

Άσκηση Βίας στη Διάρκεια της Κύησης

Νικόλαος Ε. Ευαγγελινάκης, Παναγιώτης Δ. Σκάρπας, Εμμανουήλ Ε. Σαλαμαλέκης

Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν»

Αλληλογραφία: Ευαγγελινάκης Νικόλαος, Επιστημονικός συνεργάτης
Γ' Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικόν».
Ρίμνι 1, 12464 Αθήνα
Τηλ.: 210-5832244, 6947008415, Fax: 210-5326447
E-mail: evangelinakisnikos@yahoo.gr

Περίληψη

Η βία κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας. Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία έτη έχει ενταθεί η έρευνα σχετικά με αυτό το θέμα, υπάρχουν ακόμη πολλά απάντητα ερωτήματα σε σχέση με τη συχνότητα της βίας στην κύηση, τους παράγοντες κινδύνου και τις συνέπειές του. Από τη μία πλευρά έχει αποδειχθεί επαρκώς ότι άσκηση βίας κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη γέννηση ενός χαμηλού σωματικού βάρους νεογνού, για ανθυγιεινές συνήθειες της μητέρας και για καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας από αυτήν κατά τη διάρκεια της κύησης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις ως προς την ύπαρξη ή όχι αυξημένης πιθανότητας πρόωρου τοκετού και τραυματισμού του εμβρύου όταν η μητέρα κακοποιείται σωματικώς. Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η οργάνωση και η σύνθεση των αποτελεσμάτων διαφόρων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί από φορείς διαφορετικών επιστημονικών πεδίων για τη βία κατά την κύηση, και να καθοριστούν πλαίσια για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών από τους κλινικούς ιατρούς.

Λέξεις κλειδιά: βία μεταξύ ερωτικών συντρόφων, ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση, κύηση

Εισαγωγή

Σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε χρόνο περίπου 2 εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον κόσμο κακοποιούνται σωματικώς, και περισσότερες από 50 εκατομμύρια έχουν κακοποιηθεί κάποια στιγμή στη ζωή τους (Tjaden & Thoennes, 2000). Παρά το γεγονός ότι η επίταση του φαινομένου της βίας έναντι των γυναικών έχει εγείρει προ πολλού το ενδιαφέ-

ρον της επιστημονικής κοινότητας και των κοινωνικών και φιλανθρωπικών οργανώσεων ανά τον κόσμο, μόλις τα τελευταία χρόνια μελετήθηκε ξεχωριστά η σχέση ανάμεσα στη βία και την κύηση. Αν και η βιβλιογραφία σχετικά με αυτό το θέμα αυξάνεται καθημερινά, εντούτοις είναι ακόμη δύσκολο να καθοριστούν με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της βίας

που σχετίζεται με την κύηση. Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να προσδιοριστούν τα πλαίσια στα οποία κινούνται οι ερευνητικές προσπάθειες για το θέμα αυτό, ώστε να καταστεί δυνατή η χάραξη κοινής στρατηγικής για τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης.

Η βιβλιογραφία αντλήθηκε από τις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων MEDLINE, PUBMED και Sociological Abstracts. Το 1996 εντοπίζεται η πρώτη μεγάλη ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ερευνών σε σχέση με αυτό το θέμα από τον Gazmararian et al(1996), και ακολουθούν Petersen(1997), Murphy (2001) και Jasinski et al(2001).

Επιδημιολογία του φαινομένου της σχετιζόμενης με την κύηση βίας

Η επιδημιολογία του φαινομένου της σχετιζόμενης με την κύηση βίας δεν είναι σαφής. Τα δεδομένα από τις μεμονωμένες ερευνητικές ομάδες ποικίλουν, γεγονός που οφείλεται κύρια στις μεγάλες διαφορές σχεδιασμού των ερευνών και τον διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. Ειδικότερα, στην πρώτη μεγάλη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι Gazmararian et al (1996) βρήκαν στις 13 μελέτες με τις οποίες ασχολήθηκαν επίπτωση που κυμαίνονταν από 0,9% έως 20,1%. Θα πρέπει, όμως, να σημειωθεί ότι η μελέτη που εμφάνισε τη μικρότερη επίπτωση βασίστηκε σε δείγμα πληθυσμού από μία ιδιωτική κλινική όπου το ένα τρίτο των γυναικών δήλωνε ετήσιο εισόδημα άνω των 50.000\$. Αντίθετα, η μεγαλύτερη επίπτωση σημειώθηκε σε έρευνα στην οποία το δείγμα προέρχονταν από δημόσια κλινική και τα δύο τρίτα των γυναικών που συμμετείχαν δήλωναν ετήσιο εισόδημα κάτω των 20.000\$. Επιπρόσθετες διαφορές που δικαιολογούν τις μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των ερευνών είναι η χρήση διαφορετικών μεθόδων για τη διαπίστωση της κακοποίησης, τα χρονικά σημεία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπου προσεγγίζονταν οι γυναίκες αλλά ακόμη και ο ίδιος ο τρόπος προσέγγισης (από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό, στο δωμάτιο της ασθενούς ή σε ιδιαίτερο χώρο). Οι μελέτες που ακολούθησαν δεν ξέφυγαν από αυτό το εύρος διακύμανσης τιμών: 22% αναφέρουν οι Connolly et al (1997) και 15% οι Gelles et al (1990).

