## 5.4 Μεθοδολογία Ποιοτικής Έρευνας (Ν=7)

Στόχος της δεύτερης φάσης της έρευνας, θα είναι η διερεύνηση και η όσο το δυνατόν σε βάθος μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης αυτής καθεαυτής, από γυναίκες που έχουν υπάρξει θύματα βίας από τον σύντροφό τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Γι’ αυτό το λόγο επιλέχτηκε η ποιοτική μεθοδολογία.

Η ποιοτική έρευνα έχει πάντοτε ερμηνευτικό χαρακτήρα όπως σωστά επισημαίνουν οι (Sandra Breeman and Carol Arthur 2011)[[1]](#footnote-1) . Στόχος της δεν είναι η γενίκευση των ευρημάτων σε ευρύτερα επίπεδα αλήθειας, αλλά η εξερεύνηση της αλήθειας για ένα συγκεκριμένο δείγμα ανθρώπων ή η διαμόρφωση νέων θεωριών. Σε κάθε περίπτωση, στην ποιοτική έρευνα έμφαση δίνεται στην αντίληψη ή στη βιωμένη εμπειρία.

Η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε μεθοδολογικές παραδόσεις (Creswell, 1998)[[2]](#footnote-2) οι οποίες επιτρέπουν βαθύτερη κατανόηση κοινωνικών φαινομένων ή γεγονότων σε φυσικά πλαίσια [settings], δίνοντας έμφαση σε εμπειρίες, νοήματα, ερμηνείες και απόψεις των συμμετεχόντων (Mays and Pope, 1995)[[3]](#footnote-3). Ενώ η ποσοτική έρευνα τυπικά διατυπώνει μια υπόθεση από μια υπάρχουσα θεωρία η οποία δοκιμάζεται στην πραγματικότητα χρησιμοποιώντας αναλογικό συλλογισμό, η ποιοτική έρευνα έχει ως αφετηριακό σημείο την πραγματικότητα, ενώ οι υποθέσεις ή οι θεωρίες ανακαλύπτονται μέσω επαγωγικού συλλογισμού.

Μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας μπορούν επομένως να διερευνηθούν πολύπλοκα φαινόμενα που δεν επιδέχονται ποσοτική έρευνα, όπως για παράδειγμα η διερεύνηση του βαθμού και του λόγου ύπαρξης διακυμάνσεων ενός φαινομένου σε έναν δεδομένο πληθυσμό.

Όσον αφορά την προκείμενη έρευνα, στο δεύτερο αυτό μέρος της διατριβής μελετώνται τόσο οι συγκυρίες έναρξης της κακοποίησης του συγκεκριμένου δείγματος όσο και επιχειρείται η σκιαγράφηση του προφίλ της κακοποιημένης εγκύου και οι αντιλήψεις της περί του φύλου της και του γονεϊκού ρόλου. Τέλος, διερευνάται η διάσταση των επιπτώσεων που είχε η κακοποίηση σε όλους τους τομείς της ζωής της και στις σχέσεις της με τους άλλους, καθώς και η ετοιμότητά της να ζητήσει βοήθεια από τις υπηρεσίες υγείας ή εν γένει κάποιον τρίτο.

### 5.4.1 Επιλογή μεθοδολογικού εργαλείου

Η συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα που την καθιστούν χρήσιμο εργαλείο το οποίο μαζί με το δομημένο ερωτηματολόγιο μας δίνουν μία ολοκληρωμένη εικόνα στα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Καταρχάς, η συνέντευξη επιτρέπει να εξεταστεί ένα ερευνητικό πρόβλημα σε μεγαλύτερο βάθος. Από τη στιγμή που ο ερευνητής θα κατορθώσει να δημιουργήσει μια άνετη και φιλική σχέση με τον συνεντευξιαζόμενο, είναι πολύ πιθανό να εξασφαλιστούν ευκολότερα ακόμη και εμπιστευτικές και προσωπικές πληροφορίες, τις οποίες το άτομο θα ήταν απρόθυμο να καταγράψει. Προς τούτο, ο ερευνητής καλείται να κρατήσει στάση απορίας (bracketing), η οποία προϋποθέτει ενσυναίσθηση, αποδοχή, κατανόηση, ειλικρίνεια ώστε να μεταδίδει στον ερωτώμενο αυτό που πραγματικά σκέφτεται και αισθάνεται, αποστασιοποίηση από υποκειμενικές απόψεις και θέσεις, καθώς και υψηλό αίσθημα ευθύνης.

Επιπλέον, ένα άλλο βασικό πλεονέκτημα του εργαλείου αυτού είναι ότι μέσω της συνέντευξης ο ερευνητής είναι δυνατόν να οδηγήσει το άτομο σε μεγαλύτερη ενδοσκόπηση και να διερευνήσει σημαντικές πτυχές – εν τω προκειμένω – της κακοποιητικής συμπεριφοράς.

Τέλος, με τη συνέντευξη ο ερευνητής μπορεί ευκολότερα να εξηγήσει στον ερωτώμενο τον σκοπό της έρευνας, να κρατήσει το ενδιαφέρον αμείωτο και να βεβαιώνεται κάθε φορά ότι καταλαβαίνει πλήρως κάθε ερώτηση που καλείται να απαντήσει και ότι δίνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες.

Στην προκείμενη έρευνα, ως προς το βαθμό δόμησης της διαδικασίας, επιλέχτηκε η **ημι-δομημένη συνέντευξη**, στην οποία παρέχεται σημαντική ελευθερία στον ερευνητή για να τροποποιήσει τη διαδικασία «καθ’οδόν» σε περίπτωση αντιστάσεων ή αναγκαίων συμπληρωματικών ερωτήσεων. Διαμορφώθηκε οδηγός συνέντευξης με έξι θεματικές κατηγορίες που αντιστοιχούν στους επιμέρους έξι στόχους της έρευνας (Παράρτημα ΙΙ). Οι θεματικές κατηγορίες ανάλυσης των ευρημάτων που επιλέχθησαν επίσης αντιστοιχούν στους ανωτέρω στόχουςΟι θεματικές κατηγορίες ανάλυσης των ευρημάτων που επιλέχθησαν αντιστοιχούν στους επιμέρους έξι στόχους της έρευνας.

1.Οι θεματικές κατηγορίες που αντιστοιχούν στον πρώτο στόχο της έρευνας, δηλαδή των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης της βίας, του χαρακτήρα του θύτη και του θύματος, είναι:

* Προφίλ θύματος
* Περιγραφή βίας (συγκυρία έκλυσης, περιγραφή βιώματος)
* Προφίλ θύτη πριν την εγκυμοσύνη
* Περιγραφή δυναμικών της σχέσης με τον σύντροφο (πριν την εγκυμοσύνη)
* Ερμηνεία για υποθετικές αιτίες της βίας

2. Οι θεματικές κατηγορίες που αντιστοιχούν στον δεύτερο στόχο της έρευνας, δηλαδή των συνεπειών της κακοποίησης στην εγκυμοσύνη και στη σχέση της με το σύντροφο και τα παιδιά είναι:

* Επίπτωση της βίας στις σχέσεις με τον σύζυγο τα παιδιά και την οικογένεια εν γένει (αν υπάρχουν)
* Περιγραφή δυναμικών της σχέσης με τον σύντροφο (κατά την εγκυμοσύνη)
* Στάση θύτη στην εγκυμοσύνη

3. Οι θεματικές κατηγορίες που αντιστοιχούν στον τρίτο στόχο της έρευνας, δηλαδή στις συνέπειες της κακοποίησης για την ίδια την έγκυο, την αναπαραγωγική της υγεία, και το έμβρυο είναι:

* Επίπτωση της βίας στη σωματική και αναπαραγωγική υγεία της εγκύου
* Επίπτωση της βίας στη σωματική υγεία του εμβρύου

4. Η θεματική κατηγορία που αντιστοιχεί στον τέταρτο στόχο της έρευνας, δηλαδή στις συνέπειες της κακοποίησης στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, είναι:

* Επίπτωση της βίας στις εργασιακές της σχέσεις (χαμηλή απόδοση, απολύσεις, επαγγελματική, οικονομική απομόνωση, αποκλεισμός)
* Επίπτωση της βίας στις σχέσεις της εγκύου με τρίτους (κοινωνική απομόνωση αποκλεισμός)

5. Η θεματική κατηγορία που αντιστοιχεί στον πέμπτο στόχο της έρευνας, δηλαδή στην διερεύνηση των αντιλήψεων – προτύπων της εγκύου σχετικά με τον ρόλο των φύλων.

* Αντιλήψεις και στάσεις για γονεϊκό ρόλο και τον ρόλο των φύλων σε σχέση με προσωπικά βιώματα, κοινωνικές και πολιτισμικές νόρμες.

6. Η θεματική κατηγορία που αντιστοιχεί στον έκτο και τελευταίο στόχο της έρευνας, δηλαδή χρήση των υπηρεσιών υγείας και των διευκολύνσεων που παρέχονται κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και εν γένει στρατηγικές αντιμετώπισης της βίας από την ίδια την έγκυο, είναι:

* Χρήση υπηρεσιών υγείας (σχόλια, εύκολη πρόσβαση, παραμονή και ύπαρξη προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης)
* Στρατηγικές αντιμετώπισης της βίας από την έγκυο

Παρουσίαση των ευρημάτων και ερμηνεία του περιεχομένου των θεματικών κατηγοριών. Εν συνεχεία στήριξη των ευρημάτων με παράθεση ρήσεων της συνεντευξιαζόμενης και τέλος σχολιασμός των ευρημάτων βάσει άλλων θεωριών και βιβλιογραφικών αναφορών.

### 5.4.2 Επιλογή δείγματος

Το δείγμα της δεύτερης φάσης της έρευνας αποτελούν 7 γυναίκες (Ν=7) οι οποίες εξ αιτίας της κακοποίησης από τον σύντροφό τους βρήκαν καταφύγιο στους ξενώνες γυναικών του Κέντρου Βρεφών «Μητέρα» και του ΕΚΚΑ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης), κατά την χρονική περίοδο Σεπτεμβρίου 2010 – Δεκεμβρίου 2011 και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Προκειμένου να πλησιάσουμε στον εν λόγω πληθυσμό, έχουμε ήδη λάβει την άδεια για τη χορήγηση ερωτηματολογίου και τη διεξαγωγή συνέντευξης από τους ιθύνοντες των ξενώνων και την αρμόδια διοικητική αρχή (Παράρτημα VIII και ΙΧ) Επίσης, στην αρχή κάθε συνάντησης, η συνεντευξιαζόμενη καλούταν να υπογράψει έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή της στην έρευνα (ΠαράρτημαIV).

Είναι σύνηθες στις ποιοτικές έρευνες, ο αριθμός των συνεντεύξεων να καθορίζεται από τον βαθμό δυσκολίας στην πρόσβαση των συνεντευξιαζόμενων. Η δυσκολία διερεύνησης της βίας σε εγκύους μέσω της συνέντευξης είναι αναμφίβολα ένας παράγοντας σημαντικός που καθορίζεται πολλές φορές και από τη δυσκολία των υπαρχόντων δομών να δώσουν την σχετική άδεια. Αποτελεί σχεδόν μια αναγκαιότητα λόγω του χρησιμοποιούμενου μέσου συλλογής δεδομένων και των διαδικασιών ανάλυσής τους, που εκ των πραγμάτων περιορίζουν τον αριθμό των ατόμων από τα οποία συλλέγονται τα στοιχεία.

Στην Ελλάδα, οι ξενώνες και εν γένει οι φορείς που παρέχουν βοήθεια και προστασία στον πληθυσμό των εγκύων είναι λίγοι και εν πολλοίς άγνωστοι στο ευρύ κοινό. Από την άλλη πλευρά, η προσφυγή σε έναν ξενώνα αποτελεί στίγμα για την έγκυο και ταμπού, με αποτέλεσμα να προσφεύγει σε αυτόν μόνο εφόσον όλα τα άλλα περιβάλλοντα την έχουν απορρίψει. Όσο η οικογένεια είναι ένας βασικός προστατευτικός κοινωνικός ιστός της ελληνικής κοινωνίας, τόσο λιγότερα κρούσματα βίας θα καταγράφονται, των οποίων τα θύματαθα καταφεύγουν σε ξενώνες. Αλλά ακόμα και όταν καταφεύγουν σε ξενώνες, επειδή ο ρόλος των φορέων είναι να προστατεύσουν τον πληθυσμό τους από περαιτέρω τραυματισμό που ενδεχομένως θα επέφερε μια ανάμνηση των τραυματικών γεγονότων, η προσέγγισή τους από τους ερευνητές καθίσταται δύσκολη. Επειδή δε συχνά διακυβεύονται σοβαρά ζητήματα για το μέλλον της εγκύου και του παιδιού που θα φέρει στον κόσμο (π.χ. υιοθεσία) τα οποία καθιστούν την παρουσία του ερευνητή μάλλον επιβαρυντική, η διακριτικότητα και οι λεπτοί επικοινωνιακοί χειρισμοί του ερευνητή σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητοι, ώστε η παρέμβασή του να είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνη.

Όσον αφορά τη **διαδικασία λήψης**, η συνέντευξη λαμβάνει χώρα σε ημέρα και ώρα που ορίζονται από κοινού μεταξύ ερευνήτριας και των υπευθύνων κοινωνικών λειτουργών του ξενώνα που φιλοξενείται η έγκυος και ο χώρος είναι ο ξενώνας του κέντρου εφόσον βέβαια έχει εξασφαλιστεί η συναίνεση της συνεντευξιαζόμενης για την συνέντευξη και την μαγνητοφώνηση της συνομιλίας.

Ποιοτική ανάλυση δεδομένων

Σύμφωνα με ένα γενικό ορισμό, ποιοτική έρευνα θεωρείται η ερμηνευτική μελέτη ενός συγκεκριμένου θέματος, στην οποία ο ερευνητής έχει κεντρική θέση στον τρόπο με τον οποίο το θέμα περιγράφεται και σημασιοδοτείται (Banister et al. 1994)[[4]](#footnote-4).

Η λέξη «ποιοτική» (έρευνα) υπονοεί την έμφαση στην ***ποιότητα***των οντοτήτων που μελετώνται και στις διεργασίες και στα νοήματα τα οποία δεν μπορούν να μελετηθούν πειραματικά ή να μετρηθούν σε συνάρτηση με την ποσότητα, το βαθμό, την ένταση ή τη συχνότητά τους.

Η ποιοτική μεθοδολογία εστιάζεται στο ***νόημα***, δηλαδή στο πώς οι άνθρωποι κατανοούν και νοηματοδοτούν τον κόσμο, την εμπειρία και τον εαυτό τους.

