

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ:

Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

Αστική
Μη Κερδοσκοπική
Εταιρεία
ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ

Περιγεννητική έμφυλη βία:
Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

**Περιγεννητική έμφυλη βία:
Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας**

Αθήνα, 2026

Συγγραφική ομάδα
Μαρία Δάγλα
Δέσποινα Καραγιάννη
Θεόδωρος Ζέης
Μαρίνα Κάντα
Ευαγγελία Αντωνίου

Σχεδιασμός/ Σελιδοποίηση: Βάσια Καλοζούμη (Merlot Design)

Η συγγραφή του Οδηγού πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του έργου «Περιγεννητική Έμφυλη Βία: 9 μήνες +», το οποίο υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος Preventing gender-based violence and violence against children (PREVENT), με φορέα υλοποίησης την Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «Φαιναρέτη» και εταίρο το Ινστιτούτο Ανάπτυξης Επιχειρηματικότητας (iED). Το PREVENT συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του προγράμματος Citizens, Equality, Rights and Values (CERV), το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το Κέντρο Στήριξης ΜΚΟ με συνολικό ποσό επιχορήγησης €2,3 εκ. Το έργο αποσκοπεί στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας κατά την περιγεννητική περίοδο, μέσα από δράσεις ενημέρωσης, εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης.

Οι απόψεις και οι γνώμες που διατυπώνονται εκφράζουν αποκλειστικά τις απόψεις των συντακτών και δεν αντιπροσωπεύουν κατ' ανάγκη τις απόψεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, του Ιδρύματος Μποδοσάκη ή του Κέντρου Στήριξης ΜΚΟ. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το Κέντρο Στήριξης ΜΚΟ δεν μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι για τις εκφραζόμενες απόψεις.

Το περιεχόμενο του εντύπου αυτού μπορεί να αναπαράγεται ελεύθερα για χρήση στην εκπαίδευση ή την ενημέρωση του ευρύτερου κοινού με την απαραίτητη προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή.

Η περιγεννητική περίοδος — από την αρχή της κύησης έως και τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό — αποτελεί μια από τις πιο καθοριστικές και ευαίσθητες φάσεις στη ζωή μιας γυναίκας και της οικογένειάς της. Πρόκειται για μια περίοδο έντονων αλλαγών, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, καθώς και στην κοινωνική ζωή της γυναίκας, αλλαγές που μπορεί να δράσουν άλλοτε προστατεύοντας και άλλοτε επιβαρύνοντάς την. Σε αυτό το πλαίσιο, η έμφυλη ενδοοικογενειακή βία, καθώς και η κακομεταχείριση σε μαιευτικό πλαίσιο, συχνά παραμένουν αόρατες, αποσιωπημένες, παραγνωρισμένες.

Η περιγεννητική έμφυλη βία δεν αφορά μόνο μεμονωμένα περιστατικά σωματικής κακοποίησης, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα βίαιων συμπεριφορών σωματικών, ψυχολογικών, σεξουαλικών και οικονομικών, που μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά την υγεία, την ψυχική ευημερία και την ασφάλεια της γυναίκας και του παιδιού της. Οι επιπτώσεις της βίας αυτής εκτείνονται πέρα από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, επηρεάζοντας την ψυχική υγεία της μητέρας, τη σχέση μητέρας-παιδιού, την ανάπτυξη του παιδιού και τη δημόσια υγεία, συνολικά.

Ταυτόχρονα, η περιγεννητική περίοδος παρέχει μια μοναδική δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης και παρέμβασης σε περιπτώσεις εκδήλωσης βίας. Οι συχνές επαφές των γυναικών με τις δομές υγείας σε αυτή την περίοδο δημιουργούν ευκαιρίες για την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης και για την αναγνώριση ενδείξεων βίας ή ψυχικής δυσφορίας. Οι επαγγελματίες υγείας, μαίες, μαιευτήρες/γυναικολόγοι, γενικοί ιατροί, παιδίατροι, νοσηλεύτες και άλλοι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες σε ζητήματα υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και στην έγκαιρη ανίχνευση και παραπομπή των περιστατικών περιγεννητικής έμφυλης βίας.

Ο παρών Οδηγός απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και ενδυνάμωσή τους ως προς την αναγνώριση, την ανίχνευση και τη διαχείριση των περιστατικών περιγεννητικής έμφυλης βίας. Παρέχει θεωρητικό πλαίσιο, πρακτικές κατευθύνσεις, εργαλεία ανίχνευσης, βασικές αρχές επικοινωνίας, οδηγίες παραπομπής και αναφορές στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, με σκοπό να υποστηρίξει τον επαγγελματία στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ο Οδηγός αυτός φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα πρακτικό εργαλείο αναφοράς για τους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός πλαισίου περιγεννητικής φροντίδας που σέβεται τα δικαιώματα των γυναικών και θέτει στο επίκεντρο την ασφάλεια και την αξιοπρέπειά τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

11 ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

- 12 Βία στην περιγεννητική περίοδο
- 13 Σωματική βία
- 13 Ψυχολογική ή συναισθηματική βία
- 13 Σεξουαλική βία
- 13 Οικονομική βία
- 13 Μαιευτική βία
- 14 Γιατί πρέπει να μιλήσουμε για την περιγεννητική έμφυλη βία
- 16 Επιπτώσεις της μαιευτικής βίας
- 16 Γιατί η περιγεννητική περίοδος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο έμφυλης βίας;
- 18 Συνθήκες που διευκολύνουν την εκδήλωση περιγεννητικής βίας
- 21 Γιατί η περιγεννητική περίοδος αποτελεί πρόσφορο έδαφος για έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις έμφυλης βίας;

25 ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ ΒΙΑ

- 25 Ενδοοικογενειακή βία στην περιγεννητική περίοδο
- 26 Δυσκολίες αναγνώρισης της βίας από την πλευρά των γυναικών
- Μία ιδιάζουσα αιχμαλωσία στο διπλανό σπίτι

- 28 Μορφές βίας που δεν αναγνωρίζονται εύκολα από τις γυναίκες - θύματα
- 29 Δυσκολίες αναζήτησης βοήθειας από την πλευρά των γυναικών

33 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- 34 Τι δυσχεραίνει τον επαγγελματία υγείας στην αναγνώριση και τη διαχείριση των περιπτώσεων βίας έναντι των γυναικών;
- 35 Εντοπισμός, αναγνώριση, ενδείξεις και συμπτώματα
- 38 Ανίχνευση βίας κατά τον τοκετό
- 38 Ανίχνευση βίας κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

43 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ

- 44 Πώς μπορούμε να διευκολύνουμε την αποκάλυψη (disclosure) της εμπειρίας ενδοοικογενειακής βίας από τη γυναίκα;
- 45 Βασικές οδηγίες προς τον επαγγελματία υγείας για την ανίχνευση της περιγεννητικής βίας
- 48 Πώς να διαχειριστείτε τη γυναίκα που έχει υποστεί βία
- 50 Εκτίμηση επικινδυνότητας
- 50 Διαχείριση επείγοντος
- 53 Δεξιότητες που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας στον οποίο γίνεται η αποκάλυψη της βίας

57 ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΑΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- 59 Συνέπειες της μαιευτικής βίας
- 59 Η έκθεση του ευρωπαϊκού

- κοινοβουλίου για τη μαιευτική βία
- 61 Αντιμέτωπιση της μαιευτικής βίας και των κακών πρακτικών
- 63 Πρακτικές που προκαλούν δυσφορία κατά τη μαιευτική φροντίδα και προτεινόμενες παρεμβάσεις
- 66 Επικοινωνιακές πρακτικές που αναδεικνύουν τον σεβασμό στην περιγεννητική εμπειρία
- 66 Αποτελεσματική επικοινωνία κατά τον τοκετό

69 ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ (Ν. 3500/2006, ΑΡΘΡΑ 6-8 ΠΚ)

- 70 Ο κύκλος των προσώπων που εμπíπτουν στον ν. 3500/2006.
- 70 Μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την προστασία του θύματος
- 70 Α) Επιβολή περιοριστικών όρων
- 71 Β) Παραπομπή για ιατροδικαστική εξέταση και παροχή ασφαλούς καταλύματος διαμονής
- 71 Γ) Διαμεσολάβηση
- 72 Ποινικός Κώδικας
- 72 Δίκτυο φορέων παραπομπής και υπηρεσίες υποστήριξης

77 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ

- 77 Διεθνές νομικό πλαίσιο
- 80 Ευρωπαϊκό επίπεδο νομικό πλαίσιο
- 80 Εθνικό νομοθετικό πλαίσιο
- 81 Το ιατρικό απόρρητο και η άρση του
- 82 Η υποχρέωση ενημέρωσης των ασθενών – ειδικές περιστάσεις
- 82 Η ενημερωμένη συναίνεση των ασθενών
- 83 Πρόσωπα που συναινούν αν οι ασθενείς δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης
- 84 Πότε δεν απαιτείται η συναίνεση των ασθενών
- 84 Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης
- 84 Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σχετικά με την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή
- 86 Βιβλιογραφικές Παραπομπές
- 106 Συγγραφική ομάδα - Βιογραφικά σημειώματα



ΒΙΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ο.Η.Ε. «η βία εναντίον των γυναικών είναι μία εκδήλωση των σχέσεων ανισότητας που επικρατεί ιστορικά μεταξύ ανδρών και γυναικών, οι οποίες οδήγησαν στην κυριαρχία επί και στη διάκριση εναντίον των γυναικών από τους άνδρες, καθώς και στην αποτροπή της προόδου των γυναικών...»¹.

Στο άρθρο 4 της Διακήρυξης, «[...] ορίζεται ως βία εναντίον των γυναικών οποιαδήποτε πράξη βίας με βάση το φύλο που καταλήγει ή είναι πιθανό να καταλήξει σε σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη και πόνο στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών για τέτοιες ενέργειες, είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό βίο, η οποία περιλαμβάνει τα κάτωθι – αλλά δεν περιορίζεται σε αυτά²:

α) **Βία που εμφανίζεται στην οικογένεια ή στο σπίτι**, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, της σωματικής και διανοητικής επιθετικότητας, της συναισθηματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, του βιασμού και της σεξουαλικής κακοποίησης, της αιμομιξίας, του βιασμού μεταξύ των συζύγων, των κανονικών ή περιστασιακών συντρόφων και των συγκατοίκων, των εγγλημάτων που

διαπράττονται στο όνομα της τιμής, του γεννητικού ακρωτηριασμού και άλλων παραδοσιακών πρακτικών επιβλαβών για τις γυναίκες, όπως οι εξαναγκαστικοί γάμοι.

β) **Βία που εμφανίζεται εντός της κοινότητας**, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, του βιασμού, της σεξουαλικής κακοποίησης, της σεξουαλικής παρενόχλησης και του εκφοβισμού στην εργασία, σε ιδρύματα ή αλλού, της λαθραίας διακίνησης γυναικών (trafficking) για τους σκοπούς της σεξουαλικής και της οικονομικής εκμετάλλευσης και του τουρισμού, με στόχο τη σεξουαλική απόλαυση (sex-tourism).

γ) **Βία που διαπράττεται ή που συγκαλύπτεται από το κράτος** ή τους ανώτερους υπαλλήλους του (πχ. κακοποίηση στις φυλακές).

δ) **Παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών σε καταστάσεις ενόπλων συγκρούσεων**, και ιδιαίτερα η λήψη ομήρων, η αναγκαστική μετακίνηση, ο συστηματικός βιασμός, η σεξουαλική δουλεία, η εξαναγκασμένη εγκυμοσύνη και η διακίνηση για τους σκοπούς της σεξουαλικής και της οικονομικής εκμετάλλευσης.

Βία στην περιγεννητική περίοδο

Η βία κατά των γυναικών είναι η πιο διαδεδομένη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον κόσμο. Είναι ένα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας ζήτημα μείζονος σημασίας για την κοινωνία και τη δημόσια υγεία και, όταν λαμβάνει χώρα κατά την περιγεννητική περίοδο, θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, αλλά και του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί. Η βία κατά την εγκυμοσύνη και κατά τα πρώτα χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού έχει συνήθως τη μορφή της ενδοοικογενειακής βίας. Σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε. ως **ενδοοικογενειακή βία** ορίζεται η «βία που εμφανίζεται στην οικογένεια ή στο σπίτι, συμπεριλαμβανομένης, μεταξύ άλλων, της σωματικής και διανοητικής επιθετικότητας, της συναισθηματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, του βιασμού και της σεξουαλικής κακοποίησης, της αιμομιξίας, του βιασμού μεταξύ των συζύγων, των κανονικών ή περιστασιακών συντρόφων και των συγκατοίκων, των εγκλημάτων που διαπράττονται στο όνομα της τιμής, του γεννητικού ακρωτηριασμού και άλλων παραδοσιακών πρακτικών επιβλαβών στις γυναίκες, όπως οι εξαναγκαστικοί γάμοι».³

Ως **ενδοοικογενειακή βία στην περιγεννητική περίοδο*** ορίζεται κάθε μορφή βίας που εκδηλώνεται στην περίοδο της κύησης, της λοχείας και το πρώτο έτος μετά τον τοκετό. Η βία μπορεί να λαμβάνει χώρα μεταξύ νυν ή πρώην συντρόφων⁴, αν και ο ορισμός «βία από ερωτικό σύντροφο» θεωρείται ακριβέστερος, γιατί εστιάζει στις σχέσεις των ζευγαριών.⁵ Η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε χρονική φάση μιας σχέσης, αλλά η έρευνα καταδεικνύει ότι η εγκυμοσύνη μπορεί συχνά να πυροδοτήσει την κλιμάκωσή της. Η ενδοοικογενειακή βία δεν πρέπει ωστόσο να συγχέεται με τις εντάσεις και τις διαφωνίες μεταξύ των συντρόφων, εφόσον συνιστά μια πράξη επιβολής εξουσίας και πρόκλησης φόβου και έχει μη αναστρέψιμες συνέπειες.^{6,7} Επιπλέον, η βία σπάνια περιορίζεται σε ένα μεμονωμένο περιστατικό, αντιθέτως ακολουθεί συνήθως ένα μοτίβο επαναλαμβανόμενων, κλιμακούμενων βίαιων συμπεριφορών.⁸ Η συχνότητα εμφάνισης της ενδοοικογενειακής βίας κατά την εγκυμοσύνη παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις, με ποσοστά που κυμαίνονται από 1% έως 20%. Οι διαφορές αυτές αποδίδονται σε πολιτισμικές ιδιαιτερότητες μεταξύ των χωρών, στις διαφορετικές προσεγγίσεις στον ορισμό της ενδοοικογενειακής βίας, στα ποικίλα εργαλεία ανίχνευσής της, καθώς και στις μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις των μελετών.⁹

Η βία στην περιγεννητική περίοδο είναι διαδεδομένη και έχει παρόμοιες μορφές με τη βία σε άλλες περιόδους της ζωής της γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα αφορά τη:

* Ο όρος «ενδοοικογενειακή βία» χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για να περιγράψει τη βία μεταξύ συντρόφων, αλλά μπορεί επίσης να περιλαμβάνει κακοποίηση παιδιών ή ηλικιωμένων, ή κακοποίηση από οποιοδήποτε μέλος του σπιτιού (βλ. και ενότητα: Ενδοοικογενειακή βία στην περιγεννητική περίοδο: Δυσκολίες αναγνώρισης της βίας από την πλευρά των γυναικών).

Σωματική βία

Η σωματική βία κατά την εγκυμοσύνη περιλαμβάνει πράξεις όπως χτυπήματα, σπρωξιματα, κλωτσιές ή άλλες μορφές φυσικής επίθεσης (π.χ. τράβηγμα μαλλιών ή αυτιού κ.ά.). Σε αρκετές περιπτώσεις, η βία αυτή στοχεύει εσκεμμένα την κοιλιακή χώρα της εγκύου, θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο την υγεία της και τη ζωή του εμβρύου, έως και την πρόκληση αποβολής.

Ψυχολογική ή συναισθηματική βία

Η ψυχολογική βία κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως εξευτελισμό, απειλές, εκφοβισμό, λεκτική κακοποίηση και κοινωνική απομόνωση. Οι πρακτικές αυτές υπονομεύουν την αυτοεκτίμηση της εγκύου, διαβρώνουν το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης και συνδέονται συχνά με την εμφάνιση άγχους, κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών.

Σεξουαλική βία

Η σεξουαλική βία περιλαμβάνει πράξεις που υποβαθμίζουν και ταπεινώνουν τις γυναίκες και διαπράττονται παρά τη θέλησή τους (π.χ. εξαναγκασμός σε σεξουαλικές πράξεις, χωρίς συναίνεση), συμπεριλαμβανομένου και του βιασμού.

Οικονομική βία

Η οικονομική βία εκδηλώνεται μέσω της στέρησης πρόσβασης σε χρήματα ή βασικά αγαθά, καθώς και μέσω της οικονομικής εξάρτησης της γυναίκας από τον σύντροφο. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει εξαναγκασμό σε σχέση με την εργασία — είτε με την πίεση να εξακολουθήσει να εργάζεται κατά την εγκυμοσύνη υπό ακατάλληλες συνθήκες, είτε με την απαγόρευση ή παρεμπόδιση της επαγγελματικής της δραστηριότητας.

Μαιευτική βία*

Στο πλαίσιο της ευρύτερης συζήτησης για τη βία κατά των γυναικών, εντάσσεται και η λεγόμενη μαιευτική βία (obstetric violence). Ο όρος αυτός αναφέρεται σε οποιαδήποτε συμπεριφορά, ενέργεια ή παράλειψη εκ μέρους επαγγελματιών υγείας, άμεσα ή έμμεσα, σε δημόσιο ή ιδιωτικό πλαίσιο, που εμπεριέχει κατάχρηση του ρόλου τους και έλεγχο επί του σώματος και των επιλογών της γυναίκας, σε ό,τι αφορά την παροχή υπηρεσιών αναπαραγωγικής και μαιευτικής φροντίδας.

Η βία αυτή εκδηλώνεται μέσα από την επιβολή πρακτικών χωρίς συγκατάθεση, την παραβίαση της αυτονομίας της ή τον περιορισμό της δυνατότητάς της για ελεύθερη και ενημερωμένη λήψη αποφάσεων. Ως συνέπεια, πλήττεται σοβαρά η

* Βλ. και σχετικό κεφάλαιο.

ποιότητα ζωής και η ψυχοσωματική ευημερία της γυναίκας κατά την περιγεννητική περίοδο.^{10, 11} Η μαιευτική βία αφορά επίσης στην κακομεταχείριση των γυναικών κατά τον τοκετό, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές και περιλαμβάνει σωματική βία, απώλεια αυτονομίας, υποβολή σε οποιαδήποτε κλινική παρέμβαση χωρίς την κατάλληλη ενημερωμένη συναίνεση, φωνές, επιπλήξεις, ταπεινωση ή απειλές και αγνόηση, άρνηση ή έλλειψη ανταπόκρισης σε αιτήματα για βοήθεια.^{12, 13} Στον βαθμό που δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός, στον παρών Οδηγό η μαιευτική βία γίνεται αντιληπτή ως κάθε ιατρική ή και κλινική πράξη ή παράλειψη κατά την οποία αυτή παύει να λειτουργεί ως εργαλείο φροντίδας και μετατρέπεται – ακόμα και ασυνείδητα - σε μηχανισμό άσκησης εξουσίας του ιατρικού λόγου που επικρατεί, όταν το άτομο βρίσκεται σε συνθήκη ευαίσθητη για τη ζωή του.

Γιατί πρέπει να μιλήσουμε για την περιγεννητική έμφυλη βία

Η βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό επηρεάζει την υγεία της γυναίκας (σωματική και ψυχική), την ευημερία της, την περιγεννητική έκβαση (π.χ. την υγεία του εμβρύου, τον τοκετό, το βάρος γέννησης του νεογέννητου κ.ά.), καθώς και την υγεία του παιδιού που θα γεννηθεί. Συγκεκριμένα, η περιγεννητική έμφυλη βία:

1. Συνιστά απειλή για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα της γυναίκας

- Προκαλεί σωματικές βλάβες όπως μώλωπες, κατάγματα, χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, καθώς και γαστρεντερικές ή άλλες σωματικές διαταραχές.
- Η επίμονη ή έντονη σωματική βία μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσες παθήσεις ή να οδηγήσει σε νέες παθολογικές καταστάσεις.
- Η ζωή της γυναίκας μπορεί να τεθεί σε άμεσο κίνδυνο εξαιτίας χτυπημάτων, εξώθησής της σε πτώση ή και ως συνέπεια σοβαρής ψυχικής επιβάρυνσης που ενδέχεται να οδηγήσει ακόμη και σε αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία και ανθρωποκτονία, ως αίτια μητρικής θνησιμότητας, σχετίζονται σημαντικά με την ενδοοικογενειακή βία.¹⁴

2. Επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη

- Ορισμένες γυναίκες αποφεύγουν ή καθυστερούν την τυπική μαιευτική παρακολούθηση κατά την περίοδο της κύησης, με αποτέλεσμα να λαμβάνουν ανεπαρκή ή καθυστερημένη προγεννητική φροντίδα.¹⁵
- Η κακοποίηση μπορεί να επηρεάσει τη διατροφή της εγκύου, οδηγώντας σε ανεπαρκή πρόσληψη βάρους κατά την κύηση.^{16, 17, 18, 19}
- Παρατηρείται αυξημένη χρήση καπνού, αλκοόλ ή άλλων ουσιών ως μορφή ψυχικής διαχείρισης του τραύματος.^{20, 21}

- Παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και μη προγραμματισμένες εγκυμοσύνες.^{22, 23}

3. Προκαλεί επιπτώσεις που σχετίζονται με την περιγεννητική έκβαση

Η περιγεννητική έμφυλη βία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών^{24,25} για τη μητέρα και το έμβρυο, επηρεάζοντας την πορεία και την έκβαση της εγκυμοσύνης και της λοχείας:

- Αυξάνεται ο κίνδυνος νοσηλείας της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη λόγω μαιευτικών επιπλοκών και καταγράφονται αυξημένα ποσοστά καισαρικής τομής.^{26,27}
- Καταγράφονται σοβαρές επιπλοκές, όπως αυξημένη πιθανότητα αποβολής πριν από την 22η εβδομάδα κύησης, πρόωρη ρήξη υμένων, αποκόλληση πλακούντα, προδρομικός πλακούντας και αιμορραγία πριν και μετά τον τοκετό.²⁸
- Καταγράφονται δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του αναπτυσσόμενου εμβρύου, εμβρυϊκή δυσφορία, χαμηλό βάρος γέννησης και θάνατος εμβρύου.^{29, 30}
- Μειώνεται η πιθανότητα θηλασμού για τις κακοποιημένες γυναίκες.³¹
- Εμφανίζονται προβλήματα ύπνου στη γυναίκα, όπως αϋπνία, καθυστερημένη έλευση και κακή ποιότητα ύπνου.³²
- Η μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD) συνδέεται με διαταραχές ύπνου στη γυναίκα κατά τη λοχεία.³³

4. Προκαλεί επιπτώσεις που αφορούν την ψυχική υγεία της γυναίκας

- Η άσκηση βίας από τον σύντροφο ή άλλο μέλος της οικογένειας επηρεάζει έντονα την ψυχική υγεία των μητέρων.³⁴
- Σημειώνονται υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών και κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία και υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες.³⁷

5. Προκαλεί επιπτώσεις που αφορούν την υγεία του παιδιού

- Πολλά νεογέννητα γεννιούνται με χαμηλό βάρος γέννησης ή και μετά από πρόωρο τοκετό.³⁸
- Πολλά νεογέννητα γεννιούνται με χαμηλό βάρος σε σχέση με την ηλικία κύησης τους και εμφανίζουν μελλοντικά σοβαρά προβλήματα υγείας.³⁹
- Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα περιγεννητικού θανάτου (εμβρυϊκός ή νεογνικός θάνατος).⁴⁰
- Τα παιδιά που γίνονται μάρτυρες ή βιώνουν βία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να διαπράξουν ή να δεχθούν κακοποίηση αργότερα στη ζωή τους και είναι πιο ευάλωτα σε πολλά μακροπρόθεσμα ψυχολογικά, αναπτυξιακά και σωματικά προβλήματα.⁴¹

6. Επηρεάζει την ανάπτυξη δεσμού μητέρας-παιδιού

- Οι κακοποιημένες μητέρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να δυσκολευτούν να

αναπτύξουν συναισθηματικό δεσμό με το νεογνό ή το βρέφος.

- Καταγράφονται περισσότερες δυσκολίες ανάληψης του γονεϊκού ρόλου.⁴²
- Οι γυναίκες που βιώνουν κακοποίηση παρουσιάζουν συχνά κοινωνική απομόνωση και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής ένταξης.

Επιπτώσεις της μαιευτικής βίας

Οι επιπτώσεις της μαιευτικής βίας είναι οι εξής:

1. Ψυχολογικές επιπτώσεις

- **Κατάθλιψη και άγχος:** Οι γυναίκες που υφίστανται βία κατά τον τοκετό παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών.⁴³
- **Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD):** Η τραυματική εμπειρία του τοκετού μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση PTSD.⁴⁴
- **Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό:** Οι μητέρες μπορεί να αισθάνονται ότι απέτυχαν ως γυναίκες ή ως μητέρες.⁴⁵

2. Σωματικές επιπτώσεις

- **Μη αναγκαίες επεμβάσεις,** όπως περινεοτομή χωρίς συναίνεση, προκλητοί τοκετοί ή καισαρικές χωρίς ιατρική ένδειξη, που μπορεί να προκαλέσουν μακροχρόνιο πόνο, ακράτεια ή σεξουαλικές δυσλειτουργίες.⁴⁶
- **Επιπλοκές στην υγεία της γυναίκας λόγω παραμέλησης ή κακής φροντίδας.**

3. Κοινωνικές επιπτώσεις

- **Δυσκολίες στη ανάληψη του μητρικού ρόλου και στον δεσμό με το βρέφος.**
- **Απομάκρυνση από τις υπηρεσίες υγείας:** Φόβος επανατραυματισμού και αποφυγή μελλοντικών επαφών με το σύστημα υγείας.⁴⁷

4. Επιπτώσεις στο βρέφος

- **Δυσκολίες στον θηλασμό:** Η ψυχική κατάσταση της μητέρας επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού.⁴⁸
- **Ασταθής δεσμός μητέρας-βρέφους,** που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Γιατί η περιγεννητική περίοδος συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο έμφυλης βίας;

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο επηρεάζει το 1/3 των γυναικών παγκοσμίως.⁴⁹ Το ποσοστό εμφάνισης ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνεται από 4 έως 29%.⁵⁰ Διεθνώς, περίπου το 1/4 των γυναικών έχει υποστεί κάποια μορφή βίας

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ η ενδοοικογενειακή βία εκείνη την περίοδο αποτελεί τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου της γυναίκας, μετά την αιμορραγία, για τις γυναίκες ηλικίας 15 έως 44 ετών.⁵¹

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι οι έγκυες είναι πιο ευάλωτες στην ενδοοικογενειακή βία, λόγω σωματικών, συναισθηματικών, κοινωνικών αλλά και οικονομικών αλλαγών που βιώνουν. Μελέτες καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να εκτεθούν σε κάθε είδους βία, ενώ η συχνότητα εμφάνισης της ενδοοικογενειακής βίας συγκεκριμένα, αυξάνεται από τις αρχές του 2ου τριμήνου έως τη στιγμή του τοκετού.^{53, 54}

Η εγκυμοσύνη πολιτισμικά θεωρείται μια «ευτυχισμένη» περίοδος, γεγονός που δυσχεραίνει τη σύνδεσή της με την έννοια της βίας.⁵⁵ Μάλιστα, για κάποιους η περίοδος της εγκυμοσύνης δρα προστατευτικά ενάντια στη βία κατά των γυναικών, ένας ισχυρισμός που ωστόσο αναιρείται από τη διεθνή βιβλιογραφία, εφόσον:⁵⁶

α) Η βία συχνά ξεκινά ή εντείνεται κατά την εγκυμοσύνη

Σε πολλές περιπτώσεις, η ενδοοικογενειακή βία εμφανίζεται για πρώτη φορά ή εντείνεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Η περίοδος αυτή μπορεί να συνοδεύεται από προκλήσεις (π.χ. οικονομική πίεση, αλλαγές ρόλων), τις οποίες ορισμένοι σύντροφοι επιλέγουν να αντιμετωπίσουν με βίαιες συμπεριφορές.

