



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος:
Η Βία κατά των Γυναικών και ο Ρόλος των
Δημόσιων Δομών Υγείας**

**ΤΜΗΜΑ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ:
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας**

Επιβλέπουσα: Ματίνα Χ. Παπαγιαννοπούλου

Σπουδαστής: Ανδρέας Τσαούσης

ΑΘΗΝΑ - 2018

ΕΣΔΔΑ

Ανδρέας Τσαούσης

© 2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 12/12/2018

Ανδρέας Τσαούσης

Υπογραφή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται το ζήτημα της βίας κατά των γυναικών και τον ρόλο που οι δημόσιες δομές υγείας θα πρέπει να επιτελέσουν για μια αποτελεσματική πρόληψη και καταπολέμηση του φαινομένου. Στόχος της μελέτης αποτελεί η ανάδειξη της σπουδαιότητας του τομέα της υγείας και της αναγκαιότητας ανάπτυξης στοχευμένων δράσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. δημιουργία διατομεακού μηχανισμού συντονισμού, επιμόρφωση/ευαισθητοποίηση επαγγελματιών υγείας, ερευνητικές εστιάσεις, εκπόνηση πρωτοκόλλων και εξειδικευμένων εργαλείων, διάθεση πόρων κ.λπ.), καθώς η βία κατά των γυναικών αναγνωρίζεται πλέον ως ένα σοβαρό και εκτεταμένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, με σημαντικές συνέπειες σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε, περιλαμβάνει την ανασκόπηση σχετικής διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, αντλώντας υλικό από διαδικτυακές πηγές, και κυρίως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και άλλους διεθνείς οργανισμούς (π.χ. ΟΗΕ, κ.ά.), έτσι ώστε να εξεταστούν βασικές κατευθυντήριες γραμμές, πλάνα πρόληψης, στρατηγικές κατευθύνσεις και γενικές πολιτικές προσέγγισης. Η διερεύνηση του θέματος έδειξε ότι η βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που χρήζει περαιτέρω ανάπτυξης ενός ολιστικού πλαισίου πρόληψης και πολυτομεακής αντιμετώπισης, καθώς οι κακοποιημένες γυναίκες συχνά απευθύνονται στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ή/και δευτεροβάθμιας παροχής φροντίδας, πριν αναζητήσουν βοήθεια σε κάποια κοινωνική υπηρεσία ή υποστηρικτική δομή ή πριν καταφύγουν στις δικαστικές και αστυνομικές αρχές. Μια έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος δύναται να μειώσει τις σοβαρές συνέπειες και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα (επανα)θυματοποίησης αυτών των γυναικών. Συνεπώς, είναι επιτακτική η ανάγκη να θεσπιστούν προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Λέξεις-κλειδιά: Βία κατά Γυναικών, Έμφυλη Βία, Σύστημα Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ισότητα των Φύλων

SUMMARY

The present study addresses the issue of violence against women and the role that public health structures should play in preventing and combating the phenomenon effectively. The aim of the study is to highlight the importance of health sector and the need of targeted actions to be developed in the health care system (e.g. creating a cross-sectoral coordination mechanism, training health professionals, conducting research/studies, developing protocols and specialized tools, etc.), as violence against women is now recognized as a serious and far-reaching public health problem, with considerable personal and social consequences. The adopted methodology includes the review of relevant international and Greek literature, drawing material from online sources, and in particular from the World Health Organization and other international organizations (e.g. UN, etc.), in order to examine guidelines, prevention plans, strategic interventions and general approach policies. The essays shows that violence against women is a multifactorial phenomenon that requires further development of a holistic framework for prevention and multidisciplinary treatment, as abused women often turn to primary and/or secondary care services, before seeking help in social services or supportive structures or before addressing to judicial and police authorities. A valid and early recognition of the problem could reduce the serious consequences and minimize the possibility of these women to be revictimized. It is, therefore, necessary early detection and effective intervention programs to be established and developed.

Keywords: Violence against Women (VAW), Gender Based Violence (GBV), Health System, Health Professionals, World Health Organization (WHO), Gender Equality

Η Βία κατά των Γυναικών και ο Ρόλος των Δημόσιων Δομών Υγείας

«Η βία κατά των γυναικών είναι ίσως η πιο επαίσχυντη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δεν κάνει διαχωρισμό μεταξύ συνόρων, πολιτισμών ή πλούτου. Όσο συνεχίζεται, δεν μπορούμε να ισχυριζόμαστε ότι κάνουμε ουσιαστική πρόοδο προς την ισότητα, την ανάπτυξη και την ειρήνη.»

(4^η Παγκόσμια Διάσκεψη Γυναικών στο Πεκίνο, ΟΗΕ, 1995)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΜΕΡΟΣ Α΄ Η ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12
I. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13
1. Ορισμοί και εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	13
2. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερμηνείες	18
2.1 Ατομικές θεωρίες	18
2.2 Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης	19
2.3 Κοινωνικές και πολιτισμικές θεωρίες	20
2.4 Φεμινιστικές θεωρίες	21
2.5 Το κοινωνικό οικολογικό μοντέλο	22
II. Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	24
1. Ερευνητικά δεδομένα σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο	25
1.1 Έκταση του προβλήματος σε διεθνές επίπεδο	25
1.2 Έκταση του προβλήματος σε επίπεδο ΕΕ	27
2. Η έκταση της βίας κατά των γυναικών σε εθνικό επίπεδο	28
III. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	30
ΜΕΡΟΣ Β΄ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	34
I. ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΥΛΗΣ ΒΙΑΣ	35
1. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας	35
2. Ανασταλτικοί παράγοντες για μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος δημόσιας υγείας	36
II. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ	38
1. Κατευθυντήριες αρχές για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τις γυναίκες	38
2. Δημιουργία κλινικών πρωτοκόλλων και τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας για την παροχή υπηρεσιών	42
3. Διαδικασίες έγκαιρου εντοπισμού της βίας κατά των γυναικών	44

III. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	46
ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι διεθνείς πολιτικές για τα ανθρώπινα δικαιώματα σιωπούσαν σχετικά με το θέμα της βίας κατά των γυναικών, δημιουργώντας ένα μεγάλο κενό που δεν επέτρεπε την ανάδειξη και την ανάλογη πρόληψη και αντιμετώπιση του εκτεταμένου και σοβαρού αυτού φαινομένου. Μόλις το 1979, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών ενέκρινε τη *Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW)* (United Nations, 1979), η οποία συχνά αναφέρεται ως η Διεθνής Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Γυναικών. Η σημασία μιας τέτοιας Διακήρυξης ήταν σημαντική, καθώς αν και υπήρχαν γενικές συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι έμφυλες διακρίσεις εξακολουθούσαν να υφίστανται σε παγκόσμιο επίπεδο. Εν τούτοις, η CEDAW δεν περιείχε ειδική διάταξη σχετικά με τη βία κατά των γυναικών και ένας λόγος για αυτό ήταν επειδή μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η βία κατά των γυναικών και ιδιαίτερα η ενδοοικογενειακή βία, δεν θεωρούνταν νομικό θέμα που σχετιζόταν με την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ωστόσο, το 1992, η Επιτροπή CEDAW, όργανο υπεύθυνο για την παρακολούθηση της εφαρμογής της Σύμβασης, διευκρίνισε ότι η βία κατά των γυναικών βάσει φύλου αποτελεί μορφή διάκρισης και επομένως καλύπτεται από τη Σύμβαση.

Μελετώντας το πρόβλημα της βίας κατά των γυναικών διαπιστώνεται ότι πρόκειται περί ενός παγκόσμιου, διαχρονικού, πολύπλοκου φαινομένου, με πολλές και διάφορες μορφές και είδη, που πλέον προσελκύει το ενδιαφέρον του κοινού, μελετητών/-τριών και επιστημονικών κοινοτήτων, φορέων και δομών που δραστηριοποιούνται σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Στις σύγχρονες κοινωνίες, παρατηρείται η αδιάλειπτη ύπαρξη της βίας κατά των γυναικών, ως φαινομένου και προβλήματος, καθώς και μια συνεχιζόμενη διάκριση των φύλων που οδηγεί σε ανισότητες, μέσα από τη συχνή αποδοχή παραδοσιακών και διαχρονικά κατασκευασμένων κανόνων και προσκόλληση σε αντίστοιχους κοινωνικούς ρόλους, που ως επί το πλείστον τοποθετούν τους άνδρες σε θέση ισχύος και επιβολής εξουσίας έναντι των γυναικών. Η βία κατά των γυναικών, κάθε ηλικίας, λαμβάνει χώρα καθημερινά, παίρνοντας διάφορες μορφές σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο και το εύρος της, κρυφό ή φανερό, θεωρείται και υπολογίζεται ως ιδιαίτερος μεγάλο. Πρόκειται περί διαδεδομένης και καταστροφικής παραβίασης των

θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων του γυναικείου φύλου και συμβαίνει ανεξάρτητα από την κοινωνική προέλευση, την κοινωνική τάξη, την οικονομική κατάσταση, την εθνική ή θρησκευτική ταυτότητα του δράστη και του θύματος. Έτσι, εμποδίζει με αυτόν τον τρόπο, την πλήρη συμμετοχή και ένταξη των γυναικών, όλων των ηλικιών, σε κάθε τομέα της κοινωνίας - πολιτικό, κοινωνικό, πολιτιστικό και οικονομικό. Η βία που βάζει δυσανάλογα τις γυναίκες θίγει το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα της ισότητας, αποτελώντας εμπόδιο στην επίτευξη της ουσιαστικής ισότητας των φύλων και στη χειραφέτησή τους, προσβάλλοντας παράλληλα και άλλα θεμελιώδη δικαιώματα όπως η αξιοπρέπεια, η πρόσβαση στη δικαιοσύνη κ.λπ.

Η φαινομενολογία της βίας κατά των γυναικών καταδεικνύει τη συχνότητα, τη συστηματικότητα και την πολυπλοκότητα της κακοποίησής τους (παρατηρούνται *είδη βίας*, όπως: αιμομιξία, βιασμός εντός και εκτός γάμου, σεξουαλική παρενόχληση στους χώρους εργασίας και εκπαίδευσης, βία κατά ηλικιωμένων γυναικών, trafficking κ.ά., και *μορφές βίας*, όπως: σωματική, ψυχολογική, λεκτική και σεξουαλική κακοποίηση, κοινωνικός έλεγχος και οικονομική αποστέρηση), γεγονός που απαιτεί την ανάπτυξη ενός πολυ-επίπεδου και πολυ-τομεακού πλαισίου πρόληψης και αντιμετώπισης. (Παπαγιαννοπούλου, 2005: 119). Συνεπακόλουθα, σε γενικότερο επίπεδο, θίγεται ο θεσμός της δημοκρατίας, δυσκολεύεται η επίτευξη της βιώσιμης οικονομικής ανάπτυξης και οξύνονται οι έμφυλες ανισότητες και τα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σημερινές κοινωνίες, *καθιστώντας, έτσι, το ζήτημα αυτό ως ένα αρκετά περίπλοκο και κεφαλαιώδες για τις κοινωνίες μας πρόβλημα*. Ως εκ τούτου, για την αντιμετώπισή του απαιτείται εναργής, ουσιαστική και συνεχής συνεργασία και συμμετοχή φορέων, πολιτών και κοινωνιών σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών, η οποία επιφέρει αρνητικές συνέπειες στις γυναίκες και την υγεία τους, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο εν γένει, απαιτεί την κινητοποίηση πολλών τομέων και επιπέδων. Ο ρόλος, που το σύστημα και οι δημόσιες δομές υγείας¹ πρέπει να επιτελέσουν για την πολυεπίπεδη και πολυτομεακή πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού, είναι κομβικός και κεφαλαιώδους σημασίας. Όντας η κύρια πύλη εισόδου των

¹ Εκατοντάδες γυναίκες και παιδιά, θύματα ενδοοικογενειακής βίας, επισκέπτονται κάθε χρόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τις υπηρεσίες του, αναζητώντας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα, δίχως να καταγγείλουν τα αδικήματα που έχουν υποστεί (ΓΓΙΦ, 2018).

θυμάτων/επιζήσασων βίας² στο σύστημα, πρέπει να καταστεί σαφές και να γνωστοποιηθεί στην κοινωνία ότι οι δημόσιες δομές υγείας μπορούν να αποτελέσουν όχι μόνο εργαλείο για την ιατρική αντιμετώπιση των περιστατικών βίας, αλλά και αποτελεσματικό μέσο για την επιτυχή πρόληψη και καταπολέμηση του προβλήματος.

Για τη διαπραγμάτευση του θέματος, η παρούσα εργασία στηρίχθηκε σε ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας γύρω από το ζήτημα, αντλώντας υλικό από διαδικτυακές πηγές, και κυρίως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και άλλους διεθνείς οργανισμούς (ΟΗΕ, κ.λπ.). Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη της μελέτης διαδραμάτισαν διεθνείς συμβάσεις, εκδοθείσες κατευθυντήριες οδηγίες, πρωτόκολλα διαδικασιών, καθώς και σχετικές νομικές διατάξεις.

Η διάρθρωση της εργασίας περιλαμβάνει δύο βασικά μέρη. Στο *πρώτο μέρος* αναλύεται η φαινομενολογία της βίας κατά των γυναικών, με εστίαση στην αποσαφήνιση ορισμών και εννοιών (1^ο κεφάλαιο), στις θεωρητικές προσεγγίσεις και ερμηνείες που έχουν αναπτυχθεί (2^ο κεφάλαιο), καθώς και στην έκταση του φαινομένου σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο (3^ο κεφάλαιο). Επίσης, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της έμφυλης βίας τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (4^ο κεφάλαιο).

Σε ότι αφορά στο *δεύτερο μέρος*, γίνεται ανάλυση του ρόλου του τομέα της υγείας στην αντιμετώπιση της έμφυλης βίας, με έμφαση στην καταγραφή ορισμένων ανασταλτικών παραγόντων για μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος δημόσιας υγείας (1^ο κεφάλαιο), και αναλύεται το δεοντολογικό πλαίσιο και οι κατευθυντήριες αρχές για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας με επίκεντρο τις γυναίκες, διαμέσου τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας που δύναται να συμβάλουν στην αποτελεσματική στήριξη των κακοποιημένων γυναικών (2^ο κεφάλαιο). Στη συνέχεια, παρουσιάζονται στρατηγικές κατευθύνσεις και γενικές πολιτικές προσέγγισης του ζητήματος από το σύστημα υγείας (3^ο κεφάλαιο). Τέλος, η

² Ο όρος θύμα(τα) / επιζώσα(ες) αναφέρεται σε άτομα ή ομάδες ατόμων που έχουν υποστεί σεξουαλική βία ή βία που βασίζεται στο φύλο. Ενώ τα θύματα πρέπει να αντιμετωπίζονται με κατανόηση και προσοχή, η αναφορά σε αυτά ως επιζήσασες αναγνωρίζει τη δύναμη και τη δυνατότητα ανάκαμψής τους. Ωστόσο, κάποιες φορές, το θύμα σεξουαλικής βίας ή βίας που βασίζεται στο φύλο, παραμένει θύμα παρά τις εκάστοτε προσωπικές προσπάθειες και την όποια εξωτερική υποστήριξη. Σε συγκεκριμένα νομικά πλαίσια, ο όρος θύμα είναι αρμόζων και / ή αναγκαίος ούτως ώστε να εμπίπτει στους σχετικούς νόμους κατά την απαίτηση νόμιμης αποζημίωσης. Σε μη-νομικά πλαίσια, ωστόσο, η λέξη θύμα ενδέχεται να υπονοεί αδυναμία και να στιγματίζει το άτομο. Οι χαρακτηρισμοί αυτοί θα πρέπει, βέβαια, να αποφεύγονται από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Λαμβανομένων, όμως, υπόψη όλων των παραπάνω, χρησιμοποιούνται και οι δύο όροι κατά περίπτωση (Υπατη Αρμοστεία ΟΗΕ, 2003: 9).

εργασία ολοκληρώνεται με την εξαγωγή συμπερασμάτων και προτάσεων που προέκυψαν από τη μελέτη και την επισκόπηση του θέματος.

ΜΕΡΟΣ Α΄

Η ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ



I. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

1. Ορισμοί και εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

Το 1993 υιοθετείται από τον ΟΗΕ η **Διακήρυξη για την Εξάλειψη της Βίας κατά των Γυναικών (CEDAW)**³ (United Nations, 1993), κατά την οποία ορίζεται η βία κατά των γυναικών ως (άρθρο 1):

«οποιαδήποτε πράξη έμφυλης βίας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα ή είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βλάβη ή πόνο στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών για τέτοιες πράξεις, του εξαναγκασμού, ή της αυθαίρετης στέρησης της ελευθερίας, είτε συμβαίνει στη δημόσια είτε στην ιδιωτική ζωή».

Το 1995, πραγματοποιήθηκε στο Πεκίνο η **4^η Παγκόσμια Διάσκεψη του ΟΗΕ για τις γυναίκες** με έμβλημα: «Ισότητα, Ανάπτυξη, Ειρήνη», στο πλαίσιο της οποίας εγκρίθηκαν η **Διακήρυξη του Πεκίνου** και η **Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου (Beijing Declaration and Platform for Action)** (United Nations, 1995). Στη Διακήρυξη και την Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου, η βία κατά των γυναικών αποτελεί έναν από τους δώδεκα τομείς προτεραιότητας που συνιστούν εμπόδιο στην προώθηση της ισότητας των φύλων και απαιτούν ειδική δράση. Επισημαίνεται ότι είναι: «η έκφραση της ιστορικά διαπιστωμένης ανισότητας στις σχέσεις εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών, που οδήγησε στην κυριαρχία των ανδρών επί των γυναικών και στις διακρίσεις κατά των γυναικών» (παρ. 118). Επίσης, η βία κατά των γυναικών αποτελεί εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων της ισότητας, της ανάπτυξης και της ειρήνης και παραβίαση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών τους, καθώς τις παρεμποδίζει να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και τις ελευθερίες (παρ. 112).

Έτσι, σύμφωνα με τη Διακήρυξη και την Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου (United Nations, 1995), δίνεται μια πρώτη **τυπολογία** της βίας κατά των γυναικών, η οποία περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται στη σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική βία: α) που συμβαίνει στην **οικογένεια** (π.χ. συζυγικός βιασμός, σεξουαλική κακοποίηση των κοριτσιών, ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων κ.ο.κ.), β) που συμβαίνει στην **ευρύτερη κοινότητα** (π.χ. βιασμός, σεξουαλική κακοποίηση, σεξουαλική παρενόχληση στην εργασία, σε εκπαιδευτικά

³ ΟΗΕ, Απόφαση 48/104, 20.12.1993

ιδρύματα κ.α., trafficking, καταναγκαστική πορνεία κ.λπ.), γ) που **διαπράττεται ή παραβλέπεται από την Πολιτεία** (παρ.113). Επιπλέον πράξεις βίας περιλαμβάνουν την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών σε καταστάσεις ένοπλων συγκρούσεων (π.χ. δολοφονίες, συστηματικοί βιασμοί, σεξουαλική δουλεία, εξαναγκαστική εγκυμοσύνη κ.λπ.) (παρ.114) ή/και πράξεις όπως: η εξαναγκαστική στέρωση και άμβλωση, η καταναγκαστική χρήση αντισυλληπτικών κ.λπ. (παρ. 115). Αναγνωρίζεται ότι **ορισμένες ομάδες γυναικών** είναι ιδιαίτερος ευάλωτες στη βία (π.χ. γυναίκες που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες, πρόσφυγες, μετανάστριες, μετανάστριες εργάτριες, γυναίκες σε φτώχεια που ζουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες κοινότητες, φτωχές γυναίκες, γυναίκες σε ιδρύματα ή κρατητήρια, κορίτσια, γυναίκες με αναπηρίες, ηλικιωμένες ή/και γυναίκες που ζουν σε καταστάσεις ένοπλων συγκρούσεων) (παρ. 114).