Οι ερευνητές της ποιοτικής έρευνας δίνουν έμφαση:

(α) στην κοινωνικά κατασκευασμένη φύση της πραγματικότητας,

(β) στη στενή σχέση ανάμεσα στον ερευνητή και σε αυτό το οποίο μελετά,

(γ) στις συγκυριακές συνθήκες οι οποίες περιορίζουν την έρευνα,

(δ) στο ότι έρευνα αναπόφευκτα μεταφέρει αξίες και

(ε) μελετούν το *πώς* δημιουργείται και *πώς* νοηματοδοτείται η κοινωνική εμπειρία.

Για την συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας επιλέχτηκε η **ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση**.

Η φαινομενολογία διατυπώθηκε από τον Edmund Husserl (1859-1938) ως προσέγγιση εναλλακτική στο θετικό εμπειρισμό, για τη μελέτη της ανθρώπινης εμπειρίας. Αντίθετα με τον θετικό *εμπειρισμό* που θέλει η γνώση μας για τον κόσμο να προέρχεται από τα δεδομένα της εμπειρίας, υποστηρίζοντας ότι η αντίληψή μας, παρέχει τη βάση για την απόκτηση της γνώσης, η οποία απαιτεί τη συστηματική συλλογή και ταξινόμηση των παρατηρήσεών μας εν είδει πειραμάτων ή μοντέλων-παραδειγμάτων.

Αντίθετα η «ερμηνευτική» κοινωνική έρευνα αναφέρεται σε ανθρώπινους *«δράστες»* (σε «μη-υπολογίσιμες μηχανές» κατά τον Heinz von Foerster, ή «μη-εξακριβώσιμα ζώα» κατά τον Friedrich Nietzsche) οι οποίοι «έχουν γνώμη» σχετικά με (και *συν*διαμορφώνουν) αυτό που ερευνάται, διατυπώνουν και αναδιατυπώνουν εμπρόθετα νοήματα, και είναι - σε σημαντικό βαθμό - ***εσωτερικά παρακινούμενοι*** (Τσέκερης)[[5]](#footnote-5).

Η φαινομενολογία μπορεί να οριστεί ως: «η άμεση διερεύνηση και περιγραφή των φαινομένων (δηλαδή των δομών της συνείδησης) όπως βιώνονται στη συνείδηση, χωρίς θεωρίες όσο αφορά την αιτιακή τους εξήγηση, και με όσο το δυνατόν περισσότερη ελευθερία από προκαταλήψεις, που δεν έχουν εξεταστεί, και από προϋπάρχουσες υποθέσεις» (Speilberger, 1975)[[6]](#footnote-6)

Ο σκοπός της φαινομενολογικής μελέτης είναι να παραγάγει μια, κατά το δυνατόν, **πλήρη περιγραφή των φαινομένων της καθημερινής εμπειρίας**, με απώτερο στόχο να διαχωρίσει τις όψεις των φαινομένων που σχετίζονται με συγκεκριμένες περιστάσεις από την ***ουσία*** τους, η οποία θεωρείται ότι παραμένει σταθερή και αναλλοίωτη. Με άλλα λόγια, είναι αναγκαία η διάκριση μεταξύ του φαινομένου που μπορεί λίγο έως πολύ να παραλλάσσεται, και της λογικής που το διέπει, η οποία αποτελεί την αμετάβλητη ουσία του. Έτσι, στην προκείμενη έρευνα, προσπαθήσαμε να καταδείξουμε την ουσία της βίας στην εγκυμοσύνη, τα αναλλοίωτα χαρακτηριστικά της και να τα διαχωρίσουμε από τα συγκυριακά στοιχεία.

Η φαινομενολογική μέθοδος για την απόκτηση κατανόησης περιλαμβάνει τρεις **διακριτές φάσεις:** **την εποχή** (epoche), **τη φαινομενολογική αναγωγή** και την **φαντασιακή παραλλαγή** (Moustakas, 1994)[[7]](#footnote-7) .

1) Η **Εποχή** – προέρχεται από το ρήμα «επέχω» που σημαίνει «τηρώ στάση ουδετερότητας» - απαιτεί τη φάση αναστολής των προϋπάρχουσων παραδοχών, των κρίσεων και των ερμηνειών του ερευνητή για το φαινόμενο, ώστε να του επιτραπεί να αποκτήσει πλήρη επίγνωση αυτού που βρίσκεται μπροστά του. Μέσα από την Εποχή γίνεται πιο δεκτικός και ανοικτός στην εμπειρία και στη γνώση. Πράγματι, σε κάθε περίπτωση η σχέση μας με την συνεντευξιαζόμενη ήταν αμερόληπτη και στόχος της η εξακρίβωση της αλήθειας δίχως την κατάληψή μας από a priori γνώσεις ή προκαταλήψεις κοινωνικές, επιστημολογικές, θεωρητικές κ.α.

H **Εποχή** είναι το πρώτο βήμα προς τη γνώση, με το να προσπαθεί κανείς να δει τα πράγματα όπως είναι, όπως δηλαδή γίνονται αντιληπτά σε συνειδητό επίπεδο από την συνεντευξιαζόμενη.

2) Η δεύτερη φάση είναι η ***υπερβατική-φαινομενολογική αναγωγή***. Σε αυτή τη διαδικασία ασχολούμαστε όχι μόνο με την περιγραφή αλλά με το εσωτερικό βίωμα, δηλαδή μπαίνει σε παρένθεση κάθε παραδοχή γύρω από την πραγματική υπόσταση του αντικειμένου και ο μελετητής εστιάζεται μόνο στην ίδια την πράξη της συνείδησης. Ο ερευνητής έρχεται σε στενή επαφή με το υλικό, π.χ. διαβάζοντας και ξαναδιαβάζοντας την απομαγνητοφώνηση της συνέντευξης με σκοπό να αποκτήσει μια αίσθηση της ουσίας της εμπειρίας του ομιλητή, κατά το δυνατόν στην ολότητά της.

Κύριο μέλημα στην έρευνα είναι η ανάδειξη εκείνου που συνειδητά έχει καταγράψει ως βίωμα, ως εμπειρία, ως χαρακτηριστικό της βίας που υπέστη και ως εκλυτικό γεγονός, έτσι όπως η ίδια συνειδητά σήμερα μπορεί να τα αρθρώσει.

Στη φαινομενολογική αναγωγή περιγράφουμε το φαινόμενο στην πληρότητά του. Μέσα από αυτή τη διαδικασία προσδιορίζουμε τα συστατικά της εμπειρίας του φαινομένου. Το φαινόμενο γίνεται αντιληπτό και περιγράφεται στην ολότητά του, με όσο μεγαλύτερη λεπτομέρεια γίνεται, όσο αφορά τα θεμελιώδη του συστατικά τα οποία συνθέτουν την εμπειρία αυτή στη συνείδηση. Προσπαθήσαμε εν τω προκειμένω, να έχουμε όσο το δυνατό μια επαρκέστερη και συνολικότερη εικόνα του φάσματος των παραγόντων που συνδέονται με τη βία που υπέστησαν οι έγκυες του δείγματος από τον σύντροφό τους, τονίζοντας πτυχές των πιθανών αιτιών και των συνεπειών της, καθώς και της προσωπικότητας του θύτη και του θύματος.

Στόχος είναι να περιγράψουμε αυτό το οποίο βλέπουμε, όχι μόνο με όρους του εξωτερικού αντικειμένου, εν τω προκειμένω της πράξης βίας, αλλά περιγράφοντας και την εσωτερική πράξη συνείδησης, τις ψυχικές συνέπειές της, την εμπειρία ως έχει, το ρυθμό και τη σχέση ανάμεσα στο φαινόμενο και στον εαυτό, χρησιμοποιώντας γλώσσα που αποδίδει την «υφή» της εμπειρίας. Με άλλα λόγια, δεν αρκεστήκαμε στην απλή καταγραφή των γεγονότων ή των επεισοδίων αλλά προσπαθήσαμε να αναδείξουμε ποιοτικά χαρακτηριστικά του βιώματος, με σκοπό να φέρουμε στο φως, μέσα από την προσωπική αφήγηση, το συναισθηματικό, ψυχικό ίχνος που άφησε η εμπειρία. Τα βήματα που συνιστούν τη φαινομενολογική αναγωγή περιλαμβάνουν:

(α) το να βάζει κανείς σε παρένθεση το σημείο εστίασης της έρευνας. Δεν επικεντρωνόμαστε από την αρχή έως το τέλος στη βία αυτή καθεαυτή

(β) την οριζοντιοποίηση, δηλαδή κάθε πρόταση αντιμετωπίζεται αρχικά σαν να έχει την ίδια αξία με κάθε άλλη, και μόνο αργότερα διαχωρίζονται οι «ορίζοντες νοήματος», οι θεματικές. Ως εκ τούτου, στην ανάλυσή μας αξιολογήσαμε κατ’αρχήν κάθε πρόταση της συνεντευξιαζόμενης

(γ) οι ορίζοντες ομαδοποιούνται σε θέματα, στις θεματικές που παραθέτουμε παρακάτω και

(δ) τέλος οργανώσαμε τους ορίζοντες, τις οπτικές γωνίες από τις οποίες θα εξετάσουμε το θέμα της βίας και τα θέματα, τους θεματικούς άξονες, σε μια συνεκτική περιγραφή του φαινομένου.

**3) Η φαντασιακή παραλλαγή** ακολουθεί τη φάση της υπερβατικής-φαινομενολογικής αναγωγής, και έχει ως στόχο να αποδώσει τις δομικές ουσίες της εμπειρίας, δηλαδή να σχηματιστεί μια εικόνα των συνθηκών που χρειάζονται για να λάβει χώρα κάποια εμπειρία. Υπ’ αυτή την έννοια φωτίσαμε το σκηνικό που εκτυλίσσεται το βίαιο επεισόδιο, τι προηγείτο, τι ακολουθούσε, ποιο ήταν το συναίσθημα που κυριαρχούσε κ.λ.π.

Ο στόχος είναι να φτάσει κανείς σε μια δομική περιγραφή της εμπειρίας, στους παράγοντες που εξηγούν αυτό το οποίο βιώνεται, με άλλα λόγια το «πώς», το οποίο αναφέρεται σε συνθήκες που φωτίζουν το «τι» της εμπειρίας. Στη φαντασιακή παραλλαγή κινούμαστε από τον κόσμο των πραγμάτων και των μετρήσιμων οντοτήτων, προς τα νοήματα και τις ουσίες. Η ελεύθερη φαντασία συνδυάζεται και εναλλάσσεται με το στοχασμό, για την επεξεργασία των δυνατοτήτων. Έτσι κινηθήκαμε επί παραδείγματι από το πώς εκτυλισσόταν το επεισόδιο και τι βίωνε τη στιγμή τής βίας, πριν και μετά.

Τα βήματα της φαντασιακής παραλλαγής περιλαμβάνουν:

α) τη συστηματική μεταβολή των πιθανών δομικών νοημάτων, που βρίσκονται «κάτω» από τα νοήματα που έχουν περιγραφεί. Υπάρχει μια μεταβολή παραδείγματος χάρη στο πώς βιώνει και πώς αρθρώνει η έγκυος συναισθήματα και καταστάσεις

β) την αναγνώριστη των θεμάτων ή των πλαισίων που εξηγούν την παρουσία του φαινομένου, όπως είναι π.χ. τα κίνητρα του θύτη

γ) τη συμπερίληψη υπόψη των γενικών-καθολικών δομών που πλαισιώνουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις όσον αφορά ένα φαινόμενο, όπως είναι η δομή του χρόνου, του χώρου, της υλικότητας, της αιτιότητας, της σχέσης με τον εαυτό ή με τους άλλους. Με άλλα λόγια, πώς εντάσσεται η βία από τον σύντροφο σε ένα ευρύτερο πλαίσιο σχέσεων και υποκειμενικής ιστορίας

δ) την αναζήτηση παραδειγμάτων τα οποία αποδίδουν με ζωντάνια τα αμετάβλητα δομικά θέματα και τα οποία διευκολύνουν την ανάπτυξη μιας δομικής περιγραφής του φαινομένου. Ζητήσαμε πράγματι πολλά παραδείγματα για να απεικονιστεί η πραγματικότητα

ε) τη σύνθεση των νοημάτων και των ουσιών.Το τελικό βήμα στη φαινομενολογική έρευνα είναι η διαισθητική απαρτίωση των θεμελιωδών υφικών (δηλαδή περιγραφών που αποδίδουν την υφή της εμπειρίας) και δομικών περιγραφών σε μια ενωμένη διατύπωση της ουσίας της εμπειρίας του φαινομένου, εν τω προκειμένω της βίας στην εγκυμοσύνη, ως σύνολο.

Περιορισμοί φαινομενολογικής μεθοδολογίας

Χωρίς αμφιβολία η φαινομενολογική μεθοδολογία υπόκειται στους περιορισμούς της ποιοτικής έρευνας που στηρίζεται στην συνέντευξη. Μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν, λόγω προκατάληψης, είναι για παράδειγμα η προθυμία του υποκειμένου να δώσει τις απαντήσεις που ο ερευνητής θέλει ή τις απαντήσεις που θα είναι οι κοινωνικά αποδεκτές κι επιθυμητές. Ακόμα και η τάση του ερευνητή να αναζητήσει τις απαντήσεις που ήδη έχει σαν πρώτο πλάνο στο μυαλό του. Πρόκειται για έναν «άδηλο ανταγωνισμό που εμφανίζεται κάποιες φορές ανάμεσα στον ερευνητή και στον ερωτώμενο» (Borg, 1981)[[8]](#footnote-8).

