωσε σημαντικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης και των θρυμματισμένων σκέψεων, μειώνοντας παράλληλα το άγχος. Επίσης, τεκμηριώσαμε τις θετικές αλλαγές στην εγκεφαλική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του γνωστικού ελέγχου και της κατανάλωσης οξυγόνου ολόκληρου του σώματος σε διάφορους πληθυσμούς. Στην παρούσα πιλοτική μελέτη, ρωτήσαμε αν ο συνδυασμός του διαλογισμού και της αερόβιας άσκησης κατά τη διάρκεια της κατάρτισης MAP θα μείωνε τις σκέψεις, τις μυρωδιές και τις αναμνήσεις που σχετίζονται με τραύματα στις γυναίκες και εάν ναι, εάν ο συνδυασμός θα ήταν πιο αποτελεσματικός από ότι και οι δύο δραστηριότητες. Για να δοκιμαστεί αυτή η υπόθεση, παρεσχέθησαν παρεμβάσεις σε μια ομάδα γυναικών ($n = 105$), πολλοί από τους οποίους είχαν ιστορικό σεξουαλικής βίας ($n = 32$). Οι ομάδες εκπαιδεύτηκαν με εκπαίδευση MAP, με μόνο διαλογισμό, αερόβια άσκηση, ή μη εκπαιδευμένο. Τα άτομα σε ομάδες κατάρτισης ολοκλήρωσαν δύο συνεδρίες την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 εβδομάδες. Το MAP Training My Brain™ μείωσε σημαντικά τις μετα-τραυματικές και τις θρυμματιστικές σκέψεις σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής βίας, ενώ όταν ήταν μόνο ο διαλογισμός ή μόνη η άσκηση δεν το έκαναν. Παρόμοια θετικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν για όλους τους συμμετέχοντες, αν και ο διαλογισμός μόνος ήταν επίσης αποτελεσματικός στη μείωση των σχετικών με τραύματα σκέψεων. Συνολικά, τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι ο συνδυασμός του διαλογισμού και της άσκησης είναι συνεργιστικός. Ως εκ τούτου, προτιμάται η εκπαίδευση MAP και ειδικά για τις γυναίκες που έχουν βιώσει σεξουαλική βία στο παρελθόν τους.

3. Akbari, B., Sadeghi, S. A. and Jahedi, Z. S. (2017) 'Comparing Levels of Domestic Abuse and Emotional Regulation of Normal Women and Women Exposed to Violence', 5(3), pp. 0–6.

Abstract:

Background: In recent decades, violent behavior towards women has been considered as the most serious social problem beyond cultural, social, and regional boundaries. This type of violence includes any violent sexual action which causes physical, sexual, or mental damage in women, leading to obligatory deprivation from individual or social freedom.

Objectives: The present study was aimed to examine levels of domestic abuse and emotional regulation in normal women and women exposed to violence.

Methods: This study is causal-comparative and of an after-event type. The statistical population of the present study consisted of two groups of women: exposed-to-violence women with background in conflict intervention and social emergency centers; and normal women in the second half of 2015. Statistical sample included 200 individuals (100 exposed-to-violence women and 100 normal women), who were selected using Convenience Sampling method; and they were examined and compared using questionnaires of domestic abuse and emotional regulation. All analytical actions were done using SPSS-ver20.

Results: Data analysis showed that there is a significant difference between exposed-to-violence women and normal women in terms of domestic abuse dimensions (emotional adjustment components) ($P > 0.0001$). The results of the multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference between the two groups of women in terms of the three subscales of domestic abuse questionnaire (emotional, physical, and sexual misbehavior); and comparison of mean values showed that the degree of these dimensions in exposed-to-violence women is high.

Conclusions: Results showed that exposed-to-violence women experience more

physical, sexual, and emotional domestic abuse. This can also be related to their differences in terms of emotional adjustment, which must be cared about by experts in order to give better service to these women and prevent social damage.

Keywords: Domestic Abuse; Emotional Adjustment; Exposed-to-Violence Women

Περίληψη:

Ιστορικό: Τις τελευταίες δεκαετίες, η βίαιη συμπεριφορά έναντι των γυναικών θεωρείται ως το σοβαρότερο κοινωνικό πρόβλημα πέρα από τα πολιτιστικά, κοινωνικά και περιφερειακά σύνορα. Αυτός ο τύπος βίας περιλαμβάνει κάθε βίαιη σεξουαλική πράξη που προκαλεί φυσικές, σεξουαλικές ή ψυχικές βλάβες στις γυναίκες, οδηγώντας σε υποχρεωτική στέρηση από την ατομική ή κοινωνική ελευθερία.

Στόχος: Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εξέταση των επιπέδων ενδοοικογενειακής κακοποίησης και συναισθηματικής ρύθμισης σε φυσιολογικές γυναίκες και σε γυναίκες που εκτίθενται σε βία.