Ο πληθυσμός που αποτελεί το δείγμα της έρευνας είναι μία πολύ σημαντική παράμετρος κατά την αξιολόγηση της επίπτωσης της βίας. Χαρακτηριστικά, η ανάλυση από το Σύστημα Καταγραφής Παραγόντων Κινδύνου στην Κύηση (Pregnancy Risk Assessment Monitoring, PRAMS) που οργανώθηκε

από το Κέντρο για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Ασθενειών (Center for Disease Control and Prevention) και στηρίχθηκε σε τυχαίοποιημένο δείγμα του γενικού πληθυσμού, διαπίστωσε επιπτώσεις βίας σημαντικά χαμηλότερες (2,9% - 5,5%) σε σχέση με τις έρευνες εκείνες που βασίστηκαν σε δείγματα από κλινικές. Σημαντικό είναι, επίσης, το γεγονός εάν λαμβάνεται μέριμνα ή όχι για τη μελέτη των διαφορών μεταξύ των φυλών. Οι Jasinski et al (2001) κατέγραψαν επίπτωση της βίας κατά την κύηση για τις αγγλοσαξονικής καταγωγής γυναίκες 14,5%, ενώ για τις ισπανικής καταγωγής 23,6%.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ακόμη, ότι εκτός από τη σωματική κακοποίηση πολλοί ερευνητές μελέτησαν και άλλες μορφές κακοποίησης, όπως είναι η σεξουαλική και η ψυχολογική (Parker et al ,1994; Shumway et al ,1999), οπότε είναι λογικό να εμφανίζονται μεγαλύτερα τα ποσοστά σε αυτές τις περιπτώσεις. Στο δείγμα πληθυσμού που μελέτησε ο Shumway et al το 36% των γυναικών ανέφεραν ψυχολογική βία, το 16% ήπια σωματική βία και το 14% έντονη σωματική βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέλος, αν και οι περισσότερες μελέτες έχουν εστιάσει στη βία μεταξύ των ερωτικών συντρόφων, υπάρχουν και ορισμένες που ασχολούνται και με τη βία από άλλα μέλη της οικογένειας, όπως οι Wienmann et al (2000).

Παρά το γεγονός ότι οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από κάθε ερευνητική προσπάθεια είναι πολύ σημαντικές για την κατανόηση του φαινομένου της βίας κατά την κύηση, παραμένει πολύ δύσκολο να συγκριθούν τα αποτελέσματα αυτά μεταξύ τους. Για παράδειγμα, στη μελέτη PRAMS με πολύ μεγάλο δείγμα πληθυσμού το ποσοστό βίας που διαπιστώθηκε ήταν στα κατώτερα όρια όλων των υπόλοιπων μελετών. Για την ανίχνευση της κακοποίησης χρησιμοποιήθηκε, όμως, μία μόνο ερώτηση, «κακοποιηθήκατε σωματικά από το σύζυγο ή το σύντροφό σας κατά τη διάρκεια ή δώδεκα μήνες πριν την πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη σας;», που προφανώς έθετε σημαντικούς χρονικούς περιορισμούς και επιπρόσθετα επαφίετο στην κάθε γυναίκα να ερμηνεύσει το περιεχόμενο του όρου σωματική κακοποίηση. Απ' όλα τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η χρησιμοποίηση διαφορετικών κλιμάκων εκτίμησης της βίας, όπως η Conflict Tactics Scale από τον Straus(1979, 1990a), η Danger Assessment Scale από τον Campbell(1986) και η Abuse Assessment Scale από τον Muhajarine(1999) τον Martin(1999) και τον Wiemann(2000), καθώς και διαφορετικής ορολογίας καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη τη σύγκριση των μελετών μεταξύ τους για την εξαγωγή

γενικότερων συμπερασμάτων, χρήσιμων στον κλινικό ιατρό. Θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, πλέον στις μελέτες γενικού πληθυσμού χρησιμοποιείται περισσότερο η Conflict Tactics Scale, ενώ στις μελέτες των οποίων το δείγμα προέρχεται από μαιευτικές κλινικές η Abuse Assessment Scale.

Οι κυοφορούσες κινδυνεύουν περισσότερο από την ενδοοικογενειακή βία;

Όσον αφορά στη δημόσια υγεία έχει μεγάλη σημασία το γεγονός αν οι κυοφορούσες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν σωματική κακοποίηση, αφού αν αποδειχτεί κάτι τέτοιο απαιτείται η λήψη ιδιαίτερων μέτρων για αυτό το τμήμα του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ωστόσο, οι ερευνητές μελετούν γυναίκες που προσέρχονται σε κάποια μαιευτική κλινική είτε για παρακολούθηση της κύησής τους είτε για να γεννήσουν χωρίς να υπάρχει συγκριτικό δείγμα πληθυσμού που να μην κυοφορεί. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες υπονοούν ότι η εγκυμοσύνη ίσως είναι μία περίοδος με αυξημένο κίνδυνο για βία μεταξύ ερωτικών συντρόφων, δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ίδια η εγκυμοσύνη είναι αυτή που ευθύνεται για αυτό τον αυξημένο κίνδυνο. Οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν κυρίως στις συνέπειες της βίαιης συμπεριφοράς στο νεογνό (πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης, ενδομήτριος θάνατος) (Parker, 1994, Webster, 1996) καθώς και στον κατάλληλο τρόπο προσέγγισης αυτών των περιστατικών από τον κλινικό ιατρό (McFarlane, 1992, Norton 1995). Βέβαια και αυτά τα ερωτήματα έχουν θεμελιώδη σημασία για τη δημόσια υγεία, αλλά το ερώτημα αν η εγκυμοσύνη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ενδοοικογενειακή βία παραμένει αναπάντητο.