Οι αντιλήψεις των υποκειμένων δεν μπορούν να ελεγχθούν, καθώς «πλανάται» στην ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια του διαλόγου ένα είδος πίεσης στο υποκείμενο να πει «κάτι σημαντικό». Οι ερωτώμενοι ενδόμυχα τρέφουν την ελπίδα ότι θα δώσουν τις «σωστές» απαντήσεις. Δεν είναι αυτή, όμως, η επιθυμητή κατάληξη μιας συνέντευξης. Σκοπός του ερευνητή είναι η προσέγγιση και καταγραφή της αλήθειας, χωρίς αποστέωση και αποχρωμάτιση των απαντήσεων. Τα υποκείμενα από τη στιγμή που αντιληφθούν από την αντίδραση του ερευνητή ότι έχουν συμβάλει στα προσδοκώμενα αποτελέσματα της έρευνας αλλοιώνουν τις απαντήσεις τους

Αν και επιβάλλεται οι απαντήσεις του ερωτώμενου να μην υποδαυλίζονται, να μην είναι κατευθυνόμενες από τις ερωτήσεις του ερευνητή, ο τελευταίος χρησιμοποιεί πολλές φορές ορισμένα τεχνάσματα. Τέτοιου τύπου είναι η ενθάρρυνση του υποκειμένου ή η συγκατάβαση και το ενδιαφέρον. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης και η συμπάσχουσα συμπεριφορά, όταν το υποκείμενο αρχίσει να αναπτύσσει ένα αδιάφορο για την έρευνα, μα σοβαρό, προσωπικό του θέμα, που έχει ανάγκη να το μοιραστεί με τον ερευνητή. Ειδικότερα όμως όσον αφορά προσωπικά ζητήματα του υποκειμένου, είναι ανάγκη οι ερωτήσεις να μεταλλάσσονται ή να γίνονται με τρόπο τέτοιο που να μην θίγεται ο ψυχισμός του υποκειμένου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύσαμε τους στόχους, τις υποθέσεις και τη μεθοδολογία της παρούσας διατριβής η οποία εξετάζει το φαινόμενο της βίας στην εγκυμοσύνη μέσω ποσοτικής καιποιοτικής έρευνας. Είδαμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μεθοδολογίας καθώς και τους περιορισμούς της, και επιλέξαμε κατά την κρίση μας τα εργαλεία διερεύνησης και τους βασικούς θεματικούς άξονες στη διερεύνηση του φαινομένου της βίας στην εγκυμοσύνη στην Ελλάδα. Στο επόμενο κεφάλαιο, ακολουθεί η ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, τα οποία προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνάς μας.

.1. Ποσοτικά Δεδομένα

Τα παρόντα πορίσματα ενδεχομένως να αντανακλούν τη παρουσία νεωτερικών και συγχρόνως παραδοσιακών συστημάτων αξιών και αντιλήψεων για την οικογένεια και για τις δυναμικές που αναπτύσσονται σε αυτήν. Γι’ αυτούς τους λόγους, κρίθηκε απαραίτητη η περαιτέρω εμβάθυνση της ανάλυσης του φαινομένου προκειμένου να φωτιστούν κατά το δυνατόν καλύτερα οι διαστάσεις του και να εξετασθούν συγκεκριμένοι παράγοντες που αφορούν στη βία στην οικογένεια σε αυτή την κρίσιμη περίοδο της ζωής της γυναίκας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποδεικνύουν την παρουσία περιστατικών βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, 6% των εγκύων κακοποιούνται από τον σύντροφο, το οποίο συγκριτικά με αντίστοιχες μελέτες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είναι χαμηλό (Πορτογαλία 10% Rodrigues 2007[[9]](#footnote-9); Βέλγιο 10.1% Roelens et al 2007[[10]](#footnote-10)), ενώ βρίσκεται εντός του φάσματος τιμών που δίνουν άλλες μελέτες στις οποίες το ποσοστό κυμαίνεται ανάμεσα στο 4 με 17% (Glander et al 1998[[11]](#footnote-11)).

Στη συνέχεια, παρουσιάζουμε τα κυριότερα συμπεράσματα της ποσοτικής έρευνας ως προς τα βασικά θεματικά πεδία που διερευνήθηκαν:

Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την βία στην εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η βία στην εγκυμοσύνη αποτελεί ένα αδιαμφισβήτητο γεγονός. Το ποσοστό της βίας κατά την εγκυμοσύνη εντοπίζεται λίγο πιο πάνω από τα κατώτερα όρια του ποσοστού βίας στον γενικό γυναικείο πληθυσμό, όπως τεκμαίρεται από την πρώτη επιδημιολογική έρευνα του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας εναντίον των γυναικών στην Ελλάδα (3-5,3%)[[12]](#footnote-12). Πιο συγκεκριμένα το 23% του δείγματος, 119 στις 546 έγκυες, ανέφεραν ότι έχουν υποστεί συναισθηματικό ή σωματικό πόνο. Σωματικό πόνο ανέφερε το 8,6% του δείγματος, ενώ συναισθηματικό το 22,6%. Το ποσοστό αυτό περιορίζεται φτάνοντας από 23% σε 5% όταν η ερώτηση αφορά αποκλειστικά τον σωματικό πόνο κατά την προηγούμενη χρονιά. Η έναρξη της εγκυμοσύνης φάνηκε να αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα ενάντια στη σωματική βία για κάποιες γυναίκες αλλά παρέμεινε και σε αυτή την ευάλωτη περίοδο της ζωής μιας γυναίκας, σε υψηλά επίπεδα: τα 2/3 του ποσοστού των κακοποιημένων γυναικών (3,4% του δείγματος, έναντι 5% που δηλώνει ότι κακοποιήθηκε τον προηγούμενο χρόνο) δήλωσε ότι εξακολουθεί να υφίσταται βία και μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης, χωρίς να μπορεί να γίνει σαφές από την ποσοτική έρευνα αν υπήρχαν και περιπτώσεις που η βία ξεκίνησε στην εγκυμοσύνη.

Το εν λόγω εύρημα συνάδει με τα στοιχεία που έδωσαν έρευνες που μελέτησαν τα ποσοστά έναρξης ή εξακολούθησης της βίας στις Η.Π.Α. (βλ. Πίνακα 3.1)

Στις περιπτώσεις βίας, ο δράστης ήταν ο σύντροφος σε ποσοστό 91,7% και η πιο συχνή περιοχή τραυματισμού ήταν το πρόσωπο (σε ποσοστό 3,1%, ήτοι 17 συμμετέχουσες) του συνόλου των εγκύων και ακολουθούσε η περιοχή της κοιλιάς (σε ποσοστό 1,3%, ήτοι 7 συμμετέχουσες), γεγονός που μαρτυρά ιδιαίτερα επικίνδυνη για το κύημα επιθετικότητα. Εντύπωση προκαλεί ότι ένα ποσοστό της τάξης του 4,8% (26 συμμετέχουσες) των κακοποιημένων εγκύων αναφέρει ότι δεν υπέστη βία σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο του σώματός τους, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το χαστούκισμα ή το σπρώξιμο, που καταγράφθηκε ως ο πιο συχνός τρόπος βίας για το 2,7% των κακοποιημένων εγκύων, δεν άφησε στίγμα ή δεν θεωρήθηκε τραυματισμός συγκεκριμένου μέρους του σώματος. Αντιθέτως οι γροθιές, οι κλωτσιές κ.λπ. τις οποίες ανέφερε 1,5% του δείγματος συνάδει με τα εντοπισμένα σε μέρη του σώματος χτυπήματα που υπέστη το 1,3%.

Παρατηρούμε επίσης ότι ακόμα και την περίοδο της εγκυμοσύνης οι γυναίκες φοβούνται, δηλαδή υφίστανται ψυχολογική βία σε ποσοστό 2,8%, ενώ ο εξαναγκασμός τους σε σεξουαλική βία είναι λίγο πιο περιορισμένος (1,9%), αν μάλιστα τον συγκρίνουμε με το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό των Ελληνίδων (3,3-4%).

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τη βία στην εγκυμοσύνη, φάνηκε ότι η **εθνικότητα** παίζει σημαντικό ρόλο καθώς παρατηρήθηκε ότι οι αλλοδαπές έγκυες κακοποιούνται σχεδόν 3,5 φορές πιο συχνά από τις Ελληνίδες εγκύους (17,9% έναντι 5,2%). Πρόκειται για ένα εύρημα που συνάδει με ευρήματα άλλων ερευνών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Lipsky et al. 2005)[[13]](#footnote-13), καθώς και με τα ποιοτικά δεδομένα των συνεντεύξεων που θα σχολιάσουμε στη συνέχεια. Η εθνικότητα αποτελεί έναν βασικό παράγοντα εμφάνισης κακοποιητικής συμπεριφοράς στην εγκυμοσύνη που λανθάνει στη συσχέτιση της κακοποίησης και θρησκεύματος, καθώς και στη συσχέτιση της κακοποίησης και της εργασίας, και μας οδηγεί στην υπόθεση ότι οι ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης των μεταναστριών στην Ελλάδα αυξάνουν την ύπαρξη βίας στην εγκυμοσύνη. Χρειάζεται επίσης να διερευνηθούν οι παραδόσεις, τα ήθη και τα βιώματα που φέρουν μαζί τους οι μετανάστριες από τον τόπο καταγωγής τους, καθώς ίσως αυτά να παίζουν σημαντικό ρόλο στην κακοποίησή τους ακόμα κι όταν βρίσκονται σε διαφορετικό κοινωνικό πλαίσιο. Μια άλλη ερμηνεία που δίνεται στο φαινόμενο αυτό είναι ότι οι γυναίκες που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες πιο πρόθυμα καταγγέλλουν τη βία απ’ ότι ο εγχώριος πληθυσμός (Lipsky et al. 2005)[[14]](#footnote-14).

Ένας άλλος παράγοντας που αλληλεπιδρά με την ύπαρξη της βίας στην εγκυμοσύνη είναι το **μορφωτικό επίπεδο**. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών και στην εγκυμοσύνη. Έτσι, το ποσοστό κακοποιημένων εγκύων αποφοίτων δημοτικού ή γυμνασίου είναι 16,2%, όταν είναι απόφοιτοι λυκείου το ποσοστό μειώνεται στο 9,5%, μεταπτυχιακής εκπαίδευσης κακοποιημένες γυναίκες εντοπίζονται σε ποσοστό 4,1% ενώ κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου είναι 2,4%. Αυτό το εύρημα συνάδει και με τα δεδομένα κακοποίησης στο γενικό γυναικείο πληθυσμό στην Ελλάδα[[15]](#footnote-15), όπου σωματική και ψυχολογική / λεκτική βία δέχονται κυρίως οι γυναίκες με στοιχειώδη μερική μόρφωση σε ποσοστό 11,8%, (Bohn et al. 2004)[[16]](#footnote-16), (Cokkinides et al. 1999)[[17]](#footnote-17), αλλά και με έρευνες σε άλλες χώρες[[18]](#footnote-18). Η συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης, μορφωτικού επιπέδου και εθνικότητας έδειξε ότι ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση συσχετίζεται με μειωμένη κακοποίηση ανεξαρτήτως εθνικότητας, αν και στις αλλοδαπές έγκυες (1 βρέθηκε στο δείγμα που να είναι κάτοχος μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου) η σχέση μεταξύ κακοποίησης και μορφωτικού επιπέδου δεν είναι στατιστικά σημαντική, ενώ στις Ελληνίδες η σχέση μορφωτικού επιπέδου κακοποίησης και μορφωτικού επιπέδου είναι *οριακά* στατιστικά σημαντική. Φαίνεται δηλαδή και σε αυτή την περίπτωση η εθνικότητα, ως λανθάνουσα μεταβλητή, παίζει ένα σημαντικό όχι όμως απόλυτο ρόλο.

Όσον αφορά τη συσχέτιση του **επαγγέλματος** και της βίας στην εγκυμοσύνη, αποδείχτηκε ότι γυναίκες που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα δεν αντιμετώπισαν επεισόδια βίας. Λόγοι που θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυτό το φαινόμενο αφορούν ενδεχομένως την ανεξαρτησία τόσο την οικονομική, όσο και την κοινωνική και ως εκ τούτου το αίσθημα της αυτάρκειας, αυτοπεποίθησης και ασφάλειας που αποκτά κάποιος ο οποίος εργάζεται και αμείβεται για τις υπηρεσίες του. Από την άλλη μεριά, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι προσωπικότητες που χαρακτηρίζονται από αίσθημα αυτοπεποίθησης, διεκδικούν καλύτερες συνθήκες ζωής, επομένως επενδύουν σε σπουδές και επαγγελματική αποκατάσταση. Δηλαδή, ενδεχομένως να παρεισφρέουν μεταβλητές που να αφορούν στοιχεία της προσωπικότητας των γυναικών του δείγματος. Αυτή η εξήγηση βρίσκει ανταπόκριση στα ευρήματά μας καθώς τα χαμηλότερα ποσοστά κακοποίησης τα έχουν οι «ελεύθερες επαγγελματίες», οι «δημόσιες υπάλληλοι» και οι «ιδιωτικές υπάλληλοι». Στον αντίποδα, με τα υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης, βρίσκονται οι «άνεργες», οι ασχολούμενες με τα «οικιακά» και οι «φοιτήτριες». Επομένως, η ανεξαρτησία του επαγγέλματος που έχουν επιλέξει δείχνει προφανώς στοιχεία και της προσωπικότητάς τους, τέτοια που αντιστέκονται στη βίαιη συμπεριφορά του άλλου, αλλά και, μαρτυρούν μια καλύτερη ένταξη στον κοινωνικό ιστό που επίσης παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντίδραση στην κακοποίηση και στην επιδίωξη της χειραφέτησης. Αντίθετα, οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά, είναι άνεργες ή φοιτήτριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι υποτελείς μιας κακοποιητικής συμπεριφοράς (14,9% 17,1% και 16,7% αντίστοιχα). Προφανώς η οικονομική ανασφάλεια και εξάρτηση από το σύντροφο συνάδει με την εν γένει υποτέλεια σε αυτόν. Ωστόσο και πάλι η εθνικότητα αποδείχτηκε ότι είναι ο λανθάνων παράγοντας που ορίζει τη σχέση επαγγέλματος και κακοποίησης, καθώς απάρτιζαν το δείγμα ελάχιστες αλλοδαπές εργαζόμενες γυναίκες (20 γυναίκες) και μόνο μία αλλοδαπή γυναίκα που εργαζόταν ως δημόσιος υπάλληλος, κακοποιείτο (Πίνακας 5.23). Το εύρημά μας συνάδει με το εύρημα των [Bohn και των συνεργατών του](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VH7-4WT965H-1&_user=8727996&_coverDate=02%2F28%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1730848332&_rerunOrigin=google&_acct=C000107520&_version=1&_urlVersion=0&_userid=8727996&md5=e89cb9cafc045f2b0b19808dec90be61&searchtype=a#bib10) (2004)[[19]](#footnote-19), στην έρευνα των οποίων εμφανίστηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην κακοποίηση και την εργασία, με τις εργαζόμενες γυναίκες να διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να υποστούν βία (11,7%) απ’ ό,τι οι φοιτήτριες (18,7%) ή οι άνεργες (18,2%).