Επιπλέον, στο Ψήφισμα της Παγκόσμιας Υγειονομικής Συνέλευσης (WHA, 49.25) του 1996, τονίστηκε ότι η βία αποτελεί κυρίαρχο **πρόβλημα δημόσιας υγείας** και επεσήμανε ότι λίγες τυπολογίες, όχι ιδιαίτερα περιεκτικές και ουσιαστικές, υπήρχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή, καλώντας τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να αναπτύξει μια τυπολογία που να χαρακτηρίζει τις διάφορες μορφές βίας και τις πιθανές διασυνδέσεις τους (WHO, 2002: 6). Η τυπολογία που πρότεινε ο ΠΟΥ ταξινομεί τη βία σε **τρεις κατηγορίες**, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά αυτών που διαπράττουν τη βίαιη πράξη, και αφορά τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες, αλλά και τις διάφορες ηλικιακές ομάδες:

1. Την **αυτοκατευθυνόμενη βία** που αναφέρεται στη μορφή βίας, όπου δράστης και θύμα είναι το ίδιο πρόσωπο και υποδιαιρείται σε αυτοκτονική και σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
2. Τη **διαπροσωπική βία** που αναφέρεται στη βία μεταξύ ατόμων και χωρίζεται σε δύο υπο-κατηγορίες: α) την *ενδο-οικογενειακή βία*, που λαμβάνει χώρα στο σπίτι από πρώην ή νυν σύντροφο και μέλη της οικογένειας και περιλαμβάνει την παιδική κακοποίηση, τη συντροφική βία, την εκμετάλλευση ηλικιωμένων, κ.ά., β) την *κοινοτική βία*, μεταξύ ατόμων που δεν έχουν σχέση, και τα οποία μπορεί να γνωρίζονται ή όχι, και λαμβάνει χώρα έξω από το σπίτι και περιλαμβάνει μορφές βίας, όπως η νεανική βία, ο βιασμός ή σεξουαλικές επιθέσεις από ξένους σε χώρους π.χ. σχολεία, χώρους εργασίας, φυλακές και νοσοκομεία.

3. Τη **συλλογική βία**, η οποία διαπράττεται από μεγαλύτερες ομάδες ατόμων ή/και κράτη και υποδιαιρείται σε κοινωνική, πολιτική και οικονομική βία.⁴

Σε έκθεση του ΠΟΥ καταγράφεται η φύση της βίαιης πράξης ως σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική ή συναισθηματική, στέρησης και παραμέλησης (WHO, 2002: 6). Ωστόσο, αυτές οι διαφορετικές μορφές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και πολλές φορές μπορεί να συνθέσουν ένα περίπλοκο μοντέλο συμπεριφοράς, όπου η ψυχολογική βία μπορεί να συνδυάζεται με σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση (Coker et al, 2000).

Η **σωματική κακοποίηση** ορίζεται ως οποιαδήποτε συμπεριφορά στην οποία το σώμα του δράστη επηρεάζει σκόπιμα το σώμα ενός άλλου προσώπου, ώστε να υπάρχει ο κίνδυνος να υποστεί σωματικές βλάβες, ακόμη και αν στην πραγματικότητα μπορεί να μην προκύψουν εμφανείς βλάβες και τραυματισμοί (Flury et al, 2010: 2).⁵ Επίσης, στην κατηγορία αυτή, ανήκουν και συμπεριφορές όπως η αποστέρηση φροντίδας υγείας -ψυχικής και σωματικής-, η στέρηση στην πρόσβαση βασικών αγαθών, ο περιορισμός κ.ά. (Αποστολίδου, κ.ά, 2014: 6). Πολλοί τραυματισμοί συχνά συγκαλύπτονται ως ατυχήματα, ενώ κατά καιρούς τα θύματα τραυματίζονται σοβαρά και σε ορισμένες περιπτώσεις πεθαίνουν εξαιτίας των τραυματισμών τους (Ellsberg et al, 1999).

Ο όρος της **ψυχολογικής βίας** είναι ο πιο δύσκολος να καθοριστεί μεταξύ των διαφόρων μορφών βίας.⁶ Η ψυχολογική κακοποίηση δεν είναι απλώς η λεκτική κατάχρηση, αλλά ο ορισμός που αναγνωρίζεται ευρέως και βασίζεται στον ορισμό του ψυχολογικού βασανιστηρίου που έχει δώσει η Διεθνής Αμνηστία (Walker, 1984), περιλαμβάνοντας, επίσης, την απομόνωση του θύματος, την προκαλούμενη αναπηρία

⁴ Αναλυτικότερα, η κοινωνική βία περιλαμβάνει εγκλήματα μίσους από οργανωμένες ομάδες, τρομοκρατικές πράξεις και ένοπλη βία. Η πολιτική βία περιλαμβάνει πράξεις όπως ο πόλεμος και συναφείς βίαιες συγκρούσεις, κρατική βία και παρόμοιου τύπου ενέργειες από μεγάλες ομάδες. Η οικονομική βία περιλαμβάνει επιθέσεις με κίνητρα οικονομικού κέρδους, όπως η διακοπή της οικονομικής δραστηριότητας, η άρνηση πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες ή η δημιουργία οικονομικού διαχωρισμού και κατακερματισμού.

⁵ Η σωματική βία ασκείται μέσω σωματικών επιθετικών πράξεων, όπως: κλωτσιές, γρονθοκοπήματα, δαγκώματα, χαστούκια, γδαρσίματα, ξυλοδαρμοί, στραγγαλισμός, καύση κ.ά. και μπορεί να περιλαμβάνει χρήση όπλων (π.χ. μαχαίρια, πιστόλια κ.ά.), text at: <http://www.health-genderviolence.org/training-programme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21>

⁶ Αυτή η μορφή βίας είναι πιο δύσκολο να προσδιοριστεί σε διαφορετικούς πολιτισμούς και χώρες, καθώς μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Σε μια μελέτη από το Βιετνάμ, η συναισθηματική βία περιλάμβανε πράξεις όπως ένας σύζυγος που ανάγκαζε τη σύζυγό του να κάνει σεξ την ημέρα πριν προετοιμαστεί να πάει για να προσενηθεί στην παγόδα, αναγκάζοντάς της έτσι να σπάσει το ταμπού της καθαρότητας της ψυχής και της εγκράτειας (Krantz et.al., 2005: 1050). Σε μελέτες από την Αφρική, πράξεις όπως να φέρνεις φιλενάδες στο σπίτι, να κλειδώνεσαι έξω από το σπίτι ή η άρνηση του σεξ αναγνωρίστηκαν πιο συχνά ως συναισθηματική βία (Watts et al., 2002: 1234).

λόγω εξάντλησης, την αποδυνάμωση ή ανικανότητα, την ταπείνωση, τις προσβολές κ.λπ. Η συναισθηματική κακοποίηση είναι μια τακτική ελέγχου που συνίσταται σε μια ευρεία ποικιλία λεκτικών επιθέσεων και ταπεινώσεων εναντίον των θυμάτων.

Άλλοι/-ες συγγραφείς στον όρο ψυχολογική βία περιλαμβάνουν επιπλέον την **κοινωνική βία** (κοινωνική απομόνωση του θύματος, απαγόρευση επαφών κ.λπ.) την **οικονομική βία** (κατάσχεση χρημάτων και έλεγχος, απαγόρευση ή εξαναγκασμό του άλλου στην εργασία κ.λπ.), όπως και τη χρησιμοποίηση των παιδιών για τον έλεγχο ή την τιμωρία του ενήλικου θύματος (π.χ. σωματικές επιθέσεις κατά παιδιών, σεξουαλική κακοποίηση τέκνων, εμπλοκή και εξαναγκασμό παιδιών να παρακολουθούν την κακοποίηση του θύματος κ.ά.) (Ganley, 1998). Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των τύπων βίας είναι ότι έχουν σκοπό να ελέγξουν το θύμα και να περιορίσουν την ελεύθερη βούλησή του.

Η **σεξουαλική βία** έχει οριστεί με διάφορους τρόπους και από κλινική άποψη, αναφέρεται σε κάθε ανεπιθύμητη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ ο ορισμός της διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η σεξουαλική βία ορίζεται από τον ΠΟΥ (WHO, 2002: 149) ως: *«κάθε σεξουαλική πράξη, απόπειρα διάπραξης σεξουαλικής πράξης, ανεπιθύμητα σχόλια και ενέργειες, πράξεις εκμετάλλευσης, που στρέφονται κατά της σεξουαλικότητας ενός ατόμου χρησιμοποιώντας εξαναγκασμό, από οποιοδήποτε άτομο ανεξαρτήτως της σχέσης του με το θύμα, σε οποιοδήποτε περιβάλλον ή χώρο, συμπεριλαμβανομένου του χώρου εργασίας ή του σπιτιού, χωρίς να περιορίζεται μόνο εκεί»*. Οι όροι βιασμός, σεξουαλική επίθεση, σεξουαλική κακοποίηση και σεξουαλική βία συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Ωστόσο, αυτοί οι όροι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικές έννοιες και επιπτώσεις σε διαφορετικές καταστάσεις και χώρους (WHO, 2003).⁷

Τον **Μάιο του 2011** υπογράφηκε στην Κωνσταντινούπολη η **Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας**, η οποία στοχεύει στην πρόληψη και καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών και της ενδοοικογενειακής

⁷ Η σεξουαλική βία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα βίαιων πράξεων όπως: βιασμός από νυν ή πρώην σύζυγο/σύντροφο, βιασμός από ξένο, βιασμός κατά τη διάρκεια ένοπλων συγκρούσεων, λεκτική ή σωματική σεξουαλική παρενόχληση, σεξουαλική κακοποίηση ατόμων με διανοητική ή σωματική αναπηρία, σεξουαλική κακοποίηση παιδιών, εξαναγκαστικός γάμος ενηλίκων ή με ανήλικο, άρνηση του δικαιώματος χρήσης αντισύλληψης ή άλλων μέτρων για την προστασία από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, βίαιες πράξεις κατά της σεξουαλικής ακεραιότητας των γυναικών, συμπεριλαμβανομένου του ακρωτηριασμού των γυναικείων γεννητικών οργάνων και των υποχρεωτικών επιθεωρήσεων για την παρθενία, εξαναγκαστική πορνεία και εμπορία ανθρώπων με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση κ.ά. (WHO, 2002: 149).

βίας, αποτελώντας το **πρώτο διεθνές δεσμευτικό νομικό πλαίσιο** για την πρόληψη της βίας, την προστασία των θυμάτων και την τιμωρία των δραστών. Η Σύμβαση της Κωνσταντινούπολης κυρώθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων με τον **Νόμο 4531/2018 – ΦΕΚ 62/Α/5-4-2018** και τοποθετεί το θέμα της βίας κατά των γυναικών στο ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο της ανισότητας των φύλων και της έλλειψης σεβασμού προς τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των γυναικών και ως εκ τούτου επικεντρώνεται σε όλες τις μορφές βίας. Στους **ορισμούς** που δίνει για τη βία κατά των γυναικών, μεταξύ άλλων, επισημαίνει ότι (άρθρο 3):⁸

- α. Ο όρος «**βία κατά των γυναικών**» νοείται ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μία μορφή διάκρισης κατά των γυναικών και σημαίνει όλες τις πράξεις μίας βίας βασιζόμενης στο φύλο οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα ή ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα, φυσική, σεξουαλική, ψυχολογική ή οικονομική βλάβη ή πόνο για τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των απειλών τέλεσης τοιούτων πράξεων, τον εξαναγκασμό ή την αυθαίρετη αποστέρηση της ελευθερίας, είτε αυτή συμβαίνει στο δημόσιο ή τον ιδιωτικό βίο.
- β. Ο όρος «**ενδοοικογενειακή βία**» σημαίνει όλες τις πράξεις φυσικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής ή οικονομικής βίας οι οποίες συμβαίνουν εντός της οικογένειας ή οικογενειακής μονάδας ή μεταξύ πρώην ή νυν συζύγων ή συντρόφων, ανεξάρτητα ή όχι του κατά πόσο ο δράστης μοιράζεται ή έχει μοιρασθεί την ίδια κατοικία με το θύμα.
- γ. Ο όρος «**φύλο**» υποδηλοί τους κοινωνικά δομημένους ρόλους, συμπεριφορές, δραστηριότητες και ιδιότητες (χαρακτηριστικά γνωρίσματα) τις οποίες μια δεδομένη κοινωνία θεωρεί προσήκουσες και ενδεδειγμένες για τις γυναίκες και τους άνδρες.
- δ. Ο όρος «**βία κατά των γυναικών**» που βασίζεται στο φύλο σημαίνει τη βία η οποία έχει ως αντικείμενο τη γυναίκα για μόνο το λόγο ότι είναι γυναίκα ή η οποία επηρεάζει τη γυναίκα κατά τρόπο δυσανάλογο.

⁸ Βλ. σχετικά: <http://www.isotita.gr/wp-content/uploads/2018/04/4531-2018.IstanbulConvention.pdf>

2. Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερμηνείες

Η βία κατά των γυναικών συνιστά πολύπλοκο και πολυ-παραγοντικό φαινόμενο με ατομικές, κοινωνικές, πολιτικές, πολιτισμικές, οικονομικές προεκτάσεις και καμιά από τις θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί δεν μπορεί από μόνη της να το εξηγήσει απόλυτα. Αντιθέτως, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη διάφορες προσεγγίσεις και θεωρίες, αν θέλουμε να φτάσουμε σε μία ει δυνατόν πληρέστερη και βαθύτερη κατανόηση του συγκεκριμένου ζητήματος. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχουν κερδίσει έδαφος ερμηνευτικά σχήματα που υιοθετούν πολυ-παραγοντικά μοντέλα για να εξηγήσουν το φαινόμενο της βίας κατά των γυναικών. Υπό το πρίσμα αυτό, η έμφυλη βία προκαλείται από αλληλεπιδράσεις μεταξύ μεμονωμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, κοινωνικών και πολιτισμικών διεργασιών, καθώς και περιστασιακών παραγόντων.

Ιστορικά, οι θεωρητικές προσεγγίσεις που αναπτύχθηκαν για να εξηγήσουν το φαινόμενο της έμφυλης βίας είναι πολυάριθμες, ποικίλουν και απηχούν τις αντιλήψεις διαφορετικών πεδίων και επιστημών, της κοινωνιολογίας, των πολιτικών και κοινωνικών επιστημών, της ψυχολογίας, της βιολογίας, του κινήματος του φεμινισμού και σπουδών φύλου κ.ο.κ. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, θα πραγματευτούμε τις ατομικές, ψυχοπαθολογικές, κοινωνικές και πολιτιστικές, τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και θα σταθούμε πιο εκτεταμένα στην ανάπτυξη του οικολογικού κοινωνικού μοντέλου.

2.1 Ατομικές θεωρίες

Οι **ατομικές θεωρίες** εστιάζουν στο άτομο και τα χαρακτηριστικά του, άλλες δίνουν έμφαση στην εξέλιξη και τα γενετικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν τους άνδρες στη βία, άλλες στη δομή του εγκεφάλου, σε χημικές ανισορροπίες, αλλά και σε βιολογικούς παράγοντες όπως είναι οι ανδρογονικές ορμονικές επιδράσεις. Στην κατηγορία των ατομικών θεωριών κατατάσσονται και αυτές που αποδίδουν τη βία στην ψυχοπαθολογία του δράστη (Χατζηφωτίου, 2005). Οι ψυχοπαθολογικές, ενδοψυχικές ή ψυχιατρικές θεωρίες επικεντρώθηκαν στην ψυχική διαταραχή ή στα παθολογικά χαρακτηριστικά και την προσωπικότητα του δράστη ή/και του θύματος. Το κίνημα των κακοποιημένων γυναικών αναδύθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες τη

δεκαετία του 1970, προσπαθώντας να απο-παθολογικοποιήσει την ερμηνεία για τη βία που υφίστανται οι γυναίκες, καθώς εκείνη την εποχή, η κορυφαία θεωρία της αιτιώδους συνάφειας της βίας ήταν η ψυχοπαθολογία, η οποία θεωρούσε ότι οι δράστες ήταν διανοητικά άρρωστοι και χρειάζονταν ψυχολογικές θεραπείες ή φαρμακευτική αγωγή (McCue, 2007).

Στην *ψυχοπαθολογική θεωρία* της ενδοοικογενειακής βίας, οι ερευνητές εξετάζουν τις ψυχολογικές διαταραχές και τα ατομικά χαρακτηριστικά των δραστών ή/και των θυμάτων. Ωστόσο, αυτή η θεωρία έχει επικριθεί ως ανακριβής και περιορισμένη, επειδή χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τους δράστες βίαιων περιστατικών και αγνοεί τον ρόλο του φύλου και τις εξουσιαστικές σχέσεις στην κοινωνία (McCue, 2007: 12-13). Επίσης, αποδείχθηκε λανθασμένη, καθώς ο αριθμός των βίαιων περιστατικών μέσα σε σχέσεις ήταν πολύ μεγαλύτερος από ότι οι αρχικοί θεωρητικοί υπολόγιζαν και οι ψυχολογικές ερμηνείες δεν απέδειξαν σωστή τη θεωρία ότι η ψυχική ασθένεια προκαλεί βία (Farmer & Tiefenthaler, 2003). Οι πρώτες μελέτες χαρακτήριζαν επίσης τις κακοποιημένες γυναίκες ως ψυχικά ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών είναι επιλεκτικά, αφού εξέταζαν μόνον γυναίκες τροφίμους ψυχιατρικών νοσοκομείων. Κατά αυτόν τον τρόπο, πολλές γυναίκες είχαν διαγνωστεί λανθασμένα ως διανοητικά άρρωστες, εξαιτίας της αδυναμίας της κοινωνίας να αναγνωρίσει ή να κατανοήσει τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας (Zorza, 1998).

2.2 Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Οι θεωρίες της μάθησης προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της έμφυλης βίας ως αποτέλεσμα **μοντέλων κοινωνικής μάθησης**, τα οποία υπογραμμίζουν τις εμπειρίες κοινωνικοποίησης που διαμορφώνουν τους άνδρες να είναι βίαιοι ή τις γυναίκες να θυματοποιούνται, δηλαδή είναι μια μαθησιακή συμπεριφορά από την παιδική ηλικία και ενδεχομένως οι δράστες ή/και τα θύματα να ακολουθούν έναν κύκλο βίας. Στις θεωρίες αυτές, η βία κατά των γυναικών ερμηνεύεται ως επίκτητη συμπεριφορά και όσοι/-ες γίνονται μάρτυρες βίας ως παιδιά, αναπαράγουν το φαινόμενο της βίας και ως ενήλικες (Strauss et al., 1980). Ένας από τους μηχανισμούς μέσω των οποίων πραγματοποιείται η κοινωνική μάθηση είναι η επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών και η αποκωδικοποίηση. Έτσι, η ερμηνεία των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων επικεντρώνεται στις αλλαγές της συμπεριφοράς

του ατόμου, ως αποτέλεσμα μάθησης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης.⁹ Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης υποθέτει ότι οι άνθρωποι μαθαίνουν να συμπεριφέρονται κοινωνικά, παρατηρώντας τη συμπεριφορά των άλλων, σχηματίζοντας ιδέες για τις συμπεριφορές που είναι κατάλληλες, δοκιμάζοντας αυτές τις συμπεριφορές και συνεχίζοντας τες, εάν τα αποτελέσματα είναι θετικά για αυτούς. Αυτή η θεωρία δεν θεωρεί τη βία ως αναπόφευκτη, αλλά την βλέπει ως μια κοινωνική συμπεριφορά που μαθαίνεται και διαμορφώνεται από τις συνέπειές της (Lore & Schultz, 1993: 16-26).