β) Η εγκυμοσύνη ως «απειλή»

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη βιώνεται από τον θύτη ως απειλή για την κυριαρχία και τον έλεγχο που ασκεί στη γυναίκα. Η κύηση μπορεί να συμβολίζει την αυτονόμηση του σώματός της και την ενδυνάμωση της προσωπικής της ταυτότητας, στοιχεία που ορισμένοι θύτες αντιλαμβάνονται ως απειλητικά για τη θέση τους στη σχέση. Ως αποτέλεσμα, η βία ενδέχεται να ενταθεί κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Η αυξημένη προσοχή της μητέρας προς το παιδί και η ανεξαρτησία της μπορεί να προκαλέσουν αντίδραση ή ζήλια.

Η εγκυμοσύνη δημιουργεί νέες προσδοκίες στις γυναίκες, μειώνοντας την ανοχή τους (π.χ. σε περιπτώσεις ανεργίας του συντρόφου, σε εξαρτήσεις όπως π.χ. το αλκοόλ, ο τζόγος κ.ά. και έλλειψης δέσμευσης, αναφορικά με τη σχέση τους).⁵⁷

γ) Η εγκυμοσύνη δεν «θεραπεύει» την προϋπάρχουσα βία

Γυναίκες που έχουν ήδη βιώσει κακοποίηση από τον σύντροφό τους είναι πολύ πιθανό να συνεχίσουν να κακοποιούνται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (ή και μετά από αυτήν).⁵⁸ Σε χώρες όπως η Σουηδία, το ιστορικό βίας αναγνωρίζεται ως ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για εκδήλωση βίας κατά την εγκυμοσύνη.⁵⁹

Συνεπώς, η εγκυμοσύνη όχι μόνο δεν παρέχει προστασία, αλλά μπορεί να αποτελέσει μια περίοδο αυξημένου κινδύνου. Η ύπαρξη δε προηγούμενων επεισοδίων

ενδοοικογενειακής ή έμφυλης βίας αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επανάληψης ή κλιμάκωσης της βίας στη διάρκεια της κύησης, ειδικά όταν συντρέχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως οικονομική εξάρτηση, χαμηλό κοινωνικό δίκτυο και εθισμοί ή ψυχική διαταραχή από την πλευρά του συντρόφου.

Συνθήκες που διευκολύνουν την εκδήλωση περιγεννητικής βίας

Η εγκυμοσύνη και η λοχεία, ως περίοδοι έντονων αλλαγών, μπορούν να λειτουργήσουν ως καταλύτες για την εμφάνιση ή επιδείνωση βίαιων συμπεριφορών, για λόγους όπως οι ακόλουθοι:

α) Αλλαγές στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία συνεπάγονται έντονες σωματικές και ψυχικές αλλαγές. Η έλλειψη υποστήριξης ή η αδυναμία της γυναίκας να διαχειριστεί την καινούργια κατάσταση, μπορεί να τη θέσει σε συναισθηματική ευαλωτότητα, καθιστώντας την πιο επιρρεπή σε ψυχολογική ή σωματική βία από τον σύντροφο ή άλλους κοντινούς της ανθρώπους. Η κατάθλιψη ή το άγχος κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να εντείνουν την πιθανότητα βίαιων συμπεριφορών από το περιβάλλον.⁶⁰

β) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η φτώχεια, η ανεργία, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. οικογένεια, φίλοι) συμβάλλουν στη δημιουργία πρόσφορου εδάφους για την εμφάνιση βίας. Οι γυναίκες που βιώνουν τέτοιες συνθήκες είναι πιο ευάλωτες σε συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση από τον σύντροφο ή άλλους ανθρώπους.⁶¹

γ) Η οικογενειακή δυναμική και οι σχέσεις εξουσίας

Σε πολλές περιπτώσεις, οι οικογενειακές σχέσεις διέπονται από ανισότητες στην κατανομή εξουσίας ή από μορφές κακοποίησης (π.χ. συναισθηματική, σωματική ή οικονομική). Η εγκυμοσύνη, ως περίοδος έντονων αλλαγών και ευαλωτότητας, μπορεί να εντείνει ήδη υπάρχουσες συγκρούσεις ή να πυροδοτήσει νέες. Το άτομο που ασκεί βία ενδέχεται να αντιλαμβάνεται την εγκυμοσύνη είτε ως απειλή για τον έλεγχο του, είτε ως ευκαιρία ενίσχυσής του. Η απουσία ισχυρών και υποστηρικτικών οικογενειακών δεσμών ενισχύει τον κίνδυνο εμφάνισης βίας, ιδίως κατά την κύηση και τα πρώτα χρόνια της γονεϊκότητας.^{62, 63}

δ) Πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις

Οι πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο της γυναίκας και της μητέρας μπορεί επίσης να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση βίας. Σε ορισμένες κοινωνίες η γυναίκα μπορεί να θεωρείται ιδιοκτησία του συντρόφου της,

με αποτέλεσμα η βία να θεωρείται αποδεκτή ή αναγκαία*.⁶⁴ Επίσης, το κοινωνικό στίγμα γύρω από την υποστήριξη των μητέρων ή την έκφραση των συναισθημάτων τους μπορεί να περιορίσει την αναζήτηση βοήθειας.⁶⁵

ε) Έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον

Η έλλειψη υποστήριξης, είτε από την οικογένεια και τους φίλους, είτε από το κράτος και τις κοινωνικές υπηρεσίες, μπορεί να οδηγήσει τη γυναίκα σε απομόνωση και να εντείνει την αίσθηση αδυναμίας και αδιεξόδου, καθιστώντας πιο προβληματική την αναζήτηση βοήθειας.

στ) Τραυματικά γεγονότα και ιστορικό κακοποίησης

Γυναίκες που έχουν βιώσει βία στο παρελθόν (π.χ. στην παιδική ηλικία ή σε προηγούμενες σχέσεις), είναι πιο πιθανό να δεχτούν βία και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιγεννητικής περιόδου.⁶⁶ Τα τραυματικά γεγονότα ζωής προηγούμενων ετών, μπορεί να επηρεάσουν ή και να καθορίσουν τον τρόπο που η γυναίκα αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τη βία, τον βαθμό ανοχής σε αυτήν, την αίσθηση φόβου και αβοήθητου.

ζ) Αβεβαιότητα και φόβοι σχετικά με τη μητρότητα

Η εγκυμοσύνη φέρνει μαζί της αβεβαιότητα και φόβους για τη μητρότητα, την ανατροφή του παιδιού και τις οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν. Οι φόβοι και οι ανασφάλειες ενδέχεται να πυροδοτούν εντάσεις στις σχέσεις, που υπό ορισμένες συνθήκες μπορεί να κλιμακωθούν σε βία.⁶⁷

Συνεπώς, η περιγεννητική περίοδος, λόγω της συνύπαρξης πολλών σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων, αποτελεί μια ιδιαίτερα ευάλωτη περίοδο για τη γυναίκα. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ένα πρόσφορο έδαφος για την εκδήλωση βίας, εάν δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη, κατάλληλη ενημέρωση και κοινωνική βοήθεια.

Παρόλο που οποιαδήποτε γυναίκα θα μπορούσε να έρθει αντιμέτωπη με βία, υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την παγίωση και επανάληψη βίαιων συμπεριφορών και ταυτόχρονα εμποδίζουν τη γυναίκα από το να ζητήσει βοήθεια.

*Βλ. και https://www.kmop.gr/wp-content/uploads/2021/11/PATTERN_D3.4_Greece_Domestic-Violence-Protocol.pdf για τη διαχείριση έμφυλης βίας σε πληθυσμούς Ρομά.

Παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα να πέσει μια γυναίκα θύμα βίας⁶⁸

Ψυχικοί παράγοντες

- Παρουσία ψυχικής διαταραχής
- Χρήση ουσιών ή αλκοόλ
- Μειωμένη αυτοπεποίθηση
- Μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων
- Οριακή ή χαμηλή νοημοσύνη

Παράγοντες που σχετίζονται με την επαφή με πλαίσια και φορείς

- Πρόσφατη ψυχιατρική νοσηλεία
- Προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία ή εμπλοκή της γυναίκας με την αστυνομία
- Αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες
- Εξάρτηση από άλλους εξαιτίας σωματικής, ψυχικής ή νοητικής αναπηρίας
- Αρνητικές εμπειρίες κατά την αποκάλυψη της κακοποίησης στο παρελθόν, όπως η έλλειψη ανταπόκρισης από επαγγελματίες ή η εκδίκηση/αντιδραστική συμπεριφορά από τον δράστη

Κοινωνικοί παράγοντες

- Κοινωνική απομόνωση ή αποκλεισμός
- Ανεργία
- Αστεγία ή έλλειψη σταθερής στέγης
- Υπαρξη ενδοοικογενειακής βίας μεταξύ γονέων της γυναίκας ή άλλων μελών της οικογένειας καταγωγής
- Ιστορικό κακοποίησης ή θυματοποίησης
- Εμπλοκή σε συμμορίες
- Μετανάστευση, προσφυγική κρίση
- Σεξουαλικός προσανατολισμός ή ταυτότητα φύλου που περιθωριοποιούν

Γιατί η περιγεννητική περίοδος αποτελεί πρόσφορο έδαφος για έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις έμφυλης βίας;

Η περιγεννητική περίοδος, από τη σύλληψη έως και τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό, προσφέρει μια μοναδική δυνατότητα εντοπισμού και υποστήριξης γυναικών που βιώνουν έμφυλη βία, για τους εξής λόγους:

Συχνή και σταθερή πρόσβαση σε επαγγελματίες και δομές υγείας

Οι έγκυες και οι νέες μητέρες πραγματοποιούν επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε δομές υγείας (π.χ. κέντρα υγείας και άλλες πρωτοβάθμιες δομές υγείας, νοσοκομεία, μαιευτήρια) και βρίσκονται συχνά σε επαφή με επαγγελματίες υγείας όπως μαιές, μαιευτήρες, γενικούς ιατρούς, παιδίατρος και άλλους επαγγελματίες υγείας, κάτι που δεν συμβαίνει σε άλλες περιόδους της ζωής τους. Η συνθήκη αυτή δύναται να οδηγήσει στη δημιουργία μιας ασφαλούς σχέσης, μιας σχέσης εμπιστοσύνης, κατά την οποία μπορεί να εντοπιστούν φαινόμενα βίας ή ψυχικής δυσφορίας της γυναίκας ώστε να ξεκινήσει άμεσα κάποια παρέμβαση. Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών (CDC),⁶⁹ η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει μια μοναδική ευκαιρία για την εύαλητη γυναίκα, να έρθει σε επαφή με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης,⁷⁰ καθιστώντας αυτή τη στιγμή, την πιο σημαντική για την ανίχνευση της βίας στην εγκυμοσύνη.

Ανίχνευση κατά την παροχή της προγεννητικής φροντίδας

Τα διεθνή πρωτόκολλα (WHO, NICE, ACOG)^{71,72,73} συστήνουν την εφαρμογή τακτικής ανίχνευσης ζητημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία της γυναίκας και τη βία που ενδέχεται να αντιμετωπίζει, αφού η έγκαιρη αναγνώριση μορφών βίας είναι δυνατή και αποτελεσματική, ειδικά όταν υπάρχει σωστή εκπαίδευση των ειδικών.

Έγκαιρη ανίχνευση και σύνδεση με υποστηρικτικές δομές

Με την αναγνώριση της βίας ή της ψυχικής δυσφορίας, υπάρχει η δυνατότητα για:

- παραπομπή του θύματος σε εξειδικευμένες υπηρεσίες,
- σχεδιασμό για την ασφάλεια του θύματος και των παιδιών (π.χ. άμεση προστασία, στρατηγική εξόδου - πλάνο διαφυγής, ενημέρωση και πληροφόρηση των θυμάτων για την αντίδραση που πρέπει να έχουν σε τυχόν έκτακτη ανάγκη, περιπτώσεις που χρήζουν ιατρικής φροντίδας και που θα την αναζητήσουν, δημιουργία δικτύου υποστήριξης, κλπ),
- ενίσχυση ψυχολογικών δεξιοτήτων, και
- παρέμβαση σε όλη την οικογένεια.

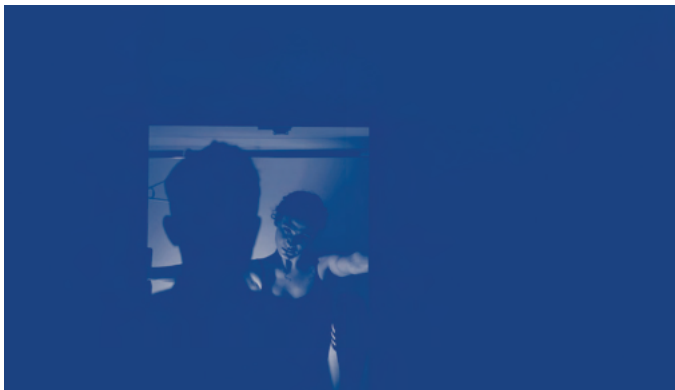
Τέτοιες παρεμβάσεις μειώνουν σημαντικά την έκθεση στη βία σε βάθος χρόνου.⁷⁴

Σχέση βίας και ψυχικής υγείας της γυναίκας

Η έμφυλη βία και οι ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες) ενισχύουν και καθορίζουν το ένα το άλλο.⁷⁵ Η περιγεννητική περίοδος μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα και από τις δυο πλευρές τα ζητήματα αυτά, μέσω της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας στη γυναίκα. Μελέτες επιβεβαιώνουν ότι, όσο πιο έγκαιρη και συνδυαστική είναι η παρέμβαση στην περιγεννητική περίοδο, με ταυτόχρονη στόχευση στη βία και στην ψυχική υγεία της γυναίκας, τόσο περισσότερο μειώνεται η εκδήλωση μειζόνων και ελάσσονων μορφών βίας και τόσο περισσότερο μειώνονται οι ψυχικές επιπτώσεις στη μητέρα και το παιδί.⁷⁶⁻⁷⁷

Προστασία του παιδιού ως κινητήριος δύναμη

Η επιθυμία προστασίας του παιδιού συχνά λειτουργεί ως καθοριστικός παράγοντας ώθησης των γυναικών να αναζητήσουν υποστήριξη και παρεμβάσεις σε θέματα βίας, τόσο κατά την εγκυμοσύνη όσο και μετά τον τοκετό. Πρόκειται για ένα ισχυρό κίνητρο, ικανό να ενισχύσει τη διάθεση για βοήθεια ακόμη και σε ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες.⁷⁸



Περιγεννητική έμφυλη βία: Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ ΒΙΑ Ενδοοικογενειακή βία στην περιγεννητική περίοδο

Το 30% της ενδοοικογενειακής βίας στην περιγεννητική περίοδο ξεκινά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όταν δε η ενδοοικογενειακή βία προϋπάρχει σε μια σχέση, η εγκυμοσύνη προκαλεί περαιτέρω κλιμάκωσή της. Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της προγεννητικής και της μεταγεννητικής βίας, επομένως η συμπεριφορά του θύτη δεν πρόκειται να αλλάξει όταν γίνει πατέρας.⁷⁹

Εξαιτίας της κρισιμότητας του φαινομένου που περιγράφηκε στην προηγούμενη ενότητα, η ανίχνευση εκδηλώσεων έμφυλης βίας πρέπει να αποτελεί τμήμα των προγραμματισμένων επισκέψεων για εξετάσεις ρουτίνας, που πραγματοποιούν οι γυναίκες στον μαιευτήρα γυναικολόγο ή και σε άλλους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης. Ακόμη και με τη συστηματική διερεύνηση, η ανίχνευση των περιπτώσεων βίας είναι σημαντικά χαμηλότερη από τον πραγματικό αριθμό.⁸⁰ Αυτό οφείλεται εν μέρει σε μια σειρά από εμπόδια είτε από τη μεριά των ίδιων των γυναικών, που δυσκολεύονται να αποκαλύψουν την ενδοοικογενειακή βία, είτε από τη μεριά των επαγγελματιών υγείας.

Πριν το φαινόμενο της αποκάλυψης της έμφυλης βίας αρχίσει να παίρνει μεγάλες διαστάσεις στη χώρα μας με κινήματα όπως το #MeToo, η επικράτηση μύθων που καταδείκνυαν

τη χαμηλή ενσυναίσθηση και την ελλιπέστατη κατανόηση του ζητήματος, επικρατούσαν σε μεγάλο βαθμό στην κοινή γνώμη. Η δυσκολία να δοθεί μια απάντηση στο ερώτημα «μα γιατί δεν φεύγει;», η δυσκολία δηλαδή κατανόησης της παραμονής και «ανοχής» της βίαιης συμπεριφοράς, οδηγεί συχνά σε ερμηνευτικές κατασκευές και απαντήσεις που συσκοτίζουν μεγάλο μέρος της εμπειρίας της γυναίκας που κακοποιείται και ταυτόχρονα ενοχοποιούν, αποπροσανατολίζουν την κοινή γνώμη, εντείνοντας εν τέλει τη δυσκολία αποκάλυψης. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις θεωρίες προσωπικότητας ή άλλες θεωρίες της ψυχολογίας, συμβάλλουν στη δημιουργία μιας εσφαλμένης αντίληψης που ενοχοποιεί τα θύματα, αντί να κατανοήσει σε βάθος τη δυσκολία τους να δραπετεύσουν από τη συνθήκη.⁸¹ Η αλήθεια είναι πως, όντας κανείς ένας απλός ακροατής ή τηλεθεατής των ειδήσεων, δεν μπορεί να αντιληφθεί το μέγεθος της απειλής και του φόβου που νιώθει το θύμα.

Τα αίτια που καθλώνουν μία γυναίκα σε μια κακοποιητική σχέση είναι διαφορετικά και χρειάζεται να τα λάβουμε σοβαρά υπόψη για να κατανοήσουμε και την καθυστέρηση αναγνώρισης της βίας από την πλευρά των γυναικών, καθώς και τις αμφιβολίες για την ορθή τους κρίση.

Δυσκολίες αναγνώρισης της βίας από την πλευρά των γυναικών Μια ιδιόζουσα αιχμαλωσία στο διπλανό σπίτι

Μια σχέση που καταλήγει σε βία, ξεκινά όπως όλες οι άλλες σχέσεις, δηλαδή με έρωτα. Οι βίαιες συμπεριφορές σπάνια εκδηλώνονται στην αρχή της σχέσης. Τη στιγμή όμως που αρχίζουν να εμφανίζονται, συχνά η γυναίκα είναι ακόμα ερωτευμένη. Αν μια γυναίκα έχει εκτεθεί σε βία στο παρελθόν, είτε με το να την υφίσταται η ίδια, είτε με το να είναι μάρτυρας αυτής, παραδείγματος χάρη στην παιδική της ηλικία, μπορεί να επιδεικνύει μεγαλύτερη ανοχή, θεωρώντας ότι αυτό είναι μια αποδεκτή συμπεριφορά, που συμβαίνει *πάνω στα νεύρα*.

Σε κάθε σχέση υπάρχουν διαφωνίες, αλλά όταν αυτές γίνονται εξαιρετικά συχνές και ακολουθούν ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο, μπορεί να χρίζουν μεγαλύτερης διερεύνησης ως προς το ενδεχόμενο ύπαρξης εκδηλώσεων βίας. Η βία μπορεί να εκδηλώνεται με τους εξής τρόπους (βλ και πίνακα 2):⁸²

Σωματική βία: αρκετές γυναίκες θεωρούν αποδεκτή την άσκηση σωματικής βίας που δεν επιφέρει μεγάλο και εμφανή τραυματισμό ή μπορούν να την ανεχτούν. Για παράδειγμα, το χαστούκι, το σπρώξιμο, το τράβηγμα από τα μαλλιά, το τράβηγμα του αυτιού ή η ακινητοποίηση για κάποια ώρα με τα χέρια κατά τη διάρκεια ενός καβγά, μπορεί να μη θεωρούνται τόσο επικίνδυνες συμπεριφορές. Επίσης, το πέταγμα ή το σπάσιμο αντικειμένων, μπορεί να δικαιολογούνται ως εκδηλώσεις εκνευρισμού και να γίνονται αποδεκτά, εφόσον δεν καταλήξουν σε ξυλοδαρμό. Στη σωματική βία συμπεριλαμβάνεται και ο εξαναγκασμός σε άμβλωση ή η άσκηση βίας με σκοπό την αποβολή του κυήματος.

Σεξουαλική βία: αφορά την τέλεση σεξουαλικής πράξης, παρά τη θέληση της γυναίκας, υπό το κράτος απειλής και φόβου και μπορεί να περιλαμβάνει βιασμό, τέλεση γενετήσιας πράξης, ενώ η γυναίκα δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή της, πρόκληση ανεπιθύμητης για τη γυναίκα εγκυμοσύνης, εξαναγκασμός σε τέλεση πράξεων με άλλους ή ακόμα και μπροστά στα παιδιά, υποτίμηση και εξευτελισμό κατά τη διάρκεια της πράξης κ.λπ.⁸³

Οι δύο παραπάνω περιπτώσεις, γίνονται αντιληπτές σχετικά πιο εύκολα ως κακοποίηση και άσκηση βίας, σε σχέση με αυτές που ακολουθούν.

Ψυχολογική βία: οι φωνές, οι προσβολές, η υποτίμηση, η διαστρέβλωση της πραγματικότητας, οι απειλές ότι θα προκαλέσει κακό στη γυναίκα, σε άλλους ανθρώπους ή στον ίδιο του τον εαυτό, οι απειλές ότι θα καλέσει την αστυνομία ή θα βάλει τη γυναίκα στο ψυχιατρείο και ότι θα της πάρει τα παιδιά επειδή είναι «τρελή», σε κάποιες περιπτώσεις η σιωπή για μέρες αν η γυναίκα δεν συμμορφωθεί

με αυτό που της ζητά, είναι κάποιες από τις εκδηλώσεις ψυχολογικής βίας που συχνά αναφέρονται. Μάλιστα, ο θύτης διατείνεται ότι η γυναίκα ευθύνεται για αυτά που συμβαίνουν ή ότι δεν του αφήνει άλλη επιλογή ή αρνείται ότι προέβη σε οποιαδήποτε βίαιη συμπεριφορά. Δυστυχώς, η πίεση που ασκεί παράλληλα με την υποτίμηση, συμβάλλουν σε διαστρέβλωση τέτοιου βαθμού, ώστε και η ίδια η γυναίκα να φτάσει να πιστεύει ότι δεν αξίζει και ότι της «κάνει χάρη» που την αποδέχεται και δεν την εγκαταλείπει.

Έλεγχος και απομόνωση: ο δράστης σταδιακά απομονώνει το θύμα από συγγενείς και φίλους, ακόμα και από δραστηριότητες που έκανε, συχνά επικαλούμενος ότι θέλει να περνάει πολύ χρόνο μαζί με τη γυναίκα, την επιθυμεί πολύ και δεν θέλει να τη μοιράζεται ή επικαλούμενος ότι πλέον η γυναίκα πρέπει να ασχολείται με το σπίτι και τα παιδιά και να μην «ξοδεύει» τον χρόνο της αλλού. Σημάδια υπέρμετρης ζήλειας, που δεν συνάδει με τη λογική και την πραγματικότητα, ενδέχεται να εμφανίζονται από την αρχή της σχέσης, όπως επίσης και η πεποίθηση του θύτη ότι οι τρίτοι ενδέχεται να κάνουν κακό στη σχέση με την επιρροή τους. Δυστυχώς, σε συνδυασμό με την υποτίμηση και την απαξίωση, το θύμα μπορεί να φτάσει στο σημείο να πιστεύει ότι ο θύτης έχει δίκιο ή να εκλαμβάνει την εκτός ορίων συμπεριφορά του ως απόδειξη της σφοδρής επιθυμίας που τρέφει για αυτήν.

Η απομόνωση και ο έλεγχος μπορεί να οδηγήσουν σε αποστέρωση χρημάτων, τροφής, νερού ή και ύπνου, δυνατότητας επικοινωνίας με τους άλλους (π.χ. απαγόρευση πρόσβασης σε κινητό, μέσα κοινωνικής δικτύωσης ή επικοινωνία μόνο όταν είναι μπροστά ο θύτης για να ελέγχει), απόλυτο έλεγχο των κινήσεων με τη χρήση GPS ή άλλων εφαρμογών παρακολούθησης, των συναναστροφών, καθώς και κάθε επικοινωνίας, ακόμα και ιατρικών επισκέψεων. Όλα τα παραπάνω μπορεί να συνοδεύονται από διαρκείς υποτιμήσεις και απαξίωση του θύματος. Πρόκειται για μια ιδιόζουσα αιχμαλωσία που μπορεί να λαμβάνει χώρα στο διπλανό σπίτι! Η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την παρατεταμένη κακοποίηση, συμβάλλει στην αυτομομφή της γυναίκας και τροφοδοτεί την αντίληψη ότι αυτή ευθύνεται.

Οικονομική βία: αφορά τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών της γυναίκας, ως μέσο ελέγχου της ελευθερίας της. Η συνθήκη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την οικονομική επιβάρυνση της γυναίκας εν αγνοία της (π.χ. χρήση καρτών, συσσώρευση χρεών στο όνομά της), τον περιορισμό ή αποκλεισμό της από κοινά αποκτήματα, τον περιορισμό της πρόσβασης σε χρήματα, τραπεζικούς λογαριασμούς, βασικούς πόρους και υπηρεσίες, όπως φαγητό, ρουχισμό ή μετακίνηση, καθώς και τον περιορισμό της δυνατότητάς της να βελτιώσει την οικονομική της κατάσταση μέσω εργασίας ή και εκπαίδευσης. Στις περιπτώσεις δε που ο θύτης είναι εθισμένος σε τυχερά παιχνίδια, ενδέχεται να ξοδεύει ακόμα και τις οικονομίες που έχουν συγκεντρωθεί για τον τοκετό.