Μέθοδος: Η μελέτη αυτή είναι αιτιώδης-συγκριτικός και τύπου μετά την εκδήλωση. Ο στατιστικός πληθυσμός της παρούσας μελέτης απαρτίζεται από δύο ομάδες γυναικών, γυναίκες που εκτίθενται στη βία με ιστορικό παρεμβατικών συγκρούσεων και κέντρα κοινωνικής έκτακτης ανάγκης και φυσιολογικές γυναίκες κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2015. Το στατιστικό δείγμα περιελάμβανε 200 άτομα (100 γυναίκες που εκτέθηκαν στη βία και 100 κανονικές γυναίκες), οι οποίες επιλέχθηκαν με τη μέθοδο δειγματοληψίας, εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια ενδοοικογενειακής κακοποίησης και συναισθηματικής ρύθμισης. Όλες οι αναλυτικές ενέργειες έγιναν χρησιμοποιώντας το SPSS-ver20.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση δεδομένων έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών που εκτίθενται στη βία και των φυσιολογικών γυναικών όσον αφορά τις εγχώριες διαστάσεις κακοποίησης (συνιστώσες συναισθηματικής προσαρμογής). Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης της

διακύμανσης έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων γυναικών όσον αφορά τις τρεις υποκλίμακες ερωτηματολογίου ενδοοικογενειακής κατάχρησης (συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακή συμπεριφορά). Η σύγκριση των μέσων τιμών έδειξε ότι ο βαθμός αυτών των διαστάσεων στις γυναίκες που εκτίθενται στη βία είναι υψηλή.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που εκτίθενται σε βία αντιμετωπίζουν περισσότερη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική ενδοοικογενειακή κακοποίηση. Αυτό μπορεί επίσης να σχετίζεται με τις διαφορές τους όσον αφορά τη συναισθηματική προσαρμογή, την οποία πρέπει να φροντίζουν οι ειδικοί προκειμένου να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες σε αυτές τις γυναίκες και να προλαμβάνουν τις κοινωνικές ζημίες.

Λέξεις-κλειδιά: Κακοποίηση στο σπίτι, Συναισθηματική προσαρμογή, Εκτειθέμενες γυναίκες σε βία.

4. Arroyo, K. et al. (2017) 'Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 18(2), pp. 155–171.

Abstract:

Intimate partner violence (IPV) impacts millions of adults and children every year and can result in homicide, legal proceedings, the involvement of child welfare, and the need for emergency shelter for survivors and their families. Survivors of IPV may develop psychological and somatic symptoms to the trauma, including anxiety, depression, and other mental health related disorders in addition to facing numerous safety, financial, and social challenges. To reestablish stability, effective short-term interventions are needed in order to address these issues survivors face. This systematic review and meta-analysis summarizes the extant literature on short-term interventions for survivors of IPV. Twenty-one studies are included in the analysis and overall effect sizes calculations and moderator analysis were

conducted. On average, effects sizes were large ($g \approx 1.02$) suggesting that most short-term interventions are effective, however CBT-based interventions that were tailored to IPV survivors achieved the largest effect sizes. Results of this study are presented in a question and answer format with the intent to guide practitioners, researchers and policy makers. IPV survivors access services in a variety of shelter and outpatient settings and present diverse needs. Although this study contributes a systematic review of the existing literature on IPV, there are relatively few rigorous outcome studies and even fewer that reflect the diversity in this population and the complexity of responding to IPV in real-world settings.

Keywords: intervention/treatment, domestic violence, treatment, PTSD.

Περίληψη:

Η ενδοοικογενειακή βία (IPV) κάθε χρόνο επηρεάζει εκατομμύρια ενήλικες και παιδιά και μπορεί να οδηγήσει σε ανθρωποκτονία, νομικές διαδικασίες, εμπλοκή παιδικής μέριμνας και ανάγκη για καταφύγιο έκτακτης ανάγκης για τις επιζώσες και την οικογένειά τους. Οι επιζώσες της IPV μπορεί να αναπτύξουν ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης και άλλων διαταραχών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, πέρα από την αντιμετώπιση πολυάριθμων προκλήσεων ασφάλειας, οικονομικών και κοινωνικών. Για να αποκατασταθεί η σταθερότητα, απαιτούνται αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που αντιμετωπίζουν οι επιζώσες. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση συνοψίζει την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες επεμβάσεις για τις επιζώσες. Είκοσι μία μελέτες συμπεριλαμβάνονται στην ανάλυση και υπολογίστηκαν οι υπολογισμοί των συνολικών μεγεθών αποτελεσμάτων και η ανάλυση του συντονιστή. Κατά μέσο όρο, τα μεγέθη των επιδράσεων ήταν μεγάλα ($g = 1.02$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις ειδικού τύπου είναι αποτελεσματικές, ωστόσο οι παρεμβάσεις που βασίζονται στο CBT που προσαρμόστηκαν στους επιζώντες με IPV πέτυχαν τα μεγαλύτερα μεγέθη αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης παρουσιάζονται σε μορφή ερωτήσεων και απαντήσεων με σκοπό την καθοδήγηση

των επαγγελματιών και των ερευνητών. Οι επιζώσες της IPV έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και σε διάφορα καταφύγια. Παρόλο που η μελέτη αυτή συμβάλλει στη συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με το IPV, υπάρχουν σχετικά λίγες αυστηρές μελέτες αποτελεσμάτων και ακόμη λιγότερες που αντικατοπτρίζουν την ποικιλομορφία του πληθυσμού αυτού και την πολυπλοκότητα της ανταπόκρισης στο IPV σε πραγματικό περιβάλλον.