Αντίθετα με τη θετική συνάφεια μεταξύ επαγγέλματος και κακοποίησης, το εισόδημα, η ασφάλιση, το θρήσκευμα της εγκύου και η θρησκευτικότητά της, δεν παίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της βίας στην εγκυμοσύνη. Με άλλα λόγια, η χειραφέτηση δεν συνάδει με το εισόδημα ή το θρήσκευμα μιας γυναίκας και επομένως, οι τελευταίοι αυτοί παράγοντες δεν συσχετίζονται με την ύπαρξη της βίας. Ωστόσο. συσχετίζονται με τη διαιώνιση του φαύλου κύκλου της βίας καθώς η οικονομική ανασφάλεια σε περίοδο εγκυμοσύνης δρα ανασταλτικά στην απόφαση ρήξης με το θύτη.

Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση** της εγκύου, ενώ ο θεσμός του γάμου προστατεύει την έγκυο από τη βία (5,3% των εγκύων που κακοποιούνται είναι παντρεμένες έναντι 25,5% που είναι ανύπαντρες και κακοποιούνται), η ύπαρξη παιδιών δεν δρα προστατευτικά, αντιθέτως φαίνεται να διπλασιάζει το ποσοστό της βίας (έγκυες με παιδιά κακοποιούνται σε ποσοστό 10,4%, έγκυες χωρίς παιδιά κακοποιούνται σε ποσοστό 4,8%). Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στα προβλήματα και στις εντάσεις ανάμεσα στο ζευγάρι που συνεπάγεται η φροντίδα ανηλίκων. Θυμίζουμε ότι επίσης οι ([Charles and Perreira 2007)](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VH7-4WT965H-1&_user=8727996&_coverDate=02%2F28%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1730848332&_rerunOrigin=google&_acct=C000107520&_version=1&_urlVersion=0&_userid=8727996&md5=e89cb9cafc045f2b0b19808dec90be61&searchtype=a#bib20)[[20]](#footnote-20) δεν βρήκαν σημαντική διαφορά στον κίνδυνο έκλυσης βίαιων επεισοδίων κατά την εγκυμοσύνη σε παντρεμένα ζευγάρια και ζευγάρια που συζούσαν. Οι ανύπαντρες γυναίκες ή οι γυναίκες που δεν ήταν σε σχέση διέτρεχαν τέσσερις φορές υψηλότερο κίνδυνο βίας κατά την εγκυμοσύνη σε σύγκριση με τα παντρεμένα ζευγάρια ακόμα κι όταν συμπεριελήφθησαν κι άλλοι παράγοντες στην ανάλυση.

Συνέπειες της βίας στην αναπαραγωγική υγεία

Όσον αφορά το ιστορικό της ίδιας της εγκυμοσύνης και δη της σύλληψης, η ύπαρξη προηγούμενων αποβολών στη ζωή της εγκύου δεν συνεξαρτάται με την εκδήλωση της βίας στην τρέχουσα εγκυμοσύνη, ενώ αντίθετα η ύπαρξη εκτρώσεων σχετίζεται με την εμφάνιση κακοποίησης σε διπλάσιο μάλιστα ποσοστό (5,3 έναντι 12%), καθώς και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη εκ μέρους του συντρόφου επίσης συνδέεται με αύξηση των ποσοστών της βίας στο επταπλάσιο (36,4% έναντι 5,5%)! Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η προηγούμενη διακοπή εγκυμοσύνης ενδεχομένως να ήταν αποτέλεσμα σωματικής ή ψυχολογικής βίας, δεδομένου μάλιστα του γεγονότος ότι η αποβολή στο ιστορικό του δείγματος οφειλόταν σε ποσοστό 2,2% σε βίαιη μεταχείριση, 5,5% σε ατύχημα (άγνωστης αιτίας) και σε 63,7% σε ιατρικούς λόγους (αδιευκρίνιστης αιτιοπαθολογίας). Στην περίπτωση των αμβλώσεων το 25,4% των εγκύων ονόμασε ως αιτία τον ανεπιθύμητο ή ακατάλληλο σύζυγο.

Τα ευρήματά μας συνάδουν με αποτελέσματα ξένων ερευνητών (Amaro et al. 1990 Valladares et al)[[21]](#footnote-21) οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που βιώνουν βία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν ανεπιθύμητη σε σύγκριση με τις μη κακοποιημένες. Το γεγονός αυτό συνδέεται και με την αποχή από τις προγραμματισμένες ιατρικές εξετάσεις στην περίπτωση των κακοποιημένων γυναικών. Αν και, κακοποιημένες και μη, γυναίκες παρακολουθούν στον ίδιο βαθμό μαθήματα για εγκύους (ΠΙΝΑΚΑΣ 5.49), η κακοποίηση συνδέεται με πλημμελή φροντίδα της εγκύου η οποία δεν συνεξαρτάται με την οικονομική κατάσταση της ίδιας ή του συντρόφου, αλλά με την ίδια την κακοποιητική συμπεριφορά. Οι κακοποιημένες γυναίκες δεν ολοκλήρωναν τις **ιατρικές εξετάσεις** σε ποσοστό 54% έναντι 4,6% των μη κακοποιημένων.

Η προγραμματισμένη απολύτως επιθυμητή εγκυμοσύνη μειώνει τις πιθανότητες εκδήλωσης βίας στην εγκυμοσύνη αλλά δεν τις εξαφανίζει. Έτσι στην περίπτωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι κακοποιημένες γυναίκες ανέρχονται σε ποσοστό 5,6%, ενώ στην φυσική σύλληψη σε ποσοστό 7%. Το εύρημα αυτό φαίνεται να συνδέεται με την υπόθεση των [Goodwin και συνεργατών](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VH7-4WT965H-1&_user=8727996&_coverDate=02%2F28%2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1730848332&_rerunOrigin=google&_acct=C000107520&_version=1&_urlVersion=0&_userid=8727996&md5=e89cb9cafc045f2b0b19808dec90be61&searchtype=a#bib44) (2000)[[22]](#footnote-22) οι οποίοι ανέφεραν ότι ο συσχετισμός ανάμεσα στον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και τη σωματική βία καθοριζόταν από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εγκύου, όπως την **ηλικία**, τη **μόρφωση**, το **κάπνισμα**, την **εθνικότητα** κ.λ.π.. και κατέληξαν ότι ο επιπολασμός της βίας σε προβληματικές ομάδες ίσως να είναι υψηλός άσχετα με τον προγραμματισμό ή όχι της εγκυμοσύνης.

Ως προς τα **χαρακτηριστικά του θύτη**, η βία στην εγκυμοσύνη φαίνεται να συνδέεται με την εθνικότητα του συντρόφου μόνο για τις Ελληνίδες εγκύους, καθώς οι Ελληνίδες με αλλοδαπό σύντροφο έχουν σχεδόν 5πλάσια πιθανότητα να κακοποιηθούν από τις Ελληνίδες με σύντροφο Έλληνα (ΠΙΝΑΚΑΣ 5.63).

Αυτό αποτελεί συνέχεια της αρχικής διαπίστωσης για τη σχέση εθνικότητας της γυναίκας και της κακοποίησης. Φαίνεται πως οι αλλοδαπές γενικότερα πλήττονται περισσότερο από τις Ελληνίδες και αυτό ενδεχομένως οφείλεται σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες καθώς και παράγοντες κοινωνικής ένταξης κι έλλειψης οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος (η ποιοτική έρευνα τεκμηριώνει επίσης το δεδομένο αυτό). Αυτή η κατάσταση αδυναμίας και ανασφάλειας από τη μία, και πλήρους εξάρτισης από το σύντροφο από την άλλη, φαίνεται να δημιουργεί ιδανικές συνθήκες για την άσκηση βίας από τον σύντροφο ανεξάρτητα από το αν είναι Έλληνας ή αλλοδαπός.

Οι αλλοδαποί σύντροφοι τείνουν να κακοποιούν σημαντικά περισσότερο και τις Ελληνίδες γυναίκες με τις οποίες διατηρούν σχέση ή είναι παντρεμένοι. Επομένως, η εμφάνιση του φαινομένου της βίας σχετίζεται με την εθνικότητα του συντρόφου.

Η σχέση της κακοποίησης με το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση, το θρήσκευμα του συντρόφου, είτε δεν υφίσταται, είτε εξαλείφεται από τη στιγμή που συνεξαρτηθεί με τον παράγοντα στην αύξηση των ποσοστών βίας (π.χ. ΠΙΝΑΚΑΣ 5.75). Επίσης, μια άλλη μεταβλητή που αυξάνει τη βία στην εγκυμοσύνη, είναι η ηλικία της γυναίκας. Ειδικότερα, φαίνεται πως η μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στο ζευγάρι ενισχύει τα ποσοστά κακοποίησης της γυναίκας και γι’ αυτό ενδεχομένως να ευθύνεται η σχέση εξάρτησης που δημιουργεί μια τέτοιου είδους διαφορά η οποία φαίνεται να λειτουργεί στις περισσότερες περιπτώσεις υπέρ της κακοποίησης από τον σύντροφο (ΠΙΝΑΚΑΣ 5.83).

Συνέπειες της βίας στη σχέση με το σύντροφο και τα παιδιά

Διερευνώντας την επίπτωση της βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη σχέση της εγκύου με τους άλλους, τα ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει ένας ισομερής καταμερισμός των γυναικών μεταξύ του «ελάχιστα» και του «πολύ», δηλαδή ο βαθμός επίπτωσης της βίας στη σχέση με τρίτους κυμαινόταν από «ελάχιστα» έως «πολύ» (ΠΙΝΑΚΑΣ 5.9). Προκειμένου να εξηγήσουμε το αποτέλεσμα αυτό θα πρέπει να ανατρέξουμ στην ίδια την ερμηνεία της βίας που κάνει τη γυναίκα έγκυο, καθώς και στα προηγούμενα βιώματά της ή ακόμα και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της όπως είναι η αυτό-εικόνα της και η αυτοπεποίθησή της. Έτσι, το γεγονός ότι μια γυναίκα δεν την επηρεάζει καθόλου το γεγονός ότι την χαστούκισε ο σύντροφός της, ενώ μάλιστα ήταν έγκυος, μπορεί να συνδέεται με το ότι είχε ανέκαθεν βιώματα βίας. Φαίνεται ότι για εκείνη δεν αποτελεί βία ή είναι κάτι δεδομένο, εφόσον αυτή θεωρείται «φυσιολογική» σχέση με έναν άνδρα. Για τις γυναίκες που αυτή η στάση του συντρόφου τις επηρεάζει κι είχε αρνητικές επιπτώσεις στη σχέση τους μαζί του, φαίνεται ότι μάλλον η αυτό-εκτίμηση και τα βιώματά τους είναι τέτοια ώστε δεν θεωρούν δεδομένη μια τέτοια συμπεριφορά.

Η σχέση με τα παιδιά, τους συναδέλφους, τα πρόσωπα της οικογένειας, τους στενούς φίλους φαίνεται να μένει ανέπαφη από τη βία μεταξύ του ζευγαριού και ίσως να αποσιωπάται. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ωστόσο στη βαθμίδα «πολύ» δίνεται στην επίπτωση που έχει η βία στη σχέση της εγκύου με τα παιδιά. Υποθέτουμε ότι οι εντάσεις του ζευγαριού επιδρούν με διάφορους τρόπους στη σχέση της μητέρας με τα παιδιά της, την κάνουν πιο ευάλωτη, πιο ανήσυχη για την ψυχική τους υγεία ή αντίθετα πιο επιθετική ή καταθλιπτική μητέρα.

Συνέπειες της βίας στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή

Αναφορικά με την επαγγελματική τους απόδοση, οι κακοποιημένες έγκυες γυναίκες στο βαθμό που υφίστανται βία από τον σύζυγο μειώνουν αναλόγως την απόδοσή τους στην εργασία, εξ ου παρατηρήθηκε ισομερής καταμερισμός των απαντήσεων στο ερώτημα κατά πόσο η κακοποίηση επηρεάζει την επαγγελματική τους δραστηριότητα (Σχήμα 6). Κατά συνέπεια, αναμένεται οι γυναίκες που κακοποιούνται συστηματικά και έντονα να μην μπορούν να εργαστούν, ακόμα και να διακόπτουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα, εφόσον δεν μπορούν να την συνεχίσουν για λόγους ψυχικής και σωματικής κόπωσης.

**Συνέπειες της βίας στην χρήση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας**

Αναφορικά με το κατά πόσο ζήτησαν βοήθεια, από τις 25 κακοποιημένες εγκύους που απάντησαν στην ερώτηση μόνο το 1/3 εξ αυτών (32% ήτοι 8 συμμετέχουσες) απάντησε καταφατικά. Οι κακοποιημένες έγκυες ζητούν βοήθεια τόσο από οικεία πρόσωπα όσο και από επαγγελματίες υγείας. Εφόσον συναθροίσουμε τους ειδικούς ψυχικής και σωματικής υγείας (28, 6% ήτοι 2 συμμετέχουσες από γιατρό και 14,3% ήτοι 1 συμμετέχουσα από ψυχολόγο, σύνολο 42,9%) θα διαπιστώσουμε ότι ισοδυναμούν με τους φίλους, δηλαδή πρόσωπα εμπιστοσύνης που όμως δεν είναι επαγγελματίες υγείας (42,9% ήτοι 3 συμμετέχουσες). Το γεγονός ότι τα 2/3 δεν ζητούν βοήθεια δείχνει ότι η βία στην εγκυμοσύνη αποτελεί ένα ζήτημα ταμπού, ένα ζήτημα που κηλιδώνει τη ζωή της εγκύου, τη στιγματίζει και δύσκολα δημοσιοποιείται στον οποιονδήποτε τρίτο. Το εύρημα συνάδει με τα ευρήματα ερευνών σε άλλες χώρες, όπως στην περίπτωση που περισσότερες από 30% των νοσηλευμένων γυναικών λόγω βαριάς κακοποίησης δεν είχε ζητήσει οποιουδήποτε είδους βοήθεια (Block, 2004)[[23]](#footnote-23). Έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξε ότι πάνω από 20% των εγκύων δεν είχαν μιλήσει για την κακοποίηση που υφίστατο πριν να γίνει η συνέντευξη της έρευνας (WHO, 2005)[[24]](#footnote-24)

## 7.2 Ποιοτικά Δεδομένα

Τα δεδομένα της ποιοτικής έρευνας έρχονται να ενισχύσουν τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η ποσοτική έρευνα, αλλά και να τα εικονογραφήσουν με τη γλαφυρή απάντηση των κακοποιημένων γυναικών στα ερωτήματά μας. Παρουσιάζουμε παρακάτω σύμφωνα με τα βασικά θεματικά πεδία που διερευνήθηκαν τα ευρήματα επισημαίνοντας τα κυριότερα στοιχεία.