Μορφές Βίας που δεν αναγνωρίζονται εύκολα από τις γυναίκες - θύματα

Μορφή Βίας	Συμπεριφορές θύτη	Τυπικές Ερμηνείες από τη γυναίκα - θύμα
Ψυχολογική - Συναισθηματική βία	Υποβάθμιση, ειρωνεία, απομόνωση, απειλές χωρίς πράξη	«Απλώς νευριάζει καμιά φορά», «τα λέει αλλά δεν τα εννοεί»
Λεκτική βία	Βρισιές, φωνές, ταπείνωση σε ιδιωτικό ή δημόσιο χώρο	«Έχουμε έντονη σχέση», «του φεύγουν λόγια»
Σεξουαλική βία	Επιμονή ελλείπει συναίνεσης, σεξ ως υποχρέωση, άρνηση μέσων αντισύλληψης	«Έτσι είναι οι άντρες», «δεν είχα διάθεση αλλά έγινε, είναι υποχρέωσή μου σαν σύντροφος», «αυτό τον ηρεμεί»
Οικονομική βία	Έλεγχος χρημάτων, χρέη στο όνομά της, απαγόρευση εργασίας	«Δεν είμαι καλή με τα λεφτά», «αυτός φροντίζει τα οικονομικά»
Κοινωνική απομόνωση	Έλεγχος ρουχισμού, τηλεφώνου, φίλων, ωραρίου	«Απλώς με προσέχει», «είναι ζηλιάρης αλλά νοιάζεται»
Αναπαραγωγική βία	Πίεση για εγκυμοσύνη ή άμβλωση, παρέμβαση στη γέννα	«Απλώς ανησυχούσε», «ήταν αγχωμένος για το μωρό»
Θρησκευτική, Πολιτισμική βία	Επίκληση θρησκείας για υπακοή, ντροπή ή «καθήκον»	«Η πίστη μου δεν μου επιτρέπει να φύγω, ο Θεός μας βάζει δοκιμασίες», «θα ντροπιάσω την οικογένειά μου»

Δυσκολίες αναζήτησης βοήθειας από την πλευρά των γυναικών

Ελπίδα ότι ο δράστης θα αλλάξει και η βία δεν θα επαναληφθεί

Στις μαρτυρίες των γυναικών που παραμένουν σε μία κακοποιητική σχέση, συχνά ακούμε ότι λάμβανε χώρα ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο: η ακολουθία της βίαιης πράξης από μια πολύ ένθερμη απολογία, από υποσχέσεις για αλλαγή και όρκους υπέρμετρης αγάπης και αφοσίωσης. Μπορεί να χρειαστούν αρκετές επαναλήψεις μιας κακοποιητικής συμπεριφοράς, για να πεισθεί το θύμα ότι η αλλαγή στην οποία ελπίζει μάλλον δεν έχει ερείσματα. Και μπορεί επίσης να δώσει πολλές ευκαιρίες για αλλαγή σε έναν άνθρωπο, πόσο μάλλον αν έχουν μοιραστεί μαζί και πολύ όμορφες στιγμές. Ας μην ξεχνάμε ότι, συχνά ο θύτης δεν ασκεί διαρκώς βία. Μάλιστα, αν ο δράστης είναι εθισμένος σε κάποιες ουσίες ή αλκοόλ ή πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, η γυναίκα μπορεί να νιώθει χρέος της να τον βοηθήσει να θεραπευτεί, ενώ παράλληλα οι αξίες της ή οι θρησκευτικές τις αντιλήψεις να μην της επιτρέπουν να φύγει.

Φόβος πρόκλησης βλάβης στην ίδια ή σε τρίτους

Οι γυναίκες που βιώνουν ενδοοικογενειακή βία φοβούνται να τερματίσουν τη σχέση, εξαιτίας της ανησυχίας που ενδέχεται να νιώθουν για τη δική τους ασφάλεια ή για την ασφάλεια προσώπων που αγαπούν. Οι κακοποιητές συχνά απειλούν ότι θα βλάψουν, θα τραυματίσουν ή θα σκοτώσουν την ίδια, τα παιδιά της, τους φίλους, τους συγγενείς της ή τα κατοικίδια της, αν εκείνη αποφασίσει να φύγει. Ο θύτης μπορεί επίσης να απειλήσει ότι θα καταστρέψει την περιουσία ή τα προσωπικά αντικείμενα του θύματος ή ότι θα δημοσιοποιήσει προσωπικές της φωτογραφίες ή βίντεο. Ο φόβος αποτελεί τον βασικό λόγο που εμποδίζει την αποκάλυψη της βίας, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες. Αυτού του είδους η ανησυχία δεν θα πρέπει καθόλου να υποβαθμίζεται.⁸⁴

Οι περισσότερες γυναίκες αναφέρουν πως φοβούνταν ότι θα κινδύνευε περισσότερο η ζωή τους, αν ο δράστης αντιλαμβανόταν την πρόθεσή τους να χωρίσουν. Οι έρευνες επιβεβαιώνουν ότι, αν η αποκάλυψη της βίας οδηγήσει και στη διακοπή της σχέσης, τότε το θύμα κινδυνεύει από μεγαλύτερη εκδήλωση βίας. Το 41% των γυναικών που δολοφονήθηκαν από σύντροφο ή πρώην σύντροφο στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2018, είχαν κάνει βήματα για να χωρίσουν· σχεδόν τα δύο τρίτα αυτών των γυναικών δολοφονήθηκαν μέσα στον πρώτο χρόνο μετά τον χωρισμό.⁸⁵

Χειραγώγηση μέσω διαστρέβλωσης της πραγματικότητας

Πρόκειται για εξαιρετικά συνηθισμένη στρατηγική, κατά την οποία ο δράστης κάνει την επιζώσα να αμφισβητεί την ίδια της την αντίληψη, μνήμη και κρίση, ώστε να την ελέγχει. Σήμερα έχει επικρατήσει ο όρος *gaslighting* (ψυχολογική διαστρέβλωση της πραγματικότητας), ο οποίος περιγράφει την προσπάθεια του δράστη να κάνει την επιζώσα να αμφιβάλλει για τον εαυτό της και να πιστεύει ότι υπερβάλλει και γενικότερα, ότι ευθύνεται η ίδια για τη βία. Συνήθως περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες φράσεις όπως: «το φαντάζεσαι», «είσαι υπερβολική», «δεν έγινε έτσι», «δεν το είπα ποτέ», «είσαι τρελή», οι οποίες σταδιακά δημιουργούν σύγχυση στη γυναίκα, υπό το κράτος της απειλής και της αφόρητης πίεσης. Πολλές θεωρούν ότι δεν θα τις πιστέψουν και ταυτόχρονα ντρέπονται πολύ να αποκαλύψουν αυτά τα οποία υφίστανται. Το συναίσθημα της ντροπής μπορεί να ενταθεί, αν η γυναίκα έρθει σε επαφή με τον κοινωνικό περίγυρο ή επαγγελματίες που δεν γνωρίζουν πώς να της μιλήσουν για να μη νιώθει αναξιοπρεπή.

Πιθανές συνέπειες του χωρισμού στα παιδιά

Οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση και έχουν παιδιά ή είναι έγκυες, συχνά πείθονται ότι ο χωρισμός θα κάνει κακό στα παιδιά, κυρίως όταν ο σύντροφος δεν εκδηλώνει βία προς τα παιδιά ή αν οι γυναίκες τον θεωρούν καλό πατέρα. Πολλά θύματα επιλέγουν να σιωπούν και να ανέχονται μια κακοποιητική σχέση λόγω της εγκυμοσύνης.⁸⁶ Δεν θέλουν να κατηγορηθούν ότι «διέλυσαν την οικογένεια» ή ότι απομάκρυναν τα παιδιά από τον πατέρα τους. Ορισμένες γυναίκες ανέχονται κακοποιητικές σχέσεις για να αποφύγουν τις αναταράξεις στην οικογένεια, όπως είναι η μετακόμιση, η αλλαγή σχολείου για τα παιδιά ή η απώλεια των φίλων τους.⁸⁷ Άλλες γυναίκες διστάζουν να εγκαταλείψουν μια κακοποιητική σχέση επειδή τις ανησυχεί η προοπτική να μεγαλώσουν το παιδί μόνες τους ή επειδή φοβούνται την κοινωνική απόρριψη από φίλους και συγγενείς.⁸⁸ Συχνά, ο οικογενειακός περίγυρος διατηρεί στερεότυπα τέτοιου τύπου, τα οποία δυσχεραίνουν την αναζήτηση βοήθειας για την απομάκρυνση από την κακοποιητική σχέση.

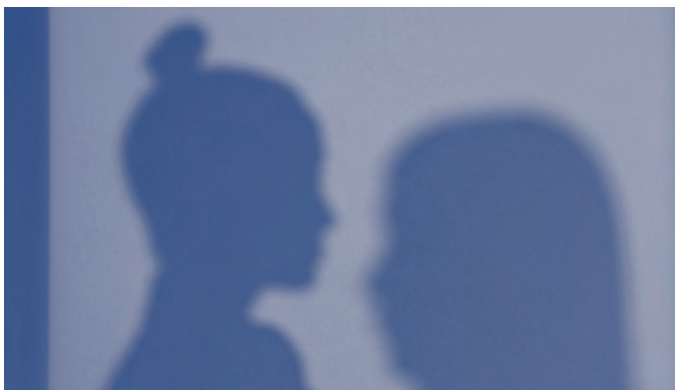
Κάποιες γυναίκες φοβούνται ότι, αν εγκαταλείψουν τον γάμο, οι πρώην σύζυγοί τους θα στρέψουν τα παιδιά εναντίον τους, θα διεκδικήσουν και θα κερδίσουν την επιμέλεια των παιδιών ή ότι μπορεί να φέρονται άσχημα στα παιδιά, όταν είναι η δική τους σειρά να τα πάρουν. Άλλες πάλι, φοβούνται ότι αν αποκαλύψουν τη βία, θα παρέμβουν οι κοινωνικές υπηρεσίες και θα τους αφαιρέσουν τα παιδιά.⁸⁹

Οικονομικοί περιορισμοί - Έλλειψη ενημέρωσης και πόρων

Οι θύτες συχνά ασκούν οικονομικό έλεγχο, με αποτέλεσμα η γυναίκα να εξαρτάται οικονομικά από αυτούς. Οι μητέρες μπορεί να μην έχουν καμία πρόσβαση σε χρήματα, γεγονός που κάνει το ενδεχόμενο να στηρίξουν μόνες τους τα παιδιά να φαίνεται τρομακτικό. Ο φόβος της οικονομικής ανασφάλειας, της έλλειψης στέγης ή της αδυναμίας κάλυψης βασικών αναγκών μπορεί να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για την αποχώρηση από τη βίαιη σχέση.⁹⁰ Επιπλέον, τα θύματα μπορεί να μη γνωρίζουν για την ύπαρξη ξενώνων, συμβουλευτικών υπηρεσιών ή νομικής προστασίας που δικαιούνται να λάβουν. Η έλλειψη ενημέρωσης, σε συνδυασμό με τις τακτικές απομόνωσης που χρησιμοποιούν οι θύτες, καθιστούν την ιδέα της αποχώρησης φαινομενικά αδύνατη.

Στίγμα, Κοινωνικά Στερεότυπα, Θρησκευτικές πεποιθήσεις

Ορισμένες γυναίκες μπορεί να αισθάνονται ότι το να φύγουν από μια βίαιη σχέση αντιβαίνει στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.⁹¹ Κάποιες επίσης προτιμούν να παραμείνουν αντί να βάλουν τέλος στη σχέση, φοβούμενες ότι θα ντροπιάσουν τις οικογένειές τους ή ότι θα απορριφθούν από τη θρησκευτική τους κοινότητα.



ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ: Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη και ανίχνευση της ενδοοικογενειακής βίας είναι κομβικός. Προκειμένου να αυξηθούν οι έλεγχοι ανίχνευσης βίας στην περιγεννητική περίοδο, συνιστάται όλες οι γυναίκες που λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα να ερωτώνται τακτικά για τις εμπειρίες τους σε σχέση με περιστατικά βίας.⁹³ Η Εταιρεία Μαιευτικής και Γυναικολογίας της Σουηδίας⁹⁴ συστήνει στους επαγγελματίες υγείας να έχουν, τουλάχιστον μια ατομική συνάντηση με όλες τις έγκυες, χωρίς τον σύντροφό τους, κατά την παροχή της προγεννητικής φροντίδας. Στην Αυστραλία, κατευθυντήριες γραμμές για την κλινική πρακτική συνιστούν στις μαίες, κατά την πρώτη προγεννητική εξέταση, να εξηγούν σε όλες τις γυναίκες ότι η ερώτηση για την ενδοοικογενειακή βία αποτελεί μέρος της τακτικής προγεννητικής φροντίδας που παρέχεται στις έγκυες και να ρωτούν για την έκθεση κάθε γυναίκας σε ενδοοικογενειακή βία.⁹⁵ Στη Νορβηγία (από το 2014), ο έλεγχος συνιστάται σε όλες τις έγκυες γυναίκες κατά την προγεννητική φροντίδα.

Μια συστηματική ανασκόπηση⁹⁶ έδειξε ότι η τακτική υποβολή ερωτήσεων προς τις γυναίκες αυξάνει την πιθανότητα αναγνώρισης των ευάλωτων και εκτεθειμένων σε βία εγκύων, αφού οι γυναίκες αυτές είναι πιο πιθανό να αποκαλύψουν την κατάστασή τους σε έναν επαγγελματία υγείας όπως η μαία, παρά σε κάποιον άλλον. Η συμπερίληψη του προληπτικού ελέγχου για θέματα βίας κατά την περιγεννητική περίοδο, όχι μόνο θα συμβάλει στον εντοπισμό των γυναικών που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, αλλά θα δώσει επίσης έμφαση στον συνδυασμό εντοπισμού και παραπομπής αυτών των θυμάτων, με στόχο τη μείωση του φαινομένου, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας και τη βελτίωση της περιγεννητικής έκβασης.⁹⁷

Και μετά τον τοκετό, εξαιτίας του ότι η γυναίκα και το παιδί της έρχονται, συχνά, σε άμεση επαφή με επαγγελματίες υγείας, δίνεται μια μοναδική ευκαιρία στους επαγγελματίες υγείας κατά την τακτική παρακολούθηση (π.χ. στις κατ' οίκων οίκον επισκέψεις για την

παρακολούθηση της λεχώνας και του παιδιού, στον εμβολιασμό των βρεφών κ.ά.), να ανιχνεύσουν ενδείξεις βίας.⁹⁸ Συνεπώς, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. μαίες, μαιευτήρες/γυναικολόγοι, νεογνολόγοι, παιδίατροι, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, γενικοί ιατροί, παθολόγοι), να είναι ενήμεροι και εκπαιδευμένοι ώστε να αντιλαμβάνονται το πρόβλημα και να αναγνωρίζουν εγκαίρως τα σημάδια ώστε να καθοδηγούν και να παραπέμπουν τη γυναίκα στους κατάλληλους ειδικούς. Η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της γυναίκας και επαγγελματιών υγείας, μπορεί να ενισχύσει την πιθανότητα αποκάλυψης και επιτρέπει την εξατομίκευση της φροντίδας σε αυτήν.⁹⁹ Οι μαίες βρίσκονται σε θέση κλειδί για τον εντοπισμό και την υποστήριξη γυναικών που υφίστανται βία στην περιγεννητική περίοδο. Η έρευνα δείχνει ότι οι έγκυες αισθάνονται άνετα να αποκαλύψουν ευαίσθητες, προσωπικές πληροφορίες σχετικές με κακοποίηση, σε επαγγελματίες όπως η μαία, επειδή νιώθουν ασφάλεια και υποστήριξη από τη μεριά της.^{100, 101}

Τι δυσχεραίνει τον επαγγελματία υγείας στην αναγνώριση και τη διαχείριση των περιπτώσεων βίας έναντι των γυναικών;

Το γεγονός ότι η ενδοοικογενειακή βία συχνά δεν γίνεται αντιληπτή, σε συνδυασμό με τα εμπόδια στην αποκάλυψή της, σημαίνει ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας είναι πιθανόν να έχουν έρθει σε επαφή με θύμα κακοποίησης χωρίς να το γνωρίζουν, χάνοντας έτσι μια πολύτιμη ευκαιρία να παρέμβουν και να βοηθήσουν. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας, όπως π.χ. οι μαίες, συχνά δεν αισθάνονται άνετα να ρωτήσουν για τέτοια ευαίσθητα και προσωπικά ζητήματα ή δεν γνωρίζουν πώς πρέπει να τα διαχειριστούν.^{102, 103, 104} Διστάζουν να προχωρήσουν στη διερεύνηση ύπαρξης βίας, εξαιτίας μιας σειράς παραγόντων, όπως αμηχανία, έλλειψη κατάρτισης σχετικά με την αποκάλυψη ενδοοικογενειακής βίας, έλλειψη χρόνου, έλλειψη αποτελεσματικών παρεμβάσεων, ακόμα και φόβου.¹⁰⁵

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα που διεξήχθη στην Κρήτη σε γενικούς γιατρούς και, λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτοί δεν είχαν λάβει καμία προπτυχιακή ή συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε θέματα ενδοοικογενειακής βίας, αναδείχθηκαν τα εξής εμπόδια για την αναγνώριση και διαχείριση της κακοποίησης από σύντροφο: α) αβεβαιότητα ως προς τον ρόλο των ιατρών στη διαχείριση της συντροφικής βίας, β) αβεβαιότητα ως προς την ικανότητα έγκυρης διάγνωσης του προβλήματος, γ) αμηχανία συζήτησης του προβλήματος με τους ασθενείς, δ) ανασφάλεια καταγραφής πληροφοριών σχετικών με την κακοποίηση, ε) αίσθημα χαμηλής αποτελεσματικότητας, στ) έλλειψη εμπιστοσύνης στις διαθέσιμες υποστηρικτικές δομές.^{106, 107, 108, 109, 110, 111}

Γνωρίζοντας ότι η παροχή συνεχόμενης φροντίδας προς τη γυναίκα από έναν επαγγελματία υγείας της περιγεννητικής περιόδου συμβάλει στην οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης που δημιουργεί ένα θετικό κλίμα το οποίο ενθαρρύνει

τη γυναίκα να προβεί σε αποκαλύψεις¹¹², η κατάλληλη εκπαίδευση των εν λόγω επαγγελματιών υγείας αποτελεί μια αναγκαιότητα. Ωστόσο, τα προγράμματα κατάρτισης δεν πρέπει να απευθύνονται μόνο σε επαγγελματίες υγείας, αλλά και στους φοιτητές ιατρικής, μαιευτικής, νοσηλευτικής, ώστε να έχουν επαρκή γνώση και ευαισθητοποίηση. Ενδεικτικό είναι ότι, μια πενταετής μελέτη¹¹³ που αξιολόγησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης και κατάρτισης, κατέδειξε μια αξιοσημείωτη αύξηση στην αναγνώριση των ενδείξεων βίας, την υποστήριξη των γυναικών και την παραπομπή τους, ενώ μια ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο τακτικός έλεγχος και η διερεύνηση του φαινομένου συνέβαλε αποτελεσματικά στον εντοπισμό της βίας.¹¹⁴

Εντοπισμός, αναγνώριση, ενδείξεις και συμπτώματα

Ο ΠΟΥ συστήνει την ενσωμάτωση του ελέγχου για τη βία κατά των γυναικών στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας, καθώς η περίοδος της εγκυμοσύνης προσφέρει μια σημαντική ευκαιρία για συστηματική ενημέρωση και παρέμβαση.¹¹⁵ Εξαιτίας των σημαντικών αρνητικών συνεπειών της βίας για τη γυναίκα και το παιδί της, κάθε έγκυος, επίτοκος, λεχώιδα και νέα μητέρα θα πρέπει να ανιχνεύεται για βία και όχι μόνο σε μεμονωμένες περιπτώσεις. Συνεπώς, ο καθολικός προσυμπτωματικός έλεγχος όλων των εγκύων για βία θα πρέπει να εφαρμόζεται κατά τον προγεννητικό έλεγχο^{116, 117} και να ακολουθείται από επαναληπτικούς ελέγχους σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, κυρίως όταν συντρέχουν παράγοντες κινδύνου. Η ανίχνευση των περιστατικών της βίας κατά των γυναικών στην περιγεννητική περίοδο μπορεί, ως διαδικασία, από μόνη της να λειτουργήσει ως μια παρέμβαση, αφού συμβάλλει στον πρώιμο εντοπισμό των θυμάτων και στέλνει το μήνυμα ότι η βία συγκαταλέγεται στα προβλήματα δημόσιας υγείας.¹¹⁸

Πολλές γυναίκες θύματα περιγεννητικής έμφυλης βίας δεν ζητούν βοήθεια. Υπάρχουν όμως συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς και προειδοποιητικές ενδείξεις που μπορούν να ωθήσουν τους επαγγελματίες να διερευνήσουν περαιτέρω την πιθανότητα ύπαρξης ενδοοικογενειακής βίας κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό. Κοινός παρονομαστής αυτών είναι ο φόβος και η διστακτικότητα της γυναίκας να μιλήσει και να εμπιστευτεί κάποιον.

Η βία μπορεί να έχει πολλές διαφορετικές εκφάνσεις, επομένως είναι σημαντικό να προσέχουμε τυχόν ενδείξεις, πέρα από τα σημάδια σωματικών τραυματισμών. Μπορεί να συναντήσετε γυναίκες που θα αποκαλύψουν ξεκάθαρα ότι υφίστανται κακοποίηση και χρειάζονται βοήθεια, όμως είναι πολύ πιο πιθανό να συναντήσετε συγκαλυμμένες αναφορές, μέσα από φραστικές διατυπώσεις. Πιθανές φράσεις οι οποίες συχνά ακούγονται από τις γυναίκες είναι:

- «Δεν αισθάνομαι ασφαλής αυτή τη στιγμή»
- «Δεν αισθάνομαι ασφαλής στο σπίτι»
- «Φοβάμαι τον (πρώην) σύντροφό μου ή κάποιο μέλος της οικογένειας»
- «Ο (πρώην) σύντροφος ή κάποιο μέλος της οικογένειας δεν με αφήνει να βγω από το σπίτι» (ή οποιαδήποτε άλλη συμπεριφορά ελέγχου, π.χ. να πάρω φάρμακα, να κάνω ψώνια, να πάω έναν περίπατο, να δω φίλους/οικογένεια, να πάω στη δουλειά κ.λπ.)
- «Ο (πρώην) σύντροφος ή κάποιο μέλος της οικογένειας με χτύπησε/με χτυπάει, με έσπρωξε, έσπασε πράγματα, μου πέταξε το κινητό ή το τηλεκοντρόλ» κλπ.
- «Ο (πρώην) σύντροφος ή κάποιο μέλος της οικογένειας ελέγχει τα πάντα στη ζωή μου»
- «Ο (πρώην) σύντροφος ή κάποιο μέλος της οικογένειας με υποτιμά συνεχώς/ με κάνει να νιώθω άχρηστη».¹¹⁹

Κάποιες ενδείξεις που ενδέχεται να συνδέονται με ΠΕΒ παρουσιάζονται παρακάτω:

Προειδοποιητικά σημάδια που ενδέχεται να υποδηλώνουν ενδοοικογενειακή βία^{120, 121, 122, 123}

Σωματικές ενδείξεις

- Επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί με ασαφείς ή αταίριαστες εξηγήσεις, σημάδια στα χέρια ή γύρω από τον λαιμό (μώλωπες, καψίματα, συμμετρικά τραύματα που δεν δικαιολογούνται από πτώσεις, χτυπήματα στα μάτια, στα δόντια ή και σημάδια που η γυναίκα καλύπτει με ρούχα κλπ.)
- Προβλήματα υγείας που επιμένουν, χωρίς να υπάρχει εξήγηση, όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά συμπτώματα, ζαλάδα, επίμονος πόνος
- Συχνές επισκέψεις σε γενικό ιατρό (ή άλλον επαγγελματία υγείας) ή επισκέψεις σε τμήμα επειγόντων περιστατικών με ήπια συμπτώματα ή συχνές εισαγωγές σε νοσοκομείο.

Ψυχική Υγεία

- Κατάθλιψη και άγχος
- Ευερεθιστότητα
- Αυτοτραυματισμοί ή αυτοκτονικός ιδεασμός
- Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση ουσιών
- Η γυναίκα:

- Εκφράζει δυσαρέσκεια για την εγκυμοσύνη ή για τον ερχομό του παιδιού.
- Αναφέρει έντονη ζήλια ή κτητικότητα από τον σύντροφο.
- Δείχνει φόβο, ντροπή, αμηχανία, υπεκφύγει ή είναι απρόθυμη να μιλήσει.
- Τείνει να κατηγορεί τον εαυτό της για τις πράξεις του συντρόφου.
- Εκφράζει την επιθυμία να παραμείνει στο νοσοκομείο χωρίς επαρκή ιατρική αιτιολογία.
- Ζητά να μη δίνονται πληροφορίες στον σύντροφο ή στους συγγενείς.

Σεξουαλική – αναπαραγωγική υγεία

- Επαναλαμβανόμενες υποτροπές στο γεννητικό ή ουροποιητικό σύστημα
- Κολπικές αιμορραγίες ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Αναφερόμενος συστηματικός πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή
- Επαναλαμβανόμενη λήψη χαπιού της επόμενης μέρας
- Πολλαπλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, επαναλαμβανόμενες διακοπές κύησης, πρόωρος τοκετός
- Επιβαρυσμένο ιστορικό αποβολών, διακοπών κύησης, ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης ή τοκετού νεογνού με χαμηλό βάρος.
- Κακή διατροφή και ανεπαρκής πρόσληψη βάρους κύησης

Συμπεριφορά

- Απουσία προγεννητικού ελέγχου ή καθυστερημένη προσέλευση (π.χ. πρώτο ραντεβού μετά τις 20 εβδομάδες κύησης)
- Επαναλαμβανόμενες διακοπές συνεργασίας ή φυγές από το πλαίσιο παρακολούθησης και μη ανταπόκριση στην επικοινωνία από την πλευρά των επαγγελματιών
- Επαναλαμβανόμενα χαμένα ραντεβού, προγεννητικά, μεταγεννητικά ή για τον εμβολιασμό του παιδιού
- Μειωμένη επικοινωνία με φίλους και συγγενείς
- Παρεμβατική παρουσία του συντρόφου ή άλλων προσώπων στις ιατρικές επισκέψεις και σε οποιαδήποτε άλλη συνεργασία με επαγγελματίες (π.χ. ο σύντροφος απαντά εκείνος στις ερωτήσεις που τίθενται στη γυναίκα και αρνείται να φύγει από το δωμάτιο)
- Η έγκυος διστάζει να μιλήσει μπροστά στον σύντροφό της
- Διαρκείς τηλεφωνικές κλήσεις του συντρόφου, αν δεν είναι παρών

στο ραντεβού

- Άγχος της γυναίκας ή και διαταγμός για να γυρίσει γρήγορα σπίτι
- Μη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες και επίσπευση του εξιτηρίου από το μαιευτήριο για να επιστρέψει στο σπίτι
- Μερική αποκάλυψη βίας ή αναφορά σε ανθρώπους, καταστάσεις ή και στο ίδιο το πλαίσιο με τη χρήση λέξεων που παραπέμπουν σε βία

Ανίχνευση βίας κατά τον τοκετό

Η φροντίδα της γυναίκας κατά τον τοκετό θα πρέπει να είναι ολιστική. Εάν επιτευχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της γυναίκας, της μαίας και του μαιευτήρα κατά τη διάρκεια του τοκετού, μπορεί να αυξηθεί η πιθανότητα η γυναίκα να αποκαλύψει τη βία που υφίσταται. Οι μαίες και μαιευτήρες πιθανόν να ανιχνεύσουν σημάδια που θα τους προβληματίσουν, όπως:¹²⁴

- Μώλωπες ή οποιονδήποτε τραυματισμό στο σώμα της γυναίκας.
- Δυσκολία κατά τη διεξαγωγή των κολπικών εξετάσεων, ειδικά εάν υπάρχει ιστορικό σεξουαλικής επίθεσης.
- Ο σύντροφος να αρνείται να αφήσει τη γυναίκα μόνη της.
- Ο σύντροφος συμπεριφέρεται αυταρχικά και απαντά συνεχώς σε ερωτήσεις των ειδικών, αντί για τη γυναίκα.
- Στην περίπτωση γυναικών που δεν μιλούν ελληνικά, ο σύντροφός τους μπορεί να επιμείνει να μεταφράσει τα λεγόμενά τους και να αρνηθεί οποιαδήποτε άλλη εναλλακτική λύση.