Λέξεις-κλειδιά: παρέμβαση / θεραπεία, ενδοοικογενειακή βία, θεραπεία, PTSD.

5. Albuquerque Netto, L. de et al. (2015) '[Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service].', *Revista gaucha de enfermagem*, 36 Spec No, pp. 135–142.

Abstract:

Objective: This study aimed to evaluate the factors involved in the decision making process of women in situation of interpersonal violence perpetrated by an intimate partner in search for domestic violence support services.

Methods: Qualitative, descriptive and exploratory research. Sixteen women were interviewed through individual semi-structured interviews, at a Women's Reference Center in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. Data analysis was performed using the technique of collective subject discourse was used.

Results: The results showed that these women sought psychosocial support when interpersonal violence reached their limit of tolerance. The group meetings organized by the Reference Center made it possible for these women to recover their self-esteem and confidence and to increase awareness of the need to change their lives and achieve economic autonomy.

Conclusions: In this scenario, by collecting data for the research, the nurses contributed to the promotion of gender equality and women's empowerment, as recommended by the Millennium Development Goals.

Keywords: Nursing. Women's health. Violence against women. MillenniumDevelopmentGoals.

Περίληψη:

Στόχος: Η μελέτη αυτή αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων των γυναικών σε κατάσταση ενδοοικογενειακής βίας που διαπράττει ένας σύντροφος και στην αναζήτηση υπηρεσιών υποστήριξης βίας.

Μέθοδος: Ποιοτική, περιγραφική και διερευνητική έρευνα. Δεκαεπτά γυναίκες ερωτήθηκαν μέσω μεμονωμένων ημιδομημένων συνεντεύξεων. Διεξήχθη ανάλυση δεδομένων χρησιμοποιώντας την τεχνική του συλλογικού λόγου που χρησιμοποιήθηκε.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτές οι γυναίκες αναζητούσαν ψυχοκοινωνική υποστήριξη όταν η ενδοοικογενειακή βία έφθασε στο όριο ανοχής τους. Οι συνεδριάσεις της ομάδας που διοργάνωσε το Κέντρο Αναφοράς επέτρεψαν στις γυναίκες αυτές να ανακτήσουν την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη τους και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανάγκη αλλαγής της ζωής τους και οικονομικής αυτονομίας.

Συμπεράσματα: Σε αυτό το σενάριο, από τη συλλογή δεδομένων για την έρευνα, οι νοσηλευτές συνέβαλαν στην προώθηση της ισότητας των φύλων και τη χειραφέτηση των γυναικών, όπως συνιστάται από τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας.

Λέξεις-κλειδιά: Νοσηλευτική, Υγεία της γυναίκας, Βία κατά των γυναικών, Αναπτυξιακοί στόχοι της χιλιετίας.

6. Fonseca-Machado, M. de O. et al. (2015) 'Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 855–864.

Abstract:

Objective: To identify the relationship between posttraumatic stress disorder, trait and state anxiety, and intimate partner violence during pregnancy.

Method: Observational, cross-sectional study developed with 358 pregnant women. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version was used, as well as the State-Trait Anxiety Inventory and an adapted version of the instrument used in the World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence.

Results: After adjusting to the multiple logistic regression model, intimate partner violence, occurred during pregnancy, was associated with the indication of posttraumatic stress disorder. The adjusted multiple linear regression models showed that the victims of violence, in the current pregnancy, had higher symptom scores of trait and state anxiety than non-victims.

Conclusion: Recognizing the intimate partner violence as a clinically relevant and identifiable risk factor for the occurrence of anxiety disorders during pregnancy can be a first step in the prevention thereof.

Descriptors: Spouse Abuse; Anxiety, Stress Disorders, Post-Traumatic, Pregnancy, Nursing, Public Health

Περίληψη:

Στόχος: Να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της διαταραχής του μετατραυματικού στρες, της ιδιότητας και της κατάστασης του άγχους, και της ενδοοικογενειακής βίας του συντρόφου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μέθοδος: Παρατηρητική, σύγχρονη μελέτη που αναπτύχθηκε με 358 έγκυες γυναίκες. Χρησιμοποιήθηκε η λίστα ελέγχου της μετατραυματικής διαταραχής

άγχους - πολιτική έκδοση, καθώς και ο κατάλογος άγχους κρατικού περιστατικού και μια προσαρμοσμένη έκδοση του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην Παγκόσμια Μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την υγεία των γυναικών και την ενδοοικογενειακή βία.