Εν τούτοις, όπως και με τις ψυχοπαθολογικές θεωρίες, η έρευνα απέτυχε να αποδείξει ότι οι γυναίκες που είναι μάρτυρες ενδοοικογενειακής βίας στην παιδική ηλικία είναι πιθανότερο να κακοποιούνται ως ενήλικες και επιπλέον οι έρευνες δείχνουν ότι μόλις το 30% των αγοριών που είναι μάρτυρες ενδοοικογενειακής βίας στο σπίτι γίνονται κακοποιοί ως ενήλικες. Έτσι, η ύπαρξη βίας στην παιδική ηλικία είναι ανεπαρκής από μόνη της για να εξηγήσει γιατί κάποιος γίνεται αυτουργός ή κάποια υφίσταται βία ως ενήλικας. Μια καλύτερη εξήγηση για τη σχέση μεταξύ της μαρτυρίας της βίας και της κακοποίησης υποστηρίζει ότι είναι μόνον ένας από τους πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο μαζί με άλλες κοινωνικές μεταβλητές, π.χ. τα πατριαρχικά κατάλοιπα σε κοινωνίες που δίνουν το δικαίωμα στους άνδρες να ελέγχουν και να χειραγωγούν τις γυναίκες (McCue, 2007: 13-15).

2.3 Κοινωνικές και πολιτισμικές θεωρίες

Οι **κοινωνικές και πολιτισμικές αναλύσεις** σχετικά με τα αίτια της βίας βασίζονται στη σχέση της εξουσίας με τις κοινωνικές δομές, όπως είναι οι θεσμοί, τα πολιτικά και οικονομικά συστήματα, και αποσκοπούν στην κατανόηση των διαρθρωτικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας σε επίπεδο οικογένειας, ομάδας, σχολείου, θρησκείας, ΜΜΕ και κράτους, τα οποία ενθαρρύνουν τη βία κατά των γυναικών και τοποθετούν τις γυναίκες σε δευτερεύοντα ρόλο. Στόχος αυτών των προσεγγίσεων είναι η μελέτη των κανόνων, των κοινών πεποιθήσεων και στάσεων που επηρεάζονται από τις κοινωνικές δομές και θεωρούνται πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων ή μιας ομάδας (Wall, 2014).

Οι θεωρίες κοινωνικής δομής δίνουν προτεραιότητα σε παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική δομή ως αιτίες της βίας και τοποθετούν το άγχος για τις

⁹ Έτσι, παραδείγματος χάριν, το οικογενειακό περιβάλλον, εμφανίζεται να έχει άμεσες ή έμμεσες συνέπειες στη δημιουργία επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς (Φαρσεδάκης, 2005: 60-61).

οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες ως πιθανή γενεσιουργό αιτία. Ένα άλλο παράδειγμα, είναι ότι οι άνδρες και οι γυναίκες κοινωνικοποιούνται σε συγκεκριμένους ρόλους, που δημιουργούν κοινωνικά προκαθορισμένες προσδοκίες. Αν τυχόν η κοινωνική δομή εμποδίσει αυτές τις προσδοκίες να πραγματοποιηθούν, μπορεί να προκληθεί σύγχυση και βία (Smith, 1989).

2.4 Φεμινιστικές θεωρίες

Το **φεμινιστικό μοντέλο** της ερμηνείας της έμφυλης βίας, που προέκυψε από την ανάδυση του φεμινιστικού κινήματος τη δεκαετία του '70, αναγνώρισε στο πρόσωπο της πατριαρχίας και της αδιαμφισβήτητης δύναμης των ανδρών τη γενεσιουργό αιτία της καταπίεσης και της συνακολουθούμενης βίας που υφίστανται οι γυναίκες (WHO, 2010). Οι φεμινιστικές θεωρίες ερμήνευσαν τη βία εναντίον των γυναικών ως μέσο για τον έλεγχο και την υποταγή τους και με αυτόν τον τρόπο, ως μέσο επίτευξης και διατήρησης της κυριαρχίας των ανδρών (Dobash & Dobash, 1992) και αφορούν σε ερμηνείες που τονίζουν την ύπαρξη της βίας κατά των γυναικών και εντοπίζουν τις ρίζες της στα πατριαρχικά κοινωνικά συστήματα (McKenry et al., 1995: 307-320).

Αυτές οι προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η βία είναι προϊόν των κοινωνικών δομών, των κανόνων και των ρόλων που βασίζονται στην παραδοσιακή πατριαρχική οικογένεια, στο πλαίσιο της οποίας, ο άνδρας έχει την εξουσία να λαμβάνει τις αποφάσεις, να ελέγχει τη ζωή της γυναίκας και η απειλή ή η άσκηση βίας είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέσα, που κατέχει για να διατηρεί τον έλεγχο της οικογένειας (Whalen, 1996). Η άσκηση βίας αφορά στην αντίληψη ότι υπάρχει «το δικαίωμα» βίας, ξεκινώντας από την εξουσία που δίνουν οι κοινωνικά κατασκευασμένοι ρόλοι των φύλων. *«Αυτή η πραγματικότητα σε συνδυασμό με τις διακρίσεις σε πεδία, όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική απασχόληση, η πολιτική, η κοινωνική προστασία, η σεξουαλικότητα συνέβαλλαν στη μη αντιμετώπιση της βίας και στη διατήρησή της, ως τρόπου ελέγχου των γυναικών»* (ΓΓΙΦ, 2018: 13). Έτσι, η πιο ουσιαστική συμβολή των φεμινιστικών θεωρήσεων στον διάλογο για τη βία κατά των γυναικών, είναι ότι την έθεσαν σε πρώτο πλάνο και την αντιμετώπισαν ως ένα κοινωνικό φαινόμενο που πηγάζει από την άνιση κατανομή εξουσίας μεταξύ των φύλων.

2.5 Το κοινωνικό οικολογικό μοντέλο

Μια σύγχρονη θεωρητική ερμηνεία για την κατανόηση της βίας κατά των γυναικών είναι το **κοινωνικό οικολογικό μοντέλο**¹⁰, το οποίο βασίζεται στο έργο διάφορων συγγραφέων και προτείνει ένα ολοκληρωμένο οικολογικό πλαίσιο με στόχο την πληρέστερη κατανόηση (Heise, 1998: 262-290). Η πρώτη Παγκόσμια Έκθεση για τη Βία και την Υγεία (WHO, 2002) προσπάθησε να κατανοήσει τον πολύπλευρο χαρακτήρα της βίας μέσω αυτού του μοντέλου και έτσι, το οικολογικό πλαίσιο ή παράδειγμα δημιουργήθηκε στη βάση της θεώρησης, ότι κανένας παράγοντας δεν μπορεί να εξηγήσει από μόνος του το φαινόμενο της βίας, θεωρώντας ότι η βία είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ πολλών παραγόντων. Έτσι, το κοινωνικό οικολογικό μοντέλο¹¹ αναγνωρίζει ότι οι παράγοντες που συντείνουν στη βία κατά των γυναικών υπάρχουν στο άτομο, στις σχέσεις, στην κοινωνία και στο κοινωνικό επίπεδο (WHO, 2002). Το οικολογικό μοντέλο, ταξινομημένο σε *τέσσερα επίπεδα*, ατομικό, προσωπικών σχέσεων, κοινοτικό και κοινωνικό, καθιστά δυνατή την ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων και οι οποίοι αυξάνουν τις πιθανότητες των ανθρώπων να μετατραπούν σε δράστες ή θύματα βίαιων πράξεων.

- Το **ατομικό επίπεδο** αφορά το ιστορικό και τους βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τους εν δυνάμει θύτες και θύματα βίας (π.χ. προσωπικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, το εισόδημα και παραδείγματα αποτελούν η παιδική κακοποίηση, οι ψυχολογικές διαταραχές του ατόμου, η κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών και το ιστορικό επιθετικών συμπεριφορών και κακοποίησης).
- Στο **επίπεδο προσωπικών σχέσεων**, περιλαμβάνονται οι επιρροές και τα παραδείγματα που οδηγούν ένα άτομο στην υιοθέτηση βίαιης συμπεριφοράς ή στη θυματοποίησή του (π.χ. προσωπικές και στενότερες σχέσεις στο πλαίσιο της οικογένειας, του φιλικού περιβάλλοντος, του σχολείου και

¹⁰ Για μια πληρέστερη ανάλυση του μοντέλου αυτού, βλ. Βουγιούκα, Α. (2013: 27-40).

¹¹ Το οικολογικό πλαίσιο ή παράδειγμα αντιμετωπίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών επιπέδων παραγόντων με την ίδια σημασία που θα απέδιδε σε έναν μόνο συγκεκριμένο παράγοντα. Για παράδειγμα, σε ενδεχόμενη άσκηση ενδοοικογενειακής βίας, το οικολογικό μοντέλο θα το αντιμετωπίσει όχι μόνο ως αποτέλεσμα ψυχοπαθολογικών παραγόντων (ατομικό επίπεδο) του δράστη, αλλά λαμβάνοντας εξίσου υπόψη παράγοντες από όλα τα επίπεδα, π.χ. αν ο δράστης είναι άνεργος (κοινωνικό επίπεδο), αν έχει φίλους με παραβατική συμπεριφορά που μιμείται (επίπεδο προσωπικών σχέσεων) κ.ά. που πιθανότατα αλληλεπίδρασαν για να συμβεί αυτή η πράξη.

παραδείγματα όπως μίμηση συμπεριφορών και ρόλων, προβλήματα εντός γάμου, διαφορές μορφωτικού επιπέδου κ.ά.).

- Όσον αφορά στο **κοινωνικό πλαίσιο** στο οποίο αναπτύσσονται οι κοινωνικές σχέσεις, όπως τα σχολεία, οι χώροι εργασίας και οι γειτονιές, εξετάζονται παράγοντες όπως τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, η φτώχεια, η κινητικότητα της κατοικίας, η πυκνότητα του πληθυσμού, τα ποσοστά εγκληματικότητας στην κοινότητα και στους χώρους όπου λαμβάνουν χώρα οι κοινωνικές σχέσεις και συναναστροφές.
- Το τέταρτο επίπεδο αφορά στους **κοινωνικούς παράγοντες** που σχετίζονται με τη δομή της κοινωνίας και έχουν τη δύναμη να υποκινήσουν ή να αναστείλουν τη βία, όπως είναι οι οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές που ευθύνονται για τη διατήρηση ανισοτήτων μεταξύ των ομάδων, η υιοθέτηση και αποδοχή κοινωνικών ρόλων και συμπεριφορών που αναπαράγουν στερεότυπα, όπως η ανωτερότητα του άνδρα έναντι της γυναίκας, τα πατριαρχικά πρότυπα κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια, και άλλες κοινωνικές και πολιτισμικές νόρμες που μπορεί να αποδέχονται τη βία ως μέσο δικαιολόγησης και επίλυσης διαφορών (WHO, 2002).

Η σημαντικότερη συνεισφορά αυτού του παραδείγματος έγκειται στο ότι επισήμανε πως κανένας παράγοντας από μόνος του δεν επαρκεί για να αναλύσει και να αιτιολογήσει την ύπαρξη του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών. Με αυτόν τον τρόπο, άνοιξε τον δρόμο σε μελέτες που στηρίζονται σε μια πιθανολογική ερμηνεία πολυ-παραγοντικών αιτιών και όχι σε μια ντετερμινιστική ερμηνεία μονοδιάστατων αιτιών, όπως ήταν ο χαρακτήρας των εννοιολογικών προσεγγίσεων και θεωριών τα προηγούμενα χρόνια (Βουγιούκα, 2013). Περαιτέρω, ένας ακόμη λόγος που είναι πολύ σημαντικό να αναλύονται και να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες και οι μεταβλητές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων απέναντι στη βία, είναι ότι μπορεί να συντελέσει στη βελτίωση της προληπτικής ικανότητας και τη δημιουργία καταλλήλων προγραμμάτων βοήθειας, άρα το μοντέλο καθίσταται απαραίτητο για την εκπόνηση και τον σχεδιασμό ειδικών στρατηγικών παρέμβασης σε διάφορα επίπεδα (WHO, 2002).

II. Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Μολονότι ο αντίκτυπος και οι συνέπειες, που προκαλεί η βία κατά των γυναικών, είναι ιδιαίτερα σημαντικές, οι φορείς, οι υπηρεσίες, οι υποστηρικτικές δομές και οι υπεύθυνοι/-ες χάραξης πολιτικών δυσκολεύονται στο έργο τους, εξαιτίας της έλλειψης επαρκών δεδομένων για την πραγματική έκταση και τις διαστάσεις της, καθώς δεν υπάρχουν επιστημονικά, αξιόπιστα και συγκρίσιμα δεδομένα σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Οι περισσότερες γυναίκες δεν ενθαρρύνονται και εν τέλει δεν καταγγέλλουν τη βία που υφίστανται, καθώς υπάρχει μια κουλτούρα ανοχής της βίας. Ενθαρρυντικό είναι ότι τα σχετικά διαθέσιμα δεδομένα έχουν αυξηθεί σε κάποιον βαθμό τα τελευταία χρόνια.¹²

Το πρόβλημα διογκώνεται λόγω του ότι τα υπάρχοντα νομικά συστήματα συχνά θεωρούνται μη υποστηρικτικά και τα επίσημα στοιχεία των επίσημων φορέων του συστήματος της ποινικής δικαιοσύνης καταγράφουν μόνον αυτές τις περιορισμένες καταγγελλόμενες υποθέσεις. Αυτό σημαίνει ότι τα μέτρα πολιτικής που λαμβάνονται για την πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών δεν βασίζονται πάντα σε πλήρη στοιχεία¹³ (FRA, 2015). Επομένως, συνεπάγεται ότι η τυχόν αύξηση που παρατηρείται στα ποσοστά της βίας κατά των γυναικών, στην πραγματικότητα πρόκειται περί αύξησης των αριθμών των καταγγελιών, λόγω του ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός γυναικών, ξεπερνώντας τις αναστολές και τις φοβίες τους, τολμούν να ζητήσουν βοήθεια¹⁴ ή/και ακόμα ότι υπάρχουν υποστηρικτικές δομές, οπότε οι γυναίκες είναι πιο ορατές. Εν τούτοις, εξακολουθεί να υπάρχει μια θολή

¹² Από το 1995, περισσότερες από 100 χώρες έχουν πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία έρευνα για την αντιμετώπιση του ζητήματος. 44 χώρες πραγματοποίησαν έρευνα κατά την περίοδο μεταξύ 1995 και 2004, και 89 χώρες το έπραξαν κατά την περίοδο μεταξύ 2005 και 2014, γεγονός που υποδηλώνει το αυξανόμενο ενδιαφέρον για το θέμα αυτό. Περισσότερες από 40 χώρες πραγματοποίησαν τουλάχιστον δύο έρευνες στο διάστημα μεταξύ 1995 και 2014, πράγμα που σημαίνει ότι βασιζόμενοι/-ες στην σύγκριση των ερευνών, θα μπορούσαν να αναλυθούν οι αλλαγές σε βάθος χρόνου (United Nations Economic and Social Affairs, 2015: 140).

¹³ Τουλάχιστον 119 χώρες έχουν θεσπίσει νόμους για την ενδοοικογενειακή βία, 125 έχουν νόμους σχετικά με τη σεξουαλική παρενόχληση και 52 έχουν νόμους σχετικά με το συζυγικό βιασμό. Ωστόσο, ακόμη και όταν υπάρχουν νόμοι, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι πάντα σύμφωνοι με τα διεθνή πρότυπα και συστάσεις ή εφαρμόσιμοι (United Nations Economic and Social Affairs, 2015: 160).

¹⁴ Το ποσοστό γυναικών που καταγγέλλουν περιστατικά βίας στις αρχές είναι χαμηλό και πρέπει να αυξηθεί. Μόνο ένα στα τρία θύματα βίας από σύντροφο και ένα στα τέσσερα θύματα βίας από μη συντρόφους καταγγέλλουν το πιο πρόσφατο σοβαρό περιστατικό στις αρχές. Τα υψηλότερα ποσοστά καταγγελίας της βίας από σύντροφο αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι οι γυναίκες συνήθως υφίστανται επανειλημμένα περιστατικά κακοποίησης από τον σύντροφό τους πριν αποφασίσουν να το καταγγείλουν, ενώ η βία από μη συντρόφους αποτελεί πιο συχνά μεμονωμένο περιστατικό (FRA, 2015).

εικόνα για τον αριθμό των πραγματικών περιστατικών, που προφανώς και είναι πολύ μεγαλύτερης έκτασης, όμως, ακόμα και έτσι είναι ένα σημαντικό βήμα στην προσπάθεια για την αντιμετώπιση του φαινομένου (Πετράκη, 2018).

Η πιο ολοκληρωμένη έρευνα, σε επίπεδο ΕΕ, είναι αυτή που διενήργησε ο **Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA) το 2014**, καλύπτοντας ένα αίτημα για παροχή αξιόπιστων δεδομένων, σχετικά με τη βία κατά των γυναικών, που επί σειρά ετών διατύπωναν διακυβερνητικοί οργανισμοί (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Συμβούλιο της ΕΕ) και ΜΚΟ, με δεδομένη την αδυναμία των επίσημων μηχανισμών συλλογής στοιχείων να το πράξουν. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις 42.000 γυναικών, 18-74 ετών, στα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ και αυτό που **προέκυψε ήταν μια εικόνα εκτεταμένης κακοποίησης που έχει αντίκτυπο στις ζωές πολλών γυναικών, αλλά, συστηματικά δεν καταγγέλλεται στις αρχές**. Ο FRA κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφής και επιτακτική ανάγκη εμπλουτισμού και εναρμόνισης των στοιχείων σε εθνικό επίπεδο των κρατών-μελών, αλλά και σε επίπεδο ΕΕ, για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου (FRA, 2015).¹⁵

1. Ερευνητικά δεδομένα σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο

1.1 Έκταση του προβλήματος σε διεθνές επίπεδο

Οι έρευνες σε πληθυσμιακό επίπεδο, βασισμένες σε αναφορές θυμάτων, παρέχουν τις πιο ακριβείς εκτιμήσεις για τη βία κατά των γυναικών. Οι παγκόσμιες εκτιμήσεις, σύμφωνα με έρευνα του ΠΟΥ (WHO, 2013) δείχνουν ότι περίπου 1 στις 3 γυναίκες ή αλλιώς γύρω στο 35% παγκοσμίως έχουν βιώσει σωματική ή/και σεξουαλική βία από νυν/πρώην σύζυγο/σύντροφό τους ή από κάποιον άγνωστο, ενώ το μεγαλύτερο μέρος αφορά σε ενδο-οικογενειακή βία.¹⁶ Επιπρόσθετα, το 7% των γυναικών σε παγκόσμιο επίπεδο αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική επίθεση από κάποιον άγνωστο, παρόλο που τα στοιχεία για τη σεξουαλική βία εκτός του

¹⁵ Για παράδειγμα θα μπορούσε η Eurostat να αναλάβει σχετική πρωτοβουλία βασισμένη σε καλές πρακτικές κρατών μελών για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τη βία κατά των γυναικών (FRA, 2015).

¹⁶ Οι εκτιμήσεις επιπολασμού της ενδοοικογενειακής βίας ποικίλλουν από 23,2% στις χώρες υψηλού εισοδήματος και 24,6% στην περιοχή του Δυτικού Ειρηνικού, έως 37% στην περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου και 37,7% στην περιοχή της Νοτιοανατολικής Ασίας (WHO, 2017a).

οικογενειακού περιβάλλοντος είναι πιο περιορισμένα (WHO, 2017a).¹⁷ Ωστόσο, ορισμένες εθνικές μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό των γυναικών που κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν βιώσει σωματική ή/και σεξουαλική βία από τον σύντροφό τους φτάνει στο 70% (UN WOMEN, 2018).

Υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που υπήρξαν θύματα ανθρωποκτονιών παγκοσμίως το 2012, σχεδόν οι μισές δολοφονήθηκαν από τον σύντροφό τους ή από άλλα μέλη της οικογένειας, σε σύγκριση με το μικρότερο από 6% των ανδρών που δολοφονήθηκαν το ίδιο έτος (UNODC, 2013: 14). Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι το 38% των δολοφονιών των γυναικών διαπράττονται από οικείο στο θύμα άτομο (WHO, 2017a), καθώς είναι πιο πιθανό να δολοφονηθούν από άτομο του στενού τους περιβάλλοντος, σύζυγο ή σύντροφο, σε ποσοστό που φτάνει το 30-70% όλων των γυναικοκτονιών, σε περιοχές όπως το Ισραήλ, τη Νότια Αφρική και τις ΗΠΑ. Σε ορισμένα μέρη της Μέσης Ανατολής και της Νότιας Ασίας, οι γυναίκες δολοφονούνται μερικές φορές στο όνομα της «τιμής», για συμπεριφορές που γίνονται αντιληπτές ως σεξουαλικές «παραβάσεις», ενώ σε περιοχές όπως η Ινδία λόγω συγκρούσεων που σχετίζονται με την προίκα (WHO, 2012).¹⁸ Παγκοσμίως, ο αριθμός των γυναικών που έχουν βιώσει βιασμό ή άλλες βίαιες σεξουαλικές πράξεις κάποια στιγμή στη ζωή τους, ανέρχεται στις 120 εκατομμύρια, δηλαδή περίπου μία στις δέκα γυναίκες. Οι πιο συνηθισμένοι δράστες σεξουαλικής βίας κατά των γυναικών και μάλιστα με μεγάλη διαφορά είναι οι νυν/πρώην σύζυγοι/σύντροφοι (UNICEF, 2014: 167).¹⁹

¹⁷ Το υψηλότερο ποσοστό καταγγελίας των περιστατικών βίας από σύντροφο είναι ενδεικτικό μιας κατάστασης στην οποία μια γυναίκα, έχοντας υποστεί αρκετά περιστατικά βίας σε μια σχέση, αποφασίζει να καταγγείλει το πιο σοβαρό περιστατικό σε μια προσπάθεια να σταματήσει την επανάληψη ή την κλιμάκωση της βίας, ενώ η βία από μη συντρόφους είναι πιο πιθανό να συνίσταται σε μεμονωμένα περιστατικά με μικρότερο κίνδυνο επανάληψης (FRA, 2015).

¹⁸ Το έθιμο της προίκας, το οποίο συνηθίζεται στη Νότιο Ασία (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Νεπάλ κ.α.) προκαλεί πολλές μορφές βίας κατά των γυναικών. Η χειρότερη από αυτές είναι η γυναικοκτονία λόγω προίκας, όταν για παράδειγμα η νύφη σκοτώνεται στο σπίτι (βλ. καύση) από τον σύζυγο της ή την οικογένεια του συζύγου της, λόγω της δυσαρέσκειάς τους για την προίκα που παρέχεται από την οικογένειά της. Στην Ινδία, μόνο το 2011, το Εθνικό Γραφείο Καταγραφής Εγκλημάτων ανέφερε 8.618 θανάτους για λόγους προίκας, ενώ ανεπίσημα στοιχεία δείχνουν ότι οι αριθμοί είναι τουλάχιστον τριπλάσιοι (UN WOMEN, 2012).

¹⁹ Αναφορικά με άλλες μορφές βίας κατά των γυναικών, ενήλικες γυναίκες αντιπροσωπεύουν σχεδόν το μισό του συνόλου των θυμάτων εμπορίας ανθρώπων (trafficking) σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι γυναίκες και τα κορίτσια μαζί αντιπροσωπεύουν περίπου το 70%, με τα κορίτσια να αντιπροσωπεύουν τα 2 στα 3 θύματα εμπορίας παιδιών (UNODC, 2014: 5, 11). Περαιτέρω, έχει υπολογιστεί ότι 133 εκατομμύρια κορίτσια και γυναίκες έχουν υποστεί κλειτοριδεκτομή σε 29 χώρες της Αφρικής και της Μέσης Ανατολής, όπου αυτή η πρακτική κακοποίησης είναι πολύ κοινή με υψηλό κίνδυνο παρατεταμένης αιμορραγίας, μολύνσεων (συμπεριλαμβανομένου και του HIV), επιπλοκών κατά τη διάρκεια του τοκετού, στειρότητας και θανάτου (UNICEF, 2014: 2-3).

1.2 Έκταση του προβλήματος σε επίπεδο ΕΕ

Σύμφωνα με την έρευνα του FRA (2015), το 33% των γυναικών στην ΕΕ, περίπου 62 εκατομμύρια γυναίκες, έχουν υπάρξει θύματα σωματικής ή/και σεξουαλικής βίας. Τα πιο υψηλά ποσοστά εμφανίζονται στη Βόρεια Ευρώπη και τις Σκανδιναβικές χώρες, ενώ στη Νότια Ευρώπη και τις Μεσογειακές χώρες τα ποσοστά υπολείπονται σημαντικά του ευρωπαϊκού μέσου όρου.²⁰ Το 22% των γυναικών, από την ηλικία των 15 ετών και άνω, δήλωσε ότι η σωματική ή/και σεξουαλική βία προέρχεται από τον σύντροφό τους^{21,22}, τη στιγμή που μία στις 10 γυναίκες δηλώνει ότι βίωσε κάποια μορφή σεξουαλικής βίας από ενήλικα πριν συμπληρώσει το 15^ο έτος της ηλικίας της και 1 στις 20 γυναίκες (5%) έχει πέσει θύμα βιασμού, από την ηλικία των 15 ετών και άνω (FRA, 2015).²³

Η *ψυχολογική βία*, αν και διαφέρουν οι τρόποι που γίνεται αντιληπτή και που υπολογίζεται σε διαφορετικές χώρες και κουλτούρες και τα διαθέσιμα στοιχεία δεν είναι πολλά, παρόλα αυτά φαίνεται να καταλαμβάνει υψηλά ποσοστά βίας. Συνολικά, το 43% των γυναικών έχει βιώσει κάποια μορφή ψυχολογικής βίας από νυν/πρώην σύζυγο/σύντροφο κατά τη διάρκεια της ζωής τους (FRA, 2015: 71).^{24,25} Όσον αφορά την *οικονομική βία*, περίπου 5% των γυναικών έχει υποστεί αυτήν τη

²⁰ Για παράδειγμα στη Βόρεια Ευρώπη και τις Σκανδιναβικές χώρες σε ποσοστά όπως: 52% στη Δανία, 47% στη Φιλανδία, 46% στη Σουηδία, 45% στην Ολλανδία και στον Ευρωπαϊκό Νότο και τις Μεσογειακές χώρες σε ποσοστά όπως: 27% στην Ιταλία, 25% στην Ελλάδα, 24% στην Πορτογαλία, 22% σε Ισπανία, Μάλτα και Κύπρο.

²¹ Περίπου 13 εκατομμύρια γυναίκες στην ΕΕ ήταν θύματα σωματικής βίας κατά τους 12 μήνες που προηγήθηκαν των συνεντεύξεων της έρευνας, δηλαδή ποσοστό 7% και 3,7 εκατομμύρια γυναίκες στην ΕΕ υπέστησαν σεξουαλική βία κατά τους 12 μήνες που προηγήθηκαν των συνεντεύξεων της έρευνας, δηλαδή ποσοστό 2% των γυναικών ηλικίας 18-74 ετών στην ΕΕ.

²² Ωστόσο, μόλις 14% των γυναικών κατήγγειλαν στην αστυνομία το πιο σοβαρό περιστατικό βίας από στενό σύντροφο, ενώ 13% κατήγγειλαν στην αστυνομία το πιο σοβαρό περιστατικό βίας από μη σύντροφο.

²³ Στα νομικά συστήματα ορισμένων χωρών της ΕΕ, ο νομικός ορισμός του βιασμού είναι ευρύτερος και δεν περιορίζεται στην προϋπόθεση χρήσης σωματικής βίας από τον αυτουργό. Υπό αυτή την έννοια, τα περιστατικά βιασμού στην ΕΕ μπορεί να υπερβαίνουν το 5%.

²⁴ Εδώ μπορεί να περιλαμβάνονται μορφές ψυχολογικής κακοποίησης, όπως η καταπιεστική συμπεριφορά (π.χ. η προσπάθεια να εμποδίσει κανείς μια γυναίκα να βλέπει τους φίλους της ή να επισκέπτεται την οικογένεια ή τους συγγενείς της), η μείωση της προσωπικότητας και ο εξευτελισμός της συμμετέχουσας κατ' ιδίαν ή δημοσίως, η απαγόρευση της εξόδου από το σπίτι ή το κλειδωμα στο σπίτι, ο εξαναγκασμός σε παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού, η τρομοκράτηση ή ο εκφοβισμός, καθώς και η απειλή χρήσης βίας εναντίον της ίδιας ή αγαπημένου προσώπου της.

²⁵ Μία στις 4 γυναίκες, δηλ. 25%, έχει υποστεί μείωση της προσωπικότητάς τους ή κατ' ιδίαν εξευτελισμό από σύντροφο, 14% έχει δεχθεί απειλές χρήσης σωματικής βίας, ενώ στο 5% των περιπτώσεων τούς απαγόρευσαν την έξοδο από το σπίτι, πήραν τα κλειδιά του αυτοκινήτου ή τις κλείδωσαν στο σπίτι. Από τις γυναίκες που είναι σε σχέση, 7% έχουν υποστεί τέσσερις ή περισσότερες μορφές ψυχολογικής βίας.

μορφή βίας στη νυν σχέση τους και 13% των γυναικών έχει υποστεί κάποια μορφή οικονομικής βίας σε προηγούμενες σχέσεις (FRA, 2015).²⁶

Σε ότι αφορά τις *εμπειρίες βίας κατά την παιδική ηλικία*, συνολικά, όσον αφορά τη σωματική, τη σεξουαλική και την ψυχολογική βία, 35% των γυναικών δηλώνει ότι βίωσε τουλάχιστον μία από τις τρεις μορφές βίας πριν από την ηλικία των 15 ετών από ενήλικο δράστη. Περίπου το 12% δηλώνει ότι έχει βιώσει κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης ή κάποιο συναφές περιστατικό από κάποιον ενήλικα, πριν από την ηλικία των 15 ετών, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 21 εκατομμύρια γυναίκες εντός της ΕΕ. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το 30% των γυναικών που έχει υποστεί σεξουαλική βία από νυν/πρώην σύντροφο έχει πέσει θύμα σεξουαλικής βίας και κατά την παιδική ηλικία (FRA, 2015).

2. Η έκταση της βίας κατά των γυναικών σε εθνικό επίπεδο

Μία στις τέσσερις Ελληνίδες από 15 ετών και άνω, δηλαδή 25%, είναι θύμα σωματικής ή σεξουαλικής βίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του **Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ** (FRA, 2015). Το 19% των Ελληνίδων ανέφερε ότι η σωματική ή/και σεξουαλική βία προέρχεται από τον σύντροφό τους. Ωστόσο, όπως αναφέραμε και παραπάνω, το πρόβλημα φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερο στην πραγματικότητα, αφού η καταγγελία της βίας κατά των γυναικών συνεχίζει να αποτελεί ταμπού και να συναντά πολλά εμπόδια τόσο στη χώρα μας όσο και σε όλες τις Μεσογειακές χώρες, σε αντίθεση με τη Βόρεια Ευρώπη, όπου οι γυναίκες ενθαρρύνονται και έχουν πιο συχνά τη δυνατότητα να προχωρούν σε καταγγελίες και στη λήψη κατάλληλων υπηρεσιών υποστήριξης.

Σε ότι αφορά στις ηλικίες κάτω των 15 ετών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του FRA (2015), το 23% των γυναικών στην Ελλάδα είχε εμπειρίες σωματικής ή/και ψυχολογικής βίας κατά την παιδική ηλικία από κάποιον ενήλικα. Το 5% των γυναικών στην Ελλάδα είχε εμπειρίες σεξουαλικής βίας κατά την παιδική ηλικία, οι μισές εκ των οποίων προέρχονταν από άνδρες που δεν γνώριζαν. Το αξιοσημείωτο είναι ότι το 67% των γυναικών δεν κατήγγειλε, στην αστυνομία ή σε κάποια άλλη υπηρεσία, το πιο σοβαρό περιστατικό βίας από σύντροφο.

²⁶ Εδώ περιλαμβάνονται συμπεριφορές όπως το να μην επιτρέπεται στη γυναίκα να αποφασίζει μόνη για τα οικονομικά της οικογένειας ή η απαγόρευση να εργάζεται έξω από το σπίτι.

Σε εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας, το χρονικό διάστημα 2014-2017 σημειώθηκαν περισσότερα από 13.700 περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας, με τις γυναίκες να αποτελούν περίπου το 70% των θυμάτων. Το 2017 σημειώθηκαν 3.134 περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας με 4.243 θύματα συνολικά. Εκτός της οικογενειακής εστίας δυστυχώς, αν και οι έρευνες υποδεικνύουν ότι μία στις τρεις γυναίκες θα υποστεί βία κάποια στιγμή στη ζωή της, παρόλα αυτά στην ουσία δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία. Όσον αφορά τους βιασμούς, την περίοδο 2016-2017 γνωρίζουμε ότι έλαβαν χώρα περισσότερα από 300 περιστατικά ή απόπειρες βιασμών.²⁷

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία των **δομών του Δικτύου της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων (ΓΓΙΦ)** για την εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών, από το 2012 που ξεκίνησε σταδιακά η λειτουργία των δομών του δικτύου έως σήμερα, 25.079 γυναίκες απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα, 1.518 γυναίκες φιλοξενήθηκαν στους Ξενώνες Φιλοξενίας, ενώ η Γραμμή SOS 15900 από την έναρξη της λειτουργίας, στις 11/3/2011, δέχθηκε 37.482 κλήσεις. Κατά τη διάρκεια του 2018, στα Συμβουλευτικά Κέντρα απευθύνθηκαν 4.909 γυναίκες, 286 γυναίκες φιλοξενήθηκαν στους Ξενώνες Φιλοξενίας, ενώ η Γραμμή SOS 15900 δέχθηκε 5.088 κλήσεις (ΓΓΙΦ, 2018a).

Όσον αφορά τα στοιχεία της Τηλεφωνικής Γραμμής SOS 15900 από τις 5.088 κλήσεις του 2018, οι 4.116 (81%) αφορούσαν σε καταγγελίες περιπτώσεων έμφυλης βίας. Συγκεκριμένα, οι 2.864 κλήσεις (70%) αφορούσαν σε καταγγελίες των ίδιων των κακοποιημένων γυναικών, ενώ οι 1.252 κλήσεις (30%), αφορούσαν σε καταγγελίες από τρίτα πρόσωπα. Από τις 2.864 κλήσεις που αφορούσαν σε καταγγελίες των ίδιων των κακοποιημένων γυναικών, οι 2.519 κλήσεις (87%) αφορούσαν σε ενδοοικογενειακή βία με δράστη κυρίως τον σύζυγο, οι 110 κλήσεις (4%) σε σεξουαλική παρενόχληση, οι 28 κλήσεις (1%) σε περιπτώσεις βιασμού, σε trafficking 2,0 (0%) σε περιπτώσεις πορνείας και 108 κλήσεις (4%) αφορούσαν σε καταγγελία άλλων μορφών βίας (ΓΓΙΦ, 2018a).

Αναφορικά με τα στατιστικά στοιχεία των Συμβουλευτικών Κέντρων, από τις 25.079 γυναίκες που απευθύνθηκαν σε αυτά, οι 18.938 (84%) αφορούσαν περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας με δράστη τον σύζυγο/σύντροφο (72%), οι 270

²⁷ Βλ. σχετικά:

http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=81738&Itemid=73&lang=

(1%) αφορούσαν περιπτώσεις βιασμού, οι 326 (1%) αφορούσαν σεξουαλική παρενόχληση, οι 47 (0%) περιπτώσεις trafficking, ενώ 17 (0%) ήταν περιπτώσεις πορνείας. Τέλος, τα στατιστικά στοιχεία των Ξενώνων Φιλοξενίας δείχνουν ότι από τις 1.518 γυναίκες που φιλοξενήθηκαν, οι 1.125 (76%) αφορούσαν σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας με δράστη τον σύζυγο/σύντροφο (71%), οι 46 (3%) αφορούσαν περιπτώσεις βιασμού, οι 47 (3%) αφορούσαν σεξουαλική παρενόχληση, οι 45 (3%) περιπτώσεις trafficking, ενώ 6 (0%) ήταν περιπτώσεις πορνείας (ΓΓΙΦ, 2018a).

III. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Έχει αναγνωριστεί ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πλήττονται από την έμφυλη βία είναι γυναίκες, ως αποτέλεσμα της άνισης κατανομής της εξουσίας στην κοινωνία μεταξύ γυναικών και ανδρών και υφίστανται σοβαρότατες και οδυνηρές συνέπειες ως αποτέλεσμα των έμφυλων διακρίσεων (UNFPA, 2012). Σύμφωνα με το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον Πληθυσμό (UNFPA, 2012: 7) οι γυναίκες όλων των ηλικιών βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα να είναι υποψήφια θύματα έμφυλης βίας και αποτελούν τους κύριους στόχους της. Αυτό είναι αποτέλεσμα κυρίως των έμφυλων ανισοτήτων και της χειρότερης κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης που οδηγεί σε περιορισμένες επιλογές και ευκαιρίες και λιγότερους πόρους για να αποφύγουν καταχρηστικές καταστάσεις ή να αναζητήσουν δικαιοσύνη.

Η βία κατά των γυναικών αναγνωρίζεται, πλέον, ως **πρόβλημα δημόσιας υγείας**, με σοβαρές συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική τους κατάσταση (Campbell, 2002), αποτελώντας μεγάλο και σημαντικό παράγοντα κινδύνου, όπως επίσης αιτία θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται σοβαρές συνέπειες και βλάβες που αφορούν στη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία, όπως είναι οι αναγκαστικές και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι επισφαλείς αμβλώσεις και συνακόλουθοι θάνατοι και υψηλότερος κίνδυνος ανάπτυξης σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων (UNFPA, 2012: 7).

Σύμφωνα με Έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας, σε παγκόσμιο επίπεδο, η επιβάρυνση της υγείας από την έμφυλη βία κατά των γυναικών, σε γυναίκες ηλικίας 15-44 ετών, μπορεί να συγκριθεί με εκείνη που προκαλούν άλλοι παράγοντες

κινδύνου και ασθένειες που είναι ήδη υψηλές στην παγκόσμια ατζέντα της υγείας, όπως είναι η φυματίωση, ο ιός της ανοσοανεπάρκειας (HIV), η σηψαιμία κατά τον τοκετό, ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Heisewith, 1994: 17). Η βία κατά των γυναικών αυξάνει τους κινδύνους κακής υγείας και σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, ενώ η πραγματική διάσταση και έκταση των συνεπειών είναι δύσκολο να εξακριβωθεί, επειδή τα ιατρικά αρχεία συνήθως στερούνται λεπτομερειών ζωτικής σημασίας σχετικά με τα βίαια περιστατικά (WHO, 1997).