Οι μεγάλης κλίμακας μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας ως δείγμα τμήμα του γενικού πληθυσμού έχουν επανειλημμένως δείξει ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις έγκυες και τις μη έγκυες γυναίκες. Χαρακτηριστικά, η ανάλυση του Gelle (1990), που στηρίχθηκε στα δεδομένα της Εθνικής Έρευνας των Η.Π.Α. για την Οικογενειακή Βία (National Family Violence Survey) του 1985, κατέδειξε ότι σε τυχαιοποιημένα από πλευράς ηλικίας δείγματα οι έγκυες γυναίκες δεν κινδύνευαν περισσότερο να κακοποιηθούν από τους συντρόφους τους σε σχέση με τις μη έγκυες.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ακόμη πεδίο αντιπαράθεσης, που αναφέρεται στο αν η εγκυμοσύνη αποτελεί περίοδο ύφεσης ή επίτασης της βίας για τις γυναίκες εκείνες που συ-

στηματικά κακοποιούνται από τον ερωτικό τους σύντροφο. Σύμφωνα με την έρευνα του Martin et al (1996), όπου το 26% του συνόλου του δείγματος ανέφερε κακοποίηση, στο 23% η βία ασκούνταν την περίοδο προ της εγκυμοσύνης, στο 1% μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στο 2% και πριν και κατά τη διάρκεια αυτής. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η PRAMS που υπέδειξε μείωση τόσο στην ένταση όσο και στη συχνότητα των επεισοδίων βίας κατά τη διάρκεια της κύησης σε σχέση με την πρότερη κατάσταση. Σε μία άλλη πιο πρόσφατη εργασία (Hedin, 2000) όλες οι γυναίκες που ανέφεραν κακοποίηση δήλωσαν ότι αυτή δεν ξεκίνησε την περίοδο της εγκυμοσύνης. Στον αντίποδα, άλλες έρευνες όπως του Berenson et al (1991) υποστηρίζουν ότι σχεδόν το ένα τρίτο των γυναικών που δήλωσαν σωματική κακοποίηση ανέφεραν επίταση των επεισοδίων της βίας στη διάρκεια της κύησης.

Τι μπορεί να συναχθεί, λοιπόν, από όλα αυτά τα αντικρουόμενα συμπεράσματα; Το κοινό στοιχείο που προκύπτει απ' όλες τις έρευνες είναι ότι σχεδόν όλες οι γυναίκες που υφίστανται βία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν ιστορικό χρόνιας κακοποίησης, οπότε οι γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης αποτελούν ένα ιδιαίτερο υποπληθυσμό που πρέπει να αναγνωριστεί ως υψηλού κινδύνου. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει αυτή τη στιγμή κάποια έρευνα που να υποδεικνύει ότι η εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο για ενδοοικογενειακή βία, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές δεν είχαν σχεδιαστεί εξαρχής έτσι ώστε να μελετήσουν ειδικά και αποκλειστικά τη σχέση βίας-εγκυμοσύνης. Από τη μία πλευρά οι μελέτες που στηρίζονται σε δείγμα πληθυσμού από μαιευτήρια και κλινικές υποστηρίζουν ότι η κύηση αποτελεί μία περίοδο αυξημένου κινδύνου για ενδοοικογενειακή βία, ενώ τέτοια συσχέτιση δεν προκύπτει σε εθνικές μελέτες με δείγμα το σύνολο του πληθυσμού.

Η αδυναμία άμεσης αιτιολογικής συσχέτισης της εγκυμοσύνης με τη βία για όλους τους παραπάνω λόγους οδήγησε αρκετούς ερευνητές στο να μελετήσουν διάφορα στοιχεία της εγκυμοσύνης ως παράγοντες αυξημένου κινδύνου για σωματική κακοποίηση. Ένας τέτοιος παράγοντας που έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα κακοποίησης είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Cokkinides et al, 1998; Gazmararian et al, 1995), αλλά και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Το ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο και η παρουσία οικογένειας (γιαγιά, παππούς, ξαδέλφια), που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια σε στρεσογόνες κα-

ταστάσεις, σαφώς δρουν προφυλακτικά έναντι στη βία. Στα πλαίσια αυτά έχουν μελετηθεί και πολλά άλλα στοιχεία της εγκυμοσύνης που ενδέχεται να αυξάνουν την πίεση και το άγχος στους γονείς και να οδηγούν σε βίαιη συμπεριφορά. Οι Jasinski et al (2001) απέδειξαν ότι στα ζευγάρια που ο ερωτικός σύντροφος πίστευε ότι η εγκυμοσύνη επήλθε γρηγορότερα του αναμενόμενου υπήρχε αυξημένος κίνδυνος για ενδοοικογενειακή βία. Σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση των ερευνητών δεν επιβεβαιώθηκε κάτι αντίστοιχο και στην περίπτωση της πρώτης κύησης του ζευγαριού. Αντίθετα, μάλιστα, στην περίοδο αυτή παρατηρείται ύφεση έως και παύση των επεισοδίων βίας. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και από τους Goodwin et al (2000) που προσδιόρισαν ως 2,5 φορές μεγαλύτερο τον κίνδυνο για σωματική κακοποίηση στις μη επιδιωκόμενες εγκυμοσύνες, σε σχέση με τις προγραμματισμένες. Οι λόγοι για το φαινόμενο αυτό είναι πολλοί και περιλαμβάνουν την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου λόγω του απρόσμενου της εγκυμοσύνης, τη ζήλια από την πλευρά του συντρόφου για το αγέννητο παιδί και την αίσθηση ότι αυτό θα απορροφήσει όλη την αγάπη και φροντίδα της συντρόφου.

Ένα συμπέρασμα, επίσης, από ορισμένες έρευνες (Hedin et al , 1999; Muhajarine et al , 1999; Parker et al , 1994) είναι ότι οι κυοφορούσες μικρής ηλικίας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σωματική κακοποίηση σε σχέση με εγκύους μεγαλύτερης ηλικίας. Το γεγονός αυτό πιθανόν οφείλεται στο ότι η συνύπαρξη νεότητας και εγκυμοσύνης δημιουργεί επιπρόσθετο άγχος και στους δύο γονείς. Άλλωστε, σε όλες τις έρευνες για την κακοποίηση, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη εγκυμοσύνης, η νεαρή ηλικία πάντα αναγνωριζόταν ως ένας βασικός παράγοντας κινδύνου.