Αποτελέσματα: Μετά την προσαρμογή στο μοντέλο πολλαπλής διοικητικής παλινδρόμησης, η βίαιη συντροφική βία, που συνέβη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συσχετίστηκε με την ένδειξη διαταραχής μετατραυματικού στρες. Τα προσαρμοσμένα μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι τα θύματα της βίας, στην τρέχουσα εγκυμοσύνη, είχαν υψηλότερα αποτελέσματα συμπτωμάτων χαρακτηριστικού και κρατικού άγχους από τα μη θύματα

Συμπέρασμα: Αναγνωρίζοντας ότι η ενδοοικογενειακή βία ως κλινικά σχετικός και αναγνωρίσιμος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για την πρόληψή της.

Λέξεις κλειδιά: Κατάχρηση συζύγου, Ανησυχία Διαταραχές άγχους, Μετατραυματικές, Εγκυμοσύνη,Θηλασμός, Δημόσια υγεία.

7. Paixão, G. P. do N. et al. (2015) 'Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 874–879.

Abstract:

Objective: To analyze the family relationship, in childhood and adolescence, of women who experience conjugal violence.

Method: Qualitative study. Interviews were held with 19 women, who were experiencing conjugal violence, and who were resident in a community in Salvador.

Results: The data was organized using the Discourse of the Collective Subject, identifying the summary central ideas: they witnessed violence between their parents; they suffered repercussions from the violence between their parents: they

were angry about the mother's submission to her partner; and they reproduced the conjugal violence. The discourse showed that the women witnessed, in childhood and adolescence, violence between their parents, and were injured both physically and psychologically. As a result of the mother's submission, feelings of anger arose in the children. However, in the adult phase of their own lives, they noticed that their conjugal life resembled that of their parents, reproducing the violence.

Conclusion: Investment is necessary in strategies designed to break inter-generational violence, and the health professionals are important in this process, as it is a phenomenon with repercussions in health. Because they work in the Family Health Strategy, which focuses on the prevention of harm and illness, health promotion and interdepartmentality, the nurses are essential in the process of preventing and confronting this phenomenon.

Descriptors: Family Conflict, Domestic Violence, Violence Against Women, Health Expenditures, Intergenerational Relations, Reproduction.

Περίληψη:

Στόχος: Να αναλυθεί η οικογενειακή σχέση, στην παιδική και την εφηβική ηλικία, των γυναικών που βιώνουν συζυγική βία.

Μέθοδος: Ποιοτική μελέτη. Διεξήχθησαν συνεντεύξεις με 19 γυναίκες, οι οποίες βίωναν συζυγική βία.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα οργανώθηκαν με τη χρήση του λόγου του συλλογικού θέματος, προσδιορίζοντας τις συνοπτικές κεντρικές ιδέες: βίωσαν τη βία μεταξύ των γονέων τους, υπέστησαν επιπτώσεις από τη βία μεταξύ των γονέων τους, ήταν θυμωμένοι με την υποταγή της μητέρας στον σύντροφό της και αναπαράγουν τη συζυγική βία. Ο λόγος έδειξε ότι οι γυναίκες μαρτύρησαν, κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, τη βία μεταξύ των γονέων τους και τραυματίστηκαν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Ως αποτέλεσμα της υποταγής της μητέρας, δημιουργήθηκαν συναισθήματα θυμού στα παιδιά. Ωστόσο, στη φάση των

ενηλίκων της ίδιας της ζωής τους, παρατήρησαν ότι η συζυγική ζωή τους έμοιαζε με αυτή των γονέων τους, αναπαράγοντας τη βία.

Συμπέρασμα: Οι επενδύσεις είναι απαραίτητες στις στρατηγικές που αποσκοπούν στη διάλυση της βίας μεταξύ γενεών και οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικοί σε αυτή τη διαδικασία, καθώς είναι ένα φαινόμενο με επιπτώσεις στην υγεία. Επειδή εργάζονται στη στρατηγική για την οικογενειακή υγεία, η οποία επικεντρώνεται στην πρόληψη των βλαβών και των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και την αλληλεγγύη, οι νοσηλευτές είναι απαραίτητοι στη διαδικασία πρόληψης και αντιμετώπισης αυτού του φαινομένου.

Λέξεις κλειδιά: Οικογενειακές Συγκρούσεις, Ενδοοικογενειακή Βία, Βία Κατά των Γυναικών, Υγειονομική Δαπάνη, Σχέσεις Μεταξύ Γενεών, Αναπαραγωγή.

8. Devries, K. M. *et al.* (2013) 'Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies', *PLoS Medicine*, 10(5).

Abstract:

Background: Depression and suicide are responsible for a substantial burden of disease globally. Evidence suggests that intimate partner violence (IPV) experience is associated with increased risk of depression, but also that people with mental disorders are at increased risk of violence. We aimed to investigate the extent to which IPV experience is associated with incident depression and suicide attempts, and vice versa, in both women and men.