Χαρακτηριστικά των θυμάτων - θυτών και της μεταξύ τους σχέσης

Από τις 7 γυναίκες που συναντήσαμε στον Ξενώνα κακοποιημένων γυναικών του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (4) και του Κέντρου Βρεφών «Μητέρα» (3), οι 5 είναι αλλοδαπές και οι 2 είναι Ελληνίδες. Αυτό που χαρακτηρίζει τις δύο Ελληνίδες είναι η μικρή ηλικία τους (17 και 22 ετών) καθώς και τα μείζονα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα (απομόνωση από τον κοινωνικό ιστό, έντονη παρανοϊκή ετοιμότητα κ.λ.π.) που παρουσιάζουν.

Πρόκειται για περιπτώσεις γυναικών που υπέστησαν βιασμό και αιμομιξία στην πατρική οικογένεια και η κακοποίηση δεν προέρχεται από τον σύντροφο αλλά από τον πατέρα, τα αδέλφια ή τον παππού. Επομένως, η εγκυμοσύνη η οποία προέκυψε και στις δύο περιπτώσεις, δεν ήταν επιθυμητή ή προγραμματισμένη, εξ ου και η προοπτική είναι να δοθούν τα βρέφη για υιοθεσία. Τα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η εξάρτηση από την πατρική οικογένεια και η λανθάνουσα ψυχοπαθολογία είναι στοιχεία που υποδεικνύουν ιδιαιτέρως αποκλίνουσες μορφές συντροφικής ζωής και εγκυμοσύνης.

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, όσον αφορά τον Ελληνικό πληθυσμό, μόνο ιδιαιτέρως προβληματικές περιπτώσεις, από κοινωνικο-προνοιακής άποψης, προσφεύγουν σε ξενώνες κακοποιημένων γυναικών. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι ίσως οι λιγότερο ευπαθείς ομάδες κακοποιημένων γυναικών ή οι λιγότερο βαριές περιπτώσεις κακοποίησης εγκύων, είτε αποσιωπούν το πρόβλημά τους από φόβο, είτε προσφεύγουν σε ειδικούς, είτε έχουν άλλα ερείσματα (οικογένεια, φίλους κ.λ.π.).

Το χαρακτηριστικό των κακοποιημένων εγκύων που κατάγονται από βαλκανικές χώρες (Αλβανία, Ρουμανία), χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Μολδαβία, Γεωργία) ή αφρικανικές χώρες (Μαρόκο), είναι το επισφαλές επαγγελματικό και οικονομικό καθεστώς που διέπει τη ζωή τους στην Ελλάδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι άνεργες και χωρίς κοινωνική ασφάλιση, αν και έχουν μορφωτικό επίπεδο που κυμαίνεται από στοιχειώδες έως και καλό (1 περίπτωση ανώτατη), εμπλέκονται με συντρόφους που τις κακοποιούν συνήθως μετά από χρήση αλκοόλ (2 περιπτώσεις) ή άλλων ουσιών (1 περίπτωση). Η σχέση τους με τους συντρόφους μετά το βίαιο επεισόδιο διαφοροποιούταν. Συχνά υπήρχε ένταση, ενώ κάποιες γυναίκες από φόβο δεν τους πλησίαζαν. Οι σύντροφοι έπαιρναν τα χρήματά των γυναικών, έπιναν με φίλους και εν συνεχεία γυρνούσαν σπίτι και τις χτυπούσαν ή τις έβριζαν. Η κακοποίηση ήταν σωματική και στις τρεις από τις πέντε περιπτώσεις συστηματική και έντονη (Γιώτα, Λένα, Σουζάνα [1ος σύζυγος]), ενώ η ψυχολογική κακοποίηση διαφαίνεται σε όλες τις περιπτώσεις. Οι σύντροφοι, διακρίνονται από ανασφάλεια σε όλους τους τομείς της ζωής τους (ανεργία, χαμηλό εισόδημα, παράνομες δραστηριότητες), ζήλια απέναντι στις συντρόφους τους και κτητικότητα που συχνά τους εξωθεί σε ακραίες συμπεριφορές βίας (σωματική και παντελής στέρηση των κοινωνικών σχέσεων). Η βία ήταν κυρίως σωματική, λεκτική και ψυχολογική, ενώ σε 2 περιπτώσεις και σεξουαλική.

Παράγοντες έναρξης της βίας

Η κακοποίηση ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε 3 περιπτώσεις (Έλενα, Λένα, Μαρίνα), ενώ η βία προϋπήρχε αυτής, στην περίπτωση των 2 Ελληνίδων (Λαμπρινή, Αριάδνη) και των 2 αλλοδαπών (Γιώτα, Σουζάνα). Η εγκυμοσύνη χάλασε τα σχέδια εκπόρνευσης της γυναίκας σε μια περίπτωση που ο σύζυγος έγινε πιο βίαιος (Γιώτα), ενώ στις δύο άλλες περιπτώσεις (Μαρίνα, Λένα) οι σύντροφοι δεν μπορούσαν να διαχειριστούν την ιδέα της πατρότητας καθώς τους καθιστούσε ιδιαίτερα ανασφαλείς και τους φόβιζε. «*Όταν έμαθε ότι ήμουν έγκυος, άλλαξε»*, θα πει η Λένα από τη Μολδαβία, «*κάτι σαν να τον φόβισε»*.

Παρατηρούμε δηλαδή ότι η εγκυμοσύνη ως παράγοντας κινδύνου έναρξης της βίας σχετίζεται σε ένα μεγάλο βαθμό με την αδυναμία ανάληψης των ευθυνών της πατρότητας, αδυναμία που αφορά κυρίως την προσωπικότητα του θύτη και εκ της οποίας απορρέει η κακοποιητική συμπεριφορά προς τη σύντροφο.

Συνέπειες της βίας στην αναπαραγωγική και ψυχική υγεία

Αν και δεν υπήρχαν επιπτώσεις στην σωματική υγεία της εγκύου ή του κυήματος εκτός από μία περίπτωση που στο παρελθόν έχασε δύο φορές το κύημα λόγω της βίαιης συμπεριφοράς του πρώην συζύγου της (Γιώτα), ο φαύλος κύκλος τής βίας προκαλούσε στις εγκύους άγχος, κατάθλιψη και απελπισία.

Αντίδραση της εγκύου στη βία

Φαίνεται ότι και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες συνήθως αρχικά προσπαθούν να κατανοήσουν τη βίαιη συμπεριφορά και τα αίτιά της, εν συνεχεία επιδιώκουν να «μαλακώσουν» τον εξοργισμένο σύζυγο και δέχονται τη συγνώμη του καθώς θεωρούν ότι δεν θα επαναληφθεί το ακραίο επεισόδιο. Ακολουθούσαν εκ νέου επεισόδια βίας συχνά μετά από χρήση ουσιών ή συναναστροφή με όμοιους φίλους και χαρτοπαιξία (Λένα, Σουζάνα). Οι απειλές, οι προσβολές και ο εκβιασμός εναλλάσσονταν τότε με τη συγγνώμη με αποτέλεσμα το θύμα να ψάχνει παγιδευμένο μια διέξοδο διαφυγής. Όταν πια τα βίαια επεισόδια επιδεινώνονταν η απάντηση στη βία αποτελούσε αμιγώς προσωπική υπόθεση της κάθε γυναίκας. Η Γιώτα από την Αλβανία στην ερώτηση πώς αντέδρασε την πρώτη φορά είπε:

«Δεν έκανα τίποτε. Ήρθε κι έκλαιγε μπροστά μου και ήθελε να με πάρει αγκαλιά. Δεν μπορούσα να το καταλάβω, αλλά μετά αρχίσανε πολλά. Να με χτυπάει πιο δυνατά, να με βρίζει, άρχισε να βρίζει μπροστά το παιδί και να πει διαφορετικές λέξεις.

Τι να έκανα; Αφού μπροστά στο παιδί με έπιασε; Τι να έκανα; Ζήτησα βοήθεια απ’ τον αδερφό μου. Δεν ήρθε κανένας. Εγώ πήρα τηλέφωνο τον πατέρα μου και του είπα γιατί χώρισα. Και μου λέει μη γυρίσεις στην Αλβανία. Τι πρέπει να κάνω;»

Η στάση απέναντι στη βία συνάρτηση των παιδικών βιωμάτων και της αντίληψης του φύλου

Η αντίδραση των γυναικών στη βία ποικίλει ανάλογα με τα βιώματά τους που διαμορφώνουν τη συνείδηση του φύλου. Οι συνεντεύξεις έδειξαν ότι σε όλες τις περιπτώσεις η βία είναι εγγεγραμμένη στη ζωή της εγκύου από την παιδική της ηλικία, όταν ο πατέρας ή ο παππούς χτυπούσε τη σύζυγο ή τα παιδιά του ή ακόμα και τα εγγόνια του.

Η στάση της γυναίκας του σπιτιού, της μητέρας της εγκύου, καθορίζει εν πολλοίς τη στάση που θα τηρήσει και η κόρη μεγαλώνοντας. Παράλληλα, στην πλειονότητά τους, οι αλλοδαπές γυναίκες θεωρούν ότι υπάρχουν περιπτώσεις που η βία του συζύγου δικαιολογείται, ότι η σύζυγος οφείλει να υπακούει σε αυτόν και να ορίζει τη ζωή της, ακόμα κι αν υποστηρίζουν το διάλογο ως το καλύτερο μέσο επίλυσης των συγκρούσεων. Το πολιτισμικό πλαίσιο και η θέση της γυναίκας στην εκάστοτε κοινωνία φαίνεται εδώ να παίζει πρωταρχικό ρόλο. Σε αυτό που ωστόσο παραμένουν ανένδοτες είναι να μην διασαλευτεί η καλή εικόνα της μητέρας ή του πατέρα μπροστά στα παιδιά, να μην γίνουν δηλαδή τα παιδιά μάρτυρες της βίαιης συμπεριφοράς του πατέρα τους. Ο μητρικός ρόλος έρχεται με αυτόν τον τρόπο να θέσει ένα όριο στη βία που μπορεί να ανεχτεί μια γυναίκα. Έτσι, ακόμα κι αν το παιδί προέλθει από βιασμό (η περίπτωση μιας εγκύου) εκείνη θα το κρατήσει, δεν θα διακόψει την εγκυμοσύνη ούτε θα το δώσει για υιοθεσία, γιατί κάνει σαφή διαχωρισμό μεταξύ του μητρικού ρόλου της και του γεγονότος ότι το παιδί θα έχει πατέρα έναν βιαστή.

Σχέσεις με τρίτους - Κοινωνική αποστέρηση ως μορφή βίας

Σε όλη αυτή την δυσάρεστη περιπέτεια που φτάνει στα όρια της προσβολής της αξιοπρέπειας αλλά και της ίδιας της ζωής, η έγκυος, ιδιαίτερα όταν είναι μετανάστρια, δεν έχει κανέναν να την βοηθήσει να βγει από το αδιέξοδο που ζει. Σε αυτό συμβάλλει η ίδια η κακοποιητική στάση του συζύγου που αποκόπτει από οποιοδήποτε κοινωνικό δεσμό τη σύντροφό του ή την εργασία της - αν δεν του αποφέρει κέρδος - , η άρνηση της οικογένειας να βοηθήσει, καθώς και η αδυναμία της εγκύου να προστατέψει τον εαυτό της ή να αλλάξει στάση απέναντι στη βία, να πάψει δηλαδή να την ανέχεται (π.χ. Μαρίνα).

Ο βίαιος σύντροφος δεν θέλει να έχει η σύντροφός του καμία επαφή ή τουλάχιστον επιδιώκει να ελέγχει τις επαφές της έτσι ώστε τα περιθώρια διαφυγής της από αυτόν να είναι ελάχιστα και να διατηρήσει την υποτέλεια της. Η Γιώτα από την Αλβανία ανέφερε χαρακτηριστικά:

«Μετά από τρεις μήνες συνέχισε να πει γιατί ζηλεύω, να με σταματήσει τη δουλειά που έκανα, να καθαρίζω το ένα και το άλλο, δεν το κατάλαβα για ποιο λόγο με σταμάτησε. Με σταμάτησε για να με βάλει αλλού..»

Η Μαρίνα σχετικά με τον έλεγχο των κινήσεών της από τον σύντροφο είπε:

«Ναι, είχε πρόβλημα. Να μην έχω φίλους, να μη μιλάω στη μάνα μου, να μην πάω έξω, να μην κάνω τίποτε» […] «Όταν έβγαινα, έπρεπε να βγω με το παιδί έξω και τέτοια. Όχι μόνη μου.»

Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις (π.χ. Λένα) που βρίσκουν τη δύναμη να χωρίσουν και να μην επιστρέψουν στο θύτη τους.

Βαθμός χρήσης υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας

Τέλος, όσον αφορά την ενημέρωση των γυναικών για την παροχή βοήθειας από δημόσιους φορείς, οι συνεντεύξεις έδειξαν ότι η πλημμελής ενημέρωση του κοινού αλλά και σε μερικές περιπτώσεις η άγνοια των φορέων υγείας (π.χ. νοσοκομειακών γιατρών) έφτανε στα όρια της αδιαφορίας (Γιώτα). Από κάποιο φίλο ή τυχαία έμαθαν για την ύπαρξη των ξενώνων και κατέφυγαν σε αυτούς. Αυτό δεν ίσχυε για τις δύο Ελληνίδες του δείγματος, για τις οποίες, είχε παρέμβει η κοινωνική λειτουργός, η οποία αποτελούσε πρόσωπο αναφοράς και εμπιστοσύνης που εν τέλει οδήγησε τις εγκύους στους ξενώνες.

Η Μαρίνα απάντησε όταν την ρωτήσαμε αν ήταν εύκολη η πρόσβαση στον ξενώνα:

«Όχι, δεν είναι εύκολο. Καθόλου εύκολο.

Η θεία μου πήγε στο δημαρχείο της Καλλιθέας. Εκεί της δώσανε κάποια νούμερα. Απ’ αυτά τα νούμερα πήρε σε άλλα νούμερα. Απ’ αυτά σε άλλα, σε άλλα, σε άλλα σε άλλα, σε άλλα, μέχρι που βρήκε.

Ενώ η Σουζάνα έμαθε για τον ξενώνα από μια φίλη:

Ένα κοπέλα Μαροκίνο βλέπει εμένα κάθε μέρα πρόβλημα επειδή ήθελε παίρνει παιδί δικό μου κι έτσι και μου λέει εγώ ξέρει που είναι να κάτσεις, έτσι, να μπορείς να κάνεις τίποτε».