Οι συνέπειες της βίας στην εγκυμοσύνη

Πέρα από την καθαρά νομική και παραβατική διάσταση του προβλήματος της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των εγκύων, υπάρχουν απτές συνέπειες τόσο για το έμβρυο όσο και για τη μητέρα. Από διάφορες εργασίες έχει επιβεβαιωθεί ότι οι κυοφορούσες που υπόκεινται σε κακοποίηση προσέρχονται πιο αργά στο μαιευτήριο-γυναικολόγο τους για την παρακολούθηση της κύησης τους, υιοθετούν ευκολότερα μη υγιεινές συνήθειες, το μέσο βάρος γέννησης των νεογνών τους είναι μικρότερο, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για πρόωρο τοκετό, τραυματισμό του εμβρύου αλλά και για την εμφάνιση διάφορων άλλων παθολογικών καταστά-

σεων στη μητέρα. Δεν έχει, ωστόσο, ξεκαθαριστεί ακόμη εάν για αυτές τις συνέπειες ευθύνεται η βία καθεαυτή ή ορισμένοι παράγοντες κινδύνου οδηγούν σε αυτή (νεότητα, χρήση αλκοόλ, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο). Ειδικότερα, οι επιπτώσεις που φαίνεται να σχετίζονται με τη βία κατά τη διάρκεια της κύησης είναι:

1) Καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την παρακολούθηση της κύησης

Ένα σταθερό εύρημα σε όλη τη σχετική βιβλιογραφία είναι η καθυστέρηση των κακοποιημένων εγκύων να απευθυνθούν σε μαιευτήρα για την παρακολούθηση της κύησης τους. Οι Dietz et al (1997) υπολόγισαν ότι οι κακοποιημένες γυναίκες ήταν πιθανότερο να καθυστερήσουν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα για την κύηση τους κατά 1,8 φορές, ενώ ο Norton et al (1995) αναφέρουν ότι το 38% των εγκύων που υφίστανται βία από το σύντροφό τους θα απευθυνθεί για πρώτη φορά σε μαιευτήρα μετά την 20η εβδομάδα κύησης, σε αντίθεση με το 23% των γυναικών που δεν κακοποιούνται. Η καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για ένα αρνητικό περιγεννητικό αποτέλεσμα, όπως το χαμηλό βάρος γέννησης και ο πρόωρος τοκετός, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κακοποίησης ή όχι.

2) Χαμηλό βάρος γέννησης

Σε αντίθεση με την καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, οι ερευνητές δεν συμφωνούν απολύτως μεταξύ τους ως προς το αν οι κυοφορούσες που κακοποιούνται κινδυνεύουν περισσότερο να γεννήσουν ένα νεογνό χαμηλού σωματικού βάρους. Από τη μία πλευρά υπάρχει η άποψη ότι οι έγκυες που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία είναι περισσότερο πιθανό τόσο να γεννήσουν ένα χαμηλού σωματικού βάρους νεογνό όσο και να γεννήσουν πρόωρα (Campbell et al , 1999; Carey et al , 1998). Στην έρευνα των Fernandez and Krueger (1999) στις 100 έγκυες που κακοποιούνταν σωματικά, το 16% γέννησε ένα χαμηλού σωματικού βάρους νεογνό, σε αντίθεση με το 6% των 389 εγκύων που δεν ανέφεραν ενδοοικογενειακή βία. Θα πρέπει, ωστόσο, να λαμβάνουμε πάντα υπόψιν ότι το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης μπορεί να σχετίζεται όχι μόνο με τα επεισόδια βίας, αλλά και με την καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής παρακολούθησης και την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή κ.α.) απ' την πλευρά της μητέρας (Bohn, 1996). Οι Murphy et al (2001) εκτός από ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογρα-

Πίνακας I. Επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στην κύηση

Επιπτώσεις στο έμβρυο	Χαμηλό βάρος γέννησης	Πρόωρος τοκετός	Καθυστερημένος προγεννητικός έλεγχος	Τραύμα εμβρύου	Λοιπή παθολογία μητέρας
Συγγραφέας	Campbell (1999), Carey (1998), Fernandez (1999), Bohn (1996), Murphy (2001), Petersen (1997), Janssen (2003), Cokkinides (1999), Shumway (1999), Yost (2005)	Cokkinides (1999), Grimstad (1997), Berenson (1994), Fernandez (1999), Shumway (1999), Neggers (2004)	Dietz (1997), Norton (1995), Goodwin (2000)	Jacoby (1999), Connolly (1997), Renker (1999), Rachana (2002)	Bohn (1996), Horrigan (2000), Cokkinides (1999), Parker (1994)

φίας πραγματοποιήσαν μετα-ανάλυση σε 8 συνολικά έρευνες, κάθε μία από τις οποίες ξεχωριστά δεν προσδιόριζε ως στατιστικώς σημαντική την πιθανότητα γέννησης νεογνού χαμηλού σωματικού βάρους. Στη μετα-ανάλυση, όμως, προέκυψε σαφώς θετική συσχέτιση της βίας με το χαμηλό σωματικό βάρος, κάτι που συνέβη και στη μετα-ανάλυση των Petersen et al (1997). Στη μελέτη μάλιστα αυτή, προέκυψε ότι, ως προς το περιγεννητικό αποτέλεσμα, οι μόνοι παράγοντες που επηρεάζονταν από τη βία στη διάρκεια της κύησης ήταν το ποσοστό των χαμηλού σωματικού βάρους νεογνών και ο μέσος όρος βάρους γέννησης. Σε μία πιο πρόσφατη εργασία οι Janssen et al (2003) όχι μόνο συσχέτισαν το χαμηλό βάρος γέννησης με τη βία στην κύηση, αλλά αναζήτησαν και την αιτία για αυτό, καταλήγοντας στο ότι οφείλεται μάλλον σε καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ορισμένες μελέτες οι οποίες δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στη βία και τα χαμηλού σωματικού βάρους νεογνά. Μία από τις σημαντικότερες είναι αυτή των Cokkinides et al (1999), η οποία, όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι στηρίχθηκε στα δεδομένα της μεγάλης έρευνας PRAMS, με δείγμα βασισμένο στον συνολικό πληθυσμό και όχι στον υποπληθυσμό κάποιου μαιευτηρίου. Στα ίδια πλαίσια, οι Shumway et al (1999) διαπίστωσαν ότι το βάρος γέννησης και η διάρκεια της κύησης δε μεταβάλλονταν στατιστικώς σημαντικά με την ύπαρξη ιστορικού ενδοοικογενειακής βίας ή με την επίταση των επεισοδίων αυτής. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στις έρευνες αυτές συ-

χνά δε λαμβάνεται υπόψιν και δε συσχετίζεται η ηλικία κύησης με το βάρος γέννησης. Επίσης, εντοπίζονται διαφορές τόσο στο όριο με βάση το οποίο θεωρείται ένα νεογνό ως χαμηλού σωματικού βάρους, όσο και στο μέγεθος και τη σύνθεση του επιλεγμένου δείγματος.