Methods and Findings: We conducted a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies published before February 1, 2013. More than 22,000 records from 20 databases were searched for studies examining physical and/or sexual intimate partner or dating violence and symptoms of depression, diagnosed major depressive disorder, dysthymia, mild depression, or suicide attempts. Random effects meta-analyses were used to generate pooled odds ratios. Sixteen studies

with 36,163 participants met our inclusion criteria. All studies included female participants; four studies also included male participants. Few controlled for key potential confounders other than demographics. All but one depression study measured only depressive symptoms. For women, there was clear evidence of an association between IPV and incident depressive symptoms, with 12 of 13 studies showing a positive direction of association and 11 reaching statistical significance; pooled OR from six studies = 1.97. There was also evidence of an association in the reverse direction between depressive symptoms and incident IPV. IPV was also associated with incident suicide attempts. For men, evidence suggested that IPV was associated with incident depressive symptoms, but there was no clear evidence of an association between IPV and suicide attempts or depression and incident IPV.

Conclusions: In women, IPV was associated with incident depressive symptoms, and depressive symptoms with incident IPV. IPV was associated with incident suicide attempts. In men, few studies were conducted, but evidence suggested IPV was associated with incident depressive symptoms. There was no clear evidence of association with suicide attempts.

Περίληψη:

Ιστορικό: Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία είναι υπεύθυνες για την σημαντική επιβάρυνση της νόσου σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η εμπειρία της ενδοοικογενειακής βίας από σύντροφο (IPV) συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, αλλά και ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο βίας. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε το βαθμό στον οποίο η εμπειρία IPV συνδέεται με περιστατικά κατάθλιψης και απόπειρα αυτοκτονίας και αντιστρόφως, τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες.

Μέθοδος και Ευρήματα: Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των διαχρονικών μελετών που δημοσιεύτηκαν πριν από την 1η Φεβρουαρίου 2013. Περισσότεροι από 22.000 δίσκοι από 20 βάσεις δεδομένων αναζητήθηκαν για μελέτες που εξέταζαν τη φυσική ή / και σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο ή τη χρονολόγηση της βίας και τα συμπτώματα της κατάθλιψης όπως

διαγνωσμένη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμία, ήπια κατάθλιψη ή απόπειρες αυτοκτονίας. Χρησιμοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις τυχαίων αποτελεσμάτων για τη δημιουργία συγκεντρωτικών αναλογιών πιθανότητας. Δεκαέξι μελέτες με 36.163 συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης, όλες οι μελέτες περιελάμβαναν γυναίκες συμμετέχοντες ενώ τέσσερις μελέτες περιελάμβαναν και άνδρες συμμετέχοντες. Όλες οι μελέτες κατάθλιψης, εκτός από μία, μέτρησαν μόνο συμπτώματα κατάθλιψης. Για τις γυναίκες, υπήρχαν σαφείς ενδείξεις για μια συσχέτιση μεταξύ IPV και περιστατικών κατάθλιψης, με 12 από τις 13 μελέτες να δείχνουν θετική κατεύθυνση σύνδεσης και 11 να φτάνουν στη στατιστική σημασία. Υπήρχαν επίσης ενδείξεις συσχέτισης στην αντίστροφη κατεύθυνση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του περιστατικού IPV. Η ενδοοικογενειακή βία συσχετίστηκε επίσης με αποτυχημένες προσπάθειες αυτοκτονίας. Για τους άνδρες, οι ενδείξεις υποδηλώνουν ότι το IPV συσχετίστηκε με συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά δεν υπήρχαν σαφείς ενδείξεις για μια σχέση μεταξύ της IPV και των προσπαθειών αυτοκτονίας ή της κατάθλιψης και του περιστατικού IPV.

Συμπεράσματα: Στις γυναίκες, το IPV συσχετίστηκε με περιστασιακά συμπτώματα κατάθλιψης και συμπτώματα κατάθλιψης με περιστατικό IPV, αλλά και με περιστασιακές προσπάθειες αυτοκτονίας. Στους άνδρες, με βάση τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν το IPV συνδέεται με περιστασιακά συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ δεν υπήρχαν σαφείς ενδείξεις για συσχέτιση με απόπειρες αυτοκτονίας.

9. Sohal, A. H. and James-Hanman, D. (2013) 'Responding to intimate partner and sexual violence against women', *Bmj*, 346(jun20 4), pp. f3100–f3100.

Abstract:

On 20 June the World Health Organization published its first clinical and policy evidence based guidelines on responding to intimate partner violence and sexual violence against women. These landmark guidelines draw from a WHO study of 24 097 women in 10 countries. This study showed widespread lifetime physical and

sexual violence by an intimate partner (15-71% prevalence among ever partnered women) and associated effects on health. Health outcomes associated with such violence include substantially increased risk of suicide attempts, suicidal thoughts, pain, dizziness, and vaginal discharge. The 2010 Global Burden of Disease Study ranked intimate partner violence fifth in terms of years lost owing to disability. In a study of Australian women of reproductive age (15-44 years), intimate partner violence was the largest risk factor for poor health (greater than smoking, alcohol, obesity, hypercholesterolaemia, and hypertension). Such violence is undoubtedly a major public health problem that requires a compassionate and effective health response. The WHO guidelines offer 37 recommendations about the clinical care of women who have experienced intimate partner violence or sexual violence (or both), the training of healthcare providers, and the formulation of healthcare policy and service provision. They meet a crucial need to raise awareness of such violence as a health matter—rather than just a criminal justice, social, or personal problem—among healthcare providers, trainers, and policy makers.