Ανίχνευση βίας κατά την παραμονή στο μαιευτήριο

Η εισαγωγή σε νοσοκομείο είτε κατά την εγκυμοσύνη, είτε κατά το μεταγεννητικό στάδιο, μπορεί να αποτελέσει για τη γυναίκα ένα διάλειμμα από τη βία που υφίσταται και να της δώσει χρόνο να σκεφτεί ώστε να λάβει αποφάσεις για τα επόμενα βήματά της.¹²⁵ Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δράσουν υποστηρικτικά και να αναγνωρίσουν τα σημάδια βίας. Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός μπορεί να δώσουν στη γυναίκα την ευκαιρία να αποκαλύψει τη βία που υφίσταται και να αποκτήσει πρόσβαση σε υποστήριξη, που θα ενισχύσει την ασφάλεια και την ευημερία της.¹²⁶ Ο φόβος να αφήσουν τον σύντρόφό τους ή να αναλάβουν μόνες τους την ανατροφή των παιδιών μπορεί να εμποδίσει ορισμένες γυναίκες από το

να αποκαλύψουν τη βία που υφίστανται. Για άλλες, το να γίνουν μητέρες ήταν το κίνητρο που χρειαζόνταν, προκειμένου να αποκαλύψουν την κακοποίηση που έχουν υποστεί και να ζητήσουν βοήθεια. Επίσης, οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται πολύ ευάλωτες πριν φύγουν από το νοσοκομείο με το παιδί τους και η περίοδος μετά τον τοκετό είναι μια ιδιαίτερα επικίνδυνη περίοδος.¹²⁷ Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι, οι γυναίκες που δεν είχαν ενδείξεις ή δεν διαγνώστηκαν με ενδείξεις βίας στην εγκυμοσύνη, μπορεί να διαγνωστούν ως θύματα βίας μεταγεννητικά.¹²⁸

Κατά την παραμονή της γυναίκας στο μαιευτήριο (στην κύηση, κατά τον τοκετό ή μεταγεννητικά), οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ακολουθούν τις παρακάτω οδηγίες:¹²⁹

- Συνιστάται ο μεταγεννητικός έλεγχος της λεχωίδας και νέας μητέρας να περιλαμβάνει και τη διερεύνηση ενδείξεων βίας, πριν η γυναίκα λάβει εξιτήριο ή κατά την παραμονή της στο σπίτι.
- Να ελέγχουν όλες τις γυναίκες για θέματα βίας, όταν είναι μόνες και ο σύντροφός τους δεν είναι παρών. Εάν ο σύντροφος είναι συνεχώς μαζί με τη γυναίκα, να προσπαθούν να δημιουργήσουν την ευκαιρία να μείνουν μόνοι με τη γυναίκα προκειμένου να γίνει η διερεύνηση.
- Κάθε γυναίκα θα πρέπει να ελέγχεται σε ένα ήσυχο, ιδιωτικό και ασφαλές περιβάλλον.
- Να θέτουν τις ίδιες ερωτήσεις, όπως και στην εγκυμοσύνη, π.χ. «Νιώθετε ασφαλής στη σχέση που έχετε τώρα με τον σύντρόφό σας;», «Σας έχει πληγώσει ποτέ ή έχει απειλήσει να σας βλάψει ο πρώην/τωρινός σύντροφός σας ή ο πατέρας των παιδιών σας;», «Ελέγχει ο πρώην/τωρινός σύντροφός σας ή ο πατέρας των παιδιών σας τι κάνετε ή ποιον βλέπετε;».
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ακούν προσεκτικά τη γυναίκα, να παρατηρούν τις διατυπώσεις και τη γλώσσα του σώματος, δείχνοντας υπομονή και διάθεση να την ακούσουν, χωρίς κριτική.
- Οποιαδήποτε ένδειξη ή υποψία για άσκηση βίας καταγράφεται και ενημερώνεται ο προϊστάμενος.
- Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο της παράτασης της νοσηλείας της γυναίκας, π.χ. για θέματα ασφάλειας.
- Συνιστάται η παροχή πληροφοριών στις γυναίκες για δομές υποστήριξης ή άλλους φορείς στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν, όταν υπάρχει υποψία ότι κακοποιούνται, αλλά δεν το αποδέχονται.
- Συνιστάται η τακτική παρακολούθηση της γυναίκας από τον επαγγελματία υγείας και η διατήρηση επαφής μαζί της, σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία ότι η γυναίκα κακοποιείται.

Η ασφάλεια των γυναικών και των παιδιών τους που βιώνουν κακοποιητικές

καταστάσεις θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για κάθε επαγγελματία υγείας. Η παραπομπή σε έναν κοινωνικό λειτουργό και η δημιουργία ενός σχεδίου ασφαλείας για τη γυναίκα και το παιδί της κρίνονται απαραίτητα.



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι γυναίκες που βιώνουν κακοποίηση κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να είναι φοβισμένες και απρόθυμες να αποκαλύψουν την κατάσταση που βιώνουν στους επαγγελματίες υγείας. Οπότε, εάν υπάρχει υποψία κακοποίησης, είναι επιτακτική η ανάγκη της δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης από την πλευρά του επαγγελματία υγείας, μεταξύ αυτού και της γυναίκας.¹³⁰ Η γυναίκα θα αποκαλύψει τις πληροφορίες που χρειάζονται μόνο εάν αισθάνεται ότι μπορεί να εμπιστευτεί τον επαγγελματία υγείας. Σε περίπτωση

που η γυναίκα έχει διάθεση να μιλήσει, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να την ακούσει ενεργά και να της δείξει ότι αντιλαμβάνεται αυτά που μοιράζεται μαζί του. Ορισμένες γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι έχουν το δικαίωμα να ζουν χωρίς βία και ότι η βία κατά άλλου προσώπου αποτελεί εγκληματική πράξη.¹³¹ Ο επαγγελματίας χρειάζεται να τη διαβεβαιώσει ότι η βία που έχει υποστεί δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιου δικού της λάθους, ότι δεν ευθύνεται για αυτήν, ότι έχει το δικαίωμα να αισθάνεται ασφαλής και ότι μπορεί να παρασχεθεί υποστήριξη και βοήθεια σε εκείνη και τα παιδιά της.

Πώς μπορούμε να διευκολύνουμε την αποκάλυψη (disclosure) της εμπειρίας ενδοοικογενειακής βίας από τη γυναίκα;

Για να αυξήσετε την πιθανότητα μια γυναίκα να αποκαλύψει την ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας, βεβαιωθείτε ότι της παρέχεται ιδιωτικός χώρος για να μιλήσετε κατ' ιδίαν. Για παράδειγμα, αν πρόκειται για μια επίσκεψη στον γυναικολόγο για υπέρηχο ή για την πορεία της κύησης γενικότερα, επίσκεψη στην οποία συνήθως ο σύζυγος είναι παρών ή όταν πρόκειται για μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό που απευθύνονται και στους δύο γονείς, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να φροντίζει να μείνει για λίγο μόνος με κάθε γυναίκα, ώστε να της δοθεί η ευκαιρία να μιλήσει χωρίς την παρουσία τρίτων.

Παράλληλα με τη λήψη ιστορικού από τον γιατρό, τη μαία ή και αργότερα από τον παιδίατρο, είναι εξαιρετικά σημαντικό να αφιερώνεται λίγος χρόνος για την ανίχνευση της ενδοοικογενειακής βίας. Μερικές ερωτήσεις αρκούν για να δώσουν την ευκαιρία στη γυναίκα να ζητήσει βοήθεια ή να προετοιμάσουν το έδαφος προς αυτή την κατεύθυνση. Όλες οι γυναίκες, ανεξάρτητα από κοινωνική τάξη, μορφωτικό επίπεδο, εμφάνιση ή άλλα χαρακτηριστικά, χρειάζεται να ερωτώνται.

Ο επαγγελματίας δεν πρέπει να πλανάται από στερεότυπα και δικές του προκαταλήψεις που αφορούν την εικόνα μιας «καλής οικογένειας». Οι ερωτήσεις είναι σημαντικό να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, εφόσον η βία μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά στην πορεία μιας σχέσης, ιδίως με την ανακοίνωση μιας εγκυμοσύνης ή μετά τη γέννηση του παιδιού. Η διερεύνηση της βίας κατά τη διεξαγωγή του ελέγχου ρουτίνας, μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες να συνειδητοποιήσουν για πρώτη φορά ότι υφίστανται βία.

Παραδείγματος χάρη, μια γυναίκα που αντιμετωπίζει μεγάλες εξάρσεις θυμού, με φωνές, απειλές και σπασίματα αντικειμένων στο σπίτι, μπορεί να μην αντιλαμβάνεται το καθεστώς φόβου στο οποίο ζει, καθώς και την αυξημένη πιθανότητα κλιμάκωσης της βίας. Επιπλέον, η συστηματική διερεύνηση, ιδίως όταν διενεργείται στο πλαίσιο οδηγιών του συστήματος υγείας μιας χώρας, πέραν το μήνυμα στη γυναίκα ότι δεν είναι η μόνη που αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα και ότι αποτελεί κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας, που χρήζει σοβαρής αντιμετώπισης.

Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να παραπέμψει τη γυναίκα σε εξειδικευμένους φορείς και να φροντίσει ώστε η πρώτη επαφή μαζί τους να γίνει άμεσα, ακόμα και από τον χώρο του ιατρείου του, αν η γυναίκα δεν έχει πού αλλού να μιλήσει με ιδιωτικότητα και ασφάλεια.¹³² Βασική προϋπόθεση για να γίνει αυτό, είναι να είναι ενήμερος ο επαγγελματίας - ιδιώτης ή εργαζόμενος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας - για τους φορείς στους οποίους μπορεί να παραπέμψει τη γυναίκα, καθώς και για την ύπαρξη συγκεκριμένων μέτρων και δυνατοτήτων που μπορούν να προστατίσουν την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών της,¹³³ όπως για παράδειγμα την ύπαρξη ξενώνα που θα μπορούσε να υποδεχτεί τη μητέρα και το νεογέννητο.

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις που και ο ίδιος ο θύτης αναγνωρίζει τη δυσκολία του και αναζητά βοήθεια. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν και για τον ίδιο τον θύτη η άσκηση βίας είναι κάτι πρωτόγνωρο, που τον κάνει να μην αναγνωρίζει τον εαυτό του, τον ανεξέλεγκτο εκνευρισμό και την παρορμητική συμπεριφορά του. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πολύ σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να αφιερώσει λίγο χρόνο να ακούσει τον σύντροφο και να τον παραπέμψει σε αρμόδιους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή άλλες υπηρεσίες, ανάλογα με την περίπτωση. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της μεγάλης έκτασης που παίρνει το ζήτημα της έμφυλης βίας, έχουν αρχίσει να δραστηριοποιούνται οργανώσεις και φορείς, όχι μόνο για παρεμβάσεις στα θύματα, αλλά και στους θύτες.¹³⁴ Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να διατηρεί την απαιτούμενη ψυχική ουδετερότητα απέναντι στον θύτη, ώστε να φροντίσει να λάβει και εκείνος την κατάλληλη βοήθεια. Και επειδή είναι σύνηθες να προκαλούνται έντονα αρνητικά συναισθήματα των επαγγελματιών προς τους θύτες, τα οποία ενδέχεται να δυσχεραίνουν την παροχή υπηρεσιών σε αυτούς, είναι σημαντικό να απευθύνονται και οι ίδιοι οι επαγγελματίες για συμβουλευτική στους αρμόδιους φορείς και - γιατί όχι - για κάποιες συνεδρίες ψυχοθεραπείας και εποπτείας, όπως είθισται να κάνουν οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι.

Βασικές οδηγίες προς τον επαγγελματία υγείας για την ανίχνευση της περιγεννητικής βίας

- Συστήνεται η προγεννητική ανίχνευση ενδοοικογενειακής βίας για όλες τις γυναίκες που παρακολουθούνται στο δημόσιο ή σε ιδιωτικό πλαίσιο.
- Η ανίχνευση πρέπει να πραγματοποιείται μόνο από προσωπικό που έχει λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση. Κρίνεται απαραίτητη η παροχή εξειδικευμένης εκπαίδευσης σε όλο το προσωπικό των μαιευτικών δομών.
- Η ανίχνευση πρέπει να πραγματοποιείται δια ζώσης, σε ιδιωτικό χώρο. Είναι σημαντικό να βεβαιωθείτε ότι η γυναίκα με την οποία επικοινωνείτε είναι μόνη και σε ασφαλές περιβάλλον, πριν μιλήσετε μαζί της για πιθανή κακοποίηση.

Κάποιες από τις ερωτήσεις που χρειάζεται να κάνουν οι επαγγελματίες υγείας προς τις έγκυες, επίτοκες, λεχωίδες και νέες μητέρες, προκειμένου να ανιχνευθούν περιστατικά βίας κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι οι ακόλουθες:¹³⁵

Παραδείγματα από ερωτήσεις ανίχνευσης της ενδοοικογενειακής βίας που βοηθούν τη γυναίκα να μιλήσει¹³⁶

«Επειδή η ενδοοικογενειακή βία είναι αρκετά συχνή, ιδιαίτερα στην εγκυμοσύνη, ρωτάμε πάντα τις γυναίκες σχετικά με αυτό.»

- «Πώς είναι η σχέση με τον σύντροφό σας;»
- «Έχετε νιώσει ποτέ ότι σας πίεσε να κάνετε κάτι που δεν θέλατε;»
- «Ελέγχει ο σύντροφός σας ή ο πρώην σας ή ο πατέρας των παιδιών σας, τι κάνετε ή ποιον βλέπετε;»
- «Αισθάνεστε ασφαλείς στη σχέση που έχετε τώρα με τον σύντροφό σας;»
- «Έχετε αισθανθεί ποτέ ότι δεν είστε ασφαλείς ή ότι φοβάστε κοντά του; Έχει φερθεί ποτέ με σκληρότητα απέναντί σας;»
- «Όλα τα ζευγάρια καβγαδίζουν κάποιες φορές. Στη δική σας περίπτωση, όταν φτάνετε σε αυτό το σημείο, πώς διαχειρίζεστε τον εκνευρισμό ή τον θυμό σας;»
- «Πώς διαχειρίζεστε τις συγκρούσεις ως ζευγάρι;»
- «Σας έχει βλάψει (συναισθηματικά, σωματικά ή σεξουαλικά) ή σας έχει απειλήσει ποτέ ο τωρινός σύντροφός σας ή ο πρώην σας ή ο πατέρας των παιδιών σας;»

Όταν η επικοινωνία γίνεται τηλεφωνικά ή διαδικτυακά χρησιμοποιήστε κλειστές ερωτήσεις, ώστε να μπορεί να απαντήσει με ένα «ναι» ή «όχι», χωρίς να χρειαστεί να εξηγήσει περαιτέρω.

Παραδείγματα:

- «Είστε μόνη τώρα;»
- «Είναι ασφαλές να σας κάνω κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τη σχέση σας με τον...;»

• Από τα παραπάνω καθίσταται απαραίτητο να προσφέρεται τουλάχιστον μία ατομική συνάντηση κατά την εγκυμοσύνη, χωρίς την παρουσία του συντρόφου, σε κάθε γυναίκα.

• Συστήνεται επίσης η χρήση διερμηνέων και όχι η παρουσία μελών της οικογένειάς της, για να βοηθήσουν με τη μετάφραση. Συχνά στην κακοποίηση συμμετέχουν και άλλα μέλη της οικογένειας ή την συγκαλύπτουν.

Όταν ο επαγγελματίας υγείας βλέπει τραυματισμούς στο σώμα της γυναίκας, θα πρέπει να υιοθετεί μια ευαίσθητη προσέγγιση στο θέμα.

Ενδεικτικές ευαίσθητες ερωτήσεις ανίχνευσης βίας από επαγγελματίες υγείας

- «Παρατηρώ ότι έχετε κάποιους μώλωπες στο χέρι σας. Πώς συνέβη αυτό;»
- «Φαίνεται να πονάτε, έχετε πληγωθεί;»
- «Σας έχει πληγώσει κάποιος;»
- «Φοβάστε κάποιον στο σπίτι σας;»

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι γυναίκες μπορεί να ντρέπονται ή να φοβούνται να αποκαλύψουν την εμπειρία τους, σε περίπτωση που τους ασκηθεί περαιτέρω πίεση να μιλήσουν. Εάν η εξήγηση που θα δώσει η γυναίκα για τους τραυματισμούς δεν τους αιτιολογεί, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να συνεχίσει με διερευνητικές ερωτήσεις, προσπαθώντας ταυτόχρονα να μην επικρίνει τις ενέργειες ή τις αποφάσεις της γυναίκας. Μερικά παραδείγματα τέτοιων ερωτήσεων είναι:¹³⁷

- «Υπάρχει κάτι για το οποίο θα θέλατε βοήθεια;»
- «Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να γνωρίζω ή κάτι άλλο που θέλετε να μου γνωστοποιήσετε;».

Σε κάθε περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας, σεβόμενος πάντοτε την προσωπικότητά αλλά και την πολιτισμική ταυτότητα της γυναίκας, οφείλει να:

- α) ακούει προσεκτικά τα όσα η γυναίκα και να υποψιάζεται ότι ίσως υπάρχουν και άλλα γεγονότα που δεν έχουν ειπωθεί ακόμη,
- β) παρατηρεί τον τρόπο συμπεριφοράς της γυναίκας και τις μη λεκτικές αντιδράσεις στα λεγόμενά του,
- γ) προτρέπει τη γυναίκα να μιλήσει, δίνοντάς της χρόνο και δείχνοντας της ότι κατανοεί την κατάστασή της,
- δ) της επιτρέπει να εκφράσει τις εμπειρίες και τα συναισθήματά της,
- ε) αποφεύγει να διακόπτει τη γυναίκα, όταν εκείνη εξιστορεί μια κατάσταση ή όταν κλαίει,

στ) μιλάει με σαφήνεια και με κατανοητό λόγο, ανάλογα κάθε φορά με την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο της γυναίκας,

ζ) προσεγγίζει πάντοτε με κατανόηση, ευαισθησία και ενσυναίσθηση τη γυναίκα, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, φυλής, θρησκείας ή καταγωγής,

η) μην κρίνει ποτέ τη γυναίκα για τις πράξεις της, καθώς και να μην αμφιβάλει για τα γεγονότα που εκείνη εξιστορεί.

Πώς να διαχειριστείτε τη γυναίκα που έχει υποστεί βία

Σε περίπτωση που μια γυναίκα αποκαλύπτει ότι έχει υποστεί βία:¹³⁸

1.Ενημερώστε τη γυναίκα για την εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών που θα δώσει, εξηγήστε της όμως ξεκάθαρα ότι υπάρχουν περιπτώσεις αναγκαιότητας άρσης του απορρήτου, όταν για παράδειγμα κινδυνεύουν παιδιά ή η ζωή κάποιου. Ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση απαιτείται η συγκατάθεση της γυναίκας για την αποκάλυψη των πληροφοριών σε τρίτους, στην περίπτωση που υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή κάποιου ή και κίνδυνος που αφορά ανήλικο, ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει τις αρμόδιες αρχές, ακόμα και χωρίς τη συγκατάθεση της γυναίκας.

2.Μην υποτιμάτε τον φόβο και το μέγεθος της απειλής στην οποία ενδέχεται να εκτίθεται κάποια γυναίκα και μην προσπαθείτε να την πείσετε ότι ο κίνδυνος είναι μικρότερος από ό,τι η ίδια εκτιμά. Αν η γυναίκα αποφασίσει να παραμείνει στη σχέση, το καλύτερο που μπορείτε να κάνετε είναι να αναζητήσετε εσείς βοήθεια και καθοδήγηση από αρμόδιες υπηρεσίες για να κατανοήσετε πόσο επικίνδυνη είναι η συνθήκη και πώς μπορείτε να τη στηρίξετε, ώστε να παραμείνει ασφαλής και να φύγει όταν θα είναι έτοιμη.

3.Κάθε ερώτηση θα πρέπει να διατυπώνεται με ευαισθησία και οι απαντήσεις να δίνονται με ενσυναίσθηση και κατανόηση. Οποιαδήποτε διατύπωση περιλαμβάνει κριτική διάθεση ή ενοχοποιεί τη γυναίκα για τη στάση της, μπορεί να ποτρέψει τη γυναίκα από το να ζητήσει βοήθεια. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι ανοιχτές, ώστε να επιτρέψουν στη γυναίκα να χρησιμοποιήσει τις δικές της λέξεις και διατυπώσεις. Παραδείγματος χάρη, ρωτάμε: «πώς νιώσατε για αυτό;» και όχι «νιώθετε θυμό για αυτόν τον άνθρωπο;»

4.Προγραμματίστε πιο συχνές συναντήσεις μαζί της. Προσπαθήστε να

καθιερώσετε έναν ασφαλή τρόπο διαρκούς επικοινωνίας με τη γυναίκα, προγεννητικά και μεταγεννητικά.

5.Εάν υπάρχει κίνδυνος για την ευημερία και ασφάλεια της γυναίκας, εξετάστε το ενδεχόμενο εισαγωγής της στη μαιευτική κλινική.

Εξετάστε επίσης το ενδεχόμενο ενημέρωσης άλλων ειδικών, π.χ. κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων, οι οποίοι θα παράσχουν πρόσθετη και σε συνεχή βάση υποστήριξη στη γυναίκα, ειδικά μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο.

6.Ενημερώστε τη γυναίκα για κοινωνικές δομές στις οποίες μπορεί να καταφύγει, σε περίπτωση που δεν νιώθει ασφαλής στο σπίτι της.

Παράγοντες που δυσχεραίνουν την αποκάλυψη της κακοποίησης από τις γυναίκες

Μην ξεχνάτε ότι:

- Οι γυναίκες που βιώνουν κακοποίηση συχνά φοβούνται να μιλήσουν για ό,τι τους συμβαίνει.
- Δεν αναγνωρίζουν ότι η εμπειρία τους αποτελεί ενδοοικογενειακή βία ή δεν γνωρίζουν τις διαθέσιμες υπηρεσίες και μορφές υποστήριξης.
- Μπορεί να μην ξέρουν πώς να ξεκινήσουν τη συζήτηση, να φοβούνται ότι θα τις κρίνουν, να ντρέπονται, να αισθάνονται ενοχή ή ότι δεν αξίζουν βοήθεια και υποστήριξη.
- Είναι επίσης πιθανό να αισθάνονται ότι προδίδουν τον σύντροφό τους, να φοβούνται τι θα ακολουθήσει, να ανησυχούν για το πώς θα τα καταφέρουν και τι μπορεί να χρειαστεί να κάνουν για να φύγουν από τη σχέση.
- Μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη γλώσσα και την επικοινωνία.
- Μπορεί να τελούν σε επισφάλεια σε σχέση με τα νομιμοποιητικά τους έγγραφα ή να έχουν υποστεί διακρίσεις λόγω φυλής, φύλου, θρησκείας, οικογενειακής κατάστασης, εγκυμοσύνης, σεξουαλικού προσανατολισμού, αναπηρίας ή ηλικίας.

Εκτίμηση επικινδυνότητας

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη* να αξιολογήσουν την ασφάλεια της γυναίκας, των παιδιών της ή άλλων μελών της οικογένειας, καθώς και άλλα σημαντικά ζητήματα, όπως την πρόσβαση του δράστη σε όπλο, τη φύση της κακοποίησης, την απομόνωση που πιθανόν βιώνει η γυναίκα και να ενημερώσουν τους αρμόδιους. Χρειάζεται επίσης να μεριμνήσουν για τη φροντίδα της γυναίκας σε περίπτωση που υπάρχουν τραυματισμοί και να την παραπέμψουν άμεσα στις κατάλληλες ειδικότητες. Επιπλέον, θα πρέπει να δώσουν στις γυναίκες τηλεφωνικές γραμμές ανάγκης όπως της αστυνομίας, δομών υποστήριξης, στέγασης και προστασίας γυναικών και παιδιών και άλλες γραμμές που παρέχουν βοήθεια, ανάλογα με τις ιδιαίτερες κάθε φορά ανάγκες.

Πώς θα προχωρήσετε σε μια ασφαλή εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου;

- Ρωτήστε αν η γυναίκα αισθάνεται ασφαλής και αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος.
- Ρωτήστε αν υπάρχουν άλλοι άνθρωποι που κινδυνεύουν, όπως παιδιά.
- Είναι σημαντικό να της πείτε ότι νοιάζεστε για αυτήν και ανησυχείτε για την ασφάλειά της. Αν το επιθυμεί, είστε και παραμένετε στη διάθεσή της για να τη βοηθήσετε προς αυτή την κατεύθυνση.
- Πάντα να συστήνετε την κλήση στο 100 (ή στο 112 για διεθνή ή πρόσβαση) σε περίπτωση άμεσου κινδύνου ή την αποστολή στο 100 SMS με βασικές πληροφορίες π.χ. ότι η γυναίκα δέχεται βία, πού βρίσκεται κ.λπ.
- Αν η γυναίκα δεν μπορεί να καλέσει η ίδια, αλλά θέλει να ζητήσει βοήθεια, μπορείτε να προσφερθείτε να καλέσετε εσείς αντί για εκείνη.
- Υπενθυμίστε της ότι, αν βρίσκεται σε κίνδυνο, μπορεί να απευθυνθεί σε υπηρεσίες υγείας για υποστήριξη και προστασία.

Διαχείριση επείγοντος

Όταν η βία που υφίσταται μια γυναίκα την εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο για τη σωματική ακεραιότητα ή τη ζωή της ίδιας ή και του παιδιού που κυφορεί και άλλων μελών της οικογένειας, τότε το πιο σημαντικό είναι να ληφθούν μέτρα ασφάλειας άμεσα. Είναι σημαντικό να γνωρίζετε πού μπορείτε να απευθυνθείτε και με ποιους άλλους επαγγελματίες χρειάζεται να συνεργαστείτε, ώστε η γυναίκα να μεταφερθεί σε ένα ασφαλές μέρος. Σε περιπτώσεις κινδύνου, ο κάθε επαγγελματίας οφείλει να ενημερώσει τους υπεύθυνους του φορέα ή του μαιευτηρίου, την κοινωνική υπηρεσία ή τους ειδικούς ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και τις

αρμόδιες αρχές.* Υπάρχουν εξειδικευμένοι φορείς που μπορούν να προσφέρουν κατευθυντήριες γραμμές προκειμένου ο επαγγελματίας να στηρίξει τη γυναίκα, κυρίως σε περίπτωση που κινδυνεύει. Μπορεί εξάλλου και το ίδιο το μαιευτήριο ή η δομή υγείας να στελεχώνεται από κοινωνική υπηρεσία ή και ειδικούς ψυχικής υγείας.