3) Πρόωρος τοκετός

Όπως και στην περίπτωση του χαμηλού σωματικού βάρους γέννησης, τα στοιχεία για τη σχέση πρόωρου τοκετού και βίας κατά την κύηση είναι εν μέρει αντικρουόμενα. Από τη μία πλευρά υπάρχουν μελέτες που δεν έχουν βρει κάποια σχέση του πρόωρου τοκετού με τη βία στην κύηση (Cokkinides et al, 1999; Grimstad et al, 1997). Στον αντίποδα, υπάρχει μία πληθώρα μελετών που στηρίζονται κυρίως σε δείγματα που προέρχονται από μαιευτικές κλινικές. Οι Berenson et al (1994), παραδείγματος χάριν, βρήκαν ότι οι γυναίκες που είχαν κακοποιηθεί σωματικώς ή σεξουαλικώς διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο να γεννήσουν πρόωρα, ενώ στην εργασία των Shumway et al (1999) το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 2,3. Οι Fernandez et al (1999) προσδιόρισαν ότι από τις 100 γυναίκες που ανέφεραν βία κατά την κύηση το ποσοστό πρόωρου τοκετού ήταν 22%, σε σχέση με μόλις 9% των γυναικών που δε δήλωσαν σωματική κακοποίηση (389 κνοφορούσες). Οι Neggers et al (2004) μελετώντας 3149 έγκυες γυναίκες συσχέτισαν τη βία τόσο με το χαμηλό βάρος γέννησης όσο και με τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. Οι διαφορές αυτές στα ευρήματα μεταξύ των ερευνών οφείλονται πιθανόν σε μία

ποικιλία παραγόντων, που περιλαμβάνουν το διαφορετικό σχεδιασμό των ερευνών, αλλά και κυρίως την αδυναμία ελέγχου άλλων μεταβλητών που συμβάλλουν στην πρόωγη γέννηση ενός εμβρύου.

Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα για τα προβλήματα σχεδιασμού τέτοιων ερευνών είναι η έρευνα των Yost et al (2005) στην οποία από ένα σύνολο 16.041 εγκύων οι 94 αρνήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις για κακοποίηση. Τελικά, η έρευνα απέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κακοποίησης μόνο με το χαμηλό βάρος γέννησης και με αυξημένο αριθμό νεογνικών θανάτων. Αυτό που έχει, όμως, ενδιαφέρον είναι ότι ανάμεσα στην ομάδα που δεν ανέφερε κακοποίηση και την ομάδα των γυναικών που αρνήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το σωματικό βάρος γέννησης, τον αριθμό των πρόωγων τοκετών, τις αποκολλησεις πλακούντα και την ανάγκη για παρακολούθηση των νεογνών στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

4) Τραυματισμός του εμβρύου

Μία από τις σοβαρότερες συνέπειες της κακοποίησης κατά την κύηση είναι ο τραυματισμός του εμβρύου (αυτόματη αποβολή, αποκόλληση πλακούντα κτλ). Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει κάποια διαφωνία μεταξύ των ερευνητών: η σωματική κακοποίηση εκθέτει το έμβryo σε μεγάλο κίνδυνο. Οι Jacoby et al (1999) σε δείγμα 100 γυναικών που απευθύνθηκαν σε μαιευτική κλινική για προγεννητική παρακολούθηση βρήκαν ότι οι γυναίκες που είχαν υποστεί κακοποίηση κινδύνευαν πολύ περισσότερο να αποβάλλουν (42,3% έναντι 16,2%). Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε μάλιστα θετική συσχέτιση ανάμεσα στην παρούσα αποβολή των γυναικών αυτών με τουλάχιστον άλλη μία αποβολή στο μαιευτικό ιστορικό τους. Είναι εντυπωσιακό, ακόμη, το γεγονός ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί την αιτία για μεγαλύτερο ποσοστό αποκολλήσεων πλακούντα απ' ό,τι τα τροχαία ατυχήματα (Connolly et al, 1997). Το εύρημα αυτό συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι σε αρκετές περιπτώσεις η βία απευθύνεται ενάντια στην ίδια την εγκυμοσύνη και όχι μόνο τη μητέρα.

5) Ανθυγιεινές συνήθειες της μητέρας

Η ενδοοικογενειακή βία στην κύηση, εκτός από τις άμεσες αρνητικές επιπτώσεις της στο έμβryo, μπορεί να δρα πάνω του και έμμεσα, μέσω της υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών από τη μητέρα. Σε πληθώρα μελετών καταδεικνύεται ότι το ποσοστό καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερο στις κυο-

φορούσες που αναφέρουν κακοποίηση (Cokkinides et al, 1998; Wiemann et al, 2000), όπως και η χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Μάλιστα η έρευνα των Martin et al (1996) προχώρησε ένα βήμα παραπέρα και συσχέτισε τη βία με τη χρήση «σκληρότερων» ναρκωτικών και μεγαλύτερων ποσοτήτων αλκοόλ, σε σχέση πάντα με κυοφορούσες που δε δηλώνουν κακοποίηση.