Περίληψη:

Στις 20 Ιουνίου, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δημοσίευσε τις πρώτες κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε κλινικές και πολιτικές αποδείξεις σχετικά με την ανταπόκριση στην ενδοοικογενειακή βία και στη σεξουαλική βία κατά των γυναικών. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές ορόσημο προέρχονται από μια μελέτη όπου συμμετείχαν 24.097 γυναίκες από 10 χώρες. Η μελέτη αυτή έδειξε εκτεταμένη σωματική και σεξουαλική βία κατά τη διάρκεια της ζωής από ένα στενό εταίρο (επιπολασμός 15-71% στις γυναίκες που είχαν σχέση με την ηλικία) και τις σχετικές επιπτώσεις στην υγεία. Τα αποτελέσματα της υγείας που συνδέονται με τη βία αυτή περιλαμβάνουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας, σκέψεις αυτοκτονίας, πόνο, ζάλη και κολπική απόρριψη. Η μελέτη Global Burden of Disease 2010 κατατάσσει την ενδοοικογενειακή βία πέμπτη σε σχέση με τα χρόνια που χάθηκαν λόγω της ανικανότητας. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες από την Αυστραλία ηλικίας μεταξύ 15-44 ετών, η συντροφική βία ήταν ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για κακή υγεία (μεγαλύτερη από το κάπνισμα,

το αλκοόλ, την παχυσαρκία, την υπερχοληστερολαιμία και την υπέρταση). Αυτή η βία είναι αναμφίβολα ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που απαιτεί μια συμπονετική και αποτελεσματική απάντηση για την υγεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές της ΠΟΥ προσφέρουν 37 συστάσεις σχετικά με την κλινική φροντίδα των γυναικών που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία, σεξουαλική βία (ή και τα δύο), την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και τη διαμόρφωση πολιτικής και παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αντιμετωπίζουν μια κρίσιμη ανάγκη να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση σχετικά με τη βία αυτή ως θέμα υγείας - και όχι απλώς ένα ποινικό δίκαιο, κοινωνικό ή προσωπικό πρόβλημα - μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των εκπαιδευτών και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής.

10. Sharps, P. W. et al. (2008) 'Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence', *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 37(4), pp. 480–491.

Abstract:

Objective: To describe current evidence on home visiting (HV) interventions for pregnant or postpartum women with specific intimate partner violence (IPV) assessment and content.

Data Sources: Online bibliographic databases including PubMed, CINAHL Plus, and Web of Science and a hand search of bibliographies of relevant articles.

Study Selection: Original research and intervention studies were included that contained 1) a well-described prenatal and/or postpartum home visitation 2) an assessment of perinatal IPV and 3) quantitative data describing health outcomes for the women and their infants.

Data Extraction: The search yielded 128 articles, and eight relevant articles met all of the inclusion criteria. Non-research, non-intervention and international articles were excluded.

Data Synthesis: No perinatal home visiting interventions were designed to address IPV. Programs that screened for IPV found high rates, and the presence of IPV limited the ability of the intervention to improve maternal and child outcomes.

Conclusions: Perinatal home visitation programs likely improve pregnancy and infant outcomes. Home visiting interventions addressing IPV in non-perinatal population groups have been effective in minimizing IPV and improving outcomes. This suggests that perinatal HV programs adding a specific IPV interventions may reduce IPV and improve maternal and infant health. Continued rigorous research is needed.

Keywords: Home Visitation, Abuse, Domestic Violence, Pregnancy

Περίληψη:

Στόχος: Να περιγραφούν τα τρέχοντα στοιχεία σχετικά με τις παρεμβάσεις, μετά την επίσκεψη στο σπίτι, για έγκυες γυναίκες ή για γυναίκες μετά τον τοκετό που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία με σκοπό την αξιολόγηση του περιεχομένου.

Πηγές δεδομένων: Διαδικτυακές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων, όπως το PubMed, το CINAHL Plus και το Web of Science και η αναζήτηση βιβλιογραφιών.

Επιλογή μελέτης: Περιλήφθηκαν οι αρχικές έρευνες και μελέτες παρέμβασης που περιείχαν: 1) καλά περιγραφείσα προγεννητική και / ή μετά τον τοκετό επίσκεψη στο σπίτι 2) αξιολόγηση του προγεννητικού IPV και 3) ποσοτικά δεδομένα που περιγράφουν τα αποτελέσματα υγείας για τις γυναίκες και τα βρέφη τους.

Εξαγωγή δεδομένων: Η αναζήτηση απέδωσε 128 άρθρα και οκτώ συναφή άρθρα που πληρούσαν όλα τα κριτήρια συμπερίληψης. Έχουν εξαιρεθεί μη ερευνητικά, μη επεμβατικά και διεθνή άρθρα.