Ιδίως όταν υπάρχουν τραύματα, ρητές απειλές για τη ζωή, χρήση όπλων και άλλων αντικειμένων, απομάκρυνση από συγγενείς και φίλους ή και αναφορές σε έντονη ζήλεια, είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να απευθυνθεί σε εξειδικευμένους φορείς και υπηρεσίες που θα αναλάβουν την ασφάλεια της γυναίκας και των παιδιών. Σε καταστάσεις κινδύνου, απαιτούνται άμεσες κινήσεις και είναι απαραίτητη η εμπλοκή και συνεργασία με εξειδικευμένους επαγγελματίες για την ασφάλεια της γυναίκας, γιατί ο χρόνος μπορεί να είναι καθοριστικός. Ειδικά στην εγκυμοσύνη, μπορεί να προταθεί και η νοσηλεία της γυναίκας στο μαιευτήριο, προκειμένου να δοθεί ο απαιτούμενος χρόνος για την οργάνωση μιας στρατηγικής, σε συνθήκες ασφάλειας.

* Βλ. και ενότητες για νομοθετικό πλαίσιο και κώδικα δεοντολογίας.

* Βλ. και ενότητα για το νομοθετικό πλαίσιο στην ενδοοικογενειακή βία καθώς και την ενότητα για την άρση του ιατρικού απόρρητου.

Σχεδιασμός φροντίδας για τη γυναίκα που υφίσταται βία κατά την περιγεννητική περίοδο¹³⁹

- Φροντίστε να καλύπτονται οι υγειονομικές ανάγκες της εγκύου.
- Μην παίρνετε αποφάσεις για λογαριασμό της – σεβαστείτε τις αποφάσεις της, ακόμα και αν διαφωνείτε.
- Υποστηρίξτε τις αποφάσεις της και μην την πιέζετε προς κάποια κατεύθυνση που εσείς θεωρείτε σωστή.
- Δώστε της χρόνο να μιλήσει για τις σκέψεις και τις επιλογές της.
- Ποτέ μην λειτουργείτε ως μεσολαβητής ανάμεσα στη γυναίκα και τον κακοποιητικό σύντροφο, εφόσον κάτι τέτοιο μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλειά της.
- Ενημερώστε τη γυναίκα ότι δεν είναι μόνη της, δώστε της πληροφορίες και παραπέμψτε την σε εξειδικευμένους φορείς που υποστηρίζουν γυναίκες θύματα βίας.
- Φροντίστε ώστε να έρθει άμεσα σε επαφή με κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία, ο οποίος να είναι σε θέση να την ενημερώσει και να την κατευθύνει.
- Εξηγήστε της τι πρόκειται να κάνετε και με ποιον άλλον χρειάζεται να μοιραστείτε αυτές τις πληροφορίες και κάνετε το παρουσία της.

Σε περίπτωση που δεν νιώθει ασφάλεια στο σπίτι της, θα πρέπει:

- να ενημερωθεί ώστε να έχει μαζί της σημαντικά έγγραφα, τόσο δικά της όσο και των παιδιών της, όπως ταυτότητα, στοιχεία ασφάλισης, τραπεζής, πιστοποιητικά κ.ά.,
- να έχει πρόσβαση σε χρήματα για μια έκτακτη ανάγκη ή να αφήσει χρήματα σε ένα ασφαλές μέρος που θα έχει πρόσβαση (π.χ. σε ένα φιλικό σπίτι),
- να έχει λίγα ρούχα δικά της και των παιδιών της ή και παιχνίδια σε ένα φιλικό σπίτι,
- να έχει μαζί της αριθμούς τηλεφώνου που θα της φανούν χρήσιμοι σε ώρα ανάγκης, π.χ. αστυνομίας, τηλεφωνικής γραμμής έναντι της βίας, δικών της ανθρώπων.
- να μιλήσει στα παιδιά της (ανάλογα με την ηλικία τους), ώστε να γνωρίζουν τι να κάνουν και πώς να ζητήσουν βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης.

Δεξιότητες που πρέπει να έχει ο επαγγελματίας στον οποίο γίνεται η αποκάλυψη της βίας

Επειδή πολλές γυναίκες που έχουν υποστεί βία συχνά επιχειρούν να μιλήσουν και να ζητήσουν βοήθεια αλλά απογοητεύονται από τον τρόπο διαχείρισης κάποιων επαγγελματιών, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να είναι ευαισθητοποιημένοι σχετικά, ενήμεροι, καθώς και να κατανοούν τη συνθήκη του φόβου, της απειλής και της ντροπής, που εμποδίζουν τη γυναίκα να αλλάξει τη ζωή της. Μια απελπισμένη γυναίκα μπορεί να αποθαρρυνθεί από τους χειρισμούς ή τα λόγια των επαγγελματιών.

Κάθε λέξη του επαγγελματία μετράει.

- Να ακούτε προσεκτικά
- Είναι σημαντικό να νιώθει η γυναίκα ότι την πιστεύετε
- Είναι σημαντικό να της αναγνωρίζετε το δικαίωμα να ζει χωρίς βία και κακοποίηση
- Να τη διαβεβαιώνετε ότι η κακοποίηση δεν είναι δικό της φταίξιμο, ούτε την προκαλεί με κάποιον δικό της κακό χειρισμό ή συμπεριφορά

Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας και στην αποκάλυψη της κακοποίησης είναι το ότι το θύμα αισθάνεται πως φταίει για ό,τι του συνέβη. Όταν οι άλλοι άνθρωποι, συγγενείς ή επαγγελματίες, μιλούν ή φέρονται με τρόπο που ενισχύει το αίσθημα αυτομομφής, η γυναίκα που έχει υποστεί βία νιώθει ότι την ακυρώνουν, δεν την πιστεύουν, συνθήκη που ενισχύει το αίσθημα απομόνωσης και αυτοαμφισβήτησης και την αποθαρρύνει από το να αναζητήσει βοήθεια.¹³⁹

Μην ξεχνάτε ότι ο ίδιος ο θύτης είναι ο πρώτος που ενοχοποιεί τη γυναίκα. Αν και οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να συμφωνούν με τις δικές του αιτιάσεις, τότε μάλλον εκείνος δικαιώνεται και η γυναίκα νιώθει ότι δεν έχει καμία ελπίδα και καμία διέξοδο.

- Όσο και αν σας δημιουργούνται έντονα αρνητικά συναισθήματα είτε για τον θύτη είτε για τη γυναίκα που υφίσταται τη βία, χρειάζεται να παραμείνετε ψύχραιμοι και να μην εκφράζετε ή υπονοείτε αποδοκιμασία ή κριτική για το πόσο καλή μητέρα είναι.
- Να θυμάστε ότι η γυναίκα δεν είχε άλλη επιλογή προκειμένου να παραμείνει ασφαλής, σύμφωνα με τη δική της εκτίμηση.

- Να θυμάστε ότι εκείνη ξέρει καλύτερα από εσάς το μέγεθος του κινδύνου και ότι ο ρόλος σας είναι να τη βοηθήσετε να ενδυναμωθεί για να φύγει.
- Ακόμα και αν δεν κινδυνεύει σωματικά, ενδέχεται να μην έχει άλλη επιλογή λόγω των φόβων της και να χρειάζεται χρόνο για να ενδυναμωθεί.
- Αν νιώθετε ότι ο θύτης ή το θύμα σας προκαλούν θυμό ή απέχθεια, τα οποία σας εμποδίζουν από το να παράσχετε τις υπηρεσίες σας ως επαγγελματίες, χρειάζεται ίσως να μιλήσετε σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας σχετικά με αυτό.
- Αν μια γυναίκα εγκυμονεί έπειτα από εξαναγκασμένη σεξουαλική επαφή, μην της υποδεικνύετε σε καμία περίπτωση τι να κάνει με την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν γυναίκες που επιθυμούν να τερματίσουν την κύηση, υπάρχουν όμως κι άλλες που επιθυμούν να τη διατηρήσουν. Και στις δύο περιπτώσεις χρειάζονται υποστήριξη.



Περίγεννητική έμφυλη βία: Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΑΚΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο όρος «μαιευτική βία» αναπτύχθηκε στη Λατινική Αμερική και απέκτησε διεθνή αναγνώριση, όταν η Βενεζουέλα την αναγνώρισε επισήμως ως μια ιδιαίτερη μορφή βίας κατά των γυναικών¹⁴⁰ στο νομοθετικό της σύστημα, το 2007.¹⁴¹ Ο όρος περιλαμβάνει πολλαπλές μορφές επιβλαβών πρακτικών που ασκούνται κατά την παροχή μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας. Η κακομεταχείριση και η βία κατά των γυναικών που αναζητούν υπηρεσίες για θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, αποτελούν σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.^{142, 143} Ως εκ τούτου, πρέπει να εξετάζονται στο πλαίσιο των ανθρωπίνων (και αναπαραγωγικών) δικαιωμάτων της γυναίκας, και όχι ως ένα ζήτημα που αφορά την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και τις πρακτικές που ακολουθούνται.^{144, 145} Γυναίκες που ανήκουν σε ευάλωτους πληθυσμούς, π.χ. μετανάστριες, Ρομά, παχύσαρκες, ΑΜΕΑ, τρανς άντρες και γενικότερα μέλη της LGBTQ κοινότητας, κινδυνεύουν περισσότερο να έρθουν αντιμέτωποι με

μαιευτική βία.¹⁴⁶

Από τη στιγμή που ο όρος έγινε ευρύτερα γνωστός, ο ορισμός της μαιευτικής βίας, καθώς και η αποσαφήνιση του εύρους που καλύπτει, έχουν αποτελέσει μια σοβαρή πρόκληση. Πολλοί επαγγελματίες απορρίπτουν τον όρο “μαιευτική βία”, θεωρώντας τις πρακτικές τους νόμιμες και όχι βίαιες, άλλοι αναγνωρίζουν τη βία ορισμένων πρακτικών που τους προβληματίζουν, τις δικαιολογούν ωστόσο ως απαραίτητες και αναγκαίες κατά την εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας. Συλλογή δεδομένων από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας προτιμούν τη χρήση πιο «θετικής» ορολογίας, θεωρώντας ότι ο όρος «βία» υπονοεί ότι οποιαδήποτε κακή μεταχείριση γίνεται εκ προθέσεως και ενέχει τον κίνδυνο σοβαρής διατάραξης της σχέσης εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας.¹⁴⁷

Διεθνώς δεν υπάρχει σαφής και συναινετικός ορισμός,¹⁴⁸ ωστόσο ο ΟΗΕ μέσω της Έκθεσης για τη Βία κατά των Γυναικών υιοθετεί τον όρο «μαιευτική βία» όταν αναφέρεται στη βία που βιώνουν οι

γυναίκες κατά τον τοκετό στα νοσοκομεία και τον όρο «κακομεταχείριση» κατά των γυναικών κατά την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.¹⁴⁹ Με βάση αυτή τη λογική, η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (International Confederation of Midwives-ICM) αποφάσισε να υιοθετήσει τον όρο «μαιευτική βία», ο οποίος χρησιμοποιείται παγκοσμίως από φορείς που υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα και από γυναικείες οργανώσεις. Σύμφωνα με τον ICM, όπως συμβαίνει με όλες τις μορφές βίας, ο μόνος τρόπος για να τερματιστεί ένα τέτοιο φαινόμενο, είναι να ονομαστεί και να οριστεί και να δοθεί η ευκαιρία να αμφισβητηθεί και να βελτιωθεί ο τρόπος με τον οποίο τα συστήματα υγείας και οι μεμονωμένοι επαγγελματίες υγείας προσεγγίζουν τη φροντίδα κατά τον τοκετό.^{150, 151} Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι η χρήση διαφορετικών όρων για την περιγραφή του φαινομένου δυσχεραίνουν τον σαφή προσδιορισμό του προβλήματος, ωστόσο, παρά τις διαφορές μεταξύ των όρων που χρησιμοποιούνται, όλοι αυτοί οι ορισμοί μοιράζονται κοινά σημεία, επισημαίνοντας την κατάχρηση του ρόλου του επαγγελματία σε μια φυσική διαδικασία, την ύπαρξη ανισοτήτων που σχετίζονται με το φύλο και την απειλή των δικαιωμάτων των γυναικών.^{152, 153}

Το 2014, ο ΠΟΥ δημοσίευσε μία έκθεση σχετικά με την πρόληψη και την εξάλειψη της ασέβειας και της κακομεταχείρισης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η δημοσίευση αυτή βασίστηκε σε πολυάριθμες διεθνείς μελέτες, οι οποίες κατήγγειλαν φαινόμενα κακοποίησης που υφίστανται οι ασθενείς, όπως σωματική ή λεκτική βία, αδιαφορία που προκαλεί περιττό πόνο και επιπλοκές, άρνηση ανακούφισης του πόνου, ιατρικές πράξεις χωρίς συναίνεση, έλλειψη σεβασμού και εχεμύθειας, προσβολές, διακρίσεις (κοινωνικές, εθνοτικές, θρησκευτικές ή άλλες), άρνηση ή εγκατάλειψη της φροντίδας για οικονομικούς λόγους και κράτηση σε υγειονομικές δομές μετά τον τοκετό λόγω μη εξόφλησης του κόστους.

Η τρέχουσα συζήτηση γύρω από το ζήτημα της βίας από επαγγελματίες υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο, ως μορφή έμφυλης βίας, προκαλεί ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον και την ανησυχία κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και κοινωνικών ακτιβιστών.^{154, 155} Ο ΠΟΥ θεωρεί το ζήτημα παραβίαση των δικαιωμάτων των γυναικών και υιοθετεί τους όρους κακοποίηση, ασέβεια και κακομεταχείριση κατά τον τοκετό.¹⁵⁶ Εν κατακλείδι, ο ΠΟΥ περιγράφει τη βία κατά τον τοκετό ως κάθε μορφή κακομεταχείρισης, ασέβειας ή παραμέλησης από επαγγελματίες υγείας, η οποία οδηγεί σε παραβίαση της αξιοπρέπειας των γυναικών, χωρίς να χρησιμοποιεί ρητά τον όρο *μαιευτική βία*.¹⁵⁷

Πρόσφατα, ο ίδιος διεθνής οργανισμός παρουσίασε συστάσεις για μια θετική εμπειρία τοκετού βασισμένη σε ασφαλή και ποιοτική παρεχόμενη φροντίδα, που σέβεται τη γυναίκα. Στις συστάσεις αυτές τονίζεται ότι, η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τη γυναίκα, η συνοδεία της από ένα δικό της πρόσωπο, η δυναμική επικοινωνία, η βοήθεια από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες, η κατάλληλη χρήση της τεχνολογίας και οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις που

προάγουν τη φυσιολογία του τοκετού και διασφαλίζουν την ευημερία της μητέρας και του εμβρύου, θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για τη θετική και ασφαλή εμπειρία του τοκετού.¹⁵⁸

Συνέπειες της μαιευτικής βίας

Οι όποιες βίαιες πρακτικές κατά την αναπαραγωγική περίοδο και εν προκειμένω κατά την περιγεννητική περίοδο, μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία των γυναικών. Η βία μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα ενοχής, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές όπως οξύ σύνδρομο στρες μετά τον τοκετό, μετατραυματική διαταραχή στρες και επιλόχεια κατάθλιψη. Μπορεί επίσης να προκαλέσει προβλήματα στη σχέση του ζευγαριού, στην ερωτική ζωή και δυσκολίες δεσμού με το παιδί.

Οι συνέπειες δε, δύναται να είναι τόσο σοβαρές, ώστε να αναστέλλουν την επιθυμία και την απόφαση της γυναίκας να αποκτήσει και επόμενο παιδί. Μελέτη που διεξήχθη στη Γαλλία δείχνει ότι οι γυναίκες που δήλωσαν ότι υπέστησαν ακατάλληλη συμπεριφορά κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες δύο μήνες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, η έρευνα Doxa που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία έδειξε ότι το 11% των μητέρων παραδέχεται ότι υπέστη τραύμα λόγω της φροντίδας στο νοσοκομείο και, ως αποτέλεσμα, προτίμησαν να αναβάλουν την απόφαση για επόμενη εγκυμοσύνη για πολλά χρόνια, με σημαντικές επιπτώσεις στη γονιμότητα σε εθνικό επίπεδο. Για το 6% του συνόλου, το τραύμα ήταν τόσο σοβαρό που αποφάσισαν να μην αποκτήσουν άλλα παιδιά, με εκτιμώμενο αριθμό 20.000 μη γεννημένων παιδιών ετησίως!¹⁵⁹

Η έκθεση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για τη μαιευτική βία

Το 2024, κατόπιν αιτήματος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, εκπονήθηκε ειδική μελέτη με στόχο την αποτύπωση της έκτασης, των νομικών πλαισίων και των προληπτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της μαιευτικής βίας στα κράτη μέλη της Ε.Ε. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, η μαιευτική και γυναικολογική βία συνιστά ένα κοινωνικό και συστημικό φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στο σημείο σύγκλισης δύο διαρθρωτικών κρίσεων: της έμφυλης διάκρισης και της υποστελέχωσης ή υποχρηματοδότησης των συστημάτων υγείας.¹⁶⁰

Πιο συγκεκριμένα, οι κακές πρακτικές, η παθολογικοποίηση και η ιατροκοποίηση φυσικών διεργασιών, οδηγούν στην απώλεια της αυτονομίας και της ικανότητας λήψης αποφάσεων για το σώμα και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών. Η μαιευτική βία μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή θεσμικής και έμφυλης βίας, της οποίας οι εκφάνσεις είναι βαθιά ριζωμένες σε μια μακρόχρονη παράδοση

θεσμικού, κοινωνικού και ιατρικού ελέγχου πάνω στο γυναικείο σώμα. Το πρόβλημα εντείνεται ιδιαίτερα σε στιγμές αυξημένης ευαλωτότητας (όπως κατά τον τοκετό ή στη γυναικολογική εξέταση). Σήμερα, μέσω ενός συνόλου κανονικοποιημένων πρακτικών, οι επαγγελματίες υγείας συχνά διαιωνίζουν αυτόν τον έλεγχο επί του γυναικείου σώματος· με αυτή την έννοια, διαδραματίζουν (συχνά ακούσια) θεμελιώδη ρόλο στην αναπαραγωγή κοινωνικών κανόνων που ενισχύουν τις έμφυλες ανισότητες.¹⁶¹

Επιπλέον, η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας που σημειώνεται σε ολόκληρη την Ευρώπη, καταδεικνύει ότι η μαιευτική βία δεν είναι πάντα εκ προθέσεως, αλλά ενσωματώνεται στις ίδιες τις δομές του ιατρικού συστήματος. Η έλλειψη προσωπικού, οι μειωμένες αμοιβές, οι ανεπαρκείς υποδομές ή η έλλειψη φαρμάκων μπορούν να δημιουργήσουν ιδιαίτερα στρεσογόνα περιβάλλοντα εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας. Σε αυτό προστίθεται η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης ή εμπειρίας και κατευθυντήριων οδηγιών, τα οποία μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο παραμέλησης, χωρίς αυτό που γίνεται να είναι εκ προθέσεως. Οι βίαιες πρακτικές μπορεί εξάλλου να συνυπάρχουν με θετικές μορφές φροντίδας, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολο τον εντοπισμό τους.¹⁶²

Έχουν αναληφθεί ορισμένες πρωτοβουλίες έχουν αναληφθεί για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ζητήματα που διακυβεύονται (συμπεριλαμβανομένων επαγγελματικών κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη μαιευτική βία, επιβλαβών πρακτικών κ.λπ.), ή για να ενθαρρυνθούν θετικές αλλαγές στο έργο τους - συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και ενίσχυσης ικανοτήτων, ώστε να υιοθετήσουν μια πιο ευαίσθητη ως προς το φύλο προσέγγιση στην εργασία τους και να μετασχηματίσουν κανονικοποιημένες πρακτικές.

Παρά την αύξηση των ερευνών και των πρωτοβουλιών που ασχολούνται με το ζήτημα, η έλλειψη κοινά αποδεκτού ορισμού επιφέρει σοβαρές συνέπειες, όπως, μεταξύ άλλων, η αδυναμία διαμόρφωσης αποτελεσματικών πολιτικών και προγραμμάτων πρόληψης και πρόσβασης των γυναικών σε μηχανισμούς αποκατάστασης. Κανένα κράτος μέλος δεν έχει μέχρι στιγμής αναγνωρίσει νομικά τη μαιευτική βία ως μορφή έμφυλης βίας, ούτε την έχει ρυθμίσει αντίστοιχα.

Οι εκστρατείες που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια βοηθούν πολλές γυναίκες να αναγνωρίσουν ως βίαιες εμπειρίες που προηγουμένως θεωρούσαν «φυσιολογικές», και συμβάλλουν καθοριστικά στο να τεθεί το ζήτημα στην κοινωνική ατζέντα. Παραδείγματα κρατών όπου σημειώθηκαν σχετικές εξελίξεις είναι το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, το Λουξεμβούργο και η Ισπανία, παρά το γεγονός ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας δεν αναγνωρίζουν τέτοιες πρακτικές ως «βία». Παρά τις όποιες διαφωνίες, η υιοθέτηση πιο «θετικών» όρων ενέχει τον κίνδυνο να αποσιωπηθούν οι βαθύτερες αιτίες του φαινομένου και να παραμένουν αόρατες. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση των επαγγελματιών και της κοινωνίας, καθώς

και ένας εποικοδομητικός διάλογος, είναι καίριας σημασίας.¹⁶³

Αντιμετώπιση της μαιευτικής βίας και των κακών πρακτικών

Σε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για τις παρεμβάσεις που γίνονται προκειμένου να μειωθεί η μαιευτική βία και οι συνέπειές της, παρατηρείται μια διαρκώς αυξανόμενη τάση και ευαισθητοποίηση στο ζήτημα. Εντοπίζονται διαφορετικοί τύποι παρεμβάσεων,¹⁶⁴ οι οποίες αναδεικνύουν στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας της μαιευτικής φροντίδας, που θα έχει ως επίκεντρο τη γυναίκα.

Η ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των ανοιχτών συζητήσεων και του δικαιώματος στην ενημέρωση, αποδείχθηκαν καθοριστικές στη μείωση της μαιευτικής βίας. Η λήψη μέτρων για την ιδιωτικότητα, όπως οι ξεχωριστοί χώροι, οι κουρτίνες και η παρουσία συνοδών στον τοκετό, φαίνεται να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αύξηση της αίσθησης ασφάλειας και στην ανάπτυξη της εμπιστοσύνης. Με τη λήψη των παραπάνω μέτρων, οι αξιολογήσεις για κακή μεταχείριση, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής βίας και της παραμέλησης, μειώνονται οδηγώντας σε βελτιωμένες αντιλήψεις για τη φροντίδα με σεβασμό κατά τον τοκετό.

Αξίζει να τονιστεί πως η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς τις παρεμβάσεις, καταδεικνύει την αναγκαιότητα για εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για την ενημέρωση των γυναικών για τα δικαιώματά τους και την υποστήριξή τους στην άσκηση αυτών. Τέλος, είναι υψίστης σημασίας η ενίσχυση των πολιτικών περιγεννητικής φροντίδας και η επαρκής χρηματοδότηση για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την ανακοίνωση του ΠΟΥ, προκειμένου να επιτευχθεί και να διασφαλιστεί παροχή υπηρεσιών κατά την περιγεννητική περίοδο που να σέβεται τη γυναίκα, θα πρέπει τα συστήματα υγείας να είναι οργανωμένα με τρόπο που να διασφαλίζει τον σεβασμό της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών, ζητούμενο το οποίο δεν έχει ακόμα προτεραιοποιηθεί, παρόλες τις επισημάνσεις επιστημόνων και οργανώσεων. Για την πρόληψη και την εξάλειψη της κακομεταχείρισης και της βίας κατά τη νοσοκομειακή φροντίδα τοκετού σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ΠΟΥ προτείνει τις εξής ενέργειες:

1. Μεγαλύτερη υποστήριξη από τις κυβερνήσεις για τη λήψη μέτρων κατά της έλλειψης σεβασμού και της κακοποίησης, καθώς και για την ενίσχυση της έρευνας.
2. Τα συστήματα υγείας χρειάζεται να διατηρούν σαφείς σχετικές πολιτικές. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται υποστήριξη και εκπαίδευση, ώστε οι γυναίκες να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
3. Σχεδιασμός, υποστήριξη και διατήρηση προγραμμάτων για τη βελτίωση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με ιδιαίτερη έμφαση στον σεβασμό ως βασικό στοιχείο μιας ποιοτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα ο ΠΟΥ κάνει λόγο για ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας.

4. Έμφαση στα δικαιώματα των γυναικών για φροντίδα της μητρότητας με σεβασμό, καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, σύμφωνα με τα διεθνή πλαίσια για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

5. Συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Η εξάλειψη της κακομεταχείρισης και της βίας κατά τον τοκετό, μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω μιας συμμετοχικής διαδικασίας που περιλαμβάνει τη συμμετοχή των γυναικών, των κοινοτήτων, των παρόχων υγείας, των διοικήσεων, των φορέων εκπαίδευσης και πιστοποίησης επαγγελματιών υγείας, των κυβερνήσεων, των ερευνητών, των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και των διεθνών οργανισμών.