Και η Λένα τυχαία την έφερε μια άγνωστη στον ξενώνα:

Έκατσα μία νύχτα στο πάρκο. Και με είδε μία κυρία που έκλαιγα και μου είπε είσαι καλά, κορίτσι μου; Και έκατσε λίγο μαζί μου και από πόνο δεν είχα πει τίποτε σε κανένα. Αλλά λέω, δεν την ξέρω, δεν την ξέρω, αλλά έτσι έβγαλα όλα από μέσα.»

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε την ευκαιρία να μελετήσει την ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη με βάση μία ολιστική προσέγγιση, εφόσον έθεσε κοινούς στόχους και υποθέσεις στο δομημένο ερωτηματολόγιο και την ημι-δομημένη συνέντευξη. Έτσι μπορέσαμε να αποτυπώσουμε με ποσοτικά δεδομένα το συγκεκριμένο φαινόμενο αναλύοντας στατιστικά μία σειρά από παραμέτρους, αλλά και να θέσουμε τα ίδια ερωτήματα σε μια ποιοτική έρευνα, προκειμένου να διερευνήσουμε τις αιτίες και τους παράγοντες που διαινωνίζουν το φαινόμενο της βίας στην εγκυμοσύνη.

Εν κατακλείδι, η ποσοτική και ποιοτική έρευνα έδειξαν ότι η εγκυμοσύνη δεν λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση βίας εναντίον των γυναικών, ενώ οι μετανάστριες και η έλλειψη κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας αποτελούν παράγοντες αύξησης κινδύνου για την άσκηση της βίας. Η σχέση του ζεύγους σαφώς πλήττεται, αλλά αυτό δεν συνδέεται κατ’ ανάγκη με την εγκατάλειψη του θύτη από την κακοποιημένη γυναίκα. Η βία μπορεί να διαιωνίζεται καθώς ο φαύλος κύκλος επιτρέπει κάποιες περιόδους εξομάλυνσης της σχέσης, οι οποίες είναι πρόσκαιρες. Επίσης, η απόδοση στην εργασία και η κοινωνική ζωή, όταν αυτά υφίστανται στη ζωή της εγκύου, κλονίζονται σημαντικά. Ο βαθμός κλονισμού συνδέεται με τον τρόπο που βιώνει την άσκηση της βίας και τα όρια ανοχής της κάθε εγκύου απέναντι στη βία. Έγινε σαφές ότι η μητρότητα ως υψηλή αξία στη ζωή μιας γυναίκας συχνά αυξάνει την ανοχή στη βία από τον σύντροφο. Στόχος των γυναικών είναι να προστατεύσουν κατά το δυνατόν τη σχέση με τα παιδιά τους αλλά και τα ίδια, από τα ξεσπάσματα βίας του συντρόφου, αυτό γίνεται σκοπός της ζωής που βάζει παράλληλα στην άκρη την ποιότητα της ζωής της ίδιας της γυναίκας. Αποδείχτηκε ότι η σχέση με έναν κακοποιητικό άνδρα, ο τρόπος αντίδρασης στη βία και η ανοχή που θα επιδείξει η έγκυος συνδέεται άμεσα με τα βιώματα της παιδικής ηλικίας και την θέση που λαμβάνει η γυναίκα απέναντι σε αυτά. Τέλος, φάνηκε η έλλειψη ενός καλά οργανωμένου δικτύου παροχής βοήθειας στις κακοποιημένες εγκύους, που φτάνει στις περιπτώσεις των μεταναστριών, το βαθμό της αδιαφορίας των αρμοδίων αν θυμηθούμε ότι σχεδόν όλες οι μετανάστριες δηλώνουν ότι δεν γνώριζαν για την ύπαρξη ξενώνων, ότι για κάποιες ήταν Γολγοθάς να βρουν μέσω ίντερνετ ή τηλεφώνων τους ξενώνες αυτούς και ότι σε δύο περιπτώσεις οι γυναίκες πήγαν στην αστυνομία και αυτή αδιαφόρησε, επίσης πήγαν σε νοσοκομεία και κανείς δεν τις εξέτασε για κακοποίηση.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

## Προτάσεις δημόσιας πολιτικής

Η διατύπωση ενός ολοκληρωμένου συνόλου προτάσεων πολιτικής για την ενδοοικογενειακή βία δεν αποτελεί το κύριο αντικείμενο της παρούσας διατριβής. Ωστόσο, η διερεύνηση με τις κοινωνικές πτυχές του φαινομένου στην Ελλάδα σε μία ιδιαίτερη περίοδο της ζωής της γυναίκας, όπως είναι αυτή της εγκυμοσύνης, έδωσε τη δυνατότητα για τη διατύπωση σημαντικών κατευθυντήριων γραμμών, τόσο στο πλαίσιο των πολιτικών υγείας όσο και αυτών της ισότητας των φύλων.

Ο συντονισμός των πολιτικών κατά της βίας προϋποθέτει ένα κοινό κανονιστικό πλαίσιο (πρωτόκολλο συνεργασίας ) για τη διασύνδεση των φορέων που εμπλέκονται στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Είναι καθοριστικής σημασίας για το σχεδιασμό και την υλοποίηση των πολιτικών ισότητας να υπάρχουν εξειδίκευση και κοινές γραμμές του θεσμικού πλαισίου στους φορείς που έρχονται σε επαφή με θύματα βίας. Κρατικοί φορείς όπως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, οι συμβουλευτικοί σταθμοί/οι ξενώνες για τη βία, οι οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, οι κοινωνικές υπηρεσίες δήμων, η αστυνομία και άλλοι φορείς είναι αποδέκτες γυναικών θυμάτων βίας. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να μοιράζονται κοινές διαδικασίες αξιολόγησης και παραπομπής των περιστατικών, βάση δεδομένων για την επεξεργασία στοιχείων και κοινές πρακτικές αντιμετώπισης των περιστατικών της κακοποίησης.

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται σε δύο βασικούς τομείς παρέμβασης. Στον τομέα της προγεννητικής φροντίδας και αναπαραγωγικής υγείας και στον τομέα της ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και δικτύωσης.

## 8.1 Πολιτικές προγεννητικής φροντίδας και αναπαραγωγικής υγείας

Οι περισσότερες γυναίκες αναζητούν κάποιας μορφής υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας (π.χ. οικογενειακό προγραμματισμό, φροντίδα υγείας μητέρας- παιδιού, γυναικολογική φροντίδα ρουτίνας, υπηρεσίες για άμβλωση και συμβουλές για σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα [συμπεριλαμβανομένου HIV]) σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Όπως δείχνουν έρευνες, υπάρχει σαφής σύνδεση ανάμεσα στην σεξουαλική κι αναπαραγωγική υγεία και τη βία. Καθώς οι επαγγελματίες υγείας εξυπηρετούν ένα σεξουαλικά ενεργό πληθυσμό, οι προγεννητικές υπηρεσίες φροντίδας είναι οι πιο συχνά παρεχόμενες και μέσω αυτών υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εντοπισμού περιθωριοποιημένων και κοινωνικά ευάλωτων γυναικών. Μία πληθυσμιακή ομάδα γυναικών που χρήζει περαιτέρω προσοχή είναι οι έφηβες. Τα κορίτσια στην εφηβεία θα πρέπει να θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κρουσμάτων βίας, οπότε και θα πρέπει να εξετάζονται ενδελεχώς ~~(~~ Reichenheim et al., 2008)[[25]](#footnote-25), καθώς επίσης και οι γυναίκες που εμφανίζονται να έχουν υποστεί πολλές αποβολές (de Bruyn, 2003)[[26]](#footnote-26).

Τόσο η εγκυμοσύνη όσο κι η περίοδος της λοχείας προσφέρει ευκαιρίες για τον εντοπισμό της βίας και την παροχή βοήθειας προς τις γυναίκες καθώς δίνεται η ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας να έρθουν σε επαφή μαζί τους (Macy et al., 2007). Αν οι επαγγελματίες υγείας είναι σωστά εκπαιδευμένοι μπορούν να κάνουν τον έλεγχο για τη βία χρησιμοποιώντας ένα απλό πρωτόκολλο αξιολόγησης κατά την προγεννητική φροντίδα. Σύμφωνα με έρευνες που διενεργήθηκαν σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας στην εγκυμοσύνη, αποδεικνύεται ότι η καλύτερη αντιμετώπιση της βίας από τον σύντροφο στην έγκυο είναι ο έγκαιρος **εντοπισμός** της όπως επίσης και η σωστή εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων φορέων και η ενημέρωση της κοινωνίας γενικότερα (Tiwari et al. 2005)[[27]](#footnote-27), (Parker et al. 1999)[[28]](#footnote-28), (Kiely et al. 2010)[[29]](#footnote-29), (Feder et al. 2009)[[30]](#footnote-30).

Γι’ αυτό το λόγο θα πρέπει σε κάθε περίπτωση προγεννητικού ελέγχου στα επείγοντα ή τακτικά ιατρεία, να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από τις μαίες που έρχονται σε επαφή μαζί τους, η πιθανότητα να κακοποιείται η έγκυος. Θα πρέπει να γίνεται μία συνεχής προσπάθεια ανίχνευσης της βίας, διαφορετικά η κακοποίηση θα παραμένει ανεξιχνίαστη και θα επιδεινώνεται ο ψυχικός και σωματικός τραυματισμός. Από τη στιγμή που έχει επιβεβαιωθεί η κακοποίηση, είναι σημαντικό να παρακολουθείται (follow-up) ώστε να επιτευχθεί η διακοπή του κύκλου της βίας. Η συστηματική αξιολόγηση και η μεθοδευμένη αντιμετώπιση κάθε περιστατικού βίας και η διασύνδεση των φορέων πρόνοιας και υγείας, πρέπει να αποτελεί πάγια φροντίδα για όλες τις εγκύους (McFarlane et al. 2007)[[31]](#footnote-31).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνά μας, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εντείνουν την προσοχή τους σε περιστατικά εγκύων που έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

* Είναι μετανάστριες
* Είναι άνεργες και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
* Ανύπαντρες ή έφηβες
* Η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη από τον σύντροφο
* Έχουν ιστορικό διακοπής κύησης (άμβλωσης)
* Ο σύντροφος είναι αλλοδαπός
* Υπάρχει σημαντική διαφορά ηλικίας ανάμεσα στο ζευγάρι (π.χ. πάνω από 10 χρόνια)
* Συζούν αλλά δεν είναι παντρεμένες με τον σύντροφο τους
* Παρατηρείται παραμέληση των προγραμματισμένων εξετάσεων
* Έχουν ήδη ένα ανήλικο παιδί

Η δική μας πρόταση αφορά παρεμβάσεις κατά την περίοδο της κύησης, επειδή η έγκυος θα προσέρχεται στις υπηρεσίες υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να παρακολουθηθεί προγεννητικά. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι μαίες, θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένες και να συμβάλλουν ώστε να ανιχνευτούν τέτοια περιστατικά βίας και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά.

Μία έρευνα των παρεμβάσεων για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της βίας ανέφερε ότι δύο ομάδες εγκύων οι οποίες α) είχαν παραλάβει φυλλάδιο γύρω από τη βία ή β) είχαν δεχτεί συμβουλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους για θέματα βίας, υπέστησαν χαμηλά επίπεδα σωματικής βίας μετά από αρκετούς μήνες. Καθώς τα αποτελέσματα ήταν τα ίδια και στις δύο ομάδες, οι ερευνητές κατέληξαν ότι η αξιολόγηση των επεισοδίων βίας είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για την αποτροπή της βίας σε εγκύους. Η αξιολόγηση δείχνει ότι η βία είναι σοβαρή και κινητοποιεί τον επαγγελματία υγείας έτσι ώστε να παράσχει τις απαιτούμενες υπηρεσίες (Mcfarlane et al., 2000)[[32]](#footnote-32).

Οι ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα και η βία κατά των γυναικών καθιστούν τις γυναίκες ευάλωτες στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας. Θέματα σεξουαλικής κι αναπαραγωγικής υγείας, όπως η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, μπορούν να αυξήσουν τη βία κατά των γυναικών και τους κινδύνους των εφήβων κοριτσιών και δύνανται να επιδεινώσουν τις διακρίσεις λόγω φύλου[[33]](#footnote-33). Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές όχι μόνο η προγεννητική φροντίδα είναι συχνά το μόνο σημείο επαφής των γυναικών με κάποιο φορέα υγείας, αλλά τόσο η παροχή υπηρεσιών υγείας και στήριξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και η υποχρέωση παρακολούθησης των γυναικών (follow-up), καθιστούν την προγεννητική φροντίδα προνομιακό χώρο συζήτησης για την κακοποίηση και εν τέλει ενθάρρυνσης των γυναικών να απευθύνουν αίτημα για βοήθεια.

Γενικά, τα προγράμματα αναπαραγωγικής υγείας θα πρέπει να ενισχύουν την δημιουργία θεσμικής δυνατότητας αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών στα νοσοκομεία, τις κλινικές υγείας και τα άλλα κέντρα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Η πιο συχνά δοκιμασμένη παρέμβαση στην προγεννητική φροντίδα είναι μια βραχεία παρέμβαση «ενισχυτικής συμβουλευτικής» κατά την οποία α) παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα είδη κακοποίησης και τον φαύλο κύκλο τής βίας, β) εκτιμάται ο κίνδυνος που διατρέχει κάθε έγκυος και αναζητούνται εναλλακτικοί τρόποι αποφυγής των πιθανών επεισοδίων βίας, και γ) κατασκευάζεται ένα σχέδιο, ένα δίκτυο ασφάλειας με την ίδια την έγκυο. Η συγκεκριμένη παρέμβαση προγεννητικού ελέγχου που εφαρμόστηκε σε κλινικές των Η.Π.Α. και του Χονγκ Κονγκ έδειξε μείωση ψυχολογικής και σωματικής βίας, καθώς και βελτίωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των γυναικών. Η αποτελεσματικότητα των υποστηρικτικών παρεμβάσεων αυξάνεται και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις λειτουργούν θετικά, ωστόσο, είναι απαραίτητη η διεύρυνση των προγραμμάτων μέσω των οποίων εντοπίζονται και αξιολογούνται η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των εγκύων λόγω της βίας.

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου που πρέπει να αναγνωρίζεται ως σημείο περαιτέρω διερεύνησης από τους επαγγελματίες υγείας κατά τον προγεννητικό έλεγχο είναι η **ανεπιθύμητη ή μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη** όπως έχουν δείξει μελέτες στο Μπαγκλαντές, την Κένυα, το Μαλάουι, τη Μολδαβία, τη Νέα Ζηλανδία, τη Ρουάντα και τη Ζιμπάμπουε (Hindin et al. 2008)[[34]](#footnote-34), (Fanslow et al. 2008)[[35]](#footnote-35).