Σύνθεση δεδομένων: Δεν σχεδιάστηκαν παρεμβάσεις περιστασιακής επίσκεψης στο σπίτι για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Τα προγράμματα που εξετάζαν για το IPV παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά και η παρουσία του IPV περιόρισε την ικανότητα της παρέμβασης να βελτιώσει τα αποτελέσματα της μητέρας και του παιδιού.

Συμπεράσματα: Τα περιγεννητικά προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι πιθανόν να βελτιώνουν την εγκυμοσύνη και να βοηθούν τα βρέφη. Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του IPV σε μη περιγεννητικές πληθυσμιακές ομάδες ήταν αποτελεσματικές στην ελαχιστοποίηση του IPV και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Αυτό υποδηλώνει ότι τα περιγεννητικά προγράμματα ΗV προσθέτοντας συγκεκριμένες παρεμβάσεις IPV μπορεί να μειώσουν το IPV και να βελτιώσουν την υγεία των μητέρων και των βρεφών. Απαιτείται συνεχής αυστηρή έρευνα.

Λέξεις-κλειδιά: Επίσκεψη Στο Σπίτι, Κατάχρηση, Οικιακή Βία, Εγκυμοσύνη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η κοινωνία μας έχει αλλάξει προς το καλύτερο και προς το χειρότερο, γιατί καθημερινά διαπλάθει καινούργιες μορφές ενδοοικογενειακής βίας. Αν θέλουμε να εξαφανιστεί η βία από τις οικογένειες μας, θα έπρεπε η ίδια η κοινωνική ομάδα να μη διαιωνίζει το σχήμα κυριαρχίας/υποταγής σε όλα τα επίπεδα. Βρισκόμαστε όμως, σε έναν κόσμο όπου ο καθένας μπορεί να νιώσει το πειρασμό να εξουσιάζει τον άλλον, μέσα σε μια κοινωνία που δε δέχεται παρά μόνο τους κερδισμένους, γεγονός που κάνει τον άνθρωπο να εξουσιάζει ακόμη περισσότερο την κοινωνία του. Στο κόσμο της εργασίας καταξιώνεται εκείνος ή εκείνη που ξέρει να επιβάλλεται χωρίς συναισθηματισμούς και λίγο λίγο η μορφή του νάρκισσου, που ξέρει να χειραγωγεί με τέτοιον τρόπο τον άνθρωπο. Μέσα από αυτό ο άνδρας ασκεί μεγαλύτερη κυριαρχία στη γυναίκα/σύζυγο του θέλοντας να δείξει τη δύναμη του με καταχρηστική συμπεριφορά.

Εντούτοις, η ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών με την πάροδο του χρόνου άρχισε να διακλαδώνεται και στις επόμενες γενιές διατηρώντας την ιεράρχηση ανάμεσα στον άνδρα και στη γυναίκα, καθιστώντας τον άνδρα ανώτερο. Αποτελεί επίθεση στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα της γυναίκας αφήνοντας την να έχει λιγότερη πρόσβαση στους πόρους, για παράδειγμα, χρήματα ή πληροφορίες, με αποτέλεσμα να μην έχουν την ελευθερία να πάρουν αποφάσεις για τον εαυτό τους.

Ακόμη οι λέξεις που εκφράζουν την ΕΒ είναι η επιθετικότητα, η έλλειψη σεβασμού, η δειλία, η κακομεταχείριση, η απαξίωση, η κατάχρηση, ο εκφοβισμός, ο παρορμητισμός και η απουσία συλλογισμού. Αυτό προϋδεάζει τις γυναίκες να κατηγορούνται και να παραμένουν στιγματισμένες με τη βία αισθανόμενες ντροπή και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τέλος για την καλύτερη εξάλειψη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Οφείλουν να σεβαστούν τις ανάγκες της επιζώσας με εμπιστευτικότητα, να δημιουργήσουν σχέδια και

ενέργειες τα οποία θα καθοδηγούνται από συμπόνια, σεβασμό και αξιοπρέπεια, προσπαθώντας να παρέχουν έγκαιρη και ολοκληρωμένη φροντίδα προς την κακοποιημένη γυναίκα.

Επίσης μέσα από τη συμβουλευτική αγωγή υποστηρίζουν την επιζώσα με νομικές διαδικασίες, ομαδικές δραστηριότητες που επικεντρώνονται στη δημιουργία δικτύων υποστήριξης και οικοδόμησης εμπιστοσύνης, παρέχοντας τη σωματική και ψυχολογική ασφάλεια μετά την επιτυχή διαφυγή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akbari, B., Sadeghi, S. A. and Jahedi, Z. S. (2017) 'Comparing Levels of Domestic Abuse and Emotional Regulation of Normal Women and Women Exposed to Violence', 5(3), pp. 0–6.

Albuquerque Netto, L. de *et al.* (2015) '[Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service].', *Revista gaucha de enfermagem*, 36 Spec No, pp. 135–142.