Τέλος, ο ΠΟΥ καλεί τους εμπλεκόμενους φορείς να συμμετάσχουν στις προσπάθειες για την έγκαιρη ανίχνευση, την πρόληψη και την παρέμβαση.¹⁶⁵

Πίνακας 2: Πρακτικές που προκαλούν δυσφορία κατά τη μαιευτική φροντίδα και προτεινόμενες παρεμβάσεις

Διαπροσωπικό Επίπεδο	
Κακές πρακτικές	Προτεινόμενες βελτιώσεις
Μη αξιοπρεπής φροντίδα	Εκπαίδευση με επίκεντρο τον σεβασμό στην αξιοπρέπεια και εξατομικευμένη φροντίδα
Φροντίδα χωρίς συναίνεση	Ενημέρωση, λήψη συναίνεσης και δικαίωμα άρνησης για την άσκηση ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων
Αίσθημα παραμέλησης ή ταπεινώσης	Δυνατότητα πρόσβασης των γυναικών στη φροντίδα και τις υπηρεσίες. Ενίσχυση ενσυναίσθησης και αναγνώριση αναγκών στους επαγγελματίες
Δεκτική κακοποίηση	Συμπερίληψη και συνεργασία στη φροντίδα. Συνεχής φροντίδα και παρουσία του επαγγελματία υγείας
Εγκατάλειψη	Εκπαίδευση προσωπικού για ενίσχυση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Σεβασμός κατά την αλληλεπίδραση
Έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων	Εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας
Οι επαγγελματίες δεν συστήνονται, δεν ενημερώνουν για το τι πρόκειται να κάνουν στο σώμα της γυναίκας	Καθιέρωση πρακτικών ευγενικής προσέγγισης και ενημέρωσης για τις όποιες παρεμβάσεις και αγγίγματα στο σώμα
Μη αίτηση άδειας για εξετάσεις	Καθιέρωση συναίνεσης πριν από κάθε πράξη

Κανονικοποίηση κακομεταχείρισης Ελλιπίς παρακολούθηση π.χ. συσπάσεων	Εκπαίδευση επαγγελματιών για εντοπισμό και αποδόμηση παθογόνων πρακτικών, λεκτικών ή σωματικών
Ελλιπίς παρακολούθηση π.χ. συσπάσεων	Δυνατότητα πρόσβασης στη φροντίδα. Ενίσχυση παρακολούθησης
Περιορισμός κινήσεων γυναίκας	Ελευθερία κινήσεων - Επιλογή στάσης τοκετού
Περιττές πρακτικές	Φροντίδα με ενσυναίσθηση. Κατάργηση μη τεκμηριωμένων παρεμβάσεων.
Μη σεβασμός των δικαιωμάτων των γυναικών	Εκπαίδευση προσωπικού και γυναικών για τα δικαιώματά τους. Πολιτισμική προσαρμογή και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών
Άρνηση δικαιώματος σε δωρεάν φροντίδα	Γνώση δεοντολογίας και δικαιωμάτων. Καθολική πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες
Τιμωρητική στάση προς “μη συνεργάσιμες” γυναίκες	Γνώση δεοντολογίας και δικαιωμάτων. Διαχείριση με κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη
Οργανωτικό Επίπεδο	
Κακές πρακτικές	Προτεινόμενες βελτιώσεις
Απουσία εμπιστοσύνης στη φροντίδα, φόβος και ανασφάλεια της γυναίκας	Παρουσία συνοδού κατά τον τοκετό. Ξενάγηση στους θαλάμους

Έλλειψη οργάνωσης υπηρεσιών	Ενημέρωση της γυναίκας για τυχόν ελλείψεις ή προβλήματα και διαβεβαίωση ότι ο επαγγελματίας θα κάνει το καλύτερο που μπορεί
Θορυβώδεις, κακοαεριζόμενοι, ζεστοί χώροι	Βελτίωση εγκαταστάσεων - Εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα - Δημιουργία ξεχωριστών χώρων - Χρήση κουρτινών και καλυμμάτων - Ήσυχια και ευάερα δωμάτια, μουσική
Υποστελέχωση – δυσφορία των επαγγελματιών υγείας στο εργασιακό περιβάλλον	Λήψη μέτρων για ικανοποίηση προσωπικού από τη διοίκηση Συμβουλευτική & ενίσχυση απόδοσης επαγγελματιών
Έλλειψη υποστήριξης της γυναίκας για παράπονα ή και καταγγελία	Θεσμοθέτηση μηχανισμών αναφοράς και λογοδοσίας

*Βλ. και **World Health Organization. (2018)**. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

Επικοινωνιακές πρακτικές που αναδεικνύουν τον σεβασμό στην περιγεννητική εμπειρία

Η περιγεννητική εμπειρία αποτελεί ένα γεγονός ζωής με μεταμορφωτικό χαρακτήρα, ανάλογο με άλλες κομβικές στιγμές του ανθρώπινου κύκλου ζωής, όπως ο θάνατος και η ασθένεια και, ως τέτοιο, απαιτεί ιδιαίτερο σεβασμό. Σε παραδοσιακά πλαίσια, ο σεβασμός αυτός εκδηλωνόταν συνήθως μέσα από συγγενικές σχέσεις ή σχέσεις εγγύτητας μεταξύ των γυναικών και των κοινοτήτων τους. Ωστόσο, στη σύγχρονη εποχή, η παροχή φροντίδας στην περιγεννητική περίοδο εντάσσεται σε συστήματα υγείας όπου κυριαρχούν οι τεχνικές, επιστημονικές και διοικητικές προσεγγίσεις και όπου οι εμπλεκόμενοι είναι κατά κανόνα άγνωστοι μεταξύ τους. Αυτό έχει ως συνέπεια ο σεβασμός να μην αναδύεται ως αποτέλεσμα ενός προσωπικού «νοιαξίματος», αλλά να χρειάζεται να εντοπίζεται, να ενισχύεται, να θεσμοθετείται και να προστατεύεται ενεργά από τους επαγγελματίες υγείας.¹⁶⁶

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί προϋπόθεση της ποιοτικής περιγεννητικής φροντίδας και συμβάλλει καθοριστικά στη θετική εμπειρία τοκετού για κάθε γυναίκα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και επιτόκων δεν περιορίζεται στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει τον σεβασμό, την ενσυναίσθηση και τη διαρκή ανταπόκριση στις ανάγκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας. Οι κατάλληλες επικοινωνιακές πρακτικές μπορούν να αναδείξουν ουσιαστικά τον σεβασμό στην περιγεννητική εμπειρία και να ενδυναμώσουν τη γυναίκα στον τοκετό, ενισχύοντας την ενεργή συμμετοχή της και διασφαλίζοντας συνθήκες αξιοπρέπειας, ελευθερίας επιλογής και εμπιστευτικότητας.

Αποτελεσματική επικοινωνία κατά τον τοκετό

Ο ΠΟΥ συνιστά την επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες φροντίδας μητρότητας και τις γυναίκες κατά τον τοκετό, με χρήση απλών και πολιτισμικά κατάλληλων τρόπων. Ελλείψει τυποποιημένου ορισμού για την «αποτελεσματική επικοινωνία», συμφωνήθηκε ότι αυτή πρέπει να περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον τα εξής:

- Οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζονται στη γυναίκα και στον/στη συνοδό της και την προσφωνούν με το όνομά της.
- Παρέχουν σαφείς και σύντομες πληροφορίες στη γυναίκα και στην οικογένειά της, στην κατάλληλη γλώσσα, αποφεύγοντας την ιατρική ορολογία. Όπου χρειάζεται, χρησιμοποιούνται εικόνες και γραφήματα για επεξηγήσεις.
- Δείχνουν σεβασμό και ανταποκρίνονται θετικά στις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις ερωτήσεις της γυναίκας.
- Υποστηρίζουν τις συναισθηματικές ανάγκες της γυναίκας με ενσυναίσθηση και κατανόηση, μέσω ενθάρρυνσης, επαίνων, καθησυχασμού και ενεργητικής ακρόασης.

- Ενδυναμώνουν τη γυναίκα να αναγνωρίσει τις επιλογές της και φροντίζουν να τις υποστηρίξουν έμπρακτα.

- Εξηγούν με σαφήνεια κάθε διαδικασία και εξασφαλίζουν την προφορική και, όταν απαιτείται, τη γραπτή συναίνεση της γυναίκας για γυναικολογικές εξετάσεις ή άλλες παρεμβάσεις.

- Ενθαρρύνουν τη γυναίκα να εκφράζει τις ανάγκες και προτιμήσεις της, την ενημερώνουν τακτικά, όπως και την οικογένειά της, και ζητούν να μάθουν αν υπάρχουν ερωτήσεις.

- Διασφαλίζουν τη διατήρηση της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας σε κάθε στάδιο.

- Ενημερώνουν τη γυναίκα για τους διαθέσιμους μηχανισμούς υποβολής παραπόνων ή καταγγελιών.

- Επικοινωνούν με τον/τη συνοδό που έχει επιλέξει η γυναίκα, παρέχοντας σαφείς οδηγίες για το πώς μπορεί να τη στηρίξει αποτελεσματικά στη διάρκεια του τοκετού.

Τέλος, τα συστήματα υγείας οφείλουν να διασφαλίζουν ότι οι επαγγελματίες περιγεννητικής φροντίδας έχουν εκπαιδευτεί σύμφωνα με τα εθνικά πρότυπα, ώστε να διαθέτουν δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας και παροχής συμβουλευτικής υποστήριξης.¹⁶⁷



Περγεννητική έμφυλη βία: Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ (Ν. 3500/2006, ΑΡΘΡΑ 6-8 ΠΚ)

Το νομοθετικό πλαίσιο για την ενδοοικογενειακή έμφυλη βία συμπεριλήφθηκε στον οδηγό προκειμένου να ενημερώσει τους/τις επαγγελματίες της υγείας για τις απαραίτητες ενέργειες στις οποίες πρέπει να προβούν σε περίπτωση που πέσει στην αντίληψή τους ότι το πρόσωπο που φροντίζουν ενδέχεται να είναι θύμα ενδοοικογενειακής βίας. Ο νόμος για την ενδοοικογενειακή βία (Ν. 3500/2006 (Φ.Ε.Κ. Α'232) αποτελεί την πιο σημαντική τομή στην εθνική νομοθεσία που αφορά στη βία κατά των γυναικών στην Ελλάδα. Κατά την αιτιολογική έκθεση του νόμου το φαινόμενο εκδηλώνεται πρωτίστως σε βάρος των γυναικών, παραβιάζοντας την αναγνωρισμένη από το Σύνταγμα αρχή της ισότητας των δύο φύλων (άρθρο 1 παράγραφος 4 του Συντάγματος), με αποτέλεσμα να εμποδίζεται καθοριστικά η ελεύθερη ανάπτυξη της γυναικείας προσωπικότητας. Το αδίκημα της **ενδοοικογενειακής βίας** περιγράφεται στον **Ν. 3500/2006 (Φ.Ε.Κ. Α'232)**, όπως έχει τροποποιηθεί από το **Ν. 4531/2018, τον Ν. 5090/2024**

και τον **5172/2025]**, και διώκεται **αυτεπάγγελα** (αρ. 17 §1 του Ν. 3500/06). Αυτό σημαίνει ότι η καταγγελία μπορεί να γίνει από τον **παθόντα** με την υποβολή έγκλησης ή **οποιοδήποτε τρίτο με την υποβολή μήνυσης**, καταγγελίας ή απλής αναφοράς στις διοικητικές αρχές για ό,τι συνέβη ή πληροφορήθηκε, ενώ για την υποβολή εγκλήσεως/μηνύσεως, **δεν απαιτείται η κατάθεση παραβόλου**.

Τα αδικήματα ενδοοικογενειακής βίας ορίζονται στο νόμο 3500/2006, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει και σε διατάξεις του Ποινικού Δικαίου και μπορούν να διακριθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Σωματική βία, όπως σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας, επικίνδυνη και βαριά σωματική βλάβη, μεθοδευμένη πρόκληση έντονου σωματικού πόνου ή σωματικής εξάντλησης, επικίνδυνης για την υγεία, ή ψυχικού πόνου, ικανού να επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη, ιδίως με την παρατεταμένη απομόνωση του θύματος κ.λπ.
- Ψυχολογική βία, όπως απειλή,

παράνομη βία (δηλαδή εξαναγκασμός σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή χωρίς το θύμα να υποχρεούται, με τη χρήση βίας ή απειλή με σπουδαίο και άμεσο κίνδυνο). Ενδοοικογενειακή παράνομη βία και απειλή και ενώπιον ανηλίκου. Όταν προκαλείται τρόμος ή ανησυχία σε άλλο μέλος της οικογένειας, απειλώντας το με κάθε μορφή βίας ή άλλη παράνομη πράξη ή παράλειψη. Και όταν τελείται η εν λόγω αξιόποινη πράξη ενώπιον ανηλίκου.

- Σεξουαλική βία, όπως προσβολή γενετήσιας αξιοπρέπειας, με λόγο ή έργο, βιασμός κ.λπ.

- Στον νόμο 3500/2006 δεν προβλέπεται κάποιο αδίκημα που να συνιστά οικονομική ενδοοικογενειακή βία ή ενδοοικογενειακή εξύβριση. Ωστόσο, τα αδικήματα άσκησης οικονομικής βίας και η εξύβριση προβλέπονται και τιμωρούνται με βάση τις διατάξεις του Ποινικού Δικαίου και καταγγέλλονται.

Ο κύκλος των προσώπων που εμπíπτουν στον Ν. 3500/2006.

- Ανεξάρτητα από το εάν υπάρχει συγκατοίκηση, **οι σύζυγοι**, πρόσωπα που συνδέονται μεταξύ τους με **σύμφωνο συμβίωσης**,¹⁶⁸ **γονείς και συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και τα εξ υιοθεσίας τέκνα τους** (αρ. 1 § 2 περ. α' Ν.3500/2006) καθώς και οι μόνιμοι σύντροφοι και τα τέκνα τους, κοινά ή ενός εξ' αυτών, τέως και πρώην σύζυγοι, μέρη συμφώνου συμβίωσης που έχει λυθεί και μόνιμοι σύντροφοι (αρ.1 2 περ. γ' Ν.3500/2006 όπως αντικ. από το αρ.3 §2 του Ν.4531/2018).

- Εφόσον **συννοικούν** οι συγγενείς εξ αίματος ή εξ αγχιστείας μέχρι τετάρτου βαθμού και πρόσωπα των οποίων επίτροπος, δικαστικός συμπαραστάτης ή ανάδοχος γονέας έχει οριστεί μέλος ανάδοξης οικογένειας καθώς και κάθε ανήλικο πρόσωπο που συνοικεί στην οικογένεια (αρ. 1 § 2 περ. β' Ν.3500/2006).

- **Πρόσωπα που δέχονται τις υπηρεσίες φορέων κοινωνικής μέριμνας και αποτελούν θύματα πράξεων ενδοοικογενειακής βίας από πρόσωπο που εργάζεται στον φορέα.**

Μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την προστασία του θύματος

A) Επιβολή περιοριστικών όρων

Στο αρ. 18 του ν. 3500/2006 (όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 127 του ν. 5090/2024 και ισχύει) ορίζεται ότι όταν οι αρμόδιες, κατά περίπτωση, εισαγγελικές ή/και δικαστικές αρχές το κρίνουν απαραίτητο για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας του θύματος, μπορούν να επιβάλουν στον κατηγορούμενο **περιοριστικούς όρους** (ενδεικτικά, απομάκρυνσή του κατηγορούμενου από την οικογενειακή κατοικία, μετοίκησης του, απαγόρευση να προσεγγίζει τους χώρους κατοικίας ή και εργασίας του θύματος, τις κατοικίες στενών συγγενών του, τα

εκπαιδευτήρια των παιδιών και ξενώνες φιλοξενίας, συμμετοχή του σε θεραπευτικά ή συμβουλευτικά προγράμματα ή προγράμματα απεξάρτησης). Για την επιβολή περιοριστικών όρων λαμβάνονται υπόψη ιδίως **η βαρύτητα και η συχνότητα της πράξης, η επικινδυνότητα του δράστη και η υποτροπή**. Όποιος παραβιάζει τον περιοριστικό όρο που του έχει επιβληθεί τιμωρείται με φυλάκιση.

B) Παραπομπή για ιατροδικαστική εξέταση και παροχή ασφαλούς καταλύματος διαμονής

Περαιτέρω, στο πλαίσιο της προανακριτικής διαδικασίας και των ληφθέντων μέτρων για την προστασία του θύματος, εξασφαλίζεται **η μεταφορά του θύματος σε Ιατροδικαστική Υπηρεσία**, ενώ για τη διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητάς του, δίνεται η δυνατότητα στο θύμα, εφόσον το επιθυμεί, να παραμείνει σε **χώρο βραχυχρόνιας διαμονής** έως ότου ολοκληρωθεί η αυτόφωρη διαδικασία του αδικήματος ή και για όσο διάστημα διαρκεί ο κίνδυνος για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητά του.

Γ) Διαμεσολάβηση

Ο εισαγγελέας διερευνά τη δυνατότητα διαμεσολάβησης, με τον δράστη να υποχρεούται να δεσμευθεί ότι δεν θα τελήσει ξανά πράξη βίας και, αν συνοικεί, να απομακρυνθεί από την οικογενειακή κατοικία για εύλογο χρονικό διάστημα. Επίσης, ενδέχεται να παρακολουθήσει συμβουλευτικό-θεραπευτικό πρόγραμμα.

Υποχρεώσεις των επαγγελματιών που διαπιστώνουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας

Στις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν.3500/2006 (όπως τροποποιήθηκε από τον Ν. 5090/2024 και τον Ν.5172/2025 και ισχύει), προβλέπονται οι υποχρεώσεις των επαγγελματιών, οι οποίοι πληροφορούνται ή διαπιστώνουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας. Συγκεκριμένα:

1. **Παιδαγωγός, εκπαιδευτικός, μέλος του ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού ή του ειδικού βοηθητικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, επιμελητής, προπονητής ή ιατρός** που παρέχει τις υπηρεσίες του σε ανήλικο, ο οποίος κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του πληροφορείται ή διαπιστώνει με οποιονδήποτε τρόπο, **ότι έχει διαπραχθεί σε βάρος ανηλίκου έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας**, υποχρεούται να το αναφέρει αμελλητί στις αρμόδιες διωκτικές αρχές. **Την ίδια υποχρέωση έχει ιατρός που με βάση σοβαρά αντικειμενικά ευρήματα της ιατρικής εξέτασης διαπιστώνει ότι έχει διαπραχθεί σε βάρος ενηλίκου έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας**. Με τον Ν. 5172/2025, προστέθηκαν διατάξεις για την αντιμετώπιση νέων μορφών βίας κατά των γυναικών και της βίας που προέρχεται

από τα οικία τους πρόσωπα, ενσωματώνοντας την Οδηγία (ΕΕ) 2024/1385, ενώ επεκτάθηκε ο κατάλογος των επαγγελματιών που έχουν υποχρέωση αναφοράς εγκλημάτων ενδοοικογενειακής βίας με την ένταξη των φαρμακοποιών και των φυσιοθεραπευτών.

2. Τα πρόσωπα της προηγούμενης παραγράφου, που προβαίνουν σε αναφορά εγκλήματος ενδοοικογενειακής βίας **δεν εγκυβιούνται, δεν ενάγονται, δεν διώκονται πειθαρχικά, δεν απολύονται, ούτε υφίστανται άλλου είδους κυρώσεις ή δυσμενή μεταχείριση για το περιστατικό που ανέφεραν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους**, παρά μόνο εάν προέβησαν εν γνώσει τους σε αναληθή αναφορά.

3. Τα πρόσωπα αυτά καλούνται να εξετασθούν **ως μάρτυρες** κατά τη διαδικασία στο ακροατήριο, **μόνο αν το έγκλημα ενδοοικογενειακής βίας δεν αποδεικνύεται με οποιοδήποτε άλλο αποδεικτικό μέσο**.

4. Τα ανωτέρω εφαρμόζονται αναλόγως και για τα μέλη του προσωπικού και τους Προϊσταμένους των Κέντρων Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ.) του άρθρου 6 και της παρ. 3 του άρθρου 18 του Ν. 4547/2018 (Α' 102).

ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

Ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει συγκεκριμένες διατάξεις για την προστασία από διάφορες μορφές βίας, όπως η σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και οικονομική. Η **σωματική βία** ρυθμίζεται στα άρθρα 308–311 ΠΚ: από την ελαφρά σωματική βλάβη (άρθρο 308), την επικίνδυνη (άρθρο 309), τη βαριά (άρθρο 310), μέχρι τη θανατηφόρα βλάβη (άρθρο 311), ανάλογα με τη σοβαρότητα της πράξης. Η **ψυχολογική βία** καλύπτεται από το άρθρο 333 ΠΚ για την απειλή, δηλαδή πράξεις που προκαλούν φόβο για τη ζωή ή την ασφάλεια, και το άρθρο 361 ΠΚ για την εξύβριση, που προσβάλλει την τιμή ή την υπόληψη. Στη **σεξουαλική βία**, περιλαμβάνονται ο βιασμός (άρθρο 336), η προσβολή γενετήσιας αξιοπρέπειας (άρθρο 337), καθώς και η αποπλάνηση ανηλίκων (άρθρο 339), με στόχο την προστασία της σεξουαλικής ελευθερίας και αξιοπρέπειας. Τέλος, η **οικονομική βία**, αν και δεν αναγνωρίζεται ρητά, αποτυπώνεται εμμέσως σε διατάξεις όπως η εκβίαση (άρθρο 385 ΠΚ), που αφορά την άσκηση πίεσης για οικονομικό όφελος, και η απάτη (άρθρο 386 ΠΚ), που αφορά τη δόλια απόσπαση περιουσιακών στοιχείων.

Δίκτυο φορέων παραπομπής και υπηρεσίες υποστήριξης

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας αφενός να αναγνωρίζουν τα θύματα βίας αλλά και να γνωρίζουν πώς να τα διασυνδέσουν με αρμόδιους φορείς, προκειμένου να λάβουν επαρκή προστασία αλλά και υποστήριξη. Εκτός από το ίδιο το θύμα βίας, και οποιοσδήποτε άλλος πολίτης, φίλος, συγγενής, συνάδελφος, γείτονας κ.λπ. μπορεί να επικοινωνήσει με **την Άμεση Δράση**, για επείγον

περιστατικό, καλώντας στον τριψήφιο αριθμό «100» ή αποστέλλοντας γραπτό μήνυμα στον αριθμό «100»¹⁶⁹ **ή με το πλησιέστερο Γραφείο Αντιμετώπισης Ενδοοικογενειακής Βίας**,¹⁷⁰ τα οποία λειτουργούν σε όλη την επικράτεια, μέσω τηλεφώνου ή μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail). Είναι σκόπιμο ο/η επαγγελματίας της υγείας να ενημερώνει το θύμα για τους τρόπους επικοινωνίας με τις Αστυνομικές Υπηρεσίες.

Μπορείτε επίσης:

1. Να ενθαρρύνετε το θύμα να καλέσει για ψυχοκοινωνική υποστήριξη τη **Γραμμή SOS 15900** για κακοποιημένες γυναίκες. Η Γραμμή SOS 15900 είναι το πρώτο και βασικό σημείο επαφής για τα θύματα βίας. Πρόκειται για 24ωρη, πανελλαδική τηλεφωνική γραμμή, στελεχωμένη από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους και παρέχει ακρόαση και υποστήριξη με **εμπιστευτικότητα** και **παραπομπή** των θυμάτων σε συμβουλευτικά κέντρα και ξενώνες φιλοξενίας. Ο ρόλος της γραμμής είναι κρίσιμος, καθώς πολλές γυναίκες τηλεφωνούν **ανώνυμα** για να ζητήσουν αρχικά πληροφορίες πριν προβούν σε οποιαδήποτε καταγγελία.

2. Να ενημερώσετε για τη δυνατότητα πρόσβασης στην εφαρμογή γεωεντοπισμού για έξυπνες συσκευές “panic button”, η οποία εγκαθίσταται από την Αστυνομία και τα Συμβουλευτικά Κέντρα του Δικτύου Δομών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο τηλέφωνο του θύματος, έτσι ώστε να την ενεργοποιήσει όταν βρεθεί σε κίνδυνο.

3. Να πληροφορήσετε για το Δίκτυο Δομών για την Ισότητα των Φύλων.

Οι γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής βίας, μπορούν να λάβουν στήριξη από το δίκτυο δομών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας.

Η Γενική Γραμματεία Ισότητας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων¹⁷¹ διαθέτει ένα πλήρες πανελλαδικό Δίκτυο Δομών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας και των πολλαπλών διακρίσεων κατά των γυναικών, αποτελούμενο από:

Α) Τα Συμβουλευτικά Κέντρα

- 14 Συμβουλευτικά Κέντρα, τα οποία λειτουργούν από το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ-ΝΠΙΔ, εποπτευόμενος φορέας υπό τη ΓΓΟΠΠΦ),
- 29 Συμβουλευτικά Κέντρα, που λειτουργούν από αντίστοιχους Δήμους και
- 1 Συμβουλευτικό Κέντρο που εντάσσεται οργανικά στη Γενική Γραμματεία.

Τα Συμβουλευτικά Κέντρα στελεχώνονται από ειδικό επιστημονικό προσωπικό συμβούλων εξειδικευμένων στην προσέγγιση των γυναικών με την οπτική του φύλου. Παρέχουν στις γυναίκες που απευθύνονται σε αυτά, δωρεάν υπηρεσίες πληροφόρησης και συμβουλευτικής, στο πλαίσιο ολοκληρωμένων δράσεων ψυχοκοινωνικής και νομικής στήριξης και εργασιακής συμβουλευτικής.

Β) Τους Ξενώνες Φιλοξενίας Κακοποιημένων Γυναικών

- 18 Ξενώνες λειτουργούν από αντίστοιχους Δήμους και
- 2 Ξενώνες από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ).

Στους Ξενώνες φιλοξενούνται γυναίκες θύματα βίας με τα παιδιά τους, σύμφωνα με τον Κανονισμό Λειτουργίας τους.

Οι υπηρεσίες παρέχονται **δωρεάν** και περιλαμβάνουν:

- Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη.
- Νομική συμβουλευτική (π.χ. πώς να ζητήσει ασφαλιστικά μέτρα).
- Συμβουλευτική απασχόλησης (ένταξη στην αγορά εργασίας).
- Συνοδεία σε υπηρεσίες (αστυνομία, δικαστήρια, νοσοκομεία).

Οι Ξενώνες φιλοξενούν γυναίκες θύματα και τα παιδιά τους για διάστημα έως 6 μήνες σε **ασφαλή και απόρρητη τοποθεσία**.

Σε περίπτωση που το θύμα είναι πολίτης τρίτης χώρας προστατεύεται από τη διοικητική απέλαση. Ειδικότερα:

Στο άρθρο 41 του Ν. 3907/2011, όπως τροπ. με το άρθρο 4 του Ν. 4531/2018 (Α' 62) ορίζεται ότι, τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, που δεν διαθέτουν έγγραφα νόμιμης παραμονής τους στη Χώρα, προστατεύονται από την απέλαση και έχουν δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση για έκδοση άδειας διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους ως θύματα ενδοοικογενειακής βίας (5038/2023, άρθρο 134 παρ.1 & 3).

Ευεργέτημα πενίας στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας

Στα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, τα οποία ζητούν τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων για Προσωρινή ρύθμιση της κατάστασης, εξαιτίας του συγκεκριμένου περιστατικού, παρέχεται το ευεργέτημα της πενίας με μόνη την απόδειξη του περιστατικού βίας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 194 επ. του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, αν αδυνατούν να καταβάλουν, έστω και προσωρινά, τις απαιτούμενες δικαστικές δαπάνες.

Ο Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών ανακοίνωσε την εφαρμογή του Προγράμματος Παροχής Δωρεάν Νομικής Βοήθειας σε θύματα έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας, στο πλαίσιο του Πρωτοκόλλου Συνεργασίας που έχει υπογραφεί μεταξύ της Γενικής Γραμματείας Ισότητας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, του ΚΕΘΙ – Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας και του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών. Στο πλαίσιο του Προγράμματος Legal Aid, οι συμμετέχοντες δικηγόροι του ΔΣΑ παρέχουν δωρεάν νομική βοήθεια σε θύματα έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας που απευθύνονται σε Συμβουλευτικά Κέντρα ή φιλοξενούνται σε Ξενώνες του Δικτύου της ΓΓΙΑΔ, συμβάλλοντας έμπρακτα στην προστασία των δικαιωμάτων τους και στην ενδυνάμωση των θυμάτων.

Επιδόματα – κοινωνικές παροχές σε θύματα έμφυλης βίας

• Ενεργό Επιδοτούμενο Πρόγραμμα Απασχόλησης σε εξυπηρετούμενες γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής ή/ και έμφυλης βίας του Δικτύου Δομών της ΓΓΙΑΔ

Στο πλαίσιο συνεργασίας της Γενικής Γραμματείας Ισότητας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΓΓΙΑΔ) με τη Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης (ΔΥΠΑ) από τον Μάρτιο του 2021, λήφθηκε μέριμνα ώστε να ενταχθούν στο πρόγραμμα απασχόλησης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και οι άνεργες γυναίκες θύματα έμφυλης ή/και ενδοοικογενειακής βίας. Στο εν λόγω πρόγραμμα υπεύθυνος φορέας υλοποίησης, διαχείρισης, αξιολόγησης και παρακολούθησης είναι η ΔΥΠΑ.