Άλλα ζητήματα υγείας για τη μητέρα

Όπως ακροθιγώς αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, η σωματική κακοποίηση των εγκύων, εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις στο έμβryo, έχει αρνητικό αντίκτυπο και στην υγεία της ίδιας της μητέρας, με τρόπο μάλιστα τέτοιο που επηρεάζει και το έμβryo. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Bohn et al (1996) διαπιστώθηκε θετική σχέση ανάμεσα στην ενδοοικογενειακή βία και τη μη ισορροπημένη διατροφή της κυοφορούσας, τη σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη και δυσκολίες στο θηλασμό. Σε μελέτες που ακολούθησαν, ο κατάλογος των αρνητικών επιπτώσεων για τη μητέρα επεκτάθηκε και περιέλαβε τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Horrigan et al, 2000), λοιμώξεις του ανώτερου ουροποιητικού (Cokkinides et al, 1999), αναιμία, αιμορραγίες πρώτου και δευτέρου τριμήνου και μικρή αύξηση του σωματικού βάρους της μητέρας στη διάρκεια της κύησης (Parker et al, 1994).

Ο ρόλος του κλινικού ιατρού στην αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού

Για τις περισσότερες γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση η κύηση είναι η πρώτη φορά που αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν το δημόσιο σύστημα υγείας, και πιθανόν η πρώτη επαφή με επαγγελματία της υγείας. Αυτό συνάδει με το σχεδόν σταθερό εύρημα των περισσότερων μελετών ότι οι κακοποιημένες εγκυμονούσες καθυστερούν σημαντικά να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Συνεπώς, οι επαγγελματίες που ασχολούνται με έγκυες γυναίκες και νέες μητέρες έχουν τη μοναδική ευκαιρία να τις ελέγχουν προληπτικά για σωματική κακοποίηση και να παρεμβαίνουν έγκαιρα. Αυτό που διαφεύγει από τους κλινικούς ιατρούς είναι ότι οι γυναίκες που υφίστανται κακοποίηση επιθυμούν να διερευνητάι από αυτούς το ενδεχόμενο της ενδοοικογενειακής βίας (Webster et al, 2001). Οι ερωτήσεις είναι καλύτερο να είναι ευθείες χωρίς υπεκφυγές, αφού συνήθως οι γυναίκες που κακοποιούνται αποφεύγουν να ξεκινήσουν μία γενική και μακρά συζήτηση για το θέμα αυτό και αισθάνονται

πιο άνετα με το να δίνουν ολιγόλογες απαντήσεις (Naumann et al, 1999).

Κάθε γυναίκα που προσέρχεται στο μαιευτήρα-γυναικολόγο της είναι πωστό να διερευνάται για το ενδεχόμενο της βίας μεταξύ ερωτικών συντρόφων με τρεις απλές ερωτήσεις: 1) Σας έχουν χτυπήσει, κλωσήσει ή με άλλο τρόπο κακοποιήσει τον τελευταίο χρόνο;, 2) Αισθάνεστε ασφαλής στην παρούσα σχέση σας;, 3) Υπάρχει κάποιος σύντροφος από προηγούμενη σχέση που εξακολουθεί να σας κάνει να αισθάνεστε ανασφαλής τώρα;. Με τις τρεις αυτές ερωτήσεις επιτυγχάνεται ευαισθησία 65-70% και ειδικότητα 80-85% στην ανίχνευση των κακοποιημένων γυναικών. Πρόσφατα δημοσιεύτηκε η έρευνα των Datner et al (2007) με δείγμα 1199 εγκύων, σύμφωνα με την οποία το νεαρό της ηλικίας, η χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας, η ελλιπής βασική εκπαίδευση και η προηγούμενη διάγνωση κολπικής τριχομονάδας λοίμωξης παρουσίαζαν και οι πέντε μαζί ευαισθησία 75,6% στην ανίχνευση των κακοποιημένων εγκύων. Περισσότερο ενδεδεχής έρευνα πρέπει να ακολουθεί ο ιατρός όταν εντοπίσει συγκεκριμένα στοιχεία κατά τη λήψη του ιστορικού που αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου για σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, όπως ένας κτητικός ή υπερβολικά περιποιητικός σύντροφος, ακαθόριστα και επαναλαμβανόμενα συμπτώματα της εγκύου, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, υπερβολικό άγχος, κατάθλιψη και αναζήτηση ιατρικής φροντίδας μόλις στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Ο ρόλος, βέβαια, του κλινικού ιατρού δεν περιορίζεται μόνο στην ανίχνευση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας. Θα πρέπει να έχει διαθέσιμο κατάλληλο ενημερωτικό υλικό με τηλέφωνα στα οποία μπορούν να καταφύγουν οι κυοφορούσες που αναφέρουν ότι υφίστανται βία και να τις ενθαρρύνουν να απευθυνθούν σ' αυτά.

Τέλος, ένα μεγάλο ζήτημα που εγείρεται είναι αυτό της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των κλινικών ιατρών να προσεγγίζουν και να αντιμετωπίζουν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας τόσο γενικά, όσο και ειδικά στην περίοδο της κύησης. Στην έρευνα των Horan et al (1998) μόλις τα δύο τρίτα των γυναικολόγων-μαιευτήρων που μελετήθηκαν ανέφεραν ότι επιδιώκουν να ανιχνεύουν συστηματικά περιστατικά σωματικής κακοποίησης, και από αυτούς το ένα τέταρτο δεν αισθανόταν σίγουρο σχετικά με τις ικανότητές του. Ένα, ακόμη, συμπέρασμα από την έρευνα αυτή ήταν ότι οι γυναίκες ιατροί ήταν περισσότερο επιμελείς στην ανίχνευση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, και ότι, σε σχέση με αυτούς που επιμορφώθηκαν στη διάρκεια της βασί-