Arroyo, K. *et al.* (2017) 'Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 18(2), pp. 155–171.

Campbell, J. C. (2002) 'Health consequences of intimate partner violence', *Lancet*, 359(9314), pp. 1331–1336.

Devries, K. M. *et al.* (2013) 'Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies', *PLoS Medicine*, 10(5).

Duarte, M. C. *et al.* (2015) 'Gender and violence against women in nursing literature: a review', *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(2), pp. 325–332.

Fonseca-Machado, M. de O. *et al.* (2015) 'Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 855–864.

General Ban Ki-moon (2006) 'Fact Sheet', *Unite To End Violence Against Women*, p. 2. Available at: www.un.org/en/women/endviolence/pdf/VAW.pdf.

Groves, A. K. *et al.* (2015) 'Prevalence, rates and correlates of intimate partner violence among South African women during pregnancy and the postpartum period.', *Maternal and child health journal*, 19(3), pp. 487–95.

Heise L., Koblinsky M., Timyan J., G. J. (1993) 'Violence against women: the missing agenda. The Health of Women', *A Global Perspective*. Boulder, CO: Westview Press,.

Hirigoyen, M.F., 2006. *Η Κακοποιημένη Γυναίκα: Η βία μέσα στο ζευγάρι*. Αθήνα: ΕκδόσειςΦυτράκη.

Huecker, M. & Smock, W., 2018. *Domestic Violence*. [e-book] Treasure Island (FL): StatPearls. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>.

Kovach, K. (2004) 'Intimate partner violence.', *Rn*, 67(8), p. 38–43; quiz 46.

Norris, P. (2015) 'Intimate Partner Violence 14', pp. 145–154.

Paixão, G. P. do N. *et al.* (2015) 'Women experiencing the intergenerationality of conjugal violence', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 874–879.

PapagiannopoulouE., G. M. (2009) 'Oi-Epaggelmaties-Ugeias-Kai-I-Endoikogeneiaki-Via-Kata-Ton-Gunaikon_El.Pdf', 1(2), p. 52,53.

Peel, T., Against, C. and Abuse, W. (2010) 'Creating a Safety Plan', (July).

Sharps, P. W. *et al.* (2001) 'Health Care Providers' Missed Opportunities for Preventing Femicide', *Preventive Medicine*, 33(5), pp. 373–380.

Sharps, P. W. *et al.* (2008) 'Current Evidence on Perinatal Home Visiting and Intimate Partner Violence', *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 37(4), pp. 480–491.

Shors, T. J., Chang, H. Y. M. and Millon, E. M. (2018) 'MAP Training My Brain™: Meditation Plus Aerobic Exercise Lessens Trauma of Sexual Violence More Than Either Activity Alone', *Frontiers in Neuroscience*, 12(April), p. 211.

Silva, C. D. *et al.* (2015) 'Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents', *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(1), pp. 22–29.

Sohal, A. H. and James-Hanman, D. (2013) 'Responding to intimate partner and sexual violence against women', *Bmj*, 346(jun20 4), pp. f3100–f3100.

UNHCR (2001) 'PREVENTION AND RESPONSE TO SEXUAL AND GENDER-BASED VIOLENCE IN REFUGEE SITUATIONS', 5(63), pp. 1–26.

Walker, L., 1997. *Όταν η αγάπη σκοτώνει*. Αθήνα: Εκδόσεις Φυτράκη.

World Health Organization (2012) 'Intimate partner violence', *Understanding and addressing violence against women*, pp. 1–12.

World Health Organization (2014a) 'Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence A clinical handbook'.

World Health Organization (2014b) 'Violence against women'.

Αρτινοπούλου, Β., 2006. *Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση Γυναικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη.

Ζυγά Σ., & Αθανασοπούλου Μ., 2009. Η συμβολή των επαγγελματιών της υγείας στην αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Στην: Ν. Παπαχριστόπουλος & Κ. Σαμαρτζή, Έκδοση. 2010. *Οικογένεια και νέες μορφές γονεϊκότητας*. Πάτρα: Εκδόσεις Orportuna. σελ. 1073-1082.

ΚΕΘΙ (2003) 'ΕΝ Δ Ο - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ : ΠΡΩΤΗ ΠΑΝΕΛΛΑ Δ ΙΚΗ ΕΠΙ Δ ΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ'.

Κέντρο Έρευνας και Υποστήριξης Θυμάτων Κακοποίησης και Κοινωνικού Αποκλεισμού (2006) 'Η Συμβουλευτική στην Οικογένεια στην Εργασία', pp. 1–37.

Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2014) *Βία κατά των γυναικών: πανευρωπαϊκή έρευνα Τα αποτελέσματα με μια ματιά*. doi: 10.2811/60426.

Παπαθανασίου, Μ. (2001) 'Θύμα ή επιζώσα ; Η ρητορική κατασκευή ταυτοτήτων στη συ μ βουλευτική για την κακοποίηση γυναικών : Μία ανάλυση περίπτωσης', pp. 0–18.