Καθώς οι γυναίκες συχνά νιώθουν αδυναμία ή ντροπή να αποκαλύψουν τη βία που υφίστανται, κυρίως από το σύντροφό τους, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να ανιχνεύουν περιπτώσεις σεξουαλικής βίας ιδιαίτερα όταν μία γυναίκα αντιμετωπίζει επανειλημμένα γυναικολογικά θέματα, όπως λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων. Η γυναικολογική εξέταση δίνει την ευκαιρία να ανιχνευθούν αλλοιώσεις στον κόλπο ή τον πρωκτό ή μώλωπες στα γεννητικά όργανα και θα πρέπει μέσω του κατάλληλου ερωτηματολογίου να βοηθήσει τη γυναίκα να αποδεχθεί ότι υπάρχει σεξουαλική βία και να της δοθεί η ευκαιρία να ξεφύγει από το περιβάλλον βίας όπου ζει.

Όταν γίνονται **αμβλώσεις**, εκείνοι που τις πραγματοποιούν θα πρέπει να ελέγχουν αν υπάρχει πιθανότητα η γυναίκα να είναι θύμα βίας. Σε πολλές περιπτώσεις, οι γυναίκες δεν αναφέρουν θέματα βίας για την απόφαση της έκτρωσης καθώς δεν θέλουν παιδιά από ένα βίαιο σύντροφο ή γιατί έχουν υποστεί βιασμό, σεξουαλική κακοποίηση ή αιμομιξία και ντρέπονται να το αναφέρουν. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις οι μαίες και οι γιατροί πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και να αναζητήσουν τι κρύβεται πίσω από την επιλογή.

Σύμφωνα με την πρόβλεψη των Ηνωμένων Εθνών και του Παγκόσμου Οργανισμού Υγείας[[36]](#footnote-36) τα ζητήματα προγραμματισμού και πολιτικής υγείας που θα συμβάλλουν την πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας είναι τα ακόλουθα:

* Να συμπεριληφθούν ζητήματα βίας εναντίον των γυναικών στην πρόληψη της υγείας της μητέρας και του εμβρύου κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας.
* Τα προγράμματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, της υγείας του εφήβου και της πρόληψης HIV/AIDS θα πρέπει να ενημερώνουν συστηματικά και για ζητήματα βίας, σεξουαλικότητας και της δυναμικής των σχέσεων μεταξύ των φύλων
* Ζητήματα σχετικά με τη βία εναντίον των γυναικών, τις συνέπειές της στην υγεία και την κατάλληλη αντιμετώπιση, θα πρέπει να συμπεριληφθούν στην εκπαίδευση των ειδικών: μαιών, μαιευτήρων-γυναικολόγων, ειδικών ψυχικής υγείας, γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με τον οικογενειακό προγραμματισμό, την προγεννητική και επιλόχεια φροντίδα. Πολλές γυναίκες εμπλέκονται σε σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προστασία γιατί υφίστανται απειλές, εξαναγκασμό, φυσική ή σεξουαλική βία.
* Τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού θα γίνουν πιο αποτελεσματικά αν αντιμετωπισθεί το θέμα της βίας κατά των γυναικών. Αν σταματήσει η βία, οι γυναίκες θα διαθέτουν μεγαλύτερο φάσμα αντισυλληπτικών μεθόδων για να επιλέξουν, μεγαλύτερη πιθανότητα να συζητήσουν με τους συντρόφους τους για τη χρήση προφυλακτικών και γενικά θα βρίσκονται σε ισοδύναμη θέση με τους άντρες σε θέματα αναπαραγωγικών επιλογών. Οι γυναίκες που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία έχουν μικρότερο έλεγχο για τη χρήση αντισύλληψης (Cripe et al., 2008).[[37]](#footnote-37) Εκείνες που καταφέρνουν να επιβιώσουν και να προστρέξουν σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού θα πρέπει να έχουν και την επιλογή ορμονικών ενέσιμων σκευασμάτων ως αντισύλληψη χωρίς να το γνωρίζουν οι σύντροφοί τους (Gee et al., 2009)[[38]](#footnote-38).
* Ιδιαίτερα θα πρέπει να προσεχθεί το φαινόμενο των προβλημάτων υγείας στη γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη λόγω βίας, όταν επικρατούν χαμηλές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.
* Είναι απαραίτητη η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης για την πρόληψη της βίας εναντίον των γυναικών μέσω της προώθησης της ισότητας των φύλων και της αξίας ασφαλών και υπεύθυνων σχέσεων. Γι’ αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να παρευρίσκονται κι οι άντρες στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, πράγμα που θα εκκινήσει την καλλιέργεια σχέσεων αλληλοσεβασμού και δυνητικά θα υποστηρίξει τη διαδικασία ανίχνευσης διαφαινόμενων περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Επίσης αυτά τα προγράμματα πρέπει να περιλάβουν όχι μόνο μέτρα για τη μείωση βίας, αλλά και τη βελτιωμένη ποιότητα ζωής, της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής στήριξης, του αυτοσεβασμού και της παραγωγικότητας

## 8.2 Δράσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και δικτύωσης

Η έρευνα που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε πληθυσμό 24000 γυναικών από αγροτικές και αστικές περιοχές σε 10 χώρες (Μπαγκλαντές, Βραζιλία, Αιθιοπία, Ιαπωνία, Ναμίμπια, Περού, Σαμόα, Σερβία και Μαυροβούνιο, Ταϊλάνδη και Δημοκρατία της Τανζανίας)[[39]](#footnote-39) οδήγησε σε συγκεκριμένες προτάσεις για την αλλαγή της νοοτροπίας της κοινωνίας και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων που διαιωνίζουν τη βία. Η εν λόγω έρευνα προτείνει την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης με στόχο την ενημέρωση παιδιών και εφήβων όχι μόνο σε γενικότερα θέματα **σεξουαλικής υγείας** αλλά και σε θέματα **κακοποίησης από τον σύντροφο** ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τη βία στο οικογενειακό τους περιβάλλον, είτε είναι τα ίδια αποδέκτες, είτε είναι μάρτυρες της βίας που υφίσταται άλλο μέλος και δη η μητέρα τους. Το επόμενο βήμα αυτών των προγραμμάτων είναι η ενημέρωση για την επικινδυνότητα της κατάστασης και προτάσεις για αναζήτηση βοήθειας σε εξειδικευμένα κέντρα. Η γενικότερη ενημέρωση του κοινού αποτελεί κρίσιμη παράμετρο αντιμετώπισης του προβλήματος ώστε να μην υπάρχει ανοχή. Τα θύματα κακοποίησης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να αποτελέσουν έναν ιδιαίτερο στόχο των επικοινωνιακών δράσεων λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου πληθυσμού. Το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας κρίνεται ευάλωτο και αντανακλά το «διπλό κόστος» των συνεπειών της άσκησης βίας, καθώς τα δυνητικά θύματα είναι δύο, η μητέρα και το έμβρυο και πλήττονται σωματικά και ψυχικά.

Πέρα από τη διάσταση της δημόσιας πολιτικής, υπό το πρίσμα της κρατικής πρωτοβουλίας και παρέμβασης, εξαιρετικά χρήσιμη και κρίσιμη είναι η παράλληλη ενεργοποίηση της **κοινωνίας των πολιτών**. Γυναικείες οργανώσεις, οργανώσεις προαγωγής της υγείας της γυναίκας και της οικογένειας, καθώς και αυτές που προασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα οφείλουν να διαδραματίσουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο πιο αποτελεσματικό τρόπο οργάνωσης των δράσεων ευαισθητοποίησης που στοχεύουν στην πρόληψη και την καταπολέμηση του φαινομένου της βίας με έμφαση στη περίοδο της εγκυμοσύνης.

Επιμόρφωση στελεχών της δημόσιας διοίκησης

Εκτός των **επαγγελματιών υγείας** που αποτελούν πολλές φορές τους πρώτους αποδέκτες θυμάτων κακοποίησης και για την κατάρτιση των οποίων γίνεται ειδική μνεία παραπάνω, και άλλα στελέχη της δημόσιας διοίκησης θα πρέπει να ενταχθούν σε ένα πλαίσιο δράσεων επιμόρφωσης. Ειδικότερα, οι δημόσιοι λειτουργοί στους οποίους απευθύνονται τα θύματα βίας για να ζητήσουν βοήθεια (όπως υπάλληλοι προνοιακών δομών, αστυνομικοί, δικαστές, εισαγγελείς, σωφρονιστικοί υπάλληλοι κλπ) θα πρέπει να εκπαιδευθούν για την ορθότερη και πιο ευαίσθητη αντιμετώπιση όσων εμπλέκονται σε πράξεις βίας κατά των γυναικών.

Δικτύωση στη τοπική κοινωνία και ο ρόλος των δήμων

Οι δράσεις κοινωνικής παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση της ισότητας των φύλων και τον περιορισμό των θυμάτων βίας προϋποθέτουν την οργάνωση νέων συλλογικών δράσεων με ρυθμιστική αρχή την έννοια της δικτύωσης. Η **δικτύωση** αποτελεί ένα σύστημα αρχών και ενεργειών που κατατείνει στη διαμόρφωση μιας ευρύτερης δυναμικής για την αντιμετώπιση, εν προκειμένω, των κοινωνικών αναγκών, οι οποίες δεν καλύπτονται από ατομικές, ασυντόνιστες και αποσπασματικές δράσεις.

Έτσι, τα δίκτυα συνιστούν μια ευρύτερη μορφή συνεργασίας που αφορούν στη λειτουργική και συστημική ενοποίηση των επιμέρους μονάδων που άπτονται των ζητημάτων βίας και κακοποίησης σε ένα συνεχές σύνολο. Για παράδειγμα, στις περιοχές που τίθενται σε λειτουργία Συμβουλευτικά Κέντρα από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας θα πρέπει να συγκροτηθεί το κανονιστικό εκείνο πλαίσιο που θα διευκολύνει την επικοινωνία και την συνεννόηση των στελεχών της δημόσιας διοίκησης που είναι από αποδέκτες θυμάτων βίας, είτε αυτά είναι στελέχη των συμβουλευτικών κέντρων, νοσοκομείων, είτε προνοιακών δομών, ή γενικότερα κοινωνικών υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο δύναται να επιτευχθεί ένα αρτιότερο σύστημα παραπομπών και διασύνδεσης των επιμέρους μονάδων που θα καταστήσει την πρόληψη και την αντιμετώπιση των φαινομένων βίας πιο αποτελεσματική.

Σε αυτό το σημείο αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης. Ένας δήμος που είναι φορέας άσκησης δημόσιας πολιτικής σε τοπικό επίπεδο μπορεί να σχεδιάσει και να υλοποιήσει προγράμματα κατά της βίας. Επιτονίζοντας τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης ανίχνευσης, τα στελέχη των κοινωνικών υπηρεσιών των δήμων θα πρέπει να συμπεριλάβουν την πρόληψη αλλά και τη διάγνωση της κακοποίησης στις προτεραιότητες των αρμοδιοτήτων τους.

Στην Ελλάδα, οι **δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης στις Γ.Γ.Ι.Φ.** θα πρέπει να ενταθούν, η καμπάνια «Δεν είσαι μόνη» «Δεν είσαι η μόνη» να συνεχισθεί, όπως και άλλες δράσεις μέσα από ραδιοτηλεοπτικές εκπομπές και ενημερωτικά σποτ. Επίσης σημαντικό ρόλο θα παίξει η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση μέσα από όλα τα ΜΜΕ, τις ημερήσιες εφημερίδες πανελλήνιας και τοπικής κυκλοφορίας.

Οι δράσεις ευαισθητοποίησης του Εθνικού Προγράμματος για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας θα πρέπει να περιλαμβάνουν και την υλοποίηση ενημερωτικών ενεργειών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα υπό σύσταση αλλά και υφιστάμενα Κέντρα Συμβουλευτικής υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Ισότητας θα πρέπει να εκπαιδεύσουν και να επιμορφώνουν τα στελέχη τους στις σύγχρονες προσεγγίσεις τόσο των θυμάτων όσο και των θυτών στις περιπτώσεις βίας. Παράλληλα, η επιμόρφωση θα πρέπει να εστιάσει και στην περίοδο της εγκυμοσύνης με την παρουσίαση των ιδιαίτερων αναγκών που έχουν οι γυναίκες σε αυτό το διάστημα.

Σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσουν οι δήμοι οι οποίοι πρέπει να αναλάβουν τις ευθύνες τους που αφορούν τις τοπικές δράσεις ώστε να υποστηριχθεί η λειτουργία των Κέντρων Συμβουλευτικής υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Ισότητας καθώς και των ξενώνων. Ειδικότερα εξαιρετικά σημαντικός είναι αυτός ο ρόλος για το αντικείμενο της δικής μας έρευνας προκειμένου να παρασχεθούν οι πρώτες βοήθειες στην έγκυο που κακοποιείται καθώς και η απαραίτητη ψυχολογική και κοινωνική στήριξη, έτσι ώστε η εξυπηρετούμενη να πάρει τις καλύτερες αποφάσεις για το μέλλον της ίδιας και του παιδιού της.

Οι προτάσεις δημόσιας πολιτικής που αναλύθηκαν παραπάνω συγκροτούν ένα κοινωνικό μοντέλο το οποίο προάγει τον σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και αποτελεί εχέγγυο ότι οι κοινωνίες με αυτό τον σχεδιασμό έχουν βάσιμες ελπίδες ότι θα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το φαινόμενο της βίας που ιδιαίτερα στην περίοδο της εγκυμοσύνης έχει εξαιρετικά δυσμενείς επιπτώσεις.

# ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την παρούσα έρευνα δείξαμε ότι η εγκυμοσύνη όχι μόνο δεν αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της βίας από τον σύντροφο, αλλά υπό συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση βίαιων συμπεριφορών από αυτόν. Είδαμε ότι συγκεκριμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, υπό συγκεκριμένες συνθήκες είναι πιο πιθανό να καταστούν θύματα κατά τη διάρκεια μάλιστα της εγκυμοσύνης.