Οι βλάβες που υφίσταται η υγεία των γυναικών από την άσκηση βίας εναντίον τους μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε *σωματικές, ψυχολογικές, σεξουαλικές/αναπαραγωγικές και συμπεριφορικές*. Στις *σωματικές βλάβες* περιλαμβάνονται οι γυναικοκτονίες, συνηθέστερα από σύζυγο/σύντροφό τους, σοβαρότεροι ή μικρότεροι τραυματισμοί και μια διαπιστωθείσα ευαλωτότητα σε ασθένειες, μακροχρόνιας ή μη, ως αποτέλεσμα της βίας.²⁸ Επιπρόσθετα, στις *ψυχολογικές συνέπειες* περιλαμβάνονται οι αυτοκτονίες, τα ψυχολογικά προβλήματα όπως: κατάθλιψη, άγχος και συναφείς διαταραχές, έλλειψη αυτοπεποίθησης μεταξύ άλλων. Τα *προβλήματα συμπεριφοράς* που έχει διαπιστωθεί ότι προκύπτουν εξαιτίας αυτής της μορφής βίας, είναι η μεγαλύτερη ροπή για εθισμό σε αλκοόλ και ουσίες, η μη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών και άλλων μεθόδων προστασίας, με τους κινδύνους που αυτό συνεπάγεται, η μετέπειτα επιλογή βίαιων συντρόφων κ.ά. (WHO, 2012). Η βία που στρέφεται κατά των γυναικών δεν έχει συνέπειες μόνο για τη δική τους υγεία, αλλά παράλληλα συνεπάγεται και κινδύνους για την υγεία των παιδιών τους. Τα παιδιά που γίνονται μάρτυρες βίαιων περιστατικών μέσα στην οικογένεια, έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων, όπως: κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές συμπεριφοράς και καθυστέρηση στη γνωστική και αντιληπτική ανάπτυξή τους (Casique-Casique & Fugerato, 2006).

Εκτός από τα προβλήματα υγείας που αφορούν τις ίδιες τις γυναίκες αλλά και τα παιδιά τους, η βία έχει αντίκτυπο σε όλες τις σφαίρες της ζωής των γυναικών, επηρεάζει συνολικά τη γενική κατάσταση και την ποιότητα της ζωής τους, την αυτονομία τους, την ικανότητά τους να φροντίζουν τον εαυτό τους και τα παιδιά τους. Οι γυναίκες που βιώνουν μορφές βίας εμφανίζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση,

²⁸ Οι γυναίκες που έχουν υποστεί βία ή κακομεταχείριση είναι πολύ πιθανότερο να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με τον πανικό, την κατάθλιψη, τις μυοσκελετικές διαταραχές και τον χρόνιο πόνο, τις ουρογεννητικές διαταραχές και τις αναπνευστικές ασθένειες (Leserman et.al, 1998: 417-425).

περιορισμένες ευκαιρίες εκπαίδευσης, δυσχεραίνονται οι ευκαιρίες διεκδίκησης καλά αμειβόμενης και ασφαλούς εργασίας και η εργασιακή τους πρόοδος και όλα αυτά συντείνουν σε μειωμένη παρουσία στη δημόσια ζωή γενικότερα. Συνεπώς, το κόστος και το αντίτιμο που έχει να πληρώσει το κοινωνικό σύνολο είναι πολύ μεγάλο (WHO, 1997).

Όπως γίνεται φανερό, η βία κατά των γυναικών είναι κάτι πολύ μεγαλύτερο από ένα ζήτημα υγείας, αποτελεί όπως έχουμε αναφέρει, παραβίαση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των γυναικών και σε γενικότερο επίπεδο έχει σημαντικό και αρνητικό αντίκτυπο στον οικονομικό τομέα, θίγοντας και το δικαίωμα της ανάπτυξης.²⁹ Όσον αφορά το *οικονομικό κόστος* και δη του ιατρικού τομέα, οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν περισσότερες ανάγκες περίθαλψης και αναζητούν υπηρεσίες υγείας συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό, σε ευθεία αναλογία και αντιστοιχία με τη σοβαρότητα της βίας που υφίστανται και έτσι με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η χρήση υπηρεσιών υγείας και το κόστος τους. Οι γυναίκες που βιώνουν βία είναι λιγότερο πιθανόν να αναζητήσουν φροντίδα και να ελέγξουν την υγεία τους σε προληπτικό στάδιο και αυτό έχει σαφείς και αρνητικές επιπτώσεις για τη γενική υγεία τους και τις δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η πρόληψη είναι συνήθως πιο αποδοτική από τη θεραπεία (WHO, 2012). Το κόστος μεγαθύνεται, αν συνυπολογίσουμε το άμεσο κόστος από τα έξοδα της αστυνομίας, των δικαστηρίων και των άλλων θεσμικών παραγόντων και υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν τα περιστατικά βίας και φροντίζουν τις γυναίκες θύματα, τα παιδιά τους αλλά και τους δράστες (WHO, 1997).

Περαιτέρω, σε μακροοικονομικό επίπεδο και σε όρους ανάπτυξης, η έμφυλη βία αποτελεί σημαντικό *περιορισμό της πλήρους συμμετοχής των γυναικών στην κοινωνία*, μειώνοντας την ικανότητα των γυναικών να εργάζονται, επηρεάζοντας αρνητικά την κινητικότητα και την παραγωγικότητά τους, εμποδίζοντας τη σωστή ενημέρωση και πρόσβασή τους στην πληροφόρηση, αποτελώντας εμπόδιο στην εκπαίδευση των ιδίων και των παιδιών τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι το κοινωνικό σύνολο αποστερείται της συμμετοχής των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία, με αποτέλεσμα τη θηλυκοποίηση της φτώχειας. Η σημασία της καλής υγείας των

²⁹ Το «δικαίωμα στην ανάπτυξη» εισήχθη στον Αφρικανικό Καταστατικό Χάρτη, γνωστό και ως Χάρτη της Banjul (<http://www.achpr.org/instruments/achpr/>). Η ιδέα είναι ότι η οικονομική ανάπτυξη των φτωχότερων χωρών του κόσμου είναι απαραίτητη για την κοινωνική τους ευημερία και την πολιτική σταθερότητά τους και ότι χωρίς αυτήν δεν θα είναι σε θέση να εγγυηθούν τα πολιτικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα που προβλέπονται σε μεγάλα διεθνή έγγραφα.

γυναικών, πέραν των άλλων ευεργετικών αποτελεσμάτων, έχει αποκτήσει επικαιρότητα και έχει γίνει κεφαλαιώδους σημασίας ζητούμενο, ώστε να προστατευθεί και να προωθηθεί η απαραίτητη συμβολή και συμμετοχή τους στην επίτευξη της κοινωνικοοικονομικής ευημερίας. Κατά συνέπεια, η προσπάθεια να προστατευθούν οι γυναίκες από τη σε βάρος τους άσκηση βίας γίνεται αποδεκτή ολοένα και περισσότερο στις μέρες μας και θεωρείται μια αναγκαία συνθήκη για μια βιώσιμη ανάπτυξη, αναγνωρίζοντας ότι οι γυναίκες αποτελούν σημαντική δύναμη για αλλαγή (Richters, 1994).

ΜΕΡΟΣ Β΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ



**LEAVE NO
ONE BEHIND:
END VIOLENCE
AGAINST WOMEN
AND GIRLS**

I. ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΥΛΗΣ ΒΙΑΣ

1. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας

Η πολύτροπη άσκηση βίας κατά των γυναικών συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους, και πλέον αναγνωρίζεται -σε παγκόσμιο επίπεδο- ως σημαντικό **πρόβλημα δημόσιας υγείας**. Στο πλαίσιο της πολυτομεακής προσέγγισης για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού, ο **τομέας της υγείας**³⁰ είναι αναγκαίο να διαδραματίσει κομβικής σημασίας ρόλο, σε συνδυασμό με τις πρωτοβουλίες αντιμετώπισης σε επίπεδο θεσμικών οργάνων, δομών και κράτους. Στην Ελλάδα, υπάρχει πλέον σημαντικό νομικό και θεσμικό πλαίσιο³¹ για την καταπολέμηση της βίας εναντίον των γυναικών, καθώς λειτουργεί πανελλαδικό Δίκτυο 63 υποστηρικτικών δομών (Συμβουλευτικά Κέντρα, Ξενώνες Φιλοξενίας και Τηλεφωνική Γραμμή SOS 15900)³² για τις γυναίκες θύματα βίας ή/και πολλαπλών διακρίσεων, υπό τον συντονισμό της Γενικής Γραμματείας Ισότητας των Φύλων (ΓΓΙΦ) του Υπουργείου Εσωτερικών.

Σύμφωνα με τη ΓΓΙΦ (2018), οι υπηρεσίες υγείας έχουν μια ειδική ευθύνη στη διαπίστωση της βίας και στην ορθή ιατρική και ψυχο-κοινωνική αντιμετώπιση των γυναικών θυμάτων βίας, αφού σε πολλές περιπτώσεις το σύστημα υγείας είναι το μοναδικό στο οποίο απευθύνονται, και όπως τονίζεται: *«παρότι οι υπηρεσίες υγείας μέχρι σήμερα αντιμετωπίζουν το θέμα της κακοποίησης των γυναικών αποσπασματικά, ο ρόλος τους μπορεί να γίνει καθοριστικός για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών»* (ΓΓΙΦ, 2018: 363). Έτσι, στο πεδίο της λειτουργίας των φορέων δημόσιας υγείας διαφαίνεται ότι χρειάζεται να γίνουν πολλά βήματα, καθώς

³⁰ Οι πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές υγείας αποτελούν συνήθως το πρώτο σημείο εισόδου των γυναικών θυμάτων βίας στο σύστημα υγείας. Αυτά μπορεί να είναι εξωτερικά ιατρεία και τμήματα έκτακτης ανάγκης-επείγοντα, τμήματα που εξυπηρετούν γυναίκες και παιδιά, όπως για παράδειγμα γυναικολογικά τμήματα προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας, παιδιατρικά τμήματα, κλινικές ελέγχου HIV, κ.λπ. Συνεπώς, οι πάροχοι που συνήθως έρχονται πρώτοι/-ες σε επαφή με τα θύματα μπορεί να είναι μαιευτήρες, γενικοί/-ές ιατροί, ψυχίατροι, κοινοτικοί υπάλληλοι κ.ά.

³¹ Ενδεικτικά: Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων 2016-2020, Ν. 3500/2006 «Αντιμετώπιση της Ενδοοικογενειακής Βίας και άλλες διατάξεις», Ν. 3811/2009 (ΦΕΚ 231/Α/18-12-2009) (Οδηγία 2004/80/ΕΚ) «Αποζημίωση των Θυμάτων εγκλημάτων βίας από πρόθεση και άλλες διατάξεις», Ν. 3896/2010 «Εφαρμογή της αρχής των ίσων ευκαιριών και της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα εργασίας και απασχόλησης», εφαρμοστικός Νόμος 4531/2018 που επικύρωσε τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας της Κωνσταντινούπολης, κ.λπ.

³² Βλ. για περισσότερες πληροφορίες τις ιστοσελίδες της ΓΓΙΦ: www.isotita.gr και www.womensos.gr

διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ωστόσο, πρωτεύοντα ρόλο παίζουν ιδιαίτερα οι επαγγελματίες υγείας στη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, όπου καλούνται να αντιμετωπίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες της βίας κατά των γυναικών. Είναι σαφές ότι μια έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος δύναται να μειώσει τις σοβαρές συνέπειες και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα (επανα)θυματοποίησης αυτών των γυναικών (Παπαγιαννοπούλου & Γκούβα, 2009: 53).

Ο τομέας της υγείας διαδραματίζει καίριο ρόλο, καθώς οι γυναίκες είναι τακτικές επισκέπτριες και συχνά απευθύνονται αρχικά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ή/και δευτεροβάθμιας παροχής φροντίδας, πριν αναζητήσουν βοήθεια σε κάποια κοινωνική υπηρεσία ή υποστηρικτική δομή ή πριν καταφύγουν στις δικαστικές και αστυνομικές αρχές.³³ Έτσι, για πολλές γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί, οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας είναι οι κύριοι και συχνά το μόνο σημείο επαφής με δημόσιες υπηρεσίες για παροχή υποστήριξης και πληροφοριών (WHO, 2017: 3). Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης, καλά εκπαιδευμένο στον τρόπο αντιμετώπισης των γυναικών που έχουν εκτεθεί σε βίαιες πράξεις, έχει ειδική ευθύνη στην έγκαιρη και έγκυρη αναγνώριση της βίας και στη σωστή ιατρική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των περιστατικών, προσφέροντας στη συνέχεια την κατάλληλη θεραπεία και υποστήριξη. Παρότι οι υπηρεσίες υγείας, μέχρι σήμερα, αντιμετωπίζουν το θέμα της κακοποίησης των γυναικών αποσπασματικά, ο ρόλος τους μπορεί να γίνει καθοριστικός για την εκτίμηση και την αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών και συνεπώς, υπάρχει επείγουσα ανάγκη να θεσπιστούν προγράμματα έγκαιρης ανίχνευσης και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

2. Ανασταλτικοί παράγοντες για μια αποτελεσματική παρέμβαση του συστήματος δημόσιας υγείας

Με πρωτοβουλία της ΓΓΙΦ και σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας έχει εκδοθεί **Εγκύκλιος** (αρ.πρωτ. Α3(γ)/3609, 15/1/2015) για την υποβολή κατά προτεραιότητα των γυναικών, που χρειάζεται να φιλοξενηθούν σε Ξενώνες

³³ Μέσα στο πλαίσιο της συνολικής κουλτούρας αποδοχής και ανοχής της έμφυλης βίας, σε κοινωνίες στις οποίες ακόμα η βία από στενό σύντροφο θεωρείται ως ιδιωτικό ζήτημα, τα περιστατικά βίας κατά γυναικών δύσκολα αναφέρονται στην οικογένεια και φίλους/-ες ή στην αστυνομία και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ αρκετές γυναίκες αναφέρουν πως όταν απευθύνονται για βοήθεια σε κάποια κρατική υπηρεσία, π.χ. νοσοκομείο, αντιμετωπίζουν αποθάρρυνση, επιφυλακτικότητα και έλλειψη κατανόησης (Λαζαρίδου, 2018).

φιλοξενίας του Δικτύου της ΓΓΙΦ, σε δωρεάν ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ανεξαρτήτως της ασφαλιστικής ή μη ικανότητάς τους. Επίσης, η ΓΓΙΦ (2018: 369-375) έχει εκπονήσει ένα πρότυπο «**Πρωτόκολλο Συνεργασίας** με φορέα που εμπλέκεται στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών: Εθνικό Σύστημα Υγείας», ώστε σε αναπτυχθεί δυνητικά η συνεργασία με δομές υγείας (π.χ. τοπικό νοσοκομείο κέντρο υγείας, ιατρικοί σύλλογοι κ.λπ.) μέσω της εκάστοτε υπογραφής και ενεργοποίησής του σε συνεργασία με τα Συμβουλευτικά Κέντρα ή/και τους Ξενώνες Φιλοξενίας Δικτύου της ΓΓΙΦ.

Εν τούτοις, αν και στην Ελλάδα υπάρχει Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων (ΕΣΔΙΦ 2016-2020) (ΓΓΙΦ, 2017), με βασικό άξονα προτεραιότητας την καταπολέμηση της έμφυλης βίας, δεν διατίθενται επαρκείς πόροι για την ανάπτυξη στοχευμένων δράσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. επιμόρφωση επαγγελματιών υγείας, ερευνητικές εστιάσεις, εκπόνηση πρωτοκόλλων και εξειδικευμένων εργαλείων κ.λπ.). Επιπλέον, στο Υπουργείο Υγείας δεν υπάρχει διατομεακός μηχανισμός συντονισμού για την αντιμετώπιση διαφορετικών μορφών και ειδών βίας, ούτε και σχετική Επιτροπή σε συνεργασία με τους εθνικούς μηχανισμούς ισότητας των φύλων. Η κάλυψη και η ποιότητα των υπηρεσιών που χρειάζονται οι επιζήσασες βίας είναι περιορισμένες και με σημαντικά κενά στην εξειδίκευση/ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση τέτοιων περιστατικών και κατ' επέκταση στην αποτελεσματική στήριξη και προστασία των κακοποιημένων γυναικών. Η βία κατά των γυναικών δεν περιλαμβάνεται στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών/-τριών, των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας (WHO, 2016), και γενικά, δεν υπάρχει συστηματική και οργανωμένη καταγραφή των περιστατικών βίας και κατ' επέκταση δεδομένα και πληροφορίες που να προέρχονται από τις δομές υγείας.

Επιπρόσθετα, οι ανασταλτικοί παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε **προσωπικού τύπου εμπόδια** που αφορούν στους/στις **επαγγελματίες υγείας** και περιλαμβάνουν στερεότυπες αντιλήψεις, έμφυλες προκαταλήψεις κ.λπ. και **συναισθηματικού τύπου εμπόδια** (Πενταράκη κ.ά., 2010). Οι μελέτες έχουν δείξει την έλλειψη σεβασμού και την άσκηση καταχρηστικών συμπεριφορών σε κακοποιημένες γυναίκες (WHO, 2016), καθώς δεν σέβονται πάντα την αυτονομία, την ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των γυναικών, συχνά φέρουν φέρουν παραδοσιακές απόψεις για τη σωματική βία ως μέσο «πειθαρχίας» ή ως έκφραση αγάπης (Kim & Motsei, 2002) και έχουν αντιλήψεις που

θεωρούν ότι οι κακοποιημένες γυναίκες ευθύνονται για την κακοποίησή τους (Πενταράκη κ.ά., 2010). Όσον αφορά τα συναισθηματικού τύπου εμπόδια, ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν φόβο ότι θα προσβάλουν τις ασθενείς, ρωτώντας τις για ένα θέμα που προσδιορίζεται κατά αυτούς/-ές ως «ιδιωτικό» (Πενταράκη κ.ά., 2010). Ένας ακόμα παράγοντας που έχει καταγραφεί από την υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι παρεμβαίνει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της έμφυλης βίας είναι η ύπαρξη πολιτισμικών διαφορών ανάμεσα στις ασθενείς και στους/στις γιατρούς. Επίσης, συχνά οι επαγγελματίες υγείας επικαλούνται την έλλειψη χρόνου, την έλλειψη γνώσης και πρακτικών ικανοτήτων, την έλλειψη των κατάλληλων φορέων παραπομπής, και συχνά δεν έχουν επαγγελματική εκπαίδευση στον προσδιορισμό και στην παρέμβαση σε θέματα έμφυλης βίας (Πενταράκη κ.ά., 2010).

II. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

1. Κατευθυντήριες αρχές για την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τις γυναίκες

Οι ιατροί και οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα υγείας μπορούν και πρέπει να αναλάβουν ενισχυμένο ρόλο στον εντοπισμό και στην πρόληψη περιστατικών βίας κατά των γυναικών. Σύμφωνα με την έρευνα του FRA (2015) οι κανόνες περί απορρήτου πρέπει να αποσαφηνιστούν, έτσι ώστε οι ιατροί να μπορούν να αναφέρουν περιστατικά κακοποίησης.³⁴ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2016), ο ρόλος που χρειάζεται να επιτελέσει ο τομέας της υγείας είναι ο ακόλουθος:

- Να συνηγορήσει στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών ως θέμα δημόσιας υγείας.
- Να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες, ευαισθητοποιώντας και εκπαιδύοντας τους/τις επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των επιζώντων γυναικών με αποτελεσματική και ολιστική προσέγγιση.

³⁴ Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι 87% των ερωτηθεισών γυναικών δέχονται να απευθύνουν οι ιατροί ερωτήσεις για πιθανή κακοποίηση, εάν μια ασθενής φέρει ορισμένα τραύματα ή χαρακτηριστικά. Παράλληλα, η ανάπτυξη τυποποιημένων ερωτηματολογίων από ιατρούς σε σχέση με τα σημάδια της βίας πρέπει να διασφαλίζει την ύπαρξη των κατάλληλων ελέγχων για τον εντοπισμό ενδεχόμενων περιστατικών κακοποίησης από τους ίδιους τους ιατρούς (FRA, 2015.)