• Ειδικό Βοήθημα Ευάλωτων Ομάδων, για γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής ή/και έμφυλης βίας του Δικτύου Δομών της ΓΓΙΑΔ

Από τον Φεβρουάριο του 2024 (ΦΕΚ Β' 7469/29.12.2023), οι γυναίκες θύματα έμφυλης ή /και ενδοοικογενειακής βίας είναι δικαιούχοι «Ειδικού Βοηθήματος Ευάλωτων Ομάδων» της ΔΥΠΑ, ύψους **718,50€** (37,5 ημερήσια επιδόματα ανεργίας), προσαυξανόμενο κατά 10% για κάθε παιδί, το οποίο **χορηγείται μία φορά ανά 2 έτη. Η νέα αυτή παροχή αποσκοπεί στη στήριξη ιδιαίτερα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων – που δεν θεμελιώνουν δικαίωμα για το επίδομα ανεργίας – για την ομαλή επανένταξή τους στην αγορά εργασίας**. Συγκεκριμένα, δικαιούχοι της παροχής είναι άνεργοι:

- Γονείς μονογονεϊκής οικογένειας
- Αποφυλακισμένοι
- Γυναίκες, θύματα έμφυλης ή/και ενδοοικογενειακής βίας
- Θύματα βίας – εμπορίας
- Απεξαρτημένοι από εξαρτησιογόνες ουσίες.

Προϋποθέσεις για τη χορήγηση του βοηθήματος είναι οι άνεργοι:

- να είναι εγγεγραμμένοι στο Ψηφιακό Μητρώο Ανέργων της ΔΥΠΑ με μία από τις παραπάνω ιδιότητες κατά την υποβολή της αίτησής τους
- να έχουν πραγματοποιήσει 1-75 ημέρες ασφάλισης στον e-ΕΦΚΑ οποτεδήποτε τα τελευταία 2 έτη πριν από την υποβολή της αίτησής τους (ή από την έναρξη της ποινής, για τους αποφυλακισμένους)
- να έχουν εισόδημα έως 16.000 € οι άγαμοι, 24.000 € οι έγγαμοι (προσαυξανόμενο κατά 5.000 € ανά τέκνο) ή 29.000 € οι μονογονεϊκές οικογένειες (προσαυξανόμενο κατά 5.000 € για κάθε τέκνο μετά το πρώτο) και παράλληλα, το ύψος των συνολικών ακαθαρίστων εσόδων από επιχειρηματική δραστηριότητα της οικογένειας να μην υπερβαίνει τα 80.000 € και
- να μην είναι παράλληλα δικαιούχοι τακτικής επιδότησης ανεργίας, επιδόματος μακροχρόνια ανέργων, βοηθήματος αυτοτελώς και ανεξαρτήτως απασχολουμένων ή ειδικού εποχικού βοηθήματος.¹⁷²



Περιγεννητική έμφυλη βία: Οδηγός ευαισθητοποίησης για επαγγελματίες υγείας

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ

ΔΙΕΘΝΕΣ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών (1993)¹⁷³:

«Η βία κατά των γυναικών περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας που βασίζεται στο φύλο και που έχει ως αποτέλεσμα ή ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή ταλαιπωρία των γυναικών, περιλαμβάνοντας απειλές για τέτοιες πράξεις, εξαναγκασμό ή αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας, είτε αυτές λαμβάνουν χώρα στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή.»

Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης (2011), που υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης, δεν αναφέρεται ρητά στην κακοποίηση στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, το πνεύμα της Σύμβασης καλύπτει όλες γενικά τις μορφές βίας κατά των γυναικών. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Κωνσταντινούπολης για τη Βία κατά των Γυναικών (2011)¹⁷⁴ Η «βία κατά των γυναικών» θεωρείται παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μορφή διάκρισης

κατά των γυναικών, που περιλαμβάνει κάθε πράξη βίας με βάση το φύλο που προκαλεί ή μπορεί να προκαλέσει σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη ή ταλαιπωρία στις γυναίκες, περιλαμβάνοντας απειλές για τέτοιες πράξεις, εξαναγκασμό ή αυθαίρετη στέρηση της ελευθερίας, είτε στη δημόσια είτε στην ιδιωτική σφαίρα». Ιδιαίτερη σημασία έχει το άρθρο 35 που καλύπτει κάθε σωματική βία, και με μία διασταλτική ερμηνεία θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνει και τη βία που ενδέχεται να ασκηθεί από ιατρικό προσωπικό κατά τη διάρκεια του τοκετού ή άλλων ιατρικών παρεμβάσεων. Το άρθρο 36 αναφέρεται στη σεξουαλική βία, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συναίνεση, γεγονός που μπορεί να συνδεθεί με την πρακτική εξαναγκαστικών ή μη συναινετικών ιατρικών επεμβάσεων, όπως, για παράδειγμα, οι μη συναινετικές περινεοτομές.

Πέρα από τις πρωτοβουλίες του ΟΗΕ, σε διεθνές επίπεδο, ο ΠΟΥ έχει διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην ανάδειξη του ζητήματος. Ειδικότερα, το 2014, αναγνωρίζοντας το δικαίωμα

όλων των γυναικών στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, σύστησε μέτρα για την αξιοπρεπή φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, καθώς και για την πρόληψη της βίας και των διακρίσεων.¹⁷⁵ Ειδικότερα αναφέρεται σε «ασέβεια και κακομεταχείριση γυναικών κατά τον τοκετό σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης» (ΠΟΥ 2014). Αυτή η περιγραφή εμφανίζεται κυρίως στις κατευθυντήριες γραμμές και στις εκθέσεις του ΠΟΥ για τη Βιώσιμη Φροντίδα Τοκετού (2018)¹⁷⁶, όπου επανήλθε με νέες συστάσεις με σκοπό – όπως πολύ χαρακτηριστικά την αποκαλεί – τη «θετική εμπειρία τοκετού».

Κατά τον ΠΟΥ η «ασέβεια και κακομεταχείριση» περιλαμβάνει:

- 1. Φυσική βία:** Χρήση βίας όπως χτυπήματα, σπρωξίματα ή άλλη σωματική κακομεταχείριση.
- 2. Λεκτική κακοποίηση:** Εξευτελιστικοί χαρακτηρισμοί, φωνές, απειλές ή προσβολές.
- 3. Μη συναινετικές ιατρικές πράξεις:** Πρακτικές όπως επεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση ή συγκατάθεση, συμπεριλαμβανομένων των αναγκαστικών καισαρικών ή περινεοτομών.
- 4. Παραβίαση της ιδιωτικότητας:** Μη τήρηση της εμπιστευτικότητας ή της ιδιωτικής ζωής της γυναίκας.
- 5. Στέρηση φροντίδας:** Καθυστέρηση ή άρνηση απαραίτητης ιατρικής βοήθειας.
- 6. Διακρίσεις:** Συμπεριφορά βασισμένη σε παράγοντες όπως η εθνικότητα, το φύλο, η κοινωνική τάξη ή η οικονομική κατάσταση.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για θετικές εμπειρίες τοκετού περιλαμβάνουν προτάσεις για:

- Εξάλειψη κάθε μορφής βίας στο μαιευτικό περιβάλλον.
- Ενημερωμένη και εθελοντική συγκατάθεση πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση.
- Εστίαση στη συναισθηματική υποστήριξη και την προστασία της αξιοπρέπειας.

Επιπλέον ενδιαφέρον για τα ζητήματα των προγεννητικών πρακτικών παρουσιάζει η **Στρατηγική για την Υγεία και τα Δικαιώματα των Γυναικών, των Παιδιών και των Εφήβων (2016-2030)**¹⁷⁷ του ΠΟΥ, που αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας γυναικών, παιδιών και εφήβων, με επίκεντρο τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ισότητα. Η στρατηγική υπογραμμίζει τη σημασία της αξιοπρεπούς, ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας για τις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία και υποστηρίζει την εξάλειψη των ανισοτήτων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα υπογραμμίζει

την ανάγκη εξάλειψης της λεκτικής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας από το ιατρικό προσωπικό. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει η Στρατηγική στη σημασία της ορθής πληροφόρησης καθώς και της ενημερωμένης συναίνεσης πριν από ιατρικές παρεμβάσεις.

Επίσης, δεν θα μπορούσαμε να μην αναφέρουμε τη **Σύμβαση για την Εξάλειψη των Διακρίσεων Κατά των Γυναικών (CEDAW -18 Δεκεμβρίου 1979)**,¹⁷⁸ το κείμενο της οποίας υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση των Ενωμένων Εθνών στις 18 Δεκεμβρίου 1979 και ενσωματώθηκε στο Ελληνικό δίκαιο με τον **Ν. 1342/1983**. Το θεμελιώδες αυτό κείμενο της διεθνούς κοινότητας (ΟΗΕ) είναι μέχρι σήμερα ιδιαίτερα επιδραστικό για τις πολιτικές που ασκούνται κατά των διακρίσεων λόγω φύλου σε παγκόσμιο επίπεδο. Πέρα από τα γενικά άρθρα, ειδικά στο άρθρο 12 όπως ενσωματώθηκε με τον Ν.1342/1983 με τίτλο «Εξάλειψη των διακρίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης» αναφέρεται ότι «1. Τα Κράτη μέλη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να εξαλείψουν τις διακρίσεις κατά των γυναικών στον τομέα της υγειονομικής περιθάλψεως ώστε να εξασφαλίσουν σ' αυτές σε βάση ισότητας άνδρα και γυναίκας, τα μέσα ώστε να δικαιούνται ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων κι εκείνων που αφορούν τον οικογενειακό προγραμματισμό. 2. Παρά τις διατάξεις της ανωτέρω παραγράφου 1, τα Κράτη μέλη θα παρέχουν στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά τον τοκετό και μετά τον τοκετό, κατάλληλες υπηρεσίες και εν ανάγκη δωρεάν καθώς και κατάλληλη διατροφή κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό.».

Τέλος, ειδικές αναφορές που συμπληρώνουν την αντίληψη της διεθνούς κοινότητας όσον αφορά την περιγεννητική βία και τη χάραξη νέων κατευθύνσεων στην ανάπτυξη εξειδικευμένων πολιτικών, περιλαμβάνονται στα παρακάτω κείμενα:

Ειδική Έκθεση της Επιτροπής Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (UN Human Rights Council) για τη Μαιευτική Φροντίδα (2019)

Η εκτενής έκθεση της Ειδικής Εισηγήτριας του Συμβουλίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων,¹⁷⁹ ορίζει την κακοποίηση κατά τον τοκετό ως παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που επηρεάζει τη ζωή, την υγεία, την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και την ισότητα των γυναικών. Η έκθεση αυτή αναφέρει περιπτώσεις βίας, εξευτελισμού και καταναγκαστικών πρακτικών σε μαιευτικές υπηρεσίες.¹⁸⁰

ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΧΘΔ)¹⁸¹ προστατεύει σε σημαντικό βαθμό τα δικαιώματα των ατόμων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που προσφέρονται κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Το άρθρο 1 διασφαλίζει την ανθρωπινή αξιοπρέπεια ως αδιαπραγμάτευτη αξία, απαιτώντας σεβασμό προς την προσωπικότητα κάθε ατόμου σε όλες τις ιατρικές παρεμβάσεις. Το άρθρο 3 προστατεύει τη σωματική και ψυχική ακεραιότητα, καθιερώνοντας την ανάγκη για πλήρως ενημερωμένη συναίνεση πριν από οποιαδήποτε ιατρική διαδικασία, ώστε οι γυναίκες να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων κατά τον τοκετό. Επιπλέον, το άρθρο 21 απαγορεύει τις διακρίσεις, διασφαλίζοντας ότι καμία γυναίκα δεν θα υποστεί δυσμενή μεταχείριση ή διάκριση λόγω του φύλου της κατά τη διάρκεια της ιατρικής φροντίδας.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ)¹⁸² προστατεύει τα άτομα από κακομεταχείριση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 3 απαγορεύει τα βασανιστήρια και την απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση, καλύπτοντας σαφέστατα, μεταξύ άλλων, την περιγεννητική βία. Το άρθρο 8 διασφαλίζει το δικαίωμα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το σώμα και τον τοκετό, ενώ το άρθρο 14 απαγορεύει τις διακρίσεις βάσει φύλου μεταξύ άλλων και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντική είναι επίσης μια πρόσφατη Οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η Οδηγία (ΕΕ) 2024/1385 για την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της εξ οικείων βίας.¹⁸³ Στην έννοια της «εξ οικείων βίας», περιλαμβάνονται όλες οι πράξεις σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας, οι οποίες λαμβάνουν χώρα εντός της οικογένειας ή της οικιακής μονάδας, ανεξάρτητα από βιολογικούς ή νομικούς οικογενειακούς δεσμούς, ή μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων και ανεξάρτητα από το αν ο δράστης μοιράζεται ή έχει μοιραστεί την ίδια κατοικία με το θύμα.

ΕΘΝΙΚΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΝΟΜΟΣ 3418/2005 (ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ)

Πρόκειται για το βασικότερο δεσμευτικό νομοθέτημα για την ιατρική κοινότητα, το οποίο περιγράφει τους κανόνες που καθορίζουν την ηθική και επαγγελματική συμπεριφορά των γιατρών κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Περιλαμβάνει οδηγίες για τις σχέσεις γιατρού-ασθενή, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των γιατρών, καθώς και θέματα όπως η ενημέρωση και η συναίνεση

του ασθενή και το ιατρικό απόρρητο.

Ειδικότερα:

Α) Το ιατρικό απόρρητο και η άρση του

Μια βασική πληροφορία, απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας* κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αποτελεί η δέσμευση από το ιατρικό απόρρητο αλλά και κάτω από ποιες προϋποθέσεις ο κάθε επαγγελματίας υγείας δύναται ή και υποχρεούται να το παρακάμψει. Σύμφωνα με το Άρθρο 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, οιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά **απόλυτη εχεμύθεια** για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον/στην ασθενή ή τους οικείους του.

Ωστόσο η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναφοράς στις αρχές, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.

β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου/ίδιας του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.

γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

Επίσης, κατά την παράγραφο 4 του άρθρου 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας η **υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται**, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος/η στον/στην οποίο/α αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου,

*Αν και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δεσμεύει νομικά τους ιατρούς, οι αρχές του σχετικά με το απόρρητο, τη συναίνεση και τον σεβασμό του προσώπου αποτελούν κοινό δεοντολογικό πλαίσιο για όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στην περιγεννητική φροντίδα.

επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της. Τέλος η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με τον θάνατο του ασθενή/ούς.

Β) Η υποχρέωση ενημέρωσης των ασθενών – ειδικές περιστάσεις

Έχει μεγάλη σημασία να τονιστεί σε αυτό το σημείο η σπουδαιότητα που αποδίδει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στην **υποχρέωση ενημέρωσης των ασθενών** (Άρθρο 11). Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον/την ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον/την ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον/την ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο/η ίδιος/α θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για τον βαθμό πιθανολόγησής τους.

Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδει ο Κώδικας, όταν η δέουσα ενημέρωση αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.

Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναίνεουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης τα τρίτα πρόσωπα που έχουν την εξουσία να συναίνεουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Γ) Η ενημερωμένη συναίνεση των ασθενών

Η ενημερωμένη συναίνεση είναι **η ελεύθερη, σαφής και ενσυνείδητη αποδοχή ή άρνηση ενός ασθενούς να υποβληθεί σε ιατρική πράξη αφού έχει λάβει κατάλληλη ενημέρωση από τον ιατρό**. Πριν από οποιαδήποτε ιατρική

πράξη ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τον λόγο, τα οφέλη, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές διαδικασίες, τους περιορισμούς που θα προκύψουν από την ιατρική πράξη, το κόστος της διαδικασίας και να δώσει την ενημερωμένη συναίνεσή του.¹⁸⁴ Η ενημερωμένη συναίνεση θεσπίστηκε για να προστατεύσει τα νομικά και ηθικά δικαιώματα του/ης ασθενούς και να βελτιώσει τη σχέση γιατρού-ασθενούς και το σύστημα υγείας, με κύριο εργαλείο την απόκτηση από τον/την ασθενή επαρκούς γνώσης ώστε να λάβει τη σωστή απόφαση που του ταιριάζει, για αυτό και η ενημερωμένη συναίνεση θα πρέπει να είναι ελεύθερη, ανακλητή και απαλλαγμένη από οποιονδήποτε πειθαναγκασμό.¹⁸⁵

Κατά το άρθρο 12 του Κώδικα, **ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς**.

Οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:

- Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο.
- Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση.
- Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.
- Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά τον χρόνο της εκτέλεσής της.

Δ) Πρόσωπα που συναινούν αν οι ασθενείς δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης

• Αν ο ασθενής είναι **ανήλικος/η**, η συναίνεση δίνεται **από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του**. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο/η ανήλικος/η, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου/ης.

• Αν ο ασθενής **δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης**, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίνεται από τον/την **δικαστικό/η συμπαραστάτη/τρια**, εφόσον αυτός/η έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός/η συμπαραστάτης/τρια, η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενή/ούς. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή/ούς, και ιδίως εκείνου του ασθενή/ούς που κατανοεί την

κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

Ε) Πότε δεν απαιτείται η συναίνεση των ασθενών

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ότι κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

- στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,
- στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας
- αν οι γονείς ανήλικου/ης ασθενούς ή οι συγγενείς ασθενούς που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον/την ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή/ους.

ΣΤ) Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σχετικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης

Σύμφωνα με το Άρθρο 31, ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, **εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου** ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου/ας ιατρού. Είναι σημαντικό όμως, ο ιατρός να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης.

Ζ) Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας σχετικά με την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή

Σύμφωνα με το Άρθρο 30 ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον/στην ενδιαφερόμενο/η κάθε χρήσιμη πληροφορία σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και της αντισύλληψης. Ο ιατρός συζητά, ενημερώνει για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες και ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή των μεθόδων αυτών διέπεται από τον σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη βούλησή του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από

πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός απέχει από κάθε επιχείρηση ή προσπάθεια βιομηχανοποίησης της διαδικασίας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

¹Ο.Η.Ε., Απόφαση Γενικής Συνέλευσης για την Εξάλειψη της Βίας εναντίον των Γυναικών, ψήφισμα υπ. Αριθμόν 48/104, (20 Δεκεμβρίου 1993)

²Όπως πιο πάνω, άρθρο 4

³Council of Europe, Recommendation Rec(2002)5 of the Committee of Ministers to member States on the protection of women against violence adopted on 30 April 2002 and Explanatory Memorandum

⁴Keeling, J., Birch, L. & Green, P. (2004). Pregnancy counseling clinic: a questionnaire survey of intimate partner abuse. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 30(3), 165–168.

⁵What Kind of Violence. Knowing and dealing with violence against women by Maria Luisa Bonura. 2016. Erickson Edition.

⁶Partner violence in intimate relationships: women's access to protection and justice. A training package for those who work with and within the justice system. Daphne project 2008 JLS / 2008 / DAP3 / AG / 1199

⁷The grammar of conflicts: The maieutic art of transforming opposition into resources. by Daniele Novara. 2011. Probe Edition

⁸M McCredie M Moffat. Domestic Abuse in Pregnancy. October 2015. Maternity Domestic Abuse Sub Group. Wishaw General Hospital. <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/media/2220/domestic-abuse-in-pregnancy-june-2016.pdf>

⁹Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*. 2015 May;31(5):498-504. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.002. Epub 2015 Feb 12. PMID: 25726007.

¹⁰Pérez D'Gregorio, R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2010, 111, 201–202.

¹¹Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med.* 2022 Jun 30;12(7):1090.

¹²A human rights-based approach to mistreatment and violence against women

in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence [Internet]. 2019 Jul. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/27/pdf/n1921327.pdf>

¹³International Confederation of Midwives. Statement: Obstetric Violence and Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>

¹⁴Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the national violent death reporting system. *Obstet Gynecol* 2011;118:1056–1063.

¹⁵Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. *J Pediatr* 2013;163:471–476.

¹⁶Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Soc Sci Med* 2011;72:867–873.

¹⁷Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarsh* 2003;35:345–349.

¹⁸Kearney MH, Munro BH, Kelly U, Hawkins JW. Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs Res* 2004;53:36–45.

¹⁹Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:98–106.

²⁰Caetano R, McGrath C, Ramisetty-Mikler S, Field CA. Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:98–106.

²¹El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: A longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Public Health* 2005;95:465–470.

²²Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2007;8:149–177.

²³Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jan;24(1):100-6. doi: 10.1089/jwh.2014.4872. Epub 2014 Sep 29. PMID: 25265285; PMCID: PMC4361157.

²⁴Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(1):6-11. doi:10.1016/S0301-2115(03)00326-9

²⁵Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health*. 2014;128(5):410-415. doi:10.1016/j.puhe.2013.11.007

²⁶Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health*. 2014;128(5):410-415. doi:10.1016/j.puhe.2013.11.007

²⁷Schei B, Lukasse M, Ryding EL, et al. A history of abuse and operative delivery - results from a European multicountry cohort study. *PLoS One*. 2014;9(1):e87579. doi:10.1371/journal.pone.0087579

²⁸Meuleners LB, Lee AH, Janssen PA, Fraser ML. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia, 2002-2008. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1). doi:10.1186/1471-2393-11-70

²⁹Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016;123(8):1289-1299. doi:10.1111/1471-0528.13928

³⁰Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):269-276.

³¹Martin-de-Las-Heras S, Velasco C, Luna-Del-Castillo JD, Khan KS. Maternal outcomes associated to psychological and physical intimate partner vio-

lence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218255.

³²Chapman, D.P., Liu, Y., Presley-Cantrell, L.R., Edwards, V.J., Wheaton, A.G., Perry, G.S. & Croft, J.B. (2013). Adverse childhood experiences and frequent insufficient sleep in 5 US States, 2009: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 3.

³³Swanson, L.M., Hamilton, L. & Muzik, M. (2014). The Role of Childhood Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Postpartum Sleep Disturbance. *J Trauma Stress*, 27(6), 689.694.

³⁴Edhborg, M., Nasreen, H.E. & Kabir, Z.N. (2015). αI canft stop worrying about everythingβ. Experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, 26226.

³⁵Kiely M, Gantz MG, El-Khorazaty MN, El-Mohandes AA. Sequential screening for psychosocial and behavioural risk during pregnancy in a population of urban African Americans. *BJOG*. 2013;120:1395–1402.

³⁶Trabold N, Waldrop DP, Nochajski TH, Cerulli C. An exploratory analysis of intimate partner violence and postpartum depression in an impoverished urban population. *Soc Work Health Care* 2013;52:332–350.

³⁷Hellmuth JC, Jaquier V, Swan SC, Sullivan TP. Elucidating posttraumatic stress symptom profiles and their correlates among women experiencing bidirectional intimate partner violence. *J Clin Psychol* 2014 Apr 19.

³⁸Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:2017–2031.

³⁹Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. *J Pediatr* 2013;163:471–476.

⁴⁰El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;105:357–363.

⁴¹Williams H, Foster D, Watts P (2013) Perinatal domestic abuse: Midwives making a difference through effective public health practice. *British Journal of Midwifery* 21(12):852–58

⁴²Douglas, A.R. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 24, 425-434.

⁴³Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

⁴⁴Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*, 38(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00472.x>

⁴⁵Sleutel, M. R. (2000). Intrapartum nursing care: A case study of supportive behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(1), 53–63.

⁴⁶World Health Organization (WHO). (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>

⁴⁷Dixon, L., Skinner, J., & Foureur, M. (2014). Women's perspectives of the context and culture of maternity care in New Zealand. *Women and Birth*, 27(4), 317–321. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.004>

⁴⁸Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 897–907. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1591-z>

⁴⁹World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization; 2014. Accessed March 1, 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_eng.pdf?sequence=1

⁵⁰Campbell JG-MC, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 2004;10:770–89.

⁵¹Sharps, Phyllis, Jacquelyn Campbell, and Kelley N. Robinson, “The Intersec-

tion of Intimate Partner Violence with Maternal Morbidity and Mortality’, in Connie Mitchell, and others (eds), *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective*, 2nd edn (New York, 2026; online edn, Oxford Academic, 20 Nov. 2025), <https://doi.org/10.1093/oso/9780197758991.003.0021>

⁵²World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization; 2014. Accessed March 1, 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_eng.pdf?sequence=1

⁵³Finnbogadóttir H, Dykes A. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study made in southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:327. doi:10.1186/s12884-016-1122-6

⁵⁴Finnbogadóttir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson EK. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020 Sep 15;4:35.

⁵⁵Henriksen L, Garnweidner-Holme LM, Thorsteinsen KK, Lukasse M. ‘It is a difficult topic’ - a qualitative study of midwives’ experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):165. doi:10.1186/s12884-017-1352-2

⁵⁶Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov;18(36):158-70.

⁵⁷Stöckl H, Gardner F. Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany. *Cult Health Sex*. 2013;15(10):1206-20.

⁵⁸Van Parys AS, Deschepper E, Michielsens K, Temmerman M, Verstraelen H. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Aug 28;14:294.

⁵⁹Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Aug 17;16:228.

⁶⁰Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5):e1001452.

⁶¹Ribeiro MRC, Silva AAMd, Alves MTSSdBe, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, et al. (2017) Effects of Socioeconomic Status and Social Support on Violence against Pregnant Women: A Structural Equation Modeling Analysis. *PLoS ONE* 12(1): e0170469.

⁶²Adedayo Yemi Kofoworade et al. Family and clinical indicators of domestic violence among pregnant women in Ilorin, North-Central Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2022;41(1).

⁶³Zheng, B., Zhu, X., Hu, Z. et al. The prevalence of domestic violence and its association with family factors: a cross-sectional study among pregnant women in urban communities of Hengyang City, China. *BMC Public Health* 20, 620 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08683-9>

⁶⁴Doku, D.T., Asante, K.O. Women's approval of domestic physical violence against wives: analysis of the Ghana demographic and health survey. *BMC Women's Health* 15, 120 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0276-0>

⁶⁵Amel Barez M, Babazadeh R, Latifnejad Roudsari R, Mousavi Bazaz M, Mirzaii Najmabadi K. Women's strategies for managing domestic violence during pregnancy: a qualitative study in Iran. *Reprod Health*. 2022 Mar 2;19(1):58.

⁶⁶Huibregtse, M. E., Wallace, S., Ravi, M., Karra, S., McAfee, E. E., Hinojosa, C. A., Mekawi, Y., Powers, A., Michopoulos, V., & Lathan, E. C. (2024). The Relations Among Childhood Maltreatment and Later Intimate Partner Violence Victimization With and Without a Weapon in a Sample of Pregnant Black Individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 40(1-2), 101-120. <https://doi.org/10.1177/08862605241245386>

⁶⁷Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004 Jan;5(1):47-64. doi: 10.1177/1524838003259322. PMID: 15006296.

⁶⁸Khawaja, M., & Tyrer, P. (Eds.). (2023). *The Prevention and Management of Violence: Guidance for Mental Healthcare Professionals*. RCPsych Publications. Pp. 36-37.

⁶⁹Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reprod Health*. 2019 Feb 25;16(1):22.

⁷⁰Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, et al. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016;123:1289-99.

⁷¹World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> (accessed 15 January 2018)

⁷²National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management service guidance [NICE guidelines CG192]. London: NICE; 2014

⁷³National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health [NICE guidelines QS115]. London: NICE; 2016

⁷⁴Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jan;24(1):100-6.