Οι μετανάστριες στην Ελλάδα φαίνεται να πλήττονται από τη βία και αυτό να οφείλεται σε δύο βασικούς παράγοντες**: α)** στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του τόπου καταγωγής που άλλοτε υπό ορισμένες συνθήκες και άλλοτε εν γένει και με τρόπο λανθάνοντα ή ρητό, επιτρέπουν την άσκηση βίας και καταπιεστικού ελέγχου από τον σύντροφο στη γυναίκα και δη την έγκυο και **β)** στις συνθήκες διαβίωσης στον τόπο προορισμού- εν τω προκειμένω την Ελλάδα-, οι οποίες είναι εξαιρετικά επισφαλείς και καθιστούν τις ίδιες και τα παιδιά τους έρμαια των συντρόφων τους και των επιβουλών τους.

Σε συνάρτηση και με τον **τόπο καταγωγής,** τις **συνθήκες διαβίωσης** και το **μορφωτικό επίπεδο**, η **χειραφέτηση** της γυναίκας επίσης παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανοχή στη βία σε μια ευαίσθητη μάλιστα περίοδο της ζωής της. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνάδει συχνά με μια πιο ανεξάρτητη προσωπικότητα, με αξίες και αρχές που διαφυλάσσουν την ελευθερία και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Επίσης, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την ανάπτυξη της επαγγελματικής δραστηριότητας και της κοινωνικής ζωής, όπου οι επαφές με τρίτους λειτουργούν προστατευτικά έναντι της βίας.

Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να επισημάνουμε το ρόλο που παίζουν τα βιώματα κακοποίησης στην πατρική οικογένεια της εγκύου. Η ανοχή της βίας από ανδρικά πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος συνδέεται με τρόπο άμεσο στην συντριπτική πλειονότητα των γυναικών που είναι θύματα της βίας και στην εγκυμοσύνη από τους συντρόφους τους. Θεωρείται εν μέρει ως κάτι το δεδομένο και αποτελεί ένα σχήμα αλληλεπίδρασης του συζυγικού ζεύγους που αφήνει ανεξίτηλα ίχνη στον ψυχισμό τής γυναίκας με αποτέλεσμα ο φαύλος κύκλος της βίας να καθίσταται μια διαχρονική πραγματικότητα, μια κληρονομιά από μητέρα σε κόρη.

Τέλος, η ιδιαιτερότητα της βίας στην εγκυμοσύνη συνίσταται στην παρουσία του παιδιού, ως του πιο σημαντικού ανθρώπου στη συνείδηση της γυναίκας, με αποτέλεσμα συχνά η θέση που θα λάβει η γυναίκα απέναντι στο θύτη της να καθορίζεται από τον μητρικό της ρόλο. Συχνά, οι γυναίκες δεν θέλουν να βιώσουν τα παιδιά τους τραυματικές σκηνές βίας και αποφασίζουν να διακόψουν τη σχέση τους. Άλλοτε πάλι το παιδί γίνεται ο συνεκτικός κρίκος με τον βίαιο πατέρα, ή έστω η αφορμή, για να διαιωνίσουν το φαύλο κύκλο της βίας.

Κρίνεται απαραίτητη η ενδελεχής και σε βάθος διερεύνηση των συγκεκριμένων μορφών βίας που υφίστανται οι γυναίκες στην εγκυμοσύνη, κατά πόσο δηλαδή η σωματική βία είναι η επικρατέστερη ή όχι μορφή βίας σε σχέση με άλλες μορφές βίας εξίσου απεχθείς, όπως είναι η συναισθηματική, η ψυχική ή η σεξουαλική.

Το κρίσιμο ερώτημα που μένει να απαντηθεί είναι η επίπτωση της εγκυμοσύνης ως γεγονότος που επιφέρει μια σειρά αλλαγών στη δυναμική του ζεύγους, προκαλεί de facto έκρυθμες καταστάσεις που οδηγούν στη βία εναντίον της γυναίκας και δη της μητέρας. Το προφίλ του θύτη και του θύματος, η προηγούμενη δυναμική του ζεύγους, η συγκυρία της σύλληψης αποτελούν επίσης παράγοντες διερεύνησης ως προς την συνεξάρτηση των μεταβλητών «βία – εγκυμοσύνη».

Περαιτέρω έρευνας που θα ρίξουν περισσότερο φως στη βία στην εγκυμοσύνη ώστε να προωθηθεί η αντιμετώπιση του φαινομένου, αφορούν τις εξής θεματικές :

* Συστηματικές ανασκοπήσεις των δεδομένων για τις σωματικές συνέπειες της βίας κατά την εγκυμοσύνη
* Σε βάθος μελέτες για το ρόλο της εγκυμοσύνης στην εξέλιξη της βίας από τον σύντροφο και τον τρόπο που η εγκυμοσύνη επηρεάζει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι γυναίκες για να αντιμετωπίσουν τη βία
* Έρευνα για τη δυνατότητα και την αποτελεσματικότητα της ενσωμάτωσης μιας παρέμβασης που αφορά τη βία από τον σύντροφο κατά την προ-γεννητική φροντίδα
* Εφαρμογή και δοκιμή εναλλακτικών τρόπων παρέμβασης με στόχο την προσέγγιση γυναικών σε πλαίσια προγεννητικής φροντίδας ιδίως σε περιπτώσεις χαμηλών εισοδημάτων των γυναικών ή σε περιβάλλον όπου οι ίδιες δεν γνωρίζουν ή δεν θέλουν να αποταθούν σε κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Καθώς η βία εναντίον των γυναικών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα ήθη και τις νόρμες κάθε κοινωνίας, η εξάλειψή της δεν μπορεί να αποτελεί ένα ζήτημα αποκομμένο από τη βία ως ευρύτερο κοινωνικό φαινόμενο. Αναμένουμε δηλαδή η έξαρση των διαφόρων μορφών βίας, που ευνοείται σε περιόδους κοινωνικής οικονομικής και πολιτικής κρίσης, ως τρόπου επίλυσης των διαφορών οι οποίες αντίκεινται στο διάλογο και στο σεβασμό της ετερότητας, να έχει ως συνέπεια και την αύξηση της βίας στον πυρήνα της κοινωνίας, δηλαδή στην οικογένεια.

Επομένως, οι πολιτικές που θα πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση της βίας στην κοινωνία, θα αποτελούν ένα γενικό πλαίσιο προώθησης αξιών και αρχών σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τέτοιων ώστε να καταπολεμάται η άνιση μεταχείριση και η κακοποίηση των γυναικών κάθε ηλικίας και δη των εγκύων.

1. Beeman, K.S., and Arthur, C., in *Evaluation violence against women Research Reports* [National Resource Center on Domestic Violence](http://www.nrcdv.org) (NRCDV)/[Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence](http://www.pcadv.org), 2011 [↑](#footnote-ref-1)
2. Creswell, J.W., Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA (Sage) 1998 [↑](#footnote-ref-2)
3. Mays, N. and Pope, C. "Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research." [*BMJ*](http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/311/6997/109) 311(6997), 109-112. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research, [*BMJ.*](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7613329##)1, 311(6996) (1995) 42-5. [↑](#footnote-ref-3)
4. Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. and Tindall, C., *Qualitative   
   methods in psychology: a research guide,* Buckingham (Open University Press) 1994 <http://web.uct.ac.za/depts/psychology/webie/courses/psy206fo/Lecture%201.ppt> [↑](#footnote-ref-4)
5. Τσέκερης Χαράλαμπος Σημειώσεις για το Μάθημα «Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα ΙΙ», <http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/544/1/methodology.pdf> [↑](#footnote-ref-5)
6. # Spiegelberg, H., *Doing Phenomenology: Essays On And In Phenomenology,* The Hague (Nijhoff) 1975

   [↑](#footnote-ref-6)
7. Moustakas, C., *Phenomenological research methods,* London (Sage) 1994 [↑](#footnote-ref-7)
8. Borg, W. R., Applying Educational research: a practical guide for teachers, New York (Longman) 1981 [↑](#footnote-ref-8)
9. Rodrigues, T., Rocha, L., Barros, H., Physical abuse during pregnancy and preterm delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 198 (2) 2007, 171, e1-e6. [↑](#footnote-ref-9)
10. Roelens, K., Verstraelen, H., Van Egmont, K., and Temmerman, M., Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, ( 2007), 37-42 [↑](#footnote-ref-10)
11. Glander, S., Moore, M.L., Michielutte, R., Parsons, L.H., The prevalence of domestic violence among women seeking abortion, Obstet Gynecol. 91 (6) (1998) 1002-1006. [↑](#footnote-ref-11)
12. Αρτινοπούλου, B., Φαρσεδάκης, Ι., *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα*, Αθήνα (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας) 2003 [↑](#footnote-ref-12)
13. Lipsky, S., Holt, V.L., Easterling, T.R., and Critchlow, C.W., Police-reported intimate partner violence during pregnancy: Who is at risk?, *Violence and Victims*, 20 (1) (2005) 69–86 [↑](#footnote-ref-13)
14. Όπως πιο πάνω [↑](#footnote-ref-14)
15. Αρτινοπούλου, B., Φαρσεδάκης, Ι., *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών: πρώτη πανελλαδική επιδημιολογική έρευνα*, Αθήνα (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας) 2003 [↑](#footnote-ref-15)
16. Bohn, D.K., Tebben, J.G. and Campbell, J.C., Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy, *Journal of Obstetrics*, *Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (2004) 561–571 [↑](#footnote-ref-16)
17. Cokkinides, V.E., Coker, A.L., Sanderson, M., Addy, C., and Bethea, L. Physical violence during pregnancy maternal complication and birth outcomes, *Obstetrics and Gynecology,* 93 (5) (1999) 661–666 [↑](#footnote-ref-17)
18. United Nations Statistical Commission, United Nations Statistics Division, Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, Meeting of the Friends of the Chair of the United Nations Statistical Commission on Statistical Indicators on Violence against Women 9-11 December 2009, Aguascalientes, Mexico, Violence against women in Egypt by Central Agency for Public Mobilization and Statistics Egypt, ESA/STAT/AC.193/L.3, February, 2010 [↑](#footnote-ref-18)
19. Bohn, D.K., Tebben, J.G. and Campbell, J.C., Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy, *Journal of Obstetrics*, *Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (2004) 561–571 [↑](#footnote-ref-19)
20. Charles, P., and Perreira, K.M.*,* Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum, *Journal of Family Violence*, 22 (2007) 609–619. [↑](#footnote-ref-20)
21. Amaro, H., Fried, L.E., Cabral, H. and Zuckerman, B., Violence during pregnancy and substance use, *American Journal of Public Health*, 80 (1990) 575–579.

    Valladares E., M. Ellsberg, R. Peña, V. Höberg and L.A. Persson, Physical partner abuse during pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua, *Obstetrics and Gynecology,* 100 (4) (2002) 700–705. [↑](#footnote-ref-21)
22. Goodwin, M.M., Gazmararian, J.A., Johnson, C.H., Gilbert, B.C. Saltzman L.E., and PRAMS Working Group, Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996–1997, *Maternal and Child Health Journal,* 4 (2) (2000) 85–92. [↑](#footnote-ref-22)
23. Block, C., Risk Factors for Death or Life-Threatening Injury for Abused Women in Chicago, In *Violence Against Women and Family Violence: Developments in Research, Practice and Policy,* Fisher, B. NCJ-199701, 2004 [↑](#footnote-ref-23)
24. WHO, Landmark study on domestic violence in

    <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/en/index.html> (επίσκεψη στις 22 Μαϊου 2012)

    [↑](#footnote-ref-24)
25. Reichenheim, M.E., Moraes, C.L., Apratto Junior, P.C., Breaking silence and its barriers: a household survey on domestic violence against the elderly within the scope of a Family Health Program in Niteroi, Rio de Janeiro State, Brazil, *Cadernos de Saude Publica* 24(10) (2008) 2289-300 [↑](#footnote-ref-25)
26. De Bruyn, M., *Violence, pregnancy and abortion: issues of women’s rights and public health*, Chapel Hill (Ipas) 2003. <http://www.ipas.org/publications/en/violence_against_women/violence_womens_rights_en.pdf> [↑](#footnote-ref-26)
27. Tiwari, A., Leung, W.C., Leung, T.W., Humphreys, J., Parker, B., A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology,*112(9) (2005) 1249- 1256. [↑](#footnote-ref-27)
28. Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C., Reel, S., Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women, Research in Nursing and Health, 22(1) (1999) 59-66. [↑](#footnote-ref-28)
29. Kiely, M., El-Mohandes, A., El-Khorazaty, M., Gantz, M.. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial, *Obstetrics and Gynecology,*115(2) (2010) 273-283. [↑](#footnote-ref-29)
30. Feder G, Ramsay J, [Dunne D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dunne%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19272272), Rose M, Arsene C, Norman R, [Kuntze S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kuntze%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19272272), Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A, Taket A., How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria, *Health Technology Assessment*, 13(16) (2009) 1–347. [↑](#footnote-ref-30)
31. McFarlane, J., Parker, B., Morgan, B. Abuse during Pregnancy: A Protocol for Prevention and Intervention. March of Dimes Nursing Monograph, NY (White Plains) 2007 [↑](#footnote-ref-31)
32. McFarlane, J., Soeken, K. and Wiist, W., An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women, *Public Health Nursing*, Vol. 17, No. 6 (2000) 443-451 [↑](#footnote-ref-32)
33. <http://www.endvawnow.org/en/articles/662-integrate-survivor-support-and-assistance-into-reproductive-health-programmes.html> [↑](#footnote-ref-33)
34. Hindin, M.J., Kishor, S., Ansara, D.L.. Intimate Partner Violence among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes, Calverton, MD, USA, (Macro International) 2008 [↑](#footnote-ref-34)
35. Fanslow, J., Silva, M., Robinson, E., Whitehead, A., Violence during pregnancy: Associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, et alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. Australian and New Zealand, *Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 48(4) (2008) 398-404 [↑](#footnote-ref-35)
36. UNFPA Programming Module on Working with the Health Sector to Address Violence against Women and Girls, February 2011, in

    <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1324992967.pdf> [↑](#footnote-ref-36)
37. Cripe, S.M., Sanchez, S.E., Perales, M.T., Lam, N., Garcia, P., and Williams, M.A., Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru, *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 100 (2008) 104–108 [↑](#footnote-ref-37)
38. Gee R.E., Mitra, N., Wan, F., Chavkin, D.E., Long J.A., Power Over Parity: Intimate Partner Violence and Issues of Fertility Control, 201 *American Journal of Gyneacology and Obstetrics,* 148 (2009) 1-7 [↑](#footnote-ref-38)
39. WHO, Intimate partner violence during pregnancy, Information sheet 2011 in <http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.35_eng.pdf> (επίσκεψη στις 22 Μαΐου 2012) [↑](#footnote-ref-39)