- Να συμβάλλει στην αποτροπή της επανάληψης της βίας, μέσω έγκαιρης αναγνώρισής της και παρέχοντας κατάλληλη υποστήριξη και παραπομπή σε αρμόδιους φορείς.
- Να συντελέσει στην αποδοχή των προτύπων ισότητας των φύλων και εξάλειψης των έμφυλων ανισοτήτων, μέσω της εκπαίδευσης του προσωπικού και της ενημέρωσης του κοινού.
- Να τηρεί συστήματα πληροφόρησης και επιτήρησης της υγείας και να πραγματοποιεί μελέτες υγείας και δημογραφικές έρευνες για τον εμπλουτισμό της γνώσης και των στοιχείων που θα καταδείξουν το μέγεθος του προβλήματος.
- Να τεκμηριώσει το μέγεθος του προβλήματος, τις αιτίες και τις συνέπειές του, καθώς και να προάγει την συντονισμένη πολυτομεακή πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες φροντίδας που αφορούν τις επιζήσασες βίας, οφείλουν να οργανώνονται και να επικεντρώνονται γύρω από τις ανάγκες και τις προοπτικές της υγείας των γυναικών. Μια γυναικο-κεντρική εστίαση στη φροντίδα υγείας πρέπει να διαποτίζεται πρώτα και πάνω από όλα από τις θεμελιώδεις αρχές του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ισότητας των φύλων (WHO, 2017). Περαιτέρω και με οδηγό αυτές τις θεμελιώδεις αρχές θα πρέπει:

- Να λαμβάνει μέτρα για την ασφάλεια και την προστασία της ιδιωτικότητας των γυναικών.³⁵
- Να ελαχιστοποιεί τη βλάβη και να μεγιστοποιεί τα οφέλη από τον τρόπο σχεδιασμού και παροχής των υπηρεσιών, επιτυγχάνοντας το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας με υγειονομικές υπηρεσίες καλής ποιότητας, διαθέσιμες, προσιτές και αποδεκτές από τις γυναίκες.
- Να λαμβάνει υπόψη τις απόψεις και τις γνώμες των γυναικών, το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση της γυναίκας, ενδυναμώνοντας τες να έχουν ενεργό ρόλο

³⁵ Πολύ σημαντικό μέρος της φροντίδας υγείας που απευθύνεται στις γυναίκες είναι αυτό που αφορά την ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα. Θα πρέπει να διασφαλίζεται και να προστατεύεται η ιδιωτικότητα της γυναίκας, ειδάλως τυχόν παραβίαση της εχεμύθειας μπορεί να την θέσει σε περαιτέρω κινδύνους. Επίσης, αν δεν καλλιεργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης από τους/τις επαγγελματίες υγείας, τότε θα είναι δύσκολο για τις γυναίκες να αποκαλύψουν την εμπειρία της βίας. Οι δομές υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τις γυναίκες για τα δικαιώματά τους, να τηρούν πολιτική διατήρησης της ιδιωτικής ζωής και της εμπιστευτικότητας, να διασφαλίζουν ότι οι υποδομές, το προσωπικό και οι ροές ασθενών προωθούν ασφαλείς και εμπιστευτικές διαβουλεύσεις, με άμεση εφαρμογή μηχανισμών έννομης προστασίας για τυχόν παραβιάσεις της ιδιωτικής ζωής ή της εμπιστευτικότητας (WHO, 2017).

και συμμετοχή στις επιλογές και τις υπηρεσίες που αφορούν στη φροντίδα τους, να μπορούν να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις, να μπορούν να αρνηθούν ιατρικές διαδικασίες, να προβούν σε νομικές ενέργειες κ.ά. (WHO, 2014).

- Να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις ανησυχίες των γυναικών με ανθρώπινο και ολιστικό τρόπο, χωρίς διαφορετική μεταχείριση και διακρίσεις βάσει φυλής, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης, σεξουαλικού προσανατολισμού, θρησκευτικών πεποιθήσεων, αναπηρίας, οικογενειακής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων κ.ά.
- Να παρέχει στις γυναίκες πρόσβαση σε πληροφορίες και υποστήριξη για να λαμβάνουν τις σωστές αποφάσεις στην αντιμετώπιση της βίας που έχουν βιώσει.

Όσον αφορά στο μέρος των επαγγελματιών υγείας, ο τομέας της υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύει το προσωπικό και να καθοδηγεί τους/τις επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης ως προς τα ακόλουθα:

- Στην κατανόηση πως η προσκόλληση σε κοινωνικές νόρμες που αποδέχονται την ανισότητα εξουσίας ανάμεσα στα φύλα διαιωνίζουν τη βία κατά των γυναικών.³⁶
- Στον σεβασμό των επιλογών και της αυτονομίας των γυναικών κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους.
- Στην αναγνώριση πως μια γυναίκα που υφίσταται βία μπορεί να αντιμετωπίσει πολλαπλές μορφές διακρίσεων, όχι μόνο λόγω φύλου, αλλά και για λόγους εθνικότητας, κοινωνικής τάξης, αναπηρίας, θρησκείας, σεξουαλικού προσανατολισμού ή/και άλλων χαρακτηριστικών.
- Στην κατανόηση των προσωπικών συνθηκών των γυναικών (φροντίδα παιδιών, στέγαση, περιορισμένη κινητικότητα, αδυναμία πληρωμής, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο) παρέχοντας υπηρεσίες εύκολα προσβάσιμες, φιλικές προς τα παιδιά, δωρεάν φύσης ανάλογα με την κατάσταση.

³⁶ Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν ότι η βία κατά των γυναικών έχει τις ρίζες της στην άνιση κατανομή εξουσίας μεταξύ γυναικών και ανδρών, ότι οι γυναίκες μπορεί να έχουν λιγότερη πρόσβαση από τους άνδρες σε πόρους, όπως χρήματα ή πληροφορίες, μπορεί να μην έχουν την ελευθερία να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους. Μπορεί ούσες οι ίδιες θύματα να κατηγορούνται και να στιγματίζονται για βία, μπορεί να νιώθουν ντροπή και χαμηλό αυτοέλεγχο κ.ά. (WHO, 2014).

- Στη λήψη προφυλάξεων κατά τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη βία κατά των γυναικών, ώστε να προστατεύεται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και να ελαχιστοποιείται η βλάβη.

Για την ενίσχυση των προαναφερόμενων αρχών, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται προς την ενίσχυση της αξίας των γυναικών ως άτομα, να επιδεικνύουν σεβασμό στην αξιοπρέπειάς τους, να ακούνε τις ιστορίες τους, να τις πιστεύουν και να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τις αφηγήσεις των θυμάτων βίας, χωρίς κατηγορίες ή επικρίσεις, παρέχοντάς τους πληροφορίες και συμβουλές που θα τις βοηθήσουν να λάβουν τις δικές τους αποφάσεις (WHO, 2014).

Επιπλέον, οι ανωτέρω κατευθυντήριες αρχές οδηγούν στο μοντέλο που ανέπτυξε ο ΠΟΥ για την **υποστήριξη πρώτης γραμμής**, που χρειάζεται οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν στις γυναίκες επιζήσασες βίας (WHO, 2014: 14). Η υποστήριξη πρώτης γραμμής είναι ίσως η πιο σημαντική μορφή βοήθειας που το σύστημα υγείας μπορεί να παρέχει στις γυναίκες θύματα κακοποίησης, αφού είναι ίσως η μοναδική ευκαιρία για τους/τις επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν τις επιζήσασες την κατάλληλη στιγμή. Η υποστήριξη πρώτης γραμμής περιλαμβάνει πέντε (5) βήματα που ανταποκρίνονται τόσο στις συναισθηματικές όσο και στις πρακτικές ανάγκες των κακοποιημένων γυναικών, ως εξής:

1. Ακούστε τη γυναίκα και όσα έχει να σας πει, επιδεικνύοντας ενσυναίσθηση και χωρίς επικρίσεις.
2. Ερευνήστε σχετικά με τις ανάγκες και τις ανησυχίες της, ανταποκρινόμενοι/-ες στις συναισθηματικές, σωματικές αλλά και πρακτικές ανάγκες της.
3. Πιστοποιείστε, δείξτε ότι την καταλαβαίνετε και την πιστεύετε σε όσα σας λέει, βεβαιώνοντάς την ότι δεν είναι υπεύθυνη για ό,τι της συνέβη.
4. Ενισχύστε το αίσθημα ασφάλειάς της, συζητώντας ένα σχέδιο για να προστατευθεί από περαιτέρω βλάβη και κινδύνους σε περίπτωση επανάληψης της βίας.
5. Υποστηρίξτε την έμπρακτα, βοηθώντας την να έρθει σε επαφή με πληροφορίες, υπηρεσίες και την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη.

Ο σκοπός αυτής της πρακτικής είναι ότι η ανάπτυξη ενσυναίσθησης θα βοηθήσει τη γυναίκα-θύμα να αισθανθεί ελπίδα, ότι δεν είναι μόνη της ή υπόλογη απέναντι στα προβλήματα που έχει να διαχειριστεί, ότι είναι ικανή να βοηθήσει και να ζητήσει βοήθεια, να διερευνήσει ποιες είναι οι επιλογές της αισθανόμενη σιγουριά

και ασφάλεια. Αυτό που πρέπει να αποφευχθεί από τους/τις επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό που έρχεται πρώτο σε επαφή με το θύμα είναι η πίεση προς τη γυναίκα για άμεσες και ακραίες λύσεις, όπως το να αφήσει τη βία στη σχέση ή να λύσει όλα τα προβλήματα της εν μια στιγμή, να πιεσθεί να μεταβεί σε άλλες υπηρεσίες, όπως η αστυνομία ή τα δικαστήρια ή να υποβληθεί σε ερωτήσεις και λεπτομερείς περιγραφές, καθώς αυτές οι πρακτικές συντείνουν στην αναβίωση δυσάρεστων καταστάσεων και στην πιθανή δευτερογενή θυματοποίηση της γυναίκας. Είναι σημαντικό, ανά πάση στιγμή, το θύμα να νιώθει ότι την σέβονται ως προσωπικότητα και ότι τηρούνται οι αρχές της ασφάλειας, της εμπιστευτικότητας και της εχεμύθειας και ότι δεν πιέζεται να κάνει κάτι που δεν επιθυμεί.

2. Δημιουργία κλινικών πρωτοκόλλων και τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας για την παροχή υπηρεσιών

Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας αποτελούν σύνολα προτάσεων και κανόνων που βοηθούν τους/τις επαγγελματίες υγείας, αλλά και τις επιζήσασες βίας στη λήψη των βέλτιστων αποφάσεων σε θέματα που αφορούν στην παρεχόμενη ιατρική πρόληψη και περίθαλψη. Αποτελούν μια σχετικά πρόσφατη καινοτομία και θεωρούνται από τους περισσότερους/-ες επαγγελματίες υγείας ως ένα πολύ χρήσιμο και σημαντικό εργαλείο στην καθημερινή κλινική πράξη σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων, την καθοδήγηση της παροχής υπηρεσιών και την παράδοση ασφαλούς, ποιοτικής και αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης (Γιαλαμά, κ.ά., 2013).

Ο τομέας της υγείας θα πρέπει να προχωρήσει, όπου δεν υπάρχουν, στην ανάπτυξη και καθιέρωση **πρωτοκόλλων/ τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας (SOPs)**³⁷ για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε γυναίκες που έχουν υποστεί βία και θα πρέπει να αναπτυχθούν πρωτόκολλα/SOPs που θα καλύπτουν όλες τις περιπτώσεις βίας κατά των γυναικών. Η εφαρμογή τους πρέπει να παρακολουθείται τακτικά, ώστε να εντοπίζονται και να επιλύονται τυχόν διαδικαστικές προκλήσεις που μπορεί να προκύψουν με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η υιοθέτηση, η αποδοχή και η συστηματική εφαρμογή των πρωτοκόλλων αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία.

³⁷ Τα πρωτόκολλα / SOPs θα πρέπει να αναπτυχθούν μέσω εκτεταμένων διαβουλευσεων και επίτευξης συναίνεσης ανάμεσα στους δρώντες και τα ενδιαφερόμενα μέρη. Στους δρώντες θα πρέπει να περιλαμβάνονται υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, εκπρόσωποι κοινωνικών υπηρεσιών (π.χ. αστυνομία, δικαιοσύνη και κοινωνικές υπηρεσίες), ερευνητικοί οργανισμοί, ΜΚΟ, κοινωνία των πολιτών κ.λπ. (WHO, 2017: 24-27).

Πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες υποδεικνύουν ότι αν και υπάρχουν εδώ και δεκαετίες πρωτόκολλα, πολλοί ιατροί δεν τα εφαρμόζουν,³⁸ οπότε στην πράξη είναι πολύ περιορισμένη η χρήση τους σε πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (Σκαλίδης, κ.ά., 2010). Ένα ολοκληρωμένο πρωτόκολλο/SOP θα πρέπει να επιλαμβάνεται θεμάτων όπως οι κανονισμοί, η καθημερινή κλινική πρακτική και οι βασικές αρχές περίθαλψης, να αξιολογεί και να συνοψίζει τις κατάλληλες πρακτικές και τα πιο σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα, εν προκειμένω να καθορίζει τους όρους σχετικά με τη βία κατά των γυναικών, την εφαρμογή και την παροχή των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα τα ανθρώπινα και δη γυναικεία δικαιώματα, να προσδιορίζει το νομικό πλαίσιο τόσο για τις ποινικές πράξεις βίας όσο και για ό,τι προβλέπεται στον νόμο για τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης (ιατροδικαστική εξέταση, άμβλωση κ.α.) (WHO, 2017: 24-27).

Συγκεκριμένα, στο πεδίο της παροχής των υπηρεσιών το **πρωτόκολλο/SOP** (WHO, 2017: 24-27) θα πρέπει:

- Να καθορίζει τον ρόλο κάθε εργαζόμενου/-ης στο σύστημα από τη στιγμή που η γυναίκα εισέρχεται στη μονάδα έως ότου φύγει.
- Να υποδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες θα αλληλοϋποστηρίζονται και θα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα.
- Να καθορίζει τα βασικά στοιχεία μιας βασικής δέσμης υπηρεσιών.
- Να περιγράφει τη ροή των ασθενών και τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών.
- Να καθορίζει τόσο τον εσωτερικό συντονισμό, τους τρόπους παραπομπής και τις συμπράξεις στον τομέα της υγείας όσο και τον εξωτερικό συντονισμό με άλλους τομείς.
- Να καθορίζει τον εξοπλισμό, τα εμπορεύματα και τα υλικά επικοινωνίας.
- Να διευκρινίζει τα ειδικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την προώθηση της πρόσβασης και την προσαρμογή της παροχής υπηρεσιών στις κακοποιημένες γυναίκες και όσες ανήκουν σε ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς (π.χ. γυναίκες με αναπηρίες, εθνικές μειονότητες, γυναίκες που δεν μπορούν να πληρώσουν για υπηρεσίες υγείας, πρόσφυγες/μετανάστριες κ.ά.).

³⁸ Ακόμα και αν η υπηρεσία υγείας διαθέτει πρωτόκολλα διαχείρισης θυμάτων βίας οι επαγγελματίες υγείας είτε δεν τα γνωρίζουν ή δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη ώστε να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. (Ανδρουλάκη, κ.ά., 2008).

- Να καθορίζει πού και πώς πρέπει να καταγράφονται και να αποθηκεύονται οι πληροφορίες σχετικά με τη βία κατά των γυναικών.
- Να καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα των αρχείων, ποιος/-α θα έχει πρόσβαση στα αρχεία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κ.λπ.
- Να καθορίζει ποιες πληροφορίες θα συγκεντρώνονται, θα αναφέρονται και θα χρησιμοποιούνται για σκοπούς παρακολούθησης και βελτίωσης της ποιότητας της περίθαλψης των κακοποιημένων γυναικών.

3. Διαδικασίες έγκαιρου εντοπισμού της βίας κατά των γυναικών

Οι δομές και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν καταρχάς να έχουν θετική και ενεργητική στάση στην υποδοχή και αντιμετώπιση των γυναικών θυμάτων βίας, έτσι ώστε να μπορούν να φτάνουν σε έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση πιθανής ενδοοικογενειακής βίας, σεξουαλικής, ψυχολογικής κακοποίησης κ.ά. Οι επιζήσασες βίας είναι συνήθως αρκετά διστακτικές να ξεκινήσουν μια συζήτηση για το πρόβλημα που τους συμβαίνει και συνήθως καταφεύγουν σε βοήθεια όταν η κακοποίηση συνεχίζεται για πολλά χρόνια. Γι' αυτό ακριβώς θεωρείται σημαντική η ανάπτυξη λειτουργικών μοντέλων προς χρήση και εφαρμογή στις υπηρεσίες υγείας, ώστε να βελτιωθεί και να αυξηθούν οι πιθανότητες έγκαιρου εντοπισμού της βίας.

Μέσα από διεθνείς έρευνες έχουν καταγραφεί μερικά εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν τους/τις επαγγελματίες υγείας που έρχονται πρώτη φορά σε επαφή με γυναίκες επιζήσασες βίας.³⁹ Κατά την υποδοχή λοιπόν, θα μπορούσαν να ενεργοποιούνται οι εξής **διαδικασίες** (ΓΓΙΦ, 2018: 367-369):

- Εάν υπάρχει ένδειξη κακοποίησης κατά την προσέλευση στα έκτακτα ή και τακτικά ιατρεία να γίνεται πλήρης ιατρική εκτίμηση, ακολουθώντας συγκεκριμένο πρωτόκολλο/τυποποιημένη διαδικασία λειτουργιών. Μετέπειτα να καλείται οπωσδήποτε κοινωνικός/-ή λειτουργός για την πραγματοποίηση διερευνητικής και απόρρητης συνέντευξης. Όλες οι γυναίκες πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε προσωπική και απόρρητη συνάντηση με τον/την ειδικό/-ή κατά τη διάρκεια της οποίας θα λαμβάνεται

³⁹ Αναγκαία προϋπόθεση είναι το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει την ισχύουσα νομοθεσία προστασίας κατά της βίας των γυναικών και τις επικαιροποιημένες υποχρεώσεις που προκύπτουν από τη νομοθεσία, καθώς και όλες τις διαδικασίες που θα πρέπει να τηρούνται.

υπόψη η ιδιαίτερη κατάσταση που βιώνει η γυναίκα και θα τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας.