κής τους εκπαίδευσης αποτελεσματικότεροι ήταν οι ιατροί που είχαν επιμορφωθεί την τελευταία 15ετία. Ένα χαρακτηριστικό στοιχείο της νοοτροπίας που επικρατεί είναι ότι από τα εγχειρίδια μαιευτικής και γυναικολογίας που κυκλοφορούν μόλις το 37,5% παρέχει πληροφορίες για το θέμα της ενδοοικογενειακής βίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Parsons et al, 1997). Η εκπαίδευση των μαιευτήρων στο αντικείμενο της σωματικής κακοποίησης στη διάρκεια της κύησης επιβάλλεται, όμως, και για ένα ακόμη σημαντικό λόγο. Οι ιατρικοί φάκελοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τεκμηρίωση κακοποίησης ενώπιον δικαστηρίων, για τη θέσπιση περιοριστικών μέτρων αλλά και για τη διευθέτηση άλλων ζητημάτων, όπως π.χ. ασφαλιστικών. Συνεπώς, η τήρηση των ιατρικών φακέλων πρέπει να γίνεται με επιμέλεια, υπακούοντας σε συγκεκριμένους κανόνες. Ειδικότερα, θα πρέπει στο φάκελο της ασθενούς να αναφέρονται μόνο γεγονότα, και όχι περιληπτικές αναφορές ή συμπεράσματα, να περιλαμβάνονται κατά το δυνατόν φωτογραφίες των βλαβών, να σημειώνονται και να διαχωρίζονται τυχόν σχόλια των ασθενών, να αποφεύγεται η αμφισβήτηση της αξιοπιστίας της ασθενούς και τέλος τα αρχεία να φυλάσσονται για ικανό χρονικό διάστημα.

Συμπεράσματα

Ο αυξανόμενος όγκος δεδομένων από ερευνητικές προσπάθειες σε όλο τον κόσμο υπογραμμίζει τις επιβλαβείς συνέπειες της σωματικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της κύησης τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Η ανησυχία των ερευνητών για την έκταση του προβλήματος της βίας στην κύηση και του αντίκτυπου στο περιγεννητικό αποτέλεσμα οδήγησε στο σχεδιασμό ερευνών που εξετάζουν τους παράγοντες κινδύνου, τις συνέπειες και τα περιθώρια πρόληψης και παρέμβασης αυτού του φαινομένου. Παρά το γεγονός ότι η διαφορετική μεθοδολογία σχεδιασμού των ερευνών δυσχεραίνει την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων ως προς το αν η εγκυμοσύνη είναι παράγοντας κινδύνου για σωματική βία, οι επιπτώσεις για τις έγκυες που κακοποιούνται είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Εξίσου σοβαρή είναι και η διαπίστωση ότι πολλοί κλινικοί ιατροί που έρχονται σε επαφή με αυτά τα θύματα κακοποίησης δεν έχουν επιμορφωθεί, ώστε να είναι σε θέση να απευθύνουν τις σωστές ερωτήσεις και να προσφέρουν την κατάλληλη βοήθεια. Προκύπτει, λοιπόν, από όλα τα παραπάνω ότι το πρόβλημα της βίας στην κύηση είναι πολυπαραγο-

ντικό και σ' αυτό εμπλέκονται πολλοί διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι, όπως η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η ποινική δικονομία και φυσικά η ιατρική. Κατά συνέπεια απαιτείται συνεργασία φορέων όλων των παραπάνω κλάδων, ώστε να προσεγγιστεί το πρόβλημα στην ολότητά του και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Violence during pregnancy

N. E. Evagelinakis, P. D. Skarpas, E. E. Salamalekis

3rd Department of Obstetrics and Gynecology Clinic,
University of Athens, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Correspondence: N. Evagelinakis

3rd Department of Obstetrics and Gynecology
Clinic, University of Athens, "Attikon" Hospital
1 Rimini str., 12464 Athens, Greece
Tel.: +30 210-5832244, +30 6947008415,
Fax: +30 210-5326447
E-mail: evagelinakisnikos@yahoo.gr

Summary

Violence during pregnancy consists a primary issue of public health. Despite the fact that research on this field has been intense during the last ten years, there are many more unanswered questions about the prevalence of violence during pregnancy, the risk factors and its consequences. The purpose of this review is to organise and compose the results of the studies that have been conducted by experts of different scientific fields for the violence during pregnancy and set the framework for the approach of these patients by the clinicians.

Key words: violence during pregnancy, domestic violence, abuse, pregnancy.

Βιβλιογραφία

- Berenson, A.B., Stiglich, N. J., Wilkinson, G.S., et al. (1991) Drug abuse and other risk factors for physical abuse in pregnancy among White non-Hispanic, Black, and Hispanic women. *Am J of Obstet and Gynecol*, 164, 1491-1499.
- Berenson, A.B., Wiemann, C.M., Wilkinson, G.S., Jones et al. (1994) Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J of Obstet and Gynecol*, 170, 1760-1769.
- Μπιλανάκης, Ν. (2003) *Ενδοοικογενειακά κακοποιημένες*

γυναίκες: συμπεριφορικά χαρακτηριστικά. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 84:151-158.