⁷⁵Galbally M, Watson S, MacMillan K, Sevar K, Howard LM. Intimate partner violence across pregnancy and the postpartum and the relationship to depression and perinatal wellbeing: findings from a pregnancy cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2024 Oct;27(5):807-815.

⁷⁶Kiely M, El-Mohandes AAE, El-Khorazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010 Feb;115(2 Pt 1):273-283.

⁷⁷Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One*. 2014 Jan 17;9(1):e85084.

⁷⁸Schaefer LM, Howell KH, Sheddan HC, Napier TR, Shoemaker HL, Miller-Graff LE. The Road to Resilience: Strength and Coping Among Pregnant Women Exposed to Intimate Partner Violence. *JInterpersViolence*. 2021 Sep;36(17-18):8382-8408.

⁷⁹Peacock L, Puttaroo I, Tang BK, Thomson AB. Identifying, understanding and responding to domestic abuse in the perinatal period. *BJPsych Bulletin*. 2024;48(3):192-197. doi:10.1192/bjb.2023.19

⁸⁰O’ Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Revs* 2015; (7): CD007007.

⁸¹Khawaja, M., & Tyrer, P. (Eds.). (2023). *The Prevention and Management of Violence: Guidance for Mental Healthcare Professionals*. RCPsych Publications., p. 34.

⁸²<https://www.womensaid.org.uk/information-support/the-survivors-handbook/im-not-sure-if-my-relationship-is-healthy/>

⁸³<https://www.womensaid.org.uk/information-support/the-survivors-handbook/im-not-sure-if-my-relationship-is-healthy/>

⁸⁴Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 189 – 94.

⁸⁵Women ’ s Aid. Why Don ’ t Women Leave Abusive Relationships? Women ’ s Aid, 2020 (<https://www.womensaid.org.uk/information-support/what-is-domestic-abuse/women-leave/> [cited 5 Feb 2023])

⁸⁶Abd Aziz, N. N., Yazid, Z. N. A., Hazudin, S. F., Abd Wahid, N., & Ishak, M. WHY DO WOMEN CONTINUE TO PERSEVERE IN ABUSIVE RELATIONSHIPS?.

⁸⁷Özçakar, Nilgün, et al. “Domestic violence survivors and their experiences during legal process.” *Journal of forensic and legal medicine* 40 (2016): 1-7.

⁸⁸Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). Victims’ barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: A qualitative enquiry. *Journal of interpersonal violence*, 29(8), 1497-1513.

⁸⁹Abd Aziz, N. N., Yazid, Z. N. A., Hazudin, S. F., Abd Wahid, N., & Ishak, M. WHY DO WOMEN CONTINUE TO PERSEVERE IN ABUSIVE RELATIONSHIPS?.

⁹⁰<https://northlakebh.org/domestic-abuse-and-the-maternal-struggle-why-moth->

[ers-find-it-hard-to-leave/](#)

⁹¹Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho & Wood (2017)

⁹²Ellison, C. G., Trinitapoli, J. A., Anderson, K. L., & Johnson, B. R. (2007). Race/ethnicity, religious involvement, and domestic violence. *Violence against women*, 13(11), 1094-1112.

⁹³Finnbogadottir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson EK. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020;4:35.

⁹⁴Finnbogadottir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson EK. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020;4:35.

⁹⁵Australian Health Ministers’ Advisory Council 2012, *Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care - Module 1*. Australian Government Department of Health and Aging, Canberra.

⁹⁶O’Doherty L, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g2913. doi:10.1136/bmj.g2913

⁹⁷Finnbogadottir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson EK. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020;4:35.

⁹⁸World Health Organization (WHO). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization 2021.

⁹⁹Rayment-Jones, H., Silverio, S. A., Harris, J., Harden, A., & Sandall, J. (2020). *Project 20: Midwives’ insight into continuity of care models for women with social risk factors: what works, for whom, in what circumstances, and how*. *Midwifery*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102654>

¹⁰⁰Baird K, Salmon D, White P. A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery* 2013;29(8):1003-10.

¹⁰¹Webster J, Creedy D. Domestic violence – screening can be made acceptable to women. 2002.

¹⁰²Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: midwives' experiences. *Midwifery* 2015;31(5):498–504.

¹⁰³Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG* 2003;110(8):744–52. 17. Price S, Baird K. Tackling domestic violence. An audit of professional practice. *Pract Midwife* 2003;6(3):15.

¹⁰⁴Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery* 2005;21(4): 311–21.

¹⁰⁵Waalén, J, Goodwin, MM, Spitz, AM, Petersen, R, Saltzman, LE. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med* 2000; 19: 230–7.

¹⁰⁶<https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/38122?locale=el>

¹⁰⁷Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: midwives' experiences. *Midwifery* 2015;31(5):498–504.

¹⁰⁸Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG* 2003;110(8):744–52. 17. Price S, Baird K. Tackling domestic violence. An audit of professional practice. *Pract Midwife* 2003;6(3):15.

¹⁰⁹Eustace J, Baird K, Saito AS, Creedy DK. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth*. 2016 Dec;29(6):503-510.

¹¹⁰Finnbogadottir H, Torkelsson E, Christensen CB, Persson EK. Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *Eur J Midwifery*. 2020;4:35.

¹¹¹Eustace et al., 2016.

¹¹²Eustace et al., 2016.

¹¹³Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery* 2006;22(1):6–14.

¹¹⁴Miller, C. J., Adjognon, O. L., Brady, J. E., Dichter, M. E., & Iverson, K. M. (2021). Screening for intimate partner violence in health care settings: An implementation-oriented systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2. <https://doi.org/10.1177/26334895211039894> (Original work published 2021)

¹¹⁵World Health Organization (2013) Responding to partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.

¹¹⁶Rosario M. Román-Gálvez, Sandra Martín-Peláez, Borja M. Fernández-Félix, Javier Zamora, Khalid S. Khan, Aurora Bueno-Cavanillas. (2021). Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.738459/full>

¹¹⁷World Health Organization, 2011. Intimate partner violence during pregnancy. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-11.35>

¹¹⁸Romito P., Melato M. (edited by) (2017) Violence against women and minors: a guide for those who work in the field. Carocci Editori, Rome.

¹¹⁹Βλ. για παραδειγμα το Kenya Ministry of Health. (2021). Management of Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Training Manual for Health Care Providers. Division of Reproductive and Maternal Health. Sexual Violence Research Initiative. Retrieved from <https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-04-22/MoH%20IPV%20Curriculum.pdf> ή και το https://training.improдова.eu/el/training-modules-for-the-health-sector-el/module-2-indicators-for-domestic-violence-el/?utm_source=chatgpt.com

¹²⁰M McCredie M Moffat. Domestic Abuse in Pregnancy. October 2015. Maternity Domestic Abuse Sub Group. Wishaw General Hospital. <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/media/2220/domestic-abuse-in-pregnancy-june-2016.pdf>

¹²¹<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/identifying-understanding-and-responding-to-domestic-abuse-in-the-perinatal-period/3166B62AC93AA78204526D3DAAC5D890>

¹²²<https://nhssomerset.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/2/NHS-SOMERSET-ICB-Domestic-Abuse-Standard-Operative-Procedure-SOP.pdf>

¹²³<https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Domestic%20Violence%20Abuse%20in%20Maternity%20UHL%20Obstetric%20Guideline.pdf#page=7.08>

¹²⁴Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

¹²⁵Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

¹²⁶HEALTH INFORMATION AND QUALITY AUTHORITY 2016. National Standards for Safer Better Maternity Services. Dublin: HIQA.

¹²⁷GOODMAN, P. E. 2009. Intimate Partner Violence and Pregnancy. In: MITCHELL, C. & ANGLIN, D. (eds.) Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective. Oxford: Oxford University Press.

¹²⁸O'BRIEN GREEN, S, Domestic violence and pregnancy in Ireland: women's routes to seeking help and safety, Trinity College Dublin. School of Social Work & Social Policy, 2020. <http://www.tara.tcd.ie/handle/2262/91289>

¹²⁹Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

[cal-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/](#)

¹³⁰Menezes Cooper T (2013) Domestic violence and pregnancy: a literature review. *International Journal of Childbirth Education* 28(3): 30–34

¹³¹Williams H, Foster D, Watts P (2013) Perinatal domestic abuse: Midwives making a difference through effective public health practice. *British Journal of Midwifery* 21(12): 852–58

¹³²<https://rightdecisions.scot.nhs.uk/media/2220/domestic-abuse-in-pregnancy-june-2016.pdf#page=4.42>

¹³³Όπου αναφέρεται ανησυχία ή και ασφάλεια για την ίδια και τα παιδιά της, ο αναγνώστης μπορεί να λάβει υπόψη ότι αυτό μπορεί να αναφέρεται και σε άλλα σημαντικά μέλη της οικογένειας ή μπορεί να αναφέρεται σε παιδιά όλων των ηλικιών, ακόμα και σε έμβρυο που κυοφορείται. Η διατύπωση γίνεται με αυτόν τον τρόπο χάριν συντομίας.

¹³⁴<https://ekka.org.gr/index.php/el/programma-gia-thytes-endooikogeneiakis-vias>

¹³⁵Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

¹³⁶<https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/identifying-understanding-and-responding-to-domestic-abuse-in-the-perinatal-period/3166B62AC93AA78204526D3DAAC5D890>

¹³⁷Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

cal-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/

¹³⁸Webster J, Lawlor S, Kavanagh D, Breen A, Sheil O, McCarthy AM, O'Brien Green S, Kirby F, Leahy M. (2024). National Clinical Practice Guideline: Management of Domestic Violence and Abuse in Pregnancy. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/>
<https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in-obstetrics-and-gynaecology/>

¹³⁹<https://welshwomensaid.org.uk/news/understanding-victim-blaming-and-why-its-harmful-to-survivors/>

¹⁴⁰Camilla Pickles, 'Everything is Obstetric Violence Now': Identifying the Violence in 'Obstetric Violence' to Strengthen Socio-legal Reform Efforts, Oxford Journal of Legal Studies, Volume 44, Issue 3, Autumn 2024, Pages 616–644, <https://doi.org/10.1093/ojls/gqae016>

¹⁴¹Το Άρθρο 15 του Οργανικού Νόμου της Βενεζουέλας για το Δικαίωμα των Γυναικών σε μια Ζωή Ελεύθερη από Βία (2007) την ορίζει ως:
«την ιδιοποίηση του σώματος και των αναπαραγωγικών διαδικασιών των γυναικών από επαγγελματίες υγείας, η οποία εκφράζεται μέσα από απανθρωποποιημένη μεταχείριση, κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής και τη μετατροπή φυσιολογικών διεργασιών σε παθολογικές, με συνέπεια την απώλεια της αυτονομίας και της δυνατότητας ελεύθερης απόφασης για το σώμα και τη σεξουαλικότητά τους, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των γυναικών».

¹⁴²International Confederation of Midwives. Statement: Obstetric Violence and Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>

¹⁴³Special Rapporteur on violence against women and girls. Report on a human-rights based approach to mistreatment and obstetric violence during childbirth [Internet]. Ohchr.org. 2019 [cited 2024 Oct 24]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during>

¹⁴⁴Williams CR, Meier BM. Ending the abuse: the human rights implications of

obstetric violence and the promise of rights-based policy to realise respectful maternity care. Sex Reprod Health Matters [Internet]. 2019;27(1):1691899. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899>

¹⁴⁵International Confederation of Midwives. Statement: Obstetric Violence and Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>

¹⁴⁶Obstetric and gynaecological violence in the EU, p. 41.

¹⁴⁷Obstetric and gynaecological violence in the EU, p. 81-82.

¹⁴⁸Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. J Pers Med. 2022 Jun 30;12(7):1090.

¹⁴⁹A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence [Internet]. 2019 Jul. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n19/213/27/pdf/n1921327.pdf>

¹⁵⁰International Confederation of Midwives. Statement: Obstetric Violence and Mistreatment and Violence Against Women in Reproductive Health Services. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>

¹⁵¹Schantz C, Quattrocchi P, van der Waal R, Villarme S, Rozée V. Obstetric violence: abuse during childbirth is widespread, but the first step to fighting it is naming it. The Conversation [Internet]. 2024 Oct 2 [cited 2024 Oct 24]; Available from: <http://theconversation.com/obstetric-violence-abuse-during-childbirth-is-widespread-but-the-first-step-to-fighting-it-is-naming-it-235161>

¹⁵²Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. J Pers Med. 2022 Jun 30;12(7):1090.

¹⁵³Savage, V.; Castro, A. Measuring Mistreatment of Women During Childbirth: A Review of Terminology and Methodological Approaches. Reprod. Health 2017, 14, 138.

¹⁵⁴Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med.* 2022 Jun 30;12(7):1090.

¹⁵⁵Santos, M.J.D.S.; Neves, D.M. A Manifest against the Homogenisation of Childbirth Experiences: Preserving Subjectiveness in a Large Dataset of the «Babies Born Better» Survey. *Soc. Sci.* 2021, 10, 388.

¹⁵⁶Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med.* 2022 Jun 30;12(7):1090.

¹⁵⁷World Health Organisation. Statement on the Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth, World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2015.

¹⁵⁸World Health Organization.WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience;World Health Organization: Geneve, Switzerland, 2018. Available online: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf> (accessed on 20 June 2022).

¹⁵⁹OVOItalia. Doxa-OVOItalia Survey, 2017, Doxa-OVOItalia Survey | Observatory on Obstetric Violence Italy (OVOItalia) ([wordpress.com](http://www.observatoryonobstetricviolence.com))

¹⁶⁰Brunello, S., Gay Berthomi-eu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., & Rozee, V. (2024). Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination (Study PE 761.478). Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, European Parliament, p. 15. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)

¹⁶¹Αυτόθι, σελ. 17.

¹⁶²Αυτόθι, σελ. 17.

¹⁶³conjunt de la Societat Catalana, C. d'Obstetrícia i Ginecologia (SCOG) i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) sobre la 'violència obstètrica'[Internet]. 2020, στοObstetric and gynaecological violence in the EU

¹⁶⁴Yalley, A. A., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., & Kömürçü-Akik, B. (2024). Address-

ing obstetric violence: A scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Frontiers in Public Health*, 12, 1388858. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>

¹⁶⁵World Health Organization. (2014, September 3). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth (WHO/RHR/14.23). WorldHealthOrganization

¹⁶⁶Delellis A. J. (2000). Respect in the perinatal experience. *The Journal of perinatal education*, 9(4), viii-xii. <https://doi.org/10.1624/105812400X87842>

¹⁶⁷World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

¹⁶⁸Με τον Ν. 4531/2018, ενσωματώθηκε η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης, διευρύνοντας την έννοια της οικογένειας ώστε να περιλαμβάνει τα μέρη συμφώνου συμβίωσης.

¹⁶⁹<https://www.astynomia.gr/odigos-tou-politi/chrisimes-symvoules/endooikogeneiaki-via/>

¹⁷⁰<https://www.astynomia.gr/file/2024/07/Grafeia-Domestic-Violence-thlephona.pdf>

¹⁷¹<https://minscfa.gov.gr/isotita-ton-fylon/diktyo-domon-gia-gynaikes-thymata-vias/>

¹⁷²Οι αιτήσεις θα υποβάλλονται αποκλειστικά ηλεκτρονικά μέσω της gov.gr με τους κωδικούς TAXISnet, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <https://www.gov.gr/ipresies/ergasia-kai-asphalise/anergia/eidiko-boethema-se-eualotes-koinonikes-omades>

¹⁷³<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

¹⁷⁴<https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention>

¹⁷⁵<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

¹⁷⁶<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

¹⁷⁷https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_30-en.pdf

¹⁷⁸<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

¹⁷⁹ Δουμπράβκα Σιμονόβιτς, με τίτλο: «A human rights based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services, with a focus on childbirth and obstetric violence» (2019, Σύμβολο A/74/137)

¹⁸⁰<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/widespread-violence-and-mistreatment-women-childbirth-are-human-rights>

¹⁸¹https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf

¹⁸²https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ell

¹⁸³<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=LEGIS-SUM:4751709>

¹⁸⁴ Informed Refusal: Toward a Justice Based Bioethics” Science, Technology & Human Values, τόμος 41, τεύχος 6, σελ. 967 990, δημοσιευμένο στις 1 Νοεμβρίου 2016.

¹⁸⁵ Informed Refusal: Toward a Justice Based Bioethics” Science, Technology & Human Values, τόμος 41, τεύχος 6, σελ. 967 990, δημοσιευμένο στις 1 Νοεμβρίου 2016

Φωτογραφικό υλικό:

Εξώφυλλο: Άννα Καλοζούμη (Merlot Design)

Σελ. 10: Furkan Elveren

Σελ. 24: Aayan Garg

Σελ. 32: Cottonbro Studio

Σελ. 42: Alexander Krivitskiy

Σελ. 56: Frank Alarcon

Σελ. 68: Sean Nufer

Σελ. 76: Martino Pietropoli

ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΗ ΟΜΑΔΑ / ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΑ

Μαρία Δάγλα

Η Μαρία Ι. Δάγλα είναι Καθηγήτρια στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.). Είναι απόφοιτος του Τμήματος Μαιευτικής του Τ.Ε.Ι. Αθήνας (2002), του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (Μ.Δ.Ε.) στη «Βιοηθική» (2007), της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Μ.Δ.Ε. «Εφαρμοσμένη Δημόσια Υγεία» και Διδάκτωρ του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης στη «Βιοηθική» (2015). Είναι Αντιπρόεδρος του Τμήματος Μαιευτικής του ΠΑ.Δ.Α., μέλος στη Συντονιστική Επιτροπή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Τμήματος Μαιευτικής, ιδρυτικό μέλος και Διευθύντρια του ερευνητικού εργαστηρίου «Μαιευτικής Φροντίδας κατά την Κύηση και τη Λοχεία - Μητρικός Θηλασμός» του Τμήματος Μαιευτικής του ΠΑ.Δ.Α και επιστημονική/ακαδημαϊκή υπεύθυνη σε δυο επιμορφωτικά προγράμματα του Κέντρου Δια Βίου Μάθησης και Επιμόρφωσης του ΠΑ.Δ.Α. με τίτλο: α) “Εξειδικευμένη Εκπαίδευση στη Συμβουλευτική και Υποστήριξη στο Μητρικό Θηλασμό” και β) “Η Τέχνη της Γονεϊκότητας: Αναπτύσσοντας Δεξιότητες και Σχέσεις τις πρώτες 1000 μέρες της ζωής”. Επίσης, είναι συνιδρύτρια και Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της ΑμΚΕ «Φαιναρέτη». Η κ. Μ. Δάγλα διαθέτει μακρόχρονη εμπειρία ως μαία (παροχή περιγεννητικής φροντίδας), ενώ από το 2003 έως και σήμερα έχει διδάξει πλήθος κλινικών και θεωρητικών μαθημάτων στο αντικείμενό της σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Το δημοσιευμένο και ερευνητικό της έργο (αυτοδύναμο και μη) αποτυπώνεται σε έναν αξιόλογο αριθμό δημοσιευμένων ερευνητικών άρθρων σε διεθνούς κύρους επιστημονικά περιοδικά, με σύστημα κριτών, σε δημοσιευμένα πρακτικά πολυάριθμων διεθνών και εθνικών συνεδρίων και σε ένα μεγάλο αριθμό ετεροαναφορών.

Δέσποινα Καραγιάννη

Η Δέσποινα Καραγιάννη είναι Κλινική Ψυχολόγος, Ψυχαναλύτρια, μέλος της Ελληνικής Εταιρείας της Νέας Λακανικής Σχολής, της NLS - New Lacanian School of Psychoanalysis και της WAP - World Association of Psychoanalysis. Σπούδασε Ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και στη συνέχεια ολοκλήρωσε το τριετές Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ειδίκευσης στην Κλινική Ψυχολογία, στο ίδιο

Πανεπιστήμιο. Έλαβε υποτροφία για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής και το 2015 έγινε Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η διπλωματική της εργασία και η διδακτορική της διατριβή αφορούν τις ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο.

Εργάστηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σάμου και στο Κέντρο Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία. Από το 2008 εργάζεται στο Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές), ενώ από τον Ιούνιο του 2013 είναι Επιστημονική Υπεύθυνη, συντονίζοντας και εποπτεύοντας τις εργασίες της Διεπιστημονικής Ομάδας. Τα τελευταία χρόνια διδάσκει στην Ακαδημία Κλινικών Σπουδών της Αθήνας και στον Ψυχαναλυτικό κύκλο της Θεσσαλονίκης του Ινστιτούτου του Φροϋδικού Πεδίου, ενώ συμμετέχει ως προσκεκλημένη εισηγήτρια στο τμήμα Ψυχολογίας, στο Πάντειο, στο μεταπτυχιακό Κλινικής Ψυχολογίας, στο μεταπτυχιακό Ψυχοθεραπειών του Αιγινήτειου, καθώς και στο ΚΕ.ΔΙ.ΒΙΜ. του πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Εποπτεύει επίσης προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας.

Θοδωρής Ζέης

Ο Θοδωρής Ζέης έχει σπουδάσει Νομική στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιστορία των Θεσμών στο Πανεπιστήμιο Παρισιού (Sorbonne) και Εκπαίδευση Ενηλίκων στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Εργάζεται ως δικηγόρος και νομικός σύμβουλος, παρέχοντας νομικές υπηρεσίες σε ωφελούμενους της ΜΚΟ Solidarity Now στην Αθήνα, ως εθελοντής στο Νομικό Τμήμα του Khora Community Center και ως συνεργάτης – νομικός σύμβουλος της ΕΠΑΝΟΔΟΥ, φορέα εποπτευόμενου από το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη, με αντικείμενο τη νομική υποστήριξη αποφυλακισμένων. Στο παρελθόν έχει συνεργαστεί με οργανώσεις όπως η ΑΡΣΙΣ, η ΔΙΟΤΙΜΑ, το Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας και το Συμβουλευτικό Κέντρο Κακοποιημένων Γυναικών, παρέχοντας νομική συνδρομή σε μετανάστες/τριες, πρόσφυγες/ισσες και γυναίκες θύματα έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας. Έχει συμμετάσχει ως ερευνητικός συνεργάτης σε εθνικά και ευρωπαϊκά ερευνητικά προγράμματα, μεταξύ των οποίων το πρόγραμμα «LEX-OPERATORS ALL TOGETHER FOR WOMEN VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE (LEXOP)» (2011–2013), το έργο «Female Migration in Greece – FEMINT-GR» του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (2009–2010) και το διακρατικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Integration of female immigrants in labour market and society – FEMIPOL», στο πλαίσιο του 6ου Προγράμματος Πλαισίου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ως μέλος της ελληνικής ερευνητικής ομάδας. Είναι μέλος επιτροπών αξιολόγησης του Υπουργείου απασχόλησης

και του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (ΕΟΠΠΕΠ) σε θέματα δομών, έργων, εκπαιδευτών/τριών και προσωπικού φορέων που υλοποιούν δράσεις κατά του κοινωνικού αποκλεισμού. Είναι εγγεγραμμένος στο κύριο Μητρώο Εκπαιδευτών/τριών του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΚΔΔΑ) και υπήρξε ιδρυτικό μέλος της Εταιρίας Διαπολιτισμικών Σπουδών, με στόχο την προώθηση της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, της υποστηριζόμενης αυτομόρφωσης και της άτυπης δια βίου μάθησης. Έχει επίσης εκπαιδευτεί στις Βασικές Αρχές Διεργασίας Ομάδας (Β.Α.Δ.Ο.) και στον Συντονισμό Ομάδων, στο Process Work Hub (2018-2022)

Μαρίνα Κάντα

Η Μαρίνα Κάντα είναι δικηγόρος με μεταπτυχιακές σπουδές στο Εμπορικό και Εταιρικό Δίκαιο στο London School of Economics and Political Science (LSE) και περισσότερα από 20 έτη άσκησης δικηγορίας. Ξεκίνησε την επαγγελματική της πορεία στον χώρο του εταιρικού δικαίου, εργαζόμενη στη δικηγορική εταιρεία «Φορτσάκης, Διακόπουλος, Μυλωνογιάννης & Συνεργάτες», καθώς και στον τραπεζικό τομέα. Από το 2016 έχει στραφεί συστηματικά στον τομέα της προστασίας δικαιωμάτων, αναλαμβάνοντας τη θέση της Υπεύθυνης Συνηγορίας και της Συντονίστριας της Νομικής Υπηρεσίας στο SolidarityNow. Διαθέτει εκτενή και εξειδικευμένη εμπειρία στην υποστήριξη ευάλωτων ομάδων, ιδίως προσφύγων και μεταναστριών/μεταναστών, καθώς και επιζωσών έμφυλης και ενδοοικογενειακής βίας, με έμφαση στα δικαιώματα πολιτών τρίτων χωρών, την αναγνώριση της ευαλωτότητας και την πρόσβαση σε αποτελεσματική έννομη προστασία. Έχει υπάρξει εισηγήτρια σε ημερίδες και εκπαιδευτικές δράσεις, μεταξύ άλλων στον Δικηγορικό Σύλλογο Αθηνών, και έχει συγγράψει εκπαιδευτικά και πρακτικά εργαλεία σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, όπως την εργαλειοθήκη (toolkit) του European Court of Justice (ECJ) για τη μετάβαση στην ενηλικίωση των ασυνόδευτων ανήλικων καθώς και εργασιακό οδηγό που εξέδωσε το SolidarityNow και προορίζεται για εργοδότες, όπου αναλύονται οι άδειες διαμονής που επιτρέπουν την πρόσβαση στην εργασία. Έχει συμμετάσχει ενεργά σε ευρωπαϊκά και διεθνή δίκτυα και φορείς, όπως το European Union Agency for Asylum (EUAA) και το Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM).

Ευαγγελία Αντωνίου

Η Ευαγγελία Αντωνίου διετέλεσε Καθηγήτρια στο Τμήμα Μαιευτικής, στη Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), μέχρι την αφυπηρέτησή της το 2024. Έχει αποκτήσει Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στη Δημόσια Υγεία και είναι διδάκτωρ του Παντείου

Πανεπιστημίου με αντικείμενο τη μελέτη της ενδοοικογενειακής βίας κατά την εγκυμοσύνη. Ήταν μέλος της Συντονιστικής Επιτροπής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Έρευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή» (2018-2022) και διετέλεσε διευθύντρια του ερευνητικού «Εργαστηρίου Μαιευτικής Φροντίδας κατά την Προγεννητική και Μεταγεννητική Περίοδο – Θηλασμός» από 13/06/2019 έως 29/03/2024. Είναι συνιδρύτρια και Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Αστική μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας «Φαιναρέτη». Διαθέτει εκτενή κλινική εμπειρία σε δημόσιες και ιδιωτικές μαιευτικές δομές, παρέχοντας υπηρεσίες μαιευτικής φροντίδας κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία, καθώς και φροντίδα γυναικών που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία. Έχει δημοσιεύσει ερευνητικά άρθρα και ανασκοπήσεις με μεγάλο αριθμό αναφορών και έχει συγγράψει (ως συγγραφέας και συν-συγγραφέας) 21 βιβλία. Είναι κριτής σε πολλά επιστημονικά περιοδικά. Έχει συμμετάσχει σε πλήθος ευρωπαϊκών χρηματοδοτούμενων και συγχρηματοδοτούμενων έργων, σε ορισμένα από τα οποία είχε τον ρόλο της Επιστημονικής Υπεύθυνης.



ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ
ΕΜΦΥΛΗ ΒΙΑ

Φορέας υλοποίησης



Εταίρος



Με τη συγχρηματοδότηση