- Όσον αφορά τις υποδομές είναι κομβικής σημασίας να προβλέπεται ειδικά διαμορφωμένος χώρος σε επίπεδο ιατρείων και κλινικών που θα προστατεύει το θύμα από πιθανή αδιακρισία, καθώς η συνάντηση αυτή θα μπορούσε να αποβεί καίριας σημασίας για την αποκάλυψη πιθανού περιστατικού βίας.
- Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει πρόβλεψη για παραμονή της γυναίκας στον χώρο του νοσοκομείου, στο πλαίσιο της περαιτέρω προστασίας και ασφάλειάς της, για όσο χρονικό διάστημα χρειάζεται, έτσι ώστε να διερευνηθεί το περιστατικό ή ακόμα και να προταθεί εισαγωγή της για περαιτέρω νοσηλεία εάν κριθεί αναγκαίο. Έτσι, θα δίνεται η δυνατότητα για επαρκή χρόνο διερεύνησης του περιστατικού και εκκίνησης συνακόλουθων διαδικασιών κινητοποίησης άλλων δομών και υπηρεσιών, όπως η παραπομπή σε συμβουλευτικό κέντρο, η φιλοξενία σε ξενώνα, η καταγγελία στην αστυνομία/δικαστικές αρχές, κ.ο.κ.
- Κατά τη διάρκεια της παραμονής της γυναίκας στο νοσοκομείο, για οποιονδήποτε λόγο, θετικό ρόλο μπορεί να παίξει το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, εάν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και ευαισθητοποιημένο σε θέματα βίας, μέσω της επικοινωνίας και της διάδρασής τους με το θύμα εν μέσω εξετάσεων και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, βοηθώντας σε επίπεδο πρόληψης ή ακόμα και στην αποκάλυψη τυχόν περιστατικών βίας.
- Κατά την προσέλευση της γυναίκας θύματος στη δημόσια δομή υγείας, αλλά και κατά τη διάρκεια πιθανής νοσηλείας της, πρέπει όλοι, προσωπικό και επαγγελματίες υγείας, να εργάζονται για την εξασφάλιση της αίσθησης ασφάλειας, να την βοηθήσουν να νιώσει αποδεκτή, ότι μπορεί να λάβει πληροφορίες, στήριξη και συμβουλευτική μέσα σε αυτό το πλαίσιο.
- Όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες των δημοσίων δομών υγείας, οι αρμόδιοι/-ες υπάλληλοι θα πρέπει να διερευνούν το ψυχοκοινωνικό προφίλ και το κοινωνικό περιβάλλον του θύματος, να προχωρούν σε εκτίμηση της επικινδυνότητας για τη ζωή και την ασφάλειά της και να προχωρούν σε εκπόνηση σχεδίων κοινωνικής παρέμβασης σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και τους αντίστοιχους φορείς στην κοινότητα. Αυτό προϋποθέτει ένα καλά ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο ιατρικό-νοσηλευτικό

προσωπικό που θα προσφεύγει στις βέλτιστες διαδικασίες υποστήριξης, παραπομπής και αμοιβαίας συνεργασίας με αντίστοιχες υπηρεσίες και φορείς.⁴⁰

Το ιδανικό θα ήταν μια γυναίκα θύμα βίας να εντοπίζεται στο πρώτο σημείο επαφής της με τις υγειονομικές υπηρεσίες υγείας, καθώς τότε είναι που θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις πιο επείγουσες ανάγκες της υγείας της. Είναι ευλόγως κατανοητό και επόμενο ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε αυτά τα σημεία εισόδου θα πρέπει να εκπαιδεύονται καταλλήλως για να εντοπίσουν μια γυναίκα που έχει υποστεί βία και να ανταποκρίνονται κατάλληλα στις ανάγκες της για παροχή φροντίδας και υποστήριξης πρώτης γραμμής. Επίσης, είναι σημαντικό οι υποδομές και ο εξοπλισμός του πρώτου σημείου επαφής να ανταποκρίνονται στις ανάγκες για να μπορούν να αξιοποιηθούν από τις γυναίκες επιζήσασες βίας. Περαιτέρω, ένα σύστημα συντονισμού και παραπομπής στις υπηρεσίες, θα πρέπει να είναι έτσι δομημένο και οργανωμένο που ιδανικά να διασφαλίζει ότι οι γυναίκες μπορούν να εξασφαλίσουν τη φροντίδα που χρειάζονται ει δυνατόν με τον ελάχιστο αριθμό επισκέψεων σε διαφορετικούς παρόχους.

III. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης του ΠΟΥ (WHO, 2016: 11), **τέσσερις** είναι οι κύριες **στρατηγικές κατευθύνσεις** που προτείνονται για το σύστημα υγείας και την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας:

1. **Ενίσχυση της ηγεσίας και της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας**, με δράσεις όπως: η προώθηση και υποστήριξη εντός του συστήματος υγείας, ο καθορισμός και η εφαρμογή πολιτικών, η χρηματοδότηση και οι κατανομές του προϋπολογισμού, ο κανονισμός λειτουργίας, η εποπτεία και η λογοδοσία για την εφαρμογή των πολιτικών και των προγραμμάτων και η ενίσχυση του συντονισμού με άλλους τομείς.
2. **Ενίσχυση της παροχής υπηρεσιών υγείας και της ικανότητας ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας**, με δράσεις που σχετίζονται με

⁴⁰ Παρατηρείται δυστυχώς το δυσάρεστο φαινόμενο πολλά περιστατικά σωματικής κακοποίησης να μην παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία των Νοσοκομείων ή σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες αν δεν διατυπωθεί αίτημα από τη γυναίκα θύμα, εκτός αν το θέμα αφορά σε ιδιαίτερα βαρύ τραυματισμό όποτε ζητείται αστυνομική/δικαστική συνδρομή. Είναι σύνηθες το φαινόμενο σε διάφορους τομείς της δημόσιας δομής να προκύπτουν με έμμεσο τρόπο κλινικά περιστατικά που η αιτία προσέλευσης εμπεριέχει σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση.

τη βελτίωση της υποδομής των υπηρεσιών, των παραπομπών, την προσβασιμότητα, την αποδοχή, τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα της περίθαλψης -με εξασφάλιση πρόσβασης σε ποιοτικά, ασφαλή, αποτελεσματικά και προσιτά ιατρικά προϊόντα- και τέλος, η κατάρτιση και η εποπτεία του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας.

3. **Ενίσχυση του προγραμματισμού για την πρόληψη της έμφυλης βίας**, καλύπτοντας ενέργειες για την πρόληψή της άμεσα από το σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των ατόμων που κινδυνεύουν και την προώθηση δραστηριοτήτων υγείας, καθώς και δράσεις πρόληψης της βίας μέσω πολυτομεακών δράσεων.
4. **Βελτίωση των πληροφοριών και των αποδεικτικών στοιχείων**, με δράσεις που σχετίζονται με κοινωνικές, επιδημιολογικές έρευνες και παρεμβάσεις, βελτιωμένη παρακολούθηση, μεταξύ άλλων μέσω συστημάτων πληροφόρησης για την υγεία και προγραμμάτων ελέγχου και αξιολόγησης.

Το σχέδιο δράσης του ΠΟΥ καθοδηγείται από **δέκα κατευθυντήριες αρχές**, οι οποίες, συνοπτικά, είναι (WHO, 2016: 11):

1. **Προοπτική life-course**. Αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου της βίας και των υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών των επιζώντων / θυμάτων σε πρώιμο στάδιο της ζωής τους, καθώς και σε όλα τα άλλα στάδια της πορείας της ζωής τους.
2. **Προσέγγιση βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία**. Ενημέρωση από τα καλύτερα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία, προσαρμόζοντας τις παρεμβάσεις.
3. **Ανθρώπινα δικαιώματα**. Σεβασμός και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και δη των γυναικών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος εκπλήρωσης του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας.
4. **Ισότητα των φύλων**. Αντιμετώπιση της βασικής αιτίας της βίας κατά των γυναικών, της άνισης κατανομής εξουσίας μεταξύ των φύλων, μέσω: α) της αμφισβήτησης των κοινωνικο-πολιτιστικών κανόνων και προτύπων που αναπαράγουν τις άνισες σχέσεις, και β) της ενίσχυσης της συμμετοχής ανδρών σε επίπεδο πρόληψης, παράλληλα με προσπάθειες ενδυνάμωσης και ενίσχυσης των γυναικών.

5. **Οικολογική προσέγγιση.** Αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου στα πολλαπλά επίπεδα του οικολογικού πλαισίου (ατομικό, προσωπικών σχέσεων, κοινωνικών σχέσεων και κοινωνίας).
6. **Παγκόσμια κάλυψη υγείας.** Συντονισμένη προσπάθεια όλοι οι άνθρωποι και όλες οι κοινότητες να λαμβάνουν τις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που τους είναι απαραίτητες και να προστατεύονται από απειλές για την υγεία τους.
7. **Αμεροληψία επαγγελματιών υγείας.** Επικέντρωση προσπαθειών σε ομάδες και άτομα ευάλωτα στη βία, τα οποία όντας περιθωριοποιημένα, αντιμετωπίζουν πολλαπλές μορφές διακρίσεων και δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.
8. **Ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας.** Παροχή φροντίδας και υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τα θύματα, οι οποίες θα σέβονται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, ενισχύοντας την αξία τους ως άτομα, χωρίς διακρίσεις ή και τον στιγματισμό τους. Επίσης, υπηρεσίες που θα εξασφαλίζουν την παροχή πληροφοριών και συμβουλών και θα επιτρέπουν στις γυναίκες επιζήσασες βίας να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις, προωθώντας παράλληλα την ασφάλειά τους με την εξασφάλιση της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και της αρχής της εμπιστευτικότητας.
9. **Συμμετοχή κοινότητας.** Διερεύνηση των κοινοτικών αναγκών και ενθάρρυνση της δημόσιας έκφρασης των γυναικείων απόψεων -το δικαίωμα να ακουστεί η φωνή τους- υποστήριξη και εξασφάλιση της πλήρους και ισότιμης συμμετοχής τους μέσω χρήσης συμμετοχικών προσεγγίσεων, συνεργασιών με την κοινωνία των πολιτών, γυναικείων οργανώσεων κ.ά.
10. **Ουσιαστική πολυτομεακή αντιμετώπιση.** Δημιουργία και ενίσχυση σχέσεων συντονισμού μεταξύ της υγείας και άλλων τομέων και μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών φορέων παροχής υπηρεσιών, της κοινωνίας των πολιτών, επαγγελματικών ενώσεων και λοιπών ενδιαφερόμενων φορέων.

Επιπλέον, σημαντική είναι η ανάπτυξη ενός **σχεδίου δράσης** (WHO, 2017), ενώ βασικό στοιχείο είναι ο σαφής καθορισμός των στόχων και των αντικειμένων και η σύνδεσή τους με δραστηριότητες και δείκτες για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων. Τα απαραίτητα βήματα που πρέπει να ακολουθούνται είναι: α) ο προσδιορισμός του στόχου και των αντικειμένων, τα οποία πρέπει να καλύπτουν ένα

ευρύ πεδίο και να καθορίζουν τον τελικό σκοπό, όπως για παράδειγμα τη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας των κακοποιημένων γυναικών, β) η ανάπτυξη ενός λογικού μοντέλου, που να δείχνει αν οι προσπάθειες και οι πόροι που καταβάλλονται σε μια δραστηριότητα οδηγούν σε αλλαγή. Ένα λογικό μοντέλο παρέχει έναν συστηματικό τρόπο για να εξηγηθεί πως η παρέμβαση θα επιφέρει τις επιδιωκόμενες επιπτώσεις, να αναπτυχθούν κατάλληλοι δείκτες για την παρακολούθηση της προόδου στην επίτευξη των στόχων και των αποτελεσμάτων, γ) η ανάπτυξη σχεδίου παρακολούθησης και αξιολόγησης. Με αυτό τον τρόπο φαίνεται αν ο χρόνος, οι πόροι και η προσπάθεια που έχει τεθεί σε ένα πρόγραμμα ή μια πολιτική λειτουργούν στην πράξη και οδηγούν σε βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Μια ανεπαρκώς προγραμματισμένη και υλοποιημένη παρέμβαση μπορεί να θέσει τις γυναίκες σε επιπλέον κίνδυνο ή να προκαλέσει ακούσια βλάβη.

Σε γενικές γραμμές, για την επιτυχή αντιμετώπιση των περιστατικών έμφυλης βίας, χρειάζεται να **ενισχυθούν τα υφιστάμενα πλαίσια πολιτικής** και οι υπεύθυνοι/-ες για τη χάραξη πολιτικής να δίνουν προτεραιότητα σε πολιτικές, σχέδια και στρατηγικές που θα δεσμεύσουν χρόνο, ενέργεια και πόρους για την επιτυχή αντίδραση του συστήματος υγείας στη βία κατά των γυναικών (WHO, 2017). Αυτό μπορεί να γίνει διαμέσου: α) της επανεξέτασης και αξιολόγησης των υφιστάμενων πλαισίων πολιτικής, β) της ενίσχυσης υφιστάμενων πολιτικών, σχεδίων και στρατηγικών, καθώς και της υποστήριξης ισχυρότερων πολιτικών αντιμετώπισης της βίας εναντίον των γυναικών, και δ) της ενίσχυσης της συνιστώσας της υγείας με πολυτομεακά εθνικά σχέδια δράσης αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών.

Οι υπεύθυνοι/-ες χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας θα πρέπει να δημιουργήσουν και να συμμετέχουν σε **πολυτομεακούς μηχανισμούς συντονισμού** και να συντελούν στην καθιέρωση **τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας** για τον συντονισμό και τις παραπομπές με τους άλλους τομείς. Οι γυναίκες που υφίστανται βία πέρα από τη βασική και αυτονόητη ανάγκη φροντίδας της υγείας τους, χρήζουν, μεταξύ άλλων, ικανοποίησης και άλλων βασικών αναγκών τους, όπως είναι η ασφάλεια, η κοινωνική στήριξη, η οικονομική ασφάλεια, η στέγαση και η νομική προστασία. Για την επίτευξη, εδραίωση και διάθεση ολοκληρωμένων υπηρεσιών, μια πολυτομεακή προσέγγιση είναι απαραίτητη. Ο γενικός στόχος του πολυτομεακού συντονισμού πρέπει να είναι η παροχή επικεντρωμένων, προσιτών, άμεσων, εμπιστευτικών, αποτελεσματικών και κατάλληλων υπηρεσιών που να καλύπτουν όλες τις ανάγκες μιας γυναίκας που έχει υποστεί βία (WHO, 2017).

Επιπρόσθετα, είναι αναγκαίο να **εξασφαλισθούν προϋπολογισμοί και χρηματοδοτήσεις**, με παράλληλη εκτίμηση του κόστους των σχετικών υπηρεσιών, και ελαχιστοποίησης των οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση των κακοποιημένων γυναικών σε υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης να πραγματοποιηθεί κατανομή του προϋπολογισμού για την απάντηση του συστήματος υγείας στη βία κατά των γυναικών. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι προσιτές και στις πιο ευάλωτες ομάδες γυναικών (π.χ. μετανάστριες, πρόσφυγες). Με αυτόν τον τρόπο θα λαμβάνει χώρα η απαραίτητη πολιτική δέσμευση, το πρόβλημα θα γίνεται πιο ορατό και οι υπηρεσίες υγείας που αφορούν τη βία κατά των γυναικών (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας, TOMY κ.λπ.) θα είναι εφικτό να αποτελούν ένα σταθερό μέρος του προϋπολογισμού που αφορά το ευρύτερο πλαίσιο της γενικής περίθαλψης και υγείας του πληθυσμού (WHO, 2017).

Επίσης, είναι αναγκαίο να δημιουργηθεί **συγκεκριμένο πλαίσιο** και μια **απαραίτητη δέσμη υπηρεσιών** για τις γυναίκες που έχουν υποστεί βία, και το οποίο θα αποτελεί μέρος κάλυψης της συνολικής υγείας, ως εξής: α) ταυτοποίηση των γυναικών που υφίστανται βία, β) διαχείριση/θεραπεία οποιουδήποτε άμεσου ή επείγοντος ιατρικού συμβάντος που συνδέεται με την έμφυλη βία, γ) παροχή υποστήριξης πρώτης γραμμής, με υποστηρικτική ακρόαση, σχεδιασμό ασφάλειας και ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, μέσω παραπομπών σε άλλους τομείς και υπηρεσίες, δ) κλινική φροντίδα με ιατρική εξέταση, ενδεχομένως, ιατροδικαστική εξέταση, έρευνα, και περίθαλψη για τις γυναίκες επιζήσασες βίας, ε) παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας, βασική ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες και τομείς για πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές, και στ) παροχή ενημερωτικού υλικού στις γυναίκες, καθώς έτσι θα ενημερώνονται για σχετικές παρεχόμενες υπηρεσίες, για το νομοθετικό πλαίσιο και θα υποστηρίζονται με μηνύματα σχετικά με τον απαράδεκτο χαρακτήρα της έμφυλης βίας (WHO, 2017).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών, όπως προαναφέρθηκε, απαιτεί συνεργασία και συντονισμένες προσπάθειες μεταξύ τομέων, φορέων/οργανισμών και επιστημών. Η ΕΕ, ήδη από το 2012, παρουσίασε το νέο πολιτικό της πλαίσιο που αφορά στην καταπολέμηση της έμφυλης βίας, προτείνοντας μια ολοκληρωμένη προσέγγιση και, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει μέτρα υλοποίησης που αφορούν στους παράγοντες πολιτικής, πρόληψης, προστασίας, ποινική δίωξης, μέριμνας και συνεργασίας, καλώντας περαιτέρω τα κράτη-μέλη να μεριμνήσουν για την *κατάρτιση του προσωπικού*, αστυνομικών, υπαλλήλων κοινωνικής πρόνοιας, επαγγελματιών υγειονομικής μέριμνας κ.ά., οι οποίοι/-ες είναι πιθανό να έρθουν σε επαφή με περιπτώσεις βίας κατά των γυναικών, και προκειμένου να είναι σε θέση να εντοπίζουν, να αναγνωρίζουν και να χειρίζονται αποτελεσματικά τις γυναίκες επιζήσασες βίας, με ιδιαίτερη εστίαση στις ανάγκες και στα δικαιώματά τους (ΕΕ, 2012).

Επιπρόσθετα, η ΕΕ (2012) προτρέπει τα κράτη-μέλη να καταρτίσουν *σχέδια* για την ανάπτυξη συγκεκριμένων διαδικασιών για τους/τις επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να διασφαλίζεται η ύπαρξη αποδεικτικών στοιχείων στις περιπτώσεις άσκησης βίας με βάση το φύλο, όπως επίσης να προχωρήσουν σε *δημιουργία/ενίσχυση συνεργασιών* με ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης με σκοπό την παροχή επιμόρφωσης σχετικής με την έμφυλη βία. Επιπλέον, προτείνει την *ανάπτυξη ειδικών μηχανισμών ταυτοποίησης και διάγνωσης* στις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και στο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με σκοπό την ενίσχυση ενός αποτελεσματικότερου συστήματος πρόσβασης και παρακολούθησης για τις γυναίκες θύματα βίας. Επίσης, ο FRA (2015: 41) με συστάσεις του επισημαίνει ότι η πολιτική της ΕΕ στους τομείς της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της υγείας και της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον αντίκτυπο της βίας κατά των γυναικών στους αντίστοιχους τομείς και τονίζει ότι αυτό πρέπει να αντικατοπτρίζεται, σε επίπεδο κρατών-μελών, σε συγκεκριμένες *παρεμβάσεις πολιτικής και εθνικά σχέδια δράσης* που αφορούν αυτούς τους τομείς.

Επομένως, γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα και η ανάγκη σύστασης

κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων, καθώς και η ανάπτυξη στοχευμένων επιμορφωτικών προγραμμάτων για την έμφυλη βία, προς χρήση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι φορείς που εμπλέκονται στην ανάπτυξη στρατηγικών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της έμφυλης βίας πρέπει να συμφωνήσουν στην υιοθέτηση ορισμένων κατευθυντήριων αρχών πάνω στις οποίες θα βασίζεται η εργασία τους, με έμφαση στους ακόλουθους *βασικούς άξονες*: α) πλήρης ένταξη της διάστασης του φύλου, β) υιοθέτηση διαπολιτισμικών προσεγγίσεων και υιοθέτηση αρχών μη διάκρισης, γ) ισότιμη συμμετοχή ανδρών και γυναικών κατά τον σχεδιασμό, την υλοποίηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων, δ) συντονισμένες και πολυεπίπεδες δράσεις από όλους τους φορείς, ε) προσπάθεια προσαρμογής και ενσωμάτωσης δράσεων στο δημόσιο σύστημα υγείας, στ) διαβούλευση και συζήτηση των θεμάτων με κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, και ε) ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις με σεβασμό στα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των γυναικών θυμάτων βίας (π.χ. διασφάλιση απορρήτου, συμβουλευτική στήριξη, διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας κ.λπ.).