- Bohn, D.K. (1990) Domestic violence and pregnancy: Implications for practice. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35(2), 86-98.
- Campbell, J.C. (1986) Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science*, 8(4), 36-51.
- Campbell, J.C., Oliver, C.E., Bullock, L.F. (1993) Why battering during pregnancy? *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(3), 343-349.
- Campbell J.C., Oliver C.E., Bullock L.F. (1998) The dynamics of battering during pregnancy: Women's explanations of why. In J. C. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse*. CA: Sage, Thousand Oaks, pp. 81-89.
- Campbell, J.C., Torres, S., Ryan, J. (1999) Physical and non-physical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: A multiethnic case-control study. *Am J of Epidemiol*, 150(7), 714-726.
- Cokkinides, V.E., and Coker, A.L. (1998) Experiencing physical violence during pregnancy: Prevalence and correlates. *Family and Community Health*, 20(4), 19-38.
- Cokkinides, V.E., Coker, A.L., Sanderson, M., et al. (1999) Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstet & Gynecol*, 93(5), 661-666.
- Connolly, A., Katz, V.L., Bash, K.L et al. (1997) Trauma and pregnancy. *Am J of Perinat*, 14(6), 331-336.
- Datner, E.M., Wiebe, D.J., Bresinger, C.M., et al. (2007) Identifying pregnant women experiencing domestic violence in an urban emergency department. *J Interpers Violence*, 22; 124.
- Dietz, P.M., Gazmararian, J.A., Goodwin, M., et al. (1997) Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence. *Obstet & Gynecol*, 90(2), 221-224.
- Gazmararian, J.A., Adams, M.M., Saltzman, L.E., et al. (1995) The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstet & Gynecol*, 85(6), 1031-1038.
- Gazmararian, J.A., Arrington, T.L., Bailey, C.M., et al. (1999) Prenatal care for low-income women enrolled in a managed-care organization. *Obstet & Gynecol*, 94(2), 177-184.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., et al. (1996) Prevalence of violence against pregnant women. *J of the Am Med Assoc*, 275(24), 1915-1920.
- Gelles, R.J. (1990) Violence and pregnancy: Are pregnant women at greater risk of abuse? In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. NJ: Transaction Books, New Brunswick, pp. 279-286.
- Goodwin, M., Gazmararian, J.A., Johnson C.H., et al. (2000) Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 85-92.
- Grimstad, H., Schei, B., Backe, B., et al. (1997) Physical abuse and low birthweight: A case-control study. *BJOG*, 104, 1281-1287.

- Hedin, L.W. (2000) Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Europ J of Obstet & Gynecol and Reprod Biol*, 89, 41-45.
- Hedin, L.W., Grimstad, H., Moller, A., et al. (1999) Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78(4), 310-315.
- Horrigan, T. J., Schroeder, A.V., Schaffer, R.M. (2000) The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. *J of Subst Abuse Treat*, 18, 55-58.
- Jacoby, M., Gorenflo, D., Black, E., et al. (1999) Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J of Prevent Med.*, 16(4), 318-321.
- Janssen, P.A., Holt, V.L., Sugg, N.K., et al. (2003) Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population based study. *Am J Obstet Gynecol*, 18; 1341-47.
- Janssen, P.A., Holt, V.L., Sugg, N.K. (2002) Introducing the domestic violence assessment in a postpartum clinical setting. *Maternal and Child Health Journal*, 6(3), 195-203.
- Jasinski, J.L. (2004) Pregnancy and Domestic violence: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse Vol. 5*, No. 1, 47-64.
- Jasinski, J.L. (2001) Pregnancy and violence against women: An analysis of longitudinal data. *J. of Interp. Viol.*, 16(7), 713-734.
- Jasinski, J.L., Kaufman, Kantor, G. (2001) Pregnancy, stress and wife assaults: Ethnic differences in prevalence, severity and onset in a national sample. *Violence and Victims*, 16(3), 1-14.
- Kirkham, C., Harris, S., Grzybowski, S. (2005) Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counselling issues. *Am Fam Phys*, Vol 71, No7, 1307-16.
- Martin, S.L., Clark, K.A., Lynch, S.R., et al. (1999) Violence in the lives of pregnant teenage women: Associations with multiple substance use. *The Am J of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 425-440.
- McFarlane, J., Parker, B. (1996) Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing*, 25, 313-320.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., et al. (1992) Assessing for abuse during pregnancy. *J of the Am Med Assoc*, 267(23), 3176-3178.
- Muhajarine, N., D'Arcy, C. (1999) Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J*, 160(7), 1007-1011.
- Murphy, C.C., Schei, B., Myhr, T.L., et al. (2001) Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*; 164(11): 1567-72.
- Naumann, P., Langford, D., Torres, S., et al. (1999) Woman battering in primary care practice. *Family Practice*, 16(4), 343-352.
- Neggars, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., et al. (2004) Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83; 455-60.
- Παπαδομαροκάκης, Ε., (2006). Κακοποίηση γυναικών από το σύζυγο: Το πρόβλημα του συζυγικού βιασμού. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 94:139-150.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K. (1994) Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet & Gynecol*, 84(3), 323-328.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., et al. (1999) Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Res in Nurs & Health*, 22(1), 59-68.
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, et al. (1997) Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *Am J of Prev Med*, 13(5), 366-373.
- Petersen, R., Saltzman, L.E., Goodwin, M., et al. (1997) Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy. In GA: Centers for Disease Control, Atlanta.
- Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A., et al. (2002) Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J of Obstet & Gynecol and Reprod Biol*, 103, 26-29.
- Shumway, J., O'Campo, P., Gielen A., et al. (1999) Preterm labor, placental abruption, and premature rupture of membranes in relation to maternal violence or verbal abuse. *The J of Mat Fet Med*, 8(3), 76-80.
- Tjaden, P., Tjaden, P. (2000) Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. In Centers for Disease Control and Prevention, National Institute of Justice, Washington, DC.
- Torres, S., Campbell, J., Ryan, J., et al. (2000) Abuse during and before pregnancy: Prevalence and cultural correlates. *Viol and Vict*, 15(3), 303-321.
- Βασιλιάς, Α., Σακελλαρόπουλος, Π. (2000) Βία μέσα στην οικογένεια. Βία ανάμεσα στους θεσμούς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 70:52-58.
- Webster, J., Sweet, S., Stolz, T.A. (1994) Domestic violence in pregnancy: A prevalence study. *The Med J of Austr*, 161(17), 466-470.
- Yost, N.P., Bloom, S.L., McIntire, D.D., et al. (2005) A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 106:61-5.
- Zilberman, M.L., Blume, S.B. (2005) Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr*, 27(Supl II): S51-5.
- Torres, S., Campbell, J., Ryan, J. et al. (2000) Abuse during and before pregnancy: Prevalence and cultural correlates. *Viol. Vict.* 15, 303-321.
- Webster, J., Sweet, S. and Stolz, T.A. (1994) Domestic violence in pregnancy: A prevalence study. *Med. J. Austr.* 161, 466-470.
- Yost, N.P., Bloom, S.L., McIntire, D.D. et al. (2005) A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 106,61-65.
- Zilberman, M.L. and Blume, S.B. (2005) Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 27(Supl II), 51-55.