Οι δημόσιες δομές υγείας (π.χ. νοσοκομεία, TOMY, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας κ.λπ.) είναι απαραίτητο να προχωρήσουν σε ουσιαστική συνεργασία και συντονισμό μεταξύ τους, όπως επίσης με τις υποστηρικτικές δομές του Δίκτυου της ΓΓΙΦ για την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών, καθώς και με άλλους κρατικούς και μη κυβερνητικούς φορείς, δομές και υπηρεσίες, προκειμένου να γίνει εφικτή η ανάπτυξη πρωτόκολλων, στρατηγικών κατευθύνσεων και σχεδίων. Εξάλλου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι υπάρχει ήδη σημαντικό νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο (π.χ. ΕΣΔΙΦ 2016-2020, επικύρωση της Σύμβασης της Κωνσταντινούπολης, πρότυπο πρωτόκολλο συνεργασίας της ΓΓΙΦ με μονάδες του ΕΣΥ, κ.λπ.), το οποίο παρέχει σημαντική βάση και δύναται να αποτελέσει την εκκίνηση για την ανάπτυξη πολιτικών και δράσεων προς την κατεύθυνση του τομέα υγείας.

Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός πλαισίου *συμπληρωματικών προτάσεων*, τόσο γενικά σε εθνικό επίπεδο όσο και συγκεκριμένα στον τομέα υγείας, κρίνεται απαραίτητο. Η διεξαγωγή μελετών και ερευνών σε πανελλαδικό επίπεδο για την καταμέτρηση του φαινομένου, αλλά και με ποιοτικές εστιάσεις για την καλύτερη κατανόησή του, ιδίως σε επαγγελματίες υγείας, είναι αναγκαία. Επίσης, αυτές οι μελέτες θα μπορούσαν να υποδείξουν το δεοντολογικό πλαίσιο, όπως επίσης και αυτό της καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων στις μονάδες υγείας από

περιστατικά έμφυλης βίας. Επίσης, είναι σκόπιμη η ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων ενημέρωσης/ευαισθητοποίησης, όπως για παράδειγμα εκστρατείες για την ευαισθητοποίηση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα βίας κατά των γυναικών. Περαιτέρω, θα βοηθούσε πολύ η ανάπτυξη και η διαθεσιμότητα ενημερωτικού υλικού για την έμφυλη βία, τον ρόλο του τομέα της υγείας και η γνωστοποίηση των υπηρεσιών και των δράσεών τους, έτσι ώστε κάθε ενδιαφερόμενη/-ος να μπορεί να απευθυνθεί σχετικά.

Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί σε προσπάθειες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας με σεμινάρια και επιμορφωτικά προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης (π.χ. σε συνεργασία με το ΕΚΚΔΑ, πανεπιστήμια, νοσηλευτικά τμήματα κ.λπ.) σχετικά με: α) τη βαθύτερη κατανόηση του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών, και β) την εξειδίκευσή τους σε πρακτικά θέματα επιτυχούς αντιμετώπισης περιστατικών έμφυλης βίας. Η συνεργασία και ο συντονισμός των επαγγελματιών υγείας με επαγγελματίες άλλων τομέων και υπηρεσιών είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί και να ενισχυθεί, καθώς είναι κεφαλαιώδους σημασίας η αλληλεπίδραση και η επίτευξη εποικοδομητικής σχέσης μεταξύ των επαγγελματιών και των επιστημόνων που εμπλέκονται στη στήριξη/φροντίδα και την προστασία γυναικών θυμάτων βίας, όπως επίσης και όσων εμπλέκονται σε θέματα σχεδιασμού προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να μεριμνούν και να δίνουν έμφαση στον έγκαιρο εντοπισμό των γυναικών που υφίστανται κακοποίηση, για παράδειγμα όταν νοσηλεύονται σε γυναικολογικές κλινικές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, ή/και γενικότερα όταν απευθύνονται σε κάποιον τομέα και υπηρεσία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, και ακολούθως να τις πληροφορούν και να τις παραπέμπουν σε κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες συμβουλευτικής και νομικής αρωγής. Είναι σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας να στηρίζουν τις γυναίκες επιζήσασες βίας να κατανοήσουν πόσο σημαντικό είναι να αποκαλύψουν εγκαίρως και με ακρίβεια την κακοποίηση που υφίστανται, έτσι ώστε να λάβουν σωστή και ακριβή ιατρική διάγνωση/γνωμάτευση, αφού αυτή η διάγνωση/γνωμάτευση θα είναι το κύριο ή/και μόνο αποδεικτικό στοιχείο που θα μπορεί να χρησιμοποιήσουν σε πιθανές μελλοντικές ενέργειες νομικού επιπέδου εναντίον του δράστη. Οι ιατρικές και ιατροδικαστικές υπηρεσίες πρέπει να προσφέρονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιείται ο αριθμός των εξετάσεων και των συνεντεύξεων που καλείται να υποβληθεί η γυναίκα, για να μην συντελείται έτσι μια δευτερογενής θυματοποίηση

της γυναίκας. Οι υπηρεσίες υγείας και οι ιατροδικαστικές, υπηρεσίες πρέπει ιδανικά να παρέχονται από το ίδιο άτομο και ταυτοχρόνως. Επίσης, οι διαδικασίες θα πρέπει να διεξάγονται σε κατάλληλους χώρους και στις πρέπουσες υποδομές για να διευκολύνεται η αποδοτικότητα και η βέλτιστη πρόσβαση σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών που μπορεί να κριθεί απαραίτητο για την υγεία των γυναικών.

Συμπερασματικά, τόσο οι βραχυπρόθεσμες προσπάθειες όσο και οι μακροπρόθεσμες ενέργειες για την ενίσχυση του πλαισίου πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας κατά των γυναικών έχουν αποφασιστική σημασία για τη μείωση ή/και την εξάλειψη του κινδύνου να βιώσουν βία οι γυναίκες. Η συντονισμένη ανταπόκριση της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων των δομών/υπηρεσιών υγείας, της δικαιοσύνης, της προστασίας, των συμβουλευτικών δομών, των ξενόνων φιλοξενίας, των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των τοπικών παραγόντων, κ.λπ., συνιστά ιδιαίτερα σημαντική στρατηγική στην κατεύθυνση της έγκυρης και έγκαιρης υποστήριξης των κακοποιημένων γυναικών, με γνώμονα την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον σεβασμό των δικαιωμάτων των γυναικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Ανδρουλάκη, Ζ., Τσιράκος, Δ., Μερκούρης, Α., Ζηδιανάκης, Ζ., Ροβίθης, Μ., Κακαβελάκης, Κ., Χατζηφωτίου, Σ., Ψαρρού, Μ., Αποστολάκης, Ε., Σκανδαλάκη, Ν., Βογιατζιδάκη, Ε. & Μοσχονησιώτη, Χ. (2008), *Στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στις υγειονομικές μονάδες της Κρήτης απέναντι στην κακοποίηση των γυναικών*. Ηράκλειο: Ερευνητικό Πρόγραμμα ΕΠΕΑΕΚ.
- Αποστολίδου, Μ., Μαυρικού, Π. & Πάρλαλης, Στ. (2014), *Έκταση, Συχνότητα, Μορφές και Επιπτώσεις της Ενδοοικογενειακής Βίας κατά των Γυναικών στην Κύπρο*, Συμβουλευτική Επιτροπή Πρόληψης και Καταπολέμησης της Βίας στην Οικογένεια, Λευκωσία.
- Βουγιούκα, Α. (2013), *Συμβουλευτικό Εργαλείο για την Πρωτογενή Πρόληψη της Βίας κατά των Γυναικών*, Σχέδιο Δράσης: ΦΕΜ-ΑΤΤΙΚΑ, Δράσεις Ενδυνάμωσης, Πρόληψης της Έμφυλης Βίας, Ενίσχυσης της Κοινωνικής/ Εργασιακής (Επαν)ένταξης Ευπαθών Ομάδων Γυναικών, Αθήνα: Κέντρο Γυναικείων Μελετών και Ερευνών – Διοτίμα, text at: <http://www.diotima.org.gr/wp-content/uploads/2013/07/ERGALEIO-PROLIPSI-1.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 09/11/2018).
- ΓΓΙΦ / Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2018), *Οδηγός Συμβουλευτικής για τη Βία*, Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών, text at: <http://www.isotita.gr/wp-content/uploads/2018/07/%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CF%8C%CF%82-%CE%A3%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7-%CE%92%CE%99%CE%91.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 27/11/2018).
- ΓΓΙΦ / Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2018a), *Δελτίο Τύπου, Στατιστικά στοιχεία της τηλεφωνικής γραμμής SOS 15900 και του δικτύου δομών της Γ.Γ.Ι.Φ. για την εξάλειψη της βίας κατά των γυναικών*, Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών, text at: <http://www.isotita.gr/%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF-%CF%84%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85-%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82/> (ημερομηνία πρόσβασης: 28/11/2018).
- ΓΓΙΦ / Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων (2017), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ισότητα των Φύλων 2016-2020*, Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών, text at: <http://www.isotita.gr/wp-content/uploads/2017/04/ESDIF.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 30/11/2018).
- Γιαλαμά, Π., Γιαννουλάκη, Δ. & Λαγουδιανάκη, Κ. (2013), *Διαφορές ανάμεσα στις απόψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας για τον κίνδυνο υποδοχής*

συντροφικής βίας και την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, text at: https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/1191/Gialama_Giannouaki_Lagoudianaki.2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y (ημερομηνία πρόσβασης: 01/12/2018).

ΕΕ / Ευρωπαϊκή Ένωση (2012), *Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 5ης Απριλίου 2011 σχετικά με τις προτεραιότητες και τα γενικά χαρακτηριστικά ενός νέου πλαισίου πολιτικής της ΕΕ για την καταπολέμηση της βίας κατά των γυναικών* (2010/2209(INI)), 2012/C 296 E/04, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, text at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A52011IP0127> (ημερομηνία πρόσβασης: 02/12/2018).

Παπαγιαννοπούλου, Ε. & Γκούβα, Μ. (2009), Οι Επαγγελματίες Υγείας και η Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών, *Interscientific Health Care*, 1(2): 51-55.

Παπαγιαννοπούλου, Μ. (2005), «Ενδο-οικογενειακή Βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα του Κέντρου Ερευνών για Θέματα Ισότητας (ΚΕΘΙ)», στο: Μαρία Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Γιώτα Κατσίκη και Μπαϊτζάρ Μαρντικιάν-Γαζεριάν (επιστ. επιμ.), *Ενδο-οικογενειακή Βία: Διεπιστημονική Προσέγγιση στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση*, Αθήνα: Εκδόσεις ΑΩ, σσ. 119-135.

Πενταράκη, Μ., Παχή, Κ., Καπέτση, Β. & Αποστολοπούλου, Κ. (2010), Επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση του φαινομένου της άσκησης βίας κατά των γυναικών εκ του συντρόφου/συζύγου τους και ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας, *Κοινωνική Εργασία*, 97: 31-54.

Σκαλίδης, Ι., Νάστος, Κ. & Ζαβιτσάνος, Ξ. (2010), Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27 (2): 264-273.

Συμβούλιο της Ευρώπης (2011), *Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Βίας κατά των Γυναικών και της Ενδοοικογενειακής Βίας*, Κωνσταντινούπολη, 11.5.2011, text at: http://www.isotita.gr/var/uploads/NOMOTHEsia/INTERNATIONAL/Convention_violence%20against%20women_2011_el_edited.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 05/11/2018).

Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ (2003), *Σεξουαλική Βία και Βία που Βασίζεται στο Φύλο εναντίον Προσφύγων, Επαναπατρισθέντων και Εσωτερικά Εκτοπισμένων Ατόμων. Οδηγίες για την πρόληψη και αντιμετώπισή της*, ΟΗΕ.

Φαρσεδάκης, Ιακ. (2005), *Παραβατικότητα και Κοινωνικός Έλεγχος των Ανηλίκων*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Χατζηφωτίου, Σ. (2005), *Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλας.

Ξενόγλωσση

Casique-Casique, L. & Furegato, A.R.F. (2006), Violence against women: theoretical reflections, *Revue Latino-am Enfermagem*, 14(6): 950-956, text at:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018 (ημερομηνία πρόσβασης: 18/11/2018).

- Campbell, J.C. (2002), Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, 359(9314): 1331-1336.
- Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E. & King, M.J. (2000), Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering, *American Journal of Public Health*, 90: 553–559.
- Dobash, R.E. & Dobash R.P. (1992), *Women, Violence and Social Change*, London: Rutledge.
- Ellsberg, M., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J. & Winkvist, A. (1999), *Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua*, *American Journal of Public Health*, 89: 241-244, text at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508545/> (ημερομηνία πρόσβασης: 03/11/2018)
- Farmer, A. & Tiefenthaler, J. (2003), *Explaining the recent decline in domestic violence*, *Contemporary Economic Policy*, 21(2): 158-172.
- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010), Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*, (140): 1-6.
- FRA / European Union Agency for Fundamental Rights (2015), *Violence against Women: an EU-wide Survey, Main Results*, Luxembourg: Publications of European Union.
- Ganley, A., (1998), *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainers Manual for Health Care Providers*, Family Violence Prevention Fund, text at: https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/improving_healthcare_healthtrainer.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 04/11/2018).
- Heise L. (1998), Violence against women: an integrated, ecological framework, *Violence Against Women*, 4(3): 262-290, text at: <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2015/03/Violence-against-women-an-integrated-ecological-framework-1998.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 09/11/2018).
- Heisewith, L.L., Pitanguy, J. & Germain, A. (1994), *Violence against Women: The Hidden Health Burden*, World Bank Discussion Papers, Washington: The World Bank, text at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/489381468740165817/pdf/multi0page.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 18/11/2018).
- Kim, J. & Motsei, M. (2002), “Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa”, *Social Science and Medicine*, 54 (8): 1243-1254.
- Krantz, G., Phuong, T.V., Larsson, V., Thi Bitch Thuan, N. & Ringsberg, K.C. (2005), Intimate partner violence: forms, consequences and preparedness to act, as perceived by health care staff and district and community leaders in a rural district in northern Vietnam, *Public Health*, 9(11): 1048-1055, text at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350605001290> (ημερομηνία πρόσβασης: 04/11/2018).

- Leserman, J., Li, Z. & Drossman, D.A. (1998), Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits, *Psychological Medicine*, 28(2): 417-425.
- Lore, R.K., & Schultz, L.A. (1993), Control of human aggression, *American Psychologist*, 48(1), 16-25.
- McCue, M.L. (2007), *Domestic Violence: A Reference Handbook, Contemporary World Issues*, 2nd Edition, California: ABC/CLIO.
- McKenry, P.C., Julian, T.W. & Gavazzi, S.M. (1995), Toward a biopsychosocial model of domestic violence, *Journal of Marriage and the Family*, 57: 307-320.
- Richters, J.M.A. (1994), *Women, Culture and Violence. A Development, Health and Human Rights Issue*, Leiden: Women and Autonomy Centre (VENA).
- Smith, L.J.F. (1989), *Domestic Violence: An Overview of the Literature*, Home Office Research Study no 107, London: HMSO.
- Straus, M.A., Gelles, R.J. & Steinmetz, S. (1980), *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, N.Y.: Anchor Press.
- Walker, L. (1984), *The Battered Woman Syndrome*, New York: Springer Publishing Co.
- Wall, L. (2014), *Gender Equality and Violence against Women, What's the Connection?*, Australia: Australian Centre for the Study of Sexual Assault.
- Watts C. & Zimmerman, C. (2002), *Violence against women: global scope and magnitude*, *The Lancet*, 359(9313): 1232-1237, text at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602082211> (ημερομηνία πρόσβασης: 04/11/2018).
- Whalen, M., (1996), *Counseling to End Violence Against Women: A Subversive Model*, Thousand Oaks, London: Sage.
- WHO / World Health Organization (2017a), *Violence against Women*, Geneva, text at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (ημερομηνία πρόσβασης: 12/11/2018).
- WHO / World Health Organization (2017), *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence. A Manual for Health Managers*, Geneva.
- WHO / World Health Organization (2016), *Global Plan of Action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*, Geneva, text at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf;jsessionid=2541FB0A313759417642376D8790ABA6?sequence=1> (ημερομηνία πρόσβασης: 03/11/2018).
- WHO / World Health Organization, WHO/RHR/14.26 (2014), *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence. A Clinical Handbook*, Geneva.

- WHO / World Health Organization (2013), *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*, Geneva.
- WHO/ World Health Organization (2010), *Preventing Intimate Partner and Sexual Violence against Women: Taking Action and Generating Evidence*, Geneva: WHO/London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- WHO / World Health Organization (2003), *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, Geneva, text at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1> (ημερομηνία πρόσβασης: 03/11/2018).
- WHO / World Health Organization (2002), *World Report on Violence and Health*, Geneva, text at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1 (ημερομηνία πρόσβασης: 04/11/2018).
- WHO / World Health Organization (1997), *Violence against Women. Health Consequences*, Geneva, text at: <https://www.who.int/gender/violence/v8.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 18/11/2018).
- UNFPA / United Nations Population Fund (2012), *Strategy and Framework for Action to Addressing GBV, 2008-2011*, Gender, Human Rights and Culture Branch, UNFPA Technical Division, New York, text at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/jahia-publications/documents/publications/2009/2009_add_gen_vio.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 18/11/2018).
- UNICEF / United Nations International Children's Emergency Fund (2014), *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence against Children*, New York: Division of Data, Research and Policy, text at: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 14/11/2018).
- United Nations Economic and Social Affairs (2015), *The World's Women 2015, Trends and Statistics*, New York: United Nations, text at: https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/worldswomen2015_report.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 12/11/2018).
- United Nations (1995), *Platform for Action*, The United Nations Fourth World Conference on Women, Beijing, China, September 1995, text at: http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 03/11/2018).
- United Nations (1993), *Declaration on the Elimination of Violence against Women*, A/RES/48/104, 85th plenary meeting, 20 December 1993, text at: <https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/cedaw.pdf> (ημερομηνία πρόσβασης: 03/11/2018).
- United Nations (1979), *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*. New York: UN (GA res. 34/180, 34 UN GAOR Supp. (No. 46) at 193, UN Doc. A/34/46; 1249 UNTS 13; 19 ILM 33).
- UNODC / United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *Global Study on Homicide*, text at: <https://www.unodc.org/documents/data-and->

[analysis/statistics/GSH2013/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf](#)
(ημερομηνία πρόσβασης: 14/11/2018).

UN WOMEN / United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (2018), *Facts and figures: Ending violence against women*, text at: <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures> (ημερομηνία πρόσβασης: 14/11/2018).

Zorza, J. (1998), *Batterer Manipulation and Retaliation in the Courts: A Largely Unrecognized Phenomenon Sometimes Encouraged by Court Practices*, *Domestic Violence Report*, 3(5): 67-74.

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Λαζαρίδου, Α. (2018), “Καμπάνια-χαστούκι στη βία κατά των γυναικών”, *Protagon.gr*, text at: <https://www.protagon.gr/themata/mia-dynati-kabania-gia-ti-via-kata-twn-gynaikwn-44341663878> (ημερομηνία πρόσβασης: 01/12/2018).

Πετράκη, Γ. (2018), «Η βία κατά των γυναικών, ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα», *Η εποχή*, 28/11/2018, text at: <http://epohi.gr/%CE%B7-%CE%B2%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%AC-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD-%CE%AD%CE%BD%CE%B1-%CF%83%CE%BF%CE%B2%CE%B1%CF%81%CF%8C-%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD/> (ημερομηνία πρόσβασης: 14/11/2018).



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης

Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΛΟΜΕΥ



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479
www.ekdd.gr